

ZESZYTY NAUKOWE

**Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu
w Łomży**

Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży – nr 64



Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

Seria:

Zeszyty Naukowe

Nr 64

NAUKI MEDYCZNE

Redaktor prowadzący: **prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski**

Łomża 2016

WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY ACADEMY OF AGROBUSINESS IN LOMZA

RADA NAUKOWA:

prof. zw. dr hab. Zofia Benedycka - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **prof. nadzw. dr hab. Roman Engler** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek Ogrodnik** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **gen. prof. zw. dr hab. n. med. Jan Krzysztof Podgórski** (Warszawa), **prof. zw. dr hab. Franciszek Przala** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **prof. zw. dr hab. Czesław Miedzialowski** - Politechnika Białostocka, Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **dr Krzysztof Janik** - Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, **plk dr hab. Tomasz Kośmider**, **prof. ASzWoj.** - Akademia Sztuki Wojennej, **prof. dr hab. Šeljuto Bronislava Vasilevna** - Uniwersytet Rolniczy w Mińsku (Białoruś), **dr hab. Gabliowska Nadežda** - IwanoFrankowski Uniwersytet Nafty i Gazu (Ukraina), **prof. zw. dr hab. Povilas Duchovskis** Oddział Rolnictwa i Leśnictwa Litewskiej Akademii Nauk (Wilno – Litwa), **prof. zw. dr hab. n. med. Eugeniusz Tiszczenko** – Uniwersytet Medyczny w Grodnie, (Grodno – Białoruś), **dr John Mulhern** - Ogród Botaniczny Dublin (Cork – Irlandia), **prof. dr hab. Jan Miciński** – Uniwersytet Warmińsko - Mazurski w Olsztynie, **dr hab. Sławomir Kocira** - Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, **prof. dr hab. Bożena Łozowicka** - Instytut Ochrony Roślin w Poznaniu, **prof. dr hab. Edward Gacek** - Centralny Ośrodek badania Odmian Roślin Uprawnych, **prof. zw. dr hab. Leonid Kompanets** – Uniwersytet Łódzki, **dr hab. Edward Oczeretko** - Politechnika Białostocka, **prof. zw. dr hab. inż. Przemysław Rokita** – Politechnika Warszawska, **prof. zw. dr hab. Czesław Miedzialowski** - Politechnika Białostocka, **prof. dr hab. Wacław Romaniuk** - Instytut Technologiczno Przyrodniczy w Falentach, **prof. dr hab. Stanisław Benedycki** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski** – Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku, **prof. dr hab. Michał Gnatowski** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **dr hab. inż. Zbigniew Zbytet prof. PIMR** – Przemysłowy Instytut Maszyn Rolniczych, **dr hab. Mariola Grzybowska-Brzezińska** – Uniwersytet Warmińsko Mazurski w Olsztynie, **dr hab. Agnieszka Brelik** – Zachodniopomorski Uniwersytet Techniczny w Szczecinie

KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor naczelny - **dr inż. Piotr Ponichtera**, Sekretarz - **mgr inż. Jolanta Puczel**, Redaktor statystyczny – **dr hab. Dariusz Załuski**, Redaktor językowy – **mgr Alina Brulińska**, Redaktor językowy – **mgr Irina Kultijasowa (język angielski)**, Redaktor językowy – **mgr Irina Kultijasowa (język rosyjski)**, Redaktor techniczny: **mgr inż. Marek Pawłowski**

NAUKI MEDYCZNE

Redaktor prowadzący: **prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski**

RECENZENCI

prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski
prof. dr hab. n. med. Ida Kinalska
dr hab. n. med. Jan Pietruski

**ZESZYTY NAUKOWE
WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY**

Skład wykonano z gotowych materiałów dostarczonych przez Autorów.
Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za dostarczony materiał graficzny.

ISSN 2300-3170

**Copyright © by Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Łomża 2016**

Wszelkie prawa zastrzeżone. Publikowanie lub kopiowanie w części lub w całości
wyłącznie za zgodą Wydawcy.

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży
18-402 Łomża, ul. Studencka 19
Tel. +48 (86) 216 94 97, fax +48 (86) 215 11 89
E-mail: rektorat@wsa.edu.pl

SPIS TREŚCI

1. Elżbieta Buchowiecka, Mirosława Urban, Joanna Szwarz-Woźniak Rola pielęgniarki więziennej w służbie zdrowia na przykładzie Aresztu Śledczego w Suwałkach	5
The role of nurses in the prison health service for example Detention Centre in Suwalki	
2. Wiesława Fira, Jan Urban, Zdzisław Szalkowski, Dorota Kukowska Świadomość kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy	29
Awareness of women about cervical cancer prevention	
3. Renata Minasiewicz, Jan Urban, Zdzisław Szalkowski, Dorota Kukowska Ocena jakości życia pacjentów po usunięciu pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną lub laparoskopową.....	47
Evaluation of the quality of life of patients after removal of the gallbladder classical method or laparoscopic	
4. Urszula Skrodzka, Mirosława Urban, Joanna Szwarz-Woźniak Wiedza przyszłych rodziców na temat przebiegu i postępowania w okresie noworodkowym oraz rola pielęgniarki/położnej	73
Knowledge of future parents about the conduct and behavior in the neonatal period and the role of the nurse/midwife	
5. Liudmyła Smytenko, Ida Kinańska, Joanna Szwarz-Woźniak Poglądy społeczeństwa pielęgniarskiego Łomży (województwo podlaskie, Rzeczpospolita Polska) oraz Żytomierza (województwo żytomierskie, Ukraina) na temat eutanazji.....	83
The views of the public nursing Lomza (Podlaskie, Poland) and Zhytomyr (Zhitomir region, Ukraine) on euthanasia	
6. Alina Szczecińska, Jan Urban, Dorota Kukowska Występowanie powikłań po endoprotezoplastyce stawu biodrowego	101
The occurrence of complications after hip replacement	
7. Joanna Szymańska, Mirosława Urban, Joanna Szwarz-Woźniak Wiedza studentów magisterskich studiów pielęgniarstwa WSA w Łomży dotycząca jakości opieki pielęgniarskiej	115
Knowledge of students graduate studies in nursing WSA in Lomza on the quality of nursing care	
Regulamin nadsyłania i publikowania prac w Zeszytach Naukowych WSA	139
Wymagania wydawnicze - Zeszyty Naukowe WSA	141
Procedura recenzowania prac naukowych nadsyłanych do publikacji w Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Agrobiznesu	142
Załącznik nr 1 - oświadczenie autora	143
Załącznik nr 2 - deklaracja konfliktu interesów	144

Elżbieta Buchowiecka, Mirosława Urban, Joanna Szwarz-Woźniak

Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

ROLA PIEŁĘGNIARKI WIĘZIENNEJ W SŁUŻBIE ZDROWIA NA PRZYKŁADZIE ARESZTU ŚLEDZCZEGO W SUWAŁKACH

THE ROLE OF NURSES IN THE PRISON HEALTH SERVICE FOR EXAMPLE DETENTION CENTRE IN SUWALKI

Streszczenie

Totalny charakter jednostek penitencjarnych sprawia, że osoby w nich przebywające podlegają wielu negatywnym czynnikom. Izolacja od wolnościowych warunków, deprywacja wielu podstawowych potrzeb, wzmożona dyscyplina, regulaminy, zakazy i nakazy powodują, że zdrowie osadzonych ulega znacznemu pogorszeniu. Przedłużający się okres odosobnienia działa deprymująco na stan zdrowia we wszystkich jego wymiarach: fizycznym, psychicznym oraz społecznym.

Zaburzenia zdrowotne osób osadzonych wynikają z nieodpowiedniego trybu życia w warunkach wolnościowych, ale też z niedogodności wynikających z uwięzienia. Przynależność do grup nieformalnych, realizacja ich kodeksowych zasad, stosowanie agresji oraz przemocy wpływają na zachowania i odczucia wszystkich osadzonych. Zagrożone poczucie bezpieczeństwa, strach, niepewność czy bezradność stają się niejednokrotnie powodem czynów autoagresywnych bądź samobójczych.

Wszelkie negatywne konsekwencje więziennego życia wymagają działań neutralizujących, do których należą m.in. działania podejmowane przez więzienną służbę zdrowia, w tym opiekę pielęgniarską.

Słowa kluczowe: Służba zdrowia, pielęgniarka, jednostka więzienna

Summary

The overall character of the penitentiary units cause negative influence on people staying there. Isolation from freedom, lack of many basic needs, increase in discipline, regulations, banning and ordering, all influence health failing amongst prisoners. What is more, a prolonging period of separation is causing failure in health on all levels: physical, mental and social.

Many health disorders of the imprisoned are caused by an unsuitable life style outside, but also by inconvenience inside the prison. Affiliation with informal groups, obeying their rules, aggression and violence, influence the Behaviour and general feeling of the inmates. The constant feeling of being in danger, fear, insecurity or hopelessness are the reason of self-injury and even suicide.

All the negative consequences of the prison life require counteraction, which are, for instance: actions done by the prison health care, including nursing care.

Key words: health care, nurse, penitentiary unit

Wstęp

Polska kadra pielęgniarska legitymuje się coraz lepszym wykształceniem, co pozwala na powierzenie jej wielu nowych funkcji i zadań w zakresie utrzymania i pielęgnacji zdrowia. Niestety wiele negatywnych zjawisk sprawia, że działania ukierunkowane na pozyskanie wyspecjalizowanej kadry pielęgniarskiej dość często stają się trudne do realizacji. Wciąż jeszcze niski status pielęgniarki, ograniczona samodzielność zawodowa i niedostateczna ilość specjalistycznych form doskonalenia i rozwoju zawodowego powodują, że coraz bardziej widoczny i odczuwalny staje się spadek kadry pielęgniarskiej. Sytuacja ta w coraz większym stopniu dotyka nie tylko cywilną służbę zdrowia, ale również służbę więzienną.

Polski system penitencjarny wymusza dodatkowe kształcenie personelu pielęgniarskiego. Jest to związane z szeroko promowaną w zakładach karnych i aresztach śledczych opieką zdrowotną, którą objęci są wszystkie osoby pozbawione wolności. Dobrze przygotowana merytorycznie pielęgniarka niejednokrotnie zastępuje personel lekarski, którego stan etatowy w polskich więzieniach jest dalece niewystarczający. Jest w stanie podejmować samodzielne decyzje w wielu kwestiach, potrafi efektywnie zarządzać sprawami

pielęgniarskimi oraz współuczestniczyć w decyzjach dotyczących szeroko rozumianych spraw związanych z opieką nad zdrowiem osób przebywających w jednostkach odosobnienia.

Praca pielęgniarki więziennej służby zdrowia prócz tego, że jest niebezpieczna jest również stresogenna. Miejsce jej wykonywania, rodzaj pacjentów oraz interakcje społeczne zachodzące na gruncie jednostek penitencjarnych powodują, że zawód ten staje się zawodem szczególnie trudnym o wysokim poziomie sytuacji niekorzystnych dla osób go wykonujących.

Więzienna służba zdrowia różni się w sposób zasadniczy od funkcjonowania wolnościowych placówek medycznych i jest regulowana innymi przepisami prawnymi. Ich treść jest oparta na aktach międzynarodowych zakładających dostęp do opieki medycznej i pielęgniarskiej wszystkim osobom pozbawionym wolności, traktowanie tych osób z szacunkiem i godnością bez względu na to, że zostali wyizolowani ze społeczeństwa.

Areszt Śledczy w Suwałkach pomimo swojej nazwy, wykonuje również zadania Zakładu Karnego. Wśród ogólnej liczby miejsc - 705, dla Aresztu Śledczego przeznaczonych jest ich 212. Liczba miejsc z przeznaczeniem na Zakład Karny wynosi 428. Dodatkowo w jednostce funkcjonują dwa oddziały terapeutyczne o łącznej liczbie 65 miejsc dla osób uzależnionych od alkoholu oraz środków odurzających i psychotropowych. To ogromna liczba ludzi, ludzi nieprzystosowanych społecznie, zdemoralizowanych, prezentujących postawy roszczeniowe, agresywnych, niebezpiecznych, uwikłanych w konflikt z prawem. Praca z nimi w istniejących warunkach, przeciążenie obowiązkami, stawiane coraz większe wymagania oraz fakt, że w jednostce pojawiają się coraz bardziej niebezpieczni przestępcy powodują, że zawód pielęgniarki więziennej staje się coraz bardziej trudny i odpowiedzialny. Nie może więc dziwić, że przy ograniczonych środkach na wynagrodzenia i coraz wyższych wymaganiach, jednostki penitencjarne borykają się z problemami niedoboru kadry medycznej.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA W ARESZCIE ŚLED CZYM W SUWAŁKACH

Miejsce i rola pielęgniarki w strukturze więziennej opieki medycznej

Jednostka odosobnienia, jaką jest zakład karny czy areszt śledczy to zespół różnych komórek organizacyjnych, działów oraz stanowisk, które mają do wykonania różnego rodzaju zadania i obowiązki. Ludzie pełniący służbę na poszczególnych stanowiskach muszą spełniać określone wymogi, odznaczać się odpowiednimi predyspozycjami, być w pełni

zaangażowanymi w realizację przydzielonych zadań, legitymować się właściwą wiedzą oraz umiejętnościami i wykazywać znaczną odporność na stres.

Ustawa o Służbie Więziennej precyzuje, że w *jednostkach organizacyjnych pełnią służbę funkcjonariusze oraz mogą być zatrudnieni pracownicy*¹. Wynika z tego, że ustawodawca położył szczególny nacisk na służbę funkcjonariuszy, dopuszczając jedynie zatrudnienie osób cywilnych. Kadra Aresztu Śledczego w Suwałkach, to przede wszystkim funkcjonariusze. Osoby cywilne stanowią około 6% wszystkich osób zatrudnionych w jednostce.

Wśród wielu komórek organizacyjnych suwalskiego Aresztu Śledczego, funkcjonuje dział zajmujący się zdrowiem osób osadzonych. W jego skład wchodzi lekarze oraz pielęgniarki. Większość z nich, to funkcjonariusze Służby Więziennej. Mając bezpośredni kontakt z osobami skazanymi, grupa pielęgniarska, stanowiąca 40% personelu medycznego i 2,6% wszystkich funkcjonariuszy jednostki, podobnie jak inne grupy jest narażona na różnego rodzaju niebezpieczeństwa². W przekonaniu osadzonych, funkcjonariusz jest osobą wolną, której to wolności oni zostali pozbawieni. Dlatego też niejednokrotnie ubliżają, prowokują, poniżają. Mimo tych niedogodności, pielęgniarka nie może dać się sprowokować; musi swoją pracę wypełniać sumiennie, musi być opanowana i silna aby uporać się ze stresem, a czasami również ze strachem. Od pielęgniarki – funkcjonariusza wymaga się odwagi, poświęcenia oraz znacznych kwalifikacji. Dodatkowo też lojalności, rozważi, poszanowania prawa i dbałości o pozytywny wizerunek formacji. Z tego też względu przy rekrutacji w szeregi Służby Więziennej zwraca się szczególną uwagę m.in. na takie cechy osobowości jak: odpowiednia postawa do drugiego człowieka, otwartość na innych ludzi, umiejętność przestrzegania zasad humanitaryzmu. Poza tym kandydat poddawany jest różnego rodzaju procedurom sprawdzającym, na podstawie których oceniana jest jego przydatność do służby.

Służba pielęgniarki – funkcjonariusza jest ściśle związana z etyką zawodową. Zobowiązanie to akceptuje z chwilą składania ślubowania wstępując w szeregi Służby Więziennej. Przyrzeka wówczas *kierować się zasadami humanitaryzmu i poszanowania godności ludzkiej*, co ma uświadomić wymiar moralny jej służby na rzecz osób pozbawionych wolności.

¹ Zob. art. 26, ust. 1 ustawy.

² Zasady postępowania personelu w przypadkach zagrażających jego zdrowiu lub życiu uregulowane zostały w zarządzeniu wewnętrznym Dyrektora jednostki. Zarządzenie ma jednak charakter poufny i nie może być rozpowszechniane i prezentowane na zewnątrz.

Zasady etyki zawodowej funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej³ zobowiązują m.in. do wypełniania obowiązków służbowych z poszanowaniem praw i godności człowieka. Wypada w tym miejscu zaznaczyć, że złożone ślubowanie i przestrzeganie zasad etyki funkcjonariusza nie zwalnia pielęgniarki od przestrzegania przez nią zasad etyki pielęgniarskiej. Nie można jednoznacznie określić, czy pielęgniarka powinna być w pierwszej kolejności pielęgniarką czy funkcjonariuszem. Wydaje się jednak, że obie te funkcje powinny pozostać równorzędne.

Podstawowym zadaniem personelu medycznego w jednostce więziennictwa jest świadczenie usług medycznych na rzecz osób osadzonych. To ogólne określenie ma wiele znaczeń, zwłaszcza, że chodzi o świadczenie usług w bardzo specyficznym środowisku jakie tworzą osoby pozbawione wolności. Zapewnienie właściwej opieki musi być całodobowe, gdyż jak pokazuje życie do aktów najbardziej niebezpiecznych, powodujących zagrożenie życia i zdrowia dochodzi przeważnie w porze nocnej. W ciemnościach narastające emocje zostają często wyrażane w postaci agresji i przemocy wobec innych współwięźniów albo wobec siebie. Należy zgodzić się ze stwierdzeniem wyrażanym w literaturze, że są one wynikiem różnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych, narastających nerwic, zaburzeń lękowych, psychozy maniakalno – depresyjnej czy histerii⁴. Właściwa i w porę udzielona przez lekarza czy pielęgniarkę pomoc medyczna niejednokrotnie pozwala na złagodzenie sytuacji, a czasami wręcz uratowanie życia.

Zawód pielęgniarki oraz realizacja przez nią zadań, wymagają znacznych umiejętności, poświęcenia, a niejednokrotnie wręcz talentu. Specyficzne środowisko w którym pielęgniarka świadczy swoje usługi, wymaga od niej nie tylko doświadczenia i umiejętności sprawowania właściwej opieki, ale też współczucia, empatii, zainteresowania chorym. Aby sprostać tym potrzebom, pielęgniarka nie może ograniczać się do rutyny; musi umieć właściwie oceniać sytuację, podejmować często trudne natychmiastowe decyzje. Od niej wielokrotnie może zależeć bezpieczeństwo osadzonego, ale również i jej własne. Pielęgniarka musi być też otwarta na współpracę z innymi działami i komórkami organizacyjnymi w jednostce. Samodzielnie podejmowane decyzje czy działania z osadzonymi bez poinformowania o tym innych osób mogą stanowić naruszenie dyscypliny, a ponadto narazić pielęgniarkę na niebezpieczeństwo ze strony więźniów. Wszelkie kontakty w celu udzielenia świadczenia

³ Regulamin 1/2010 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 18 października 2010 r. w sprawie zasad etyki zawodowej funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej.

⁴ S. A. Rathus, *Psychologia współczesna*, Gdańsk 2004, s. 466.

czy usługi pielęgniarstwa muszą odbywać się w asyście drugiego funkcjonariusza, najlepiej mężczyzny.

Nie można pomijać również dość istotnego faktu w realizacji zadań pielęgniarki w warunkach więziennych, jakim jest stres zawodowy. Wynika on ze szczególnych warunków w jakich pielęgniarstwo pełni swoją służbę, rosnących wymogów oraz wzrastającej liczby przestępców niebezpiecznych. Do tego dodać należy znacznie szerszy niż w warunkach wolnościowych zakres obowiązków związanych z udziałem w przeszkaniach, widzeniach, transportach czy konwojach osadzonych. Łączenie dyspozycyjności, obowiązków i zadań służbowych z obowiązkami pielęgniarstwa wyzwała stresory charakterystyczne dla obu tych zawodów: funkcjonariusza oraz pielęgniarki.

Struktura organizacyjna stanowisk pielęgniarstwa

Więzienną służbę zdrowia w Areszcie Śledczym w Suwałkach tworzą cztery ambulatoria podstawowej opieki zdrowotnej oraz dwa gabinety stomatologiczne. Zatrudniają ogółem czterech lekarzy, w tym dwóch stomatologów oraz cztery osoby personelu pielęgniarstwa, jednego ratownika medycznego i pomoc stomatologiczną.

Struktura stanowisk pielęgniarstwa nie jest rozbudowana z uwagi na ograniczoną liczbę personelu. Pielęgniarki podlegają kierownikowi ambulatorium z izbą chorych.

Realizując zadania opieki medycznej, w tym pielęgniarstwa w strukturze więziennej służby zdrowia, Areszt Śledczy w Suwałkach opiera swoją działalność o przepisy zawarte w zarządzeniu Dyrektora jednostki Nr 25/2012 z dnia 15 maja 2012 r. w sprawie nadania regulaminu organizacyjnego Aresztu Śledczego w Suwałkach. Regulamin został opracowany zgodnie z regulacjami ustawy o Służbie Więziennej oraz zarządzeniem Nr 30/10 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 13 sierpnia 2010 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania dyrektorów oraz struktury organizacyjnej zakładów karnych i aresztów śledczych.

W § 21 zarządzenia Dyrektora Aresztu Śledczego w Suwałkach określone zostały zadania dla działającej w jednostce służby zdrowia. Do podstawowych jej zadań należy m.in.: zapewnienie osobom pozbawionym wolności świadczeń zdrowotnych, profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, prowadzenie nadzoru nad warunkami zdrowotnymi, sanitarnymi oraz żywieniem w jednostce, zaopatrzenie medyczne, zwłaszcza w leki, materiały medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną, szerzenie promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej, prowadzenie dokumentacji i sprawozdawczości, podejmowanie

współpracy z poza więziennymi zakładami opieki zdrowotnej celem zapewnienia osadzonym świadczeń, których udzielenie we własnej jednostce nie jest możliwe.

Zakres obowiązków pielęgniarskich i analiza świadczeń udzielonych w latach 2010 - 2015

Wśród zadań określonych dla poszczególnych stanowisk organizacyjnych Aresztu Śledczego w Suwałkach, przydzielone zostały szczegółowe zadania dla stanowisk pielęgniarskich. Zakres ich podstawowych obowiązków zawarty został w trzydziestu punktach, wśród których znajdują się:

- udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach,
- stały nadzór nad warunkami bytowymi i sanitarno-higienicznymi skazanych,
- organizacja przyjęć w ambulatorium w godzinach pracy lekarza,
- zakładanie dokumentacji lekarskiej dla osób nowo przybyłych do jednostki,
- prowadzenie księgi ambulatoryjnej doraźnej pomocy pielęgniarskiej,
- wykonywanie zaleceń lekarza, w tym właściwe wydawanie leków pacjentom,
- organizowanie i przeprowadzanie przewidzianych przepisami badań laboratoryjnych i prowadzenie dokumentacji w tym zakresie,
- dokonywanie okresowych wizytacji sanitarnych pomieszczeń ze szczególnym zwróceniem uwagi na stan porządkowy, sanitarno-higieniczny, czystość pościeli i samych osadzonych,
- współpraca z działem żywnościowym w zakresie opracowywania jadłospisów, kontrola posiłków przed ich wydaniem, wydawanie zaleceń odnośnie diet,
- prowadzenie ewidencji materiałowej, zaopatrywanie ambulatorium w sprzęt medyczny, środki farmaceutyczne, artykuły sanitarne,
- opracowywanie normatywów zapasów środków leczniczych i artykułów sanitarnych, uzupełnianie niedoboru leków,
- udział w transporcie chorych do wolnościowych placówek służby zdrowia,
- prowadzenie obowiązującej dokumentacji w celach sprawozdawczych.

Określone w regulaminie zadania personelu pielęgniarskiego uzupełnione zostały o bezpośrednią odpowiedzialność za przydzielone zadania oraz za prawidłowe prowadzenie książeczek zdrowia osadzonych, książki zabiegów pielęgniarskich, książki diet leczniczych, książki badań diagnostycznych, kontroli środków odurzających, badań rentgenowskich, ewidencji konsultacji oraz zeszyt chorób zakaźnych. I choć zakres obowiązków

pielęgniarskich nie precyzuje wprost innych zadań, to w praktyce zawodowej, pielęgniarka zobowiązana jest również do inicjowania i podejmowania koncepcji mających na celu promowanie oraz utrzymanie zdrowia osób osadzonych.

Merytoryczne i fachowe przygotowanie pielęgniarki pozwala na większą samodzielność, a także właściwie kształtowanie poczucia odpowiedzialności. Zobowiązuje przy tym do pełniejszego zarządzania sprawami pielęgniarskimi oraz współuczestniczenie w podejmowaniu decyzji w sprawach szeroko rozumianej opieki nad zdrowiem osadzonych.

Zakres obowiązków personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego dopełniają regulaminowo określone prawa pacjenta, do których należy m.in. prawo do godnego oraz uprzejmego traktowania, otrzymywania świadczeń od personelu posiadającego odpowiednie kwalifikacje zawodowe, rzetelnej informacji o stanie zdrowia, pełnej dyskrecji odnośnie choroby, pełnej informacji o proponowanych metodach leczniczych, pomocy w przygotowaniu do badań i zabiegów, wglądu do karty pacjenta.

Warto w tym miejscu jeszcze raz zasygnalizować, że zgodnie z art. 115, ust. 1a k.k.w. osadzonemu nie przysługuje prawo wyboru lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, świadczeniodawcy udzielającego świadczeń laboratoryjnych oraz szpitala. Regulacja taka w wielu przypadkach budzi sprzeciw osadzonych. Ich roszczeniowa postawa jaką wielokrotnie prezentują jest m.in. powodem skarg kierowanych do Rzecznika Praw Obywatelskich czy Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Podkreślenia wymaga, że osoby przebywające w suwalskiej jednostce penitencjarnej wydają się rozumieć taki zapis prawny, gdyż przypadki skarg składanych w tym względzie notuje się sporadycznie

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Cel badań

Jako cel główny przyjęto możliwość wykazania, że więzienna służba zdrowia odgrywa istotną rolę w okresie izolacji więziennej każdego osadzonego, a świadczenia realizowane przez personel pielęgniarski mają zasadniczy wpływ na opiekę i pomoc w odzyskaniu zdrowia oraz utrzymanie go na właściwym poziomie. Osiągnięcie tego celu możliwe stało się poprzez wskazanie, że każdy człowiek bez względu na swój status prawny posiada prawa, do których należy m.in. prawo do ochrony zdrowia. Gwarantują to przepisy zarówno międzynarodowe jak i przepisy prawa krajowego, w tym Konstytucja RP. Dodatkowo, poprzez zobrazowanie więziennej populacji oraz przypadków prowadzących do sytuacji

wymagających interwencji medycznej pokazano, że więzienna służba zdrowia składająca się w znacznej mierze z lekarzy i pielęgniarek - funkcjonariuszy jest niezbędnym elementem każdej jednostki penitencjarnej. Mimo, że osoby te wchodzi w strukturę formacji zmilitaryzowanej i mundurowej, a służbę pełnią w środowisku ludzi niebezpiecznych, zdemoralizowanych, pozbawionych wartości oraz elementarnych zasad społecznych – mają bezwzględny obowiązek godnego postępowania z chorymi niosąc im pomoc, wsparcie i opiekę podczas choroby.

Metody i techniki badań

Uwzględniając specyfikę środowiska (Areszt Śledczy w Suwałkach) w jakim autorka tej pracy prowadziła badania, najbardziej przydatną metodą okazała się właśnie metoda badania ankietowego. Obrona technika została wykonana przy użyciu właściwego dla niej narzędzia badawczego, jakim był kwestionariusz ankietowy. Posługując się kwestionariuszem ankiety zakładano, że metoda badania ankietowego umożliwi dostęp do znacznej ilości badanych osób, pomoże w uzyskaniu szczerych odpowiedzi poprzez anonimowość badań i da dość jasny obraz usług pielęgniarskich realizowanych w Areszcie Śledczym w Suwałkach.

ANALIZA WYNIKÓW UZYSKANYCH Z BADAŃ

Charakterystyka badanej populacji

Raport w sprawie przeprowadzenia badań ankietowych, skierowany do Pani Dyrektora Aresztu Śledczego w Suwałkach został zaopiniowany pozytywnie. Pozwoliło to na rozprowadzenie kwestionariuszy ankiety wśród osób osadzonych w jednostce. Przygotowano 230 egzemplarzy kwestionariuszy i dostarczono do cel z prośbą o ich wypełnienie. Ponieważ udział w badaniu był dobrowolny, ilość ankiet zwróconych wyniosła tylko 197, co stanowi 85,7% osób, które mogłyby wypowiedzieć się na tematy wskazane w ankietach.

W ankiecie zaproponowano odpowiedź na 11 pytań, przy czym istotne jest, iż kwestionariusz nie zawierał metryczki z której wynikałyby dane dotyczące wieku, wykształcenia, sytuacji rodzinnej itp. Działanie takie było działaniem celowym; osoby pozbawione wolności z reguły są nieufne i nie wykazują chęci przedstawiania informacji, które mogłyby je w jakikolwiek sposób zidentyfikować.

Dobór respondentów był przypadkowy. Obejmował zarówno osoby tymczasowo aresztowane jak i pozbawione wolności. Nie uwzględniono jednak w badaniu osób

określanych jako przestępcy niebezpieczni oraz osób odbywających karę dożywotniego pozbawienia wolności. Założono, iż sytuacja tych osób, skazanych na długoletnie odosobnienie nie skłoni ich do udzielania szczerych odpowiedzi, jeżeli już jakichkolwiek by udzieliły.

Analiza i podsumowanie badań własnych

W pytaniu 1 poproszono respondentów o odpowiedź na pytanie, czy korzystają z opieki pielęgniarstwa, a jeżeli tak, to jak często?

Zaprezentowane dane pokazują, że najwięcej osób (141) korzysta z opieki pielęgniarstwa wówczas, gdy tego potrzebuje. Wskazuje to na ogólną dostępność pielęgniarstwa i możliwość udzielenia przez nią właściwej pomocy. 71,6% badanych stwierdza, że dostęp do usług pielęgniarstwa jest ogólnie dostępny, co świadczy, że są świadomi możliwości uzyskania ewentualnej pomocy. Poza tym, można wnioskować, że osoby te nie nadużywają swojego uprawnienia do pomocy medycznej i korzystają z niego w przypadkach niezbędnych.

Kolejna grupa osadzonych w ilości 26 osób, tj. 13,2% wszystkich badanych stwierdza, że korzysta z usług pielęgniarstwa codziennie. Część z tych osób to na pewno osoby w starszym wieku, którym mierzone jest ciśnienie czy podawane leki. Można przypuszczać, że kilka osób to osadzeni, którzy symulują dolegliwości związane z różnymi bólami i wymuszają podanie leku przeciwbólowego.

Wśród badanych, 17 osób, tj. 8,63% stwierdza, że korzysta z opieki pielęgniarstwa raz na tydzień. Ich kontakt z personelem pielęgniarstwa wynika niejednokrotnie z konieczności przeprowadzenia badań zleconych przez lekarza lub pobrania materiału do badań.

Kontakt z pielęgniarstwem raz na miesiąc deklaruje 13 respondentów. Stanowi to 6,6% wszystkich badanych. Nie jest to wskaźnik wysoki i wynika przede wszystkim ze wskazań lekarskich do przeprowadzenia badań typu EKG, prześwietlenia klatki piersiowej czy innych drobnych zdarzeń.

Pytanie 2 ankiety zostało sformułowane następująco: *Czy korzysta Pan z pielęgniarstwa w ramach badań kontrolnych i porad profilaktycznych w zakresie stylu życia i zapobiegania chorobom?* Do udzielenia odpowiedzi przygotowano dwie opcje: *Tak* oraz *Nie*. Odpowiedzi *Tak* udzieliło 108 osób, tj. 54,8% ogółu badanych, odpowiedzi *Nie* 89 osób, tj. 45,2% badanych.

Uzyskane wyniki pozwalają na stwierdzenie, że ponad połowa badanych przywiązuje wagę do swojego stanu zdrowia i stara się osobiście na jego wpływać. Korzysta z dostępnych

porad profilaktycznych udzielanych przez personel pielęgniarski, dość aktywnie spędza czas wolny uczestnicząc w organizowanych zajęciach sportowych czy pracach na świeżym powietrzu. Czyta dostarczane przez pielęgniarki poradniki, broszury, czasopisma medyczne, choć obserwacja wskazuje, że w niektórych przypadkach wynika to raczej z braku innego zajęcia niż z jakiegokolwiek troski o zdrowie.

45,2% badanych nie przejawia żadnej aktywności w zakresie swojego stylu życia. Nie uczestniczy w dostępnych formach zajęć ruchowych, nawet jeżeli ma ku temu możliwości. Ogranicza się do codziennych spacerów i obowiązkowych badań kontrolnych. Z obserwacji wynika, że osoby z tej grupy ankietowanych w razie potrzeby stawiają żądania udzielenia pomocy lekarskiej czy pielęgniarskiej, gdyż są świadome, że taka pomoc jest im należna.

Spółeczność więzienna jest dość wyczulona na przysługujące jej prawa, m.in. na prawo do opieki medycznej i pielęgniarskiej. W związku z tym, w pytaniu 3 poproszono o określenie oczekiwań jakie kierowane są w stosunku do personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w Areszcie Śledczym w Suwałkach. Zapytano: *Jaka pomoc pielęgniarska jest najbardziej oczekiwana w razie choroby?* Zasugerowano pięć odpowiedzi umożliwiając zaznaczenie kilku z nich w skali od 1 do 5.

Zdecydowana większość osób (145, tj. 73,6%) biorących udział w badaniu, oczekuje od personelu pielęgniarskiego szybkiego reagowania na wezwanie. W przypadku jakichkolwiek dolegliwości osoby te uważają stan swojego zdrowia za bardzo istotny i wymagający natychmiastowej pomocy. Wyniki przedstawione w ankiecie nie wskazują jakoby personel pielęgniarski zaniedbywał swoje obowiązki, ukazują tylko słuszne potrzeby osób osadzonych.

Kolejnym ważnym czynnikiem, na który zwracają uwagę osoby pozbawione wolności, to podawanie leków i wykonywanie iniekcji. Odpowiedź taką zaznaczyło 131 osób, czyli 66,5% respondentów. Odpowiednie dawkowanie leków w okresach i czasie wskazanych przez lekarza świadczy o odpowiedzialności pielęgniarek za zdrowie chorego. Osadzeni pacjenci mają tego pełną świadomość i bez względu na postać leku, oczekują na jego podanie podczas choroby.

Zwyczajna rozmowa oraz okazywanie zrozumienia, to dość istotna rzecz podczas choroby dla 94 osób, tj. 47,7%. Więzienna rzeczywistość jest przytłaczająca dla większości osadzonych nawet wówczas, gdy są w pełni zdrowi. Stany chorobowe dodatkowo wywołują uczucie przygnębienia, żalu, braku zrozumienia. Dlatego wydaje się, że okazywanie

zrozumienia, zainteresowania ale też i chwila zwyczajnej przyjaznej rozmowy podczas choroby staje się czynnikiem wspomagającym pacjenta.

Badane osoby w ilości 83 czyli 42,1% oczekują od pielęgniarski rejestracji i wspólnego z nią pobytu u lekarza specjalisty. Wizyty specjalistyczne odbywają się poza murami Aresztu Śledczego. Pacjenci przewożeni są przeważnie do Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Suwałkach w asyście funkcjonariuszy Służby Więziennej, w tym funkcjonariusza – pielęgniarki. Oczekują więc, że to właśnie pielęgniarka dokona ich rejestracji i będzie uczestniczyła podczas wizyty specjalistycznej. Można zatem domniemywać, że około połowa badanej populacji ufa personelowi pielęgniarskiemu i nie wyraża chęci na wspólne wizyty w asyście innych funkcjonariuszy.

Najmniej głosów, bo 54 tj. 27,4% uważa, że podczas choroby pomoc pielęgniarki w czynnościach pielęgnacyjnych jest niezbędna. Być może za taką opcją opowiedziały się osoby starsze wiekiem, które mają trudności w swobodnym poruszaniu się i wykonywaniu podstawowych czynności. Podczas choroby oznaki niepełnosprawności przybierają na sile, co w przekonaniu osób niesprawnych fizycznie wymaga znacznego zaangażowania i pomocy ze strony służb medycznych.

W następnym 4 pytaniu, które miało treść: *Które z wymienionych czynności ceni Pan najbardziej u personelu pielęgniarskiego?* oczekiwano na przedstawienie, które z wymienionych czynności wskazują zdaniem osadzonych na profesjonalizm w wykonywaniu zawodu pielęgniarki. Pięć przedstawionych opcji należało zaznaczyć w skali od 1 do 5. Część badanych wskazała na wszystkie ewentualności, część oznaczyła tylko te, które uważała za istotne.

Wszystkie osoby badane (197) za najważniejszą czynność personelu pielęgniarskiego uważają zapewnienie opieki podczas choroby. Działanie to otrzymało ocenę bardzo dobrą. Pensjonariusze zakładów penitencjarnych są przekonani, że to właśnie pielęgniarka jest odpowiedzialna za opiekę nad pacjentem w trakcie jego choroby. Realizacja takiego postulatu jest możliwa pod warunkiem, że chory przebywa w więziennej izbie chorych. Osobista opieka nad chorym przebywającym w celi nie jest możliwa, ogranicza się tylko do aplikowania leków w postaci tabletek czy kapsułek.

Kolejną czynnością, którą osadzeni cenią u personelu pielęgniarskiego i oceniają ją na ocenę dobrą jest umiejętne udzielanie pomocy. To ważna czynność zważywszy, że całodobowa obecność lekarza w zakładzie nie zawsze jest możliwa. Dobrze wyszkolona pielęgniarska niejednokrotnie potrafi zapobiec bardzo trudnej sytuacji, jaką jest

samookaleczenie osadzonego, pobicie czy podejmowanie prób samobójczych. Zdarzenia te występują najczęściej w godzinach nocnych lub późnym popołudniem. Dlatego też, obecność pielęgniarki staje się niezbędna o czym osadzeni zdają się wiedzieć dokładnie.

Oceną dostateczną oznaczona została czynność wskazująca na właściwe aplikowanie zleconych leków. Uznało tak 126 z badanych osadzonych. Tak wysoka liczba może wskazywać, że osoby pozbawione wolności nie zawsze są w pełni przekonane, czy otrzymują leki zgodnie ze wskazaniem lekarza. Trzeba w tym miejscu podkreślić, że w Areszcie Śledczym w Suwałkach nie było przypadków, które wskazywałyby na nieodpowiedzialne działania personelu pielęgniarskiego w zakresie ordynowanych środków farmakologicznych. Wydaje się, że takie podejście wynika z ogólnej tendencji wskazującej na nieufność skazanych do całego personelu jednostki penitencjarnej, nie tylko do przedstawicieli służby zdrowia. Fachowe posługiwanie się sprzętem medycznym, to istotna czynność w pracy personelu pielęgniarskiego, którą dostrzega 58 badanych. Czynność ta w skali od 5 do 1 została oceniona na niedostateczną. Prawdą jest, że suwalska jednostka nie dysponuje znacznymi ilościami nowoczesnego sprzętu medycznego, zwłaszcza specjalistycznego, lecz ten, który posiada nie odbiega od ogólnie przyjętych norm i standardów. Personel pielęgniarski jest w stanie obsłużyć go w sposób właściwy i wykonać na nim odpowiednie świadczenia diagnostyczne, np. EKG, pomiar ciśnienia krwi, oznaczanie glukozy we krwi, glikemii przy pomocy glukometru, wykorzystanie pulsoksymetru, intubacji dotchawiczej, defibrylacji itp. Tak małe zainteresowanie osadzonych umiejętnością obsługi przez pielęgniarki sprzętu medycznego może dziwić, zważywszy, że sprzęt ten pomaga w wielu przypadkach właściwie rozpoznać schorzenia, postawić diagnozę a również staje się pomocny w trakcie leczenia.

Tylko 41 respondentów dostrzega potrzebę umiejętnego prowadzenia przez personel pielęgniarski edukacji zdrowotnej. Osoby te uważają, że to właśnie pielęgniarka jest odpowiednią osobą, która może w umiejętny i fachowy sposób nauczyć właściwej dbałości o stan zdrowia. Większość badanych nie wypowiada się w tym temacie. Najprawdopodobniej nie dostrzega potrzeby prowadzenia tego rodzaju zajęć edukacyjnych przez kogokolwiek.

W pytaniu 5 wymienionych zostało sześć segmentów, które w bezpośredni bądź pośredni sposób charakteryzują personel pielęgniarski Aresztu. Poproszono o zakreślenie właściwych zdaniem ankietowanych odpowiedzi według opcji *Tak* lub *Nie*. Wszystkie *Tak* zaznaczyło 105 osób, wszystkie *Nie* 23 osoby.

Dość znaczna jest ilość pozytywnych opinii. Na co dzień pielęgniarki słyszą narzekania i pretensje, co jak widać nie zawsze znajduje potwierdzenie w praktyce. Największa ilość badanych osób osadzonych (183 osoby) jest przekonana, że personel pielęgniarski zachowuje tajemnicę zawodową. Wydawać by się mogło, że takie postępowanie, to standard w opiece pielęgniarskiej, jednakże w przekonaniu znacznej ilości więźniów jest to godne zauważenia oraz podkreślenia.

Respondenci w ilości 162 osoby, czyli 82,2% dostrzegają w personelu pielęgniarskim odpowiedzialność za swoje działania wobec pacjenta. Trzeba przyznać, że opinia taka napawa optymizmem, zwłaszcza w sytuacji ciągłego oskarżania i dopatrywania się działań niezgodnych z oczekiwaniami osadzonych.

Zdaniem 154 (78,2%) więźniów, pielęgniarki suwalskiego Aresztu traktują pacjenta z szacunkiem i godnością. Świadczy to o właściwym wypełnianiu obowiązków oraz przestrzeganiu zasad wynikających z międzynarodowych standardów, ustawy o Służbie Więziennej oraz zasad etyki zawodowej. Trzeba przyznać, że zasłużyć sobie na tak pozytywną opinię ze strony takiej grupy ludzi, to rzecz naprawdę cenna.

Elementem istotnym dla osób przebywających poza więziennymi murami jest poczucie bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo, jako jedna z podstawowych potrzeb każdego człowieka w warunkach więziennej izolacji nabiera szczególnego znaczenia. Cieszy więc fakt, że respondenci w ilości 147 osób, czyli 74,6% badanych uważają, iż personel pielęgniarski suwalskiej jednostki penitencjarnej jest w stanie im to bezpieczeństwo zapewnić. Podobnie w kwestii nawiązywania kontaktów z pacjentem 136 osób deklaruje, że personel przejawia empatię w swoich działaniach.

Nieco mniej, bo 129 ankietowanych, co stanowi 65,5% jest przekonana o przestrzeganiu przez pielęgniarki praw pacjenta. Z opinią taką nie zgadza się 68 osób badanych (34,5%). Wynik taki można uznać za dość kontrowersyjny w porównaniu z rzeczywistością. Żadna z pielęgniarek nie wykazuje zaniedbań godzących w pacjenta. Świadczy o tym brak skarg w tym zakresie.

W punkcie 6 zapytano: *Czy ma Pan możliwość współdecydowania o metodach oraz współdziałanie w czynnościach pielęgnacyjnych wobec Pana?*

79 osób (40,1%) udzieliło odpowiedzi twierdzącej, natomiast 136 osób (69,0%) stwierdziło, że nie posiada żadnego wpływu na działania podejmowane wobec nich przez personel pielęgniarski. Można przypuszczać, że osoby, które udzieliły odpowiedzi negatywnej nie są w pełni zorientowane na czym polega właściwa opieka pielęgniarska.

Pytanie 7 postawione zostało w sposób następujący: *W jakim stopniu posiada Pan możliwość konsultacji pielęgniarskiej w zakresie zdrowia?*

Ankietowani zaprezentowali różne podejście do tematu. Największa ich ilość – 87 osób stwierdziła, że w suwalskim Areszcie istnieje możliwość udziału w konsultacjach z pielęgniarką zawsze i w każdej potrzebie. Znacznie mniejsza ilość (39 osób) twierdzi, że pacjent jest zawsze odsyłany do lekarza. 14,2% respondentów uważa, że pacjent nie może liczyć na szczerą i otwartą rozmowę z pielęgniarką, gdyż brakuje do tego właściwej atmosfery. Podobnie, bo 13,2% stwierdza, że personel pielęgniarski nie ma czasu ani chęci na dyskusje.

Pielęgniarka nigdy nie lekceważy zgłaszanych dolegliwości. Świadczy pomoc w razie potrzeby traktując pacjenta z należytą uwagą. Udziela informacji i okazuje zainteresowanie. Lecz do jej obowiązków nie należy poświęcanie nadmiernej uwagi określonym grupom osadzonych i spełnianie ich oczekiwań.

W zakresie możliwości konsultacji pielęgniarskich, 17 osób stwierdziło, że nie darzy zaufaniem personelu pielęgniarskiego. Potwierdza to poprzednie stwierdzenie, że osoby osadzone są z reguły nieufne i zamknięte w sobie. W razie konieczności przyjmują oferowaną im pomoc medyczną, ale bez większego przekonania o jej skuteczności.

W następnym, 8 pytaniu ankiety badani poproszeni zostali o wypowiedź, *Czy podczas indywidualnych wizyt, pielęgniarka interesuje się Pana schorzeniami i stanem zdrowia?* Większość, bo 122 osoby udzieliły odpowiedzi twierdzącej. 75 osób zaznaczyło odpowiedź *Nie*. Taki wynik koreluje z odpowiedziami udzielonymi na poprzednie pytanie, gdzie łącznie 71 osób uważa, że personel nie przejawia chęci do dyskusji na temat ich zdrowia, że brakuje atmosfery do rozmowy, oraz że nie ma zaufania do personelu.

Otrzymany wynik jest jednak sprzeczny z odpowiedziami udzielonymi na pytanie 5, w którym praca i zaangażowanie pielęgniarek ocenione zostały dość wysoko. Można pokusić się o postawienie tezy, że część ankietowanych albo nie do końca zrozumiała postawione pytania, albo udzielała odpowiedzi nie w pełni przemyślanych i prawdziwych.

Ocena opieki pielęgniarskiej w Areszcie Śledczym w Suwałkach dokonana została w pytaniu 9 z czterech ocen: bardzo dobrze, dobrze, dostatecznie, niedostatecznie.

Wypowiedzi osadzonych dotyczące oceny opieki pielęgniarskiej nie są jednolite i krańcowo różne. Najwięcej osób oceniło opiekę na ocenę dobrą. Kolejne miejsce zajęła opinia z ilością głosów 52 wskazująca na ocenę bardzo dobrą. Te dwie wielkości, to ogółem 118 osób, czyli 59,9% respondentów. Ocena taka może zadawałać i utwierdzać

w przekonaniu, że realizacja obowiązków pielęgniarskich w odczuciu samych zainteresowanych jest zauważana i doceniana.

Część osadzonych (45 osób) ocenia świadczoną wobec nich opiekę na ocenę dostateczną, a 36 osób na niedostateczną. Te dwie oceny wyrażone zostały przez 79 badanych, co stanowi 40,1%. Wskazuje to, że środowisko osób pozbawionych wolności nawet w podobnych kwestiach nie jest jednoznaczne. To co jednych zadawała, przez drugich jest oceniane negatywnie. Potwierdzają to nie tylko wyniki badania, ale również obserwacje, z których wynika, że większość osób skazanych lub tymczasowo aresztowanych nie dokonuje ocen w sposób obiektywny lecz zawsze uzależnia je od osobistych celów.

Kolejne, 10 pytanie skierowane zostało z prośbą o wyrażenie opinii na temat zaangażowania personelu pielęgniarskiego w opiekę nad osobą pozbawioną wolności. Przewidziano pięć możliwości udzielenia odpowiedzi: bardzo dobrze, dobrze, przeciętnie, słabo, źle.

Otrzymane wyniki są podobne do wyników dotyczących oceny opieki pielęgniarskiej. Podobnie jak przy ocenie opieki pielęgniarskiej, najwięcej osób badanych oceniło zaangażowanie personelu pielęgniarskiego jako dobre. Na ocenę najbardziej pozytywną, czyli bardzo dobrą wskazały 44 osoby. 37 osób uważa, że pielęgniarki są przeciętnie zaangażowane w sprawę opieki nad osobami pozbawionymi wolności. Dość liczna liczba ankietowanych (45 osób) ocenia zaangażowanie pielęgniarek jako słabe oraz złe. Opinia taka potwierdza poprzednie wyniki, na podstawie których jawi się obraz pielęgniarki mało przyjaznej osobom uwięzionym.

Jest też sprawą zadziwiającą, że dla większości badanych świadczenia realizowane przez więzienną służbę zdrowia, w tym przez personel pielęgniarski spełniają ich oczekiwania i są przez nich oceniane przynajmniej na poziomie dobrym i bardzo dobrym. Pozostali respondenci czują się pokrzywdzeni i w swoich opiniach przekreślają wszelkie starania czynione na ich rzecz. Chyba właściwa w tym miejscu będzie teza, że nigdy wszystkich osób nie da się zadowolić w jednakowy sposób. A w warunkach więziennej izolacji tym bardziej.

W ostatnim 11 pytaniu, badany umożliwiono zajęcie stanowiska w sprawie poprawy jakości usług pielęgniarskich. Zasugerowano kilka odpowiedzi, z których wynika, że:

- 163 osoby stwierdzają, że do poprawy jakości usług pielęgniarskich niezbędna jest większa liczba personelu,
- 117 osób uważa, że możliwość częstszych konsultacji pielęgniarskich zdecydowanie poprawiłaby jakość usług tej grupy personelu,

- 123 osoby ankietowane wnioskuje o prowadzenie pogadanek na temat stanu zdrowia i higieny uważając, że miałyby one wpływ na jakość usług pielęgniarskich.

W ostatniej pozycji określonej *inne/jakie Pana zdaniem?* zmiany należałoby wprowadzić, 21 osób udzieliło takich oto odpowiedzi:

- *szybciej reagować na prośby* (2 głosy),
- *śłuchać chorego* (3 głosy),
- *bardziej interesować się pacjentem, jego chorobą i schorzeniem* (5 głosów),
- *przejawiać większą wrażliwość na lucką* (pisownia oryginalna) *krzywdę, schorzenia i dolegliwości więźniów* (2 głosy),
- *podchodzić jak do człowieka, a nie jak do więźnia* (2 głosy), *nie jak do bydła* (1 głos), *nie jak do zwierząt* (1 głos),
- *zwiększyć dostęp do lekarzów* (pisownia oryginalna) *specjalistów, np. dermatolog, ortopeda itp.* (1 głos),
- *wykazywać więcej wyrozumiałości* (3 głosy),
- *odpowiedni dobór* (pisownia oryginalna) *lekarzy i większe zrozumienie i zaangażowanie ze strony lekarza* (1 głos).

Dwie osoby zamieściły informację następującej treści: *W mojej opinii* (pisownia oryginalna) *wszystko przebiega prawidłowo i nie trzeba nic poprawiać*, oraz *Wszystko jest OK - bez zastrzeżeń*.

Miłym akcentem zakończył ankietę jeden z respondentów zamieszczając takie oto zdanie: *My osadzeni z całego serca życzymy Szanownej Pani Studentce połamania długopisu na pracy magisterskiej*. Trzech więźniów podziękowało za udział w badaniu.

Dyskusja

Jednym z podstawowych praw przynależnych każdemu człowiekowi w Polsce jest prawo do ochrony zdrowia. Gwarancja ta wynika z art. 68 Konstytucji RP, przy czym należy podkreślić, że ustawa zasadnicza nie wskazuje na kategorię osób, które z tego prawa mogą korzystać, a wobec których ma ono zostać ograniczone. Zapis taki obliguje władze państwowe do zapewnienie opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom, również tym pozbawionym wolności.

Przepisy Kodeksu karnego wykonawczego oraz ustawy o Służbie Więziennej zdają się respektować powyższe wymogi nakładając na organy więziennictwa obowiązek zapewnienia

stosownych świadczeń zdrowotnych oraz diagnostycznych. W istniejących i dostępnych materiałach oraz pozycjach literatury penitencjarnej słusznie podkreśla się, że *znaczący odsetek(...)* pacjentów więziennej służby zdrowia *stanowią skazani wywodzący się ze środowisk patologicznych (...), w których troska o stan zdrowia nie należała do wiodących w ich egzystencji na wolności*⁵. Tak ogólne sformułowanie wymaga jednak dogłębnej analizy problemu i właściwego podejścia do niego.

Badania przeprowadzone przez autorkę tej pracy potwierdzają, że więzienni pacjenci mają dostęp do usług leczniczych i pielęgnacyjnych w zasadzie zawsze, gdy tego potrzebują. Należy jednak zaznaczyć, że podejmując badania, intencją ich autorki nie było potwierdzenie dostępności do usług medycznych w zakładach więziennictwa lecz opinie wyrażone na ten temat przez osoby w nich przebywające. Mimo zaangażowania i poszukiwań nie udało się dotrzeć do materiałów, które charakteryzowałyby jakość usług świadczonych przez pielęgniarki więzienne, ale widzianych oczami ich pacjentów.

Na rynku czytelniczym istnieją pozycje, w których pielęgniarki więzienne wskazują na swoją pracę jako stresogenną, zagrożoną wieloma negatywnymi czynnikami, nisko płatną, niewdzięczną, wpływającą na wypalenie zawodowe itp.⁶. Udzielają wywiadów z których wynika m.in., że są zaangażowane w swoją pracę, traktują ją jako służbę na rzecz osadzonego, oceniają swoją pozycję zawodową⁷. Nie podejmują jednak żadnych kroków, aby dowiedzieć się, co na temat ich pracy sądzą sami zainteresowani.

Brak dostępnych, publikowanych danych odnoszących się do oceny pracy pielęgniarki na rzecz osób skazanych i przebywających w jednostkach penitencjarnych upoważnia do uznania poczynionych przez autorkę tej pracy badań za badania nowatorskie. Większość naukowców ogranicza się do stwierdzenia, że skazanym przysługują świadczenia medyczne i pielęgnacyjne, nie interesując się w jaki sposób ich realizacja spełnia oczekiwania pacjentów. Dlatego też, wyniki uzyskane z przeprowadzonego badania posłużyć mogą do dalszej merytorycznej dyskusji na temat dostępności, zasadności i sposobu realizacji obowiązków wykonywanych przez personel pielęgniarstwa.

⁵ K. Postulski, *Stan zdrowia skazanego w aspekcie zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności*, w: Prokuratura i Prawo, Nr 7-8, 2015, s. 152.

⁶ R. Poklek, A. Leśniak – Jarecka, *Rola kobiety funkcjonariusza Służby Więziennej w zakładzie karnym*, s. 73-80 oraz M. Klimas, *Temperament i postrzeganie pracy zawodowej, organizowanie czasu wolnego przez kobiety zatrudnione w Służbie Więziennej*, s. 194-202, w: R. M. Kalina, P. Łapiński, *Kobieta jako funkcjonariusz bezpieczeństwa publicznego*, Wydawnictwo Centralnego Ośrodka Szkolenia Służby Więziennej w Kaliszu, Kalisz 2008

⁷ http://lovekrakow.pl/aktualnosci/kobiety-w-sluzbach-mundurowych-sluzba-wiezienna-rozmowa_7333/ 30.04.2016.

Z dostępnych badań na temat więziennej służby zdrowia, dość istotny wydaje się Raport za 2014 r. na temat przestrzegania praw człowieka, wydany przez Departament Stanu USA, Biuro do spraw Demokracji, Praw Człowieka i Pracy⁸. W Raporcie negatywnie oceniony został stan kadrowy więziennej służby zdrowia w Polsce⁹, ze wskazaniem na braki lekarzy oraz pielęgniarek. Mając na uwadze wynik Raportu, w odniesieniu do Aresztu Śledczego w Suwałkach, nie znajduje on pełnego uzasadnienia. Skoro 71,6% ankietowanych uważa, że dostęp do pielęgniarki istnieje zawsze, gdy chory tego potrzebuje, nie można przychylić się do wniosku, że suwalska jednostka penitencjarna cierpi na brak kadry. Potwierdza to kolejny wynik badania, z którego wynika, że 87 pacjentów na 197 badanych uważa, że zawsze, w każdej potrzebie może zwrócić się do pielęgniarki w celu konsultacji na temat swojego zdrowia. Co prawda, dość znaczna liczba biorących udział w badaniu (163 osoby, a więc 82,7%) stwierdziło, że do poprawy jakości usług pielęgniarskich niezbędna jest większa liczba personelu, to wynik ten nie może przesądzać o wyjątkowych brakach kadry pielęgniarskiej.

Więcej informacji, ale też i uwag krytycznych pod adresem więziennej służby zdrowia zawiera publikacja Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka¹⁰. Jej autorzy zdecydowanie twierdzą, że infrastruktura polskich zakładów karnych i aresztów śledczych nie odpowiada wymaganym standardom, a brak odpowiedniego sprzętu medycznego pogłębia jeszcze bardziej występujące dolegliwości. Poza tym, brak współpracy pomiędzy wolnościowymi podmiotami medycznymi, a więzienną służbą zdrowia przyczynia się do znacznego pogorszenia zdrowia wielu osób osadzonych. Stwierzeń takich nie można w całości przenieść na grunt Aresztu Śledczego w Suwałkach. Budynki mieszkalne Aresztu są stare lecz po przeprowadzonych generalnych remontach spełniają stawiane wymogi. Współpraca z wolnościowymi jednostkami służby zdrowia układa się prawidłowo. Na podstawie podpisanego porozumienia, pacjenci kierowani do lekarzy specjalistów przyjmowani są poza kolejnością. Zlecenie wydane przez więziennego lekarza, pielęgniarka realizuje w ciągu kilku dni. Pacjenci nie martwią się zapisami do specjalisty ani kolejkami, które obowiązują pacjentów wolnościowych. Potwierdzają to badania, gdzie 42,1% biorących udział w badaniu stwierdza, że od pielęgniarki oczekuje rejestracji i wspólnego pobytu u lekarza specjalisty.

⁸ http://photos.state.gov/libraries/poland/788/pdfs/raport_pl.pdf 30.04.2016.

⁹ Str. 3-5 Raportu.

¹⁰ Helsińska Fundacja Praw Człowieka, *Więzienna Służba Zdrowia. Obecny stan dyskusji kierunki reform*, Warszawa 2013.

Nie znajduje również potwierdzenia zarzut, że więzienna służba zdrowia nie dysponuje odpowiednim sprzętem medycznym. Skoro prawie 30,0% respondentów ceni w pielęgniarkach umiejętność fachowego posługiwania się sprzętem medycznym, to znaczy, że ten sprzęt istnieje i pacjenci mają tego świadomość.

Dalsza część badań przeprowadzonych przez Fundację prezentuje wyniki rozmów z więźniami – pacjentami, którzy otwarcie krytykują sposób ich traktowania przez lekarzy i pielęgniarki. W wielu jednostkach odosobnienia personel prezentuje niewłaściwe zachowania, lekceważący stosunek do chorych, jest opryskliwy, nie zachowuje tajemnicy zawodowej. Przeprowadzone badanie w Areszcie Śledczym w Suwałkach tylko częściowo potwierdza przedstawione zarzuty. Choć opinia na temat pracy lekarzy nie była tematem badań, ankietowani wyrażali swoją dezaprobatę pod adresem tej części personelu medycznego. Pracę pielęgniarek oceniło dobrze i bardzo dobrze 59,9% uczestników badania. Poza tym, zdecydowana większość stwierdziła, że pielęgniarka ponosi odpowiedzialność wobec pacjenta (82,2%), zachowuje tajemnicę zawodową (92,9%), traktuje pacjenta z szacunkiem i godnością (86,0%), zapewnia poczucie bezpieczeństwa (74,6%), przestrzega praw pacjenta (65,5%). Poza tym, 58,4% respondentów oceniło zaangażowanie suwalskich pielęgniarek więziennych jako bardzo dobre i dobre.

Autorzy prezentowanej przez Fundację publikacji wskazują, że wynagrodzenia personelu medycznego są zbyt niskie do wymagań, jakie stawiane są tej grupie funkcjonariuszy. Choć nie wynika to z przeprowadzonego przez autorkę pracy badania, opinię taką należy uznać za słuszną. Dodatkowo, przedstawiciele Fundacji stwierdzają, że w większości polskich jednostek penitencjarnych, personel medyczny, to emeryci. W suwalskim Areszcie Śledczym, zatrudnione pielęgniarki, to osoby w pełni aktywne zawodowo.

Fundacja zwróciła też uwagę, że więźniowie niejednokrotnie wykorzystują swoje prawo do zdrowia w sposób dalece nieodpowiedzialny (samouszkodzenia) lub przejawiają nadmierne zainteresowanie swoim zdrowiem. Potwierdzają to wyniki przeprowadzonego badania ankietowego. Skoro 145 osób na 197 badanych stwierdza, że oczekuje od pielęgniarki szybkiego reagowania na wezwanie, 123 osoby oczekują zwiększonej liczby pogadanek na temat stanu zdrowia i higieny, a 117 osób domaga się częstszych konsultacji pielęgniarskich - można wnioskować, że dostęp do usług pielęgniarskich nie wymaga zdecydowanych przedsięwzięć naprawczych, a okres odosobnienia dla wielu osób może okazać się dość pouczającą lekcją nie tylko na gruncie karnym.

Wnioski

1. Na temat realizacji zadań świadczonych przez personel medyczny więźniowie wypowiadają się w sposób różny, przy czym za istotne należy uznać, że lepiej oceniają personel pielęgniarski niż lekarzy. O lekarzach wyrażają się zdecydowanie niekorzystnie. Podobne wyniki przedstawia w swojej publikacji Helsińska Fundacja Praw Człowieka.
2. Większość badanych stwierdza, że z usług pielęgniarskich w suwalskim Areszcie Śledczym korzysta zawsze w razie potrzeby. Świadczy to o ogólnej dostępności do tych usług i właściwej realizacji zadań nałożonych na personel pielęgniarski. Nie potwierdza to wyników obserwacji poczynionych przez przedstawicieli Departamentu Stanu USA, Biura do Spraw Demokracji, Praw Człowieka i Pracy.
3. Z prowadzonych przez pielęgniarki badań kontrolnych oraz porad profilaktycznych korzysta ponad połowa respondentów. Są to osoby, dla których stan zdrowia jest rzeczą ważną. Istotne jest jednak, że dla części z tych osób w warunkach wolnościowych zdrowie nie przedstawiało większej wartości, a za więziennymi murami wymaga ochrony szczególnej.
4. W kwestii oczekiwań kierowanych pod adresem personelu pielęgniarskiego podczas choroby, zdania badanych są podzielone. Większość oczekuje szybkiego reagowania na wezwanie oraz właściwego aplikowania leków. Część deklaruje zaufanie do pielęgniarek suwalskiej jednostki penitencjarnej aprobując współuczestnictwo podczas pobytu u lekarzy specjalistów.
5. Pomimo, że pielęgniarska jest przedstawicielem więziennej władzy, która budzi sprzeciw osadzonych, to jednak 1/3 z nich oczekuje, że podczas choroby okaże zrozumienie i podejmie zwyczajną w odczuciu pacjenta rozmowę.
6. W zakresie czynności pielęgniarskich wykonywanych w trakcie choroby, wszyscy badani oczekują zapewnienia właściwej opieki oraz umiejętnego udzielania pomocy. W mniejszym zakresie przykładają wagę do prowadzonej przez pielęgniarki edukacji zdrowotnej oraz umiejętnego posługiwania się sprzętem medycznym.
7. Charakteryzując pielęgniarki z Aresztu Śledczego w Suwałkach, ankietowani w zasadzie jednogłośnie stwierdzają, że zachowują one tajemnicę zawodową i ponoszą odpowiedzialność wobec pacjenta. Dostrzegają też i cenią w pielęgniarkach ich stosunek do pacjenta. Określają, że traktują ludzi z szacunkiem i godnością, zapewniają poczucie bezpieczeństwa. Uznają, że potrafią nawiązywać kontakt z pacjentem i przestrzegają jego praw. Posługując się szkolną miarą, oceniają pracę i zaangażowanie personelu medycznego

w przedziale ocen *dobra – bardzo dobra*. Tylko około 1/4 badanych ocenia te elementy na *dostatecznie, słabo* albo *źle*. Taka ocena personelu pielęgniarskiego nie jest zgodna z ocenami dokonanymi przez przedstawicieli Fundacji Helsińskiej. Uważają oni, że w polskich jednostkach więziennictwa personel nie wykazuje się ludzkim podejściem do pacjenta.

8. Generalnie można stwierdzić, że w ocenie osób pozbawionych wolności, które odbywają karę w Areszcie Śledczym w Suwałkach, personel pielęgniarski spełnia ich oczekiwania. Jest ogólnie dostępny, a swoje zadania wykonuje zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Część respondentów takich opinii nie podziela, jednakże zważywszy na złożoną społeczność tej jednostki, zdania takie nie mogą dziwić i nie mogą też stanowić podstawy do podejmowania zdecydowanych działań naprawczych.

9. Ze względu na to, że nie ma publikacji, do których można odnieść uzyskane z badań wyniki, trudno podejmować rzeczową i konstruktywną dyskusję z czymś co nie istnieje. W związku z tym, jeszcze raz należy podkreślić, że badania przeprowadzone przez autorkę tej pracy są badaniami nowatorskimi, a porównywanie uzyskanych danych z danymi poczynionymi przez obserwatorów organizacji międzynarodowych, choć nie potwierdzają w całości przedstawionych zarzutów, wydają się mieć dość istotne znaczenie dla funkcjonowania więziennej służby zdrowia w Suwałkach.

PODSUMOWANIE

Prawo do opieki medycznej jest jednym z podstawowych praw każdego człowieka bez względu na jego status prawny. Jest więc również prawem przynależnym osobom pozbawionym wolności. W zakres tego prawa wchodzi nie tylko możliwość korzystania ze świadczeń realizowanych przez lekarzy oraz lekarzy dentyistów, ale również przez inne medyczne grupy zawodowe, w tym personel pielęgniarski.

Więzienna służba zdrowia podlega Ministrowi Sprawiedliwości i mimo, że jest wyłączona z powszechnego systemu opieki zdrowotnej, to w sytuacjach niezbędnych korzysta z jej świadczeń. Pacjentom tymczasowo aresztowanym oraz skazanym, podobnie jak w warunkach wolnościowych zagwarantowany jest bezpłatny katalog usług medycznych. Gwarancje te wynikają m.in. z przepisów prawa międzynarodowego, Konstytucji RP, Kodeksu karnego wykonawczego oraz ustawy o Służbie Więziennej.

Tymczasowe aresztowanie oraz uwięzienie wpływa negatywnie na osobowość, psychikę oraz zdrowie osób pozbawionych wolności. Izolacja oraz odosobnienie, przynależność do tzw. *drugiego życia*, stosowanie aktów przemocy, agresji, samoagresji, podejmowanie prób samobójczych itp. powodują, że niejednokrotnie zagrożone zostaje zdrowie lub życie osadzonych. Niezbędna staje się wówczas medyczna interwencja oraz odpowiednio wdrożone leczenie i pielęgniarska opieka.

Rola pielęgniarki więziennej opieki medycznej jest szczególna. Musi charakteryzować ją profesjonalizm, właściwa postawa etyczno-moralna, odpowiedni profil osobowościowy oraz humanitaryzm wobec karnie izolowanego człowieka. Służba z trudną i zdeprawowaną grupą pacjentów skłonnych do agresji, manipulacji, prezentujących postawy roszczeniowe i nie wykazujących żadnych oznak współpracy, nie pozostaje bez znaczenia dla osobowości pielęgniarki. Psychiczne obciążenie związane z realizacją obowiązków w specyficznych, niebezpiecznych warunkach, dyspozycyjność, brak wsparcia w sytuacjach trudnych powodują, że pielęgniarka narażona zostaje na nieustanny stres. W takich warunkach często trudno jest prowadzić właściwe działania w zakresie promowania oraz utrzymania zdrowia na wysokim, zadawalającym poziomie.

Mimo występujących trudności, personel pielęgniarski Aresztu Śledczego w Suwałkach dokłada starań, aby w miarę możliwości coraz bardziej kształtować poczucie odpowiedzialności i aktywnie współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia osadzonych. Potwierdzeniem tego są wyniki badania ankietowego przeprowadzonego na grupie 197 osób osadzonych, którzy w większości dostrzegli zaangażowanie pielęgniarek, ich profesjonalizm, przestrzeganie zasad etyki zawodowej, właściwą postawę wobec osób pozbawionych wolności. Dodatkowo, uwzględniając wyniki obserwacji polskiej więziennej służby zdrowia, dokonane przez przedstawicieli międzynarodowych organizacji broniących praw człowieka, uznać można, że stan suwalskiej opieki medycznej, a zwłaszcza pielęgniarskiej jest na poziomie zadawalającym.

Założony w pracy cel został osiągnięty. Główny problem badawczy oraz problemy szczegółowe rozwiązane. Wskazują na istotną rolę pielęgniarki w więziennej służbie zdrowia i jej zaangażowanie na rzecz kształtowania właściwego poziomu stanu zdrowia osób pozbawionych wolności. Odpowiedzi uzyskane na postawione pytania badawcze pozwoliły na zweryfikowanie hipotezy głównej oraz hipotez pomocniczych.

Uznając, że przedstawione w niniejszej pracy zagadnienia nie w pełni wyczerpują wszelkie aspekty dotyczące więziennej służby zdrowia i roli pielęgniarki jaką wypełnia ona

na rzecz osób pozbawionych wolności – autorka żywi nadzieję, że posłużą one do dalszej owocnej dyskusji w tym temacie.

Bibliografia

1. Poklek R., Leśniak – Jarecka A., *Rola kobiety funkcjonariusza Służby Więziennej w zakładzie karnym*, w: Kalina R. M., Łapiński P., *Kobieta jako funkcjonariusz bezpieczeństwa publicznego*, Wydawnictwo Centralnego Ośrodka Szkolenia Służby Więziennej w Kaliszu, Kalisz 2008.
2. Postulski K., *Stan zdrowia skazanego w aspekcie zdolności do odbywania kary pozbawienia wolności*, w: Prokuratura i Prawo, Nr 7-8, 2015, s. 152.
3. Rathus S. A., *Psychologia współczesna*, Gdańsk 2004.
4. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, *Więzienna Służba Zdrowia. Obecny stan dyskusji kierunki reform*, Warszawa 2013 (raport z badań).

Akty prawne

1. Ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, (Dz. U. z 2014 r. tekst jedn. Nr 0, poz. 1415 ze zm.).
2. Regulamin 1/2010 Dyrektora Generalnego Służby Więziennej z dnia 18 października 2010 r. w sprawie zasad etyki zawodowej funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej.

Strony internetowe

1. [1.http://lovekrakow.pl/aktualnosci/kobiety-w-sluzbach-mundurowych-sluzba-wiezienna-rozmowa_7333/](http://lovekrakow.pl/aktualnosci/kobiety-w-sluzbach-mundurowych-sluzba-wiezienna-rozmowa_7333/)
2. http://photos.state.gov/libraries/poland/788/pdfs/raport_pl.pdf

Wiesława Fira, Jan Urban, Zdzisław Szalkowski, Dorota Kukowska

Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

ŚWIADOMOŚĆ KOBIET NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

AWARENESS OF WOMEN ABOUT CERVICAL CANCER PREVENTION

Streszczenie

Rak szyjki macicy jest w Polsce szóstym pod względem zachorowalności nowotworem złośliwym rozpoznawanym u kobiet. Jednocześnie to siódmy na liście nowotwór będący powodem zgonu wśród żeńskiej części społeczeństwa. Główną przyczyną rozwoju choroby jest zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV- *Human Papilloma Virus*), patogenem przenoszonym drogą płciową. Istnieje wiele czynników, które mogą sprzyjać nabyciu infekcji (wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego, częsta zmiana partnerów, duża liczba ciąż i porodów). Zakażenie wirusem nie daje charakterystycznych objawów, które skłoniłyby kobiety do wizyt kontrolnych u lekarzy specjalistów. Obok czynników ryzyka rozwoju choroby związanych ze sferą życia seksualnego, istotną rolę odgrywają również: wiek (największe ryzyko zakażenia HPV między 18 - 28 r. ż.), palenie tytoniu, wieloletnie stosowanie doustnych tabletek antykoncepcyjnych, CIN II, CIN III w wywiadzie oraz przebyte zakażenia pochwy wirusem *Herpes simplex* typu II, *Chlamydia*. Znakomitym badaniem profilaktycznym w przypadku raka szyjki macicy (prostym i stosunkowo niedrogim) jest cytologia. Co warto podkreślić, istotą dobrze pobranego wymazu, jest umiejętna jego ocena oraz interpretacja zmian morfologicznych. Dalsza diagnostyka raka szyjki macicy opiera się na wykonaniu kolposkopii i biopsji celowanej. Kolejnymi możliwościami uniknięcia raka szyjki macicy są szczepienia dziewcząt i kobiet szczepionkami przeciwko brodawczakowi ludzkiemu oraz prowadzenie zasad bezpiecznego życia intymnego. Poza możliwościami jakie daje współczesna medycyna nie należy zapominać o roli edukacji zdrowotnej kobiet. Jej celem powinno być dostarczenie informacji

na temat czynników ryzyka raka szyjki macicy i możliwości ich unikania w życiu codziennym. Istotne jest też ukształtowanie w kobietach nawyku regularnego wykonywania badań cytologicznych.

Słowa kluczowe: rak szyjki macicy, HPV – *Human Papilloma Virus*, cytologia

Summary

Cervical cancer in Poland is the sixth on the list of most common malignant neoplasms diagnosed in women. Simultaneously, it is the seventh of cancers causing death in females. As the literature study shows, the main cause of this disease is the viral infection with HPV *Human Papilloma Virus*, a sexually transmitted pathogen. There are many factors promoting infection such as: starting sexual activity early in life, frequent change of partners, a high gravidity and parity. The viral infection gives nonspecific symptoms, which would make women go for check-up visits to specialists. Apart from risk factors related to sexual life, other significant factors include: age (the highest risk of HPV infection is at the age of 18-28), smoking history, prolonged use of oral contraceptives, a low intake of antioxidants, a family history of CIN II, CIN III, as well as *Herpes simplex* type II or *Chlamydia* vaginal infection. A wonderful (simple and relatively inexpensive) profilactic test for cervical cancer is cytology. Finding neoplastic cells in the smear is possible even at the early stage. What needs to be emphasised, a well collected specimen should be correctly assessed and morphologic changes must be properly interpreted. Further diagnosis of cervical cancer involves colposcopy (examination of the surface of the cervix with a specialist microscope) and a targeted biopsy. Another way to avoid cervical cancer is inoculation of girls and women against human papilloma and observing the rules of safe sexual life.

Apart from the opportunities that contemporary medicine gives, one cannot forget health education of women. It should be aimed at informing them of the risk factors of cervical cancer and the ways to avoid it in everyday life. The knowledge of HPV infections and the ways to diagnose it among the females in our society should be improved. We cannot underestimate the role of developing a habit of regular cytology in women. All these elements combined will enable to avoid or diagnose early a serious disease such as a cervical cancer.

Key words: cervical cancer, HPV – *Human Papilloma Virus*, cytology

Wprowadzenie

Rak szyjki macicy to jeden z nowotworów, który mimo postępu medycyny i dużych nakładów na profilaktykę plasuje się na szczycie niechlubnych statystyk. Polska pod względem zachorowalności oraz umieralności z powodu tej choroby zajmuje czołowe miejsce wśród krajów Wspólnoty Europejskiej¹. Co roku na świecie rak szyjki macicy diagnozowany jest u około 500 tys. kobiet. W Europie co kilkanaście minut z jego powodu umiera jedna pacjentka. Częstość nowotworu u kobiet w Polsce stanowi 10,7 %. Szacuje się, że rocznie choroba dotyka ok. 4 tys. kobiet, z których blisko połowa umiera. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów, każdego roku w Polsce notuje się około 13 przypadków raka szyjki macicy na 100 tysięcy kobiet. Wskaźnik śmiertelności w wyniku tego nowotworu to około 7 przypadków na 100 tysięcy. W krajach europejskich wskaźnik ten jest znacznie niższy, np. w Finlandii to 1,8 na 100 tysięcy kobiet. W ciągu ostatnich 25 lat praktycznie pozostaje na tym samym poziomie. W tym samym okresie w krajach Unii Europejskiej (np. Szwecja, Finlandia) i w USA współczynnik ten obniżył się do ok. 2–3/100 000. Spadek umieralności w w/w krajach spowodowany został głównie wprowadzeniem ogólnokrajowych programów aktywnej profilaktyki raka szyjki macicy². Warto nadmienić, że przyczyną raka szyjki macicy jest wirus brodawczaka ludzkiego, a zwłaszcza jego typy HPV 16 i 18, które wywołują ponad 70 % przypadków choroby. Wiedza na ten temat propagowana jest między innymi poprzez kampanie społeczne promujące badania profilaktyczne i szczepienia przeciwko wirusowi. Niestety część kobiet nie ma świadomości pozostałych czynników sprzyjających zachorowaniu. Zwykle nie wiedzą one, że od momentu rozpoczęcia współżycia płciowego wzrasta ryzyko wielu zakażeń, w tym HPV. Jak podaje literatura czynników sprzyjających rakowi jest wiele. Wśród nich wymienić można chociażby: doustne środki antykoncepcyjne, dużą liczbę porodów i partnerów seksualnych³. U powszechnianie tej wiedzy nie jest sprawą prostą z uwagi na wiele uwarunkowań, a zwłaszcza delikatność materii tego problemu. W ostatnich latach oprócz licznych kampanii społecznych promujących profilaktykę powstało wiele prac naukowych i badań zgłębiających problem raka szyjki macicy. Autorzy publikowali swoje analizy i wnioski. Należałoby zadać pytanie czy ujrzały one

¹R. E. Hempling, Rak szyjki macicy, w: Podręcznik Onkologii Ginekologicznej, Warszawa PZWL 1999, s. 150-190.

²www.profilaktykaraka.coi.waw.pl

³B. Chazan (red), Ginekologia w praktyce lekarza rodzinnego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997, s.125-126.

światło dzienne u źródła - czyli czy wystarczający dostęp do nich miały kobiety, które powinny być świadome efektów prac środowiska medycznego? Choć jak podkreślają redaktorzy publikacji poświęconej profilaktyce raka szyjki macicy prof. Sławomir Majewski i Marek Sikorski historia badań nad związkiem HPV z rozwojem nowotworów nie jest długa – sięga lat osiemdziesiątych XX wieku⁴. Doskonalenie metod wykrywania i zapobiegania zachorowaniom trwa od ponad pół wieku. Środowisko medyczne dysponuje dobrymi metodami wykrywającymi morfologiczne stany przedrakowe szyjki macicy oraz narzędziami izolującymi dna HPV. Jak podkreślają autorzy wymienionej publikacji od niedawna mamy do dyspozycji dodatkowe możliwości w postaci profilaktyki pierwotnej – czyli szczepionki przeciw groźnym odmianom wirusa brodawczaka ludzkiego. Zdaniem autorów otwiera to nieznane dotąd perspektywy wyeliminowania zagrożenia⁵. Tymczasem istnieje wciąż wiele barier w dostępności do szczepionki. Na pierwszy plan wysuwa się kwestia ekonomiczna związana z zakupem farmaceutyku, drugą sprawą są ograniczenia wiekowe. Tutaj otwierają się wrota możliwości innych działań profilaktycznych. Niestety panie z różnych powodów wciąż stronią od wykonywania takich badań, do których należy przede wszystkim cytologia. To nieskomplikowana procedura może oszczędzić wielu cierpień, a nawet ocalić życie. Zgodnie z tym wprowadzono w życie Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2006 – 2015, który zakładał między innymi ograniczenie liczby zgonów z powodu raka szyjki macicy do 500 w 2015r. Miniony rok był ostatnim okresem wdrażania założeń programu⁶. Warto również podkreślić fakt, iż w Polsce powstało wiele stowarzyszeń upowszechniających badania profilaktyczne oraz tematykę nowotworów, zwłaszcza dotyczących kobiety. Ich inicjatorami były często panie, które doświadczyły choroby i zwyciężyły walkę z nowotworem. Można tutaj wymienić następujące organizacje pożytku publicznego: Ogólnopolska Organizacja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy "Kwiat Kobiecości", Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy, Magnolia - Stowarzyszenie Kobiet z Problemami Onkologiczno – Ginekologicznymi i wiele innych tego typu dzieł. Nie bez znaczenia jest ich zaangażowanie, aby swoim przykładem nakłaniać żeńską część populacji do korzystania z badań profilaktycznych. Jeśli chodzi o raka szyjki macicy w kraju powołano również w 2006 roku Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV. Zrzesza ono wielodyscyplinarny zespół specjalistów zgłębiający w/w

⁴S. Majewski, M. Sikorski, Szczepienia przeciw HPV, Profilaktyka raka szyjki macicy i innych zmian związanych z zakażeniami HPV, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, s. 5.

⁵Tamże

⁶www.profilaktykaraka.coi.waw.pl

problematykę⁷. Jednak pomimo szeroko zakrojonej aktywności wielu środowisk oraz znacznych nakładów finansowych z ramienia państwa, nadal rocznie umiera około 1800 kobiet. Dlatego warto po raz kolejny zgłębić podjętą w mojej pracy problematykę. Tym bardziej iż wdrażane inicjatywy nie odnoszą spektakularnych sukcesów. Świadczą o tym wciąż wysokie statystyki zachorowalności, niskiej wykrywalności i dużej śmiertelności w tej chorobie. W swojej pracy postaram się dociec co stanowi przyczynę takiego stanu rzeczy.

Etiologia raka szyjki macicy

Od dawna rak szyjki macicy należy do najczęstszych chorób dotykających kobiety. W piśmiennictwie można odnaleźć ankiety przeprowadzane wśród personelu medycznego w 1904 roku, które wykazywały, iż rak szyjki macicy należał do najczęstszych nowotworów złośliwych w kraju. Takie dane utrzymywały się do połowy XX wieku⁸. Rak szyjki macicy jest nowotworem złośliwym o znanej etiologii i czynnikach ryzyka choroby.

Do bezwzględnych czynników sprzyjających zachorowaniu można zaliczyć:

- przewlekłe stany infekcyjne wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), zwłaszcza jego onkogennymi odmianami,
- wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego,
- duża liczba partnerów seksualnych,
- partnerzy nieznanego statusu (zakażeni HIV, HPV),
- liczne ciążę i porody,
- używki w tym palenie tytoniu,
- niski status ekonomiczny,
- obniżenie ogólnej odporności organizmu (infekcja HIV, transplantacje),
- trudności z dostępnością do przesiewowych badań cytologicznych.

Etiopatogeneza raka szyjki macicy.

Badania epidemiologiczne wskazują, że główną przyczyną rozwoju raka szyjki macicy jest czynnik nowotworowy przenoszony drogą płciową – wirus brodawczaka ludzkiego (HPV, Human Papilloma Virus), pełniący rolę inicjatora zmian komórkowych. Czynniki współdziałającymi w procesie mogą być inne wirusy (np. opryszczki), bakterie oraz elementy

⁷ www.hpv.pl

⁸T. Koszarowski, H. Gadomska, Z. Wronkowski, M. Romejko, Epidemiologia nowotworów złośliwych w Warszawie i wybranych terenach wiejskich w latach 1963-1972. Instytut Onkologii, Warszawa 1975, s. 1-25.

związane ze środowiskiem lub organizmem kobiety np. palenie papierosów. W ponad 90% przypadków raka szyjki macicy stwierdza się obecność Dna - HPV, natomiast najczęstszymi typami wirusa bytującymi w tkance raka są wirusy typów 16 i 18 (tzw. typy o wysokim potencjale kancerogennym). Obok tego czynniki ryzyka takie jak wczesne rozpoczęcie współżycia oraz duża liczba partnerów seksualnych zwiększają prawdopodobieństwo zaistnienia infekcji przewlekłej. Ocenia się, że około 3-5% zakażonych kobiet rozwija się nowotwór szyjki macicy⁹. Pierwszym etapem zmian dysplastycznych w szyjce macicy jest inicjowane przez DNA wirusa, przyspieszonego cyklu podziałowego komórki gospodarza, a także wyłączenie mechanizmów regulacyjnych. Ma miejsce między innymi blokada białka TP53, podobnie zdolność organizmu do niszczenia komórek zakażonych. Wszystko to sprzyja powstaniu klonu komórek nowotworowych zlokalizowanych w warstwie podstawnej nabłonka wielowarstwowego płaskiego. Proces ten nazywany jest neoplazją środnabłonkową (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia), dawniej określaną dysplazją. Rozróżniamy trzy stopnie CIN, które są zależne od stopnia nasilenia zmian patologicznych. Warto wspomnieć, że CIN III w swoim zakresie zawiera zarówno dysplazję dużego stopnia jak i raka przedinwazyjnego (carcinoma in situ). Taki stan przetrwały przechodzi w ciągu około 8-12 lat w tzw. stadium inwazyjne, czyli komórki raka przekraczają błonę podstawną nabłonka, po czym penetrują ścianę szyjki maicy. Następnie za pomocą naczyń krwionośnych i chłonnych mogą dawać tzw. ogniska przerzutowe. W obrębie szyjki macicy dominującymi typami komórek nowotworowych są dwa typy histologiczne o charakterze inwazyjnym: ok. 85% stanowi rak płaskonabłonkowy (carcinoma planoepitheliale) i gruczolowy (adenocarcinoma) ok. 13%. Pozostałe to nowotwory mieszane¹⁰. Współczesnej medycynie znane są: etiologia i czynniki ryzyka raka szyjki macicy, co umożliwia ocenę stopnia zagrożenia chorobą, pozwala wdrożyć prewencję oraz wcześniej wykryć stany przedrakowe i raka we wczesnym stadium rozwoju. Dlatego warto analizować różnorakie dane epidemiologiczne. Wśród nich istotnymi składnikami jest cała gama elementów, nazywanych miernikami. W onkologii dla określenia stopnia zagrożenia danej populacji chorobami nowotworowymi wykorzystywane są trzy typy danych: liczby zgonów w ciągu pewnego odstępu czasu, lub liczby zachorowań, współczynniki tzn. dane przeliczone na określoną wielkość populacji (zazwyczaj na 100 tys. mieszkańców), w określonym przedziale czasu

⁹J. Meder (red), Podstawy onkologii klinicznej, Wydawca Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011, s.21-22.

¹⁰ Tamże

(zwykle rok). Pozostałe określenia w epidemiologii stanowią wskaźniki. Często stosowanym jest wskaźnik śmiertelności, który obliczany jest po podzieleniu liczby zgonów przez liczbę zachorowań. Fachowo wyliczone współczynniki zachorowalności czy też umieralności dobrze obrazują stopień zagrożenia społeczeństwa konkretną chorobą¹¹. Według danych epidemiologicznych z 2002 roku nowotwory złośliwe były tuż po chorobach układu krążenia drugą przyczyną zgonów kobiet w kraju. Jednakże śmiertelność dotyczyła grupy kobiet po 65. roku życia.

Wśród czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy wymienia się predyspozycje rodzinne i genetyczne. Można tutaj rozróżnić dwa komponenty: środowiskowy - powiązany z warunkami bytowymi i stylem życia rodziny, oraz wrodzony - uwarunkowany genetycznie. W oparciu o dane Swedish Cancer Register i National Family Register ryzyko względne zachorowania na raka szyjki macicy u krewnych I stopnia wynosiło zaledwie 0,02 i dotyczyło głównie sióstr, nie matek¹². Z badań nad nowotworami uwarunkowanymi genetycznie wynika, że ryzyko wzrasta wraz ze stopniem pokrewieństwa. Im bliższy krewny tym prawdopodobieństwo zachorowania jest wyższe i wzrasta wraz z liczbą bliskich cierpiących na nowotwór. Dodatkowo choroba ujawnia się we wcześniejszym wieku, jej przebieg jest gorszy, podobnie rokowanie. Dlatego współczesne wyniki obserwacji pozwalają na wyciąganie wniosków z wieloletnich badań. Specjalnymi programami profilaktycznymi obejmowane są rodziny z grup podwyższonego ryzyka wystąpienia danego nowotworu. Wiedzie to do zwiększenia czujności, tym samym wykrywalności we wcześniejszych stadiach i poprawy rokowania. W świetle prowadzonych badań czynnik genetyczny wydaje się być mniej oddziałujący niż czynniki środowiskowe. O dużym wpływie elementów świata otaczającego świadczą skłonności do występowania w rodzinie chorych na raka szyjki macicy innych nowotworów posiadających te same czynniki ryzyka. Przykładem mogą być raki nikotynozależne (płuca, ust, krtani, pęcherza moczowego), o etiologii infekcyjnej (wątroby, odbytu), związanych z używkami (wątroby, trzustki). Badania epidemiologiczne oparte na bazach rejestrów rodzinnych nie dostarczyły dowodów na duży wpływ czynnika wrodzonego w dziedziczenie materiału odpowiedzialnego za raka szyjki macicy. Znaczenie genetyki w rozwoju wspomnianego nowotworu jest niewielkie i wiąże się z osłabieniem odpowiedzi immunologicznej, co podwyższa podatność

¹¹ S. Majewski, M. Sikorski (red), Szczepienia przeciw HPV, Profilaktyka raka szyjki macicy i innych zmian związanych z zakażeniem HPV, Wydawnictwo Czelej. Lublin 2006, s. 21-23.

¹² Tamże, s.36

na zakażenie wirusem¹³. Dane z 2008 roku szacują, że na świecie rak szyjki macicy dotyka 530 tys. kobiet, spośród nich umiera 275 tys. Polska na tle Europy pod względem zachorowań na nowotwory szyjki macicy nie wypadła dobrze. W roku 2010. częstość występowania była o około 15% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej.

Optymistycznym wskaźnikiem jest spadek umieralności z powodu raka szyjki macicy, który utrzymuje się we wszystkich grupach wiekowych. Wśród kobiet najmłodszych obniżanie wskaźnika rozpoczęło się najpóźniej – w połowie lat 90. ubiegłego wieku. Wśród kobiet w wieku 45-64 lat systematyczna tendencja spadkowa rozpoczęła się dwie dekady wcześniej. Natomiast wśród najstarszych pań po ponad dekadzie 1972-1988 stabilizacji umieralności w początku lat 90. XX wieku nastąpił dynamiczny spadek ryzyka zgonu z powodu raka szyjki macicy¹⁴.

Założenia i cel pracy

Przeprowadzone badania mają na celu ustalenie faktycznej wiedzy kobiet w zakresie tego specyficznego nowotworu. Jak wiadomo stany przedrakowe szyjki macicy najczęściej nie dają żadnych objawów, dlatego choroba może rozwijać się bez przeszkód ze strony osoby najbardziej pokrzywdzonej - kobiety. Warto jednak podkreślić po raz kolejny, iż rak szyjki macicy to nowotwór, którego dzięki dostępnym narzędziom profilaktycznym (szczepienia przeciw wirusowi HPV, przesiewowe badania cytologiczne) można uniknąć lub wykryć we wczesnym, całkowicie wyleczalnym etapie rozwoju.

Celem pracy była:

1. Ocena świadomości kobiet dotyczącej szeroko pojętych działań profilaktycznych w kierunku raka szyjki macicy.
2. Ocena ogólnej wiedzy związanej z tą ciężką chorobą, jej przyczynami, czynnikami sprzyjającymi zachorowaniu.
3. Ocena zaangażowania kobiet w badania profilaktyczne oraz ich odbiór społeczny.
4. Ocena czynników wpływających na niewystarczającą zgłaszalność kobiet w populacyjnych programach profilaktyki raka szyjki macicy.

¹³ Tamże, s. 40-41

¹⁴ www.onkologia.org.pl – Krajowy Rejestr Nowotworów

Material i metodyka badań

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, dzięki któremu możliwe jest gromadzenie wiedzy o atrybutach funkcjonalnych i strukturalnych oraz stopniu dynamiki zjawisk społecznych. Umożliwia on zebranie opinii i poglądów wybranych zbiorowości, ukazuje ich nasilenie się i kierunki rozwoju określonych zjawisk.

Do gromadzenia materiałów użyto ankiety. Pozyskane dane zebrano po uzyskaniu świadomej zgody osób biorących udział w badaniach. Ankietowane kobiety zostały poinformowane o celu i zasadności prowadzonych działań. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz. Pozyskane dane, to wynik odpowiedzi badanej populacji kobiet na podjętą problematykę pracy dotyczącą świadomości na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Badaniami została objęta grupa 100 kobiet w wieku od 18. do 70. roku życia. Osoby te pochodziły z różnych środowisk, zamieszkiwały odległe części kraju, wykonywały różne zawody. Najliczniejszą grupę stanowiły panie z wyższym wykształceniem, między 30-40. rokiem życia. Badania trwały od 10 lipca do 15 grudnia 2015 roku. Po ich zakończeniu wyniki podsumowano, poddano analizie, po której sporządzono na ich podstawie tabele i ryciny zawierające dane liczbowe i procentowe.

Wyniki badań własnych i dyskusja

Rak szyjki macicy, pomimo szerokiej możliwości badań profilaktycznych, wciąż stanowi poważny problem zdrowotny i społeczny. Jest on jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych narządu rodowego. Co roku na świecie rak szyjki macicy dotyka około 493 tysięcy kobiet, natomiast w wyniku tej choroby umiera 300 tysięcy z nich. Zdecydowana większość, bo prawie 80% przypadków raka szyjki macicy, jest rozpoznawanych w krajach rozwijających się. Polska zaliczana jest do krajów o wysokiej zachorowalności i umieralności z powodu tej choroby¹⁵.

W badaniach własnych na sto kobiet – siedem zadeklarowało, iż w bliskim otoczeniu jest osoba chorująca na raka szyjki macicy. Większość populacji nie zetknęła się z chorobą w swoich środowiskach (68%). Wśród tych respondentek dość częstą odpowiedzią na pytanie o wrota zakażenia wirusem HPV, była odpowiedź - droga kropelkowa. Nieco wyższy odsetek

¹⁵ I. Ulman-Włodarz, K. Nowosielski, M. Romanik, J. Pozowski, M. Jurek, Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni K, *Ginekologia Polska* Nr 1/2011r, 82, s. 22-25.

osób chorujących wśród bliskiego otoczenia zanotowano w badaniach przeprowadzonych wśród mieszkanek pobliskich Sejn. Wśród kobiet w wieku 20–30 lat zdarzały się tego typu zachorowania u 10%¹⁶. Tymczasem według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2007 roku w Polsce odnotowano 3431 zachorowań na nowotwory szyjki macicy i 1907 spowodowanych przez nie zgonów. Zgodnie z tymi danymi rak kobiecego narządu rodowego stanowi 5,2% wszystkich nowotworów, co stawia go na 4 miejscu wśród powodów zachorowań. Najwyższą zachorowalność w przytoczonym okresie stwierdzono w województwach: warmińsko-mazurskim i podlaskim, a najniższą w mazowieckim i wielkopolskim¹⁷.

Do czynników sprzyjających zakażeniu wirusem HPV należy niewątpliwie wcześniej rozpoczęte współżycie płciowe. Liczne źródła: prasa, media i literatura donoszą o obniżeniu wieku inicjacji seksualnej. Jeśli chodzi o przeprowadzone badania, tendencji takiej nie zaobserwowano. Najlicniejsza populacja respondentek rozpoczęła współżycie płciowe między 18 a 20 r. ż. (42%), nieco mniej pań po 20 r. ż. (30%). Są to statystyki, które plasują Polki w średnim przedziale dotyczącym ogólnościatowych tendencji inicjacji seksualnej. Warto podkreślić, że im później rozpoczęte współżycie, tym mniejsze ryzyko zakażenia drogą płciową. W tym świetle - dziesięć ankietowanych kobiet zadeklarowało brak inicjacji współżycia. Tymczasem z badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej na początku XXI wieku wynika, że już wówczas blisko połowa polskich uczniów ostatnich klas średnich miała za sobą inicjację seksualną. Wyniki te pokazują, że średnim okresem rozpoczęcia współżycia seksualnego był 17.-19. rok życia. Obecnie, obserwuje się obniżanie wieku inicjacji seksualnej wśród młodzieży. Tendencje takie zauważa się nie tylko w Polsce, ale także na całym świecie. Najnowsze krajowe dane prezentują, że przed 15. rokiem życia, współżycie płciowe rozpoczęło 3 % dziewcząt i 10 % chłopców. W grupie 15- i 16-latków pierwszy kontakt seksualny przeżyło 13 % dziewcząt i 30 % chłopców, w grupie 17-latków pierwszy stosunek ma już za sobą 32 % dziewcząt i 46 % chłopców, natomiast w grupie 18-19-latków odsetek ten, dla obojga płci wzrasta do 51 %. Współcześnie za średni wiek pierwszych kontaktów seksualnych w Polsce przyjmuje się 15 rok życia.

¹⁶ M. Krajewska, A. Owłasiuk, A. Litwiejko, Stan wiedzy i zachowania zdrowotne mieszkanek Sejn odnośnie do profilaktyki raka szyjki macicy, w: *Problemy Medycyny Rodzinnej*, maj 2010, vol. XII, No 1, s. 21-22.

¹⁷ I. Ulman-Włodarz, K. Nowosielski, M. Romanik, J. Pozowski, M. Jurek, Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni K, *Ginekologia Polska* Nr 1/2011r, 82, s. 22-25.

Dla porównania – Stany Zjednoczone - 46 % nastolatków w wieku 15.-18. lat ma już za sobą inicjację seksualną, z czego aż 14% miało czterech lub więcej partnerów¹⁸.

Ponadto zdecydowany wpływ na wzrost ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego mają częste kontakty seksualne i zmiana partnerów. Nabyta w ten sposób infekcja o charakterze przetrwałym, może w konsekwencji wpłynąć na rozwój nowotworu. Przeprowadzone badanie własne pokazuje, iż sześćdziesięcioprocentowa populacja respondentek jest świadoma tego czynnika ryzyka. Jako wrota zakażenia kobiety najczęściej wskazywały tę drogę wnikania wirusa. Gorzej było w przypadku wymienionych konkretnych czynników predysponujących infekcjom. Tutaj najczęściej udzielaną odpowiedzią był wiek powyżej 40 r. ż., tak uważało aż 66% respondentek. Na częste kontakty seksualne wskazało 36% ankietowanych. Tymczasem mniej optymistyczne wyniki uzyskali Baran W., Kornacka K., Szela S., (2013) prowadząc badania oceny wiedzy kobiet z Podkarpacia na temat profilaktyki raka szyjki macicy. W prezentowanych wynikach tylko jedna czwarta badanych kobiet miała świadomość istnienia zależności pomiędzy częstą zmianą partnerów seksualnych a ryzykiem powstania nowotworu¹⁹.

Ankieta własna wyłoniła również dużą grupę osób, które jako przyczynę rozwoju raka szyjki macicy wymieniały czynniki genetyczne. Tak uważała najliczniejsza grupa kobiet (35%), nieco mniej bo 34 osoby wskazały prawidłową przyczynę, a mianowicie wirusy. O dużym wpływie elementów świata otaczającego świadczą skłonności do występowania w rodzinie chorych na raka szyjki macicy innych nowotworów posiadających te same czynniki ryzyka. Przykładem mogą być raki nikotynozależne (płuca, ust, krtani, pęcherza moczowego), o etiologii infekcyjnej (wątroby, odbytu), związanych z używkami (wątroby, trzustki). Badania epidemiologiczne oparte na bazach rejestrów rodzinnych nie dostarczyły dowodów na duży wpływ czynnika wrodzonego w dziedziczenie materiału odpowiedzialnego za raka szyjki macicy. Znaczenie genetyki w rozwoju wspomnianego nowotworu jest niewielkie i wiąże się z osłabieniem odpowiedzi immunologicznej, co podwyższa podatność na zakażenie wirusem²⁰.

Rodzi się podejrzenie, iż kobiety utożsamiają dziedziczenie nowotworu szyjki macicy, w powiązaniu z inną podobnie groźną chorobą, jaką jest rak piersi. Tutaj czynnikami ryzyka

¹⁸ www.zdrowie.wieszjak.polki.pl z dn. 09.02.2016

¹⁹ W. Baran, K. Kornacka, S. Szela, Ocena wiedzy kobiet z Podkarpacia na temat profilaktyki raka szyjki macicy, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, Rzeszów 2013, 3, 311–318.

²⁰S. Majewski, M. Sikorski (red), *Szczepienia przeciw HPV, Profilaktyka raka szyjki macicy i innych zmian związanych z zakażeniem HPV*, Wydawnictwo Czelej. Lublin 2006, s. 40-41.

według wytycznych Narodowego Funduszu Zdrowia są przede wszystkim: wiek 50-69 lat i rak piersi wśród członków rodziny (stopień ryzyka zależy od liczby przypadków w rodzinie i stopnia pokrewieństwa). Dodatkowo coraz częściej wymieniane są mutacje stwierdzone w genach BRCA1 lub/i BRCA 2.

Ogólnie opisywana profilaktyka wielu chorób nowotworowych, w znacznej mierze opiera się na kształtowaniu i promowaniu zdrowych nawyków życia. Mowa tutaj o negatywnym wpływie palenia papierosów, nieprawidłowym odżywianiu (otyłość), nadużywaniu alkoholu, niskiej aktywności fizycznej, stresie i innych elementach otaczającego świata. Podobnie jak ryzykowne zachowania seksualne (transmisja wielu patogenów onkogennych), nie korzystanie z możliwości szczepień ochronnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) i stosunkowo niski udział społeczeństwa w bezpłatnych badaniach przesiewowych (cytologia, mammografia czy kolonoskopia). To zdaniem Potrykowskiej A., Strzeleckiego Z., Szymborskiego J., i Witkowskiego J., (2014) - autorów badań nad "Zachorowalnością i umieralnością na nowotwory a sytuacją demograficzną Polski" czynniki, na które każdy człowiek może mieć aktywny wpływ. Wystarczy zmienić szkodliwe przyzwyczajenia oraz nieprawidłowe postawy - na prozdrowotne. Badacze powołują się na koncepcję zdrowia opracowaną przez Marca Lalonde'a. Zgodnie z nią zdrowie człowieka zależy w 50% od stylu życia, w 20% od środowiska społecznego i fizycznego, nauki i pracy w 20%, od czynników genetycznych jedynie w 10%²¹. Jednak w badaniach własnych najliczniejsza grupa respondentek - 53% - uważa, że niehigieniczny tryb życia oraz palenie papierosów, tylko w pewnym stopniu może wpłynąć na rozwój nowotworu szyjki macicy. Pozostaje to niejako w opozycji do koncepcji Lalonde'a. Chociaż druga pod względem liczebności grupa respondentek (29%), wskazała te czynniki jako zdecydowane ryzyko, którego należałoby unikać.

Jak uważają Ulman-Włodarz Izabela, Nowosielski Krzysztof, Romanik Małgorzata, Pozowski Janusz i Jurek Marzena (2011) - autorzy badań na temat "Świadomości profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni K²", - badania profilaktyczne w kierunku tej choroby mają ogromne znaczenie dla obniżenia zachorowalności i umieralności. Badacze uściślają, iż programy powszechnej profilaktyki powinny być wdrażane zgodnie z istniejącym systemem opieki zdrowotnej oraz dostosowane

²¹ A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski, Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski, Warszawa 2014, s. 79.

do socjalnych, kulturowych i przede wszystkim ekonomicznych możliwości danego kraju²². Również respondentki biorące udział w badaniu, w znacznej mierze przekonane są do tego, iż badania profilaktyczne wpływają na zmniejszenie zachorowalności na raka szyjki macicy – tak uważa 58% kobiet. Natomiast ograniczone zaufanie do profilaktyki wykazuje trzydzieści osób, które wskazały na dobroczynny wpływ badań tylko w niewielkim stopniu. Trzy procent badanej populacji nie widzi korzyści z podejmowania prewencji nowotworowej. W kwestii profilaktyki powszechnej warto odnieść się do prowadzonego w latach: 2006 – 2015 "Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych". Blisko 80-cio procentowa populacja badanych kobiet słyszała o prowadzonym do ubiegłego roku programie. Niestety 16% respondentek, pomimo wieloletniego okresu trwania akcji, nic o niej nie słyszało. Tymczasem zgodnie z raportem Ministra Zdrowia z 2014 r. wynika, że program przynosi wymierne efekty w postaci wyższej zgłaszalności na badania cytologiczne. Po zsumowaniu wszystkich badań wykonanych przez kobiety objęte programem skryningowym w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, zarówno w Programie profilaktyki raka szyjki macicy, jak i AOS (ambulatoryjna opieka zdrowotna), okazuje się być ponad dwukrotnie wyższa niż ta wskazywana w programie. W 2012 r. wykonywanie badań cytologicznych oscylowało w granicach 35,71%, a w 2013 r. 44,10%. Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało danymi dotyczącymi badań wykonywanych prywatnie. Po interwencji u kilku świadczeniodawców z największym udziałem na rynku prywatnych usług medycznych, uzyskano dane, przekazane przez 2 spośród tych świadczeniodawców, iż w 2012 r. osiągnięta została łącznie zgłaszalność na poziomie przynajmniej 37,46%, a w 2013 r. 46,00%²³.

Popularność działań profilaktycznych zależy również od zaangażowania samych beneficjentek badań. Zdecydowanie większej grupie ankietowanych kobiet zależy na rozpropagowaniu systematycznej prewencji zdrowotnej. Połowa respondentek zadeklarowała udział własny w promowaniu badań profilaktycznych, natomiast 24 panie nie zachęcały osób z najbliższego środowiska do wykonywania systematycznych cytologii. Część osób nie miała na to czasu, bądź nie widziała takiej potrzeby. W raporcie prof. Łuszczzyńskiej A., oraz mgr Bukowskiej-Durawy A., (2011) poświęconym problematyce nie wykonywania przez Polki badań cytologicznych, ukazane są najsilniejsze bariery.

²² I. Ulman-Włodarz, K. Nowosielski, M. Romanik, J. Pozowski, M. Jurek, Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni K, *Ginekologia Polska* Nr 1/2011r, 82, s. 22-25.

²³ Sprawozdanie z realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych w 2013r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014, s. 15-16.

Autorki wymieniają tutaj: dyskomfort podczas badania, przekonania, że cytologia jest niepotrzebna, gdy nie ma dolegliwości, brak rozmów z bliskimi kobietami o badaniach cytologicznych, przekonanie, że nie wie się jak rozmawiać o cytologii i symptomach, zastrzeżenia do personelu medycznego a także płci lekarza (mężczyzna). Poza tym, uczestniczki, które znały inną kobietę borykającą się z chorobą deklarowały, że częściej rozmawiały z bliskimi na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Dodatkowo w porównaniu z osobami, które nie znały nikogo z tym nowotworem, istotnie częściej brały udział w badaniu cytologicznym, w ostatnim roku²⁴. Zgodnie z wynikami badań własnych, połowa populacji czynnie zachęca znajome i koleżanki, do wykonywania cytologii. Wśród nich są praktycznie wszystkie osoby (7%), które znają inne kobiety zmagające się z rakiem szyjki macicy. Podobnie jak w przywołanym raporcie na pierwszy plan wysuwa się bariera w wykonywaniu cytologii, dotycząca dyskomfortu podczas badania – była to najczęściej udzielana odpowiedź (32%). Badana grupa kobiet w zdecydowanej większości nie korzystała nigdy z doustnej antykoncepcji (64%), lub przez krótki okres czasu (24%). Zgodnie z tym co podaje literatura, wieloletnie korzystanie z tabletek hormonalnych, zaliczane jest do prawdopodobnych czynników ryzyka raka szyjki macicy. Spośród badanej populacji tylko sześć osób mieści się w grupie ryzyka, ze względu na wyżej wspomniany czynnik. Jak twierdzi Krzysztof Drews (2004), autor artykułu "Antykoncepcja a nowotwory" - aktualnie rozważa się istnienie kilku czynników mogących inicjować rozwój zmian nowotworowych w obrębie szyjki pod wpływem antykoncepcji hormonalnej. Tabletki mogą sprzyjać ryzyku zakażenia podczas stosunku, poprzez zwiększanie rozmiarów ektopii szyjkowej, tj.: modulując odpowiedź immunologiczną na zakażenie oraz zmieniając skład śluzu szyjkowego. Na podstawie badań, którym poddano 3800 kobiet, naukowiec odnotował 425 przypadków wystąpienia raka szyjki macicy na 100 tys. kobiet niestosujących doustnej antykoncepcji. Zastosowanie tabletek powodowało wzrost ilości dodatkowych przypadków raka szyjki wynoszący 69. Zaobserwowano także, iż ryzyko rozwoju raka spada wraz z czasem zaprzestania stosowania tej formy kontroli płodności²⁵.

Warto przytoczyć, iż zgodnie z wynikami ankiety, respondentki odpowiednio identyfikują cytologię - jako nieobowiązkowe (37%) i zalecane (54%). Tylko trzystaście kobiet wskazało wariant badania obowiązkowego. Podobnie jest z wiekiem wykonywania cytologii – 79% kobiet wskazało prawidłowo na 25 r.ż. Jednak wiedza na temat tego - co to

²⁴ A. Łuszczynska, A. Bukowska-Durawa, Dlaczego Polski nie robią badań cytologicznych, 2011, s. 80-84.

²⁵ K. Drews, Antykoncepcja a nowotwory. Nowa Medycyna 1/2004.

jest za badanie, nie może satysfakcjonować do końca. Mimo znacznego wzrostu świadomości kobiet, ponad dwudziestoprocentowa populacja kojarzy badanie ze stopniem czystości pochwy. Jeszcze mniej optymistyczne wyniki uzyskali Charązka i Bieńkiewicz (2002) oceniając wiedzę na temat profilaktyki raka szyjki macicy wśród studentek Uniwersytetu Łódzkiego i Uniwersytetu Medycznego w tymże mieście. Zdaniem badaczy - poziom posiadanych informacji był niewystarczający. Równocześnie studentki Uniwersytetu Medycznego wykazały statystycznie większą wiedzę niż Uniwersytetu Łódzkiego²⁶.

Profilaktyka to nie tylko edukacja, a przede wszystkim badania. Do najczęściej wykonywanych badań profilaktycznych należały: badania laboratoryjne krwi (40%), następnie samobadanie piersi (24%), oraz cytologia (22%). Dwa ostatnie elementy profilaktyki nowotworowej zajmują nienajgorsze - bo drugie i trzecie pozycje. Tylko trzy procent badanej populacji nie wykonywało żadnych zalecanych badań. Analiza odpowiedzi respondentek w badaniach Ulman – Włodarz i wsp. (2011) na pytanie dotyczące sposobów profilaktyki raka szyjki macicy zaobserwowano, że dla 74% kobiet były to regularne badania kontrolne u lekarza ginekologa; dla pozostałych cytologia, szczepionka przeciw wirusowi HPV oraz leczenie nadżerek (odpowiednio - 53%, 28% i 22%). Osiem procent respondentek podawało badania krwi i badania genetyczne a 2% – mniejszą ilość kontaktów seksualnych. Cztery % ankietowanych kobiet stwierdziła, iż nie można uchronić się przed rakiem szyjki macicy²⁷. W badaniach naukowych dotyczących wiedzy kobiet z Podkarpacia na temat profilaktyki raka szyjki macicy, opublikowanych przez Uniwersytet Rzeszowski, wykazano zależność pomiędzy wiekiem a źródłem pozyskiwania wiedzy na temat raka szyjki macicy. Internet w większej mierze wykorzystywany był przez osoby z najmłodszej grupy wiekowej, tj. 18–33 lat. Mimo tego najpopularniejszymi źródłami wiedzy byli: lekarze, położne, czasopisma kobiece, ulotki, broszury i prasa²⁸. W trakcie badań własnych nie zaobserwowano wyższej tendencji czerpania z Internetu przez osoby z najmłodszej grupy wiekowej. Granice te zatarły się. Sieć globalna przyciąga uwagę osób z różnych przedziałów wiekowych. Dodatkowo było to najpopularniejsze źródło zdobywania wiedzy (42%). Na drugim miejscu znalazło się szeroko pojęte środowisko medyczne.

²⁶ A. Charązka, A. Bieńkiewicz, Profilaktyka raka szyjki macicy w świadomości studentek. *Zdrowie Publiczne* 2002, 112, 340-344.

²⁷ I. Ulman-Włodarz, K. Nowosielski, M. Romanik, J. Pozowski, M. Jurek, Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni K, *Ginekologia Polska* Nr 1/2011r, 82, s. 22-25.

²⁸ W. Baran, K. Kornacka, S. Szela, Ocena wiedzy kobiet z Podkarpacia na temat profilaktyki raka szyjki macicy, 311–318.

Wnioski

1. Kobiety z wykształceniem wyższym częściej korzystają z wizyt w poradni ginekologicznej, niż populacja osób z ukończoną szkołą podstawową lub gimnazjum. Powody wizyt u specjalistów w grupie pań ze średnim i wyższym wykształceniem dotyczyły w przeważającej mierze profilaktyki (66%), w drugiej kolejności antykoncepcji. Natomiast w populacji osób z najniższym wykształceniem w zbliżonym stopniu wiązały się z odczuwanymi dolegliwościami i profilaktyką.
2. Prezentowane badania przedstawiają ogólnokrajową tendencję spadku dzietności rodzin. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety, które wychowują dwoje dzieci (21%). Rodziny wielodzietne stanowiły kilka procent ankietowanych osób: czworo dzieci 6%, pięcioro – 2%.
3. Kobiety w niewystarczającej mierze regularnie uczęszczają do poradni ginekologicznych. Wiąże się to brakiem systematyczności w wykonywaniu badań profilaktycznych.
4. Badana populacja nie jest w pełni świadoma głównych przyczyn raka szyjki macicy. Zbliżona liczba osób jako zagrożenie wskazała: czynniki genetyczne (35%) oraz wirusy (34%).
5. W badaniu uwidoczniała się niska świadomość dotycząca możliwości zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego ze względu na płeć. Większość ankietowanych ryzyko zakażenia wirusem HPV odnosi wyłącznie do kobiet (62%).
6. Zdecydowana większość respondentek korzysta z badań cytologicznych na skutek inicjatywy własnej. Może to świadczyć o coraz większej samoświadomości kobiet co do troski o własną przyszłość w kontekście dobrego zdrowia.
7. Najczęściej pojawiającymi się barierami, które podczas badań cytologicznych pokonywały respondentki był dyskomfort przed znalezieniem się w intymnej sytuacji, oraz lęk o rezultat badania.

Bibliografia

1. Baran W., Kornacka K., Szela S., Ocena wiedzy kobiet z Podkarpacia na temat profilaktyki raka szyjki macicy, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów 2013.
2. Charązka A., Bienkiewicz A., Profilaktyka raka szyjki macicy w świadomości studentek. Zdrowie Publiczne 2002, 112, 340-344

3. Chazan B., (red) Ginekologia w praktyce lekarza rodzinnego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1997.
4. Drews K., Antykoncepcja a nowotwory. Nowa Medycyna 1/2004.
5. Hempling R. E., Rak szyjki macicy, w: Podręcznik Onkologii Ginekologicznej, Warszawa PZWL 1999.
6. Koszarowski T., Gadomska H., Wronkowski Z., Romejko M., Epidemiologia nowotworów złośliwych w Warszawie i wybranych terenów wiejskich w latach 1963-1972. Instytut Onkologii, Warszawa 1975.
7. Krajewska M., Owłasiuk A., Litwiejko A., Stan wiedzy i zachowania zdrowotne mieszkank Sejn odnośnie do profilaktyki raka szyjki macicy, w: Problemy Medycyny Rodzinnej, maj 2010, vol. XII, No 1, s. 21-22.
8. Łuszczzyńska A., Bukowska-Durawa A., Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa 2011.
9. Majewski S., Sikorski M., (red) Szczepienia przeciw HPV, Profilaktyka raka szyjki macicy i innych zmian związanych z zakażeniami HPV, red: Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
10. Meder J., (red) Podstawy onkologii klinicznej, Wydawca Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011.
11. Potrykowska A., Strzelecki Z., Szymborski J., Witkowski J., Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014.
12. Ulman-Włodarz I., Nowosielski K., Romanik M., Pozowski J., Jurek M., Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni K, Ginekologia Polska Nr 1/2011r, 82, s. 22-25.
13. Sprawozdanie z realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w 2013r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014, s. 15-16.

Strony internetowe

1. www.profilaktykaraka.coi.waw.pl
2. www.hpv.pl
3. www.onkologia.org.pl
4. www.zdrowie.wieszjak.polki.pl
5. www.czytelniamedyczna.pl

Renata Minasiewicz, Jan Urban, Zdzisław Szalkowski, Dorota Kukowska

Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

**OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW PO USUNIĘCIU
PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO METODĄ KLASYCZNĄ
LUB LAPAROSKOPOWĄ**

**EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER
REMOVAL OF THE GALLBLADDER CLASSICAL METHOD
OR LAPAROSCOPIC**

Streszczenie

Cholecystektomia to zabieg polegający na usunięciu pęcherzyka żółciowego. Decyzję o rodzaju jak również o metodzie operacji podejmuje chirurg po dokonaniu pełnej oceny badań biochemicznych krwi i badań obrazowych pęcherzyka żółciowego. Kamica żółciowa jest najczęstszą chorobą dróg żółciowych i jedną z najczęstszych chorób, które nękają ludzkość, ze względu na częstość jej występowania kamice żółciową możemy nazwać chorobą społeczną. Wraz z rozwojem badań nad jakością życia pojawiła się potrzeba oceny jakości życia chorych po usunięciu pęcherzyka żółciowego. Ocena taka jest dodatkowym źródłem wielu informacji istotnych przy współistnieniu dwu lub więcej metod leczenia o zbliżonej skuteczności, jak np. metoda laparoskopowa i klasyczna usunięcia pęcherzyka żółciowego. W ostatnich latach wiele uwagi poświęcono zagadnieniu włączenia oceny jakości życia do prowadzonych badań klinicznych. Celem pracy jest ocena jakości życia pacjentów po wycięciu pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową lub klasyczną. Wykazanie, która z tych metod wywiera korzystniejszy wpływ na samopoczucie pacjenta umożliwi mu również szybszy powrót do codziennych czynności i pełnienia ról społecznych, a co za tym idzie daje zadowolenie z przeprowadzonej operacji tj. daje lepszą jakość życia.

Słowa kluczowe: cholecystektomia, jakość życia, kamica pęcherzyka żółciowego, pęcherzyk żółciowy, ból pooperacyjny, metoda laparoskopowa, metoda klasyczna

Summary

Cholecystectomy is a treatment involving the removal of the gallbladder. The decision on the type and method of operation makes the surgeon after a full assessment of biochemical tests of blood and imaging tests gallbladder. Gallstones is the most common disease of the bile ducts, and one of the most common diseases that afflict humanity, because of its prevalence gallstones can be called social disease. With the development of research on the quality of life there was a need to assess the quality of life of patients after removal of the gallbladder. Such assessment is an additional source of much information relevant to the coexistence of two or more treatments with similar efficacy, for example. Laparoscopy and classic gallbladder removal. In recent years, much attention was paid to the issue of inclusion of quality of life for clinical studies. The aim of the study is to assess the quality of life of patients after cholecystectomy laparoscopic or classical. The demonstration, which of these methods has a beneficial effect on the well-being of the patient allows it to also faster return to daily activities and social roles, and thus gives satisfaction with the transaction, ie. Giving a better quality of life. The second part of the study was to conduct and analyze a survey conducted among patients after cholecystectomy classical or laparoscopic, which evaluated the quality of life after the surgery.

Key words: cholecystectomy, quality of life, cholelithiasis, gall bladder, postoperative pain, laparoscopy, classical method

Wstęp

Problem jakości życia coraz częściej znajduje miejsce w wielu publikacjach medycznych i naukowych. Jakość życia stanowi coraz częściej również ważny element wielu międzynarodowych badań. Wraz z coraz większym rozwojem badań nad jakością życia w naukach o zdrowiu jak również naukach medycznych, zaczęła pojawiać się potrzeba oceny jakości życia chorych po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego, opublikowane zostały prace porównujące jakość życia pacjentów po cholecystectomii metodą klasyczną i metodą laparoskopową. Zbadano, że ocena jakości życia w trakcie opieki medycznej poprawia relacje między pacjentem i lekarzem, wzmacnia również skuteczność leczenia, zmniejsza częstość zaburzeń psychoemocjonalnych związanych z chorobą, pozwala na postawienie szybszej

diagnozy jak również leczenie różnych objawów chorobowych oraz rozwiązywanie codziennych problemów związanych z chorobą¹.

Uświadomienie nowej sytuacji w medycynie, jaką jest utrzymanie przy życiu coraz większej liczby ludzi chorych i niepełnosprawnych, stało się wyzwaniem polegającym na tym, że uratowane życie było by nie tylko możliwie znośne, ale i szczęśliwe. Coraz większą troską lekarzy stało się teraz nie tylko wydłużenie życia swoim pacjentom, ale również znaczne poprawienie jego jakości².

Ocena subiektywna jakości życia pacjenta wpływa na jego stosunek do proponowanych form leczenia, stosowanie się do zaleceń lekarskich, kontakt z personelem medycznym. Wszystko to sprzyja upodmiotowieniu procesu terapeutycznego³.

Ocena jakości życia pacjenta stanowi ważny wyznacznik informacji istotnych przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Jest to bardzo istotne przy współistnieniu dwu lub więcej metod leczenia o zbliżonej skuteczności w ocenie klinicznej⁴.

Sytuacja taka ma miejsce w wyborze metody operacji pęcherzyka żółciowego, czy należałoby wybrać metodę laparoskopową czy metodę klasyczną?

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena jakości życia pacjentów po wycięciu pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną i laparoskopową leczonych w Oddziale Chirurgii Ogólnej w SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej. Określenie, która z tych metod operacyjnych wywiera korzystniejszy wpływ na samopoczucie chorych i umożliwia im szybszy powrót do codziennych czynności oraz do pełnienia ról społecznych.

JAKOŚĆ ŻYCIA W MEDYCYNIE

Dotychczasowe sposoby pojmowania jakości życia

R. M. Rosser opublikowała pierwszą z metod pomiaru jakości życia chorych, inspirując się badaniami Campbell'a. Dzięki jej badaniom wprowadzony został na grunt

¹W. Tkaczewski, *Jakość życia w chorobach układu krążenia*, w: *Medycyna u progu XXI wieku – godność chorego człowieka* W. Imieliński (red.), Polska Akademia Medycyny, Warszawa 1996, s.56

²L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*, AM, Poznań 2001, s.78

³K. de Walden – Gałuszko, M. Majkowicz (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, UG, Gdańsk 1994, s.67

⁴H.Skłódowski, *Jakość życia w chorobach psychosomatycznych*, w: *Medycyna u progu XXI wieku – godność chorego człowieka*, s.84

medycyny charakterystyczny sposób pojmowania jakości życia ale również ukierunkowały się dalsze prace badawcze dotyczące tego problemu. Rosser poprosiła grupę lekarzy o wyodrębnienie objawów podstawowych, które charakteryzują stan choroby. Wyodrębniono dwa objawy, tj. ograniczoną aktywność życiową i tzw. doświadczalne cierpienie. Sprowokowani podjętymi badaniami Weinstaini Staron postanowili wprowadzić wskaźnik oceny QALY (Quality Adjusted Life Years), który wyrażał w punktach od 0,0 do 1,0 lata do życia w pełnym dobrostanie fizycznym i psychicznym, jednakże obejmował on tylko sprawność fizyczną i okres przeżycia, ale nie był narzędziem oceny jakości życia. Natomiast Flanagan badał najważniejsze czynniki determinujące jakość życia u 3 tys. osób dorosłych. Wynik badań Flanagan wykazały, że dla osób ankietowanych najważniejszy okazał się właśnie ich stan zdrowia.

Uwzględnienie stanu zdrowia jako jednej z najważniejszych wartości dla człowieka przyczyniło się na początku lat dziewięćdziesiątych do wyodrębnienia jakości życia, która jest zależna od stanu zdrowia⁵.

Próba zdefiniowania jakości życia

W literaturze fachowej istnieje wiele definicji jakości życia, co w efekcie końcowym stwarza możliwość wieloaspektowego ujęcia tego problemu. Mnogość definicji wynika najprawdopodobniej z faktu, że jakość życia jest pojęciem interdyscyplinarnym, którym zajmują się badacze nie tylko z zakresu medycyny ale również socjologii, psychologii, filozofii jak również ekonomii społecznej. Jedną z pierwszych definicji według Dalkey i Rourke, sformułowaną w 1972 roku, mówiła, że na jakość życia składają się: satysfakcja z życia i poczucie szczęścia, które towarzyszy człowiekowi. Campbell natomiast uznał, że na jakość życia składa się stopień zaspokojenia w określonych dziedzinach życia tzn. życie rodzinne, małżeństwo, znajomi, zdrowie, sąsiedzi, zajęcia domowe, życie w danym kraju, praca zawodowa, czas wolny, warunki mieszkaniowe, standard życia itd.

Natomiast definicja polskiej badaczki jakości życia, de Walden-Gałusko, mówi, że jakość życia to ocena własnej sytuacji życiowej, dokonana w określonym czasie i uwzględniająca hierarchię wartości, potrzeb lub też różnica pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją jaką sobie on wymarzył⁶.

⁵ Tamże s. 99, s. 99-103

⁶E. Papuć, Medical University of Lublin, *Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania*, s. 142-143, s. 141-145

W 1994 roku Światowa Organizacja Zdrowia powołała sekcję World Health Organization Quality of Life (WHOQoL), która zdefiniowała jakość życia jako "indywidualną percepcję własnej pozycji życiowej z uwzględnieniem warunków kulturowych, systemu, wartości w powiązaniu z osobistymi celami, oczekiwaniami, problemami i normami. Wpływa na nią w złożony sposób: zdrowie fizyczne, relacje z innymi ludźmi i ważne dla danej osoby cechy środowiska".

Mające znaczenie w rozwoju badań nad jakością życia definicje utworzyli również inni badacze zajmujące się tą problematyką i tak np. Shipper w 1990 roku zdefiniował jakość życia zależną od zdrowia (ang. Health-related Quality of Life, HRQoL) jako „wpływ choroby i jej przewlekłego leczenia na jakość życia, postrzeganą przez pacjenta”, postrzeganie otaczającego świata. Wszystkie definicje są różne, ale mają wspólny mianownik, którym jest podkreślenie, że ocena i percepcja jakości życia mają wymiar subiektywny i zależą one od wielu okoliczności, a wśród nich stan zdrowia pozostaje centralnym punktem odniesienia.

W świetle powyższych definicji wydaje się istotne, aby w badaniach nad jakością życia oceniać aspekt fizyczny, psychologiczny, społeczny jak również zawodowy życia ludzi. Istnienie licznych definicji z jednej strony podkreśla wielowymiarowość tego pojęcia, z drugiej zaś jest dowodem braku porozumienia w sprawie, czego konsekwencją jest istnienie licznych i zarazem różnych kwestionariuszy do badań jakości życia. Definiowanie jakości życia wielokrotnie i na szereg różnych sposobów nie wyczerpuje jednakże treści tego pojęcia.

W niniejszej pracy przyjęto szeroki sposób rozumienia tego terminu zależnego od czynników działających w danym momencie życia na jakość i charakter okoliczności jak również sytuacji w której dana osoba się znajduje.. Jakość życia jest bliska poczuciu szczęścia, co może oznaczać zadowolenie z życia, pozostawanie w harmonii z sobą samym i otaczającym środowiskiem.

U osób chorujących, cierpiących, szczególnie, gdy choroba jest zaawansowana, mierniki oceny odczuwanego dobrostanu zależą od ich stanu zdrowia, jak również od objawów powodowanych przez chorobę. Nie istnieje uniwersalna i powszechnie akceptowana definicja jakości życia, jednakże wszystkie sposoby ujmowania omawianego zagadnienia mają cechy wspólne. Jakość życia jest subiektywna, powiązana ze zdrowiem i innymi czynnikami klinicznymi, społecznymi i funkcjonalnymi, z którymi styka się w swoim życiu każdy człowiek.

Koncepcja jakości życia wywodząca się z modelu zdrowia i opieki zdrowotnej koncentruje się na określeniu wpływu stanu fizycznego na funkcjonowanie człowieka

fizyczne, psychiczne i społeczne oraz na ograniczeniach z jakimi się on spotyka w tym funkcjonowaniu. Taką koncepcję określa się mianem jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia.

Sposoby pomiaru jakości życia, narzędzia pomiarowe

Różnorodność definicji jakości życia powoduje powstawanie różnorodnych narzędzi pomiarowych. Możemy je ogólnie podzielić na skale:

- globalne,
- specyficzne
- niespecyficzne.

Skale globalne – służą do oceny jakości życia w sposób raczej ogólny, pomijają one natomiast szczegółową oceną jakości życia w różnych jego aspektach i dziedzinach, składają się one z kilku pytań dotyczących globalnej oceny jakości życia i poszczególnych jego obszarów. Przykładem takiej skali może być:

- Indeks Jakości Życia Ferrans i Powers
- VAS
- drabinka Cantrilla.

Skale niespecyficzne – uwzględniają kilka płaszczyzn jakości życia, służą do oceny i porównania jakości życia różnych grup badanych osób, jak również dużych populacji. W zależności od bazy teoretycznej, na której się opierają umożliwiają pomiar globalny jakości życia oraz wpływu problemów zdrowotnych na funkcjonowanie pacjenta. Zaletą tych narzędzi pomiarowych jest możliwość oceny szerokiego obszaru życia jak również funkcjonowania osób badanych, natomiast wadą stosunkowo niska czułość na zachodzące zmiany specyficzne dla danej jednostki chorobowej. Przykładem takich skal może być:

- SF-36,
- Indeks Jakości Życia Ferrans i Powers
- Nottingham Health Profile,
- World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL).

Skale specyficzne – służą do oceny jakości życia osób, u których postawiono konkretne rozpoznanie kliniczne są skoncentrowane na objawach charakterystycznych dla danej jednostki chorobowej. Stosuje się je głównie w celu zbadania reakcji pacjenta na leczenie jak również do oceny korzyści stosowania różnych, niejednokrotnie alternatywnych form terapii, oceny zmian jakości życia u tych samych osób na przestrzeni czasu, nie dają jednak

wyczerpującej odpowiedzi na temat jakości życia badanych, ujmując problem całościowo. Skale te charakteryzuje wysoka czułość na zmiany, ale ich zastosowanie uniemożliwia dokonanie porównania jakości życia osób z różnych rozpoznaniem klinicznym a także z populacją ludzi zdrowych.

Skala WHOQOL-100 zawiera sto pytań pogrupowanych na 24 podskale wchodzące w zakres sześciu głównych dziedzin życia, wliczając również dziedzinę duchową, oraz skalę ogólną QOL.

Analizowane dziedziny życia wraz z wchodzącymi w ich skład podskalami:

1. Dziedzina fizyczna to:
 - ból i dyskomfort,
 - energia i zmęczenie
 - sen i wypoczynek
2. Dziedzina psychologiczna to:
 - pozytywne uczucia,
 - myślenie,
 - uczucia,
 - pamięć, koncentracja,
 - samoocena,
 - obraz własnego ciała i wyglądu,
 - negatywne uczucia, smutek i przygnębienie, złość.
3. Dziedzina niezależności to:
 - mobilność,
 - czynność życia codziennego,
 - zależność od leków i leczenia,
 - zdolność do nauki i pracy.
4. Dziedzina społeczna to:
 - wsparcie społeczeństwa,
 - relacje społeczne,
 - aktywność seksualna.
5. Dziedzina środowiskowa to:
 - ocena środowiska domowego,
 - bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne,

- zasoby finansowe
 - opieka zdrowotna i opieka socjalna,
 - pozyskiwanie nowych informacji,
 - czas wolny i uczestnictwo w rekreacji,
 - zadowolenie ze środowiska fizycznego,
 - problemy z przemieszczaniem i transportem,
6. Dziedzina duchowa i przekonań religijnych.
 7. Skala WHOQOL-100 dodatkowo zawiera ogólną skalę QOL dotyczącą globalnej oceny jakości życia i stanu zdrowia.

Przyjętym sposobem przeniesienia mało wymiernej wielkości, jaką jest jakość życia, na wartości wymierne umożliwiające dokonywanie porównań jest zastosowanie kwestionariusza oceny pod nazwą HRQOL. Do oceny jakości życia chorych stosuje się wiele narzędzi badawczych ogólnych jak i specyficznych, do najczęściej używanych kwestionariuszy ogólnych należą między innymi: Profil Zdrowia, Nottingham (*Nottingham Health Profile - NHP*), Profil Wpływu Choroby (*Sickness Impact Profile – SIP*), Skrócony Formularz MOS 36 (*Medical Outcomes Survey Short Form 36 MOS-SF-36*). Niska czułość kwestionariuszy ogólnych nie pozwala na ocenę jakości życia w określonym czasie. Dlatego też opracowano kilkanaście kwestionariuszy swoistych dla określonych jednostek chorobowych

KAMICA PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

Obraz kliniczny kamicy pęcherzyka żółciowego

Kamica żółciowa jest najczęstszą chorobą dróg żółciowych jak również jedną z najczęstszych chorób w obrębie jamy brzusznej. Powstające złogi mogą mieć różne kształty jak i różne wielkości, mogą być pojedyncze lub mnogie. Kamienie żółciowe powstają w każdej części dróg żółciowych, najczęściej jednak występują w pęcherzyku żółciowym (*cholelithiasis*), następnie w zewnątrzwątrobowych przypadków kamica żółciowa ma przebieg bezobjawowy. Bezobjawowa i niepowikłana kamica pęcherzyka żółciowego nie wymaga leczenia chirurgicznego. Kamica żółciowa występuje 3-4 częściej u kobiet niż u mężczyzn. Stwierdza się ją najczęściej po 40 roku życia a jej częstość występowania

wzrasta wraz z wiekiem. Uważa się, że kamica występuje u 15-20% populacji zachodniej, u chorych powyżej 65 roku życia dotyczy co 2-3 osoby⁷.

Kamienie formujące się w pęcherzyku lub w drogach żółciowych dzieli się według ich budowy chemicznej na cholesterolowe, barwnikowe lub kamienie o strukturze mieszanej. Wśród kamieni barwnikowych wyróżnić można złogi brązowe i czarne, złogi brązowe są typowe dla mieszkańców Azji, kamienie czarne stwierdza się najczęściej u osób z chorobami hemolitycznymi lub marskością wątroby. Obecnie w Europie, w tym również w Polsce, w Ameryce Północnej, w Australii i w niektórych krajach Azji kamica pęcherzyka żółciowego stanowi najczęstsza przyczynę operacji chirurgicznych⁸.

Najbardziej typowym objawem kamicy żółciowej jest kola żółciowa zwana też kolką wątrobową. Ból bardzo silny i stały pojawia się najczęściej w środkowym nadbrzuszu oraz poniżej prawego łuku żeberowego i okolicy zamostkowej, bardzo często promieniuje on do pleców i prawego barku. Kolce wątrobowej może towarzyszyć wzdęcie brzucha, wymioty i nudności. Bóle występują głównie po błędach dietetycznych, ale czynnikiem wywołującym może być także silny stres lub wysiłek fizyczny. Nie można jednoznacznie zaliczyć do grupy chorych na kamice objawową osób, u których występują jedynie na przykład: odbijanie, nudności, zgaga, wzdęcia, dyspepsja, uczucie pełności w prawym lub w całym nadbrzuszu.

Kamica przewodów żółciowych (*choledocholithiasis*)

Kamica przewodów żółciowych to najczęstsze powikłanie kamicy pęcherzyka żółciowego. Do jej rozwoju dochodzi po przejściu złoju do głównych dróg żółciowych poprzez przewód pęcherzykowy. Objawy resztkowej kamicy przewodowej wtórnej do kamicy przewodów żółciowych mogą wystąpić w okresie dwóch lat po wykonaniu cholecystostomii. Jeśli rozwija się po tym czasie uważana jest za pierwotną nawrotową i jest ona znacznie rzadsza. Czynnikiem predysponującym do rozwoju kamicy nawrotowej jest zastój żółci sprzyjający infekcjom bakteryjnym, a co za tym idzie powstawania brązowych złogów barwnikowych. Klinicznie kamica przewodowa objawia się tępym, nawracającym bólem w nadbrzuszu połączonym z nudnościami, wymiotami, bez wyraźnej tkliwości brzucha w badaniu palpacyjnym.

⁷M. Krawczyk, *Chirurgia dróg żółciowych i wątroby*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s. 178

⁸J. Szmidt (red.), *Podstawy chirurgii*, Tom II, Kraków 2004, s. 915

Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego (*cholecystitis acuta*)

Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego jest następstwem odczynu zapalnego ściany pęcherzyka powstającego pod wpływem zmian biochemicznych, które zachodzą w żółci, drażnienia kamieniami, rozciągania ściany pęcherzyka, wzrostu ciśnienia a także bakteryjnego zapalenia żółci, która nie odpływa z powodu przeszkody, zatkania np. kamieniem⁹.

Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego stwierdza się u około 20% chorych, w 90% zaś jest spowodowane zatkanie przewodu przez złoże. Poprzedza je zwykle napad kolki żółciowej. Bóle mają charakter tępy, nie są wyraźnie umiejscowione, mogą obejmować całe nadbrzusze, nasilają się przy oddychaniu. Objawom tym towarzyszą nudności i wymioty. Pojawia się również gorączka, 38-39°C, dreszcze, czasami żółtaczka¹⁰.

Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego

Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego jest najczęstszą przyczyną dolegliwości wywołanych schorzeniami pęcherzyka. Pacjenci zgłaszają nawracające wzdęcia z oddawaniem wiatrów, nietolerancją pokarmów tłuszczowych i dolegliwości bólowe umiejscowione w prawym górnym kwadrancie brzucha. Ból nasila się po posiłkach, towarzyszy mu uczucie wzdęcia i zgaga. W rozpoznaniu należy uwzględnić wrzód dwunastnicy, niedokrwienie mięśnia sercowego, przepuklinę rozworu przełykowego, przewlekłe zapalenia trzustki jak również nowotwór przewodu pokarmowego¹¹.

Wodniak pęcherzyka żółciowego (*hydrops vesicae felleae*)

Pęcherzyk wypełniony zastoinową żółcią po kilku dniach przekształca się w wodniak pęcherzyka. Treść w świetle pęcherzyka staje się śluzowo-wodnista co spowodowane jest nadmiarem wydzieliny z błony śluzowej pęcherzyka, gdy nie docierają do niego nowe porcje żółci wskutek zamknięcia przez złoże przewodu pęcherzykowego. Niejednokrotnie przyczyną powstania wodniaka może być guz lub proces włóknienia w przewodzie pęcherzykowym.

⁹ E. Walewska, *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 305

¹⁰ W. Noszczyk, *Chirurgia. Repetytorium*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 348

¹¹ J. Szmidi (red.), *Podstawy chirurgii*, Tom II, Kraków 2004, s. 918

Ropniak pęcherzyka żółciowego (*empyemavesicaefelleae*)

Różni się od wodniaka tym, że towarzyszy mu zakażenie bakteryjne. Objawami ropniaka pęcherzyka jest stały, silny ból w prawym podżebrzu promieniujący do prawej łopatki, gorączka 39°C - 40°C, dreszcze, objawy otrzewnowe w okolicy prawego podżebrza.

Diagnostyka – badania kliniczne i laboratoryjne

Badania kliniczne

W procesie diagnostycznym metody obrazowania nie mogą zajmować miejsca roli badania fizykalnego i wywiadu. Dokładnie zebrany wywiad chorobowy, ale również staranne badanie przedmiotowe jest najważniejszym kryterium diagnostycznym chorób pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych.

Badania laboratoryjne

Badania laboratoryjne obejmują oznaczenie stężenia w surowicy: bilirubiny bezpośredniej i pośredniej, lipoproteiny X, białka C-reaktywnego (CRP), aktywności fosfatazy zasadowej, GGTP, transaminazy i dehydrogenazy kwasu mlekowego oraz liczby leukocytów i OB¹².

W niepowikłanej (bezobjawowej) kamicy nie ma odchyień w badaniach laboratoryjnych, w przypadku powikłań zaś stwierdza się podwyższone wartości bilirubiny i transaminaz. W kamicy przewodowej występują wyższe wartości fosfataz zasadowych, natomiast przy cholestazie ocenia się poziom urobilinogenu w moczu.

Badania obrazowe

Ultrasonografia (USG) – jest metodą z wyboru w diagnostyce kamicy pęcherzyka żółciowego (ultrasonografia górnego kwadrantu jamy brzusznej). Czułość USG w wykrywaniu kamieni wielkości 1,5 mm i większych wynosi 95%. W tym badaniu konieczne jest pełne uwidocznienie pęcherzyka żółciowego w dwóch płaszczyznach i w co najmniej dwóch pozycjach ciała pacjenta.

Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW) – jest to technika badania, która łączy metodę endoskopową i radiologiczną z zastosowaniem cieniującego środka.

Endoskopowa ultrasonografia (EUS) – jest to najbardziej czuła metoda wykrywania kamieni w brodawce Vatera.

¹² J. Szmidt (red.), *Podstawy chirurgii*, Tom II, Kraków 2004, s. 911

Echoendoskop różni się tym od endoskopu, że jest wyposażony w głowicę ultradźwiękową. Endoskopowa ultrasonografia jest szczególnie przydatna w rozpoznawaniu kamicy przewodowej, a jej wartość diagnostyczna jest zbliżona do ECPW¹³.

Tomografia komputerowa (TK) – może w pewnych wypadkach być użyteczna w diagnozowaniu kamicy żółciowej, szczególnie przy uwąpnionych złożach.

Rezonans magnetyczny (MR) i cholangiopankreatografia (MRCP) –

MR jako badanie w kierunku wykrycia kamicy żółciowej nie jest polecany. Jest on wykorzystywany do zobrazowania dróg żółciowych i przewodów trzustkowych. Charakteryzuje się wysoką czułością w zakresie poszerzenia przewodów trzustkowych i dróg żółciowych. Czułość wykrywania kamienia w przewodzie żółciowym wynosi w przybliżeniu około 85%. MRCP wykorzystuje się jako alternatywę ECPW przed planowym laparoskopowym usunięciem pęcherzyka żółciowego w celu wykluczenia kamicy przewodowej¹⁴.

Przezkórna cholangiografia przezwątrobowa (PTC) – badanie to polega na nakłuciu wątroby igłą typu Chiba i na podaniu środka cieniującego bezpośrednio do dróg żółciowych, metoda ta jest jednocześnie lecznicza, jak również diagnostyczna, w trakcie badania możliwe jest wprowadzenie cewnika lub protezy pod kontrolą fluoroskopową do dróg żółciowych¹⁵.

Scyntygrafia wątroby i dróg żółciowych (HIDA) – badanie to nie ma znaczenia w wykrywaniu kamieni żółciowych, jedynie nieznaczne możliwości w rozpoznaniu zapaleń pęcherzyka żółciowego¹⁶.

Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – badanie z wykorzystaniem 2-fluoro-2-deoksy-Dglukozy (FDG) jest pożyteczną metodą, która służy do wykrywania guzów nowotworowych dróg żółciowych niewielkich rozmiarów¹⁷.

Tradycyjne metody diagnostyczne – metody te są oparte na badaniach radiologicznych, należą do nich: cholecystografia doustna, cholangiografia dożylna, przeglądowy radiogram brzucha. Cholangiografia śródoperacyjną przez dren Kehra wykonuje się nadal ze względu na niewielki koszt, dostępność oraz możliwość obrazowania dróg żółciowych.

E-coli, Proteus Vulgaris, Streptococcus, Staphylococcus. Powikłanie to częściej obserwuje się u mężczyzn, zwłaszcza u chorych na cukrzycę. Gazowe zapalenie pęcherzyka wymaga pilnej

¹³ Tamże

¹⁴ Tamże, s. 571

¹⁵ J. Szmidt (red.), *Podstawy chirurgii*, Tom II, Kraków 2004, s. 911

¹⁶ B. Skrzydło-Radomańska (red.), *Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013, s. 571

¹⁷ J. Szmidt (red.), *Podstawy chirurgii*, Tom II, Kraków 2004, s. 912

interwencji operacyjnej w połączeniu z antybiotykoterapią. Zaleca się w tym przypadku zabieg otwarty.

LECZENIE KAMICY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO

Leczenie zachowawcze

Leczenie zachowawcze kamicy pęcherzyka żółciowego stosowane jest w przypadku kamicy objawowej bez powikłań. Polega ono na stosowaniu diety, przyjmowaniu leków przeciwbólowych i leków parasympatykolitycznych, przynosi ulgę w dolegliwościach, ale nie usuwa istotnej przyczyny choroby. Ma ono więc na celu złagodzenie objawów zapalnych i bólowych. W napadzie ostrej kolki żółciowej standardem opieki jest unieruchomienie pacjenta w łóżku oraz podanie mu odpowiednich leków rozkurczowych i przeciwbólowych. Zmniejszeniu bólu niepowikłanej kamicy sprzyja także ogrzanie prawego podżebrza poduszką elektryczną lub ciepłym termoforem, zaleca się także stosowanie diety ścisłej, uzupełnieniu niedoborów wodno-elektrolitowych, prowadzenie karty obserwacyjnej i antybiotykoterapia¹⁸.

Ogromne znaczenie w zaostrzeniu kamicy żółciowej ma przede wszystkim dieta. Kiedy pojawiają się dolegliwości bólowe, należy stosować dietę lekkostrawną, niskotłuszczową z ograniczeniem produktów obfitujących w błonnik, szczególnie w jego nierozpuszczalną frakcję. Należy wyłączyć z diety produkty, które nasilają dolegliwości:

- produkty tłuszczowe, np. smalec, słonina,
- produkty zawierające znaczną ilość błonnika nierozpuszczalnego, np. pieczywo razowe, otręby pszenne, surowe warzywa,
- warzywa i owoce wzdymające, np. kapusta, pory, cebula, czosnek,
- produkty zawierającego kwas szczawiowy, np. szpinak, szczaw, rabarbar,
- potrawy tłuste, ostre, pikantne, marynaty i konserwy.

Potrawy sporządza się metoda gotowania, w wodzie lub na parze, duszenia bez dodatku tłuszczu. Zupy i sosy doprawia się zawiesiną z mąki i wody, a do potraw, których podstawa są jaja dodaje się same białka. Z mięs stosujemy drób, chudą cielęcinę lub chude ryby a warzywa podaje się gotowane i rozdrobnione.

¹⁸ <http://www.woreczekzolciowy.plz> dnia 17.06.2015r.

Litotrypsja pozaustrojowo generowana falą uderzeniową (ESWL)

Kruszenie kamieni żółciowych za pomocą ESWL zaproponował po raz pierwszy Sauerbruch w 1986 roku. Generowana fala doprowadza do kruszenia kamieni na drobne elementy, które zostaną następnie odprowadzone do dwunastnicy. Anatomia dróg żółciowych umożliwia przejście jedynie fragmentów kamieni o wielkości 2-3 mm. Czas oczyszczania z rozkruszonych kamieni jest długi i wynosi około 6 miesięcy. Towarzyszą mu objawy kolki żółciowej, często jest niekompletny, co powoduje konieczność dodatkowego leczenia doustnymi kwasami żółciowymi lub w konkretnych przypadkach ECPW. zastosowanie w przypadku leczenia kamicy przewodowej niepoddającej się leczeniu endoskopowemu¹⁹.

Leczenie operacyjne

Cholecystectomya klasyczna

Do Polski zabieg cholecystectomyi sprowadził i pierwszy samodzielnie wykonał Julian Kosiński, który wykonywał bardzo skomplikowane operacje jak na ówczesne czasy, na przykład operacje dróg żółciowych, w tym cholecystectomyę, resekcję jelita cienkiego, operacje przelyku. W Warszawie chirurgią dróg żółciowych zajmował się także Władysław Krajewski, należy podkreślić, że jego poglądy były bardzo zbliżone do poglądów największych chirurgów Europy. Krajewski do połowy 1906 roku wykonał 104 operacje dróg żółciowych, w tym 56 cholecystostomii, 21 cholecystectomyi, 4 choledochotomie. Polscy chirurdzy dzielili się swoimi spostrzeżeniami i wynikami na Zjazdach Chirurgów Polskich, a ówczesna polska chirurgia nie odbiegała od trendów światowych.

Cholecystectomya jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów chirurgicznych na świecie. Zabieg cholecystectomyi może być przeprowadzany metodą otwartą (klasyczną) lub laparoskopowo.

Wskazania dla zabiegów metodą otwartą

Bezwzględными wskazaniami dla zabiegów metodą otwartą jest:

- ostry stan zapalny pęcherzyka żółciowego,
- zgorzelinowe zapalenie pęcherzyka żółciowego,
- wodniak pęcherzyka żółciowego,
- ropniak pęcherzyka żółciowego,
- ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego z jednoczesnym ostrym zapaleniem trzustki,

¹⁹ B. Skrzydło-Radomańska (red.), *Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013, s. 574

- trudne lub nawet niebezpieczne uwidocznienie przewodu pęcherzykowego,
- obecność rozległych zrostów,
- znaczne pogrubienie nacieczonych zapalnie ścian,
- duży zółg zaklinowany w szyjce pęcherzyka,
- rak pęcherzyka żółciowego.

Przygotowanie przedoperacyjne

W przypadku zapalenia ostrego pęcherzyka żółciowego przygotowanie przedoperacyjne zależy od czasu trwania jak również ciężkości objawów. Pacjent, który trafia do szpitala nie później niż 48 godzin od początku objawów powinien być we właściwym czasie zakwalifikowany do operacji, gdy wyrównane zostaną zaburzenia wodno-elektrolitowe i podane zostaną antybiotyki. Bez względu na czas trwania objawów ostrych interwencja chirurgiczna jest wskazana w przypadku nawrotu dolegliwości bólowych, gdy zwiększa się liczba leukocytów lub narastają objawy mogące sugerować możliwość perforacji ściany pęcherzyka. Zdarza się, że w przypadku nawet dużych zmian zapalnych pęcherzyka żółciowego ciepłota ciała i liczba krwinek białych są na prawidłowym poziomie i u chorego nie występują objawy kliniczne.

Wykonanie operacji

Zabieg operacyjny wykonuje się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym, chorego układamy na plecach z możliwością odgięcia na wysokości łuków żebrowych, cięcie i dostęp operacyjny do otwarcia jamy brzusznej może być: cięcie przyprostne, cięcie przezprostne, cięcie Kochera, cięcie Kehra.

Cholecystectomy klasyczna ma wiele zalet, jedną z nich jest szeroki dostęp operacyjny a także możliwość oceny pola operacyjnego w rzeczywistym obrazie, jak również możliwość oceny narządów badaniem palpacyjnie. Posługiwanie się klasycznymi, krótkimi narzędziami, manipulacje wewnątrz jamy otrzewnej, usuwanie wyciętych narządów jest łatwe, jednak w okresie pooperacyjnym występują znaczne dolegliwości bólowe, rana pooperacyjna jest rozległa, późny powrót perystaltyki, znaczne opóźnione uruchamianie i powrót do normalnej aktywności życiowej oraz kosztowna, długotrwała hospitalizacja. Duża rana po operacji związana jest z powikłaniami takimi jak ropień, przepuklina czy nawet rozejście się rany.

Cholecystectomy laparoskopowa

Wraz z rozwojem techniki oraz metod operacyjnych podjęto starania o zmniejszenie inwazyjności zabiegów chirurgicznych, co doprowadziło do rozwoju i powstania laparoskopii

Pierwszym chirurgiem, który wykonał zabieg laparoskopowy u człowieka był Szwed Hans Christian Jacobaeus w 1910 roku W stanach Zjednoczonych w roku 1911 Bertram Bernheim wykonał pierwszy zabieg laparoskopowy, wykorzystał proktoskop, który wprowadził do otrzewnej przez minilaparotomię. W 1918 roku Goetze opracował igłę do wykonywania odmy otrzewnowej, która po modyfikacjach dokonanych 20 lat później przez J. Veressa, jest używana do dziś. Dzięki odmie chirurdzy uzyskali większe pole operacyjne, lepszą widoczność, bez ryzyka uszkodzenia jelit. W roku 1924 Szwajcar Zollikofer zaproponował, aby wykorzystać dwutlenek węgla do wytworzenia odmy otrzewnowej a w 1944 roku Palmer zwrócił uwagę na potrzebę stałego monitorowania ciśnienie śródbrzusznowego podczas laparoskopii. W Polsce pierwsza cholecystectomy laparoskopowa odbyła się 1 maja 1991 roku w Klinice Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu kierowanej przez prof. Smockiewicza²⁰.

Chirurgia pęcherzyka żółciowego liczy ponad 300 lat. Technika chirurgiczna ewoluowała od usuwania kamieni poprzez cholecystostomię aż do cholecystectomy Langenbucha aż do cholecystectomy laparoskopowej. Wraz z rozwojem etapów chirurgicznego postępowania poprawiła się jakość życia pacjentów, którzy początkowo leczeni byli tylko objawowo a potem także przyczynowo. W ciągu ostatnich kilkunastu lat nastąpił dynamiczny rozwój technik laparoskopowych, które w coraz większym stopniu wypierają metodę cholecystectomy klasycznej, rezerwując ją jedynie dla powikłanych lub bardzo trudnych przypadków.

Kwalifikacja chorych do cholecystectomy laparoskopowej zmieniła się od czasów pierwszych zabiegów wykonywanych tą metodą. Wówczas każdy pacjent z chorobami krążeniowymi lub płucnymi w podeszłym wieku był dyskwalifikowany do takiej operacji. Obecnie u chorych tych zabieg laparoskopii jest szczególnie wskazany. Wskazaniem do tego zabiegu jest kamica objawowa, powikłana stanem zapalnym ściany pęcherzyka oraz żółtaczką. Otyłość jest również wskazaniem do tej metody, ponieważ związane jest to z gorszą tendencją do gojenia się rany oraz częstym powstawaniem przepuklin brzusznych

²⁰ P. Gembał, K. Milik, J. Ździebło, J. Kęsik, T. Zubilewicz, *Rys historyczny cholecystectomy otwartej i laparoskopowej*, w: *Chirurgia Polska* 2007, 9, 2, s. 100-101, s. 97-103

u chorych otyłych. Rany po laparoskopii są niewielkie, co zmniejsza ryzyko infekcji, umożliwiając wcześniejsze uruchamianie pacjentów zapobiegając powikłaniom zakrzepowozatorowym. Kwalifikacja chorych do zabiegów cholecystectomii laparoskopowej odbywa się na podstawie badań klinicznych i badań dodatkowych. Najważniejszą rolę odgrywa ultrasonografia. Powinna ona nie tylko potwierdzać obecność złogów, ale dostarczać także innych informacji. Istotne jest wielkość i ilość kamieni w pęcherzyku żółciowym, położenie, liczne drobne złogi wymagają starannego preparowania, gdyż uszkodzenie ścian pęcherzyka może spowodować wydostanie się kamieni do jamy otrzewnej. W przeddzień operacji chory spożywa lekkostrawną kolację, a przed samym zabiegiem w żołądku nie umieszcza się zgłębnika jak i cewnika w pęcherzu moczowym.

Przeciwwskazania względne do zabiegu:

- otyłość,
- przebyte operacje jamy brzusznej,
- kamica przewodowa,
- ciąża,
- przepukliny jamy brzusznej.

Przeciwwskazania bezwzględne do zabiegu:

- rozlane zapalenie otrzewnej,
- rak pęcherzyka żółciowego,
- przetoki żółciowa lub żółciowo-jelitowa,
- rozległe zrosty w jamie brzusznej,
- przeciwwskazanie do znieczulenia ogólnego.

Czasami cholecystectomia laparoskopowa wymaga zmiany na cholecystectomię tradycyjną z otwarciem jamy brzusznej (konwersja).

Gazem powszechnie stosowanym w cholecestectomii laparoskopowej jest dwutlenek węgla. Jego zaletą jest szybka resorpcja i łatwość wydalania z układu oddechowego, wada zaś, że na błonie surowiczej otrzewnej powstaje z niego kwas węglowy, który u niektórych chorych powoduje pooperacyjne bóle w okolicy barków.

Powikłania cholecystectomii laparoskopowej:

- uszkodzenie dróg żółciowych,
- krwawienie z łoży po pęcherzyku,
- uszkodzenie naczyń w obrębie jamy brzusznej,

- uszkodzenie jelit,
- otwarcie światła pęcherzyka i wypadnięcie kamieni,
- ucisk żyły głównej dolnej,
- rozedma podskórna, śródpiersiowa, opłucnowa,
- hiperkapnia – wzrost ciśnienia dwutlenku węgla powyżej normy we krwi,
- zator gazowy przy dużym uszkodzeniu naczyń.

PIELĘGNOWANIE CHOREGO Z KAMICĄ PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO

Opieka nad chorym przed zabiegiem operacyjnym

Powodzenie zabiegu operacyjnego i pomyślny przebieg dni pooperacyjnych w dużej mierze zależy od właściwego przygotowanie pacjenta fizycznego ale również psychicznego. Chorzy boją się każdego zabiegu, niezależnie czy będzie on drobny, poważny czy nieskomplikowany, licząc się z każdą ewentualnością. Chory boi się zabiegu, boi się znieczulenia, powikłań po znieczuleniu, po operacji, które uniemożliwiają mu powrót do domu i do pracy, jak również do pełnej aktywności. Pacjent zawsze myśli o czekającej go operacji przez pryzmat bólu, boi się fizycznego okaleczenia ciała i widocznych deformacji, pacjent niejednokrotnie boi się śmierci. Każdy chory czekający na zabieg ma wiele wątpliwości, pytań i obaw. Każdy chce być poważnie potraktowany. Chory ma prawo do uzyskania informacji o stanie swojego zdrowia, o planowanej operacji, o grożących mu powikłaniach w sytuacji poddania się zabiegowi, jak również w sytuacji niezdecydowania się na zabieg. Chory ma prawo do samodzielnego podjęcia decyzji dotyczącej leczenia²¹.

Opieka nad chorym po zabiegu operacyjnym

Opieka pielęgniarska nad chorym w okresie bezpośrednim po zabiegu koncentruje się na takich elementach jak:

- kontrola stanu świadomości,
- monitorowanie podstawowych funkcji życiowych (ciśnienie, tętno, oddech, ilość wydalonego moczu, ocena barwy skóry i błon śluzowych),
- obserwacja rany pooperacyjnej, opatrunku, ilości drenowanej treści, jaka wypływa z założonych drenów,

²¹ E. Walewska, *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 311-314

- obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia powikłań w związku z operacją,
- podawanie zleconych leków i płynów infuzyjnych,
- pomoc w uwolnieniu chorego od bólu, podawanie leków według karty leczenia bólu,
- dbanie o komfort ogólny chorego,
- dokumentowanie wszystkich pomiarów,
- prowadzenie dokumentacji podanych płynów i leków.

Problemy pielęgnacyjne

1. Możliwość wystąpienia zaburzeń w układzie oddechowym.
2. Ryzyko wystąpienia krwotoku.
3. Możliwość wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych.
4. Możliwość wystąpienia żółtaczki pooperacyjnej z powodu utrudnionego odpływu żółci przez dren Kehra.
5. Ryzyko wystąpienia powikłań w związku z obecnością pozostawionych w jamie brzusznej drenów.
6. Brak apetytu z powodu ograniczeń dietetycznych.
7. Brak możliwości samodzielnej pielęgnacji z powodu ograniczeń ruchowych.
8. Niepokój pacjenta wynikający z niedostatecznej wiedzy na temat samopielęgnacji w warunkach domowych.

Zalecenia dla pacjenta po zakończonym leczeniu

Przeprowadzony zabieg operacyjny (cholecystectomy) nie zwalnia chorego od zaleceń dietetycznych. Usunięcie pęcherzyka oznacza brak magazynowania żółci, uniemożliwia szybkie dostarczenie właściwej objętości żółci do dwunastnicy w przypadku spożycia większej ilości tłuszczów. Ponadto zabieg operacyjny nie cofa w pełni powstałego w czasie trwania kamicy żółciowej uszkodzenie wątroby, zmian w trzustce, jak również zaburzeń ruchowych dróg żółciowych. Wskazane jest, aby przezokres kilkunastu tygodni, a w niektórych przypadkach również na stałe, chory nadal przestrzegał zasad diety.

ANALIZA STATYSTYCZNA CHORYCH PO CHOLECYSTECTOMII

Materiały i metody badawcze

Badania były przeprowadzone w SPZZOZ Ostrowi Mazowieckiej, oddział chirurgii ogólnej. Dobór ankietowanych pacjentów odbywał się metodą losową. Przed wypełnieniem ankiety ankietowani byli poinformowani o celowości badań a także wyrazili zgodę i chęć wzięcia w nich udziału. Badania były przeprowadzone w okresie od czerwca 2015 roku do listopada 2015 roku.

OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Cholecystektomia laparoskopowa oferuje korzyści w postaci krótszego pobytu w szpitalu, szybszego powrotu do pełnej aktywności, mniejszych dolegliwości w okresie pooperacyjnym, wpływając tym samym na lepszą jakość życia operowanych pacjentów.

Z badań przeprowadzonych od czerwca 2015 roku do listopada 2015 roku wśród pacjentów w Oddziale Chirurgii Ogólnej SPZZOZ w Ostrowi Mazowieckiej wynika także, że jakość życia pacjentów po usunięciu pęcherzyka żółciowego jest oceniana znacznie korzystniej przez chorych operowanych metodą laparoskopową.

W ocenie jakości życia pacjentów operowanych metodą LC lub OC istotne różnice uzyskano w następujących aspektach:

- 1) Czas powrotu do samodzielnego poruszania się (mobilność)
- 2) Czas pobytu w szpitalu-hospitalizacji
- 3) Zdolność do wykonywania czynności związanych z higieną i codziennymi potrzebami fizjologicznymi
- 4) Wczesne zaspokojenie potrzeb żywieniowych
- 5) Zdolność do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego
- 6) Czas powrotu do pełnej aktywności fizycznej
- 7) Efekt kosmetyczny po przeprowadzonym zabiegu
- 8) Nastrój psychiczny
- 9) Zadowolenie z przeprowadzonej metody leczenia

W pozostałych aspektach również obserwowano różnicę na korzyść metody laparoskopowej.

Również w dostępnej literaturze zalety metody laparoskopowej odzwierciedlają różni badacze i tak np. M. Kuczia i współautorzy, którzy badali rezultaty cholecystektomii laparoskopowej do zalet tych zaliczyli minimalne uszkodzenie tkanek ciała tzn. traumatyzację narządów jamy brzusznej i niewielki ból pooperacyjny dzięki którym pacjenci wcześniej podejmują próby samodzielnego chodzenia niż po operacjach klasycznych²².

Usunięcie pęcherzyka żółciowego poprzez metodę laparoskopową wiąże się ze znacznie krótszym pobytem chorego w szpitalu. Hospitalizacja pacjentów po cholecystektomii w dużych ośrodkach wynosi w Europie 3 dni, a w USA i w innych krajach europejskich wykonywane są zabiegi w ramach chirurgii jednego dnia. Badania M. Sepioła i Z. Śledzińskiego wykazały, że dłuższy przebieg pooperacyjny pacjentów może być związany z dużym odsetkiem chorób współistniejących u danego pacjenta, które zaistniały przed zaplanowanym zabiegiem operacyjnym i wymagających nadzoru internistycznego, wystąpieniem powikłań oraz z dłuższym okresem rekonwalescencji u chorych w podeszłym wieku²³.

Jakość życia oceniana pod kątem niezależności w prowadzeniu gospodarstwa domowego potwierdziły również badania innych autorów wskazywały one na związek między wysoką oceną jakości życia a metodą operacji. Skoro pacjenci tak bardzo cenią sobie szybki powrót do samodzielnego funkcjonowania w rodzinie i w środowisku domowym, to może to oznaczać przyjęcie negatywnej postawy wobec konieczności długotrwałego wsparcia ze strony osób trzecich. Np. K. Jaracz prowadząc badania nad jakością życia, udowadnia że konieczność przyjmowania wsparcia była przyczyną mniejszej satysfakcji z życia, a tym samym niskiej oceny jego jakości²⁴.

W dostępnym piśmiennictwie nie uzyskano danych dotyczących zależności oceny jakości życia od zdolności do prowadzenia gospodarstwa domowego, można wnioskować na podstawie własnych badań, że samodzielność w tej dziedzinie jest możliwa dzięki zaletom cholecystektomii laparoskopowej opisywanych przez autorów prac badawczych. Np. N. J. Soper w zaletach LC wymienia krótki okres i mniejsze dolegliwości bólowe po operacji oraz szybszy powrót pacjenta do pełnej życiowej aktywności. Przypuszczać można, że dzięki nim badani bez obaw powracają do pełnienia ról w rodzinie, w domu nie martwiąc się, że wczesne podjęcie obowiązków domowych będzie miało negatywny wpływ na ich zdrowienie i nie

²² M. Kuczia, W. Tokarzewski, D. Ceglarski, J. Grzywa, M. Czyż, J. Machalica, G. Kielan, B. Krzepina, Cholecystektomia laparoskopowa „Polski Przegląd chirurgiczny” 1999r. nr 7

²³ M. Sepioł, Z., Śledziński Analiza wyników cholecystektomii laparoskopowej u chorych w podeszłym wieku „Polski przegląd chirurgiczny” 2002r. nr 2

²⁴ K. Jaracz Jakość życia wymiar subiektywny i obiektywny „Pielęgniarstwo Polskie”, 2002r., nr 1

spowoduje powikłań, które w znacznym stopniu obniżą jakość życia.. Powyższe dane potwierdzają hipotezę, że jakość życia w okresie pooperacyjnym zależy od rodzaju przeprowadzonej operacji, a wysoką ocenę warunkuje samodzielność w prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Chorzy po zabiegu operacyjnym oceniający swoją jakość życia ważną rolę przypisują pełnemu powrotowi sprawności fizycznej. Powszechnie uznawaną zaletą metody laparoskopowej jest znikomy defekt kosmetyczny. Ma to szczególne znaczenie zwłaszcza dla młodych kobiet. Rozległa blizna pooperacyjna po cholecystektomii klasycznej stanowi z reguły poważny defekt kosmetyczny, upośledza pracę powłok mięśni brzucha i może znacznie ograniczać zdolność do prowadzenia wysiłku fizycznego, zwłaszcza w okresie bezpośrednio pooperacyjnym. Decyduje to m.in. o tym, że chorzy coraz częściej domagają się wręcz operacji za pomocą laparoskopu. Wiedząc, że to metoda estetyczna, nie okaleczająca ich ciała, co powoduje ich większe zadowolenie i lepszą ocenę swojej jakości życia.

W literaturze fachowej istnieje bardzo wiele definicji jakości życia, co w efekcie końcowym stwarza możliwość ujęcia problemu w kilku aspektach. Mnogość tych definicji wynika z faktu, że jakość życia jest pojęciem interdyscyplinarnym, którym zajmują się badacze z zakresu medycyny, socjologii, psychologii, filozofii jak również ekonomii społecznej.

U osób chorujących, cierpiących, szczególnie, gdy choroba jest zaawansowana lub przewlekła, mierniki oceny odczuwanego dobrostanu zależą od ich stanu zdrowia, jak również od dokuczliwych objawów powodowanych przez chorobę. Przedstawiona przez autora pracy wielowymiarowość jakości życia wymaga od badaczy, którzy zajmują się tą problematyką precyzowania obszaru znaczenia jakości życia podczas badań, ale przede wszystkim doboru odpowiednich narzędzi pomiarowych, które pozwolą na uzyskanie jak najbardziej wiarygodnych wyników

Podsumowując analizę jakości życia należy zauważyć, że największy wpływ na jakość życia według pacjentów ma zdolność do samoopieki, samodzielnego poruszania się, zadowolenie z leczenia jak również realizacja potrzeby własnej niezależności w codziennym funkcjonowaniu. Chorzy operowani odczuwają satysfakcję z tego, że samodzielnie pokonują liczne trudności życiowe i nie angażują w swe problemy innych osób, po prostu są niezależni.

Dzisiaj coraz większą uwagę zwracamy na sprawność człowieka, na jego zdolność do pełnienia przypisanych mu funkcji w społeczeństwie ale również w rodzinie, na chorobę

widzianą nie tylko obiektywnie ze strony lekarza ale też na odczucia własne pacjenta, to też jakość życia musi odgrywać coraz większą rolę w ocenie wyników interwencji medycznych.

Uzyskane wyniki pomiaru zadowolenia lub niezadowolenia z funkcjonowania w specyficznych obszarach jakości życia mogą być cenną wskazówką w planowaniu leczenia, opieki pielęgniarskiej oraz jej efektywności.

Zagadnienia jakości życia są obecnie intensywnie i coraz prężniej rozwijająca się dziedziną nauk medycznych. Stają się jednym z najistotniejszych wykładników mówiących o skuteczności przeprowadzonego leczenia. Współczesne holistyczne podejście do pacjenta diametralnie zmienia wizerunek medycyny. Obecnie coraz ważniejsze od szczytowania się możliwością wydłużenia ludzkiego życia staje się pytanie, czy jest to „życie” w pełnym tego słowa znaczeniu. Celem działania medyków stała się analiza czynników kształtujących przyszłość człowieka chorego.

Podsumowując należy pamiętać, że jakość życia bardzo często bywa obiektywizowana do kategorii: dobrostan, „normalne życie”, szczęście. Jednak znacznie częściej chodzi w niej o subiektywne poczucie jakości życia. W tym drugim sensie, jakość życia odnosi się do sumy, a może raczej wypadkowej przeżyć doświadczanych przez te same osoby w przeciągu określonego czasu.

WNIOSKI

1. Jakość życia pacjentów po usunięciu pęcherzyka żółciowego w okresie pooperacyjnym zależy głównie od metody postępowania chirurgicznego. Satysfakcja życiowa operowanych metodą laparoskopową jest znacznie wyższa niż operowanych metodą klasyczną.
2. Większą aktywność fizyczną i sprawnością ruchową, większą zdolność do samoopieki i samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego oraz zadowolenie z leczenia wykazują pacjenci po operacji metodą laparoskopową.
3. Krótszy okres hospitalizacji, lepszy efekt kosmetyczny i szybszy powrót do pełnej sprawności fizycznej ukazują korzystniejszy wpływ na jakość życia chorych po cholecystektomii laparoskopowej a także na poprawę ich wydolności fizycznej i psychicznej.
4. Ból pooperacyjny nie okazał się wyznacznikiem oceny jakości życia operowanych z powodu kamicy żółciowej metodą laparoskopową lub klasyczną. W okresie

pooperacyjnym dolegliwości bólowe występuje niezależnie od metody przeprowadzonej operacji.

Bibliografia

1. De Walden – Gałuszko K., Majkovicz M. (red.) Jakość życia w chorobie nowotworowej, UG, Gdańsk 1994, s.67
2. Gembal P., Milik K., Ździebło J., Kęsik J., Zubilewicz T., Rys historyczny cholecystektomii otwartej i laparoskopowej, w: Chirurgia Polska 2007, 9, 2, s. 97-99, s. 97-103
3. Jaracz K. Jakość życia wymiar subiektywny i obiektywny „Pielęgniarstwo Polskie”, 2002r., nr 1
4. Krawczyk M., Chirurgia dróg żółciowych i wątroby, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s. 178
5. Kuczia M., Tokarzewski W., Ceglarski D., Grzywa J., Czyż M., Machalica J., Kielan G., Krzepina B., Cholecystektomia laparoskopowa „Polski Przegląd chirurgiczny” 1999r. nr 7
6. Noszczyk W., Chirurgia. Repetytorium, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 348
7. Papuć E., Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania, Medical University of Lublin, 142, s. 141-145
8. Sepioło M., Śledziński Z., Analiza wyników cholecystektomii laparoskopowej u chorych w podeszłym wieku „Polski przegląd chirurgiczny” 2002r. nr 2
9. Skrzydło-Radomańska B. (red.), Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2013, s. 570
10. Szmidt J. (red.), Podstawy chirurgii, Tom II, Kraków 2004, s. 905
11. Tkaczewski W., Jakość życia w chorobach układu krążenia, w: Medycyna u progu XXI wieku – godność chorego człowieka W. Imieliński (red.), Polska Akademia Medycyny, Warszawa 1996, s.56
12. Walewska E., Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 305
13. Wołowicka L. (red.), Jakość życia w naukach medycznych, AM, Poznań 2001, s.67

Źródła internetowe

<http://www.woreczekzolciowy.pl> z dnia 17.06.2015r.

Urszula Skrodzka, Mirosława Urban, Joanna Szwarec-Woźniak

Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

**WIEDZA PRZYSZŁYCH RODZICÓW NA TEMAT PRZEBIEGU
I POSTĘPOWANIA W OKRESIE NOWORODKOWYM
ORAZ ROLA PIELEŃNIARKI/POŁOŻNEJ**

**KNOWLEDGE OF FUTURE PARENTS ABOUT THE CONDUCT
AND BEHAVIOR IN THE NEONATAL PERIOD AND THE ROLE
OF THE NURSE/MIDWIFE**

Streszczenie

Aby w przyszłości dziecko dobrze się rozwijało, zarówno pod względem fizycznym jak i psychicznym, rodzice lub opiekunowie powinni posiadać odpowiednią wiedzę na temat rozwoju, pielęgnowania i postępowania z noworodkiem. Niezbędnymi osobami, które są w stanie sprawdzić tę wiedzę są pielęgniarki lub położne pracujące w oddziale Położniczo-Ginekologicznym. Są bardzo pomocne w zdobywaniu umiejętności młodych rodziców, dotyczących pielęgnowania i opieki nad noworodkiem. Celem pracy była analiza wiedzy na temat postępowania i pielęgnowania noworodka. Jako metodę zastosowano sondaż diagnostyczny w formie ankiety. Badania przeprowadzono w Szpitalu Ogólnym w Kolnie na przełomie grudnia 2015 i marca 2016 r. Rozdano 150 ankiet, wypełniło 118 osób. Większość ankietowanych to kobiety. Z analizy wynika, że poziom wiedzy jest satysfakcjonujący, jednak w niektórych kwestiach pomoc pielęgniarki czy położnej jest niezbędna i pacjentki w dużym stopniu liczą na ich profesjonalną, fachową pomoc.

Słowa kluczowe: wiedza rodziców, noworodek, pielęgnacja

Summary

In the future child well developed in terms of both physical and mental, parents or guardians should have adequate knowledge about the development, maintenance and management of the newborn. The necessary people who are able to check this knowledge are nurses or midwives working in a branch of Obstetrics and Gynaecology. They are very helpful in acquiring the skills of young parents regarding nursing and infant care. The aim of the study was to analyze knowledge of the proceedings and nurture newborn. As the method used diagnostic survey in the form of a questionnaire. The study was conducted at the General Hospital in Kolno at the end of December 2015 and March 2016. Distributed 150 questionnaires, filled 118 people. Most of the respondents are women. The analysis shows that the level of knowledge is satisfactory, but in some areas to help a nurse or midwife is essential and patients largely count on their professional help.

Key words: knowledge of parents, newborn, care

Wstęp

Człowiek przychodząc na świat niezdolny jest do samodzielnego życia. Jego dalsze życie, wzrost, rozwój zależny jest od tego, czy osoby opiekujące się nim będą w stanie zaspokoić jego podstawowe potrzeby, ochronić przed niebezpieczeństwem i niekorzystnymi czynnikami otaczającego go świata.

Urodzenie dziecka jest zarówno dla kobiety, jak i dla mężczyzny bardzo ważnym wydarzeniem życiowym. Wspólne wykonywanie czynności przy dziecku, to świetny sposób na umacnianie więzi. Jej budowanie rozpoczyna się już w trakcie 9-cio miesięcznej ciąży, potem wzmacnia się podczas porodu, karmienia, przytulania. Brak więzi może być przyczyną nieodwracalnych zaburzeń w sferze emocjonalnej i fizycznej. Wzorce więzi są częścią składową osobowości dziecka, wpływa na najważniejsze obszary życia uczuciowego jak rodzicielstwo, przyjaźń, miłość. Jednak brak umiejętności i wiedzy na temat rozwoju i pielęgnacji noworodka może przysporzyć wiele trudności dla przyszłych rodziców. Dlatego tak ważną rolę odgrywa edukacja przedporodowa, okołoporodowa i poporodowa. Świadome i dojrzałe rodzicielstwo wymaga od obojga rodziców wielu wyrzeczeń, odpowiedzialności za zdrowie i życie dziecka.

Okres noworodkowy to fundament całego życia człowieka, dobry start w dorosłe życie i przyszłość. Istotnym problemem jest budowanie świadomości przyszłych rodziców

na potrzeby dziecka. Jego stan zdrowia umożliwi mu w przyszłości optymalny, harmonijny rozwój. Wnikliwa obserwacja dotycząca jakości deficytów, pozwoli szybko je wyrównać i daje szansę na lepszy rozwój. Istotne jest, aby przyszły tato zdobył podstawową wiedzę na temat fizjologii porodu, przeżyć, jakie towarzyszą kobiecie w trakcie porodu oraz tego czy matka chciałaby, aby przy porodzie towarzyszył jej mąż, czy jakaś inna bliska osoba. Dlatego też tak ważne jest odpowiednie przygotowanie, wiedza i nabyte umiejętności dotyczące pielęgnowania noworodka.

Bardzo ważną rolę podczas pobytu matki i noworodka w szpitalu odgrywa personel pielęgniarski i położniczy. Powinien on w ramach zadań edukacyjnych przekazać przyszłym rodzicom informacje dotyczące karmienia, pielęgnacji noworodka, możliwości wystąpienia depresji poporodowej oraz innych stanów w okresie noworodkowym.

Metodologiczne założenia badań własnych

Warunkiem podejmowania badań naukowych jest określenie celu badań, problemów badań oraz hipotez.

Cel badania

Celem pracy jest próba przedstawienia poziomu wiedzy przyszłych rodziców na temat przebiegu okresu noworodkowego:

- w jego wczesnym i późnym okresie,
- pielęgnacji noworodka z uwzględnieniem sposobu karmienia (naturalne, sztuczne),
- rola i zadania pielęgniarki/położnej w ww. procesie.

Metody, techniki i narzędzia badawcze

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, ponieważ pozwala ona na zgromadzenie materiału badawczego, dotyczącego opinii i poglądów badanej zbiorowości. Metoda sondażu diagnostycznego należy do najbardziej popularnych metod badań społecznych. Metoda ta jest zalecana na określony temat, zainteresowań, satysfakcji, sposobu wiedzy.¹

¹ H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, Warszawa 2010, s. 87.

W pracy posłużono się ankietą, uzupełnianą samodzielnie przez badanego, bez obecności ankietera. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety dla przyszłych rodziców, opiekunów Szpitala Ogólnego w Kolnie na oddziale Położniczo-Ginekologicznym. Kwestionariusz zawiera pytania zamknięte, przy których wystarczy zaznaczyć odpowiednią odpowiedź krzyżykiem. Ustalony w kwestionariuszu zestaw pytań pozwoli na zebranie materiału badawczego, który zostanie analizowany, co pozwoli na wysnucie odpowiednich wniosków.

Charakterystyka grupy badawczej

Zbiorowość statystyczną tworzą rodzice, opiekunowie w Szpitalu Ogólnym w Kolnie na oddziale Położniczo-Ginekologicznym. Jest to różnorodna grupa pod względem płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia.

Organizacja i teren badań

Po uzyskaniu zgody Pani Dyrektor Szpitala Ogólnego w Kolnie w dniu 16.10.2015 r. przystąpiono do przeprowadzenia badań naukowych na terenie oddziału położniczo-ginekologicznego. Badania trwały na przełomie grudnia 2015 roku i marca 2016 roku. Udział w badaniu był dobrowolny i całkowicie anonimowy. Przygotowano 150 ankiet, uzyskano 118 zwrotnych.

Prezentacja i analiza wyników

Respondenci w 44% to osoby w przedziale wiekowym od 25 do 30 lat, nieco mniejszą grupę (31%) stanowiły osoby w wieku 16-24 lata. Najmniej liczna grupa to osoby powyżej 42 lat (tylko 1%).

Uwzględniając miejsce zamieszkania większość ankietowanych pochodziła ze wsi (59%), a 41% stanowili mieszkańcy miasta.

W badanej grupie wykształcenie wyższe posiadało 44% osób ankietowanych, nieco mniejsze wykształcenie średnie posiadało 41%, a najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (3%). W ankiecie pytano respondentów, czy wiedzą, że nowonarodzone dziecko jest całkowicie zależne od rodziców. Dla 86% ankietowanych było to oczywiste, tylko 14% odpowiedziało, że raczej wiedzą. Pociuszające jest, że nikt z badanych nie odpowiedział przecząco.

W opinii 80% respondentów okres noworodkowy jest fundamentem dalszego zdrowia i życia człowieka. Według 20%- raczej tak. Nikt nie miał wątpliwości, że to najważniejszy okres w życiu człowieka.

Na pytanie ile trwa okres noworodkowy ankietowani równorzędnie odpowiedzieli tak i raczej tak (po 44%). Nie – odpowiedziało 11%.

Ankietowani zapytani o to, czy podczas ciąży poszerzali swoją wiedzę na temat pielęgnacji noworodka w większości odpowiedzieli tak (64%). 25% odpowiedziało raczej tak, a 7% odpowiedziało, że nie poszerzali. 2% ankietowanych nie miało zdania w tej kwestii.

Większość respondentów jest przygotowana do pełnienia opieki nad noworodkiem. Nie przygotowani – tylko 1% badanych.

Ankietowani zapytani o stany przejściowe noworodka nie posiadali wystarczającej wiedzy na ten temat. 59% odpowiedziało raczej tak, 25% tak, ale 13% ankietowanych nie ma pojęcia na ten temat

Z analizy wynika, że nie wszyscy rodzice wiedzą co to jest smółka. 19% ankietowanych odpowiedziało, że nie wie. 49% odpowiedziało, że tak wie, a 35% raczej tak.

Pytania dotyczące kontaktu matki z noworodkiem „skóra do skóry” nie sprawiło ankietowanym problemu. Większość wiedziała, jak ważne to uczucie zarówno dla dziecka, jak i matki. Ponad 60% odpowiedziało tak, a 32% odpowiedziało raczej tak.

Ponad połowa ankietowanych wiedziała co to jest skala Apgar. Jednak 8% nie słyszała nic na ten temat

Karmienie piersią przynosi korzyści nie tylko dziecku, ale także kobiecie. Badając poziom wiedzy, zapytano czy matka jest zdecydowana karmić dziecko piersią. Aż 70% kobiet odpowiedziało tak, a 25% raczej tak. Tylko 3% kobiet nie chce karmić dziecka piersią.

Duży problem ankietowanym sprawiło pytanie, na czym polega odpiętnienie i zabezpieczenie kikutu pępowinowego. Przyszli rodzice w 20% nie potrafili odpowiedzieć na pytanie. Raczej tak odpowiedziało 43%, tak – 33%, 4% ankietowanych nie miało zdania

Co to jest siara i jakie ma znaczenie dla noworodka większość ankietowanych wiedziała. Tak – odpowiedziało 48%, raczej tak – 45%, natomiast 6% badanych odpowiedziało, że nie wie.

Na pytanie na temat pielęgnacji noworodka większość ankietowanych odpowiedziało, że jest odpowiednio przygotowana. 49% odpowiedziało tak, 48% - raczej tak. Nie – odpowiedziało 2% ankietowanych

Jedną z niezbędnych umiejętności, jakie powinni posiadać rodzice, czy osoby opiekujące się noworodkiem jest kąpiel. Na pytanie, czy potrafią wykonać kąpiel aż 16% odpowiedziało nie. Równorzędnie po 42% ankietowanych odpowiedziało tak i raczej tak

Ważną umiejętnością w opiece nad noworodkiem jest toaleta kikuta pępowinowego. W tym zakresie ankietowani mieli ogromne trudności. Aż 29% badanych nie potrafi wykonać toalety pępka. 31% odpowiedziało, że potrafi, a 38% - raczej tak

W badaniu zapytano respondentów, co to jest ciemieniucha. 24% badanych nie potrafi odpowiedzieć na to pytanie. 36% odpowiedziało tak. 38% odpowiedziało, że raczej tak.

25% respondentów nie ma wiedzy na temat pielęgnacji okolic intymnych. 40% odpowiedziało, że raczej ma wiedzę na ten temat, a 34% odpowiedziało tak, że potrafi pielęgnować okolice intymne noworodka. Uzyskane wyniki przedstawia

Na to pytanie, respondenci w 32% odpowiedzieli, że nie wiedzą, 35% odpowiedziało, że raczej wiedzą, a 30%, że wiedzą

Większość respondentów, bo 51% wie co to jest Sudocrem i kiedy się go stosuje. 41% odpowiedziało, że raczej tak, a 7% nie wiedziało

Z analizy wynika, że znaczna większość ankietowanych (47%) nie wie, co to jest zabieg Credego. Tak – odpowiedziało 20%, raczej tak – 27%.

Ankietowani zapytani o to, czy wiedzą, jakie witaminy podajemy noworodkom, w 50% odpowiedzieli, że raczej tak. 34% odpowiedziało tak, natomiast 14% - nie wie.

Na temat szczepień w pierwszej dobie życia noworodka ankietowani nie mieli wystarczającej wiedzy. 22% odpowiedziało, że nie wie, jakie szczepienia wykonuje się noworodkom w pierwszej dobie życia. 28% ankietowanych odpowiedziało, że wie, 46% odpowiedziało raczej tak, natomiast 4% - raczej nie wie. W kwestionariuszu ankiety pytano również o testy przesiewowe i w jakim celu są wykonywane. Respondenci mieli z tym problem, gdyż 18% odpowiedziało, że nie wie co to są testy przesiewowe, 50% udzieliło odpowiedzi raczej tak, 28% ankietowanych zdecydowanie wiedzą co to są testy przesiewowe i odpowiedziało tak, natomiast raczej nie – 4%.

Podobnie przedstawia się wiedza ankietowanych na temat testów wad słuchu u noworodka. 50% odpowiedziało, że raczej tak, 21% - zdecydowanie tak. Nie – odpowiedziało 22%, a 7% raczej nie.

Przyszli rodzice oczekują fachowej pomocy w opiece nad noworodkiem - odpowiedziało aż 87%. 10% odpowiedziało raczej tak, tylko 2% nie oczekuje pomocy od położnej.

Dyskusja

Nowonarodzone dziecko to wyzwanie dla rodziców, zarówno ze strony emocjonalnej, organizacyjnej, ale także nabycie właściwych umiejętności odpowiedniej pielęgnacji noworodka. Z badań własnych wynika, że dziecko jest całkowicie zależne od rodziców i to oni powinni mu zapewnić właściwą opiekę. Prawie 100% ankietowanych wyraziło opinię, że tak jest. Zdecydowana większość rodziców 95% uważa, że w pełni przygotowana jest na przyjście na świat dziecka. Opinię tę potwierdzają także badania innych autorów. Deluga, Olkuszka i Ślusarska (2012) w artykule „Wiedza rodziców na temat okresu noworodkowego i ich oczekiwania wobec pielęgniarek położnych” korespondują z wynikami badań własnych.² Aż 96,4% badanych uważa, że do przyjścia na świat dziecka należy się przygotować. Z analizy zebranego materiału wynika, że ankietowani podawali najczęściej pielęgniarkę lub położną jako źródło wiedzy na temat pielęgnacji noworodka (87%). W badaniach Gałęziowskiej i wsp. (2006) przeprowadzonych na grupie 430 kobiet, wypisywanych po porodzie do domu, najczęściej wskazanym źródłem na temat opieki nad noworodkiem była prasa kobieca (23,7%), czasopisma (21,4%), rodzina (15,8%) i szkoła rodzenia (6,0%)³. Uzyskane wyniki badań pokazują, że wzrasta świadomość przyszłych rodziców odnośnie edukacji zdrowotnej i korzystanie w większym zakresie z różnych źródeł.

Augustyniak i wsp. (2007) w swoich badaniach przeprowadzonych w Szkole Rodzenia w Szczecinie na temat roli edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia realizowanej w okresie adaptacji poporodowej stwierdzili, iż problemy w pielęgnacji nad noworodkiem znacznie częściej pojawiały się w grupie położnic, które nie uczestniczyły w szkole rodzenia (40%), niż u osób, które brały w niej udział (17%)⁴.

W artykule A. Trojanowskiej, A. Emeryka i M. Wilczek (2012) pt. „Wiedza kobiet w okresie ciąży na temat szczepień ochronnych” podano dane na temat badań przeprowadzonych wśród 130 kobiet w ciąży w wieku 20-28 lat, hospitalizowanych w oddziale Perinatologii i Ginekologii Zachowawczej PSK 4 w Lublinie. Z badań tych wynika, że 30% wie co to są szczepienia ochronne, 32% badanych wie co to jest kalendarz szczepień. Jedynie 26,4% ankietowanych posiada wiedzę o rodzaju i możliwości

² A. Deluga, E. Olkuszka, B. Ślusarska, *Wiedza rodziców na temat okresu noworodkowego i ich oczekiwania wobec pielęgniarki i położnej*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2012, s. 280-284.

³ E. Gałęziowska, R. Domżał-Drzewicka, E. Stasiak, *Środowiskowa opieka nad noworodkiem i niemowlęciem - oczekiwania kobiet po porodzie a ich realizacja przez położne środowiskowe/rodzinne*. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2009, Nr. 3, s. 197-201.

⁴ A. Augustyniak, J. Rudnicki, E. Grochans, A. Jurczak, *Rola edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia realizowanych w szkole matek w okresie adaptacji poporodowej*, Pielęg. Polskie 2007, 2-3, s. 217-220.

wykonywania u dzieci dodatkowych szczepień, nie ujętych w obowiązkowym kalendarzu. Ankietowane w większości (78,5%) same przyznają, że ich wiedza na temat szczepień ochronnych u dzieci jest niewystarczająca i prawie wszystkie (96,1%) są zainteresowane jej poszerzeniem. Stwierdzony dość niski poziom wiedzy wśród kobiet w ciąży na temat szczepień ochronnych u dzieci, mogący w przyszłości chronić ich dziecko przed wystąpieniem wielu chorób zakaźnych⁵. Z przeprowadzonego sondażu własnego wynika, że tylko 28% posiada wiedzę dotyczącą szczepień noworodków w pierwszej dobie życia. Dlatego tak ważna jest edukacja na ten temat przyszłych rodziców.

Z badań własnych wynika, że rodzice posiadają dużą wiedzę na temat karmienia piersią oraz prawidłowej techniki karmienia. 54% - odpowiedziało, że zna techniki karmienia, 34% - raczej tak, 11% na to pytanie udzieliło odpowiedzi - nie wiem nic na temat odpowiednich technik karmienia. W badaniach Gebuzy i wsp. (2010), które przeprowadzono na oddziale Położniczym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu, na grupie 100 losowo wybranych położnic, ponad 54% z nich stwierdziło, że karmienie na żądanie powinno mieć miejsce co najmniej 8 razy na dobę z przerwami nie dłuższymi niż 4 godziny⁶. Wysoki odsetek badanych 91% uznało, że cechą prawidłowego uchwycenia piersi jest trzymanie brodawki głęboko razem z dużą częścią otoczki sutka przez dziecko.

Wiedza dotycząca utrzymania higieny krocza u noworodków w badanej grupie jest niewystarczająca, ponieważ 25% rodziców odpowiedziało, że nie potrafi tej czynności wykonać. W badaniach Kurowskiej i Jończyk (2009)⁷, przeprowadzonych na grupie 81 kobiet, wiedza ogólna na temat kąpieli dziecka kształtowała się głównie na poziomie średnim (49,4%) i dobrym (27,2%). Przeprowadzony sondaż pokazuje, jak bardzo potrzebna jest pomoc rodzicom pielęgniarki lub położnej przy pielęgnacji dziecka. Aż 97% respondentów oczekuje fachowej pomocy, szczególnie przy kąpieli noworodka, pomocy przy karmieniu, a także wsparciu psychicznym rodzin.

Na podstawie badań przeprowadzonych u 104 noworodków urodzonych w okresie od 1.11.2011 r. do 31.01.2012 r. w dwóch oddziałach noworodkowych Akademii Medycznej we Wrocławiu stwierdzono, że najkorzystniejszą metodą gojenia kikutu pępowninowego jest metoda „na sucho”, ponieważ ma najkrótszy czas oddzielania się kikutu pępowninowego.

⁵ A. Trojanowska, A. Emeryk, M. Wilczek, *Wiedza kobiet w okresie ciąży na temat szczepień ochronnych*, Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu, 2012, s. 186-188.

⁶ G. Gebuza, M. Gierszewska, M. Kaźmierczak, M. Michalska, R. Kotzbach, *Przygotowanie kobiet do karmienia piersią*, 2010, s.409.

⁷ K. Kurowska, B. Jończyk, *Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy u matek z zakresu pielęgnacji małego dziecka*, 2009, s.125.

Źródłem danych były ankiety wypełnione przez rodziców oraz obserwacja kikutu pępka u noworodków. Noworodki podzielono na trzy grupy. Grupa noworodków, których pępek pielęgnowany był na sucho wynosiła 55,9% dzieci, średni czas odklejania kikutu pępowinowego wynosił 14,4 dni. Stosowanie środków antyseptycznych wydłużyły czas gojenia do 17,8 dnia w przypadku stosowania preparatu Octenisept, a do 24,4 dni w przypadku stosowania alkoholu. Z badań M. Rzanny i M. Zalejskiej (2010) wynika, że zastosowanie preparatów antyseptycznych jest wskazane tylko w wyjątkowych przypadkach. Należy przekonać rodziców czy opiekunów do rekomendowanej metody na sucho ze względu na najkrótszy czas oddzielania się kikutu⁸. Z badań własnych wynika, że 29% ankietowanych nie potrafi wykonać toalety pępka. 38% respondentów na to pytanie odpowiedziało, „że raczej wykona tę czynność”, natomiast 31% rodziców wie w jaki sposób pielęgnować pępek u noworodka. Wynika z tego, że rolą pielęgniarki czy położnej jest większe zaangażowanie w proces edukacji w pielęgnowaniu kikutu pępowinowego u noworodka.

W badaniach Bednarek i wsp. (2011) ponad 50% ankietowanych rodziców przyznało, że od pielęgniarki opiekującej się noworodkiem oczekują realizowania zadań terapeutycznych, opiekuńczych 46% i wychowawczych 32%⁹.

W badaniach własnych 87% przyszłych rodziców/opiekunów liczy na pomoc pielęgniarki lub położnej, tylko 2% ankietowanych twierdzi, że nie ma takiej potrzeby. Rodzice po narodzeniu dziecka potrzebują wsparcia i fachowej pomocy w opiece nad noworodkiem.

Wnioski

1. Wiedza rodziców na temat przebiegu okresu noworodkowego i pielęgnacji jest niewystarczająca.
2. Ankietowani posiadają mały zasób wiedzy dotyczący codziennej pielęgnacji noworodka, zabiegu Credego oraz zasadności i celowości przeprowadzania badań przesiewowych u noworodka.

⁸ M. Rzanny, M. Zalejska, Neonatologia, *Analiza różnych metod pielęgnowania, gojenia się i czasu oddzielania kikutów pępowinowych noworodka w aspekcie nowych rekomendacji*, 2010

⁹ A. Bednarek, V. Mianovana, M. Jacharek, *Oczekiwania rodziców hospitalizowanych noworodków w zakresie realizowanej opieki*, Problemy Pielęgniarstwa 2011, 19(1), s.27-33.

3. Dla większości rodziców/opiekunów noworodka zagadnienia szczepień ochronnych w aspekcie wskazań, przeciwwskazań, ewentualnych powikłań jest mało znane; istnieje potrzeba przekazania szczegółów wiedzy ze strony pielęgniarek/położnych w wyżej wymienionym zakresie.
4. Przeprowadzone badania dają asumpt do stałej edukacji przyszłych rodziców/opiekunów przez pielęgniarki i położne, aby w sposób profesjonalny przygotować ich do pełnienia obowiązków macierzyństwa.

Bibliografia

2. Augustyniak A., Rudnicki J., Grochans E., Jurczak A., Rola edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia realizowanych w szkole matek w okresie adaptacji poporodowej, *Pielęg. Polskie* 2007, 2–3, s. 217–220.
3. Bednarek A., Mianowana V., Zacharek M., Oczekiwania rodziców hospitalizowanych noworodków w zakresie realizowanej opieki, *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19(1), s.27-33.
4. Deluga A., Olkuska E., Ślusarska B., Wiedza rodziców na temat okresu noworodkowego i ich oczekiwania wobec pielęgniarki i położnej, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012 r., s. 280-284.
5. Gałęziowska E., Domżał-Drzewicka R., Stasiak E., Środowiskowa opieka nad noworodkiem i niemowlęciem - oczekiwania kobiet po porodzie a ich realizacja przez położne środowiskowe/rodzinne. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2009, Nr. 3, s. 197-201.
6. Gebuza G., Gierszewska M., Kaźmierczak M., Michalska M., Kotzbach., Przygotowanie kobiet do karmienia piersią, 2010 r., s.409.
7. Kurowska K., Jończyk B., Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy u matek z zakresu pielęgnacji małego dziecka, 2009 r., s.125.
8. Lenartowicz H., Kózka M., *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, Warszawa 2010 r., s. 87.
9. Rzanny M., Zalejska M., Neonatologia, Analiza różnych metod pielęgnowania, gojenia się i czasu oddzielania kikutów pępowinowych noworodka w aspekcie nowych rekomendacji, 2010 r.
10. Trojanowska A., Emeryk A., Wilczek M., Wiedza kobiet w okresie ciąży na temat szczepień ochronnych, *Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu*, 2012, s. 186-188.

Liudmyła Smytenko, Ida Kinalska, Joanna Szwarc-Woźniak

Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

**POGLĄDY SPOŁECZEŃSTWA PIELĘGNIARSKIEGO ŁOMŻY
(WOJEWÓDZTWO PODLASKIE, RZECZPOSPOLITA POLSKA)
ORAZ ŻYTOMIERZA (WOJEWÓDZTWO ŻYTOMIERSKIE,
UKRAINA) NA TEMAT EUTANAZJI**

**THE VIEWS OF THE PUBLIC NURSING ŁOMZA (PODLASKIE,
POLAND) AND ZHYTOMYR (ZHITOMIR REGION, UKRAINE)
ON EUTHANASIA**

Streszczenie

Niniejsza praca przedstawia poglądy społeczeństwa pielęgniarskiego (pielęgniarek oraz studentów studiów pielęgniarskich) Łomży (Województwo Podlaskie, Rzeczpospolita Polska) oraz Żytomierza (Województwo Żytomierskie, Ukraina) na temat eutanazji.

Główna hipoteza pracy brzmi: Społeczeństwo pielęgniarskie Łomży (Województwo Podlaskie, Rzeczpospolita Polska) oraz Żytomierza (Województwo żytomierskie, Ukraina) ma zróżnicowane poglądy na temat eutanazji. Badania zostały przeprowadzone wśród pielęgniarek i studentów studiów pielęgniarskich w Łomży i Żytomierzu. W badaniach stosowano ankietę która zawierała 18 pytań dotyczących postaw wobec eutanazji; jej legalizacji, gotowości do pomocy w umieraniu.

Słowa kluczowe: eutanazja, legalizacja eutanazji, prawo, etyka, religia, społeczeństwo pielęgniarskie

Summary

This paper represents the views of the public nurses (nurses and nursing students) Lomza (Podlaskie Province, Poland) and Zhytomyr (Zhytomyr region, Ukraine) about euthanasia.

The main hypothesis of work is: Society nursing Lomza (Podlaskie Province, Poland) and Zhytomyr (Zhitomir region, Ukraine) has diverse views on euthanasia. The study was conducted among nurses and nursing students in Lomza and Zhytomyr. The study used a questionnaire which contained 18 questions concerning attitudes towards euthanasia; its legalization, readiness to help in dying.

Keywords: euthanasia, legalization of euthanasia, law, ethics, religion, community nursing

Wstęp

Rozwój myśli filozoficznej i naukowej, postęp techniczny stawiają przed nowoczesnym społeczeństwem szereg niecharakterystycznych dla przeszłych generacji problemów. Jednym z tych poważnych problemów w nowoczesnym społeczeństwie jest temat eutanazji. Jest istotny ponieważ dotyczy bezpośrednio życia ludzkiego. Znaleźnien rozwiązanie kwestii, które dotyczą eutanazji jest w osnowie nie tylko naukowo-technicznej, a i w socjalnej, moralnie-etycznej, religijnej, oraz prawo-karnej.

Pod koniec XVII wieku większość państw europejskich oficjalnie uznały prawo człowieka do życia. Jednak do dzisiaj pozostaje otwartą kwestią uznanie prawa do śmierci. Problem eutanazji należy do kontrowersyjnych kwestii, postawy co do tematu różnią się nie tylko wśród badaczy i społeczności medycznej, ale i całego społeczeństwa. Z jednej strony eutanazja jest znana od czasów starożytnych, jeszcze w starożytnym Rzymie, w formie morderstwa. Nowo narodzone dziecko było zabijane przez własnych rodziców jeżeli było niepełnosprawne, chore; morderstwo śmiertelnie rannych żołnierzy z współczucia – w średniowieczu.

Z drugiej strony, społeczny wymiar problemu eutanazji jest dość młody. Uwaga na problem eutanazji została skupiona wraz z rozwojem postępu społecznego, w szczególności medycyny – podtrzymania ciężko chorych ludzi za pomocą technologii medycznych. Nauczylismy się przedłużać życie, ale nie możemy decydować o momencie jego zakończenia. Dziś w nowoczesnym społeczeństwie słyhać coraz więcej głosów w obronie praw do

eutanazji. W niektórych krajach europejskich, takich jak Holandia i Belgia eutanazja jest zalegalizowana i dany precedens stanowi podstawy do tego by przypuszczać, że inne kraje mogą wkrótce pójść za tym przykładem.

ASPEKTY KARNO-PRAWNE ORAZ BIOETYCZNE W STOSUNKU DO EUTANAZJI W RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ A UKRAINIE ORAZ PRAKTYKA EUTANAZJI W ŚWIECIE

W rozdziale tym zostały omówione aspekty prawne oraz karne, które są zawarte w Konstytucjach, Kodeksach cywilnych, Kodeksach postępowania karnych. Aspekty etyczne zgodnie z Kodeksem etyki lekarskiej, Kodeks Etyczny Pielęgniarek, przysięgą Hipokratesa, przysięgą imienia Florence Nighingale. Postęp medyczny jest pewnego rodzaju kłopotem dla prawników, etyków, lekarzy czy socjologów. Wielka różnorodność modeli legislacyjnych i „cząstkowych” regulacji czy rozwiązań prawnych dotyczących eutanazji prowadzi do wniosku, iż są one zależne od czynników społecznych oraz religijnych danego kraju oraz panującej kultury i tradycji¹. Będą podjęte i wspomniane argumenty na rzecz legalizacji eutanazji oraz przeciwko jej legalizacji. Również zostanie omówiona sytuacja w świecie, odnośnie państw w których jest ona zalegalizowana.

Większość polityków, przywódców religijnych, przedstawicieli organizacji pozarządowych i zwykłych ludzi jest zaniepokojonych. Czy człowiek może i powinien mieć prawo o decydowaniu skrócenia swego życia albo życia innych. Ponadto nie jest jasne, czy dana osoba może podejmować decyzje o własnej śmierci. Uznać prawo - umierać w dowolnym momencie-, to w rzeczywistości usprawiedliwić samobójstwo, zjawisko – potępiane przez wieki.

Obroncy praw człowieka widzą w eutanazji inny problem - możliwość nadużyć. Na przykład, bezpośrednią lub pośrednią presję na ciężko chorych jak również rozmaite oszustwa. Legalizacja eutanazji – jest bardzo trudną kwestią. Obecnie eutanazja jest dozwolona wyłącznie w bardzo niewielkiej liczbie krajów: Holandii, Belgii i Luksemburgu. Wspomagane samobójstwo jest dopuszczalne prawnie, w Szwajcarii, Niemczech, Albanii,

¹ M. Płachta, *Prawo do umierania? Z problematyki regulacji autonomii jednostki w sprawach śmierci i umierania*, s. 53, 64.

Kolumbii i kilku stanach USA (Oregon, Washington, Vermont). Szereg innych krajów, w tym Kanada, aktywnie dyskutują o możliwości legalizacji eutanazji².

1. Sytuacja prawo-karna oraz etyczna w Rzeczypospolitej Polskiej

Nikommu, nawet na żądanie jego, nie dam trucizny śmiertelnej, ani nikomu nie będę jej doradzał – to fragment przysięgi Hipokratesa³. Sama przysięga kryje w sobie różnego rodzaju treści. Treści etyczne mówią o tym, że dobro pacjenta jest najważniejsze, niezależnie kim ów pacjent jest, natomiast chory powinien obdarzyć lekarza pełnym zaufaniem. Jeżeli wziąć pod uwagę że lekarz spełnia wszystkie kryteria danej przez niego przysięgi wówczas staje się osobą, po której możemy spodziewać się wyłącznie dobrodziejstwa, człowieczeństwa oraz serdeczności⁴.

W historii polskiej jeszcze konstytucja marcowa z 1921 roku w artykule 95 gwarantowała zupełną ochronę życia, wolności i mienia wszystkim nie zwracając uwagi na pochodzenie, narodowość, język, rasę oraz wyznawaną religię⁵.

Życie każdego człowieka jest i będę zawsze jego największym dobrem, chronionym przez państwo. Odpowiednie akty prawne zostały zapisane w art. 38 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej - *Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia*⁶.

Odnośnie działalności lekarskiej to głównym powołaniem lekarza jest ochrona życia ludzkiego zgodnie z art. 2 Kodeksu etyki lekarskiej: *1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem. 2. Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady*⁷.

Zgodnie z art. 31 Kodeksu etyki lekarskiej *Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa*. Jeśli mamy do czynienia z pacjentem w stanie terminalnym, lekarz przede wszystkim powinien zapewnić mu godne warunki

² <http://medportal.ru/mednovosti/main/2014/10/03/288euthanasia/> z dnia 27.02.2016

³ Przysięga Hipokratesa, <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/tematy/hipokr> z dnia 18.03.2016.

⁴ J. Hartman, J. Wileński, *Wiedza o etyce*, Bielsko-Biała 2009, s.327.

⁵ J. Boć, *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do konstytucji RP z 1997 r.*, Wrocław 1998, s. 77.

⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 02 kwietnia 1997 roku.

⁷ Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2004.

umierania m. in. poprzez łagodzenie dolegliwości bólowych. O tym mówi art. 30 Kodeksu etyki lekarskiej: *Lekarz powinien dolożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku prowadzenia reanimacji ani stosowania uporczywej terapii lekami.* Zapisy dotyczące tej kwestii zostały zapisane w art. 32 tego samego Kodeksu etyki lekarskiej: *1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych*⁷.

Lekarz, pielęgniarka lub inna osoba która została „odbiorcą”, życia nieuleczalnie chorego, jeśli nie udowodni, że popełniła ten czyn na żądanie chorego i pod wpływem współczucia dla niego, może odpowiadać jak za dokonanie przestępstwa zabójstwa. Sankcje karne związane z tym czynem zapisane w art. 148 §1 Kodeksu karnego: *§1. Kto zabija człowieka, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 8, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności*⁸.

W Polsce eutanazja jest zabroniona i jest uważana za przestępstwo. W przypadku popełnienia przestępstwa polegającego na zabiciu człowieka dokonanego z powodu współczucia dla niego i na jego żądanie, osoba dokonująca tego czynu jest sądzona z art. 150 §1 Kodeksu karnego: *§1. Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5*⁸.

W życiu istnieje wiele różnych sytuacji, niektóre mogą być specyficznymi. Specyficznym rodzajem eutanazji jest także namawianie osoby nieuleczalnie chorej i cierpiącej do targnięcia się na własne życie. W przypadku udowodnienia działania, które doprowadziło pacjenta do targnięcia się na własne życie, lekarz lub inna osoba przez którą osoba była doprowadzona do takiego stanu podlega karze zapisanej w art. 151 Kodeksu karnego: *Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5*⁸.

Polskie ustawodawstwo do dzisiaj nie uregulowało tematyki odnośnie testamentu życia oraz innych oświadczeń składanych przez osobę która martwi się o swój przyszły stan zdrowia. Wprowadzenie oświadczeń *pro futuro*⁹, nazywanych inaczej testamentami życia

⁸ Kodeks postępowania karnego Rzeczypospolitej Polskiej Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r.

⁹ Według tłumaczy lingua latina *Dla przyszłości*, <http://lingua-latina.go-longhorn.net/sentencja,opis,2528820,210735.html>

do porządku prawnego Rzeczypospolitej Polskiej wydaje się być bardzo ważnym zagadnieniem, z którym prawnicy, etycy oraz medycy muszą się zmierzyć. Funkcjonowanie testamentów życia zdaniem ich zwolenników stanowi gwarancję poszanowania oświadczenia woli każdego pacjenta w kontekście jego prawa do samostanowienia o tym, czy chce być poddany uciążliwemu procesowi leczenia, uporczywej terapii czy nawet reanimacji. Zdaniem przeciwników natomiast, jest pierwszym krokiem do legalizacji eutanazji. Konieczność respektowania prawa każdego pacjenta do wyrażenia zgody na czynność medyczną, jako warunku legalności interwencji medycznej uwzględnia również odmowę chorego, wyłączając sytuacje zagrożenia życia lub zdrowia.

Testament życia jest to prawo osoby do złożenia dyspozycji co do braku zgody na leczenie, różnych sposobów podtrzymywania życia w sytuacji gdy będzie znajdowała się dana osoba w stanie nierokującym żadnych możliwości do jakiegokolwiek wyleczenia, albo w stanie wegetatywnym¹⁰.

2. Sytuacja prawo-karna oraz etyczna w Ukrainie

Ukraina jest jednym z licznych państw, w których przez prawo zdrowotne, kryminalne, cywilne, eutanazja jest zabroniona, niedopuszczalna i karana. Art.52 Ustawy o ochronie zdrowia przewiduje, że pracownicy służby zdrowia są zobowiązani do zapewnienia pomocy w całości pacjentowi, który jest w stanie krytycznym. Aktywne działania w celu utrzymania życia pacjenta mogą być zakończone, gdy kondycja ludzka jest definiowana jako nieodwracalna, śmiertelna. Kolejność zaniechania działalności, pojęć i kryteriów śmierci są określone przez centralną władzę wykonawczą, która zapewnia porządkiem publicznym opiekę zdrowotną zgodnie z nowoczesnymi standardami międzynarodowymi. Pracownikom służby zdrowia przez prawo jest zabronione stosowanie eutanazji – umyślne uśmiercenie, przyspieszenie śmierci terminalnie choremu, by zakończyć jego cierpienie¹¹.

Według prawa cywilnego, osoba fizyczna ma niezbywalne prawo do życia oraz nie może być pozbawiona życia. Zabrania się spełniać indywidualne życzenia osoby fizycznej, odnośnie zakończenia jej życia. Warto zwrócić uwagę na to że w ukraińskim ustawodawstwie nie ma wyraźnie określonego pojęcia dla eutanazji biernej a czynnej. Więc powstają kwestie: kiedy pacjent sam odłącza urządzenie które podtrzymuje go przy życiu, albo samodzielnie

¹⁰ J. Pacian, *Oświadczenia 'pro futuro' - dylematy prawne*, Zeszyty Prawnicze, 14/4, s. 171-181. 2014.

¹¹ <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> z dnia 23.03.2016.

włącza urządzenie co przyspiesza jego śmierć, to według ukraińskiego ustawodawstwa będzie to traktowane jako eutanazja czy nie? Odpowiedzi ukraińskie ustawodawstwo na to nie daje¹².

Jednym z najważniejszych praw, które zapewnia fizyczną obecność człowieka jako istot biologicznych jest prawo do życia, deklarowane art.27 Konstytucji Ukrainy, każdy ma niezbywalne prawo do życia. Art. 28 Konstytucji Ukrainy wskazują na to że każdy ma prawo do poszanowania swojej godności i zaden człowiek, nie może być poddany eksperymentom medycznym, naukowym i innym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody. Według art. 3 sam człowiek, jego życie zarówno jak i jego zdrowie, honor i godność, nietykalność i bezpieczeństwo są na Ukrainie najwyższymi wartościami społecznymi¹³.

Jedną z kontrowersyjnych i nierozwiązanych kwestii w prawie karnym jest problem morderstwa na żądanie pacjenta czyli – eutanazji. Do tej pory, prawo karne w kraju nie ma zawierających szczególne zasady, regulacji odpowiedzialności za ten czyn (chodzi o eutanazję). W związku z tym, eutanazji logicznie zakwalifikować nie można do Art. 115 Celowe morderstwo, część 1 – Morderstwo, a mianowicie nielegalne umyślne zadawanie śmierci innej osobie, podlega karze pozbawienia wolności na okres od siedmiu do piętnastu lat. Pkt 6 części 2 tego samego artykułu, morderstwo, zabójstwo z korzyści, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od dziesięciu do piętnastu lat lub dożywotniego więzienia z konfiskatą mienia¹⁴.

Zaniedbanie obowiązku ochrony życia i zdrowia dzieci lub niewykonanie obowiązków zawodowych w celu ochrony życia i zdrowia nieletnich w wyniku niestaranego lub nieuczciwego podejścia do nich, jeśli to spowodowało znaczne szkody dla ofiary i doprowadziło do śmierci nieletniego według części 2, art.137 podlega karze pozbawienia wolności na okres od trzech do pięciu lat, lub pozbawienia wolności za ten sam okres, z dyskwalifikacją posiadać niektóre stanowiska lub prowadzenia niektórych rodzajów działalności na okres do trzech lat lub bez niego¹⁴.

Art. 139, część 2, Nieudzielenie pomocy pacjentowi przez pracownika medycznego, który zobowiązany jest zgodnie z przyjętymi zasadami do udzielania takiej pomocy w przypadku, gdy wiedział że może to spowodować i spowodowało śmierć chorego lub inne ciężkie skutki – podlega karze ograniczenia wolności od lat czterech lub pozbawienia

¹² Por. Kodeks Cywilny Ukrainy, Rada Najwyższa Ukrainy, Nr 435-IV, ustawa od 16.01.2003..<http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/435-15/paran1538#n1538>

¹³ Konstytucja Ukrainy z dnia 28.06.1996 r.

¹⁴ Por. Kryminalny Kodeks Ukrainy, ustawa z dnia 05.04.2001.

wolności do trzech lat z zakazem prawa do obejmowania określonych stanowisk, bądź zajmowania się określoną działalnością do lat trzech lub bez takiego¹⁴.

Ale przede wszystkim zobowiązanie moralne mają pracownicy służby zdrowia. Polega te zobowiązanie na tym, że po ukończeniu studiów lekarz, a również i pielęgniarka składają przysięgę. Zgodnie z tekstem przysięgi, którą składają pielęgniarki, znaną powszechnie jako przysięga imienia Florence Nighingale opracowana w 1893r., pielęgniarki przysięgają: *Będę daleka od tego wszystkiego co szkodliwe i zgubne, nigdy sama nie zażyję, ani też ni komu nie podam tego, co mogłoby mu szkodzić*¹⁵.

Pielęgniarki na Ukrainie przyjmują jeszcze Kodeks Etyczny. Biorąc pod uwagę znaczenie i standardy etyczne dla zdrowia publicznego, ważną rolę pielęgniarki jako przedstawiciela jednego z najbardziej popularnych zawodów medycznych w społeczeństwie, i kierując się nowoczesnymi przypisami etyki a praw międzynarodowych organizacji medycznych. Kodeks Etyki pielęgniarskiej został przyjęty na pierwszym Kongresie Pielęgniarstwa w 1999 roku, w Czerniwcah. Zgodnie z częścią 2 art.4 „Szacunek praw pacjenta, humanistyczne traktowanie pacjenta”, Etycznego Kodeksu Pielęgniarki. Pielęgniarka musi respektować prawo pacjenta do złagodzenia cierpienia, ale nie ma prawa do promowania samobójstwa pacjenta. Art. 10 „Pielęgniarka i pacjent który umiera” Eutanazja, która jest aktem świadomego zakończenia życia pacjenta, wykonana z woli pacjenta lub na wniosek jego rodziny, jest uważana za czynność nieetyczną i jest niedopuszczalną¹⁶.

3. Praktyka eutanazji w świecie

Pierwszy na świecie kraj który zalegalizował eutanazję czynną to Holandia. Kwestia legalizacji eutanazji nieuleczalnych pacjentów z miłości, w kraju zaczęto podejmować od 1970 roku. W 1993 roku był stworzony specjalny list składający się z 12 obowiązkowych punktów, które były podstawą ustawy o eutanazji.

1 kwietnia 2001 roku ustawa oficjalnie weszła w życie. Zgodnie z prawem, procedura może być zastosowana wobec pacjentów którzy mają więcej niż 12 lat; i realizowana wyłącznie na żądanie pacjenta, jeśli zostanie udowodnione, że jego cierpienie jest nie do zniesienia, choroba jest nieuleczalna a lekarze nie mogą pomóc. Upoważnionymi do podjęcia decyzji, jest co najmniej dwóch lekarzy, a w razie wątpliwości, sprawa zostaje przekazana

¹⁵ Por. Tekst Przysięgi Floranse Nighinfale.

¹⁶ Por. Kodeks Etyczny Pielęgniarek Ukrainy od 1999 r.

do prokuratury. Lekarze są kontrolowani przez specjalne komisje ekspertów w dziedzinie medycyny, prawa i etyki.

Belgia jest drugim państwem w którym była zalegalizowana eutanazja wobec nieuleczalnie chorych. Odpowiednia ustawa weszła w życie we wrześniu 2002 roku. Zgodnie z prawem, lekarz wykonujący eutanazję powinien upewnić się w tym, że pacjent przeżywa stale i nie do zniesienia cierpienia fizyczne lub psychiczne, z powodu choroby przypadkowej lub nieuleczalnej, przez które on znajduje się w beznadziejnej sytuacji medycznej. Lekarz ma obowiązek upewnić się, że jego pacjent – osoba dorosła i zdolna samodzielnie podejmować takie decyzję. Żądanie o eutanazji musi być sformułowane „dobrowolne, przemyślane wielokrotnie”.

Trzecim krajem, który zalegalizował eutanazję jest Luksemburg. Odpowiednia ustawa weszła w życie w marcu 2009 roku. Zgodnie z prawem wobec lekarzy, którzy pomagają swoim pacjentom umrzeć, nie można stosować sankcji karnych, jak również sankcji postępowania cywilnego.

W Stanach Zjednoczonych, zdecydowanym zwolennikiem legalizacji eutanazji był Jack Keworkian, znany lepiej pod pseudonimem Dr śmierć. W Stanach Zjednoczonych, eutanazja jest oficjalnie dopuszczoną w stanach Oregon i Waszyngton. W Oregon eutanazja została zalegalizowana w 1998 roku, w Waszyngtonie – w roku 2009. W obu przypadkach, decyzja została podjęta przez referendum.

W Szwajcarii eutanazja jest zabroniona, ale lekarz może pomóc nieuleczalnie choremu umrzeć. Lekarz podaje pacjentowi lek, a pacjent może sam go przyjąć jak będzie gotowy umrzeć. Istniejące ustawodawstwo szwajcarskie w stosunku do eutanazji jest bardzo proste i liberalne: według niego eutanazja jest dozwolona pod warunkiem, że uczestnicy procesu nie mają żadnego osobistego interesu w śmierci danej osoby, i nie poniosą z tego powodu korzyści materialnych. Brak w tym kraju bardziej szczegółowej ustawy o eutanazji można wyjaśnić tym, że istnieje rozpowszechnione rozumienie, że prawo do decydowania o sposobie umierania to sprawa prywatna, a państwo nie powinno ingerować w to. W tym kraju istnieją wiele organizacji, które pomagają ludziom opuścić życie, to takie organizacje jak Dignitas (Godność), Exit (Wyjście).

W maju 2011 roku, mieszkańcy szwajcarskiego Kantonu Zurych głosowali za legalizacją eutanazji dla nieuleczalnie chorych – nie tylko obywateli szwajcarskich ale również i turystów przybywających do kraju.

W wielu krajach jest dozwolona bierna eutanazja, odbywać się ona ma w taki sposób, że pacjentowi nie świadczy się pomocy medycznej w celu opóźnienia wystąpienia naturalnej śmierci, zupełnie prosto przestaje się walczyć o życie pacjenta. Taką formę eutanazji po raz pierwszy zalegalizowano w 1976 roku na mocy decyzji Kalifornijskiego Sądu Najwyższego (USA), gdzie po referendum w 1977 roku przyjęto ustawę „O prawie człowieka do śmierci”, zgodnie z nią nieuleczalnie chorych może poprosić o wyłączenie urządzeń resuscytacji. Prawo według którego nie wolno przeszkadzać w umieraniu funkcjonuje we Francji.

W grudniu 2006 roku w Izraelu uchwalono ustawę, która zezwala terminalnie chorym pacjentom zrezygnować z sztucznego podtrzymania życia. Ustawa dotyczy pacjentów, którzy nawet przy odpowiednim leczeniu nie zmożą żyć dłużej niż sześć miesięcy.

W kwietniu 2010 roku Ministerstwo Zdrowia Szwecji stwierdziło, że pacjenci mogą wymagać odłączenia od urządzeń podtrzymujących życie. W czerwcu 2010 roku sąd apelacyjny w Niemczech orzekł, że wyłączenie urządzeń, które podtrzymują życie pacjentów umierających z ich własnej zgody, nie jest przestępstwem¹⁷.

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Przedmiot i cel badań

Przedmiotem niniejszej pracy pogładowo-badawczej jest społeczeństwo pielęgniarskie Łomży (Województwo Podlaskie, Rzeczpospolita Polska) oraz Żytomierza (Województwo żytomierskie, Ukraina). Natomiast celem jest poznanie tego środowiska w celu zdiagnozowania ich stosunku do eutanazji. Badanie ma odpowiedzieć na następujące pytania: czy podtrzymują legalizację eutanazji, co może przynieść jej zalegalizowanie i czy dochodziłoby do nadużyć w przypadku jej legalizacji, czy wyraziliby zgodę na eutanazję w odniesieniu do siebie lub innej osoby, czym jest dla nich eutanazja, w jakich sytuacjach może być dokonana.

Metody badawcze, techniki i narzędzia badawcze

W niniejszej pracy jest zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Spośród wielu istniejących różnego rodzaju technik badawczych, w pracy stosowano badania pedagogiczne sondażu diagnostycznego wspomagane przez ankiety. Narzędziem badawczym danej pracy

¹⁷ <http://old.rian.ru/spravka/20120330/603582364.html> z *Washington Pro File*, 13.03.2009, №13 (958) z dnia 16.11.2015.

jest kwestionariusz ankiety, który zawiera 13 pytań oraz metryczkę - 5 pytań. Ankieta zawierała pytania zamknięte, alternatywne oraz dysjunktywne.

Organizacja i przebieg badań

Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety. Dla respondentów Łomży (Województwo Podlaskie, Rzeczpospolita Polska) w języku polskim, Żytomierza (Województwo Żytomierskie, Ukraina) w języku ukraińskim. Kwestionariusz ankiety zawierał 13 pytań zamkniętych oraz arkusz bibliograficzny. Badaniem objęto grupę 200 osób, 100 osób badanych w Łomży, 100 w Żytomierzu. Wróciło ogółem 194 wypełnionych kwestionariuszy, w tym 98 z Łomży (Województwo Podlaskie, Rzeczpospolita Polska), 96 z Żytomierza (Województwo Żytomierskie, Ukraina). Badanie było przeprowadzone w okresie od 10.10.2015 do 01.03. 2016. Kwestionariusz ankiet był przekazany respondentom do uzupełnienia, ze względu na zalecenia metodologiczne, w celach uniknięcia ingerencji ankietera w treść prezentowanych pytań i zmniejszania się „efektu ankietera”.

W celu dokonania charakterystyki grupy stworzono arkusz bibliograficzny zawierający pytania dotyczące 5 zmiennych: płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, długości pracy w swoim zawodzie.

Charakterystyka terenu badań oraz badanej grupy

Biorąc pod uwagę możliwość zróżnicowanych opinii, badania pedagogiczne niniejszej pracy były prowadzone w Łomży (Województwo Podlaskie, Rzeczpospolita Polska) i w Żytomierzu (Województwo Żytomierskie, Ukraina) wśród społeczeństwa pielęgniarskiego. Według autora, do społeczeństwa pielęgniarskiego zaliczają się pielęgniarki oraz studenci studiów pielęgniarskich.

Łomża - to miasto w północno-wschodniej Polsce, w województwie podlaskim nad Narwią. Miasto powstało w X wieku w odległości 5 km na wschód od obecnego centrum, na wysokiej skarpie doliny rzeki Narew. Obszar miasta wynosi 32.7 km², liczbę mieszkańców szacuję się na ok. 63 900 osób¹⁸.

Żytomierz - liczące 270 000 mieszkańców miasto, położone nad rzekami Teterew i Kamianką, ok.130 km na zachód od Kijowa. Obszar miasta wynosi 61 km². Założone w 884 roku leży na Wyżynie Wołyńsko - Podolskiej, jest stolicą obwodu żytomierskiego. Żytomierz należy do najstarszych historycznych i kulturalnych miast Ukrainy. Jest największym

¹⁸ <http://www.mapopoland.pl/Lomza,galeria,12.html#galeria> 28.03.2016.

miastem w Rejonie Poleskim i największym skupiskiem obywateli polskiego pochodzenia na Ukrainie (ok. 40 tys.) W Żytomierzu znajduje się cmentarz polski, jeden z największych poza granicami Polski, po Łyczakowskim we Lwowie i Rossie w Wilnie. Spoczywają na nim m.in. rodzice Ignacego Paderewskiego oraz rodzina Stanisława Moniuszki. Znaczący wkład w budowę filharmonii żytomierskiej (dawny teatr dramatyczny) wniósł Józef Ignacy Kraszewski, który w drugiej połowie XIX wieku mieszkał w Żytomierzu i pełnił szereg ważnych funkcji, był m.in. kuratorem szkół polskich i dyrektorem Teatru Żytomierskiego¹⁹.

Badaniem było objęte społeczeństwo pielęgniarskie Łomży (Województwo Podlaskie, Rzeczpospolita Polska) oraz Żytomierza (Województwo Żytomierskie, Ukraina). W badaniach uczestniczyły pracujące pielęgniarki oraz studenci studiów pielęgniarskich. Przez to pod uwagę były wzięte takie zmienne jak długość pracy w zawodzie, wiek, płeć, wykształcenie.

Uwzględniając pierwszą zmienną - płeć, większość badanych respondentów z Łomży jak i Żytomierza stanowią kobiety. Cała grupa badanych liczyła 194 osoby, wśród których było 178 kobiet co stanowi 91,7% ogólnej liczby ankietowanych, i 16 mężczyzn, czyli 8,24%. Z analizy ankiet wynika, że Łomżyńska grupa badanych, a dokładnie 98 osób składała się z 88 kobiet co stanowi 86,24%, i 10 mężczyzn czyli 9,8%. Grupa badawcza z Żytomierza liczyła 96 osób, wśród których 90 osób to kobiety i 6 osób to mężczyźni, czyli 92,16% i 5,7%.

Przeprowadzając analizę całości badanej grupy okazało się, że prawie połowa ma wykształcenie wyższe a mianowicie 48% badanej grupy, 14% badanych posiada policealne oraz zawodowe wykształcenie. W trakcie nauki znajduje się reszta badanych osób. Z otrzymanych danych wynika, że wśród Łomżyńskiego społeczeństwa pielęgniarskiego 70,4% ma wykształcenie wyższe, a wśród Żytomierskiego 26,04%.

W badaniach uczestniczyły osoby w różnym wieku. Analizując następną zmienną – wiek, wynika że Łomżyńskie społeczeństwo pielęgniarskie w wieku do 19 lat stanowi 2,04%, osób w wieku od 19 do 25 lat – 27,55%. Wśród badanej grupy osób w wieku od 26 do 36 było 17 co stanowi 17,34%, od 36 do 46, czyli 32,65%. Reszta osób była w wieku powyżej 46 lat.

Grupę badawczą Żytomierzan reprezentują w większości osoby w wieku od 19 do 25, a mianowicie 51 osób, co stanowi 53,12%. Tylko dwie osoby, czyli 2,08% było w wieku powyżej 46 lat. Respondenci byli zróżnicowani wiekowo, ponieważ badaniem objęto

¹⁹ http://www.plock.eu/pl/zytomierz__ukraina.html 28.03.2016.

społeczeństwo pielęgniarskie, na które składały się pracujące pielęgniarki oraz studenci studiów pielęgniarskich. Wśród badanej grupy z Łomży osób, które pracują powyżej 20 lat w swoim zawodzie jest 33,67%, natomiast liczba osób w Żytomierzu stanowi 2, czyli tylko 2,08%.

PREZENTACJA I ANALIZA BADAŃ WŁASNYCH

Cały szereg problemów jest dziś związany z eutanazją. Brak spójności definicji, chaos terminologiczny i również brak jedności rozwiązań. Różnice zdań przeciwników i zwolenników, które wynikają z różnych przyczyn. Przyczynami mogą być różnice światopoglądowe oraz religijne. Prowadzą do zamętu jak i braku uzyskania możliwości konsensusu, i karnoprawnej odpowiedzialności z tego tytułu²⁰.

Zdanie respondentów na temat legalizacji eutanazji

Kwestia legalizacji eutanazji to temat, który budzi wiele kontrowersji i zostaje zawsze otwartym. W celu uzyskania odpowiedzi o tym jaką opinię ma badane społeczeństwo pielęgniarskie na temat legalizacji eutanazji, jej dopuszczalności przez prawo, wiedzy na temat jej zalegalizowania, opinii dotyczących wystąpienia nadużyć po jej legalnym wprowadzeniu, ankietowanym osobom zadano szereg pytań.

Z przeprowadzonych badań wynika że 19,39% polskich pielęgniarek i studentów opowiada się za legalizacją eutanazji, raczej za jest 26,53%. Jest przeciwko legalizacji, czyli nie opowiada się za 32,65%, a raczej nie jest za legalizacją 14,29%. Ze wszystkich badanych 7,14 % nie ma zdania dotyczące danej kwestii.

Inaczej sytuacja przedstawia się u respondentów badanych na Ukrainie w Regionie Żytomierza. Tylko 13,54% ukraińskich respondentów jest za legalizacją eutanazji. 40,63% jest przeciwko legalizacji eutanazji, raczej nie opowiada się za legalizacją eutanazji 20,83%, nie ma zdania odnośnie danej kwestii 1% respondentów.

Aspekty prawne legalizacji eutanazji, określenia kto powinien ją przeprowadzać oraz przy jakich okolicznościach i stanie zdrowia jest aktualne. Ze względu na to badanym grupom było przedstawione pytanie za pomocą którego można wyjaśnić ich opinię do uregulowania prawnego pozwalającego lekarzowi przeprowadzić eutanazję nieuleczalnie chorym pacjentom. 41,83% (czyli 41 osób) Łomżyńskiej grupy zdecydowanie się zgadza

²⁰ http://www.dgip.pl/uploads/img/pdf/Dopuszczalnosc_eutanazji.pdf 10.04.2016

z tym, że prawo powinno zezwalać lekarzowi na skrócenie życia nieuleczalnie chorego pacjenta, którego cierpieniem nie można ulżyć, gdy sam pacjent i jego rodzina o to proszą, 31,63% (31 osób) jest zdecydowanie przeciw temu zezwoleniu. Widzimy niewielką różnicę w odpowiedzi na to samo pytanie przedstawione Żymierskim respondentom. 33,33% uczestników badania zdecydowanie się zgadza, że prawo powinno zezwalać lekarzowi na skrócenie życia nieuleczalnie chorego pacjenta, którego cierpieniem nie można ulżyć, gdy sam pacjent i jego rodzina o to proszą, natomiast 30,2% nie zgadza się z powyższym.

Pytanie o posiadaną wiedzę badanego społeczeństwa na temat prawnie zalegalizowanej eutanazji miało na celu stwierdzenie jej poziomu. W obu krajach eutanazja jest zabroniona przez prawo i w przypadku wykonania karana. Analiza dowodzi, iż wiedzę na temat prawnej sytuacji eutanazji posiada 88,78% badanego społeczeństwa pielęgniarskiego Łomży i 85,42% Żytomierza. Wśród badanych 7,14% Łomży i 12,5% Żytomierza, nie wiedzą o tym czy eutanazją jest legalna w ich kraju. Około 4,07% badanych w Łomży i około 2,08% w badanych w Żytomierzu zgłasza, że w kraju w którym mieszkają eutanazja jest zalegalizowana.

Opinia dotycząca badanych w stosunku do legalizacji eutanazji wskazuje jaskrawo, że wśród badanych w Łomży 14,28% uważa iż zalegalizowanie nie przyniesie nic nowego i usankcjonuje to, co i tak jest praktykowane. Tak samo uważa aż 30,02% badanych osób w Żytomierzu. Że zalegalizowanie eutanazji przyniesie więcej korzyści niż strat uważa 14,28% ankietowanych w Łomży i o połowę mniej - 6,25% w Żytomierzu.

Gotowość społeczeństwa pielęgniarskiego do wykonywania eutanazji

Jak oceniamy własne życie, jaką wartość stanowi ono dla nas. To wszystko zależy od tego, jak traktujemy siebie, na ile jesteśmy moralnie i umyślowo gotowi. Wszystko zależy od wieku, płci, narodowości, przekonań religijnych. Oczywiście mają znaczenie moralne i etyczne standardy, które są w społeczeństwie w jakim mieszka osoba. Uczestniczące w badaniach pielęgniarki, studenci polscy i z Ukrainy, na pytanie dotyczące zgody na eutanazję na sobie odpowiadają tak: 22,44% uczestników badania, z Polski i 11,45% z Ukrainy zgodziłoby się na eutanazję na własnej osobie, 25,51% Polaków i 43,75% Ukraińców raczej by się zgodziło. Natomiast 30,61% polskich i 14,58% ukraińskich respondentów jest przeciwko przeprowadzaniu eutanazji w stosunku do siebie, raczej nie

zgodziłoby się 10,2% polskich i 14,58% ukraińskich uczestników badania. 11,22% ankietowanych z Polski i 15,62% z Ukrainy nie mają zdania odnośnie danej kwestii.

Uzyskane wyniki wskazują, że w grupie ankietowanych z Łomży większość 52,04% nie mogłaby zdecydować się na przeprowadzenie eutanazji na innej osobie, i powyżej 47% badanych w Żytomierzu. Po 6 i 7 osób w badanych grupach odpowiadają, że zdecydowałyby się na wykonanie eutanazji na innej osobie. Raczej nie przeprowadziłyby eutanazji na innej osobie 16 osób społeczeństwa Łomżyńskiego i 20 osób społeczeństwa Żytomierskiego.

Opinie respondentów wobec popełnienia eutanazji w zależności od stanu zdrowia pacjenta

Dla społeczeństwa medycznego jak i dla ludzkości ciężko znaleźć granicę między życiem a śmiercią. W momencie kiedy pacjent umiera i prosi o eutanazję ważne jest, by nie przekroczyć granicy między zabójstwem z miłości, zabójstwem na życzenie a zwykłym morderstwem. Zawsze są brane pod uwagę aspekty moralne, etyczne, karno-prawne oraz religijne. Również wszystko zależy od stanu, w którym jest pacjent. Argumentów na rzecz eutanazji i przeciw jest mnóstwo, również jak i opinii.

Wiek chorego nie jest jednym z kryteriów który trzeba brać pod uwagę przy wykonaniu eutanazji, tak odpowiada po 65 osób w obu badanych grupach. Tylko 6,12% społeczeństwa pielęgniarskiego Łomży i 5,2% Żytomierza uważa, że wiek chorego jest jednym z kryteriów, który powinien być brany pod uwagę przy wykonaniu eutanazji.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, sytuacja gdy pacjent po wypadku jest od wielu tygodni nieprzytomny, ma uszkodzony mózg, i wiadomo, że nigdy nie będzie mógł normalnie żyć, zostaje odłączany od specjalnej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na zgodę swej rodziny, jest określona jako eutanazja przez 48,97% badanych w Łomży, i ponad 56,25% w Żytomierzu. Natomiast 31,63% społeczeństwa pielęgniarskiego Łomży i 26,04% Żytomierza uważa, że nie była to eutanazja.

Wnioski z przeprowadzonych badań

Niniejsza praca była oparta na wynikach badań przeprowadzonych wśród społeczeństwa pielęgniarskiego (pielęgniarek oraz studentów studiów pielęgniarskich) Łomży (Województwo Podlaskie, Rzeczpospolita Polska) oraz Żytomierza (Województwo Żytomierskie, Ukraina). Omówiono i podjęto w pracy następujące zagadnienia i kwestie:

- ✓ poglądy badanych osób na temat legalizacji eutanazji
- ✓ poziom gotowości do popełnienia eutanazji w badanym społeczeństwie
- ✓ opinii ankietowanych wobec aktu eutanazji ze względu na stan zdrowia pacjenta

Badania były przeprowadzone za pomocą ankiet. Po zakończeniu badań i analizie wyników zostały omówione wnioski dotyczące przedmiotu badań.

Podsumowując rezultaty wyników, około połowa badanych podaje pozytywną odpowiedź na rzecz wprowadzenia legalizacji eutanazji. Reszta jest przeciwko zalegalizowaniu. I tylko niewielki procent uczestników nie ma zdania dotyczącego tej kwestii.

Zdanie co do zezwolenia prawnego, pozwalającego lekarzowi wykonać eutanazję na nieuleczalnie chorym, jest nieco odmienne. 41% polskiego społeczeństwa pielęgnarskiego uważa, że prawo powinno zezwalać lekarzowi na skrócenie życia nieuleczalnie chorego pacjenta, natomiast tylko 33% ze strony ukraińskiej odpowiada analogicznie.

Wiedza na temat stanu prawnego w stosunku do eutanazji (czy jest legalna) jest stosunkowo na wysokim poziomie. Więcej niż 80% badanych w obu grupach wie o tym, że w ich państwie eutanazja nie jest legalna.

Kwestia legalizacji eutanazji to dość poważny problem i ciągnie za sobą wiele skutków. To, że nie przyniesie nic nowego a tylko usankcjonuje to co i tak jest praktykowane uważa około 14% badanych w Łomży, i około 30% w Żytomierzu. Około 30% badanych w obu grupach uważa, że zalegalizowanie przyniesie więcej złego niż dobrego. Ponad połowa społeczeństwa łomżyńskiego uważa, że bardzo możliwe, iż dojdzie do nadużyć.

Gotowość do popełnienia eutanazji na własnej osobie, społeczeństwo Żytomierza ma na nieznacznie wyższym poziomie. Natomiast około połowy badanych w Łomży jak i w Żytomierzu nie zdecydowałyby się na popełnienie eutanazji na innej osobie. Tylko 16% i 10% raczej by zdecydowały się na jej popełnienie.

Od sytuacji, a generalnie od stanu zdrowia pacjenta wiele zależy. Stan gdy pacjent po wypadku, jest od wielu tygodni nieprzytomny, ma uszkodzony mózg, i wiadomo, że nigdy nie będzie mógł normalnie żyć został odłączony połowa uczestników badania określiła jak eutanazję.

Bibliografia

Literatura przedmiotu

1. Boć J., *Konstytucje Rzeczypospolitej oraz komentarz do konstytucji RP z 1997 r.*, Wrocław 1998. s. 77.
2. Hartman J., Wileński J., *Wiedza o etyce*, Bielsko-Biała 2009, s. 327.
3. Pacian J., *Oświadczenia 'pro futuro' - dylematy prawne*. Zeszyty Prawnicze 14/4, 2014, s. 171-181.
4. Płachta M., *Prawo do umierania? Z problematyki regulacji autonomii jednostki w sprawach śmierci i umierania*, Państwo i prawo, 1997 (3), s. 53, 64.

Akty prawne

1. Kodeks etyki lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, Warszawa 2004.
2. Kodeks postępowania karnego Rzeczypospolitej Polskiej Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r.
3. Konstytucja Ukrainy z dnia 28.06.1996 r.
4. Kodeks Etyczny Pielęgniarek Ukrainy od 1999 r.
5. Kodeks Cywilny Ukrainy, Rada Najwyższa Ukrainy, ustawa od 16.01.2003 Nr 435-IV.
6. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 02 kwietnia 1997 roku.
7. Kryminalny Kodeks Ukrainy, ustawa z dnia 05.04.2001.
8. Przysięga Floranse Nightingale.

Strony internetowe

1. <http://www.mapofpoland.pl/Lomza,galeria,12.html#galeria>
2. http://www.plock.eu/pl/zytomierz__ukraina.html
3. <http://medportal.ru/mednovosti/main/2014/10/03/288euthanasia/>
4. <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/435-15/paran1538#n1538>
5. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
6. <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/tematy/hipokr>
7. http://www.dgip.pl/uploads/img/pdf/Dopuszczalnosc_eutanazji.pdf

8. <http://lingua-latina.go-longhorn.net/sentencja,opis,2528820,210735.html>
9. <http://old.rian.ru/spravka/20120330/603582364.html>

Alina Szczecińska, Jan Urban, Dorota Kukowska

Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

WYSTĘPOWANIE POWIKŁAŃ PO ENDOPROTEZOPLASTYCE STAWU BIODROWEGO

THE OCCURRENCE OF COMPLICATIONS AFTER HIP REPLACEMENT

Streszczenie

Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych należy do najczęściej występujących schorzeń zwyrodnieniowych w starszym wieku. Najskuteczniejszą formą leczenia jest zabieg operacyjny, polegający na wszczepieniu sztucznych implantów biodrowych spełniających funkcję stawu. Operacja ta uwalnia pacjenta od bólu i pozwala wrócić do dotychczasowej aktywności fizycznej. Zabieg ten jest jednak obarczony ryzykiem wystąpienia wielu powikłań, w tym możliwością wystąpienia złamania okołoprotezowego. Celem pracy było określenie stopnia nasilenia występowania tego złamania i wytypowania sprzyjających mu czynników tak aby maksymalnie ograniczyć skalę tego zjawiska.

Słowa kluczowe: staw biodrowy, choroba zwyrodnieniowa, alloplastyka biodra, złamanie okołoprotezowe

Summary

Osteoarthritis of the hip is one of the most common degenerative diseases in old age. The most effective form of treatment is surgery, involving the implantation of artificial hip implants with the function of the joint. Operations frees patient from pain and they can return to the previous physical activity. Treatment is subject to the risk of many complications, including the possibility of a periprosthetic fracture. The aim of this study was to determine the severity of the occurrence of fractures and predict factors which minimize the scale of this

phenomenon.

Key words: Hip, osteoarthritis, hip arthroplasty, periprosthetic fracture

Wprowadzenie

Poprawa warunków bytowych społeczeństw krajów dobrze rozwijających się znacząco wpływa na długość życia ludności, zwiększając odsetek ludzi starszych. U wielu z tych osób rozwinęła się choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, powodując duże utrudnienie w funkcjonowaniu tych osób¹. Schorzenie to jest jednym z najczęściej występujących problemów medycznych i społecznych dotyczących ludzi starszych, gdyż prowadzi do znacznego pogorszenia jakości życia tej grupy pacjentów². Najskuteczniejszym leczeniem tego schorzenia jest endoprotezoplastyka stawu biodrowego, czyli wszczepienie sztucznych implantów zastępujących staw biodrowy³.

Przeprowadzenie endoprotezoplastyki stawu biodrowego wymaga dobrego przygotowania pacjenta do zabiegu, wyboru najkorzystniejszego dostępu operacyjnego oraz indywidualnego doboru najodpowiedniejszej endoprotezy, gwarantującej optymalnie najdłuższy okres wytrzymałości. Kluczowe znaczenie ma również prawidłowe przeprowadzenie zabiegu operacyjnego⁴. Artroplastyka biodrowa, czyli operacja wszczepienia endoprotezy biodrowej należy do najczęściej wykonywanych zabiegów w ortopedii. Zabiegi te opatrzone są wysokim wskaźnikiem powodzenia i towarzyszy im duży stopień zadowolenia operowanych pacjentów⁵. Popularność operacji alloplastyki stawów wymusza wprowadzanie coraz nowszych technologii i zmian konstrukcyjnych poszczególnych elementów wszczepianych endoprotez.

Jak każdy zabieg operacyjny, również alloplastyka stawów biodrowych niesie za sobą ryzyko powikłań, zarówno wczesnych jak też późnych. Zwichnięcia, złamania śródoperacyjne, czy zakażenia bakteryjne są zjawiskiem bardzo niepożądanym, znacznie opóźniając powrót do zdrowia operowanego pacjenta. Sytuacja taka niejednokrotnie wymaga przeprowadzenia powtórnej operacji, usunięcia zaimplantowanych endoprotez czy

¹ A. Pozowski, *Alloplastyka stawu biodrowego*, Wrocław 2011, s. 9.

² K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszaliak, *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Lublin 2007, s.223.

³ G. Wunderle, *Pielęgniarstwo operacyjne*, wydanie polskie Wrocław 2010.

⁴ A. Pozowski, *Alloplastyka stawu biodrowego*, Wrocław 2011, s. 9.

⁵ A. Dziak, *Ortopedia*, Wrocław 2000, s.323.

długotrwałego unieruchomienia chorego⁶. Wystąpienie powikłań po artroplastyce biodra, zwłaszcza tych związanych z długotrwałym unieruchomieniem w łóżku pociąga za sobą kolejne niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia pacjenta⁷.

Endoprotezoplastyka

Zabieg operacyjny podczas którego usuwa się zmienione chorobowo fragmenty kości tworzących staw biodrowy i zastępuje je sztucznymi elementami (Ryc. 1) nazywa się endoprotezoplastyką lub alloplastyką biodrową. Procedura ta jest najczęściej wykonywanym zabiegiem w ortopedii dorosłych i jest najskuteczniejszą metodą leczenia w medycynie ze względu na sposób funkcjonowania chorego⁸.

Pacjenci, u których niezbędna jest operacja alloplastyki biodra stanowią bardzo różnorodną grupę. Choć najczęściej są to pacjenci w podeszłym wieku, to jednak ich ogólny stan zdrowia może być całkowicie różny. Mogą to być osoby ogólnie zdrowe, samodzielne a także pacjenci zniedołężniali, z wieloma problemami zdrowotnymi. U wszystkich chorych kwalifikacja przedoperacyjna jest bardzo istotna i to od niej w dużym stopniu zależy powodzenie operacji.

Poprawna jakość życia po alloplastyce stawu biodrowego następuje dość szybko. Sztuczny staw musi funkcjonować idealnie, dlatego aby pacjent mógł prawidłowo korzystać z protezy, zabieg musi być wykonany bezbłędną techniką operacyjną, co umożliwi proces stopniowej rekonwalescencji i uchroni pacjenta przed groźnymi powikłaniami⁹. Podjęcie decyzji o operacji nie jest sprawą łatwą, pacjent musi być dokładnie poinformowany o rodzaju proponowanej operacji, sposobie znieczulenia a także o tym jak będzie przebiegał jego powrót do zdrowia. Personel medyczny ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości wystąpienia ewentualnych powikłań, zarówno ze strony anestezjologicznej jak też dotyczących techniki samego zabiegu. Chory ma prawo poznać ryzyko zabiegu oraz być świadomym, że może dojść do sytuacji niepożądanych. Tylko w pełni poinformowany pacjent jest w stanie podjąć świadomą decyzję o operacji.

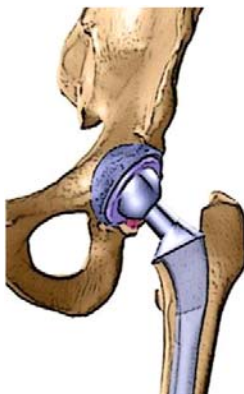
⁶ A. Pozowski, *Alloplastyka stawu biodrowego*, Wrocław 2011, s. 9.

⁷ K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszałik, *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Lublin 2007, s.223.

⁸ J. Kruczyński, A. Szulc, *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja*, Warszawa 2015, s. 231.

⁹ D. Lawrence, *Alloplastyka stawu biodrowego*, wydanie I polskie Wrocław 2009

Rycina 1. Sztuczny staw biodrowy



Źródło: <http://www.sport-klinika.pl/endoprotezoplastyka-stawu-biodrowego.html>

Złamanie okołoprotezowe jako powikłanie po endoprotezoplastyce

Złamanie okołoprotezowe może dotyczyć zarówno okresu okołoperacyjnego jak również może wystąpić po zabiegu wszczepienia endoprotezy. Stanowi powikłanie śródoperacyjne oraz pooperacyjne wczesne i późne.

Do wczesnych powikłań śródoperacyjnych należą:

Złamanie lub przebicie kości udowej przez raszplę udową lub trzpień endoprotezy, złamanie panewki biodrowej – są to bardzo niebezpieczne i znacznie wydłużające proces zdrowienia powikłania¹⁰. Najczęściej przyczyną jest błąd w technice operacyjnej, nieprawidłowe ułożenie raszpli w stosunku do położenia kości udowej, zbyt mocne naprężenie, nieadekwatne do wytrzymałości tkanki kostnej. W momencie zauważenia takiego stanu należy niezwłocznie przeprowadzić niezbędną diagnostykę i zabezpieczyć złamanie stosując dostępne stabilizacje.

Uszkodzenie naczyń krwionośnych – alloplastyka biodra jest zabiegiem krwawym ze względu na fakt przecinania kości, jednak na przerwanie ciągłości narażone są też duże naczynie krwionośne. W zależności od dostępu operacyjnego na uszkodzenia narażona jest tętnica pośladowka górna lub naczynia udowe. Najbardziej niebezpieczne jest uszkodzenie

¹⁰ W. Marciniak, A. Szulc, *Wiktor Degi ortopedia i rehabilitacja*, T.2, Warszawa 2003, s. 296.

naczyń wewnątrzmiędniczych (żyła biodrowa i tętnica zasłonowa), do którego może dojść podczas wiercenia kanału na śrubę mocującą panewkę¹¹.

Porażenie nerwów – chodzi głównie o nerw kulszowy i udowy. Do uszkodzenia nerwu kulszowego dochodzi najczęściej przy operacjach z dostępu tylnego, dlatego w takich przypadkach wskazane jest wypreparowanie tego nerwu i ochrona przed uszkodzeniem. W przypadku wykonania operacji z dostępu przedniego i przednio-bocznego może dojść do porażenia nerwu udowego w wyniku ucisku przez narzędzia chirurgiczne. Trwałe porażenie nerwu kulszowego objawia się opadnięciem stopy, przykurczem ścięgna piętowego co skutkuje dysfunkcją całej kończyny¹².

Do wczesnych powikłań pooperacyjnych należą:

Zakażenie miejsca operowanego – zakażenie to dotyczy ran powstałych w następstwie cięcia chirurgicznego i dotyczy wszystkich infekcji występujących w okolicy tego cięcia¹³. W czasie zabiegu operacyjnego następuje przerwanie ciągłości skóry, która stanowi podstawową barierę chroniącą organizm ludzki przed bakteriami z zewnątrz. Poprzez cięcie operacyjne dochodzi do ekspozycji jałowych tkanek na działanie różnych czynników, w tym chorobotwórczych¹⁴. Operacje ortopedyczne, których cechą jest wszczepianie implantów są zabiegami mocno narażonymi na infekcje. Rozwój zakażenia okolicy cięcia operacyjnego jest następstwem nierównowagi pomiędzy mechanizmami obronnymi chorego a drobnoustrojami kolonizującymi ranę. Przy osłabionych mechanizmach obronnych możliwe jest zaburzenia prawidłowego gojenia się rany. Zakażenie miejsca operowanego zależy również od zjadliwości bakterii, choć skóra zdrowego człowieka nie sprzyja rozwojowi drobnoustrojów chorobotwórczych, to są mikroorganizmy, które kolonizują w miejscu ran pooperacyjnych. W przypadku wystąpienia sprzyjających warunków dochodzi do ich namnożenia i rozwoju infekcji miejsca operowanego. Do takich chorobotwórczych drobnoustrojów mogą należeć np. *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Candida*¹⁵.

Zakrzepica żył głębokich i zatorowość płuc – powikłanie to stanowi duży problem okresu pooperacyjnego pacjentów poddanych zabiegowi alloplastyki biodra. Zabiegi ortopedyczne, zwłaszcza na kończynach dolnych stawiają chorych w grupie wysokiego

¹¹ R. Grzebalska, *Powikłania śródoperacyjne w alloplastykach stawu biodrowego*, Biuletyn Instrumentariuszek Ortopedycznych, Nr 0/2010 s.12-14.

¹² A. Dziak, *Ortopedia*, Wrocław 2000, s.326.

¹³ A. Domańska, *Zakażenia miejsca operowanego*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 7-8, 2013, s. 18-19.

¹⁴ D. Matyka, *Zakażenia pochodzące z bloku operacyjnego*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 7-8, 2014, s. 36.

¹⁵ A. Domańska, *Zakażenia miejsca operowanego*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 7-8, 2013, s. 18-19.

ryzyka rozwoju zakrzepicy i zatorowości płuc. Jest to powikłanie bardzo groźne dla życia pacjenta i wymaga bezwzględnego stosowania profilaktyki przeciwzakrzepowej u wszystkich operowanych pacjentów. Pacjenci poddający się operacji wymiany stawu biodrowego to przeważnie ludzie w zaawansowanym wieku, z chorobami współistniejącymi z niejednokrotnie przebytą chorobą żył w wywiadzie. Wszystkie te czynniki sprawiają, że klasyfikują się oni jako grupa bardzo wysokiego ryzyka rozwoju powikłań zakrzepowo-zatorowych. Ponieważ powikłanie to niesie za sobą niebezpieczeństwo bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta najważniejszą kwestią staje się wdrożenie profilaktyki przeciwzakrzepowej¹⁶.

Zwichnięcie endoprotezy – powikłanie tego typu może wystąpić z wielu powodów, najczęstsze z nich to zła technika operacyjna z nieprawidłowym osadzeniem elementów protezy w kości. Najbardziej narażeni na to powikłanie są ludzie starzy, chorzy, operowani z powodu złamania szyjki kości udowej oraz pacjenci niezdyscyplinowani, którzy nie stosują się do wytycznych. Przyczyną zwichnięć może być również zła konstrukcja implantów. Najczęściej dochodzi do zwichnięć tylnych, w wyniku których kończyna dolna ustawia się w przywiedzeniu i rotacji wewnętrznej. Kończyna ze zwichniętym trzpieniem wykazuje również cechy skrócenia. Zwichnięcie przednie jest zdecydowanie rzadszym powikłaniem, występuje wówczas również skrócenie kończyny, która ustawia się w odwiedzeniu i rotacji zewnętrznej. Zwichnięcie protezy jest bardzo bolesne, choć we wczesnym okresie pooperacyjnym może ulec przeoczeniu z racji stosowania leczenia przeciwbólowego. Zasadą jest codzienna kontrola długości kończyn. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości należy wykonać kontrolne zdjęcie operowanego stawu biodrowego w projekcji a-p, które wykaże ewentualne zwichnięcie. Leczeniem jest ostrożne nastawienie biodra przy asekuracji anestezjologa z zastosowaniem leków przeciwbólowych i zwiotczających. W przypadku braku poprawy należy zastosować operacyjną repozycję zwichnięcia, niejednokrotnie z zastosowaniem nowych elementów antyzwichnięciowych¹⁷.

Nierówność kończyn – pomimo szczególnej uwagi operatora, mającej na celu odtworzenie prawidłowej długości kończyn zdarza się, że w trakcie operacji dochodzi do nadmiernego skrócenia lub wydłużenia operowanej nogi. Często jest to spowodowane stopniem wyniszczenia powierzchni stawowych i dążeniem do uzyskania odpowiedniej stabilizacji wszczepionych implantów¹⁸. Jest to jednak powikłanie coraz trudniej

¹⁶ A. Dziak, *Ortopedia*, Wrocław 2000, s. 241-244.

¹⁷ Tamże s. 325

¹⁸ <http://www.artmedicalcenter.eu/wymiiana%20stawu%20biodrowego> dnia 17.03.2016.

akceptowalne przez pacjentów. Różnica w długości kończyn przekraczająca 1 cm może być przyczyną dyskomfortu psychicznego i problemów podczas lokomocji¹⁹.

Do późnych powikłań pooperacyjnych należą:

Obluzowanie septyczne - jest to uszkodzenie zapalne tkanek wokół protezy w wyniku infekcji. Czynnikiem zapalenia może być wiele, po pierwsze zanieczyszczenie pola operacyjnego drobnoustrojami chorobotwórczymi. Pomimo stosowania zasad aseptyki i stosowania profilaktyki antybiotykowej drobnoustroje mogą dostać się do otwartej rany operacyjnej. Częstym źródłem zakażenia jest powietrze na sali operacyjnej, czyli system klimatyzacyjny, zbyt duża ilość osób na sali lub przedłużony czas operacji. Poważnym czynnikiem wewnętrznych infekcji jest obecność ognisk zapalnych w obrębie organizmu, dotyczy to zakażeń przyzębia, układu moczowego, pokarmowego a także stanów zapalnych skóry²⁰.

Złamania okołoprotezowe – jako powikłania późne po alloplastyce stawu biodrowego występują w wyniku silnego urazu np. w wyniku upadku. Duże znaczenie ma tu stan kości, obecność osteoporozy powoduje osłabienie kości i naraża na złamania. Postępowanie w wyniku zaistnienia złamania okołoprotezowego to najczęściej leczenie operacyjne. Zakres zabiegu zależy w głównej mierze od przebiegu szpary złamania, bywa że złamanie przebiega wzdłuż osadzonego trzpienia, wówczas podejmuje się inne działania niż w przypadku złamań w dalszej części kości udowej. Operacja jest jeszcze trudniejsza gdy w wyniku złamania okołoprotezowego doszło do destabilizacji trzpienia protezy stawowej, najczęściej usuwa się wtedy tę część endoprotezy i wszczepia się nowy trzpień²¹.

Cel i przedmiot badań

Podstawowym celem badań autora jest zwrócenie uwagi na problematykę powikłań pooperacyjnych w postaci złamania okołoprotezowego.

Celem badania jest wykazanie stopnia nasilenia występowania złamań okołoprotezowych, jako powikłania po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Złamanie kości w miejscu implantowania endoprotezy biodrowej jest zjawiskiem niepożądanym, gdyż

¹⁹ A. Pozowski, *Alloplastyka stawu biodrowego*, Wrocław 2011, s. 38.

²⁰ <http://www.pm.microbiology.pl/web/archiwum/vol5132012219.pdf> 17.03.2016r.

²¹ R. Grzebalska, *Powikłania śródoperacyjne w alloplastykach stawu biodrowego*, Biuletyn Instrumentariuszek Ortopedycznych, Nr 0/2010 s.12-14.

znacznie przedłuża powrót pacjenta do zdrowia po planowanym zabiegu alloplastyki. Badania mają na celu określenie stopnia nasilenia tego zjawiska.

Badanie służy określeniu stopnia nasilenia zjawiska występowania złamania okołoprotezowego u pacjentów po endoprotezoplastyce biodra oraz wytypowanie czynników ryzyka i elementów sprzyjających temu powikłaniu w badanej grupie społecznej.

Główny problem badawczy niniejszej pracy to poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: jakie czynniki sprzyjają wystąpieniu złamania kości w pobliżu implantacji endoprotezy biodrowej?

Problemy szczegółowe zostały określone następująco:

- Jak często doszło do wystąpienia złamania okołoprotezowego w stosunku do wszystkich wykonanych alloplastyk biodrowych w badanej grupie?
- Czy takie czynniki jak wiek, płeć pacjentów oraz rodzaj mocowania endoprotezy sprzyjają wystąpieniu złamania kości w pobliżu wszczepu implantu?

Hipotezy robocze określono w sposób następujący:

- Przypuszczam, że na wystąpienie powikłania w postaci złamania okołoprotezowego bardziej narażone są osoby w wieku po 70-tym roku życia.
- Przypuszczam, że po endoprotezoplastyce bezcementowej częściej dochodzi do złamań około protezowych.

W postępowaniu badawczym w niniejszej pracy wykorzystano analizę dokumentów jako metodę badawczą. Posłużono się narzędziami pod postacią protokołów, historii choroby oraz raportów.

Organizacja i przebieg badań

Badanie metodą analizy dokumentacji medycznej występowania złamania okołoprotezowego, jako powikłania po endoprotezoplastyce stawu biodrowego zostały przeprowadzone w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Ostrołęce.

Do przeprowadzenia badania wykorzystano dokumentację medyczną grupy pacjentów operowanych w okresie 3 lat, od 1.01.2013r. do 31.12.2015r.

W pierwszym etapie badania dokonano analizy dokumentacji pacjentów operowanych w badanym okresie, z powodu wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego.

Wśród operowanych pacjentów były kobiety i mężczyźni. W badaniu dokonano analizy ilościowej pacjentów pod względem płci.

Pacjenci poddani badaniu byli w różnych grupach wiekowych. W celu poprawnej analizy danych w badaniu wyodrębniono grupy wiekowe, do których zakwalifikowano poszczególnych pacjentów według daty urodzenia. Zastosowane przedziały wiekowe to: 30-40 lat, 41-50 lat, 51-60 lat, 61-70 lat, 71-80 lat, 81-90 lat, 91-100 lat.

Sposób implantowania endoprotez był zarówno cementowy jak i bezcementowy. Analizując dokumentację pacjentów po alloplastyce bezcementowej dokonano podziału pacjentów pod względem płci i określono grupy wiekowe. Tak samo postąpiono analizując dokumentację pacjentów po cementowej alloplastyce.

Reasumując, badając dokumentację medyczną wyszczególniono grupy wiekowe pacjentów, dokonano podziału ze względu na płeć oraz pogrupowano wg rodzaju wszczepionej endoprotezy. Dokonano obliczeń procentowych.

W następnej kolejności przeanalizowano dokumentację pacjentów po alloplastyce biodrowej, u których doszło do powikłania w postaci złamania okołoprotezowego.

Wśród tych pacjentów były kobiety i mężczyźni. W badaniu dokonano analizy ilościowej pacjentów pod względem płci.

Według dokumentacji do złamań doszło u pacjentów w różnych przedziałach wiekowych, dokonano analizy złamań z uwzględnieniem grup wiekowych.

Ze względu na to, że do złamań okołoprotezowych doszło zarówno po bezcementowej jak i po cementowej alloplastyce, dokonano analizy występowania tego powikłania u pacjentów z uwzględnieniem rodzaju wszczepionej endoprotezy.

Analizując dokumentację złamań u pacjentów po alloplastyce bezcementowej dokonano podziału pacjentów według określonych przedziałów wiekowych. Tak samo określono grupy wiekowe analizując dokumentację złamań u pacjentów po cementowej alloplastyce.

Przeanalizowano dokumentację wszczepów endoprotez oraz dokumentację złamań okołoprotezowych. Dokonano wyliczeń ilościowych i procentowych występowania zjawiska.

Omówienie wyników badań

Badaniem objęto dokumentację 398 pacjentów, poddanych zabiegowi alloplastyki biodrowej. Grupę tę stanowiło 219 kobiet (55%) i 179 mężczyzn (45%) badanych. Z powyższego wynika, że kobiety stanowiły liczniejszą grupę.

Analizując rodzaj wykonanych alloplastyk stwierdzono, że 337 pacjentom wszczepiono endoprotezę bezcementową, co stanowi 85%, zaś cementową endoprotezę wszczepiono 61 osobom (15%). Podane informacje wskazują, że ilość bezcementowych wszczepów była zdecydowanie większa.

Z podziału operowanych pacjentów względem grup wiekowych stwierdzono, że ilość wykonanych alloplastyk w przedziale wiekowym 30-40 lat jest sporadyczna. Dalsze analizy dowodzą, że w przedziale wiekowym 41-50 lat, 51-60 lat, 61-70 lat, 71-80 lat liczba wykonanych alloplastyk kształtuje się rosnąco a w przedziale wiekowym 81-90 lat i 91-100 lat gwałtownie spada.

Badając dokumentację pacjentów po alloplastyce biodrowej, stwierdzono występowanie powikłań w postaci złamania okołoprotezowego. Zjawisko to dotyczyło 33 pacjentów z grupy 398 badanych osób. Stanowi to 8% wszystkich operowanych pacjentów.

Powikłania pooperacyjne w postaci złamań w okolicy wszczepu pojawiały się bez względu na rodzaj zastosowanych endoprotez, jednak złamania po zabiegu wszczepienia endoprotezy bezcementowej występowały znacznie częściej niż w przypadku endoprotezy cementowej. Po zastosowaniu endoprotezy bezcementowej złamanie pojawiło się u 25 operowanych pacjentów, co stanowi aż 76% wszystkich zanotowanych złamań. Po wszczepieniu endoprotezy cementowej złamanie wystąpiło tylko u 8 operowanych pacjentów co stanowi 24% wszystkich operowanych.

Złamania okołoprotezowe zanotowano zarówno u kobiet jak i mężczyzn. Jednak na 33 zanotowane złamania, 21 wystąpiło u kobiet a 12 u mężczyzn. Złamania stwierdzone u kobiet stanowią 64% ogólnej ilości złamań a u mężczyzn stanowią 36% ogólnej ilości złamań. Z powyższego wynika, że kobiety znacznie częściej ulegały złamaniu w miejscu implantacji endoprotezy.

Powikłanie w postaci złamania występowało w różnych grupach wiekowych, sporadycznie w przedziałach od 30 do 60 lat. Intensywny wzrost występowania złamań obserwuje się u pacjentów po 60 roku życia. Największe nasilenie tego zjawiska wystąpiło u pacjentów po 80 roku życia.

Przeprowadzony proces badawczy wykazał, że występowanie złamań okołoprotezowych stanowi istotny procent powikłań w przypadku implantacji endoprotez biodrowych. Potwierdziły się hipotezy badawcze, że rodzaj endoprotezy oraz wiek i płeć pacjentów mogą być czynnikami predysponującymi do wystąpienia tego powikłania.

Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych dotyczy przede wszystkim osób starszych, najczęściej po 60 roku życia a odsetek tego schorzenia rośnie wraz z wiekiem. Proces chorobowy toczący się w stawie, długo nie daje niepokojących objawów. Nasilający się ból zwłaszcza w momencie obciążenia kończyny, jest pierwszym z symptomów toczącego się stanu zapalnego w stawie. Pacjenci z upływem czasu czują się coraz gorzej, bólowi towarzyszy ograniczenie ruchowe, zwykle poruszanie się staje się niemożliwe. Sytuacja taka powoduje uzależnienie osób starszych od otoczenia i wywiera niekorzystny wpływ na stan emocjonalny pacjenta²².

Najsukuteczniejszą metodą walki z chorobą jest wykonanie zabiegu alloplastyki biodrowej. Operacja ta polega na usunięciu chorobowo zmienionych powierzchni stawowych i zastąpieniu ich sztucznymi implantami, pełniącymi funkcję stawu. Zabieg ten gwarantuje szybki powrót pacjenta do zdrowia i do pełnej sprawności ruchowej²³.

Wszczepienie endoprotezy jest zabiegiem obarczonym możliwością wystąpienia powikłań okołoperacyjnych. Jednym z nich jest złamanie okołoprotezowe. Powikłanie to jest zdarzeniem niepożądanym, nieprzyjemnym dla pacjenta, znacznie opóźniającym powrót do zdrowia. Naznaczone dodatkowym cierpieniem, sprzyja potęgowaniu złego samopoczucia, pretensji i poddawaniu w wątpliwość słuszności decyzji o operacji wszczęcia endoprotezy.

Wystąpienie złamania okołoprotezowego u pacjenta, zarówno w okresie okołoperacyjnym jak i później, jest zjawiskiem bardzo nieprzyjemnym i przykrym również dla zespołu operacyjnego. Powikłania te jednak, zdarzają się bardzo rzadko i dotyczą małej grupy pacjentów. Niski odsetek występowania złamania okołoprotezowego wskazuje, że wielu pacjentów, którzy poddają się zabiegowi alloplastyki biodrowej wraca szybko do zdrowia i do oczekiwanej sprawności ruchowej. Pacjenci mogą uczestniczyć aktywnie w życiu rodzinnym, udzielać się społecznie oraz uprawiać niektóre sporty²⁴.

Zwrócenie uwagi na możliwość występowania złamania jako powikłania po alloplastyce biodrowej, określenie czynników sprzyjających pozwala szukać rozwiązań w celu eliminacji tego zagrożenia.

²² K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik, *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Lublin 2007, s. 223.

²³ W. Marciniak, A. Szulc, *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja 1*, Warszawa 2003-2006

²⁴ A. Kapała, W. Kapała, *Pacjent we wczesnym okresie po operacji*, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* nr 10, 2012, s. 14-15.

Wnioski

1. Na podstawie badania dokumentacji pacjentów, stwierdzono występowanie złamań okołoprotezowych po alloplastyce stawu biodrowego. Złamania wystąpiły u 33 pacjentów z badanej grupy 398 osób, co stanowi 8% analizowanych przypadków.
2. Złamania okołoprotezowe wystąpiły u pacjentów w różnych grupach wiekowych, sporadycznie w przedziale 30-60 lat.
3. Obserwuje się intensywność występowania złamań w okresie po 60-tym roku życia, największe nasilenie tego powikłania ma miejsce po 80-tym roku życia.
4. Złamania u kobiet stanowią 9% ogólnej ilości operowanych kobiet. Złamania u mężczyzn wynoszą 6% ogólnej ilości operowanych mężczyzn.
5. W zależności od rodzaju wszczepianej endoprotezy, złamanie okołoprotezowe występowało znacznie częściej po alloplastyce bezcementowej, stanowiąc 76% ogólnej ilości zaobserwowanych tego typu powikłań. W przypadku stosowania protezoplastyki cementowej, złamaniu okołoprotezowemu uległo 24% operowanych pacjentów.

Bibliografia

1. Domańska A., *Zakażenia miejsca operowanego*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 7-8, 2013, s. 18-19.
2. Dziak A., *Ortopedia*, Wrocław 2000.
3. Grzebalska R., *Powikłania śródoperacyjne w alloplastykach stawu biodrowego*, Biuletyn Instrumentariuszek Ortopedycznych nr 0/2010. s.12-14.
4. Kapała A., Kapała W., *Pacjent we wczesnym okresie po operacji*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 10, 2012, s. 14-15.
5. Kędziora-Kornatowska K. Muszalik M., *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Lublin 2007, s. 223.
6. Kruczyński J., Szulc A., *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja*, Warszawa 2015, s. 231.
7. Lawrence D., *Alloplastyka stawu biodrowego*, wydanie I polskie Wrocław 2009.
8. Marciniak W. Szulc A., *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja 1*, Warszawa 2003-2006.
9. Marciniak W. Szulc A., *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja 2*, Warszawa 2003, s. 296.
10. Matyka D., *Zakażenia pochodzące z bloku operacyjnego*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 7-8, 2014, s. 36.

11. Pozowski A., *Alloplastyka stawu biodrowego*, Warszawa 2011, s.9.
12. Wunderle G., *Pielęgniarstwo operacyjne*, wydanie polskie Wrocław 2010.
13. <http://www.artmedicalcenter.eu/wymiana%20stawu%20biodrowego>
14. <http://www.pm.microbiology.pl/web/archiwum/vol5132012219.pdf>
15. <http://www.sport-klinika.pl/endoprotezoplastyka-stawu-biodrowego.html>

Joanna Szymańska, Mirosława Urban, Joanna Szwarz-Woźniak

Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

**WIEDZA STUDENTÓW MAGISTERSKICH STUDIÓW
PIELĘGNIARSTWA WSA W ŁOMŻY DOTYCZĄCA JAKOŚCI OPIEKI
PIELĘGNIARSKIEJ**

**KNOWLEDGE OF STUDENTS GRADUATE STUDIES IN NURSING
WSA IN LOMZA ON THE QUALITY OF NURSING CARE**

Streszczenie

Zapewnienie opieki pielęgniarskiej zgodnej z aktualną wiedzą i odpowiadającej oczekiwaniom pacjentów wymaga od personelu pielęgniarskiego nie tylko profesjonalizmu w wykonywaniu obowiązków, ale również podejmowania działań na rzecz jakości, których podstawowym elementem powinien być stały jej pomiar i ocena. W przypadku organizacji usługowych szczególne znaczenie mają pracownicy bezpośrednio zaangażowani w realizację świadczeń. W tym obszarze istotne znaczenie odgrywa najliczniejsza grupa zawodowa pielęgniarek i położnych. Celem badawczym było uzyskanie informacji o poziomie wiedzy na temat systemu zarządzania jakością wśród pielęgniarek z uwzględnieniem postrzegania znaczenia tej grupy zawodowej w kształtowaniu jakości usług medycznych. Autorka próbowała dowieść tezy o dużym znaczeniu świadomości jakości pielęgniarek i położnych w kształtowaniu skutecznego systemu zarządzania jakością usług medycznych.

Słowa kluczowe: jakość, opieka pielęgniarska

Summary

Assurance of nursing in accordance with actual knowledge and which fulfill expectations of patients require not only the professionalism in execution of duties from the

nursing stuff but also an activity towards quality, an activity which base element should be constant measuring and evaluation. In the case of service organizations staff directly involved in the implementation of benefits is particularly important. In this field the largest occupational group of nurses and midwives plays an important role. Their search goal was to obtain information about the level of knowledge about quality management system among the nursing staff and the perception of the importance of this professional group in shaping the quality of medical services. The author tried to prove the thesis of the great importance of awareness of quality management among nurses and midwives in the development of effective and standardized quality management system of medical services.

Key words: quality, nursing

WSTĘP

Znamienną cechą naszych czasów jest wzrost znaczenia jakości we wszystkich sferach życia. Kojarzy się ona z pewną formą doskonałości produktów i usług. We współczesnym dynamicznie zmieniającym się świecie jakość stała się hasłem wszystkich odnoszących sukces, zaś brak jakości wyznacznikiem niepowodzenia przedsiębiorstwa¹. W opiece zdrowotnej jakość świadczonych usług powinna sięgać poziomu doskonałości, bowiem dotyczy najważniejszych wartości ludzkich – życia i zdrowia człowieka, zaś popełnienie błędu, zaniechanie czy zaniedbanie, mogą się okazać tragiczne i nieodwracalne w skutkach, jak w żadnej innej dziedzinie działalności ludzkiej².

Zagadnienia jakości znane są od czasów starożytnych. Prekursorem jakości w dziedzinie usług medycznych są Stany Zjednoczone. Zainteresowania problematyką jakości opieki medycznej w krajach europejskich sięgają drugiej połowy lat osiemdziesiątych XX wieku. Jakość usług medycznych obecnie zajmuje centralne miejsce w zarządzaniu jednostkami ochrony zdrowia i jest jednym z najważniejszych wyznaczników konkurencyjności przedsiębiorstw.

¹ R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Warszawa 1996, s.688.

² J. Fraś, *Zarządzanie jakością usług w opiece zdrowotnej*, Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą, 25 (2010), s. 88.

W Polsce pierwsze działania w tym zakresie zainicjowano w latach dziewięćdziesiątych³. Zjawisko jakości pojawiło się na tle transformacji politycznej i gospodarczej w związku z wdrażaniem reformy opieki zdrowotnej. Wprowadzono Kasy Chorych i kontraktowanie usług zdrowotnych. Rozpoczął się proces restrukturyzacji opieki zdrowotnej, skutkujący zmianą formy działalności placówek medycznych z jednostek budżetowych w samodzielne, przejściem od systemu administrowanego centralnie do modelu zarządzania marketingowego.

Świadczenia medyczne stały się swoistym towarem, jak każdy produkt podlegający prawom rynku. Jakość usług medycznych jest dziś rozpatrywana nie tylko z punktu widzenia uzyskania klinicznej poprawy zdrowia, dostępu do świadczeń, ale także w odniesieniu do zadowolenia biorcy usługi. Nabiera znaczenia kreatywny sposób myślenia o nabywcach i ich potrzebach. Pojawiła się konieczność działań marketingowych polegających na stałym analizowaniu potrzeb zdrowotnych, promocji swojego wizerunku na rynku i popularności, podnoszeniu jakości usług w obliczu konkurencyjności. Jakość uznano za podstawę skutecznego funkcjonowania organizacji, wyznacznik jej kultury wewnętrznej, sukces rynkowy, formę gwarancji bezpieczeństwa pacjentów, personelu, pracodawcy, renomę zakładu i źródło satysfakcji pracowników.

Znajomość czynników wpływających na powstawanie zadowolenia z uzyskania i świadczenia opieki staje się podstawą do wprowadzania konstruktywnych zmian w celu poprawy jakości opieki. Zapewnienie wysokiej jakości usług medycznych wymaga zastosowania nowoczesnych procedur medycznych, profesjonalizmu białego personelu, zaangażowanej postawy zarządzających i wszystkich pracowników w efektywną organizację opieki, co wynika z jej kompleksowego i interdyscyplinarnego charakteru⁴.

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Celem niniejszej pracy jest poznanie wiedzy studentów magisterskich studiów pielęgniarstwa w WSA w Łomży na temat jakości usług w opiece pielęgniarstwie oraz próba oceny czy pozycja pielęgniarki/ pielęgniarskiego w zespole terapeutycznym jest adekwatna do poziomu profesjonalizmu zawodowego.

³ http://www.imed.pl/index.php?PAGE=telegram&TEL_CUR_ID=296, z dnia 27.11.2014 r., E. Gąsior, A. Peńsko, *Jakość w zakładach opieki zdrowotnej*.

⁴ M. Kózka, T. Gabryś, P. Brzyski, M. Ogarek, M. Cisek L. Przewoźniak, A. Ksykiewicz-Dorota, K. Gajda, T. Brzostek., *Wybrane czynniki determinujące ocenę jakości opieki pielęgniarstwiej w szpitalach pełniących stały dyżur. Wyniki projektu RN4CAST*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 4 (2012), s. 278.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, ponieważ ona pozwala najlepiej zgromadzić materiał badawczy, dotyczący opinii i poglądów badanej zbiorowości.

Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety dla studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży. Kwestionariusz zawiera pytania zamknięte, przy których należy wskazać wybraną odpowiedź. Na tej podstawie będzie możliwe ustalenie wniosków.

Charakterystyka grupy badawczej

Zbiorowość statystyczną tworzą studenci I i II roku studiów magisterskich pielęgniarstwa na wydziale medycznym WSA w Łomży. Respondentami są pielęgniarki i pielęgniarze czynni zawodowo oraz studenci aktualnie niewykonyjący zawodu z uwagi na brak prawa wykonywania zawodu na terenie Polski, pochodzący z Ukrainy. Czynnikiem łączącym jest posiadanie wyuczonego zawodu i prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz ukończenie pielęgniarzkich studiów licencjackich, a także kierunek i miejsce studiowania, jakim jest WSA w Łomży. Jest to różnorodna grupa pod względem płci, miejsca zamieszkania, miejsca wykonywania zawodu, stażu zawodowego, zajmowanego stanowiska, rodzaju zatrudnienia, wysokości wynagrodzenia.

Pod względem wieku najliczniejszą grupą stanowią respondenci w wieku 41-50 lat – 36%. Kolejną grupą pod względem liczności są osoby w wieku do 30 lat- 24% oraz w wieku 31-40 lat – 23%, najmniejsza grupa są osoby w przedziale wiekowym 51-60 lat.

W zdecydowanej większości - 97% ankietowanych stanowią kobiety, natomiast mężczyźni tworzą grupę 3% ogółu badanych.

W przeważającej większości miejscem zamieszkania ankietowanych jest miasto. Mieszkańcy wsi stanowią 28% badanych. Wśród ankietowanych największą grupę spośród mieszkających w mieście - 26% stanowią osoby zamieszkujące miasta do 20 tys. mieszkańców, następnie 22% stanowią mieszkańcy 100 tys. miast, 17% badanych to mieszkańcy miast do 50 tys. Najmniejsza grupa 7% ogółu badanych to osoby z miast powyżej 100 tys.

Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowią osoby zatrudnione w jednostkach publicznej służby zdrowia. zatrudnieni studenci w prywatnym sektorze medycznym stanowią 2 % badanych. W sektorze pozamedycznym podjęło pracę 5% ankietowanych studentów. Najliczniejszą grupą respondentów są zatrudnieni w oddziałach szpitalnych: w zabiegowych – 35%, w zachowawczych 29% badanych. W podstawowej opiece zdrowotnej pracuje 10%

respondentów, w poradniach specjalistycznych 3%. W grupie ankietowanych studentów pracujących w komórkach samodzielnych oraz piastujących stanowiska samodzielne znajduje się 16% badanych.

Najliczniejszą grupę – 80% stanowią pielęgniarki odcinkowe, natomiast 16% grupą są pielęgniarki/ pielęgniarze zatrudnieni na stanowiskach kierowniczych, bądź samodzielnych. Najmniejszą grupę 4% stanowią osoby nie pracujące czynnie w charakterze pielęgniarki/ pielęgniarza.

Najliczniejszą grupę 35% badanych stanowią osoby ze stażem pracy w przedziale 21-30 lat. Kolejną grupę 26% stanowią wykonujący zawód pielęgniarki do 5%. Następną pod względem liczebności grupą studentów 18% są osoby ze stażem 13-20 lat pracy, 14 % grupą są osoby ze stażem 6-12 lat, najmniejszą grupę 7% stanowią pielęgniarki ze stażem w przedziale 31-40 lat. Nie wyodrębniono osób pracujących ponad 40 lat w zawodzie.

Pod względem rodzaju stosunku pracy najliczniejszą grupę respondentów stanowią pielęgniarki/ pielęgniarze zatrudnieni na umowie o pracę, natomiast 14% to osoby zatrudnione na umowie cywilno- prawnej (kontrakcie). W grupie badanych nie znajdują się osoby bezrobotne.

Wszyscy badani to osoby posiadające wyższe wykształcenie. 100% ankietowanych ukończyła studia licencjackie i posiada tytuł zawodowy licencjat pielęgniarstwa, 13 % badanych posiada tytuł zawodowy magistra w innej dziedzinie niż medyczna, 8% posiada dyplomy studiów podyplomowych. Kursy doszkalające niemal wszyscy ankietowani - 98%.

Kolejną grupę stanowią pielęgniarki/pielęgniarze posiadający kursy specjalistyczne-zaświadczenia i certyfikaty ukończenia tego rodzaju kształcenia deklaruje 76% ankietowanych.

Posiadaczami zaświadczeń i certyfikatów ukończenia kursu kwalifikacyjnego jest grupa 55% respondentów.

Pielęgniarki/ pielęgniarze posiadający specjalizację stanowią 32%, czyli najmniejszą grupę ankietowanych studentów.

Najliczniejszą grupą są ankietowani zarabiający do 2500 zł miesięcznie, stanowią oni 43% wszystkich badanych. Kolejną grupą ankietowanych to osoby otrzymujące pensję w wysokości do 2500 zł miesięcznie -33% ogółu. Do 3000 zł zarabia 10 % respondentów, 8% do 3500 zł miesięcznie. Najmniejszą grupą są osoby posiadające do 4000 zł, stanowią 1% respondentów. Najniżej uposażoną grupę otrzymującą wynagrodzenie w kwocie najniższej krajowej jest grupa stanowiąca 5% ogółu badanych.

Organizacja i teren badań

Po uzyskaniu zgody, Dziekana Wydziału Medycznego WSA w Łomży w dniu 06.02.2016 roku przystąpiono do przeprowadzenia badań naukowych na terenie WSA w Łomży.

Udział w badaniu był dobrowolny i całkowicie anonimowy. Przygotowano 100 ankiet, rozdano 94, uzyskano 91 zwrotnych, natomiast po weryfikacji formalnej zakwalifikowano 88 kwestionariuszy.

Terenem badań jest Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży.

PREZENTACJA MATERIAŁU BADAWCZEGO

Praktyka pielęgniarska jako sfera o szczególnej doniosłości publicznej związanej ze zdrowiem człowieka, powinna opierać się na rzetelnych wynikach naukowych, wiedzy zweryfikowanej, sprawdzonej w metodologicznym procesie badawczym, a nie tylko na tradycji i intuicji.

Wiedza studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży na temat jakości

W większości studenci udzielili twierdzących odpowiedzi odnoszących się do określeń jakości jako stopnia doskonałości produktów i usług - 89% i dążenia do osiągnięcia certyfikatu - 85% raz zorientowania na potrzeby i oczekiwania klienta -84%, a także procesu doskonalenia procedur i technologii 83%. W dalszej kolejności pojawiły się wskazania jakości jako modny trend – 40%, natomiast jakość jako dodatkową biurokrację określiło 53% badanych.

Wśród zdecydowanych odpowiedzi negujących podane określenia jakości najczęściej wskazań dotyczyło braku zgody na stwierdzenie, że jakość jest modnym trendem. To stanowisko należy do 34% badanych. W kwestii jakości jako dodatkowej biurokracji negatywnie wypowiedziało się 24% ankietowanych.

Badani studenci w zdecydowanej większości wykazują zgodność sposobu definiowania jakości profesjonalnej ze wskazaniami zawartymi w kwestionariuszu ankiety. Z punktu widzenia świadczeniodawców jakość jest przede wszystkim sprawnym i skutecznym wykonywaniem zadań i czynności. Jest to opinia zdecydowanej większości badanych- 98% ogółu. Kolejną liczną grupę wskazań przyznano określeniu jakości

profesjonalnej jako dostępu do procedur opartych na aktualnych wymogach. To opinia 86% respondentów. Podnoszenie poziomu wiedzy specjalistycznej jest właściwym określeniem jakości świadczeniodawców według 83% ankietowanych. Utożsamienie jakości profesjonalnej z doskonaleniem umiejętności akceptuje 73% badanych. Natomiast najmniejsza grupa badanych identyfikuje definicję jakości profesjonalnej z dostępem do profesjonalnego sprzętu i aparatury medycznej.

Jednocześnie 18% badanych zaprzecza, iż jakość profesjonalna jest tożsama z dostępem do nowoczesnego sprzętu i aparatury. Wśród ankietowanych 10 % studentów nie identyfikuje jakości z doskonaleniem umiejętności, 4% badanych negatywnie odnosi się do łączenia jakości z dostępem do aktualnych procedur opartych na obowiązujących wytycznych, 2% ankietowanych nie akceptuje stanowiska wiążącego jakość z możliwością podnoszenia poziomu wiedzy specjalistycznej.

Preferowane przez studentów źródła wiedzy o jakości

Wiedzę na temat jakości 95% badanych - najliczniejsza grupa studentów uzyskała w toku kształcenia akademickiego. Szkolenia, kursy i konferencje wskazało 92% ankietowanych. Natomiast najmniej preferowanym sposobem zdobywania i poszerzania wiedzy o jakości jest literatura (czasopisma, publikacje książkowe). Jest to zdanie 77% respondentów. Wszyscy respondenci odrzucili możliwość wskazania mediów jako źródła wiedzy na temat jakości.

W opinii 91% badanych wiedza w zakresie jakości usług medycznych znajduje zastosowanie w pracy pielęgniarki. Odmienne zdanie prezentuje 9% ankietowanych zaprzeczając potrzebie posiadania wiedzy o jakości podczas wykonywania zadań pielęgniarstkich.

Wszyscy respondenci potwierdzili, iż wykonując czynności pielęgniarstkie wzbudzają refleksję o szczególnym ich charakterze ze względu na wartość zdrowia i życia.

Ankietowani mają świadomość istnienia elementów będących substytutami jakości podlegającymi ocenie usługobiorców. Najbardziej czytelnym dla badanych elementem oceny ich pracy przez pacjentów jest postawa personelu. Takie stanowisko przyjęło 98% ankietowanych. Istotnym elementem jakości pracy pielęgniarki jest komunikacja z pacjentem. Jest to opinia 82% badanych. Na kolejnym miejscu znajduje się estetyczny wygląd personelu i otoczenia. Takie stanowisko prezentuje 75% ankietowanych. Ważnym elementem oceny, na który zwracają uwagę pacjenci jest atmosfera w zespole terapeutycznym. Takiej odpowiedzi

udzieliło 68% ankietowanych. W opinii 64 % respondentów znajduje się świadomość istnienia substytutu jakości w postaci identyfikacji danych pracowników medycznych. Jednocześnie najwięcej wskazań negujących - 18% łączenie oceny pracy pielęgniarek z jakością poziomu na postawie noszenia identyfikatorów. Jednakowa pod względem liczności grupa badanych – 18% nie ma zdania na badany temat.

Uwarunkowania poziomu jakości w opinii respondentów

W opinii zdecydowanej większości respondentów – 95% twierdzących odpowiedzi upoważnia do stwierdzenia, iż ważnym elementem wpływającym na jakość usług medycznych są organizacja i warunki pracy. Odmienne zdanie należy do 2% badanych, a 3% wstrzymało się od odpowiedzi.

Wszyscy badani studenci pielęgniarstwa WSA w Łomży zgodnie uznali, iż ważnym elementem decydującym o jakości usług medycznych są cechy pracownika, takie jak osobowość, odporność psychiczna.

Niekwestionowanym elementem wpływającym na jakość usług medycznych świadczonych przez pielęgniarki są wiedza, umiejętności i kwalifikacje. Takie zdanie prezentuje 100% respondentów.

Zdecydowana większość badanych - 81% uznała, że możliwość uzyskania wsparcia merytorycznego od ekspertów zawodowych – bardziej doświadczone koleżanki, przełożonych są czynnikiem powodującym wzrost poziomu jakości usług pielęgniarstkich. Takiego stanowiska nie podziela 19% ankietowanych.

Dość zdecydowanie różnicuje opinię respondentów stanowisko wobec wpływu odczuwania symptomów wypalenia zawodowego na poziom jakości udzielanych świadczeń. Odpowiedz twierdząca należy do 51% badanych, 23% nie określiło swojego stanowiska w tej kwestii, natomiast 26% badanych wyraziło odmienne zdanie.

W opinii 58% ankietowanych istnieje zależność pomiędzy wysokością zarobków, a jakością świadczeń. Natomiast 37% badanych nie zauważa wpływu wysokości uposażenia pracowniczego na jakość usług medycznych. Spośród ogółu 5% badanych nie określiło swojego stanowiska.

Zdaniem większości badanych – 72% renoma zakładu pracy, posiadanie certyfikatu jakości jest ważnym czynnikiem wpływającym na poziom jakości usług medycznych. W opinii 18% dobra opinia społeczna zakładu nie zobowiązuje pracowników do

wykonywania zadań na wysokim poziomie. W badanej kwestii 10% badanych nie posiada sprecyzowanego zdania.

Odczuwanie zadowolenia z wykonywanej pracy jest ważnym czynnikiem determinującym jakość wykonywaniem zadań i obowiązków. Jest to opinia 92% respondentów. Takiej zależności nie potwierdza 6% badanych, zaś 2% ankietowanych nie ma określonego zdania w badanej kwestii.

W opinii większości - 89% badanych na stanowisku pracy pielęgniarki mają dostęp do aktualnych procedur i standardów. Odmienne zdanie należy do 11 % ogółu. W aspekcie wyposażenia stanowiska pracy w profesjonalny sprzęt i aparaturę medyczną 55% badanych prezentuje negatywną opinię. Natomiast 45% badanych potwierdza fakt dostępu w miejscu pracy do nowoczesnej aparatury i sprzętu.

Nieco ponad połowa – 55% badanych twierdzi, że pielęgniarki zawsze respektują prawa pacjenta, natomiast 45% ankietowanych zaprzecza przestrzeganiu praw pacjenta przez personel pielęgniarstwa podczas wykonywania świadczeń medycznych.

Ankietowani zauważają istotną rolę komunikacji interpersonalnej w profesjonalnej obsłudze pacjentów. Umiejętność ta zdaniem 92% badanych jest elementem wpływającym na jakość opieki pielęgniarstwa. Zdaniem 3% badanych sztuka komunikowania się pielęgniarki i pacjenta nie wpływa na poziom świadczeń medycznych. Natomiast 5% badanych nie określiło swojego stanowiska.

Poziom profesjonalizmu zawodowego pielęgniarstwa, a ich pozycja zawodowa w zespole terapeutycznym w opinii badanych studentów studiów magisterskich I i II roku pielęgniarstwa WSA w Łomży

Na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji zdecydowana większość – 89% badanych postawę pielęgniarstwa ocenia jako profesjonalną. Niewielka grupa 4% respondentów prezentuje odmienne zdanie. Natomiast 7% ankietowanych nie miała wyrobionego zdania na badaną kwestię.

W opinii większości 86% respondentów usługi medyczne świadczone przez pielęgniarki cechuje wysoki stopień doskonałości. Odmienne zdanie należy do 5% badanych. Natomiast 9% nie ogółu ankietowanych wskazała możliwość wyboru nie podejmującego stanowiska w kwestii oceny jakości pielęgniarstwa.

Materiał badawczy prezentuje wypowiedzi badanych na temat pozycji pielęgniarstwa w zespole terapeutycznym. Ponad połowa 59% ankietowanych uważa, że pozycja pielęgniarstwa

jest nieadekwatna do ich profesjonalizmu zawodowego. Tej opinii nie podziela 30% respondentów. Natomiast 11% badanych nie miało zdania.

Wśród możliwych wskazanych czynników zdaniem 94% badanych najistotniejszym są kompetencje pielęgniarek, tj. wiedza, umiejętności zawodowe oraz postawa. Kolejnym czynnikiem – według 92% respondentów jest społeczny prestiż zawodu pielęgniarki. Zdaniem 90% ankietowanych na trzeciej pozycji wśród podanych możliwości wyboru znajduje się jakość świadczeń pielęgniarskich. W opinii 80% badanych kultura osobista jest ważną przyczyną zajmowanej pozycji zawodowej pielęgniarek w zespole interdyscyplinarnym. Zdaniem 76% badanych asertywność decyduje o zajmowanej pozycji wśród innych pracowników medycznych. Znaczenie cech przywódczych deklaruje 64% badanych.

Zdecydowana większość badanych studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży odczuwa satysfakcję z wykonywanej pracy zawodowej w charakterze pielęgniarki/ pielęgniarza. Zdecydowanej odpowiedzi udzieliło 30% badanych, raczej tak odpowiedziało 51% respondentów. Zdecydowany brak zadowolenia z pracy odczuwa 2% badanych, a umiarkowany poziom niezadowolenia z wykonywanej profesji deklaruje 3% ankietowanych. Nie określiło swojego poziomu satysfakcji 14% badanych.

DYSKUSJA

Wszyscy badani studenci magisterskich studiów pielęgniarstwa WSA w Łomży funkcjonując w stale zmieniającej się rzeczywistości społeczno-gospodarczej deklarują posiadanie wiedzy o jakości w opiece pielęgniarskiej. W opinii 89% badanych studentów WSA w Łomży jakość oznacza stopień doskonałości produktów i usług, 85% ankietowanych jakość identyfikuje z dążeniem do osiągnięcia certyfikatu, 84% jakość traktuje jako zorientowanie na potrzeby i oczekiwania klienta, 83% respondentów jakość uważa za proces doskonalenia procedur i technologii, zdaniem 40% dążenie do jakości odzwierciedla modny trend w działalności przedsiębiorstw.

P. Gruca – Wójtowicz i M. Mika (2011), autorki badań przeprowadzonych w 2011 roku na grupie 109 pielęgniarek zatrudnionych w różnych zakładach opieki zdrowotnej próbowały dowieść tezy o dużym znaczeniu świadomości jakościowej pielęgniarek

i położnych w kształtowaniu skutecznego systemu zarządzania jakością usług medycznych⁵. Celem ich badań było uzyskanie informacji o poziomie wiedzy o jakości wśród pielęgniarek. W badanej populacji pielęgniarek 37% określiło posiadaną wiedzę jako dużą lub bardzo dużą, 33% uważała, że posiada wystarczającą wiedzę na temat systemu zarządzania jakością, a grupa 23% oceniła swą wiedzę na niskim poziomie, 7% uznało, iż nie dysponuje wiedzą z obszaru jakości. Podobne wyniki badań uzyskali D. Cieśla, E. Wesołowska, M. Pastuszko (2010). Wnioski ich badań wskazują, że ponad połowa respondentów (60,9%) posiadała wiedzę na temat jakości opieki na dobrym poziomie⁶, choć nie potrafi jej zdefiniować.

Jakość profesjonalna w opinii 98% badanych studentów WSA w Łomży stanowi sprawne i skuteczne wykonywanie zadań i obowiązków, zdaniem 86% oznacza dostępność procedur opartych na aktualnych wymogach, 83% uważa za podnoszenie poziomu wiedzy specjalistycznej, 73% traktuje jako doskonalenie umiejętności, a 61% jako dostęp do nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej. W badaniach M. Miki i P. Gruca- Wójtowicz badane pielęgniarki określiły obszary opieki pielęgniarstwa doskonalone przez system zarządzania jakością. Według 64% badanych jakość w obszarze opieki nad pacjentem odnosi się do dbałości o jakość usług pielęgniarstwa, konieczność stałej weryfikacji metod pracy - 59% ankietowanych, nadzór nad indywidualną dokumentacją pielęgnowania pacjenta - 65% respondentów, podnoszenie kwalifikacji i uprawnień zawodowych - 58%, przestrzeganie zasad informowania pacjenta o jego prawach - 47% badanych, racjonalne zarządzanie personelem pielęgniarek i położnych - 27% ogółu. Natomiast w zakresie usług pielęgniarstwa badani wskazali następujące obszary doskonalone przez zarządzanie jakością: wprowadzanie nowoczesnych metod pielęgnowania 40%, poprawę organizacji pracy pielęgniarek i położnych -39%, wprowadzanie nowoczesnych metod zarządzania - 35%, poprawę komunikacji w zespole terapeutycznym - 24%, zwiększenie roli kierowniczej kadry pielęgniarstwa -17%⁵

Głównym źródłem wiedzy pielęgniarek na temat jakości usług medycznych – według opinii badanych studentów WSA w Łomży, są przede wszystkim treści kształcenia w toku studiów I i II roku edukacji (95%), następnie kursy, konferencje naukowe, szkolenia (92%) oraz literatura specjalistyczna (77%). Praktyczny wymiar wiedzy z zakresu jakości usług

⁵P. Gruca - Wójtowicz, M. Miki, *System zarządzania jakością w perspektywie personelu pielęgniarstwa*, Pielęgniarstwo XXI Wieku, 2 (2011) s.57.

⁶D. Cieśla, E. Wesołowska, M. Pastuszko, *Jakość opieki świadczonej na oddziale neurochirurgii z perspektywy personelu lekarskiego i pielęgniarstwa*, Problemy Pielęgniarstwa 2 (2010), s. 98.

medycznych na pielęgniarskim stanowisku pracy potwierdza 91% badanych studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży. Badania M. Tomaszewskiej, D. Cieśli, J. Czerniak, G. Dykowskiej (2008) sugerują, że wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek, szczególnym zainteresowaniem, w kontekście ich kształcenia ustawicznego, cieszą się tematy związane z jakością pracy, wypaleniem zawodowym, aspektami prawnymi wykonywania zawodu pielęgniarki oraz podnoszeniem prestiżu zawodowego. Czynniki ograniczającymi rozwój zawodowy są problemy finansowe, opory ze strony kadry zarządzającej, słaby dostęp do kursów i szkoleń. Badania Tomaszewskiej i wsp. (2008) potwierdzają, iż problematyka związana z jakością jest istotna na pielęgniarskim stanowisku pracy w opinii badanych. Według tej autorki dowodem są liczne zgłoszenia pielęgniarek na kursy, zainteresowanie szkoleniami związanymi z zagadnieniami szeroko pojętej komunikacji interpersonalnej (78%), jakości pacy (75%), czy aspektów prawnych wykonywania zawodu (69%)⁷.

Wszyscy badani studenci WSA w Łomży mają świadomość szczególnego charakteru świadczeń pielęgniarskich obarczonych odpowiedzialnością za ludzkie życie i zdrowie. Badania Skorupskiej i wsp. (2014) potwierdzają, że w opinii zdecydowanej większości badanych pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach opieki stacjonarnej najczęstszym źródłem stresu jest poczucie ponoszonej odpowiedzialności za zdrowie i życie chorego⁸.

Badani studenci WSA w Łomży mają świadomość społecznego odbioru i oceny aspektów ich pracy przez usługobiorców. Posiadają wiedzę na temat oceny substytutów jakości świadczonych przez nich usług medycznych. W ich opinii najistotniejszym elementem oceny jest postawa personelu (98%), styl komunikowania personelu z pacjentem (82%), estetyczny wygląd pracowników i otoczenia (75%), atmosfera w zespole interdyscyplinarnym (68%), noszenie identyfikatorów (64%).

Większość studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży posiada wiedzę na temat czynników determinujących wysoką jakość usług medycznych świadczonych przez pielęgniarki. Ważnym elementem jakości świadczeń są cechy pracownika (100% badanych). Wszyscy badani studenci WSA w Łomży (100%) uważają, iż każdy pracownik z szerokim i gruntownym zakresem wiedzy w zdecydowanie wyższym stopniu wpływa na jakość i efektywność pracy, stąd posiadanie wiedzy, umiejętności i kwalifikacji w ich opinii jest istotnym czynnikiem warunkującym jakość w opiece pielęgniarskiej. Natomiast organizacja

⁷ M. Tomaszewska, D. Cieśla, J. Czerniak, G. Dykowska, *Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość* Problemy Pielęgniarstwa, 1 (2008), s. 41.

⁸ A. Skorupska-Król, A. Szabla, I. Bodys-Cupak, *Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy*, Pielęgniarstwo XXI wieku, 1 (2014), s. 26.

i warunki pracy mają znaczenie w opinii 95% ankietowanych. W opinii 92% ankietowanych satysfakcja zawodowa przyczynia się do podnoszenia poziomu jakości, a według 72% badanych renoma zakładu pracy w środowisku lokalnym, zdaniem 81% istotne znaczenie ma wsparcie merytoryczne ekspertów zawodowych, zaś według 58% ankietowanych to satysfakcja finansowa ma ważne znaczenie, 51% badanych za istotny czynnik uznaje symptomy wypalenia zawodowego.

Badania M. Ostrowickiej i wsp. (2013) potwierdzają, że dobra atmosfera w pracy, pewność zatrudnienia, docenienie przez przełożonego i współpracowników, warunki pracy i możliwość podnoszenia kwalifikacji to czynniki najbardziej motywujące w opinii badanych pielęgniarek⁹.

Warunki pracy odgrywają ważną rolę w każdej organizacji. Niewłaściwe warunki pracy (hałas, złe oświetlenie, zła organizacja pracy) mają negatywny wpływ na funkcjonowanie pracownika. Powoduje negatywne skutki: stres, przemęczenie, znużenie, mniejszą wydajność pracowników, wypadki przy pracy i choroby zawodowe. W badaniach A. Brayer i L. Marcinowicz (2014) większość respondentów było niezadowolonych z organizacji pracy¹⁰. Wyniki badań Skorupskiej i wsp. (2014), w których wzięło udział 90 pielęgniarek zatrudnionych w 3-różnych oddziałach jednego ze szpitali małopolskich wskazują, że dla ankietowanych najbardziej stresujące w ich pracy zawodowej są czynniki związane z organizacją pracy i bezpośrednio związane z osobą pacjenta: biurokracja, presja czasu, niewystarczająca obsada personelu, braki w wyposażeniu stanowiska pracy, ponoszona odpowiedzialność za życie i zdrowie chorego oraz bezradność w sytuacji jego cierpienia i śmierci⁸. Podobne wyniki uzyskała Perek i wsp.(2007) Wśród sytuacji stresogennych wynikających z organizacji pracy aż 79,6% badanych pielęgniarek pediatrycznych wskazało nieproporcjonalną w stosunku do obsady pielęgniarskiej liczbę zadań, a 55,6% braki kadrowe. W opinii badanych źródłem stresu jest także brak rzetelnej współpracy w wielodyscyplinarnym zespole terapeutycznym (83,8%) oraz zbyt małe wsparcie ze strony przełożonych w sytuacjach trudnych (77,8%), nieadekwatnie niskie wynagrodzenie za pracę w stosunku do pełnionych obowiązków i ponoszonej odpowiedzialności (91,7%)¹¹.

⁹ M. Ostrowicka, B. Walewska-Zielecka, D. Olejniczak, *Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarek w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2 (2013), s. 207

¹⁰ A. Brayer, L. Marcinowicz, *Satysfakcja zawodowa magistrów pielęgniarstwa, a hierarchiczna teoria potrzeb Abrahama Masłowa - analiza odpowiedzi na pytania otwarte*, *Problemy Pielęgniarstwa*, 1 (2014), s. 14.

¹¹ M. Perek, M. Kózka, K. Twarduś, *Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych*

i sposoby radzenia sobie z nimi, *Problemy Pielęgniarstwa* 14 (2007), s.127.

Wypalenie zawodowe pojawia się u osób, których praca polega na świadczeniu usług społecznych i opiera się bliskim kontakcie i bezpośredniej pracy z ludźmi. Jest długotrwałą reakcją na przewlekłe interpersonalne i emocjonalne stresory, efektem chronicznego zmęczenia, skutkiem niepowodzeń w zmaganiu się z różnego rodzaju obciążeniami. Prawdopodobieństwo jego pojawienia się jest wyższe u osób silnie identyfikujących się z przyjmowaną rolą zawodową, mocno angażujących się w swoją pracę. Pielęgniarki jako grupa zawodowa są szczególnie zagrożone wypaleniem zawodowym¹². Badania K. Sowińskiej i wsp. (2012) wskazują, że ponad połowa ankietowanych - 54% czuje się wypalona zawodowo, natomiast 46% badanych twierdzi, że nigdy nie odczuwało wypalenia¹³. Podobnie badania D. Cieśli i wsp. (2010) pokazują, że około połowa ankietowanych pielęgniarek (48%) zgłasza wysoki poziom wypalenia zawodowego, co może mieć pośredni wpływ na jakość świadczonych usług wobec pacjenta. Natomiast u ankietowanych lekarzy poziom wypalenia zawodowego zaobserwowano w grupie 25%. Mniej niż ¼ ankietowanych (20,3%) udzieliła odpowiedzi o braku wypalenia zawodowego, co może być związane ze stażem pracy w zawodzie.⁶ Badania G. Ptaszek i wsp. (2014) dowodzą, że najbardziej narażone na wypalenie zawodowe są pielęgniarki i pielęgniarze z najwyższą średnią wiekową, pracujące w oddziale zabiegowym w systemie zmianowym dwunastogodzinnym¹⁴.

Jakość pracy determinuje wyposażenie stanowiska pracy pielęgniarek. Ankietowani studenci WSA w Łomży potwierdzają dostęp do obowiązujących procedur i standardów opartych na wymogach prawnych i podstawach naukowych (89%), dostęp do profesjonalnego sprzętu medycznego i aparatury medycznej potwierdza 45% badanych.

Badania P. Gruca – Wójtowicz i M. Mika (2011) wśród pielęgniarek, 17% osób było bezpośrednio związanych z obsługą systemu zarządzania jakością, 4 pełnomocników, 11 audytorów wewnętrznych wykazały, że w opinii 98% badanych w zakładzie opracowano i wprowadzono procedury, standardy, instrukcje postępowania pielęgniarskiego. Najczęściej przygotowane dokumenty to: procedury systemowe, procedury medyczne, organizacyjne, sanitarno- epidemiologiczne, żywienia szpitalnego, elektroniczny proces pielęgnowania

¹² K. Rutkowska, *Kompetencje społeczne – bufor wypalenia zawodowego pielęgniarek*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 4(2012), s.320.

¹³ K. Sowińska, K. Kretowicz, A. Gaworska-Krzemińska, D. Świetlik, *Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek*, Problemy Pielęgniarstwa 3 (2012), s.366.

¹⁴ G. Ptaszek, B. Stołecka, L. Graf, M. Śleziona, *Wypalenie zawodowe pielęgniarek*, Pielęgniarstwo Specjalistyczne 4 (2014), s.184.

i oceny stanu pacjenta. Ankietowani wskazują jednak, że procedur jest zbyt dużo, bywają też niejasne, lub wprowadzane w pośpiechu, co nie sprzyja zapoznaniu się z ich tematyką⁵.

W opinii 55% badanych studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży pielęgniarki respektują prawa pacjenta podczas wykonywania swoich zadań i czynności zawodowych. Z punktu widzenia jakości opieki zdrowotnej podstawowe znaczenie mają prawa indywidualne. Wywodzą się one bezpośrednio z praw i wolności człowieka i jako takie przynależą każdemu. Należą do nich: prawo do poszanowania swojej osoby jako osoby ludzkiej, decydowania o sobie, poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz poczucie bezpieczeństwa swojej osoby, poszanowanie prywatności, wyznawanych wartości moralnych i kulturalnych oraz przekonań religijnych i filozoficznych.

Większość badanych studentów (92% ogółu) dostrzega wartość umiejętności komunikacji interpersonalnej w profesjonalnej obsłudze pacjenta. Ankietowani w badaniach A. Brayer, L. Marcinowicz (2014) za najważniejszą kategorię w obszarze pracy zawodowej, dającą im zadowolenie, uznali relacje interpersonalne w pracy. Źródłem największego zadowolenia magistrów pielęgniarstwa z wykonywanej pracy okazały się kontakty z ludźmi - pacjentami i ich rodzinami. Następnie udział w procesie leczenia oraz wdzięczność pacjentów i ich rodzin. Poczucie spełnienia, rozwój zawodowy oraz wyzwania w pracy wpisujące się w potrzebę samorealizacji to kolejne czynniki determinujące satysfakcję zawodową badanych pielęgniarek¹⁰.

Postawę zawodową grupy zawodowej pielęgniarek zdecydowana większość badanych studentów WSA w Łomży (89%) ocenia jako profesjonalną, a 86% respondentów uważa, że usługi medyczne świadczone przez pielęgniarki cechuje wysoki stopień doskonałości. Podobnych wyników dostarczyły badania D. Cieśli i wsp. prowadzone w 2009 roku. Większość pielęgniarek realizowane przez siebie usługi ocenia na wysokim poziomie (89%)⁶. W opinii ankietowanych w badaniach A. Skorupskiej i wsp. (2014), pielęgniarki postrzegane są w swoim środowisku pracy jako kompetentne, niezależne, obdarzone dużym zaufaniem. Adekwatnie pielęgniarstwo uznawane jest za samodzielną dyscyplinę naukową, w której prowadzenie badań naukowych umacnia jego pozycję na tle innych nauk medycznych.⁸ Z badań przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia wynika, że wszystkie aspekty oceny pielęgniarek kształtują się na poziomie 90% ocen pozytywnych⁹. Praca pielęgniarek jest zwykle bardzo wysoko oceniana przez pacjentów. Pacjenci doceniają życzliwe podejście, zawodowe umiejętności, dostępność oraz umiejętności nawiązywania bezpośrednich relacji interpersonalnych. W badaniach Cieśli i wsp. (2009)

89% pielęgniarek i 91% lekarzy uważało, że opieka pielęgniarska realizowana wobec pacjenta jest prowadzona na wysokim poziomie⁶. Także Kapała (2007), powołując się na badania Liszki, podaje, że ankietowani lekarze wysoko oceniają przygotowanie zawodowe pielęgniarek. Przyznali, że u pielęgniarek cenią brak kompleksów, kompetencje, odpowiedzialność, sprawność manualną, uprzejmość wobec pozostałego personelu. W ich opinii pielęgniarka jest partnerem dla lekarza i można mieć do niej zaufanie¹⁵. Badania Włodarczyk i Tobolskiej (2011) dotyczące wizerunku pielęgniarki w opinii lekarza wskazują, że lekarze oceniają cechy zawodowe pielęgniarek w zakresie zaradności, samodzielności, dynamiki, kreatywności, dążenia za postępem i rzetelności niżej niż wskazywały pielęgniarki. Lekarze także niżej niż pielęgniarki ocenili ich cechy osobiste takie jak: cierpliwość, wrażliwość, uczuciowość, opanowanie i interpersonalne: opiekuńczość, zainteresowanie, wyrozumiałość, współczucie¹⁶.

Większość badanych studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży - 59% ogółu uznaje pozycję zawodową pielęgniarek w zespole terapeutycznym jako niesatysfakcjonującą i nieadekwatną do poziomu profesjonalizmu zawodowego.

Pielęgniarka jest równorzędnym partnerem wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego sprawującego kompleksową opiekę nad pacjentem. Realizując rolę zawodową pełni samodzielne funkcje zawodowe oraz współzależne od innych profesjonalistów, a także zależne od lekarza¹⁷. Stopień, w jakim pielęgniarka wywiązuje się z powierzonych jej zadań, decyduje o jakości świadczonych przez nią usług wobec pacjentów i determinuje jej pozycję zawodową wśród innych profesjonalistów.¹⁸ Badania przeprowadzone przez Ślusarską i wsp. (2007) wskazują, że pielęgniarki częściej wykonują czynności, które są zależne od lekarza niż te, które mogą realizować samodzielnie. Autorki sugerują, że wśród przyczyn może znajdować się konieczność wykonywania licznych zleceń lekarskich i zbyt mała obsada pielęgniarska w polskich szpitalach¹⁹.

¹⁵ <http://www.pielęgniarki.info.pl>, z dnia 27. 11. 2015, W. Kapała, *Lekarze i pielęgniarki – w stronę aktywnego współdziałania*, Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo 1 (2007)

¹⁶ D. Włodarczyk, B. Tobolska, *Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek*, *Medycyna Pracy* 3 (2011), s. 269-279.

¹⁷ J. Glińska, M. Lewandowska, *Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych*, *Problemy Pielęgniarstwa* 4 (2007), s. 249-253

¹⁸ A. Skorupska, A. Machowicz, *Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek*, *Problemy Pielęgniarstwa* 1 (2010), s. 54.

¹⁹ B. Ślusarska, D. Zarzycka, B. Dobrowolska, *Postrzeganie tożsamości zawodowej przez pielęgniarki*, *Problemy Pielęgniarstwa* 2 (2007), s. 147-156.

Badania przeprowadzone przez Glińską i wsp. (2010) wśród pielęgniarek pracujących w placówkach ochrony zdrowia w Łodzi wykazały niski poziom świadomości pielęgniarek z zakresu autonomii zawodowej i samodzielności zawodu pielęgniarstwa. Ponad połowa ankietowanych pielęgniarek (55,8%) posiadających wyższe wykształcenie uważa zawód pielęgniarki jako samodzielny, natomiast wśród osób z wykształceniem średnim odsetek osób posiadających świadomość autonomii zawodu jest znacznie niższy i wynosi 25%. Z ich badań wynika, że poziom świadomości zwiększał się wraz z poziomem wykształcenia i krótszym okresem stażu pracy. Autorki badań podsumowują poziom świadomości pielęgniarek na temat samodzielności zawodowej stwierdzając, że jest niepokojąco niski, pomimo posiadanej niezależności, wiedzy i doświadczenia zawodowego²⁰. Badania Glińskiej i Lewandowskiej (2007) wykazały, że przyczyną trudności we wdrażaniu autonomicznego współczesnego modelu pracy pielęgniarki jest postawa personelu pielęgniarstwa i lekarskiego¹⁷. Przedstawiciele tych grup zawodowych najściślej współpracują ze sobą, sprawując opiekę nad pacjentem i od ich relacji zależą efekty pielęgnowania i leczenia²¹. Z badań przeprowadzonych przez H. Zielińską-Więczkowską i A. Buškę (2010) wynika, że czynnikiem zakłócającym współpracę jest stres odczuwany przez pielęgniarkę, którego głównym źródłem są lekarze (60% badanych)²². Badania przeprowadzone przez Zdziebło i Kozłowską (2010) wskazują, że pielęgniarki (częściej z wyższym wykształceniem) doświadczają nieuzasadnionej krytyki pracy, której sprawcami są osoby przełożonych - przede wszystkim pielęgniarki, a w drugiej kolejności lekarzy²³. Zarzycka i wsp., (2012) autorzy badań ankietowych wśród 900 studentów medycyny w Polsce wskazują na brak całościowego postrzegania roli pielęgniarki przez przyszłych lekarzy pomniejszając tym samym jej pozycję w zespole terapeutycznym²⁴. Przyczyna niewłaściwej współpracy pomiędzy lekarzem i pielęgniarką wynika z braku otwartości, wzajemnej niechęci oraz mocno zakorzenionych stereotypów²⁵. Podobnie autorzy Januszewicz, Zarzycka, Binkowska-Bury

²⁰ J. Glińska, A. Nowak, B. Brosowska, M. Lewandowska, *Analiza poziomu świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej*, Problemy Pielęgniarstwa, 4 (2010), s. 477-482.

²¹ E. Fejfer - Wirbał, J. Gładczuk, L. Marcinowicz, *Relacje lekarz-pielęgniarka w polskiej literaturze medycznej*, Medycyna Rodzinna 1 (2013), s. 19-22

²² H. Zielińska-Więczkowska, A. Buška, *Satysfakcja zawodowa pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska prac*, Pielęgniarstwo XXI wieku 3 (2010), s. 32-33.

²³ K. Zdziebło, E. Kozłowska, *Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek*, Problemy Pielęgniarstwa 2 (2010), s. 212-219.

²⁴ D. Zarzycka, L. Marcinowicz, M. Foley, *Charakterystyka postrzegania zawodu pielęgniarki przez polskich studentów medycyny*, Zdrowie Publiczne, 1 (2012), s. 20-23.

²⁵ M. Malik, L. Marcinowicz, D. Zarzycka, *Zawód pielęgniarki w opinii studentów medycyny*, Pielęgniarstwo XXI wieku, 3 (2009), s. 23-30.

(2009) jako przyczynę braku współpracy między lekarzami, a pielęgniarkami wskazują obciążenie tradycją i różnice wynikające z odmiennych możliwości działania, perspektywy rozwoju, zarobków i statusu społecznego, które zawsze są większe u lekarzy²⁶. Według Buczkowskiej (2009) przez lata pielęgniarki były postrzegane przez lekarzy i zarządzających jako personel pomocniczy, stąd marginalizowano znaczenie ich pracy²⁷, oczekując pokornego posłuszeństwa²⁸. Pielęgniarki często pracują w poczuciu braku autonomii i niedowartościowania, co wynika z narzucanych im ograniczeń w podejmowaniu decyzji, przy jednoczesnych dużych wymaganiach ze strony przełożonych, współpracowników oraz samych pacjentów²⁹.

Wśród czynników decydujących o pozycji i autonomii zawodowej pielęgniarek badani studenci WSA w Łomży uznają kompetencje środowiska pielęgniarskiego (94%), społeczny prestiż zawodu pielęgniarki (92%), jakość usług medycznych (90%), wysoki poziom kultury osobistej (80%), postawę asertywną (76%), cechy przywódcze (64%).

Wśród fachowych pracowników medycznych najliczniejszymi grupami zawodowymi są pielęgniarki i lekarze. Oba zawody cieszą się dużym zaufaniem społecznym, co potwierdziły badania dotyczące prestiżu zawodów przeprowadzone w 2013 roku przez CBOS. W rankingu prestiżu zawodów znalazły się one na wysokich miejscach – pielęgniarki na piątej, lekarze na ósmej pozycji³⁰. Także badania A. Skorupskiej i A. Machowicz (2010) prowadzone wśród pracowników administracji szpitala, ratowników medycznych, rehabilitantek oraz położnych na temat oceny postaw medycznych i niemedyceńskich pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek dowodzą wysokiej pozycji zawodu pielęgniarki wśród innych zawodów medycznych. W badaniach przeprowadzonych przez Włodarczyk i Tobolską (2011) ocenie poddano pozycję zawodu pielęgniarki w hierarchii zawodów medycznych. Zaobserwowano bardzo niskie postrzeganie swojego zawodu przez pielęgniarki¹⁶.

Zdecydowana większość badanych studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży swoją pracę w charakterze pielęgniarki/ pielęgniarza uważa za satysfakcjonującą. Opublikowane wyniki badań przeprowadzonych w 2013 roku przez grupę badaczy M. Ostrowicką i wsp.

²⁶ P. Januszewicz, D. Zarzycka, M. Binkowska-Bury, *Pielęgniarki i lekarze – życie codzienne i prognozy na przyszłość*, Przegląd Lekarski, 7 (2009), s. 469-470.

²⁷ E. Buczkowska, *Pielęgniarki solą w oku*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 1(2009), s. 5

²⁸ <http://www.pielęgniarki.info.pl>, z dnia 27. 11. 2015, W. Kapala, *Lekarze i pielęgniarki – w stronę aktywnego współdziałania*, Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo 1 (2007)

²⁹ E. Kuriata, A. Felińczak, J. Grzebieluch, M. Szachniewicz, *Specyfika pracy pielęgniarskiej w szpitalu – warunki pracy i aktualne wyzwania*, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 1 (2011) s.164

³⁰ http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_164_13.PDF, z dnia 14.04.2016

(2013) dostarczają podobnych wyników. Badacze wykazują, że personel pielęgniarstwa w zdecydowanej większości uważa swoją pracę jako satysfakcjonującą. Aż 87% respondentów zatrudnionych w placówkach prywatnych potwierdziło własną satysfakcję z wykonywanej pracy, a w grupie pracowników publicznych placówek leczniczych taką opinię wyraziło 74% badanych.

Zdaniem wielu autorów, między innymi M. Ostrowicką i wsp. (2013) niezadowolenie z wysokości wynagrodzenia deklaruje większość respondentów – nawet 98%⁹. Jednak brak satysfakcji finansowej nie determinuje całkowicie ogólnej satysfakcji z pracy. Specyfika zawodu pielęgniarki i wpisany weń system wartości uznający za bardzo ważne wartości pozamaterialne, takie jak współpraca z pacjentem, pomaganie innym w cierpieniu, niesienie dobra, możliwość zdobycia nowej wiedzy i umiejętności oraz dobra współpraca w zespole³¹ zapewnia zadowolenie z wykonywania tej pracy. W badaniach M. Ostrowickiej i wsp. (2013) wykazano, że poczucie ważności wykonywanej pracy dla dobra innych, możliwość samorealizacji i dobra atmosfera w zespole zarówno z przełożonym, jak i współpracownikami to główne źródła zadowolenia z pracy⁹.

WNIOSKI

1. Wszyscy badani studenci magisterskich studiów pielęgniarstwa WSA w Łomży deklarują posiadanie wiedzy o jakości w opiece pielęgniarstwa. W opinii zdecydowanej większości badanych studentów WSA w Łomży (89%) jakość oznacza stopień doskonałości produktów i usług, dążenie do osiągnięcia certyfikatu (85%), zorientowanie na potrzeby i oczekiwania klienta (84%), proces doskonalenia procedur i technologii (83%), modny trend w działalności przedsiębiorstw (40%).
2. Jakość profesjonalna w opinii niemal wszystkich badanych studentów WSA w Łomży stanowi sprawne i skuteczne wykonywanie zadań i obowiązków (98%), dostępność procedur opartych na aktualnych wymogach (86%), podnoszenie poziomu wiedzy specjalistycznej (83%), doskonalenie umiejętności (73%), dostęp do nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej (61%).
3. Głównym źródłem wiedzy pielęgniarek na temat jakości usług medycznych – według opinii zdecydowanej większości badanych studentów WSA w Łomży (95%) są przede

³¹ D. Kunecka, M. Kamińska, B. Karakiewicz, *Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne*, Problemy Pielęgniarstwa, 2 (2007), s. 195.

- wszystkim treści kształcenia w toku studiów, następnie kursy, konferencje naukowe, szkolenia (92%) oraz literatura specjalistyczna (77%).
4. Praktyczny wymiar wiedzy z zakresu jakości usług medycznych na pielęgniarskim stanowisku pracy potwierdza 91% badanych studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży.
 5. Wszyscy badani studenci WSA w Łomży mają świadomość szczególnego charakteru świadczeń pielęgniarskich obarczonych odpowiedzialnością za ludzkie życie i zdrowie.
 6. Badani studenci WSA w Łomży mają świadomość społecznego odbioru i oceny aspektów ich pracy przez usługobiorców.
 7. Prawie wszyscy respondenci posiadają wiedzę na temat oceny substytutów jakości świadczonych przez nich usług medycznych. Najistotniejszym elementem oceny jest postawa personelu (98%), styl komunikowania personelu z pacjentem (82%), estetyczny wygląd pracowników i otoczenia (75%), atmosfera w zespole interdyscyplinarnym (68%), noszenie identyfikatorów (64%).
 8. Większość studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży posiada wiedzę na temat czynników determinujących wysoką jakość usług medycznych świadczonych przez pielęgniarki. Wśród najistotniejszych wymieniają: cechy pracownika (100%), posiadanie wiedzy (100%), umiejętności i kwalifikacji (100%), organizacja i warunki pracy (95%), satysfakcja zawodowa (92%) renoma zakładu pracy w środowisku lokalnym (72%), wsparcie merytoryczne ekspertów zawodowych (81%), satysfakcja finansowa (58%), wypalenie zawodowe (51%).
 9. W opinii większości badanych studentów WSA w Łomży jakość pracy determinuje wyposażenie stanowiska pracy, 89% potwierdza dostęp do obowiązujących procedur i standardów opartych na wymogach prawnych i podstawach naukowych, 45% dostęp do profesjonalnego sprzętu medycznego i aparatury medycznej.
 10. W opinii ponad połowy (55%) badanych studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży pielęgniarki respektują prawa pacjenta podczas wykonywania swoich zadań i czynności zawodowych.
 11. Większość badanych studentów (92%) dostrzega wartość umiejętności komunikacji interpersonalnej w profesjonalnej obsłudze pacjenta.
 12. Postawę zawodową grupy zawodowej pielęgniarek zdecydowana większość badanych studentów WSA w Łomży (89%) ocenia jako profesjonalną, a 86% respondentów uważa, że usługi medyczne świadczone przez pielęgniarki cechuje wysoki stopień doskonałości.

13. Ponad połowa badanych studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży - 59% ogółu uznaje pozycję zawodową pielęgniarek w zespole terapeutycznym jako niesatysfakcjonującą i nieadekwatną do poziomu profesjonalizmu zawodowego.
14. Wśród czynników decydujących o pozycji i autonomii zawodowej pielęgniarek badani studenci uznają kompetencje środowiska pielęgniarstwa (94%), społeczny prestiż zawodu pielęgniarki (92%), jakość usług medycznych (90%), wysoki poziom kultury osobistej (80%), postawę asertywną (76%), cechy przywódcze (64%).
15. Zdecydowana większość (81%) badanych studentów pielęgniarstwa WSA w Łomży swoją pracę w charakterze pielęgniarki/ pielęgniarza uważa za satysfakcjonującą.

ZAKOŃCZENIE

Problematyka jakości w ochronie zdrowia cieszy się dużą popularnością wśród badaczy. W 1994 roku Narodowa Akademia Nauk USA stanęła na stanowisku, że *niewiele jest zagadnień ważniejszych w ochronie zdrowia niż jakość opieki*³². Wyzwaniem pracowników służby zdrowia stało się doprowadzenie uratowanego życia do tego, aby było ono możliwie znośne i szczęśliwe. Troską objęto starania związane z wydłużeniem życia i poprawieniem jego jakości³³.

Prezentowana praca wpisuje się w potrzeby dostarczenia obiektywnych wyników dotyczących oceny jakości opieki pielęgniarstwa i czynników ją determinujących, a także profesjonalizmu i pozycji zawodowej pielęgniarek. Wyniki otrzymane w toku przeprowadzonych badań własnych w znacznej części są zbieżne z wynikami przedstawionymi w publikacjach naukowych dotyczącymi obszaru jakości w pracy pielęgniarek i czynników wpływających na ten proces oraz określeniu miejsca pielęgniarek w hierarchii zespołu terapeutycznego. Wnioski z badań nasuwają wiele refleksji. Stanowią asumpt do prowadzenia dalszych badań naukowych w obszarze jakości w opiece pielęgniarstwa.

³² K. Hoffman, *Rozwój badań nad jakością usług medycznych*, Nowiny Lekarskie 3 (2008), s. 253

³³ W. Makiela, A. Lepiarska, *Co powinniśmy wiedzieć o systemach zarządzania jakością*, Pielęgniarstwo Specjalistyczne 4 (2014), s.204.

Bibliografia

1. Brayer A., Marcinowicz L., *Satysfakcja zawodowa magistrów pielęgniarstwa, a hierarchiczna teoria potrzeb Abrahama Masłowa - analiza odpowiedzi na pytania otwarte*, Problemy Pielęgniarstwa 1 (2014), s.12–19.
2. Buczkowska E., *Pielęgniarki solą w oku*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1(2009), s.1-8.
3. Cieśla D., Wesołowska E., Pastuszko M., *Jakość opieki świadczonej na oddziale neurochirurgii z perspektywy personelu lekarskiego i pielęgniarstwa*, Problemy Pielęgniarstwa 2 (2010), s.97-100.
4. Frąs J., *Zarządzanie jakością usług w opiece zdrowotnej*, Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą 25 (2010), s. 88-97.
5. Fejfer – Wirbał E., Gładczuk J., Marcinowicz L., *Relacje lekarz-pielęgniarka w polskiej literaturze medycznej*, Medycyna Rodzinna 1 (2013), s. 19-22.
6. Glińska J., Lewandowska M., *Autonomiczność zawodu pielęgniarstwa w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych*, Problemy Pielęgniarstwa 4 (2007), s. 249-253.
7. Glińska J., Nowak A., Brosowska B., Lewandowska M., *Analiza poziomu świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej*, Problemy Pielęgniarstwa 4 (2010), 477-482.
8. Griffin W. R., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Warszawa 1996.
9. Gruca – Wójtowicz P., Mika M., *System zarządzania jakością w perspektywie personelu pielęgniarstwa*, Pielęgniarstwo XXI wieku 2 (2011) s. 57-60.
10. Hoffman K., *Rozwój badań nad jakością usług medycznych*, Nowiny Lekarskie 3 (2008), s.250-256
11. Januszewicz P., Zarzycka D., Binkowska-Bury M., *Pielęgniarki i lekarze – życie codzienne i prognozy na przyszłość*, Przegląd Lekarski 7 (2009), s. 469-470.
12. Jaroszewicz J., *Komunikacja marketingowa i zarządzanie zasobami ludzkimi – dobra współpraca*. Białystok (2008), s. 59.
13. Kózka M., Gabryś T., Brzyski P., Ogarek M., Cisek M., Przewoźniak L., Ksykiewicz-Dorota A., Gajda K., Brzostek T., *Wybrane czynniki determinujące ocenę jakości opieki pielęgniarstwa w szpitalach pełniących stały dyżur. Wyniki projektu RN4CAST*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 4 (2012), s. 278-288.

14. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M., *Specyfika pracy pielęgniarzkiej w szpitalu – warunki pracy i aktualne wyzwania*, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 1 (2011), s. 163–167.
15. Makiela W., Lepiarska A., *Co powinniśmy wiedzieć o systemach zarządzania jakością*, *Pielęgniarstw Specjalistyczne* 4 (2014), s. 204- 210
16. Malik M., Marcinowicz L., Zarzycka D., *Zawód pielęgniarzki w opinii studentów medycyny*, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 3 (2009), s. 23-30.
17. Ostrowicka M., Walewska-Zielecka B., Olejniczak D., *Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarzek w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2 (2013), s.191-209.
18. Perek M., Kózka M., Twarduś K., *Trudne sytuacje w pracy pielęgniarzek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi*, *Problemy Pielęgniarstwa* 14 (2007), s.223-228.
19. Ptaszek G., Stołecka B., Graf L., Ślezione M., *Wypalenie zawodowe pielęgniarzek*, *Pielęgniarstwo Specjalistyczne* 4 (2014), s. 180-184.
20. Rutkowska K., *Kompetencje społeczne – bufor wypalenia zawodowego pielęgniarzek*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 4(2012), s. (319-323).
21. Skorupska A., Machowicz A., *Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarzek*, *Problemy Pielęgniarstwa*, 1(2010), s.53–59.
22. Skorupska-Król A., Szabla A., Bodys-Cupak I., *Opinie pielęgniarzek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy* *Pielęgniarstwo XXI wieku* 1 (2014), s. 23-26.
23. Sowińska K., Kretowicz K., Gaworska-Krzemińska A., Świetlik D., *Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarzek*, *Problemy Pielęgniarstwa* 3 (2012), s. 361–368.
24. Ślusarska B., Zarzycka D., Dobrowolska B., *Postrzeżenie tożsamości zawodowej przez pielęgniarzki*, *Problemy Pielęgniarstwa* 2 (2007), 147-156.
25. Tomaszewska M., Cieśla D., Czerniak J., Dykowska G., *Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarzek – potrzeby a rzeczywistość*, *Problemy Pielęgniarstwa*, 1(2008), s. 40–47.
26. Włodarczyk D., Tobolska B., *Wizerunek zawodu pielęgniarzki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarzek*, *Medycyna Pracy* 3(2011), 269-279.

27. Zarzycka D., Marcinowicz L., Foley M., *Charakterystyka postrzegania zawodu pielęgniarki przez polskich studentów medycyny*, *Zdrowie Publiczne* 1 (2012), s. 20-23.
28. Zielińska-Więczkowska H., Buśka A., *Satysfakcja zawodowa pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska prac*, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 3 (2010), s. 32-33.
29. Zdziebło K., Kozłowska E., *Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek*, *Problemy Pielęgniarstwa* 2 (2010), s. 212-219.

Strony internetowe

1. http://www.imed.pl/index.php?PAGE=telegram&TEL_CUR_ID=296
1. <http://www.pielegniarki.info.pl>
2. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_164_13.PDF

Regulamin nadsyłania i publikowania prac w Zeszytach Naukowych WSA

1. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu, zwane dalej Zeszytami, są periodykiem naukowym wydawanym w nieregularnym cyklu wydawniczym.
2. Treść każdego Zeszytu odpowiada zakresowi tematycznemu jednego z odpowiednich wydziałów w Wyższej Szkole Agrobiznesu t. Wydziałowi Rolniczo-Ekonomicznemu, Wydziałowi Technicznemu, bądź Wydziałowi Medycznemu.
3. Redakcja Zeszytów mieści się w sekretariacie Wydawnictwa Wyższej Szkoły Agrobiznesu. Pracą redakcji kieruje redaktor naczelny.
4. W celu zapewnienia poziomu naukowego Zeszytów oraz zachowania właściwego cyklu wydawniczego redakcja współpracuje z krajowymi i zagranicznymi jednostkami naukowymi, stowarzyszeniami oraz innymi instytucjami.
5. Do oceny przyjmowane są dotychczas niepublikowane oryginalne prace redakcyjne, monograficzne, poglądowe, historyczne, teksty źródłowe, sprawozdania z posiedzeń naukowych, oceny książek, komunikaty naukowe, wspomnienia oraz wiadomości jubileuszowe. Opracowania przyjmowane są przez redakcję do końca czerwca każdego roku. Redakcja nie zwraca Autorom nadesłanych materiałów.
6. Do publikacji należy dołączyć oświadczenie o oryginalności pracy oraz o tym, że nie została zgłoszona do innej redakcji (wzór oświadczenia jest możliwy do pobrania na stronie internetowej WSA – załącznik nr 1 do Regulaminu). Oświadczenie powinno zawierać adres pierwszego autora pracy, numer telefonu oraz e-mail. W oświadczeniu powinna być zawarta zgoda (podpis) wszystkich współautorów pracy.
7. Prace są publikowane w języku polskim lub angielskim z uwzględnieniem opinii redaktora językowego.
8. W oświadczeniu dołączonym do tekstu należy opisać wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy oraz podać źródło finansowania publikacji. „*Ghostwriting*” oraz „*guest authorship*” są przejawem nierzetelności naukowej, a wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane i dokumentowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucje zatrudniające autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.).
9. Przekazane do redakcji opracowania są wstępnie oceniane i kwalifikowane do druku przez Naukową Radę Redakcyjną, zwaną dalej Radą. Skład Rady określany jest przez Senat WSA.
10. Publikacje wstępnie zakwalifikowane przez Radę są oceniane przez recenzentów, zgodnie z procedurą recenzowania opublikowaną na stronie internetowej WSA w zakładce Zeszyty naukowe WSA. Łącznie z opinią recenzent wypełnia deklarację konfliktu interesów, stanowiącą załącznik nr 2 do regulaminu. Redakcja powiadamia Autorów o wyniku oceny, zastrzegając sobie prawo do zachowania poufności recenzji.
11. Za proces wydawniczy Zeszytów jest odpowiedzialny sekretarz naukowy redakcji, który zatwierdza układ treści Zeszytów, określa wymagania wydawnicze dla publikowanych materiałów, współpracuje z recenzentami, przedstawia do zatwierdzenia całość materiałów przed drukiem Naukowej Radzie Redakcyjnej, współpracuje z Radą i innymi instytucjami w zakresie niezbędnym do zapewnienia poziomu naukowego Zeszytów oraz zachowania cyklu wydawniczego.

12. Redakcja zastrzega sobie możliwość odmowy przyjęcia artykułu bez podania przyczyn.
13. Nadesłane materiały, niespełniające wymagań wydawniczych określonych przez redakcję, są zwracane Autorowi/Autorom.
14. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu nie wypłaca wynagrodzenia za nadesłane publikacje zakwalifikowane do druku w Zeszytach.
15. Wersją pierwotną (referencyjną) czasopisma jest wydanie papierowe. „Zeszyty Naukowe WSA” są dostępne także na stronie internetowej Wyższej Szkoły Agrobiznesu – www.wsa.edu.pl, w zakładce Wydawnictwa.

Wymagania wydawnicze - Zeszyty Naukowe WSA

1. Artykuły powinny być przygotowane w formie wydruku komputerowego oraz w wersji elektronicznej, w języku polskim lub angielskim. W celu usprawnienia procesu wydawniczego prosimy o rygorystyczne przestrzeganie poniższych zasad:

- przesłany artykuł powinien być opatrzony dokładną afiliacją Autora/Autorów,
- objętość artykułu nie może przekraczać 15 stron formatu A4,
- imię i nazwisko Autora/ów – czcionka 12 pkt,
- nazwa instytucji/jednostki naukowej – czcionka 12 pkt,
- tytuł artykułu w języku polskim i angielskim – czcionka 14 pkt (bold); podtytuły – czcionka 12 pkt (bold),
- do publikacji należy dołączyć słowa kluczowe (3–5) oraz streszczenie nieprzekraczające 15 wierszy napisane w językach polskim i angielskim – czcionka 11 pkt,
- tekst zasadniczy referatu pisany czcionką Times New Roman CE – 12 pkt,
- odstęp między wierszami – 1,5,
- jeżeli referat zawiera tabele (najlepiej wykonane w edytorze Word albo Excel) lub rysunki (preferowany format CorelDraw, Excel, Word), należy dołączyć pliki źródłowe,
- tabele i rysunki powinny być zaopatrzone w kolejne numery, tytuły i źródło,
- przy pisaniu wzorów należy korzystać wyłącznie z edytora równań dla MS WORD,
- preferowane formaty zdjęć: TIFF, JPG (o rozdzielczości minimum 300 dpi),
- w przypadku publikowania prac badawczych układ treści artykułu powinien odpowiadać schematowi: wprowadzenie (ewentualnie cel opracowania), opis wykorzystanych materiałów czy metod, opis badań własnych (omówienie wyników badań), wnioski (podsumowanie), wykaz piśmiennictwa.

2. Odsyłaczami do literatury zamieszczonymi w tekście publikacji są przypisy dolne, które muszą mieć numerację ciągłą w obrębie całego artykułu. Odsyłaczami przypisów dolnych są cyfry arabskie złożone w indeksie górnym, np. (2).

3. Zapis cytowanej pozycji bibliograficznej powinien zawierać: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł dzieła, miejsce i rok wydania, numer strony, której dotyczy przypis; w przypadku pracy zbiorowej: tytuł dzieła, inicjał imienia i nazwisko redaktora, miejsce i rok wydania; w przypadku pracy będącej częścią większej całości – także jej tytuł, inicjał imienia i nazwisko redaktora. Źródła internetowe oraz akty prawne należy podawać także jako przypis dolny.

4. W wykazie piśmiennictwa zamieszczonym w kolejności alfabetycznej na końcu publikacji należy podać kolejno: nazwisko autora/ów i pierwszą literę imienia, rok wydania, tytuł pracy (czcionka italic), wydawnictwo oraz miejsce wydania. Przykłady:

- **wydawnictwa książkowe:** Janowiec A. 2010. *Ziemniaki skrobiowe – rola w województwie podlaskim*. Wydawnictwo WSA, Łomża.
- **prace zbiorowe:** Górczewski R. (red.) 2007. *Przemieszczenie trawieńca*. Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- **czasopisma:** Staszewski M., Getek I. 2007. *Specyfika żywienia krów o wysokiej wydajności*. Wydawnictwo WSA, Łomża, Zeszyty Naukowe WSA nr 37.
- **strony internetowe:** www.4lomza.pl. 1.12.2009 r.
- **akty prawne:** Ustawa z dnia 27 lipca 2002 r. o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym oraz ustawy o wyższych szkołach zawodowych. Dz.U. z 2002 r. Nr 150, poz. 1239.

UWAGA: teksty niespełniające powyższych wymagań zostaną zwrócone Autorowi

Procedura recenzowania prac naukowych nadsyłanych do publikacji w Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Agrobiznesu

Procedura recenzowania artykułów w Zeszytach Naukowych WSA jest zgodna z zaleceniami Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz dobrymi praktykami w procedurach recenzyjnych w nauce*.

Przekazanie publikacji do Redakcji Wydawnictwa WSA jest jednoznaczne z wyrażeniem przez Autora/Autorów zgody na wszczęcie procedury recenzji artykułu. Autor/Autorzy przesyłają utwór wraz z wypełnionym oświadczeniem, którego wzór znajduje się na stronie internetowej WSA. Nadesłane materiały są poddawane wstępnej ocenie formalnej przez Naukową Radę Redakcyjną WSA, zwaną dalej Radą, zwłaszcza pod kątem ich zgodności z wymaganiami wydawniczymi opracowanymi i publikowanymi przez Wyższą Szkołę Agrobiznesu, jak również obszarami tematycznymi ZN. Następnie artykuły są recenzowane przez dwóch niezależnych recenzentów, którzy nie są członkami Rady, posiadających co najmniej stopień naukowy doktora. Nadesłane artykuły nie są nigdy wysyłane do recenzentów z tej samej placówki, w której zatrudniony jest Autor/Autorzy. Prace recenzowane są anonimowo. Autorzy nie znają nazwisk recenzentów. Artykułowi nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący go na dalszych etapach procesu wydawniczego. W innych przypadkach recenzent podpisuje deklarację o niewystępowaniu konfliktu interesów – formularz jest publikowany na stronie Internetowej WSA. Autor każdorazowo jest informowany z zachowaniem zasady poufności recenzji o wyniku procedury recenzycyjnej, zakończonej kategorycznym wnioskiem o dopuszczeniu bądź odrzuceniu publikacji do druku. W sytuacjach spornych powoływany jest kolejny recenzent.

Lista recenzentów współpracujących z wydawnictwem publikowana jest w każdym numerze czasopisma oraz na stronie Internetowej WSA.

* Dobre Praktyki w procedurach recenzyjnych w nauce. Zespół do Spraw Etyki w Nauce. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Warszawa 2011

Załącznik nr 1

miejsowość, data.....

Oświadczenie Autora/Autorów

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie do Redakcji Wydawnictwa WSA i ogłoszenie drukiem publikacji/pracy pt.

.....
.....
autorstwa:

.....
.....
Równocześnie oświadczam(y), że publikacja nie została wydana w przeszłości drukiem i/lub w wersji elektronicznej w innym czasopiśmie, nie została zgłoszona do innego czasopisma, nie znajduje się w recenzji innej Redakcji, nie narusza patentów, praw autorskich i praw pokrewnych oraz innych zastrzeżonych praw osób trzecich, a także że wszyscy wymienieni Autorzy pracy przeczytali ją i zaakceptowali skierowanie jej do druku.

Przeciwdziałanie nierzetelności naukowej - „*ghostwriting*” oraz „*guest authorship*”;

· źródło finansowania publikacji:.....

· podmioty, które przyczyniły się do powstania publikacji i ich udział:

.....
.....
· wkład Autora/Autorów w powstanie publikacji (szczegółowy opis z określeniem ich afiliacji):

.....
.....

Imię i nazwisko	podpis	data
1.....
2.....
3.....
4.....

Imię, nazwisko, adres, telefon, e-mail, osoby odpowiedzialnej za wysłanie niniejszego oświadczenia (głównego Autora pracy):

.....
.....
.....

Załącznik nr 2.

DEKLARACJA KONFLIKTU INTERESÓW

Konflikt interesów* ma miejsce wtedy, gdy recenzent ma powiązania, relacje lub zależności przynajmniej z jednym z autorów pracy, takie jak na przykład zależności finansowe (poprzez zatrudnienie czy honoraria), bezpośrednie lub za pośrednictwem najbliższej rodziny.

Tytuł pracy.....

Data.....

Konflikt nie występuje

Recenzent oświadcza, że nie ma powiązań ani innych finansowych zależności wobec Autora/Autorów:

.....

Podpis recenzenta

*** Recenzent oświadcza, że występuje następujący konflikt interesów**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Podpis recenzenta:

.....