

**ASPEKTY
ZDROWIA
I
CHOROBY**

AZiCH

**Tom 1
Nr 1
Rok 2016**

Aspekty Zdrowia i Choroby

**W
S
E
I**



Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji

Adres e-mail: azich@wsei.lublin.pl

e-ISSN: 2451-2826

AZiCH

Aspekty Zdrowia i Choroby

Lublin 2016

Komitet redakcyjny:

Redaktor Naczelny: dr n.med. Anna Włoszczak-Szubda,
Z- ca. redaktora naczelnego: dr n.med. Beata Biernacka
Sekretarz redakcji: dr n. med. Joanna Girzelska
Redaktor merytoryczny: dr n.med. Maria Pieniżek, dr n. med. Zbigniew Orzeł
Redaktor statystyczny: dr n. o zdr. Magdalena Głowacka
Redaktor języka polskiego: dr Anna Koper – filolog języka polskiego
Redaktorzy języka angielskiego: Hanna Horitza, Michael Tregenza – native speaker

Rada Naukowa:

dr hab. n. med. Iwona Bojar (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)
doc. JUDr. Mária Bujňáková, CSc. (Uniwersytet im. Pawła Józefa Šafárika
w Koszycach)
dr hab. n. med. Eliaasz Dacka (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)
prof. dr hab. Paweł Danciak (Wyższa Szkoła Zdrowia i Pracy Socjalnej w Bratysławie)
prof. dr hab. Petro Husak (Wołyński Uniwersytet Narodowy w Łucku)
dr hab. n. med. Mirosław J. Jarosz (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)
prof. dr hab. Julia Jemielianova (Wołyński Uniwersytet Narodowy w Łucku)
dr hab. n. med. Paweł Kalinowski (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
prof. dr hab. n. med. Teresa Kulik (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
prof. dr hab. Anton Lisnik (Katolicki Uniwersytet w Ružomberku)
prof. dr hab. Maria Luisa de Natale (Uniwersytet Katolicki w Mediolanie)
prof. dr hab. Lidia Łysiuk (Uniwersytet Państwowy im. A. S. Puszkina w Brześciu)
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Marczewski (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji)
prof. PhDr. Frantisek Mihina, CSc. (Preszowski Uniwersytet w Preszowie)
dr hab. n. med. Alfred Owoc (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)
dr hab. n. med. Lech Panasiuk (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)
prof. dr hab. n. med. Agnieszka Pedrycz-Wieczorska
(Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Polz-Dacewicz (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
bp prof. ThDr. PhDr. Stanislav Stolárik, CSc. (Preszowski Uniwersytet w Preszowie)
prof. dr hab. n. med. Leszek Szewczyk (Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie)
prof. dr hab. Stanislav Vojtko (Instytut Rodziny w Bratysławie)
prof. dr hab. n. med. Witold Witczak (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji
w Lublinie)

Recenzenci:

dr hab. n. med. Anna Pacian (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
dr hab. n. med. Mirosław J. Jarosz (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)

Aspekty Zdrowia i Choroby

Tom 1 ◀▶ Nr 1 ◀▶ Rok 2016

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

AZiCH
Aspekty Zdrowia i Choroby
Tom 1 ◀▶ Nr 1 ▶▶ Rok 2016

© Copyright by Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe
Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie
i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy
bez zgody wydawcy jest zabronione.

Opracowanie redakcyjne, skład, łamanie:
Marek Szczodrak, Anna Konieczna

Projekt okładki:
Anna Włoszczak-Szubza

Konsultacja językowa i korekta:
Anna Koper

Printed in Poland
Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe
Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4
tel. +48 81 749 32 12, fax tel. +48 81 749 32 13
azich@wsei.lublin.pl
www.wsei.lublin.pl

e-ISSN: 2451-2826

Spis treści

Poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat moralnych i prawnych aspektów aborcji i eutanazji – Aleksandra Jarosz, Beata Biernacka	7
Syndrom wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek psychiatrycznych – Anna Klajda, Leszek Szewczyk	21
Poziom wiedzy personelu pielęgniarstwa a występowanie powikłań pielęgnacyjnych u chorych z wyłonią stomią jelitową – Agnieszka Kondrat, Maria Pyć	31
Zachowania zdrowotne pielęgniarek czynnych zawodowo co najmniej jeden rok – Anna Remigrońska, Anna Włoszczak-Szubda	41
Respektowanie praw chorego dziecka w oddziałach szpitalnych – Beata Gruda, Władysław Witczak	55
Protezooplastyka stawu biodrowego a styl życia pacjentów – Violetta Zgierska, Eliaż Dacka	67

Poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat moralnych i prawnych aspektów aborcji i eutanazji

Aleksandra Jarosz¹, Beata Biernacka¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. W Polsce co jakiś czas, powraca temat ustawy regulującej aborcję, która przez wielu uważana jest za archaiczną, nadmiernie konserwatywną i niedopasowaną do obecnych realiów. Drugim nurtującym problemem jest eutanazja, która obecnie nie jest zalegalizowana w naszym państwie, jednakże na świecie staje się coraz powszechniej akceptowana. Obie kwestie nurtują zarówno jednostki, jak i całe społeczności.

Cel. Celem niniejszej pracy jest sprawdzenie wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat aborcji i eutanazji, a dokładnie prawnych i moralnych aspektów tych zabiegów.

Materiał i metody. Przebadano 101 studentów pielęgniarstwa, kształcących się w Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie na drugim roku studiów licencjackich i drugim roku studiów magisterskich. 73% ogółu badanych stanowiły kobiety, 51% respondentów pochodziło ze wsi, 71% było w wieku między 20 a 40 lat. 56% deklaroowało praktykowanie wiary. Nikt nie deklarował się jako niewierzący. Jako metodę badawczą zastosowano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Ankietowani w większości wiedzą, na czym polega zabieg aborcji i eutanazja, większość też nie popiera żadnego z nich. Życie stwarza jednak wyjątkowe sytuacje, w których niektórzy zdecydowaliby się na wskazane zabiegi: na aborcję – gdy ratowałaby życie matki, na eutanazję – w przypadku osoby w stanie śmierci klinicznej, przy braku pozytywnych rokowań na jej dalsze normalne i samodzielne funkcjonowanie. Te okoliczności, według ankietowanych, są godne rozważenia, jednakże znacznie ostrożniejsze deklaracje respondenci składali, odnosząc się do możliwości zastosowania obu zabiegów w stosunku do swoich najbliższych.

Wnioski. Większość badanych posługiwała się niejednoznacznymi definicjami dotyczącymi aborcji i eutanazji. Jednocześnie większość badanych orientuje się w aspektach moralnych obu omawianych zjawisk. Około połowa badanych przyznawała się do niewielkiej wiedzy prawnej w tym zakresie. Ankietowani w około 90% uważają, że aborcja powinna być zakazana z pewnymi wyjątkami. Respondenci są za wprowadzeniem eutanazji w Polsce, jednak nie za przeprowadzaniem jej w ich najbliższym otoczeniu.

► **Słowa kluczowe:** aborcja, eutanazja, aspekt moralny, aspekt prawny, wiedza

WPROWADZENIE

Rozwój nauki i techniki od wielu lat niesie za sobą ogrom problemów moralnych i prawnych, dotyczących zdrowia i życia ludzkiego, nieznanym wcześniejszym pokoleniom. Spowodowane jest to osiągnięciami nauk biomedycznych, które pozwalają ingerować w strukturę poszczególnych komórek i całych organizmów ludzkich na dowolnym etapie ich rozwoju.

Temat aborcji i eutanazji jest ogólnym sporem o wartość życia i śmierci. W tej dyskusji przedmiotem sporu jest życie ludzkie i prawo do niego, zarówno osobiste, jak i drugiego człowieka. Jak wynika ze sprawozdania opublikowanego przez Ministerstwo Zdrowia, w Polsce w 2011 roku zarejestrowano 669 aborcji przeprowadzonych zgodnie z obowiązującą ustawą – było ich o 28 więcej niż w 2010 r. i aż o 131 więcej niż w 2009 roku. Znaczący wzrost liczby aborcji odnotowano zwłaszcza w związku z zagrożeniem życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. Według sprawozdania w ub. roku (2015) takich aborcji dokonano w polskich szpitalach 49, o 22 więcej niż w 2010 r. [1]

Czym jest aborcja od strony medycznej? Stanowiska w tej sprawie nie są jednoznaczne. Kwestią sporną pozostaje, czy aborcja (interrupcja) może być uważana za poronienie. Do aktów prawnych regulujących kwestie zabiegu przerywania ciąży należą:

1. *Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży;*
2. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy uprawnionych do dokonania przerywania ciąży oraz stwierdzenia, że ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;*
3. *Kodeks karny.*

W art. 4a *Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* zapisano, w jakich okolicznościach może zostać wykonany zabieg przerywania ciąży przez lekarza. Przewiduje ona trzy warunki dopuszczalności przerywania początku życia ludzkiego:

1. Wskazanie medyczne: ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej;
2. Wskazanie eugeniczne: badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;
3. Wskazanie kryminalne: zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

Ustawa wyznacza ponadto wymogi czasowe dla przerywania ciąży, wskazując, że aborcja po określonym czasie jest równoznaczna z przestępstwem. Przerywanie ciąży ze względów eugenicznych może zostać przeprowadzone do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej, a ze względów kryminalnych – jeżeli od początku ciąży nie upłynęło więcej niż 12 tygodni. W każdym momencie możliwa jest aborcja w razie wystąpienia wskazań medycznych [2;3].

Eutanazja jest uznana za legalną m.in. w Holandii, w Belgii od 2002 roku i w Luksemburgu od 2009 roku. Dane z 2015 r. wskazują, że wspomagane samo-

bójstwo jest także legalne w Albanii, Szwajcarii, Niemczech, Kolumbii, Japonii i amerykańskich stanach Oregon, Vermont, Waszyngton, Nowy Meksyk. W Polsce eutanazja jest niezgodna z prawem [4].

Termin *eutanazja* do języka nowożytnego wprowadził w 1605 roku Francis Bacon. W swoim dziele „O godności i wzroście nauki” użył określenia *eutanasia exteriore* („eutanazja zewnętrzna”), rozumiejąc przez nie medycznie wspomagane, łatwe i przyjemne rozstanie się z życiem ziemskim – w przypadku choroby nierokującej nadziei wyzdrowienia. Według F. Bacona ten rodzaj eutanazji jawi się jako powinność lekarzy i przekracza zasadę towarzyszenia umierającemu [5]. Współcześni zwolennicy eutanazji formułują tezę, że każdy człowiek ma prawo do ludzkiej śmierci i dlatego może zażądać od lekarza, aby ulżył jego cierpieniom. Ich zdaniem nie można zmuszać chorych do niehumanitarnych cierpień, poniżenia i samotności wśród aparatury medycznej. Zapewnienie każdemu prawa do godnej śmierci jest według nich konieczne, tym bardziej, że współczesna medycyna może przez dość długi czas wydłużać agonię człowieka, narażając go na cierpienia przekraczające naturalną miarę. Podtrzymywanie przy życiu takich osób jest źródłem wielkiego cierpienia, natomiast dla społeczeństwa taki człowiek jest obciążeniem, uniemożliwiającym właściwą pomoc tym, którzy jej rzeczywiście potrzebują [6].

„Katechizm Kościoła katolickiego” głosi natomiast: „Eutanazja bezpośrednia, niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życiu osób upośledzonych, chorych lub umierających. Jest ona moralnie niedopuszczalna. W ten sposób działanie lub zaniechanie działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu zadaje śmierć, by zlikwidować ból, stanowi zabójstwo głęboko sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i poszanowaniem Boga żywego, jej Stwórcy. Błąd w ocenie, w który można popaść w dobrej wierze, nie zmienia natury tego zbrodniczego czynu, który zawsze należy potępić i wykluczyć” [7].

Kiedy zaczyna się uporczywa terapia? Prawo polskie nie określa precyzyjnie sytuacji pacjenta, który znajduje się w stanie wegetatywnym. Przyjęto jednak, że wówczas należy stosować ogólne normy regulujące stosunek pacjent – lekarz. Zgodnie z *Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, chory ma prawo do umierania w spokoju oraz godności. Wykładni tego przepisu należy dokonywać zgodnie z art. 32 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, który przewiduje, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji bądź uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Przepis ten należy stosować także do przypadków pacjentów w stanie wegetatywnym, gdy powrót do świadomego funkcjonowania jest niemożliwy. Według *Kodeksu karnego* eutanazja jest występkiem i stanowi przestępstwo uprzywilejowane w stosunku do zbrodni zabójstwa. Wyraża się to poprzez obniżenie ustawowego zagrożenia karą w porównaniu do zabójstwa w typie podstawowym. Odpowiedzialności karnej podlega sprawca eutanazji czynnej, a więc takiej, która została wykonana na żądanie, pod wpływem współczucia oraz chęci pomocy do samobójstwa, jak i eutanazji biernej – dokonanej poprzez zaniechanie leczenia [8;9].

CEL

Celem pracy jest sprawdzenie wiedzy studentów pielęgniarstwa (WSEI) na temat aborcji i eutanazji, a dokładnie prawnych i moralnych aspektów tych zabiegów.

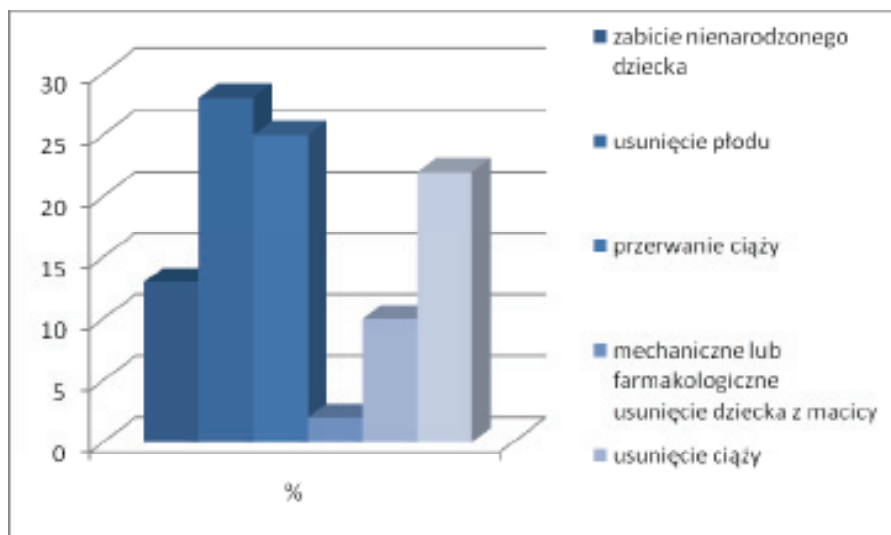
MATERIAŁ I METODY

Przebadano 101 studentów pielęgniarstwa, kształcących się w Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie na drugim roku studiów licencjackich i drugim roku studiów magisterskich. 73% ogółu badanych stanowiły kobiety, 51% respondentów pochodziło ze wsi, 71% było w wieku między 20 a 40 lat. 56% deklarowało praktykowanie wiary. Nikt nie deklarował się jako niewierzący.

Jako metodę badawczą zastosowano autorski kwestionariusz ankiety, który został poddany podstawowej standaryzacji (badania pilotażowe i ocena sędziów kompetentnych). Zawierał on 39 pytań pogrupowanych w trzy kategorie: pytania odnoszące się do aborcji, pytania o eutanazję, pytania metryczkowe. W części dotyczącej aborcji i eutanazji znalazły się pytania o charakterze ogólnym, a także dotyczące własnych odczuć respondentów, ich spostrzeżeń oraz przeżyć związanych z badanymi zjawiskami, pytania nawiązujące do aspektów moralnych badanych zjawisk oraz aspektów prawnych aborcji i eutanazji.

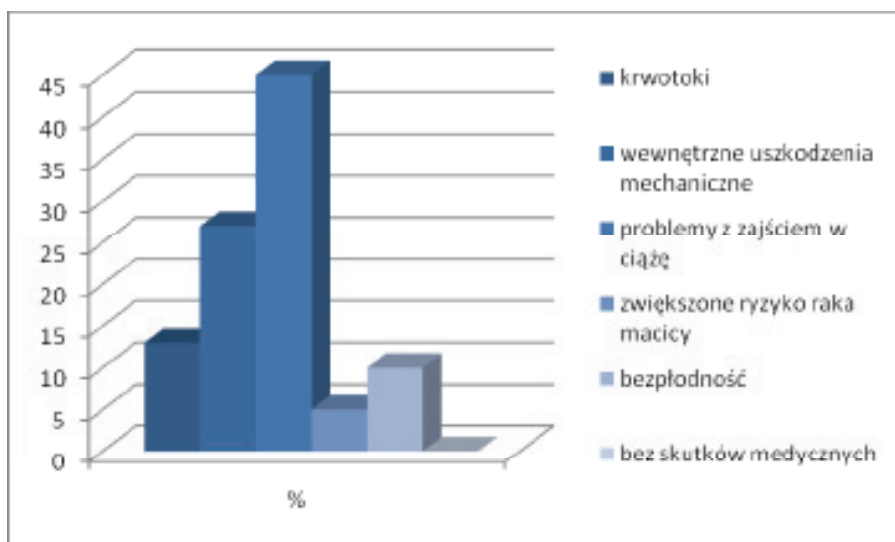
WYNIKI

22% respondentów nie wypowiedziało się na temat istoty aborcji. Niektórzy (28%) uznali, że aborcja jest to usunięcie płodu, inni (25%) określili ją jako przerwanie ciąży, a pozostali (13%) jako zabicie dziecka nienarodzonego bądź (10%) usunięcie ciąży. Tylko nieliczni odnieśli się do typowo medycznego określenia, wskazując, że aborcja to mechaniczne lub farmakologiczne usunięcie dziecka z macicy (wykres 1).



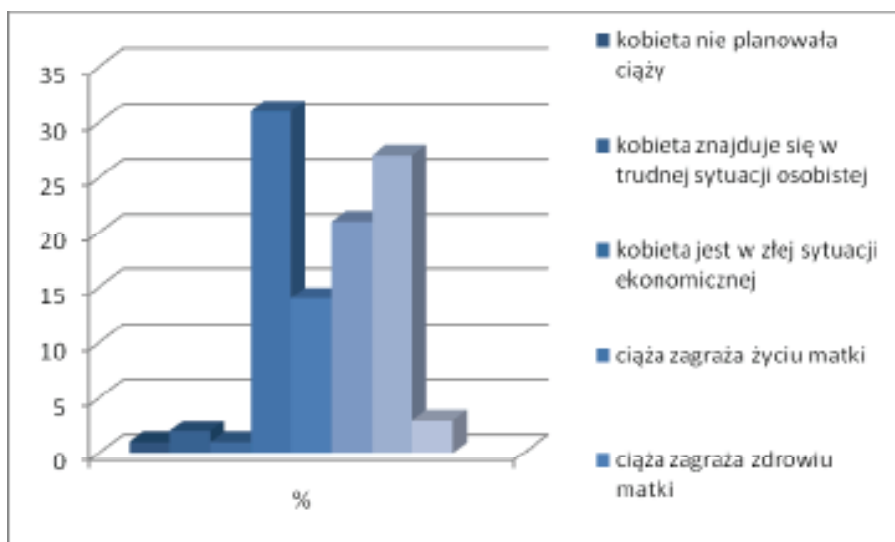
Wykres 1. Opinia badanych na temat tego, czym według nich jest aborcja. Źródło: badania własne.

Ankietowani w przeważającej liczbie uznali, że najistotniejszym według nich skutkiem, jaki niesie aborcja, jest problemy z zajściem w ciążę (41%), następnie wewnętrzne uszkodzenia mechaniczne powstałe w wyniku zabiegu (27%). Mała liczba respondentów wzięła pod uwagę krwotoki (13%) oraz mogącą wystąpić bezpłodność (10%). Tylko 5% uważa, że aborcja może podnieść ryzyko występowania raka szyjki macicy. Nikt nie opowiedział się za stwierdzeniem, że aborcja nie niesie żadnych skutków zdrowotnych (wykres 2).



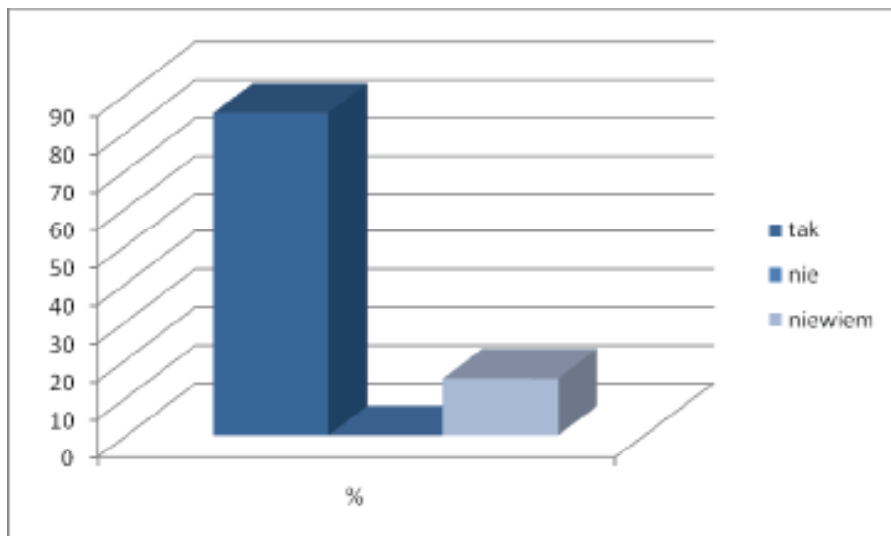
Wykres 2. Medyczne skutki aborcji w opinii badanych. Źródło: badania własne.

Za aborcją warunkową opowiedziało się 58% badanych. A za bezwzględną niedopuszczalnością aborcji 6%. Najczęściej zaznaczaną odpowiedzią był dopuszczenie aborcji w przypadku ciąży będącej wynikiem gwałtu lub związku kazirodzkiego – 51%. Za ważny przypadek respondenci (38%) uznali przerwanie ciąży w momencie, gdy istnieje pewność, że dziecko urodzi się ciężko chore lub upośledzone, a także sytuację (wskazało tak 26% badanych), gdy ciąża zagraża zdrowiu matki (wykres 3). Natomiast powody takie jak: nieplanowana ciąża, trudna sytuacja osobista bądź ekonomiczna, w jakiej znajduje się matka, bardzo rzadko były wskazywane przez ankietowanych



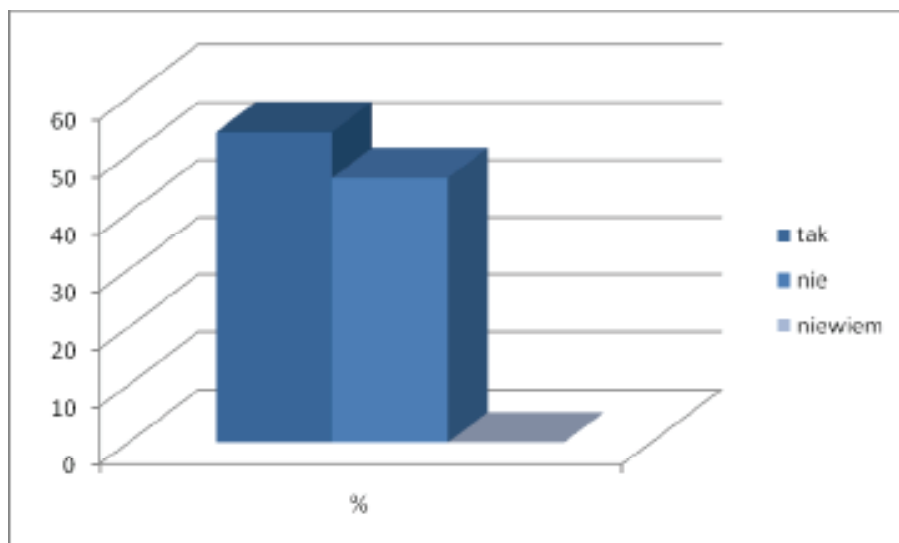
Wykres 3. Opinia respondentów dotycząca możliwości przeprowadzenia zabiegu aborcji. Źródło: badania własne.

85% respondentów posiadało wiedzę na temat stosunku własnej religii do zjawiska aborcji.



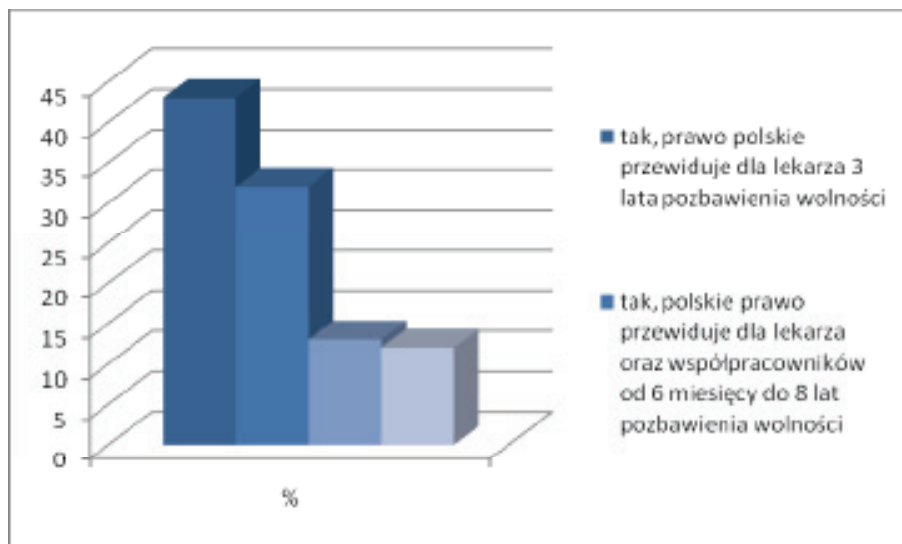
Wykres 4. Poglądy religijne w kwestii aborcji. Źródło: badania własne.

54% badanych uznało, że wie, w jakich sytuacjach polskie prawo zezwala na przeprowadzenie aborcji. Wskazanie konkretnych uwarunkowań przysporzyło jednak trudności badanym. 46% ankietowanych przyznało się do nieznajomości opisanych w prawie polskim sytuacji, w których możliwa jest aborcja (wykres 5).



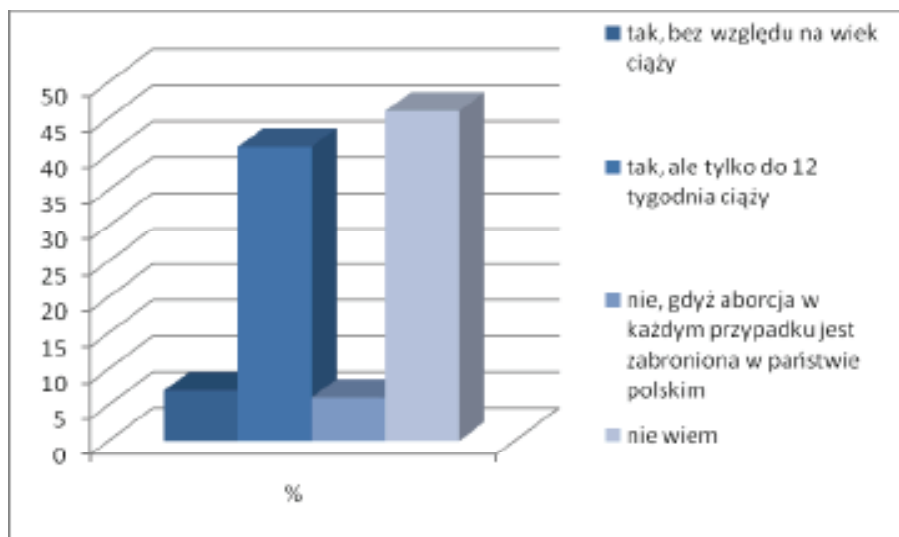
Wykres 5. Wiedza badanych na temat uregulowań prawnych dotyczących dopuszczalności aborcji. Źródło: badania własne.

Odpowiedzi respondentów dotyczące konsekwencji wykonania nielegalnego zabiegu aborcji przez lekarza są zróżnicowane, mianowicie: 44 osoby uważają, że polskie prawo przewiduje dla lekarza 3 lata pozbawienia wolności, 32 osoby uznały, że, owszem, kara dla lekarza i jego współpracowników jest przewidziana, jednak w wymiarze od 6 miesięcy do 8 lat więzienia, aż 25 osób twierdzi, że za dokonanie czynu, jakim jest aborcja, polskie prawo nie przewiduje żadnej kary dla lekarza w przypadku, gdy matka dziecka wyraziła na zabieg zgodę, podobna grupa osób uznaje, że wymiar sprawiedliwości nie przewiduje kary dla lekarza, gdyż aborcja została zalegalizowana w państwie polskim (wykres 6).



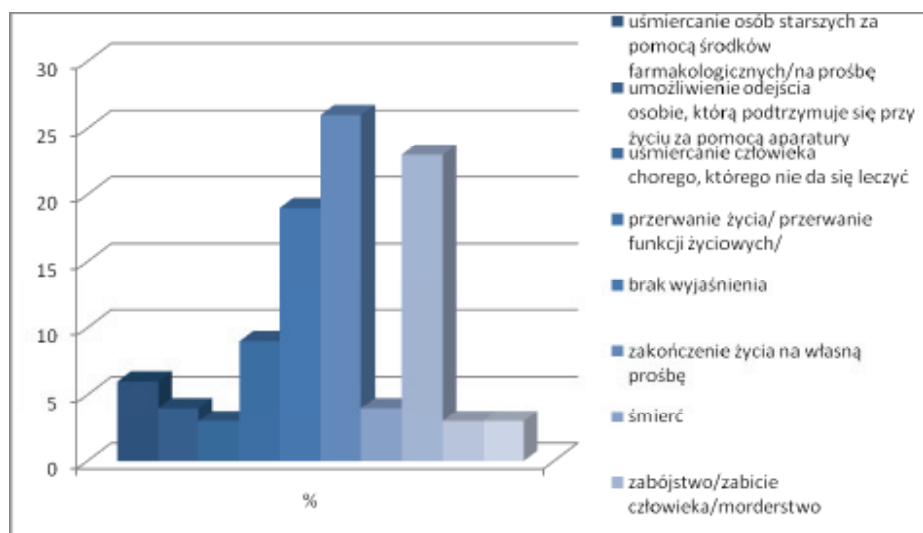
Wykres 6. Ocena respondentów dotycząca możliwości ukarania lekarza przeprowadzającego nielegalny zabieg aborcji. Źródło: badania własne.

Prawie połowa ankietowanych (47 osób) nie jest w stanie określić, czy przerywanie ciąży ze względów kryminalnych jest w Polsce dozwolone. 41 osób uznało, że w takim przypadku można przeprowadzić aborcję, jednak tylko do 12 tygodnia ciąży, co jest oczywiście zgodne z ustalonym w naszym państwie prawem. 7 osób uważa, że ciążę ze względów kryminalnych można przerwać, w każdym czasie, natomiast 6 osób uważa, że w Polsce nie można dokonywać aborcji ze względów kryminalnych.



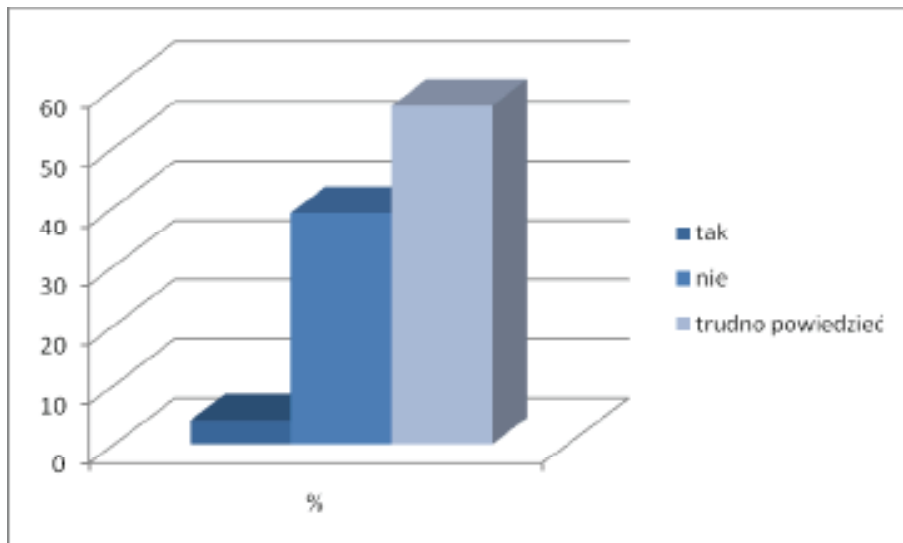
Wykres 7. Opinia ankietowanych dotycząca przerywania ciąży ze względów kryminalnych. Źródło: badania własne.

Gro respondentów nie udzieliło odpowiedzi na pytanie o istotę eutanazji. 27 osób wskazało, że eutanazja jest to śmierć na życzenie/prośbę pacjenta, aż 23 osoby uznały za zbliżone znaczeniowo do słowa *eutanazja* określenia: *zabójstwo człowieka*, *morderstwo*. Jako inne objaśnienia eutanazji podawano: śmierć bądź przerwanie funkcji życiowych lub wskazywano, że eutanazja jest to zakończenie życia chorego, który cierpi i prosi o śmierć (wykres 8).



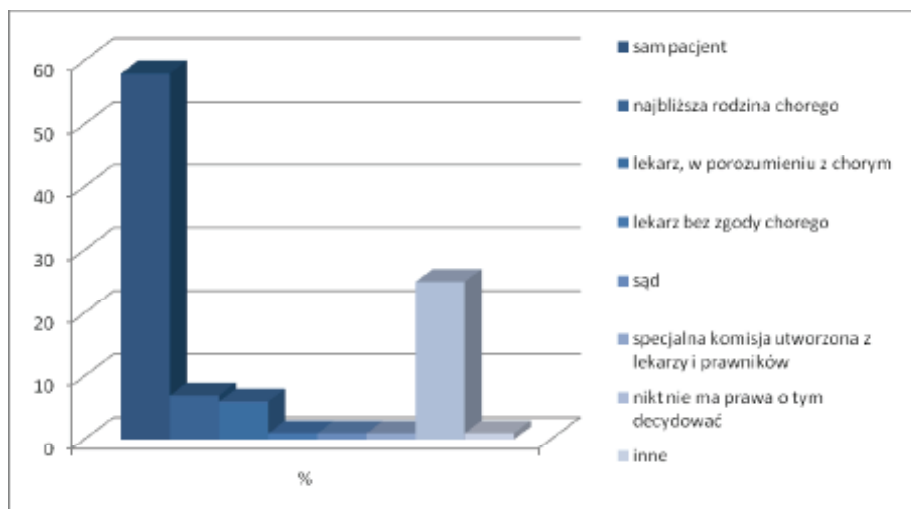
Wykres 8. Wyjaśnienie słowa *eutanazja* według ankietowanych. Źródło: badania własne.

Respondenci, proszeni o opinię na temat zastosowania eutanazji wobec ich najbliższych, w większości (57%) uznali, że nie wiedzą, co w takiej sytuacji by zrobili. Tylko 4% wypowiedziało się za wykonaniem zabiegu eutanazji, a 39% nie poddałoby swojej rodziny takiemu zabiegowi (wykres 9).



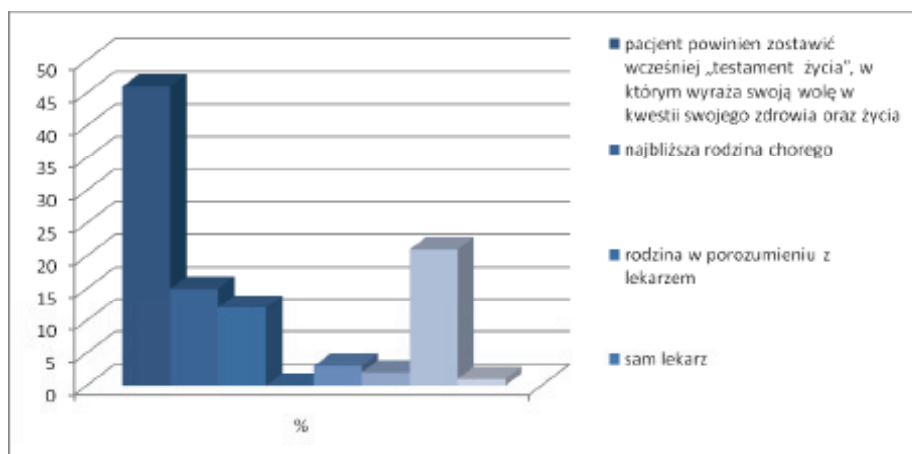
Wykres 9. Stosunek respondentów do przeprowadzenia eutanazji na kimś z rodziny/znajomych, w sytuacji występującego cierpienia spowodowanego przez nieuleczalną chorobą. Źródło: badania własne.

Ankietowani większością głosów (58%) uznali, że w sytuacji, kiedy pacjent jest świadomy, decyzję o przeprowadzeniu eutanazji może podjąć tylko on, a 25% opowiedziało się za zdaniem, że nikt nie ma prawa o tym decydować. Reszta odpowiedzi wskazywała na możliwość podjęcia decyzji przez najbliższą rodzinę chorego (7%) bądź lekarza w porozumieniu z pacjentem (6%) (wykres 10).



Wykres 10. Opinia ankietowanych dotycząca tego, kto powinien decydować o przeprowadzeniu eutanazji w sytuacji, gdy chory jest w pełni świadomy swojej sytuacji. Źródło: badania własne.

Zdecydowaną większością głosów (46%) ankietowani uznali, że w przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny lub nieświadomy sytuacji, w jakiej się znajduje, decyzję o eutanazji powinien wyrazić sam pacjent w „testamencie życia”, w którym wyraża on swoją wolę w kwestii zdrowia oraz życia. Kolejni respondenci (21%) zdecydowali, że nikt nie ma prawa decydować o akcie eutanazji, natomiast inni, że ta decyzja może należeć tylko do najbliższej rodziny chorego (15%) bądź rodziny w porozumieniu z lekarzem (12%) (wykres 11).



Wykres 11. Opinia respondentów na temat tego, kto powinien decydować o dokonaniu eutanazji w sytuacji, gdy pacjent jest nieprzytomny lub nieświadomy swojego stanu zdrowia. Źródło: badania własne.

WNIOSKI

1. Większość badanych posługiwała się niejednoznacznymi definicjami aborcji i eutanazji.
2. Większość badanych orientuje się w aspektach moralnych obu omawianych zjawisk.
3. Około połowa badanych przyznawała się do niewielkiej wiedzy prawnej w tym względzie.
4. Wśród ankietowanych około 90% uważa, że aborcja powinna być zakazana z pewnymi wyjątkami.
5. Respondenci są za wprowadzeniem eutanazji w państwie polskim, jednak nie za przeprowadzaniem jej w ich najbliższym otoczeniu.

PIŚMIENNICTWO

1. Bartkiewicz A. Resort zdrowia liczy legalne aborcje. <http://www.rp.pl/artuku-1/1193474-Resort-zdrowia-liczy-legalne-aborcje.html> [dostęp: 09.06.2016].
2. Wroński K., Bocian R., Cywiński J., Dziki A. Prawo do przerywania ciąży. *Gin Prakt* 2008; 3: 42–46 (termedia) <http://www.termedia.pl/Prawo-do-przerywania-ciazy,5,11297,1,0.html> [dostęp: 09.06.2016].
3. Wiak K. Prawna ochrona dziecka poczętego w Polsce – przemiany i aktualny stan prawny. Katedra Prawa Karnego KUL; 05.2001 r.; http://www.srk.opoka.org.pl/srk/srk_pliki/dokumenty/ochronadzpocz.htm [dostęp: 07.10.2015].
4. Wroński K., Bocian R., Cywiński J., Dziki A. Euthanasia. *Współczesna Onkologia* (2008) vol. 12; 6 (290–293) *termedia* <http://www.termedia.pl/Euthanasia,3,11220,1,1.html> [dostęp: 04.10.2015].
5. Bołoz W., Ryś M. *Między życiem a śmiercią*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2002, s. 123–124; ISBN 83-7072-250-4.
6. Chyrowicz B. *Eutanazja. Prawo do życia – prawo do wolności*. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Lublin 2005; s. 11–12; ISBN 83-7306-242-4.
7. *Katechizm Kościoła katolickiego (KKK)*. Poznań 1994; nr 2277.
8. Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Robotniczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008, s. 2–3, 77–78.
9. Nawrocka A. *Etos w zawodach medycznych*. Wydawnictwo WAM, Kraków 2008, s. 15–21, ISBN 978-83-7505-191-9.

Level of knowledge of moral and legal aspects of abortion and euthanasia among students of nursing

Aleksandra Jarosz¹, Beata Biernacka¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. In Poland, from time to time, the problem of an Act regulating abortion returns like a boomerang, although it is considered by many as being archaic, excessively conservative, and not adjusted to the present reality. The second nagging problem in Poland is the problem of euthanasia which, at present, is not legalized in our country; however, it becomes increasingly more popular and commonly accepted worldwide. Both problems niggle not only individuals, but also larger population groups.

Objective. The objective of the presents study was the testing of knowledge concerning abortion, euthanasia, and precisely legal and moral aspects of these procedures among the students of nursing at the Higher School of Economy and Innovation (WSEI).

Materials and method. he research instrument applied was a questionnaire designed by the authors. The study covered 101 students of nursing at the Higher School of Economy and Innovation in Lublin, who attended the 2nd year of licentiate studies, and the 2nd year of Master studies; 73% of respondents were females, 51% came from rural areas, 71% were aged 20–40, and 56% declared practising religion. No one reported being an atheist.

Results. The respondents, to a greater extent, know what both procedures consist in, and the majority do not approve of any of them. Life created situations in which some respondents would decide to have these procedures; however, in exceptional circumstances, when one of the two evils may save someone's life – in this case of the mother, and when a person is in a state of clinical death, and there are no positive prognoses for further normal and independent functioning in this world. According to the respondents, these replies are worth considering; nevertheless, with respect to own significant others, the replies were considerably more cautious.

Conclusions. The majority of respondents used unequivocal definitions concerning abortion and euthanasia. At the same time, the majority of them realized the moral aspects of both phenomena discussed. Approximately a half of respondents admitted that their legal knowledge in this respect was insufficient. Per 100% of respondents about 90% considered that abortion should be prohibited, but with certain exceptions. The respondents were for the introduction of euthanasia in Poland; however, not for performing it in their closest environment.

► **Keywords:** abortion, euthanasia, moral aspect, legal aspect, knowledge

Syndrom wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek psychiatrycznych

Anna Klajda¹, Leszek Szewczyk¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Zespół wypalenia zawodowego jest charakterystyczny dla zawodów związanych z niesieniem pomocy innym ludziom. Pracownicy służby zdrowia, w szczególności lekarze i pielęgniarki, należą do tej grupy zawodowej, która ze względu na specyfikę pracy jest najbardziej narażona na stres w miejscu pracy, a w konsekwencji syndrom wypalenia zawodowego.

Cel. Celem pracy jest określenie, czy i w jakim stopniu badana grupa pielęgniarek psychiatrycznych została dotknięta wypaleniem zawodowym.

Materiały i metody. Badaniem objęto 50 pielęgniarek pracujących w jednym ze szpitali psychiatrycznych w województwie lubelskim. Grupa badanych składała się tylko z kobiet, co odzwierciedlało strukturę zatrudnienia. Badana grupa była zróżnicowana pod względem wiekowym. 16 pielęgniarek (32%) mieszkało w mieście, 34 pielęgniarki (68%) mieszkały na stałe na wsi. Jako metodę badawczą zastosowano kwestionariusz do mierzenia skali odczuć zawodowych i wypalenia zawodowego MBI Ch.Maslach i kwestionariusz służący do samodzielnego określenia stopnia zagrożenia wypaleniem J.P.Schrödera.

Wyniki. Badana grupa może doświadczyć wypalenia zawodowego, ponieważ występuje u niej stosunkowo wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego (33,9), średni poziom poczucia własnej wartości w pracy (18,3) i średni poziom depersonalizacji (14,8). Inaczej wypadły pielęgniarki w samoocenie przeprowadzonej z wykorzystaniem kwestionariusza Schrödera. Żadna z nich nie zdiagnozowała u siebie cech zespołu wypalenia zawodowego. Większość była zagrożona syndromem wypalenia zawodowego. W analizowanej grupie wystąpiły objawy ostrzegawcze i typowe dla zespołu wypalenia.

Wnioski. U części badanych pielęgniarek zaobserwowano objawy wypalenia zawodowego. W analizowanej grupie występują elementy ostrzegawcze i typowe dla zespołu wypalenia zawodowego. Pielęgniarki pracujące na oddziale psychiatrycznym uważają swoje środowisko pracy za stresogenne. Z przeprowadzonych badań za pomocą MBI wynika, że badane pielęgniarki nie są wypalone zawodowo. Wskazują na to średnie wyniki w zakresie wyczerpania emocjonalnego i poczucia dokonań osobistych, a także depersonalizacji. Za to może się u nich rozwijać wypalenie zawodowe. Najwyższy poziom wypalenia zawodowego odczuwały pielęgniarki w stosunku do własnej osoby, na poziomie emocjonalnym. Według samooceny badane pielęgniarki nie są wypalone zawodowo.

► **Słowa kluczowe:** wypalenie zawodowe, pielęgniarstwo psychiatryczne, depersonalizacja, wyczerpanie emocjonalne

WPROWADZENIE

Wypalenie zawodowe jest odpowiedzią organizmu na sytuację stresową, która ma związek z wykonywaną pracą lub kontaktem z drugim człowiekiem [1]. Zawo-

dy takie jak pielęgniarka, nauczyciel, policjant oraz pracownicy służb społecznych czy ratunkowych są najbardziej narażeni na występowanie tego zjawiska [2]. Zespół wypalenia zawodowego charakterystyczny jest dla profesji związanych z niesieniem pomocy innym ludziom, a do tych należy zawód pielęgniarki. Zwłaszcza pielęgniarki pracujące z chorymi psychicznie należą do tej grupy, która jest narażona na wysoki stopień wyczerpania zawodowego [3]. Jest to związane z czynnikami stresującymi, którymi w tym wypadku są agresywne zachowania pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Intensywne, występujące dzień po dniu osobiste zaangażowanie w problemy ludzi powoduje silne napięcie nerwowe. Proces wypalenia jest nieuchronną konsekwencją destrukcji, która zachodzi w psychice osób nadmiernie eksploatujących swoje siły w dawaniu sobie innym [4]. Dotyczy to również pielęgniarek psychiatrycznych, których praca polega na pomocy drugiemu człowiekowi i bliskim z nim kontakcie, częstej konfrontacji z negatywnymi emocjami pacjentów, ich agresywnymi zachowaniami czy ich cierpieniem.

Każda praca, a szczególnie ta związana z niesieniem pomocy innym, jeśli ma być efektywna, wymaga takiego zaangażowania, które łączy się z mobilizacją fizycznych i psychicznych sił jednostki, a także z ich wydatkowaniem i uzupełnieniem [5].

Zawodową rolą pielęgniarek jest pielęgnowanie, pomaganie, towarzyszenie ludziom w zdrowiu i chorobie, w niepełnosprawności oraz kształtowanie u podopiecznych umiejętności samoopieki. Pielęgniarka/pielęgniarz jest kompetentnym profesjonalistą uprawnionym do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących organizowania opieki pielęgniarskiej na wszystkich szczeblach w systemie ochrony zdrowia [6]. Zaangażowanie emocjonalne w pracę, a jednocześnie brak możliwości wpływania na wszystkie aspekty zdrowienia pacjenta może prowadzić do zmęczenia, wyczerpania i frustracji. Z drugiej strony trudno jest wykonywać zawód pielęgniarki, nie angażując się w jego wykonywanie. W pracy pielęgniarek na oddziale psychiatrycznym istotne znaczenie ma nabyta wiedza oraz umiejętności zawodowe, które systematycznie powinny być poszerzane poprzez podejmowanie różnych form doskonalenia zawodowego. Efektywność działań pielęgniarskich zależy od dobrej znajomości zagadnień z zakresu psychiatrii, psychologii i socjologii. Jednak, oprócz specjalistycznego przygotowania i ciągłego doskonalenia kompetencji zawodowych, od pielęgniarki oczekuje się przede wszystkim postawy szacunku wobec osób chorych psychicznie. Pielęgniarki, uczestnicząc w opiece nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, biorą aktywny udział w diagnozowaniu, leczeniu, profilaktyce oraz rehabilitacji chorych psychicznie [7].

Przez ciągły kontakt z chorym psychicznie pielęgniarka narażona jest na przejmowanie negatywnych uczuć pacjenta, co w konsekwencji odbija się na jej zdrowiu psychicznym. Dlatego też powinna cechować się umiejętnością rozładowywania negatywnych emocji i nastawień. Zawód pielęgniarki wiąże się z dużą odpowiedzialnością za życie i zdrowie innych ludzi, a swoistość pracy na oddziale

psychiatrycznym wymaga dużego taktu i wnikliwości psychologicznej. Nieoczekiwane sytuacje wynikające z zaburzeń psychicznych mogą stanowić nie tylko zagrożenie dla zdrowia i życia chorego, jego rodziny, innych chorych, ale także dla całego zespołu terapeutycznego, w szczególności dla pielęgniarek, które pozostają w bezpośrednim kontakcie z chorym. Pielęgniarki zatrudnione w oddziałach psychiatrycznych nieraz doświadczają zachowań agresywnych ze strony pacjentów. Mogą to być autoagresje – próby samobójcze lub samouszkodzenia, a także agresje skierowane na innych chorych lub bezpośrednio na personel medyczny, w tym pielęgniarki [8]. Wiąże się to z olbrzymim obciążeniem stresem. Gdy stres utrzymuje się stale, przechodzi w stres przewlekły i ma niezwykle niebezpieczne następstwa dla zdrowia. Czyni spustoszenie w organizmie pielęgniarek, a zmiany dotyczą zaburzeń fizjologicznych, psychicznych i behawioralnych, doprowadzając do różnego rodzaju chorób i wypalenia zawodowego [9].

CEL

Głównym celem pracy jest określenie, czy i w jakim stopniu badana grupa pielęgniarek psychiatrycznych została dotknięta wypaleniem zawodowym.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 50 pielęgniarek pracujących w jednym ze szpitali psychiatrycznych w województwie lubelskim. Grupa badanych składała się tylko z kobiet, co odzwierciedlało strukturę zatrudnienia. Badana grupa była zróżnicowana pod względem wiekowym. Najwięcej respondentek mieściło się w przedziale wiekowym 41-50 lat, ze stażem pracy powyżej 20 lat (52%). Połowa badanych, tj. 25 pielęgniarek, całe swoje życie zawodowe poświęciła pracy z chorymi psychicznie. Wszystkie badane pielęgniarki były zatrudnione w systemie pracy dwuzmianowej. 16 pielęgniarek (32%) mieszkało w mieście, 34 (68%) mieszkały na stałe na wsi.

Jako metodę badawczą zastosowano kwestionariusz do mierzenia skali odczuć zawodowych i wypalenia zawodowego (MBI Ch.Maslach) [10], kwestionariusz J.P.Schrödera, służący do samodzielnego określenia stopnia zagrożenia wypaleniem [11], jak też autorski kwestionariusz ankiety, zbierającej zarówno dane demograficzno-społeczne, jak i informacje na temat osobistych odczuć respondentek dotyczących pracy, rodziny, zdrowia i sposobu spędzania wolnego czasu.

WYNIKI

Większość ankietowanych stwierdziła, że ich praca jest potrzebna i ważna – odpowiedzi „tak” udzieliło 86% ankietowanych. Tylko 10% pielęgniarek odpowiedziało, że nie lubi swojej pracy. Pozostała część, tj. 90% badanych, zadekla-

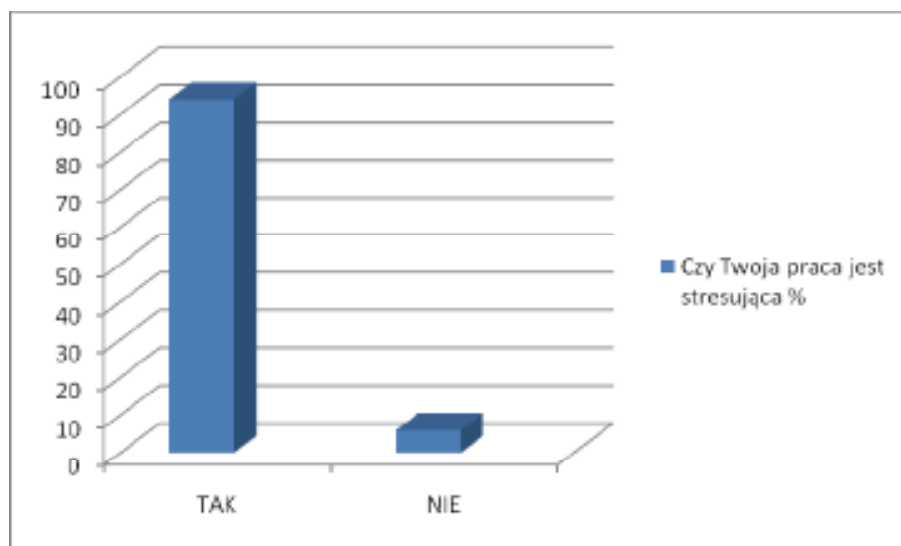
rowała, że lubi swoją pracę. Natomiast samozadowolenie z pracy odczuwa 64%, a 36% praca nie daje samozadowolenia (tabela 1).

Tabela nr 1. Odczucia własne pielęgniarek związane z pracą na psychiatrii

	Praca ważna i potrzebna		Lubię swoją pracę		Praca przynosi mi samozadowolenie	
	N	%	N	%	N	%
Tak	43	86	45	90	32	64
Nie	7	14	5	10	18	36
Ogółem	50	100	50	100	50	100

Źródło: badania własne.

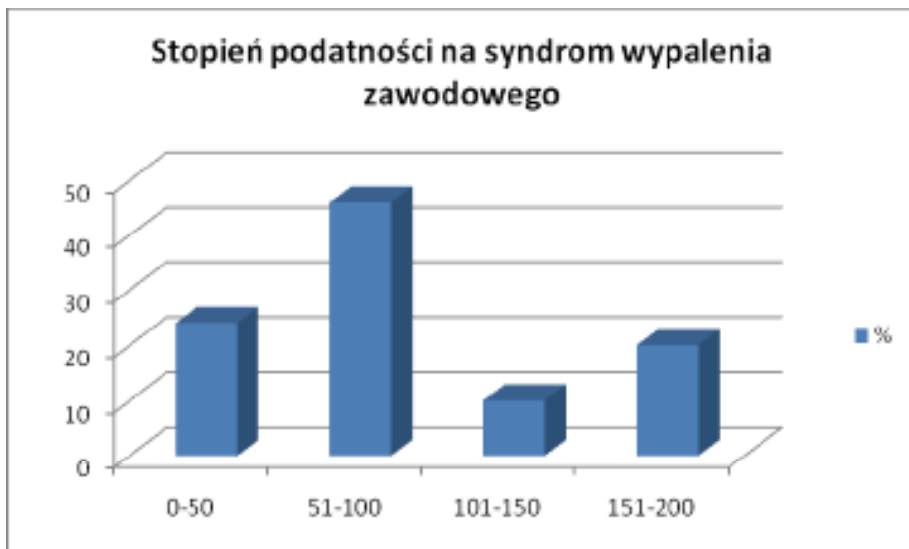
94% badanych pielęgniarek uważa, że ich praca jest stresująca, a tylko 6% uznaje, że ich praca nie jest stresująca (wykres 1).



Wykres 1. Stres a praca pielęgniarstwa psychiatrycznego. Źródło: badania własne.

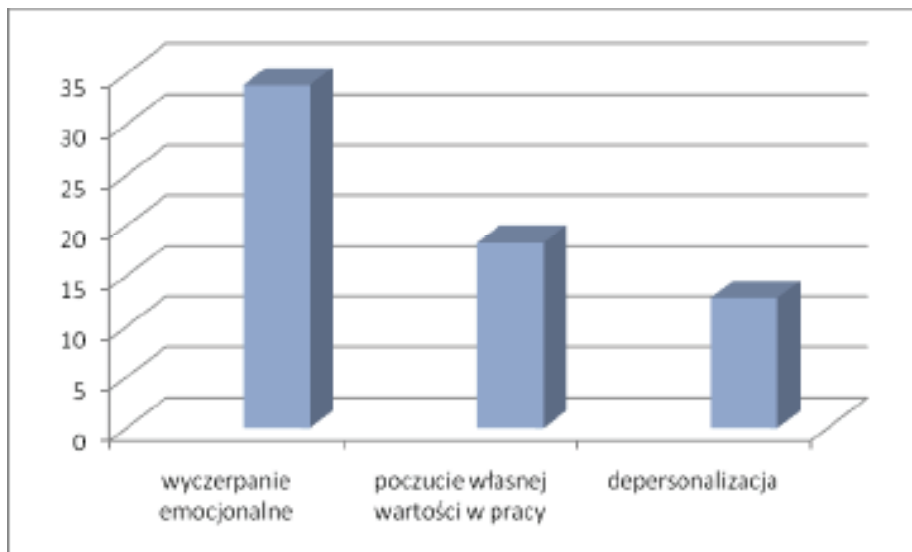
24% badanej grupy (12 pielęgniarek), według własnej oceny, dobrze radzi sobie z obciążeniami i stresem związanym z pracą zawodową oraz ma rozsądne oczekiwania. 64% pielęgniarek (32 z badanej grupy), co stanowi największą liczbę spośród badanych, może być zagrożona tym zjawiskiem. Znają one swoje granice na przeciążenie i bezpieczne granice własnego zaangażowania, muszą jednak usprawnić swoje działania, aby zapobiec pojawieniu się wypalenia. 6 pielęgniarek (12%) w ocenie własnej sugeruje, że są podatne na syndrom wypalenia zawo-

dowego lub żyją w stanie zbyt dużego obciążenia związanego z pracą zawodową i życiem osobistym (wykres 2).



Wykres 2. Samoocena wypalenia zawodowego. Źródło: badania własne.

W badaniu kwestionariuszem MBI badana grupa najwyższe wyniki osiągnęła w wymiarze wyczerpania emocjonalnego. Aż 15 pielęgniarek otrzymało najwyższy możliwy wynik – 54 punkty. Były to osoby w różnym wieku, najmłodsza miała 27 lat, a najstarsza z tej grupy 60 lat. Depersonalizacja na maksymalnym poziomie (30 punktów), wg kwestionariusza MBI, występuje u 3 pielęgniarek w wieku 39 lat, 41 lat i 44 lat. Natomiast w wymiarze satysfakcji zawodowej niskie wyniki uzyskało aż 14 pielęgniarek, co stanowi 28% badanej grupy.



Wykres 3. Wypalenie zawodowe wg MBI. Źródło: badania własne.

Badania przeprowadzone na grupie 50 pielęgniarek, pracujących na oddziale psychiatrycznym, wskazują, że może się u nich rozwijać syndrom wypalenia zawodowego, poprzedzony przewlekłym stresem. Potwierdzają to Kowalczyk i wsp., wskazując, że 72% pielęgniarek w przeprowadzonych przez nie badaniach uważało, że wykonywana praca naraża je na stres [12]. Z badań własnych wynika, że w większości przypadków pielęgniarki psychiatryczne uznają swoją pracę za stresogenną. Jest to aż 94% badanej grupy. Podobne wyniki dotyczące tej kwestii uzyskały A. Płotka i wsp., stwierdzając, że 100% badanych pielęgniarek wyraziło jednomyślny pogląd, że ich praca jest stresująca [13]. Zbliżone wyniki podały Modzelewska i Kulik. W badaniach własnych, przeprowadzonych wśród pielęgniarek zatrudnionych w lubelskich szpitalach, wykazały, że 73,3% pielęgniarek odczuwało stres związany z pracą zawodową [14].

Proces wypalenia zawodowego jest niebezpieczny z powodu trudności zidentyfikowania jego objawów. Analiza materiału z kwestionariusza samooceny J. P. Schrödera potwierdza te trudności. Stwierdzono, że żadna z badanych pielęgniarek nie uzyskała wyników, które wskazywałyby, że – według własnej oceny – jest wyczerpana zawodowo. W badaniach Kędry i Sanak subiektywne poczucie wypalenia zawodowego miało aż 53% badanych pielęgniarek, ale tylko 34% stwierdziło, że zjawisko wypalenia zawodowego dotknęło je osobiście [15].

WNIOSKI

1. U części badanych pielęgniarek zaobserwowano objawy wypalenia zawodowego.
2. W analizowanej grupie występują elementy ostrzegawcze i typowe dla zespołu wypalenia zawodowego.
3. Pielęgniarki pracujące na oddziale psychiatrycznym uważają swoje środowisko pracy za stresogenne.
4. Z przeprowadzonych za pomocą kwestionariusza MBI badań wynika, że badane pielęgniarki nie są wypalone zawodowo. Wskazują na to średnie wyniki w zakresie wyczerpania emocjonalnego i poczucia dokonań osobistych, a także w zakresie depersonalizacji. Może się u nich jednak rozwijać wypalenie zawodowe.
5. Najwyższy poziom wypalenia zawodowego odczuwały pielęgniarki w stosunku do własnej osoby, na poziomie emocjonalnym.
6. Według samooceny badane pielęgniarki nie są wypalone zawodowo.

PIŚMIENNICTWO

1. Maslach C. Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej. Sęk H. (red.), Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012. ISBN 9788301158842.
2. Wilczek-Rużyczka E. Wypalenie zawodowe pracowników medycznych. Wydawnictwo Wolters Kluwer SA, Warszawa 2014. ISBN 978-83-264-3253-8.
3. Lewandowska A., Litwin B. Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. Kojder J. (red.), Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej, 2009, 55 (3). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 86–89. ISSN 1427-440X.
4. Fengler J. Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000. ISBN 83-87957-03-8.
5. Okła W. Ryzyko zespołu wypalenia i sposoby jego przezwyciężania u terapeutów i osób wspierających. Szewczyk L., Kulik A. (red.), Wybrane zagadnienie z psychologii klinicznej osobowości. Psychosomatyka. Problemy Psychologii Klinicznej nr 5, 2001, Lublin, TN KUL, s. 133–142. ISBN 83-7306-048-0.
6. Ciechaniewicz W. Pielęgniarstwo – ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych (tom 1–2). PZWL, Warszawa 2014, ss. 972. ISBN 978-83-200-4873-5.
7. Wilczek-Rużyczka E. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wydawnictwo „Czelej”, Lublin 2007. ISBN 978-83-60608-71-5.
8. Markiewicz R. Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. Karakuła-Juchnowicz H. (red.), Curr Probl Psychiatry 13 nr 2, Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2012, s. 93–97. ISBN 23253-9789.

9. Uszyński M. Stres i antystres – patomechanizm i skutki zdrowotne. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2009. ISBN 8360466432.
10. Pasikowski T. Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. Sęk H. (red.), Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie. PWN, Warszawa 200, ss. 256. ISSN 978-8301-15884-2.
11. Schröder J.P. Wypalenie zawodowe – drogi wyjścia. Jak dokonać trwałej przemiany. Wydawnictwo BC Edukacja, Warszawa 2008, ISBN 978-83-61059-21-9. http://www.publio.pl/files/samples/89/c0/59/50298/Wypalenie-zawodowe-drogi-wyjscia_demo.pdf [dostęp 14.06.2016].
12. Kowalczyk K. i wsp. Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik wypalenia zawodowego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19 (3); *Via Medica*, s. 307–314, ISSN 1233-9989.
13. Płotka A. i wsp. Stres a zespół wypalenia zawodowego. *Pielęgniarstwo* 2000, nr 5 (40), s. 26–30. ISSN 1230-5235.
14. Modzelewska T., Kulik T.B. Stres zawodowy jako nieodłączny element zawodów profesjonalnego pomagania – sposoby radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek. Komitet redakcyjny: Szczygieł R., Stępnik K., Łukasik A. *Annales Universitatis Mariae Skłodowska-Curie, Lublin – Polonia*, VOL. LVIII, suppl. VIII, 161 sectio D, 2000, s. 312–316. ISSN 0459-9587.
15. Kędra E., Sanak K. Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. Krzyżanowski D. (red.), *Pielęgniarstwo i zdrowie publiczne*, 3,2, UM Wrocław 2013, s. 119–132. ISSN 2082-9876.

Occupational burn-out syndrome in the work of psychiatric nurses

Anna Klajda¹, Leszek Szewczyk¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. Occupational burn-out syndrome is typical of professions related with providing assistance to others. The employees of health services, especially physicians and nurses, belong to the occupational groups which, due to the specificity of work, are most exposed to stress at their place of work, and consequently, to the occupational burn-out syndrome.

Objective. The objective of the study was to determine whether, and if so, to what extent, the examined group of psychiatric nurses has been afflicted by the occupational burn-out. Objective. The objective of the study was to determine whether, and if so, to what extent, the examined group of psychiatric nurses has been afflicted by the occupational burn-out.

Material and method. The study included 50 nurses employed in one of the psychiatric hospitals in the Lublin Region. The study group consisted of exclusively women, which reflected the structure of employment. The examined group of nurses varied according to age; 32%, i.e. 16 nurses, were urban inhabitants, and 68%, i.e. 34 nurses, permanently lived in rural areas. The research instrument was a questionnaire for the assessment of the scale of occupational feelings and occupational burn-out – MBI, Ch. Maslach, and a questionnaire for independent determination of the degree of threat with burn-out by J. P. Schröder.

Results. The examined group of nurses may experience occupational burn-out, because they showed a relatively high level of emotional exhaustion (33.9), a mediocre level of self-esteem at work (18.3), and a mediocre level of depersonalization (14.8). Different results were obtained with respect to self-assessment based on the Schröder questionnaire. None of the nurses diagnosed in herself the characteristics of occupational burn-out syndrome. The majority of nurse were threatened by the occupational burn-out syndrome. In the analyzed group, warning symptoms typical of the burn-out syndrome were noted.

Conclusions. In a part of nurses the symptoms of occupational burn-out syndrome were observed. In the analyzed group there occurred warning elements and typical of the burn-out syndrome. Nurses employed in the psychiatric ward consider their work environment as stressful. Studies conducted using the MBI show that nurses are not occupationally burnt-out. This is confirmed by the mediocre results on the level of emotional exhaustion and in the area of the feeling of personal achievements, as well as decreased depersonalization. However they may develop occupational burn-out. The highest level of occupational burn-out was experienced by nurses with respect to the self, on an emotional level. According to their self-assessment they are not burnt-out occupationally.

► **Keywords:** occupational burn-out, psychiatric nursing, depersonalization, emotional exhaustion

Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego a występowanie powikłań pielęgnacyjnych u chorych z wylonioną stomią jelitową

Agnieszka Kondrat¹, Maria Pyć¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Zabieg wylonienia stomii wiąże się niewątpliwie ze zmianami w życiu pacjenta. Przede wszystkim modyfikacji ulega jego ciało, ale także poziom jakości życia, co ma duże znaczenie dla komfortu psychicznego chorego. Duża rola w tym procesie przypada pielęgniarkom stomijnej, której obecność przy pacjencie widoczna jest zwłaszcza w okresie pooperacyjnym, kiedy przypada jej realizacja edukacji pacjenta. Nie bez znaczenia zatem jest poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego w tym zakresie. Wykształcona i zaangażowana w swoją zawodową rolę kadra pielęgniarska powinna stanowić dobre źródło informacyjne i profilaktyczne dla pacjenta.

Cel. Celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat stomii i wpływu tej wiedzy na występowanie powikłań pielęgnacyjnych u chorych z wylonioną stomią.

Materiał i metody. Przebadano 100 pielęgniarek stomijnych. Największą grupę badanych (39%) stanowiły osoby z grupy wiekowej od 50 do 59 lat, a następnie osoby w wieku od 40 do 49 lat (35%). 93% badanych to kobiety, 7% stanowili mężczyźni. 71% osób ankietowanych miało wykształcenie wyższe licencjackie lub magisterskie. Nieco ponad połowa badanych to osoby z ponaddwudziestoletnim stażem (51%). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Poziom wiedzy pielęgniarskiej na temat stomii był – zdaniem samych badanych – dość wysoki. Faktycznie jednak wiedza personelu pielęgniarskiego na temat stomii jest niewystarczająca. Personel pielęgniarski jest świadomy znaczenia swojej wiedzy w zapobieganiu dermatologicznym powikłaniom wynikającym z niewłaściwej pielęgnacji stomii i skóry wokół niej. Jednocześnie pielęgniarki stomijne w większości nie uznają, że powikłania stomijne mogą być wynikiem zaniedbania personelu pielęgniarskiego.

Wnioski. Poziom wiedzy pielęgniarskiej na temat stomii przekłada się na edukację pacjentów w tym zakresie, a tym samym wpływa na zapobieganie powikłaniom oraz poprawę jakości ich życia. Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat stomii jest niewystarczająca. Personel pielęgniarski jest świadomy znaczenia swojej wiedzy dla zapobiegania dermatologicznych powikłań wynikających z niewłaściwej pielęgnacji stomii i skóry wokół niej.

► **Słowa kluczowe:** stomia, pielęgniarka stomijna, wiedza, edukacja, powikłania

WPROWADZENIE

Zabieg wylonienia stomii wiąże się ze zmianami w życiu pacjenta. Przede wszystkim modyfikacji ulega jego ciało, ale i także poziom jakości życia, co ma

duże znaczenie dla komfortu psychicznego chorego. Podstawowym zadaniem po zabiegu jest poznanie zasad pielęgnacji stomii i jej okolic, a także związana z tym obsługa sprzętu stomijnego. Poziom i jakość uzyskanej wiedzy w tym zakresie ma duże znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania chorych ze stomią. Pielęgniarka stomijna spełnia ważną rolę w rehabilitacji pacjentów ze stomią. Jej rola zaczyna się już na etapie planowania zabiegu, kiedy wyjaśnia pacjentom zasady działania sprzętu stomijnego oraz jego wymiany. Jednak większość pacjentów trafia na zabieg nagle i dlatego informacje te przekazywane są im już po wyłonieniu stomii. Często też obsługi sprzętu uczeni są opiekunowie chorego lub osoby z najbliższego otoczenia pacjenta. W przypadku operacji planowych przygotowanie pacjenta do zabiegu jest o wiele lepsze i w dużej mierze wynika ze strony lekarza, który powinien przeprowadzić rozmowę na temat samego zabiegu. Dzięki temu chory przygotowany jest psychicznie do zmiany, która go czeka w wyniku zabiegu, co ma znaczenie dla jego późniejszej akceptacji odbytu brzuszego. Oprócz przekazania informacji dotyczących samego zabiegu istotne jest nawiązanie kontaktu emocjonalnego między lekarzem a pacjentem i wzajemne zaufanie. Dopiero po spełnieniu tych warunków chory będzie mógł się poczuć spokojnie i bezpiecznie w danej sytuacji. Nie zawsze jednak tak się dzieje i czasem niezbędne jest wsparcie psychologa, współpraca rodziny czy pomoc wolontariuszy stomijnych (byłych pacjentów) [1]. Istotną kwestią w okresie przedoperacyjnym jest również wyznaczenie miejsca wyłonienia stomii. Zadanie to należy do lekarza bądź pielęgniarki stomijnej działającej w porozumieniu z nim. Szczególną rolę pełni pielęgniarka stomijna we wczesnym okresie pooperacyjnym, kiedy zdrowie pacjenta i jego stan mogą ulec zmianie. Rola pielęgniarki zostaje wówczas sprowadzona do stałej i dokładnej obserwacji chorego. W tym celu przeprowadza ona pomiary różnych parametrów życiowych i umieszcza je w karcie obserwacji dla pozostałych członków zespołu terapeutycznego. Obserwacjom podlegają następujące dane kliniczne:

- stan świadomości – w zakres kontroli wchodzi ocena stopnia wybudzenia, możliwość kontaktu z chorym oraz jego reakcje na bodźce zewnętrzne;
- poziom ciśnienia i tętna – ich zaburzenia zwykle stanowią przejaw powikłań pooperacyjnych;
- częstość oddechów – zaburzenia rytmu oddychania mogą świadczyć o zaburzeniach krążeniowo-oddechowych, wzroście temperatury albo silnym bólu;
- zabarwienie skóry i błon śluzowych – zmiany w tym zakresie, takie jak zblednięcie czy zasinienie, mogą być objawem niedotlenienia lub hypowolemii;
- diureza – analizie podlega ilość i jakość wydalanego moczu;
- temperatura ciała – wzrost temperatury może świadczyć o powikłaniach anestetycznych lub infekcyjnych [2].

Oprócz obserwacji pacjenta pielęgniarka zobowiązana jest do walki z ewentualnym bólem poprzez podawanie leków przeciwbólowych czy ułożenie zmniejszające napięcie.

W następnym etapie personel pielęgniarstwa powinien się podjąć działań adaptacyjnych chorego do stomii, które przekładają się na następujące czynności:

- ocenę reakcji chorego na stomię,
- wspieranie i zachęcanie do patrzenia na stomię, jej dotykania oraz obserwowania zaopatrywania stomii,
- ukazywanie pozytywnych stron życia ze stomią,
- pomoc w odreagowaniu [3].

Po uzyskaniu możliwej adaptacji chorego do nowej sytuacji wskazane jest rozpoczęcie przygotowania pacjenta do samoopieki. Na etapie tym personel pielęgniarstwa powinien uwzględnić takie dane dotyczące chorego jak jego wiek, zainteresowanie stanem zdrowia, sprawność zmysłów, ogólne nastawienie do stomii, chęć współpracy z zespołem medycznym, zasób wiedzy i umiejętności dotyczących stomii, poziom zaufania do personelu medycznego oraz stan somatyczny i psychiczny. Następnie pielęgniarka opracowuje dla chorego plan jego opieki [4].

Personel pielęgniarstwa realizuje również funkcję edukacyjną wobec pacjenta na wyłonioną stomię. Przekłada się ona na następujące działania:

- przygotowanie pacjenta i ewentualnie jego rodziny do pielęgnacji stomii,
- udzielenie informacji o nowym trybie życia, diecie, życiu seksualnym i rehabilitacji,
- wskazanie grupy wsparcia,
- zapoznanie chorego z zasadami refundacji sprzętu stomijnego [5;6].

Ponadto pielęgniarka stomijna uczy pacjenta oceniać funkcjonowanie stomii, a więc zwracać uwagę na jej kolor, kształt czy wielkość, co pozwoli wcześniej rozpoznać ewentualne odchylenia. Wówczas do jej obowiązków należą wszelkie czynności przy stomii, począwszy od nauki pacjenta o zasadach pielęgnacji stomii, po wspomniany już dobór sprzętu. Informacje te często są również przekazywane opiekunom osób chorych lub osobom bezpośrednio z nimi związanym. Oprócz roli edukacyjnej pielęgniarka stanowi dla pacjentów wsparcie ze względu na stały kontakt z nimi. Spędza ona przy pacjencie dużo czasu, znacznie więcej niż lekarz, przez co istotne są jej cechy osobowościowe, które przełożą się na dalszą współpracę z chorym. Pielęgniarka wyjaśnia różne wątpliwości pacjentom i ułatwia im oswojenie się z nową rzeczywistością. Od jej podejścia do chorego zależy między innymi przebieg procesu adaptacyjnego i rehabilitacyjnego, dlatego pielęgniarki stomijne są przygotowane do tej roli zarówno od strony pielęgnacji stomii, jak i pomocy terapeutycznej. Dzięki temu pomocny jest ich udział w takich działaniach jak wskazanie dobrych stron nowego życia czy namowa pacjenta do rozwijania swoich pasji [7;8].

CEL

Celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat stomii i wpływu tej wiedzy na występowanie powikłań pielęgnacyjnych u chorych z wyłonią stomią.

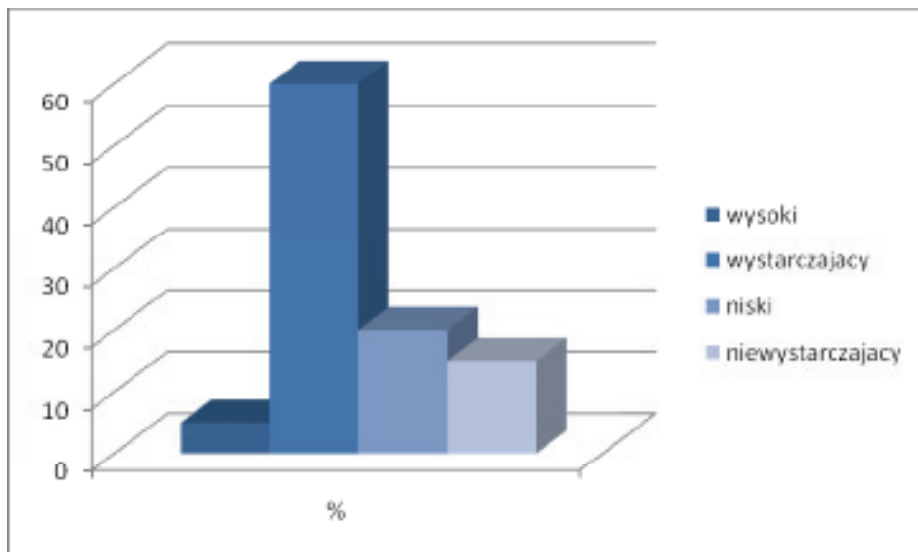
MATERIAŁ I METODY

Do badań przystąpiło łącznie 120 osób, ale z uwagi na niedokładne lub niepełne wypełnienie ankiet do analizy zostało przyjętych 100 poprawnie wypełnionych ankiet. Największą grupę badanych (39%) stanowiły osoby z grupy wiekowej od 50 do 59 lat, a następnie osoby w wieku od 40 do 49 lat (35%). Kolejną grupę wśród badanych pod względem liczebności stanowiły osoby w wieku od 30 do 39 lat (21%) oraz w wieku od 20 do 29 lat (14%). Tylko 1% ogółu stanowiły osoby powyżej 60 lat. 93% badanych to kobiety, 7% stanowili mężczyźni. 71% osób ankietowanych miało wykształcenie wyższe licencjackie lub magisterskie. Nieco ponad połowa badanych to osoby z ponaddwudziestoletnim stażem (51%). Drugą pod względem liczebności grupę stanowiło 19% badanych ze stażem pracy od 11 do 20 lat.

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Ankieta składała się z 37 pytań, z czego 35 pytań było jednokrotnego wyboru, a pozostałe 2 dopuszczały więcej niż jedną odpowiedź. Pierwszą część ankiety stanowiła metryczka z danymi socjodemograficznymi takimi jak wiek, płeć, wykształcenie, staż pracy i miejsce zatrudnienia. W dalszej części ankiety zostały umieszczone pytania dotyczące stomii, jej odmian, pielęgnacji, doboru sprzętu, a także zakresu wiedzy personelu pielęgniarskiego na ten temat oraz znaczenia tej wiedzy w całym procesie funkcjonowania pacjentów ze stomią.

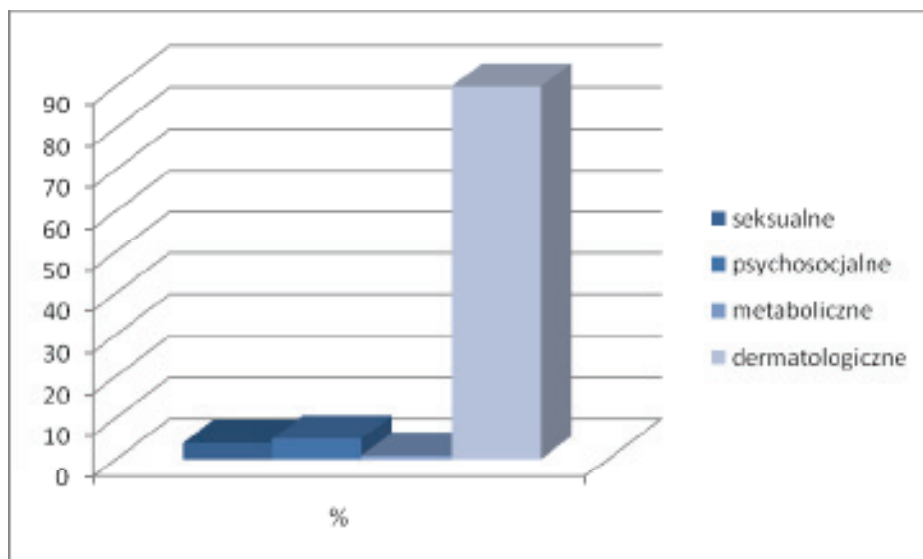
WYNIKI

60% respondentów uznało swoją wiedzę na temat stomii za wystarczającą, 5% uznało poziom wiedzy za wysoki, a pozostałych 35% badanych wskazało na zdecydowanie niezadowalający poziom wiedzy o stomii: w przypadku 20% badanych – niski, a 15% – niewystarczający (wykres1).



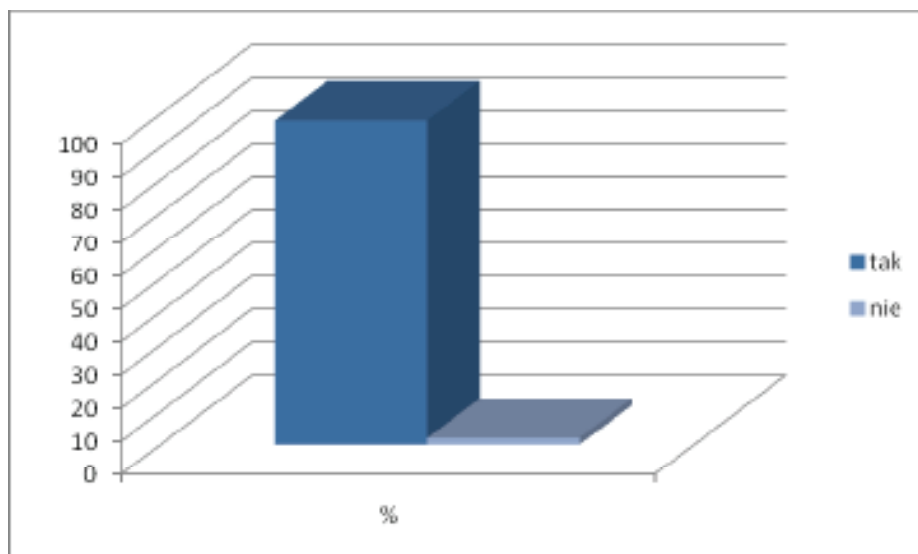
Wykres 1. Poziom wiedzy personelu pielęgniarstwa na temat stomii. Źródło: badania własne.

W związku z nieprawidłową pielęgnacją stomii, mogą pojawić się przede wszystkim powikłania dermatologiczne, czego świadomych jest 90% badanych. Jedynie 5% badanych uważa, że niewłaściwa pielęgnacja wywołuje psychospołeczne konsekwencje, a 4% wskazuje na seksualne komplikacje. Tylko 1% badanych dostrzega ryzyko powikłań metabolicznych w związku z nieprawidłową pielęgnacją (wykres 2).



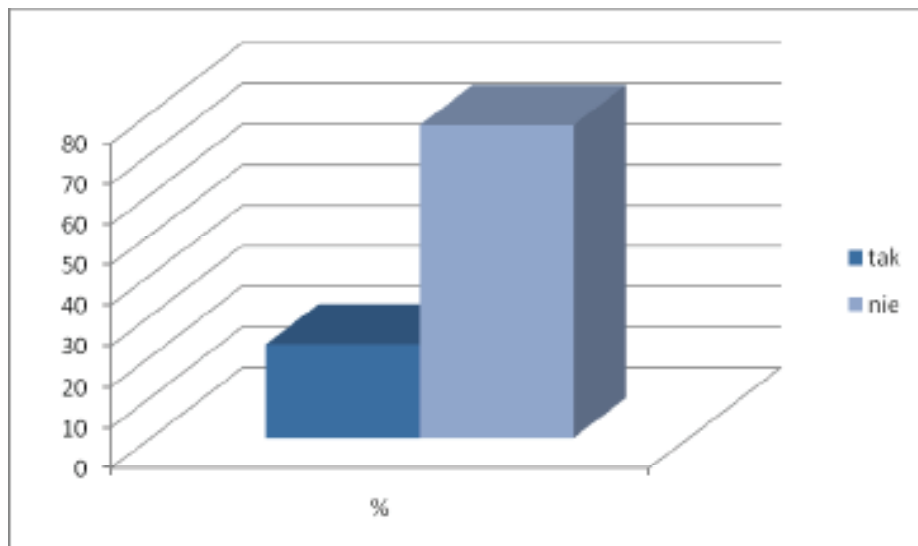
Wykres 2. Rodzaje powikłań po nieprawidłowej pielęgnacji. Źródło: badania własne.

98% badanych uważała, że poziom ich wiedzy na temat stomii wpływa na liczbę powikłań stomijnych. Tylko 2% było przeciwnego zdania (wykres 3).



Wykres 3. Znaczenie wiedzy pielęgniarskiej w zapobieganiu powikłaniom stomii. Źródło: badania własne.

Jednocześnie tylko 23% badanych pielęgniarek uznało, że przyczyna powikłań stomijnych może leżeć po stronie personelu pielęgniarskiego. 77% wskazało, że powstanie powikłań pielęgnacyjnych u chorych z brzuszny odbytem wynika z innych przyczyn (wykres 3).



Wykres 4. Powikłania stomijne jako wynik zaniedbania personelu medycznego. Źródło: badania własne.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania pozwalają na wysunięcie następujących wniosków:

1. Poziom wiedzy pielęgniarskiej na temat stomii jest – zdaniem badanych pielęgniarek – dość wysoki, faktycznie jednak wiedza personelu pielęgniarskiego na temat stomii jest niewystarczająca.
2. Personel pielęgniarski jest świadomy znaczenia swojej wiedzy w zapobieganiu dermatologicznym powikłaniom wynikającym z niewłaściwej pielęgnacji stomii i skóry wokół niej.
3. Pielęgniarki stomijne w większości nie uznają, że powikłania stomijne mogą być wynikiem zaniedbania personelu pielęgniarskiego.

Zdawać by się mogło, że zależność między poziomem wiedzy personelu medycznego na temat stomii a liczbą powikłań stomijnych jest dość oczywista. Jednak niniejsze badania pokazują, że choć badane pielęgniarki deklarują taką zależność na poziomie teoretycznym, to już w odniesieniu do konkretnych powikłań nie widzą ich bezpośredniej przyczyny w swoim braku wiedzy. Dość wysoko oceniają poziom swojej wiedzy, a jednocześnie mają ewidentne braki w zakresie znajomości powikłań w sferze seksualnej, psychologicznej czy społecznej.

Zaprezentowane badania mają charakter pilotażowy. Trudno je porównać do innych tego typu badań, ponieważ autorki nie znalazły podobnych analiz dotyczących stomii (wiedza pielęgniarek a powikłania stomijne). Autorki mają jednak nadzieję, że pojawiający się problem niechęci do wzięcia odpowiedzialności

za powikłania stomijne przez personel pielęgniarski oraz faktyczne dostrzeżenie braków w wiedzy na ten temat, stanie się przyczynkiem do dalszych badań naukowych (rodzaj oporu psychologicznego) i tworzenia skutecznych szkoleń.

PIŚMIENNICTWO

1. Kołodziejczak M. Opieka nad pacjentem ze stomią. *Medycyna Rodzinna*, nr 2, 2006, s. 32–36.
2. Kondrat A. Problemy pielęgnacyjne pacjenta ze stomią jelitową. Praca licencjacka, Lublin 2014, s. 22.
3. Pielęgnowanie chorego ze stomią jelitową. http://www.pwsz.nysa.pl/instytut/pielęgniarnstwo/chirurgia/pielęgnowanie_chorego_ze_stomia.pdf [dostęp 15.06.2016].
4. Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja. Termedia, Poznań 2014, s. 108, ss.395. ISBN 8379882512.
5. Galt E., Hill H. A co ze współżyciem? Dla osób ze stomią i ich partnerów. Broszura. Paul HARTMANN Polska Sp. z o.o., s. 8.
6. Kozłowska-Wojciechowska M. Zasady prawidłowego żywienia osób ze stomią. *Troska*, nr 4(11), 2005, s. 3–7.
7. Szczepkowski M. Dobra stomia. *Postępy Nauk Medycznych*, nr 5, 2006, s. 240–250.
8. Sobczak U. Pielęgnacja stomii w pytaniach i odpowiedziach (cz. II). *Nasza Troska*, nr 3(26), 2007, s. 6–7.

Level of nursing staff knowledge and occurrence of nursing complications in patients with formed intestinal stoma

Agnieszka Kondrat¹, Maria Pyć¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. The procedure of formation of stoma is undoubtedly associated with changes in a patient's life. First of all, the patient's body is modified, but also a certain level of the quality of life, which is of great importance for the patient's psychological comfort. A stoma nurse plays a great role in this process, whose presence at the patient's side is clearly visible, especially during the postoperative period when she undertakes patient education. Thus, the level of nursing staff knowledge in this respect is not without significance. Educated nursing staff, engaged in their occupational role, should be a good source of information and prophylaxis for a patient.

Objective. The objective of the study was to investigate the level of nursing staff knowledge concerning stoma and its effect on the development of post-operative nursing complications in patients with a formed stoma.

Material and method. The study covered 100 stoma nurses. The largest group of respondents (39%) were aged 50–59, followed by those aged 40–49 (35%); 93% were females, 7% were males; 71% of respondents had a higher licentiate or Master's education. Slightly more than a half of respondents had a period of employment of over 20 years (51%). The study was conducted using a research technique based on a questionnaire designed by the author.

Results. According to the respondents, their level of nursing knowledge concerning stoma was relatively high, while, in fact, knowledge concerning stoma among the nursing staff is insufficient. The nursing staff were aware of the importance of their knowledge in order to prevent dermatological complications resulting from incorrect nursing of the stoma and skin around it. At the same time, the majority of the stoma nurses do not admit that stoma complications may be the result of negligence of the nursing staff.

Conclusions. The level of nursing knowledge concerning stoma is translated into patient education in this respect and, therefore, exerts an effect on the prevention of complications and the improvement of the quality of life of patients. The nursing staff's knowledge concerning stoma is insufficient. Nurses are aware of the importance of their knowledge in the prevention of dermatological complications resulting from incorrect nursing of the stoma and skin around it.

► **Keywords:** stoma, stoma nurse, knowledge, education, complications

Zachowania zdrowotne pielęgniarek czynnych zawodowo co najmniej jeden rok

Anna Remigrońska¹, Anna Włoszczak-Szubda¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Stosując właściwą dietę, prowadząc aktywny tryb życia, korzystając z umiejętności radzenia sobie ze stresem, mając życie wolne od tytoniu i innych nałogów, pielęgniarka może być przykładem tego, jak zachować zdrowie. Postępując właściwie, chroni nie tylko własne życie, ale jest również w dużym stopniu przekonująca dla pacjenta – uwiarygadnia bowiem swoją postawą informacje przekazywane pacjentowi.

Cel. Celem pracy było poznanie istotnych zachowań zdrowotnych pielęgniarek czynnych zawodowo przez co najmniej jeden rok.

Materiał i metody. W pracy posłużono się metodą analizy dokumentacji, metodą sondażu diagnostycznego oraz metodą analizy statystycznej. W ramach standaryzacji autorskiego narzędzia badawczego przeprowadzono badania pilotażowe oraz ocenę sędziów kompetentnych. Ostateczne narzędzie badawcze było weryfikowane pod wpływem otrzymanych z pilotażu i oceny sędziów kompetentnych uwag. Narzędziem statystycznym był program SPSS. Do zbadania zależności zachowań posłużono się testem Chi-kwadrat. Badaną grupę stanowiły pielęgniarki, a także pielęgniarze, wszyscy czynni zawodowo minimum jeden rok. W badaniach uczestniczyło 110 respondentów. Średnia wieku badanych kobiet i mężczyzn wynosi 41,39 lat. Wśród badanych były 103 kobiety i 7 mężczyzn. Badaniami objęto osoby od 25. do powyżej 51. roku życia. 62% badanych zadeklarowało pozostawanie w związku małżeńskim, pozostała część ankietowanych była stanu wolnego. 62% ankietowanych pochodziło z miasta, natomiast 38% ze wsi.

Wyniki. Wśród respondentów występowało wiele zachowań antyzdrowotnych. Między innymi brak przestrzegania zasad zdrowego odżywiania, przeważający bierny tryb życia, spożywanie większej liczby posiłków dziennie i podjadanie między posiłkami, nadmierne stosowanie używek, zbyt krótki odpoczynek nocny. Zaobserwowano też niską umiejętność radzenia sobie ze stresem.

Wnioski. Pielęgniarki wykazują brak przestrzegania zasad zdrowego odżywiania. Przeważa wśród nich bierny tryb życia, a także spożywanie większej liczby posiłków dziennie i podjadanie między posiłkami, nadmierne stosowanie używek, zbyt krótki odpoczynek nocny i niska umiejętność radzenia sobie ze stresem.

► Słowa kluczowe: zdrowy styl życia, zachowania zdrowotne, pielęgniarki, edukacja, promocja zdrowia

WPROWADZENIE

Czy zdrowy tryb życia pielęgniarek przekłada się na lepszą kondycję pacjentów? To pytanie było głównym motywem opracowania niniejszego artykułu.

Najnowsze brytyjskie badania podkreślają, że ze względu na frontowy charakter działań pielęgniarek, właśnie one mają szczególną rolę w informowaniu i edukowaniu pacjentów w kwestii zachowań prozdrowotnych i właściwego stylu życia [1;2;3;4;5;6;7].

Jednak pomimo wiodącej roli w zakresie promocji zdrowia i profesjonalnej wiedzy na temat zdrowego stylu życia, badania wskazują, że wiele pielęgniarek nie przenosi tego na własne zachowania zdrowotne i styl życia. Wśród ogólnej populacji innych pracowników służby zdrowia (badania prowadzone w różnych krajach) to pielęgniarki np. palą najwięcej papierosów (45–57%) [8;9;10;11;12]. Ponadto stwierdzono, że wśród aktualnie palących pielęgniarek znacznie rzadziej pojawia się decyzja rzucenia palenia niż wśród innych pracowników służby zdrowia [13].

Jednym z czynników, które mogą mieć wpływ na rozpowszechnienie palenia wśród pielęgniarek, jest występowanie stresu związanego z pracą [14]. Pielęgniarstwo jest postrzegane jako zawód wysoce stresujący, z wysokim poziomem wypalenia zawodowego, rotacyjnym zatrudnieniem, narażeniem na choroby [15]. To pielęgniarki zwykle jako pierwsze doświadczają śmierci pacjentów, stawiają czoła ich emocjonalnym wymaganiom, podobnie jak i ich rodzin. Doświadczają wciąż zmieniających się warunków pracy czy cięć budżetowych [16].

Literatura tematu wskazuje, że pielęgniarki są często narażone na występowanie otyłości, złe nawyki żywieniowe i niedostateczną aktywność fizyczną. Nadmierna otyłość została m.in. zdiagnozowana wśród pielęgniarek w krajach takich jak Australia, Wielka Brytania, Nowa Zelandia czy RPA [17;18;19]. Stwierdzono, że pielęgniarki nie spełniają zalecanych poziomów aktywności fizycznej (30 minut, 5 dni w tygodniu). Inne behawioralne czynniki ryzyka, które zostały zidentyfikowane wśród tej grupy zawodowej, to palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu [20;21]. Dodatkowo, badania wykazały, że pielęgniarki regularnie spożywają żywność, która posiada wysoką zawartość tłuszczu i cukru [22;23], co związane jest z presją czasu i pracą zmianową [24]. Udowodniono, że pacjenci mają większe zaufanie do pielęgniarek z prawidłową masą ciała i chętniej od nich przyjmują informacje na temat prawidłowej diety czy ćwiczeń fizycznych niż od pielęgniarek z nadwagą [25].

Ponieważ opieka nad pacjentem nie ogranicza się do standardowych godzin pracy (np. 8.00–16.00), około jedna czwarta wszystkich pielęgniarek pracuje w nietypowych godzinach lub w trybie zmianowym [26;27]. Praca zmianowa może mieć negatywny wpływ na pracownika i może prowadzić do zwiększonego zażywania używek, stresu związanego z pracą, do bezsenności, co utrudniała życie społeczne i rodzinne [28;29;30].

W badaniach stwierdzono związek między praktykami zdrowotnymi pielęgniarek a ich skłonnością do podnoszenia kwestii stylu życia w rozmowach z pacjentami [31]. Pielęgniarki, które były zaangażowane w jakąś regularną aktywność fizyczną (np. aerobik), były bardziej skłonne do promowania aktywności fizycznej wśród swoich pacjentów niż ich nieaktywne koleżanki [32]. Wykazano również,

że pielęgniarki, które są nikotynistkami, są mniej skłonne do promowania zdrowego zachowania wśród pacjentów, którzy palą, niż te, które aktualnie nie palą papierosów [33;34].

Ostatecznie niewłaściwe zachowania zdrowotne pielęgniarek nieuchronnie doprowadzają do uszczerbku na ich zdrowiu fizycznym i psychicznym, co ma wpływ na wysoki poziom zmęczenia, stresu i wypalenia zawodowego, a w konsekwencji na obniżenie jakości pracy w opiece nad pacjentem [35].

CEL

Celem pracy było poznanie istotnych zachowań zdrowotnych pielęgniarek czynnych zawodowo minimum jeden rok. Analiza zachowań zdrowotnych pielęgniarek oraz ocena tych zachowań dają możliwość poznania, w jakim stopniu pielęgniarki wykorzystują zdobytą w trakcie nauki wiedzę do kształtowania własnego prozdrowotnego stylu życia i edukacji prozdrowotnej pacjenta.

MATERIAŁ I METODY

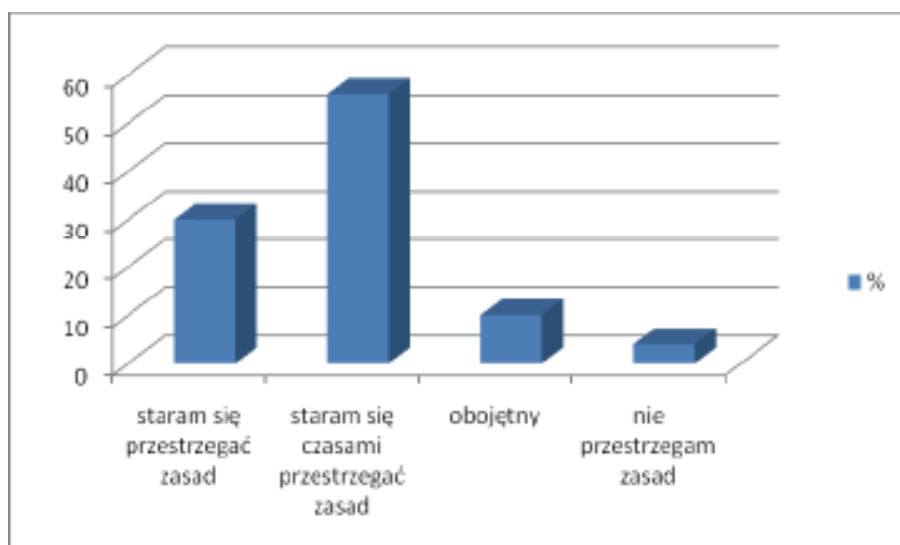
Badaną grupę stanowiły pielęgniarki, a także pielęgniarze, wszyscy czynni zawodowo minimum jeden rok. W badaniach uczestniczyło 114 respondentów. Ostatecznie, po weryfikacji błędów w ankietach, analizie poddano 110 ankiet. Średnia wieku badanych kobiet i mężczyzn wynosi 41,39 lat. Wśród badanych były 103 kobiety i 7 mężczyzn. Badaniami objęto osoby od 25. do powyżej 51. roku życia. 62% badanych zadeklarowało pozostawanie w związku małżeńskim, pozostała część ankietowanych była stanu wolnego. 62% ankietowanych pochodziło z miasta, natomiast 38% ze wsi.

W pracy posłużono się metodą analizy dokumentacji, metodą sondażu diagnostycznego oraz metodą analizy statystycznej. Metoda analizy dokumentacji polegała na analizie danych historycznych i współczesnych wyników badań przeprowadzonych przez innych badaczy. Sondaż diagnostyczny przeprowadzono w oparciu o celowo dobraną grupę pielęgniarek pracujących zawodowo i studiujących. W ramach standaryzacji autorskiego narzędzia badawczego przeprowadzono badania pilotażowe oraz ocenę sędziów kompetentnych. Ostateczne narzędzie badawcze było weryfikowane pod wpływem otrzymanych z pilotażu i oceny sędziów kompetentnych uwag. Narzędziem statystycznym był program SPSS. Do zbadania zależności zachowań posłużono się testem Chi-kwadrat.

WYNIKI

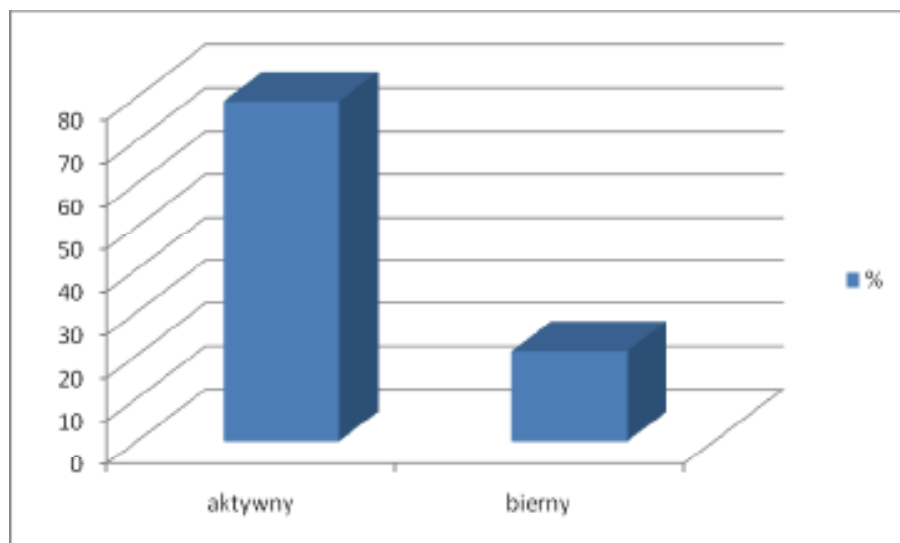
Tylko 35% badanych pielęgniarek deklarowało, że zawsze przestrzega zdrowego stylu życia, 51% stara się tylko czasami przestrzegać zasad zdrowego stylu

życia, 10% badanych jest obojętnych na zasady zdrowego żywienia, a 4% nie prowadzi w ogóle zdrowego trybu życia (wykres 1).



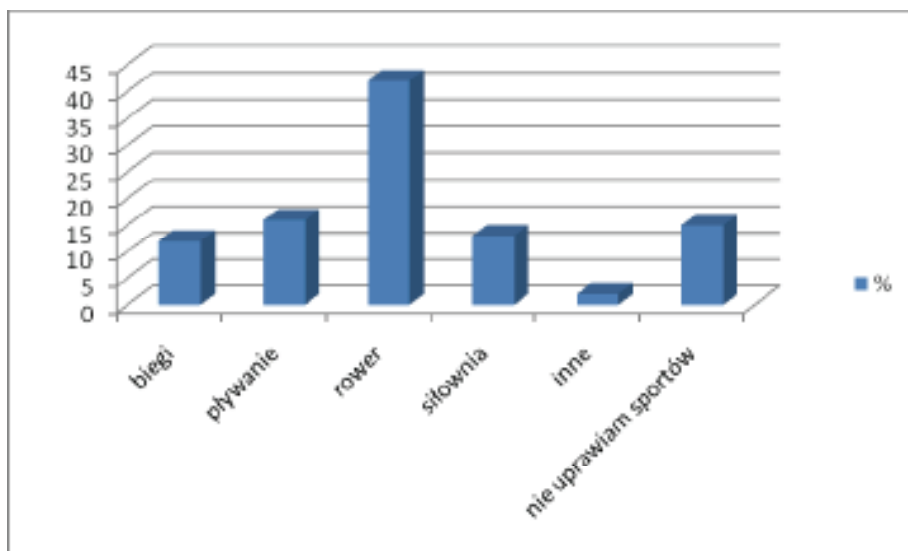
Wykres 1. Stosunek badanych osób do przestrzegania zasad zdrowego stylu życia. Źródło: badania własne.

79% badanych deklaruje prowadzenie aktywnego trybu życia, natomiast 21% ankietowanych – bierny tryb życia (wykres 2).



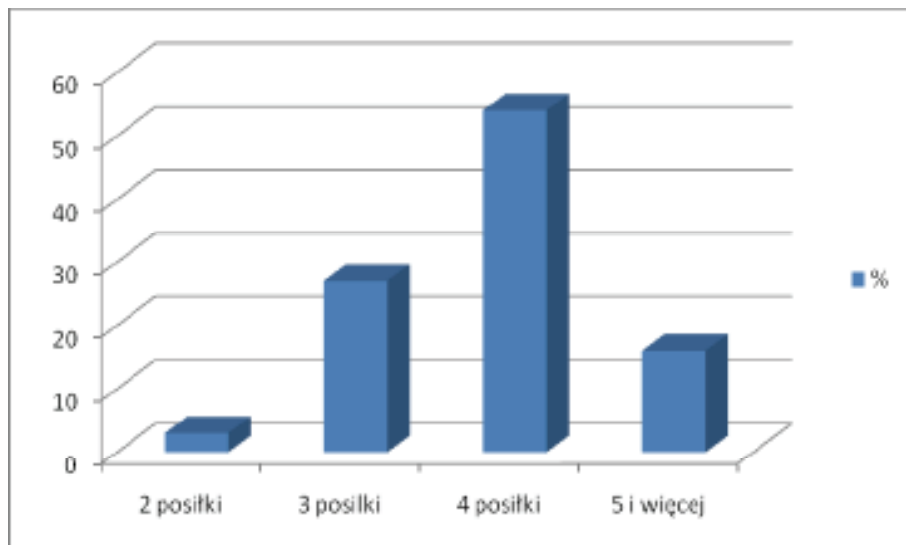
Wykres 2. Prowadzony przez pielęgniarzy tryb życia. Źródło: badania własne.

Jednocześnie, na pytanie dotyczące uprawiania sportów, aż 15% odpowiedzi to „nie uprawiam sportów”. Najwięcej osób wybrała jazdę na rowerze jako rodzaj aktywności fizycznej (42% odpowiedzi). Drugą najczęściej wskazywaną odpowiedzią było – „pływanie” (16%), 13% odpowiedzi to „siłownia”, a 12% – „bieganie” (wykres 3).



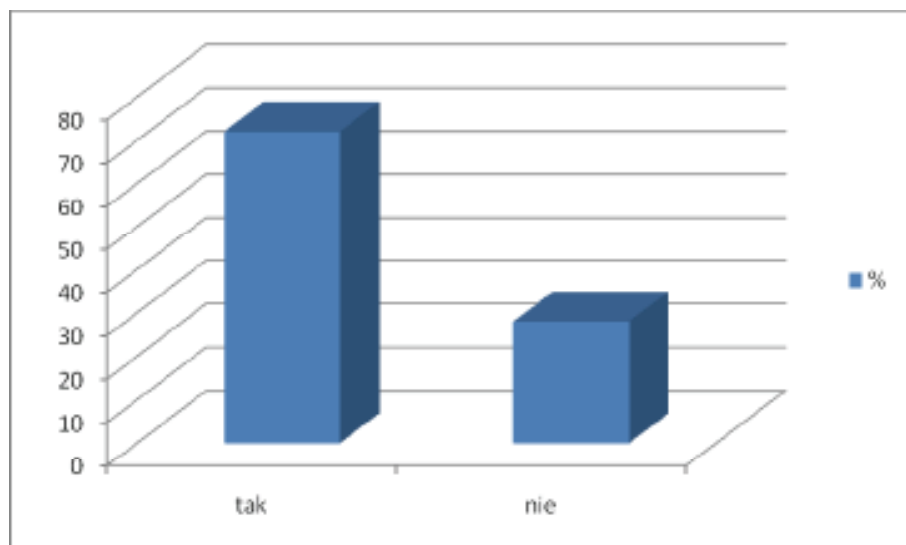
Wykres 3 Uprawiane sporty. Źródło: badania własne.

Zdecydowana większość ankietowanych, aż 54%, wskazała na spożywanie 4 posiłków dziennie. 27% badanych spożywa 3 posiłki dziennie, natomiast 16% – 5 posiłków i więcej. Jedynie trzy osoby (3% ankietowanych) jedzą 2 posiłki dziennie.



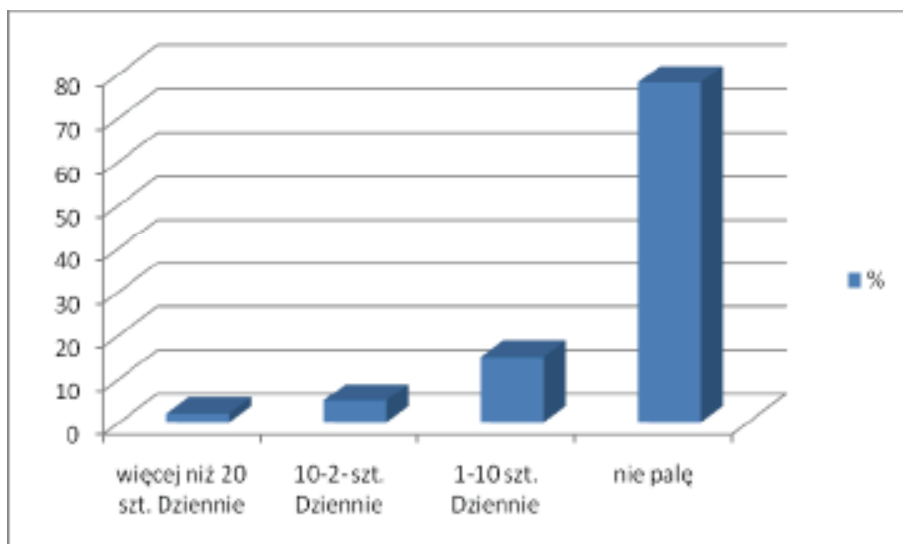
Wykres 4. Liczba posiłków spożywanych dziennie. Źródło: badania własne.

Zdecydowana większość osób podjada pomiędzy posiłkami (72% badanych). Jedynie 31 osobom udaje się nie podjadać między posiłkami (28% badanych) (wykres 5).



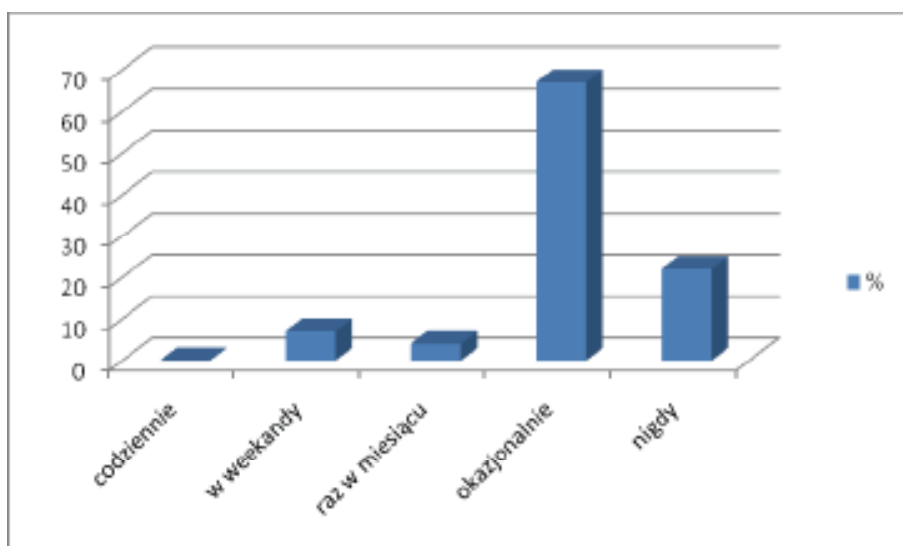
Wykres 5. Podjadanie między posiłkami. Źródło: badania własne.

Z analizy zebranego materiału wynika, iż aż 78% ankietowanych w ogóle nie pali papierosów, 15% pali 1–10 sztuk dziennie, a 5% 10–20 sztuk dziennie. Jedynie 2 osoby (2% ankietowanych) palą więcej niż 20 papierosów dziennie (wykres 6).



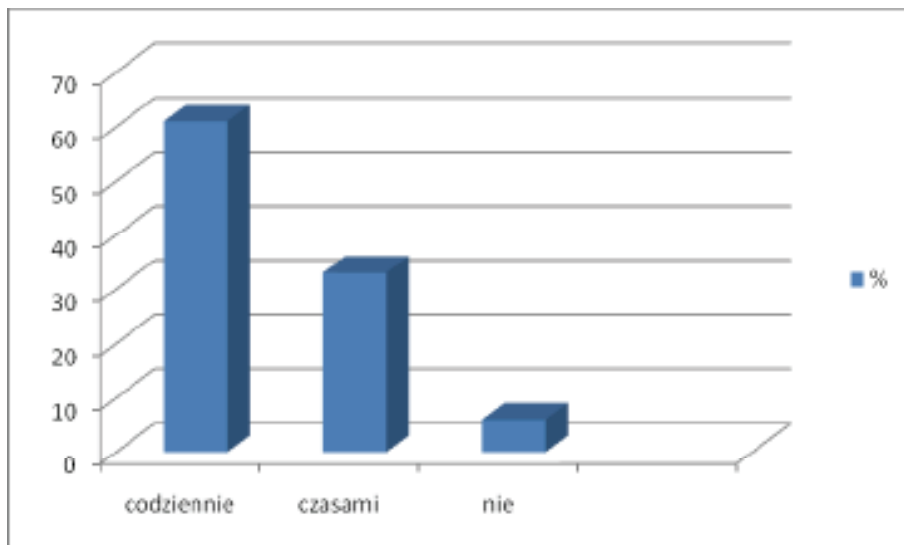
Wykres 6. Częstotliwość palenia papierosów. Źródło: badania własne.

67% ankietowanych pije alkohol tylko okazjonalnie. 22% nie pije alkoholu wcale. Tylko 7% badanych pije w weekendy, a 4% raz w miesiącu (wykres 7).



Wykres 7. Częstotliwość picia alkoholu. Źródło: badania własne.

61% ankietowanych uważa, że są codziennie narażeni na stres, 33% z nich tylko czasami, a jedynie 6% badanych stwierdziło, iż nie są narażeni w życiu codziennym na stres (wykres 8).



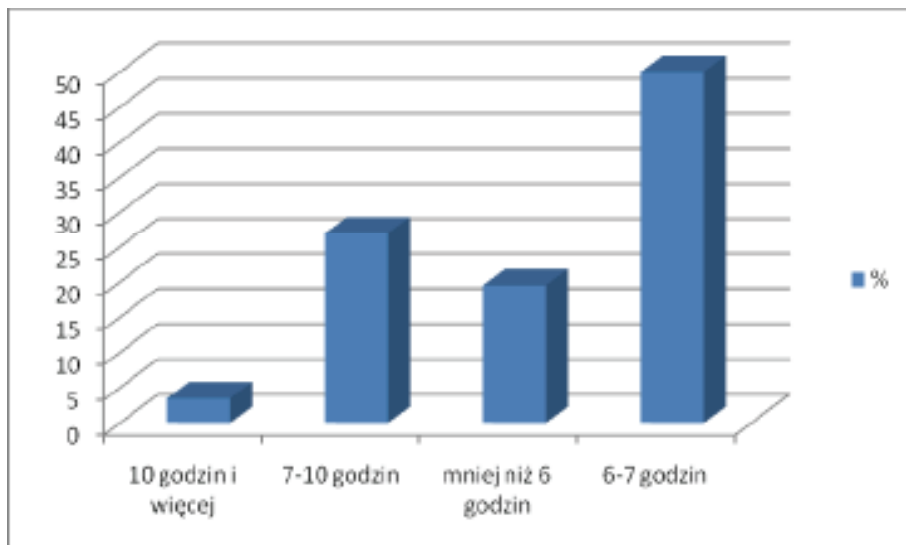
Wykres 8. Częstotliwość narażenia na stres. Źródło: badania własne.

52% ankietowanych radzi sobie ze stresem tylko czasami i z trudnością. Podobnie liczną grupę tworzą osoby, które radzą sobie ze stresem zawsze, stanowią one 43% wszystkich badanych osób. Tylko sześć osób (5% badanych) stwierdziło, iż nie umie radzić sobie ze stresem (wykres 9).



Wykres 9. Umiejętność radzenia sobie ze stresem. Źródło: badania własne.

Połowa ankietowanych (50%) sypia w nocy od 6 do 7 godzin, 27% z nich od 7 do 10 godzin. 21 ankietowanych deklarowało, że śpi w nocy mniej niż 6 godzin. Tylko cztery osoby odpowiedziały, że w nocy śpią 10 godzin i więcej (wykres 10).



Wykres 10. Długość wypoczynku nocnego. Źródło: badania własne.

65% spośród badanych osób czasami wykorzystuje znajomość zasad zdrowego żywienia w pracy lub na studiach, 31% robi to zawsze, a jedynie 5% osób nie robi tego nigdy (wykres 11).



Wykres 11. Wykorzystywanie wiedzy o zdrowym stylu życia na co dzień. Źródło: badania własne.

WNIOSKI

Wśród respondentów występowało wiele zachowań antyzdrowotnych:

1. Brak przestrzegania zasad zdrowego odżywiania.
2. Przeważający bierny tryb życia.
3. Spożywanie większej liczby posiłków dziennie i podjadanie między posiłkami.
4. Nadmierne stosowanie używek.
5. Zbyt krótki odpoczynek nocny.
6. Niska umiejętność radzenia sobie ze stresem.

W celu poprawy poziomu zachowań zdrowotnych pielęgniarek należy:

1. Zwiększyć zakres edukacji żywieniowej i dotyczącej aktywności fizycznej, aby wzrosła świadomość badanych osób, ale też włączyć do edukacji zajęcia motywujące.
2. Większą uwagę w procesie edukacji pielęgniarek należy zwrócić na ich osobisty wpływ (wzór postępowania) na zachowania prozdrowotne pacjentów.
3. Zmieniające się tempo życia powoduje zmiany sposobu życia, nawyki, przyzwyczajenia, relacje międzyludzkie, co rodzi konsekwencje psychiczne i zdrowotne; edukacja pielęgniarek powinna kłaść większy nacisk na metody radzenia sobie ze stresem.
4. Należy systematycznie monitorować zmiany zachowań zdrowotnych, które winny stanowić podstawę do planowania edukacji zdrowia i promocji zdrowia.

Pielęgniarki są tylko ludźmi i nie można oczekiwać, aby były idealnymi przykładami zachowań zdrowotnych, choć niewątpliwie powinny się o to starać. Jednak nawet antyzdrowotne zachowania mogą zostać spożytkowane w edukacji pacjenta, w niektórych przypadkach bowiem pielęgniarka może podzielić się z pacjentami swoimi sposobami radzenia sobie z niezdrowymi nawykami w swoim własnym życiu.

PIŚMIENNICTWO

1. Department of Health. Choosing Health: Making Healthy Choices Easier. The Stationary Office, London 2004a.
2. Department of Health At Least Five a Week: Evidence on the Impact of Physical Activity and its Relationship to Health. A report from the Chief Medical Officer, The Stationary Officer, London 2004b.
3. Department of Health Healthy Weight, Healthy Lives: A Cross-Government Strategy for England. The Stationary Office, London 2008a.
4. Department of Health Smoke-free England: One Year On. The Stationary Office, London 2008b.
5. Department of Health NHS Health and Well-being Review. Interim Report. The Stationary Office, London 2009a.

6. Department of Health Healthy Weight, Healthy Lives: One Year On. The Stationary Office, London 2009b.
7. Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England Front Line Care: the Future of Nursing and Midwifery in England. Report of the Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England, London 2010.
8. Andrea M.S., Walter V., Elena B., Alfea F., Piersante S. A comparison of smoking habits, beliefs and attitudes among Tuscan student nurses in 1992 and 1999. *Eur J Epidemiol* 2001,17(5): 417–21.
9. Chalmers K., Seguire M., Brown J. Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *J Adv Nurs* 2002,40(1): 17–24.
10. Alberdi-Erice M.J., Huizi-Egilegor X., Barandiaran-Lasa M., Zupiria-Gorostidi X., Uranga-Iturrioz M.J. Trends in smoking and alcohol consumption among nursing students. *Enfermia Clinica* 2007, 17(2): 63–70.
11. Smith D.R., Leggat P.A. An international review of tobacco smoking research in the nursing profession 1976–2006. *J Res Nurs* 2007, 12(2): 165–81.
12. Kutlu R. Evaluation of the frequency and factors affecting smoking among nurses. *Gulhane Med J* 2008, 50: 65–70.
13. Hodgetts G., Broers T., Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among family medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. *BMC Fam Pract* 2004, 5: 12.
14. Hope A., Kellerher C.C., O'Connor M. Lifestyle practices and the healthpromoting environment of hospital nurses. *J Adv Nurs* 1998, 28(2): 438–47.
15. Watson R., Gardiner E., Hogston R. et al. A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *J Clin Nurs* 2009, 18(2): 270–8.
16. Hillhouse J.J., Adler C.M. Investigating the stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. *Soc Sci Med* 1997, 45(12): 1781–8.
17. Skaal L., Pengpid S. Otyłość i problemy zdrowotne wśród południowoafrykańskich pracowników służby zdrowia: czy pracownicy służby zdrowia dbają o siebie? *S Afr Fam Pract*. 2011, 53: 563-567.
18. Blake H., Harrison C. Health behaviours and attitudes towards being role models. *Br J Nurs*. 2013, 22: 86-94.
19. Blake H., Malik S., Mo PKH., Pisano C. Do as I say, but not as I do: are next generation nurses role models for health?. *Perspect Public Health*. 2011, 131: 231–239.
20. Aldiabat K.M., Clinton M. Understanding Jordanian psychiatric nurses' smoking behaviors: a grounded theory study. *Nurs Res Pract*. 2013, 2013: 1–7.

21. Smith D.R. Longitudinal trends of alcohol and tobacco consumption among Australian physicians and nurses, 1989-2005. *J Subst Use*. 2007, 12: 267–280.
22. Cheung S.T. The effects of chocolates given by patients on the well-being of nurses and their support staff. *Nutr Health* 2003,17(1): 65–9.
23. Zapka J.M., Lemon S.T., Magner R.P., Hale J. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *J Nurs Manage* 2009,17(7): 853–60.
24. Wong H., Wong M.C., Wong S.Y., Lee A. The association between shift duty and abnormal eating behaviour among nurses working in a major hospital: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2010,47(8): 1021–7.
25. Hicks M., McDermott L.L., Rouhana N. et al. Nurses' body size and public confidence in ability to provide health education. *J Nurs Schol* 2008,40(4): 349–54.
26. Beers T.M. Flexible schedules and shift work: replacing the 9-to-5 work-day. *Monthly Lab Rev* 2000, 123:33.
27. Swartz L.B. Experiencing night shift nursing: a daylight view. University of the Western Cape, Faculty of Community and Health Sciences; 2006.
28. Shields M. Shift work and health. *Health Rep*. 2002, 13: 11–33.
29. Shen J., Botly L.C.P., Chung S.A., Gibbs A.L., Sabanadzovic S., Shapiro C.M. Fatigue and shift work. *J Sleep Res*. 2006, 15: 1–5.
30. Abdalkader R., Hayajneh F. Effect of Night Shift on Nurses Working in Intensive Care Units at Jordan University Hospital. *Eur J Sci Res*. 2008, 23: 70–86.
31. Rush K.L., Kee C.C., Rice M. Nurses as imperfect role models for health promotion. *West J Nurs Res* 2005, 27(2): 166–83.
32. McDowell N., McKenna J., Naylor P.J. Factors that influence practice nurses to promote physical activity. *Br J Sports Med* 1997, 31(4): 308–13.
33. Lenz B.J. Beliefs, knowledge and self-efficacy of nursing students regarding tobacco cessation. *Am J Prevent Med* 2008, 35(6): 494–500.
34. Radsma J., Bottorff J.L. Counteracting ambivalence: nurses who smoke and their health promotion role with patients who smoke. *Res Nurs Health* 2009, 32: 443–52.
35. McElligott D., Siemers S., Thomas L., Kohn N. Health promotion in nurses: is there a healthy nurse in the hours? *Appl Nurs Res* 2009, 22: 211–15.

Health behaviours of nurses occupationally active for at least one year

Anna Remigrońska¹, Anna Włoszczak-Szubda¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. A nurse may be an example of how to maintain health by applying adequate diet, leading an active life style, using the abilities of coping with stress, a life free from tobacco and other addictions. As an example of proper conduct, a nurse protects not only own health, but to a great extent convinces patients to pro-health behaviours.

Objective. The objective of the study was recognition of the health behaviours of nurses who have been occupationally active for a minimum of one year.

Material and method. The study was conducted using the methods of analysis of documentation, a diagnostic survey, and statistical analysis. Within the standardization of the research instrument designed by the authors, a pilot study was carried out, and competent judges test. Ultimately, the research instrument was verified under the effect of comments obtained from the pilot study and competent judges assessment. The statistical instrument was SPSS software. In order to investigate the relationships the Chi-square test was used. The study group were male and female nurses who had been occupationally active for the period of at least one year. The study included 114 respondents – 103 females and 7 males; mean age of the males and females examined was 41.39%; 25 respondents were aged over 51; 62% declared that they were married, the reminder were unmarried; 62% were urban inhabitants, while 38% lived in rural areas.

Results. Many anti-health behaviours were observed among the respondents, including the lack of observance of the principles of health-promoting nutrition. The majority of them showed a passive life style, consumed a larger number of meals per day, and snacked between meals. An excessive use of stimulants was noted, and too short night rest, as well as low skills of coping with stress.

Conclusions. The nurses showed a lack of observance of healthy nutrition. The majority of them showed a passive life style, consumed a larger number of meals per day, and snacked between meals, excessive use of stimulants, too short night rest, and low skills of coping with stress.

► **Keywords:** health promoting life style, health behaviours, nurses, education, health promotion

Respektowanie praw chorego dziecka w oddziałach szpitalnych

Beata Gruda¹, Władysław Witczak¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Prawa dziecka przysługują każdemu dziecku bez względu na wiek, jednostkę chorobową, rokowanie co do procesu zdrowienia, stan umysłowy i psychiczny. Dziecko, będące osobą bezbronną i niesamodzielną, dotknięte chorobą, bólem, cierpieniem, wymaga opieki, troski i wyrozumiałości ze strony personelu medycznego.

Cel. Celem pracy była ocena znajomości i świadomości praw chorego dziecka wśród personelu medycznego oraz ocena poziomu respektowania tych praw w oddziałach szpitalnych.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono od 1.12.2015 r. do 31.01.2016 r. w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie, w grupie 74 respondentów. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Z analizy zebranego materiału wynika, że respondenci są świadomi istnienia Karty Praw Dziecka – Pacjenta. Znają prawa chorego dziecka i starają się ich przestrzegać. Świadomość w tym zakresie jest zadawalająca. Personel medyczny wskazuje prawa słabo respektowane i te, z przestrzeganiem których nie ma problemu. Badania wykazują także, że w oddziałach zabiegowych częściej niż w zachowawczych istnieje problem z przestrzeganiem prawa pacjenta. Badania wykazały, że nieistotny wpływ na respektowanie praw małego pacjenta mają: wiek personelu, zdobyte wykształcenie, liczba łóżek w oddziałach. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki deklarują dobrą znajomość Karty Praw Pacjenta i Karty Praw Dziecka – Pacjenta, wskazując jednocześnie na dużą liczbę zaniedbań i nieprzestrzegania praw hospitalizowanych dzieci. Bardzo istotną rzeczą jest, aby wiedza ta była upowszechniana i przekazywana z uwzględnieniem kontekstu odpowiedzialności karnej i zawodowej, co mogłoby zwiększyć poziom respektowania tych praw przez personel medyczny.

Wnioski. Wszyscy respondenci mieli świadomość funkcjonowania praw pacjenta w placówkach ochrony zdrowia. Większość ankietowanych deklarowała posiadanie bardzo dobrej wiedzy na temat praw pacjenta. Praw pacjenta w codziennej praktyce zawodowej przestrzega znaczna część badanych. W większości respondenci opowiadają się za informowaniem chorego dziecka na temat jego zdrowia. Prawo do wyrażenia zgody na wszelkie działania wykonywane wobec małego pacjenta w codziennej praktyce przestrzegane jest przez większość ankietowanych. Prawa pacjenta do poszanowania intymności przestrzega w codziennej pracy tylko 35,14% respondentów. Większość ankietowanych uznała, że chore dzieci przebywające w szpitalu mają prawo do odwiedzin bliskich sobie osób – taką opinię wydała ponad połowa ankietowanych. Respondenci są w stanie wskazać, który z przywilejów Karty Praw Pacjenta respektują najslabiej. Prawo pacjenta do kontaktu z rodziną przestrzegane jest przez większość ankietowanych. Respondenci wskazują także, który z przywilejów Karty Praw Pacjenta respektują najczęściej.

► **Słowa kluczowe:** prawa chorego dziecka, personel medyczny, rodzice, łamanie praw

Egzekutorem praw człowieka są wszyscy ludzie, bez względu na stan zdrowia, umysłu i duszy, są wśród nich także dzieci. Wiek nie może być wyznacznikiem pozwalającym na dyskryminację w korzystaniu z wolności i samostanowieniu. Prawa przysługują dzieciom z racji ich człowieczeństwa, a nie dlatego, że tak chcą dorośli [1]. Prawa dziecka to po prostu prawa człowieka, są nabywane z chwilą poczęcia, powszechne i niezbywalne. Rozpatrując prawa dziecka, należy mieć na uwadze, że nie należy utożsamiać praw przysługujących dziecku z jego podstawowymi potrzebami. W żadnym akcie prawnym nie odnajdziemy zapisu stanowiącego o obowiązku miłości, troszczenia się i pełnej odpowiedzialności rodziców za dziecko od poczęcia do pełnoletniości. Prawidłowy rozwój emocjonalny dziecka ma duże znaczenie, ale nie jesteśmy w stanie zapewnić go na gruncie prawa [2]. Prawa chorego dziecka przysługują każdemu dziecku, bez względu na wiek, jednostkę chorobową, rokowanie co do procesu zdrowienia, stan umysłowy i psychiczny. Zostały one zapisane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej [3], konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych (Convention on the Rights of the Child) [27] i Europejskiej Karcie Praw Dziecka w Szpitalu [4]. Na straży praw dziecka określonych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Konwencji o prawach dziecka i innych przepisach prawa stoi Rzecznik Praw Dziecka [5]. Dziecko chore znajduje się w szczególnej sytuacji ze względu nie tylko na zagrożenie jego prawidłowego rozwoju, ale także z powodu ryzyka krzywdzenia instytucjonalnego w placówkach ochrony zdrowia. Przestrzeganie praw hospitalizowanego dziecka gwarantować powinny regulaminy szpitalne i wewnątrzoddziałowe, które muszą być znane i przestrzegane przez wszystkich pracowników służby zdrowia. Nieświadomość czy brak wiedzy nie jest żadnym usprawiedliwieniem dla wykształconego personelu medycznego. Zespół dziecka krzywdzonego jest przeważnie efektem stosowania przemocy psychicznej i fizycznej. „Każde zamierzone i niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczności, państwa, które niekorzystnie wpływa na rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny dziecka” może być przyczyną rozwoju tej społecznej choroby [6].

Deficyt podmiotowego traktowania chorego dziecka, niewłaściwe informowanie o chorobie, niedostrzeganie jego potrzeb i problemów psychicznych, koncentrowanie się wyłącznie na jednostce chorobowej, przesadny reżim sanitarny – to tylko niektóre czynniki wpływające negatywnie na samopoczucie i stan zdrowia dziecka. Karygodne są błędy, jakie popełniają pielęgniarki w kontakcie z chorym dzieckiem, na przykład straszenie zabiegami, karmienie na siłę, zawstydzanie, artykułowanie złośliwych uwag czy upokarzanie [7].

Przykłady drastycznego nieprzestrzegania ustaw, konwencji, naruszania regulaminów, łamania praw chorego dziecka w oddziałach szpitalnych są następujące:

- 1/rozłąka dziecka z rodziną natychmiast przy przyjęciu do szpitala,
- 2/ ograniczenie pobytu matki przy dziecku wymagającym jej opieki,
- 3/ nieinformowanie, nierozmawianie o stanie zdrowia dziecka ani z rodzicami, ani z dzieckiem,

- 4/ nieprzygotowanie dziecka przed planowanymi zabiegami i operacją,
- 5/ niezwalczanie ostrego i przewlekłego bólu,
- 6/ wykonywanie zabiegów bez znieczulenia ogólnego czy miejscowego,
- 7/ nieprzestrzegania prawa dziecka do intymności i brak poszanowania godności oraz poczucia bezpieczeństwa w przepełnionych salach szpitalnych i na korytarzach,
- 8/ poniżanie, zawstydzanie, szantażowanie chorego dziecka,
- 9/ ograniczanie dostępu do odpowiednio wysokiego poziomu leczenia, gier i zabaw w oddziale oraz edukacji,
- 10/ przedłużanie pobytu dziecka w oddziale bez wskazań do leczenia szpitalnego,
- 11/ nieznamość przez personel medyczny specyficznych potrzeb psychicznych i emocjonalnych dziecka zgodnie z jego okresem rozwojowym, w tym także objawów choroby szpitalnej jako odmiany choroby sieroczej,
- 12/ ograniczanie praktyk religijnych i katechizacji,
- 13/ brak psychologów, przeszkolonych pielęgniarek, kompetentnych wolontariuszy udzielających wsparcia psychicznego ciężko i przewlekle chorym dzieciom,
- 14/ hospitalizowanie dzieci razem z dorosłymi pacjentami” [8].

Przemoc instytucjonalna w placówkach służby zdrowia jest albo nieuświadamiana, albo świadomie niezauważana przez personel medyczny. Przeciwdziałanie przemocy poprzez prowadzenie szkoleń z prawnikami w celu eliminowania błędów, uświadomienie nieprawidłowości w zakresie respektowania praw dziecka chorego i diagnozowanie jego potrzeb pozaleczniczych, psychicznych i intelektualnych ma olbrzymie znaczenie dla procesu zdrowienia małych pacjentów.

CEL

Celem pracy jest ocena znajomości i świadomości praw chorego dziecka wśród personelu medycznego oraz określenie, jaki jest poziom respektowania owych praw w oddziałach szpitalnych.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 74 osoby, wśród których 82,43% (n=61) stanowiły kobiety, zaś 17,57%, (n=13) mężczyźni. Średnia wieku ankietowanych wynosiła $41,03 \pm 7,75$, (zakres od 23 do 60 lat). Respondenci w wieku do 35 lat stanowili 25,68% (n=19), natomiast 44,59% (n=33) badanych było w wieku od 36 do 45 lat, a 29,73% (n=22) w wieku powyżej 45 lat. Ankietowani w 33,78% (n=25) pracowali na oddziałach zachowawczych, zaś 66,22% (n=49) na zabiegowych. W badanej grupie 31,08% (n=23) stanowili lekarze, zaś 68,92% (n=51) pielęgniarki.

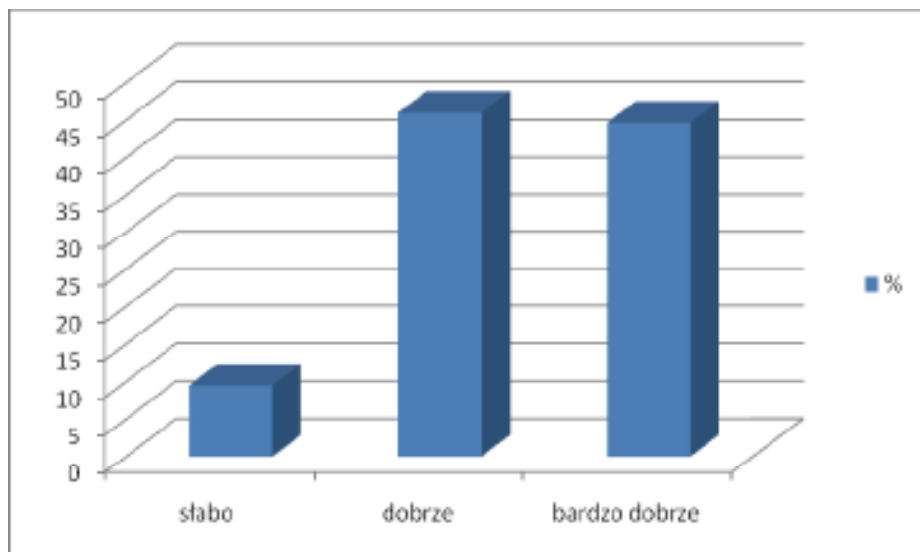
W pracy zastosowano jako metodę sondaż diagnostyczny. Badania przeprowadzono z wykorzystaniem techniki ankiety, posłużono się autorskim kwestio-

nariuszem ankiety. W celu opracowania kwestionariusza przeanalizowano liczne ankiety szpitali dziecięcych dostępne na stronach internetowych szpitali polskich, oceniające znajomość praw chorego dziecka wśród personelu medycznego i poziom satysfakcji wśród rodziców. Jednocześnie prowadzono sondaż jakościowy wśród przedstawicieli zawodów medycznych.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności Ch 2. Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności Ch 2. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

WYNIKI

Badania własne pokazały, że 45,95%, ($n=34$) ankietowanych oceniło, iż zna dobrze prawa dziecka w szpitalu, natomiast 44,59%, ($n=33$) ankietowanych uznało swoją znajomość praw za bardzo dobrą, zaś 9,46% za słabą (wykres1).



Wykres 1. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na temat znajomości praw dziecka w szpitalu. Źródło: badania własne.

W swoich odpowiedziach respondenci wskazali na następujące prawa przysługujące dziecku podczas pobytu w szpitalu: prawo do intymności (97,30%), posza-

nowania godności osobistej (95,95%), opieki duszpasterskiej (94,59%), umierania w spokoju i godności (91,89%), prawo do całodobowej opieki rodziców lub opiekunów prawnych (90,54%), do informacji o stanie zdrowia, planowanym leczeniu i diagnostyce (w formie dostosowanej do wieku i możliwości zrozumienia przez pacjenta) (90,54%), do skargi (90,54%), do uczestniczenia we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia (86,49%), do kontaktu telefonicznego, korespondencyjnego lub osobistego z rodzicami lub z przedstawicielami prawnymi (86,49%), do niewyrażania zgody na badania diagnostyczne (85,14%), do tajemnicy lekarskiej (83,78%) i do identyfikacji personelu (79,73%), do przebywania z dziećmi o podobnych potrzebach rozwojowych, do zabawy, odpoczynku, nauki dostosowanej do swojego wieku i stanu zdrowia (74,32%). Rzadziej ankietowani wybierali takie prawa jak: prawo do odmowy leczenia (66,22%), do wyboru lekarza (48,65%), do odmowy przyjmowania pożywienia, (14,86%) i do eutanazji (1,35%) (tabela 1).

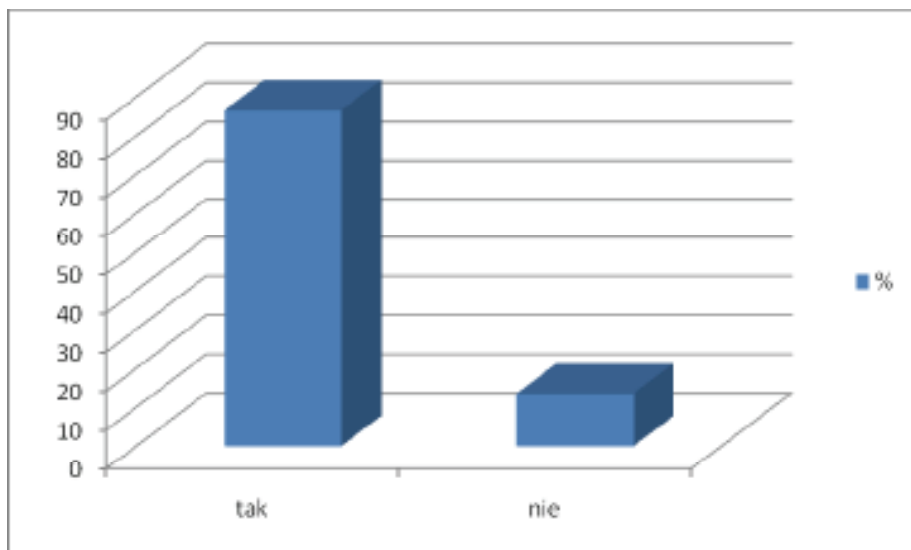
Tabela 1. Prawa przysługujące dziecku w szpitalu

Prawa	N	%
Prawo do intymności	72	97,30%
Prawo do poszanowania godności osobistej	71	95,95%
Prawo do opieki duszpasterskiej	70	94,59%
Prawo do umierania w spokoju i godności	68	91,89%
Prawo do całodobowej opieki rodziców lub opiekunów prawnych	67	90,54%
Prawo do informacji o stanie zdrowia, planowanym leczeniu i diagnostyce dostosowane do wieku i możliwości zrozumienia przez pacjenta	67	90,54%
Prawo do skargi	67	90,54%
Dzieci i ich rodzice mają prawo uczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia	64	86,49%
Prawo do kontaktu telefonicznego, korespondencyjnego lub osobistego z rodzicami lub z przedstawicielami prawnymi	64	86,49%
Prawo do opieki psychologicznej	64	86,49%
Mają prawo nie wyrazić zgody na badania diagnostyczne	63	85,14%
Prawo do tajemnicy lekarskiej	62	83,78%
Prawo do identyfikacji personelu	59	79,73%
Dzieci mają prawo do przebywania z dziećmi podobnych potrzeb rozwojowych, mieć możliwość zabawy, odpoczynku, nauki dostosowanej do swojego wieku i stanu zdrowia	55	74,32%
Prawo do odmowy leczenia	49	66,22%
Prawo do wyboru lekarza	36	48,65%
Prawo do odmowy przyjmowania pożywienia	11	14,86%
Prawo do eutanazji	1	1,35%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi.

Źródło: badanie własne.

W większości respondenci uważali, że dziecko powinno być informowane o stanie zdrowia i prognozach oraz propozycjach leczenia (86,49%, n=64), zaś 13,51% (n=10) badanych odpowiedziało, że nie (wykres 2).



Wykres 2. Rozkład opinii na temat, czy dziecko powinno być informowane o stanie zdrowia i prognozach oraz propozycjach leczenia. Źródło: badania własne.

Respondenci w 86,49% (n=64) przyznali, że informacje na temat stanu zdrowia dziecka należy przekazać przedstawicielowi ustawowemu, natomiast 10,81% (n=8) badanych przyznało, że opiekunowi faktycznemu, a 2,70% (n=2), że osobie upoważnionej przez pacjenta (wykres 3).



Wykres 3. Rozkład opinii na temat, komu powinno się przekazywać informacje o stanie zdrowia dziecka. Źródło: badania własne.

Przeprowadzone badania wykazały również, że ankietowani dostrzegają przypadki łamania praw małych pacjentów podczas hospitalizacji: prawo do wyboru lekarza (60,81%), całodobowej opieki rodziców lub opiekunów prawnych (52,70%) oraz intymności (35,14%). Rzadziej, zdaniem badanych, łamane są: prawo uczestniczenia rodziców we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia (20,27%), prawo do umierania w spokoju i godności (20,27%), do informacji o stanie zdrowia, planowanym leczeniu i diagnostyce (w formie dostosowanej do wieku i możliwości zrozumienia przez pacjenta) (17,57%), prawo do przebywania z dziećmi o podobnych potrzebach rozwojowych, do zabawy, odpoczynku, nauki dostosowanej do swojego wieku i stanu zdrowia (12,16%), do niewyrażania zgody na badania diagnostyczne (10,81%), prawo do skargi (9,46%), identyfikacji personelu (6,76%), do kontaktu telefonicznego, korespondencyjnego lub osobistego z rodzicami lub z przedstawicielami prawnymi (6,76%), do opieki duszpasterskiej (1,35%) oraz do opieki psychologicznej (1,35%) (tabela 2).

Tabela 2. Prawa dziecka najczęściej łamane w szpitalu

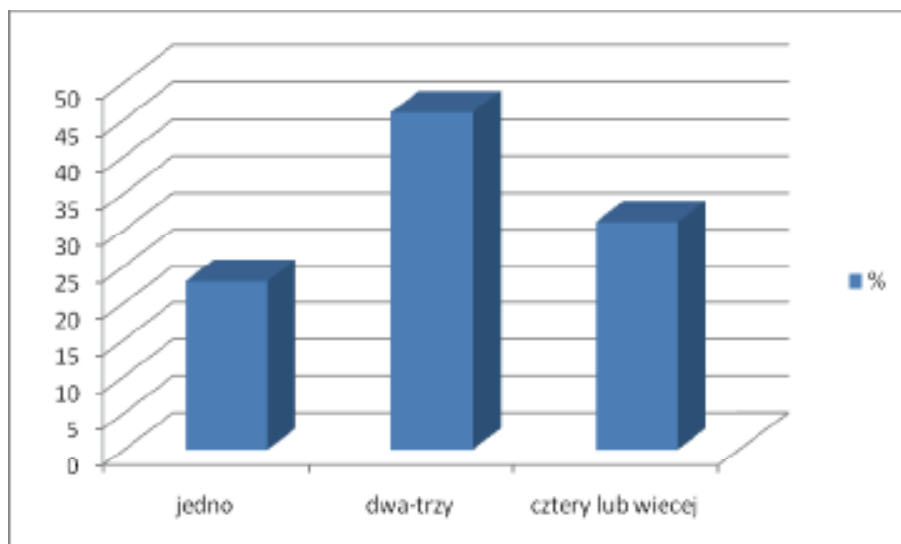
Prawa	N	%
Prawo do intymności	26	35,14%
Prawo do poszanowania godności osobistej	9	12,16%
Prawo do opieki duszpasterskiej	1	1,35%
Prawo do umierania w spokoju i godności	15	20,27%
Prawo do całodobowej opieki rodziców lub opiekunów prawnych	39	52,70%
Prawo do informacji o stanie zdrowia, planowanym leczeniu i diagnostyce dostosowane do wieku i możliwości zrozumienia przez pacjenta	13	17,57%

Prawo do skargi	7	9,46%
Dzieci i ich rodzice mają prawo uczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia	15	20,27%
Prawo do kontaktu telefonicznego, korespondencyjnego lub osobistego z rodzicami lub z przedstawicielami prawnymi	5	6,76%
Prawo do opieki psychologicznej	1	1,35%
Mają prawo nie wyrazić zgody na badania diagnostyczne	8	10,81%
Prawo do identyfikacji personelu	5	6,76%
Dzieci mają prawo do przebywania z dziećmi podobnych potrzebach rozwojowych, mieć możliwość zabawy, odpoczynku, nauki dostosowanej do swojego wieku i stanu zdrowia	9	12,16%
Prawo do wyboru lekarza	45	60,81%

Wartości nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi.

Źródło: badanie własne.

Do dalszej analizy statystycznej zsumowano liczbę łamanych przez personel medyczny praw dziecka. Maksymalnie było łamanych 7 praw. Średnia liczba łamanych praw wyniosła $2,74 \pm 1,55$ ($Me=2,00$). Badania wykazały, że 22,97% ($n=17$) ankietowanych uważało, iż jest łamane tylko jedno prawo dziecka podczas jego pobytu w szpitalu, natomiast 45,95% ($n=34$) ankietowanych podawało od 2 do 3 praw, a 31,08% ($n=23$) cztery lub więcej (wykres 4).



Wykres 4. Wskazywana przez ankietowanych liczba łamanych przez personel medyczny praw dziecka. Źródło: badania własne.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Wszyscy respondenci mieli świadomość funkcjonowania praw pacjenta w placówkach ochrony zdrowia.
2. Większość ankietowanych deklarowała posiadanie bardzo dobrej wiedzy na temat praw pacjenta.
3. Praw pacjenta w codziennej praktyce zawodowej przestrzega znaczna część badanych.
4. W większości respondenci opowiadają się za informowaniem chorego dziecka na temat jego zdrowia.
5. Prawo do wyrażenia zgody na wszelkie działania wykonywane wobec małego pacjenta w codziennej praktyce przestrzegane jest przez większość ankietowanych.
6. Prawa pacjenta do poszanowania intymności w codziennej pracy przestrzega tylko 35,14% respondentów.
7. Większość ankietowanych uznała, że chore dzieci, przebywające w szpitalu, mają prawo do odwiedzin bliskich sobie osób. Taką opinię wydała więcej niż połowa ankietowanych (52,70%).
8. Respondenci są w stanie wskazać, które z praw pacjenta respektują najslabiej: prawo do wyboru lekarza (60,81%), do całodobowej opieki rodziców lub opiekunów prawnych (52,70%) oraz do intymności (35,14%).
9. Prawo pacjenta do kontaktu z rodziną przestrzegane jest przez większość ankietowanych.
10. Respondenci wskazują także, które z praw pacjenta respektują najczęściej.
11. Prawa pacjenta są zespołem uprawnień, które przysługują każdemu człowiekowi korzystającemu ze świadczeń zdrowotnych, niezależnie od wieku. Reguluje je wiele przepisów, zawierających normy i zasady wskazujące na oczekiwania pacjenta, skierowane zarówno do władzy publicznej, jak też podmiotów sprawujących nad nim opiekę medyczną [9]. Personel medyczny przyjmuje osobistą i zawodową odpowiedzialność za realizowane wobec pacjenta zadania. Dlatego też znajomość praw pacjenta i ich respektowanie jest gwarancją bezpieczeństwa zarówno dla pacjenta, jak i personelu [10].

PIŚMIENNICTWO

1. Błeszyński J. J., Rodkiewicz-Ryżek A. Ochrona praw dziecka w świetle standardów polskich i międzynarodowych. *Paedagogia Christiana* 2012, 2, 30, s. 95–109.
2. Bączyk-Rozwadowska K. Prawo pacjenta do informacji według przepisów polskiego prawa medycznego. *Studia Iuridica Toruniensia* tom. IX, s. 59–99.

3. Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 roku (Dz. U. z 2000 r., nr 2, poz. 11).
4. Jaros P. Ochrona praw dziecka po przystąpieniu do UE. W: Prawa dziecka po przystąpieniu do UE, (red.) M. Potapowicz, M. Krauzowicz, P. Przybylski. Materiały z konferencji Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2004.
5. Rzecznik Praw Dziecka. Informacja o działalności Rzecznika Praw Dziecka za rok 2011 oraz uwagi o stanie przestrzegania praw dziecka. Warszawa 2012, s. 55–100, 244.
6. Nowy Testament. Ewangelia według św. Mateusza, 18,10.
7. Massakowska B. Dziecko w szpitalu. Prawa dziecka chorego a przemoc instytucjonalna w placówkach zdrowia publicznego. Niebieska Linia 2006, 3, s. 34–3.
8. Perek M., Cepuch G. Dziecko w szpitalu a ryzyko krzywdzenia instytucjonalnego. *Studia Medyczne* 2008, 11, s. 23–27.
9. Jacek A., Ożóg K. Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. *Inst. Piel. i Nauk o Zdrowiu*, Uniwersytet Medyczny w Rzeszowie, s. 264–271.
10. Gawęł G., Pater B., Potok H., Ogonowska D. Świadomość odpowiedzialności zawodowej wśród pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa Czasopismo PTP*, tom 18, zeszyt 2, s. 105–110.

Respecting the rights of an ill child in hospital wards

Beata Gruda¹, Władysław Witczak¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. Children's rights are enjoyed by each child, irrespective of age, disease unit, prognosis concerning recovery, mental and psychological state. A child, who is a vulnerable and non-independent person, afflicted with pain and suffering, requires care, concern and understanding on the part of the medical staff.

Objective. The objective of the study was evaluation of the knowledge and awareness of the rights of an ill child among medical staff, and assessment of the level of respecting these rights in hospital wards.

Material and method. The study was conducted during the period from 1 December 2015 – 31 January 2016 at the University Children's Hospital in Lublin, and covered a group of 74 respondents. A questionnaire designed by the author was used.

Results. Analysis of the collected material showed that the respondents were aware of the existence of the Ill Child Chart in hospital. They knew the rights of an ill child and attempted to observe them. The awareness in this respect is satisfactory. The medical staff indicated rights which were poorly respected, and those with the observance of which there were no problems. The study also showed that in surgical wards, compared to conservative treatment wards, there were frequently more problems with the observance of patient rights. The study showed that the age of the staff, education acquired, and number of beds in the ward exerted an insignificant effect on respecting the rights of a small patient.

Both physicians and nurses declared good knowledge of the Patient Rights Chart and Child Rights Chart in a hospital, and simultaneously indicated a large number of neglect and non-observance of the rights of a small patient. It is very important that this knowledge was popularized and imparted in the light of criminal and occupational responsibility, which would increase the level of respecting these rights by the medical staff.

Conclusions. All respondents were aware of the functioning of patient rights in health care facilities. The majority of them declared a very good knowledge concerning patient rights. In everyday practice a considerable number of respondents observed patient rights. In the opinions of the majority of respondents they were in favour of making ill children aware of their health. The right to express consent for any actions undertaken with respect to a small patient in everyday practice was observed by the majority of respondents. Patient rights for respecting privacy in everyday work was observed by only 35.14% of respondents. The majority reported that hospitalized children have the right to be visited by their significant persons. Such an opinion was expressed by more than a half of respondents. They were able to indicate which of the privileges of the Patient Rights Chart were most poorly observed. The patient's right to contact with the family was observed by the majority of respondents. The respondents indicated which privileges of the Patient Rights Chart were respected most frequently.

► **Keywords:** child rights, medical staff, violation of rights

Protezoplastyka stawu biodrowego a styl życia pacjentów

Violetta Zgierska¹, Eliasz Dacka¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Choroba zwyrodnieniowa występuje z podobną częstotliwością wśród kobiet, jak i mężczyzn, chociaż jej cięższe postaci częściej pojawiają się u kobiet. Protezoplastyka znana jest medycynie już od wielu lat. Stosuje się ją w przypadkach chirurgicznego usuwania skutków urazów, zwłaszcza stawów biodrowych. Protezoplastyka stawu biodrowego jest jedną z najczęściej udających się i wykonywanych operacji na całym świecie, związanych ze zdrowiem i podnoszeniem jakości życia pacjentów.

Cel. Celem niniejszych badań była próba oceny stylu życia pacjentów po protezoplastyce stawu biodrowego.

Materiał i metody. W badaniach do pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, mającą na celu uzyskanie od badanych pacjentów odpowiedzi na pytania dotyczące ich samopoczucia i funkcjonowania przed i po zabiegu operacyjnym protezoplastyki stawu biodrowego. Poza sondażem diagnostycznym, dla dopełnienia gromadzonego materiału, wykorzystano obserwację pacjentów przed i po zabiegu oraz analizę dokumentacji pacjentów. Wyniki. Przeprowadzono wiele wywiadów i rozmów, głównie podczas pobytów pacjentów na leczeniu rehabilitacyjnym po zabiegu operacyjnym, i stwierdzono, że prawie we wszystkich przypadkach ewidentnie poprawiła się jakość życia tych pacjentów. Odnaleźli nowe sposoby spędzania czasu wolnego, częściej korzystali ze spacerów, a nawet niektórzy zaczęli uprawiać różne dziedziny sportu, zmieniło się na korzyść ich życie towarzyskie, przestali odczuwać ból. Życie pacjentów po protezoplastyce stawu biodrowego zyskało nową jakość i nowy wymiar – dobrostanu.

Wnioski. Zabieg protezoplastyki wpłynął na poprawę nastroju i stylu życia większości badanych pacjentów. Najczęstsza odczuwalna zmiana po zabiegu dotyczyła zmniejszenia dolegliwości bólowych. W dalszej kolejności badani wskazywali na możliwość przemieszczania się, choćby do sklepu, możliwość częstych wyjazdów w odwiedziny do dzieci oraz możliwość częstszych wyjazdów na niezbyt długie wycieczki połączone z ruchem. Zabieg pozwolił wielu pacjentom na powrót do aktywności zawodowej, prawie wszyscy badani uważali, że zabieg pomógł im powrócić do lepszej aktywności fizycznej. Niemal wszyscy badani zgodziliby się ponownie na zabieg protezoplastyki stawu biodrowego, gdyby zaistniała taka konieczność.

► **Słowa kluczowe:** protezoplastyka, jakość życia, dobrostan, staw biodrowy

WPROWADZENIE

Zmiany zwyrodnieniowe, obejmujące różne stawy całego organizmu ludzkiego, dotyczą nawet 15% populacji ludzkiej, zaś w przypadku osób powyżej 75. roku

życia nawet 100% populacji, tym samym stanowią jedną z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności. Choroba zwyrodnieniowa występuje z podobną częstotliwością wśród kobiet, jak i mężczyzn, chociaż jej cięższe postaci częściej pojawiają się u kobiet, zaś mężczyźni częściej zaczynają chorować przed 45. rokiem życia. Protezooplastyka znana jest medycynie już od wielu lat. Stosuje się ją w przypadkach chirurgicznego usuwania skutków urazów stawów – najczęściej kolanowego, a także w przypadkach zwyrodnień – zwłaszcza stawów biodrowych, a także usuwania skutków zaburzeń ukrwienia głowy kości udowej. Zabiegi protezoplastyczne stosowane są także z powodu pooperacyjnych następstw chorób nowotworowych. W tych ostatnich przypadkach pacjentami są dzieci i młodzież [1].

Protezooplastyka stawu biodrowego jest jednym z najczęściej udających się i wykonywanych operacji na całym świecie, związanych ze zdrowiem i podnoszeniem jakości życia. Ponad milion tego typu operacji wykonywanych jest co roku na całym świecie, a w najbliższych dziesięciu latach ta liczba może się podwoić [2]. Szacuje się, że 93% operacji wykonuje się w przypadku ciężkiej choroby zwyrodnieniowej stawów z trudnym do wytrzymania bólem i ograniczeniami funkcjonalnymi [3].

Wiek jest jednym z najczęstszych czynników ryzyka rozwoju choroby zwyrodnieniowej stawu. Według Organizacji Narodów Zjednoczonych, liczba ludności na świecie gwałtownie się starzeje. Liczba osób w wieku powyżej 60 lat podwoi się od 11% do 22%. Mimo starzejącej się populacji, średni wiek, w którym wykonuje się protezooplastykę stawu biodrowego, nie zmienił się od 70 lat w krajach rozwiniętych [4;5]. Zwiększa się jednak liczba młodszych pacjentów poddawanych operacji, 20% operacji wykonywanych jest wśród pacjentów poniżej 60. roku życia [6;7;8].

W całkowitej wymianie stawu biodrowego osiąga się doskonałe rezultaty techniczne: 10-letnie przeżycie implantu przekracza 95%, 25-letnia przeżywalność implantu jest większa niż 80%. Jednocześnie uzyskuje się efekt w postaci zmniejszenia bólu, a także wzrostu mobilności i sprawności fizycznej pacjenta [9;10;11]. Oczekiwania pacjentów po protezooplastyce stawu biodrowego zmieniły się również na przestrzeni ostatnich lat. Wielu pacjentów oczekuje takiej poprawy, która pozwoli im prowadzić aktywny tryb życia w kolejnych latach po zabiegu [12].

CEL

Celem niniejszych badań była próba oceny stylu życia pacjentów po protezooplastyce stawu biodrowego.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzano w Klinice Ortopedii i Rehabilitacji Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego, mieszczącego się przy ul. Jaczewskiego w Lu-

blinie. W badaniu wzięło udział 50 kobiet i 50 mężczyzn. Wśród badanych było 3% osób w wieku poniżej 30 lat, 4% w wieku 30–39 lat, 13% w wieku 40–49 lat, 21% w wieku 50–59 lat, także 21% w wieku 60–69 lat, 27% w wieku 70–80 lat i 11% w wieku powyżej 80 lat. Nieco ponad jedna czwarta badanych (26%) miała wykształcenie podstawowe, co czwarta osoba miała wykształcenie średnie, zaś co piąta zawodowe. Ponad połowa badanych (62%) przed operacją wykonywała pracę fizyczną. Prawie co trzeci badany pracował umysłowo. Ponadto 4% badanych pobierało emeryturę, 4% nie pracowało. Niespełna połowa (44%) badanych mieszkała na wsi, z kolei 22% zamieszkiwało małe miasto, zaś 34% miasto powyżej 100 tys. I więcej mieszkańców.

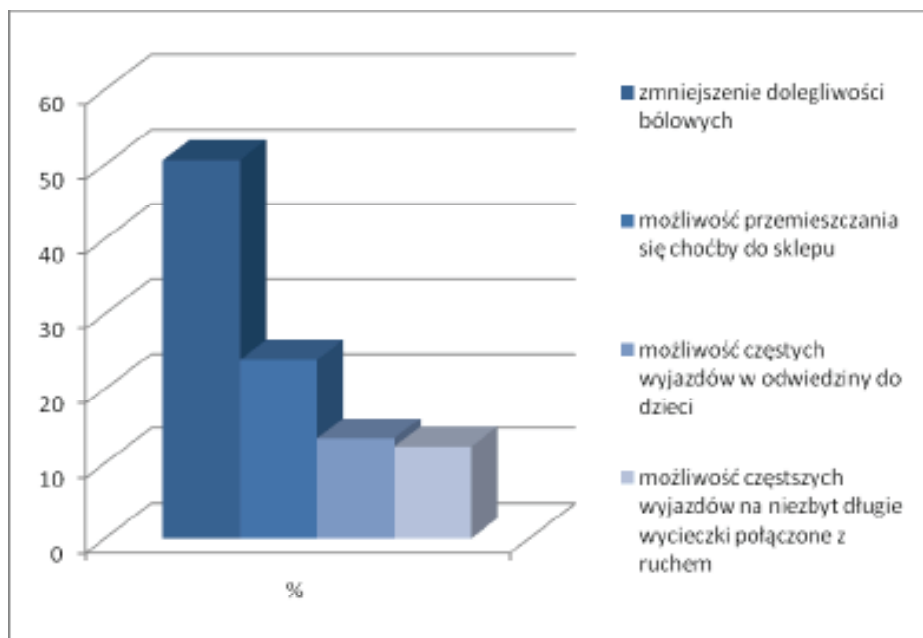
W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Poza sondażem diagnostycznym, dla dopełnienia gromadzonego materiału, wykorzystano obserwację pacjentów przed i po zabiegu oraz analizę dokumentacji pacjentów, na którą składały się: wyniki badań, opisy klisz RTG oraz:

- historia choroby,
- karta opieki pielęgniarskiej,
- karta gorączkowa,
- karta zleceń lekarskich,
- karta obserwacji,
- wyniki wszelkich badań laboratoryjnych,
- wyniki wcześniejszych konsultacji specjalistycznych.

WYNIKI

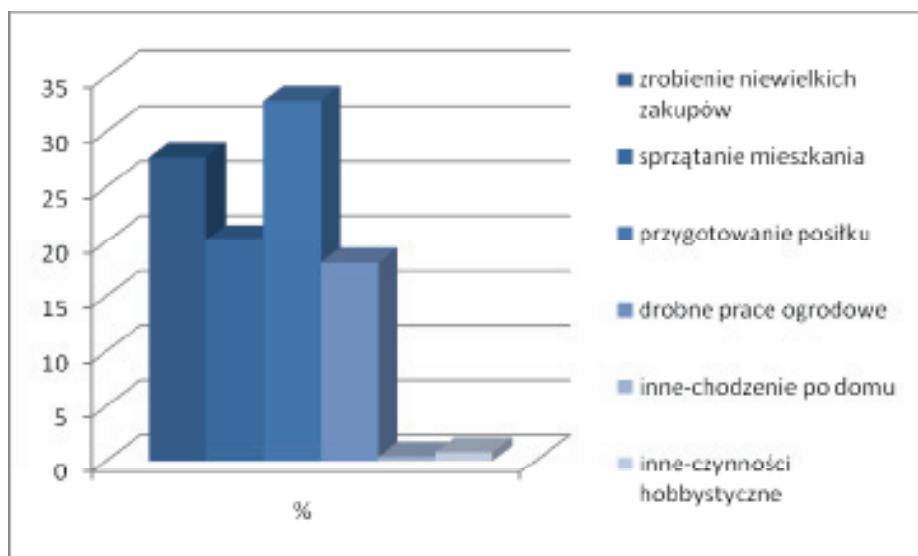
Przeprowadzono wiele wywiadów i rozmów, głównie podczas pobytów pacjentów na leczeniu rehabilitacyjnym po zabiegu operacyjnym, i stwierdzono, że prawie we wszystkich przypadkach ewidentnie poprawiła się jakość życia tych pacjentów. Odnaleźli nowe sposoby spędzania czasu wolnego, częściej korzystali ze spacerów, a nawet niektórzy zaczęli uprawiać różne dziedziny sportu, zmieniło się na korzyść ich życie towarzyskie, przestali odczuwać ból. Życie pacjentów po protezoplastyce stawu biodrowego zyskało nową jakość i nowy wymiar – dobrostanu.

Najczęstsza zmiana po zabiegu dotyczyła zmniejszenia dolegliwości bólowych, na co wskazało 91,9% badanych. W dalszej kolejności badani wskazywali na możliwość przemieszczania się, choćby do sklepu, możliwość częstych wyjazdów w odwiedziny do dzieci oraz możliwość częstszych wyjazdów na niezbyt długie wycieczki połączone z ruchem (wykres 1).



Wykres 1. Zmiana stylu życia po zabiegu. Źródło: badania własne.

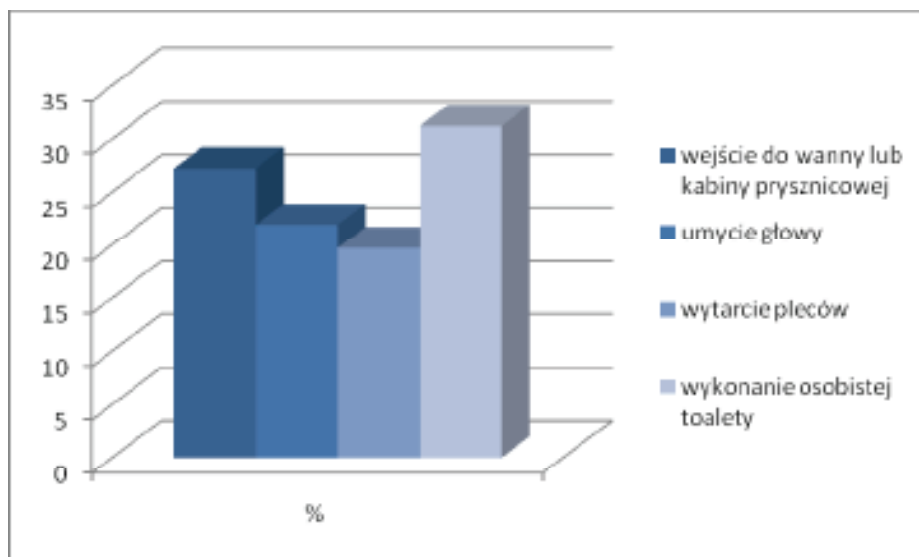
Większość badanych samodzielnie przygotowywała posiłki (81,3%). Znaczny odsetek badanych (68,8%) mógł samodzielnie zrobić niewielkie zakupy. Połowa badanych (50%) mogła samodzielnie posprzątać mieszkanie. Nieco mniej badanych (44,8%) wskazało drobne prace ogrodowe (wykres 2).



Wykres 2. Samodzielność w wykonywaniu wybranych czynności. Źródło: badania własne.

Prawie wszyscy badani (97%) uważali, że zabieg pomógł im powrócić do lepszej aktywności fizycznej, a blisko połowa badanych (41%) mogła po zabiegu wrócić do aktywności zawodowej.

Najmniej problemów w zakresie higieny, sprawiała badanym osobista toaleta (88,8%) oraz wejście do wanny lub kabiny prysznicowej (77,6%) (wykres 3).



Wykres 3. Samodzielność w wykonywaniu wybranych czynności higienicznych. Źródło: badania własne.

Większość badanych (95%) zauważyła zmianę nastroju i stylu życia po zabiegu, dlatego prawie wszyscy badani (98%) zgodziliby się ponownie na zabieg protezooplastyki stawu biodrowego, gdyby zaistniała taka konieczność.

WNIOSKI

Z analizy wyników badań można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Zabieg protezooplastyki wpłynął na poprawę nastroju i stylu życia 84% badanych pacjentów. Najczęstsza zmiana po zabiegu dotyczyła zmniejszenia dolegliwości bólowych.
2. W dalszej kolejności badani wskazywali na możliwość przemieszczania się, choćby do sklepu, możliwość częstych wyjazdów w odwiedziny do dzieci oraz możliwość częstszych wyjazdów na niezbyt długie wycieczki połączone z ruchem. Zabieg pozwolił wielu pacjentom na powrót do aktywności zawodowej, prawie wszyscy badani (91,9%) uważali, że zabieg pomógł im powrócić do lepszej aktywności fizycznej.

3. Zabieg operacyjny i rehabilitacja wpłynęły na lepszą sprawność fizyczną u 60% badanych.
4. Natężenie bólu po zabiegu protezooplastyki zmalało, choć znaczny odsetek badanych (15%) po dłuższym chodzeniu nadal odczuwał ból.
5. Po zabiegu operacyjnym badani są bardziej samodzielni. Większość badanych (76%) samodzielnie przygotowywała posiłki. Znaczny odsetek badanych mógł samodzielnie zrobić niewielkie zakupy. Połowa badanych mogła samodzielnie posprzątać mieszkanie. Nieco mniej badanych wskazało drobne prace ogrodowe. Najmniej problemów w zakresie higieny sprawiała badanym osobista toaleta oraz wejście do wanny lub kabiny prysznicowej.
6. Prawie wszyscy badani (98%) zgodziliby się ponownie na zabieg protezooplastyki stawu biodrowego, gdyby zaistniała taka konieczność.

PIŚMIENNICTWO

1. Kwiatkowski K. Protezooplastyka stawu biodrowego i kolanowego. <http://www.poradnia.pl/protezooplastyka-stawu-biodrowego-i-kolanowego.html> [dostęp 15.06.2016].
2. Pivec R., Johnson A.J., Mears S.C., Mont M.A. Hip arthroplasty. *Lancet*, 380 (9855) (2012), pp. 1768–1777.
3. Kurtz S., Ong K., Lau E., Mowat F., Halpern M. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *J Bone Joint Surg Am Volume*, 89 (4) (2007), pp. 780–785.
4. Clement N.D., MacDonald D., Howie C.R., Biant L.C. The outcome of primary total hip and knee arthroplasty in patients aged 80 years or more. *J Bone Joint Surg Br Volume*, 93 (9) (2011), pp. 1265–1270.
5. Culliford D.J., Maskell J., Beard D.J., Murray D.W., Price A.J., Arden N.K. Temporal trends in hip and knee replacement in the United Kingdom: 1991 to 2006. *J Bone Joint Surg Br Volume*, 92 (1) (2010), pp. 130–135.
6. Smith G.H., Johnson S., Ballantyne J.A., Dunstan E., Brenkel I.J. Predictors of excellent early outcome after total hip arthroplasty. *J Orthop Surg Res*, 7 (2012), p. 13.
7. Havelin L.I., Fenstad A.M., Salomonsson R., Mehnert F., Furnes O., Overgaard S., et al. The Nordic Arthroplasty Register Association: a unique collaboration between 3 national hip arthroplasty registries with 280,201 THRs. *Acta Orthop*, 80 (4) (2009), pp. 393–401.
8. Jones C.A., Voaklander D.C., Johnston D.W., Suarez-Almazor M.E. The effect of age on pain, function, and quality of life after total hip and knee arthroplasty. *Arch Intern Med*, 161 (3) (2001), pp. 454–460.

9. Kurtz S., Ong K., Lau E., Mowat F., Halpern M. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *J Bone Joint Surg Am* Volume, 89 (4) (2007), pp. 780–785.
10. Prime M.S., Palmer J., Khan W.S. The National Joint Registry of England and Wales. *Orthopedics*, 34 (2) (2011), pp. 107–110.
11. Smith G.H., Johnson S., Ballantyne J.A., Dunstan E., Brenkel I.J. Predictors of excellent early outcome after total hip arthroplasty. *J Orthop Surg Res*, 7 (2012), p. 13.
12. Mahomed N.N., Liang M.H., Cook E.F., Daltroy L.H., Fortin P.R., Fossel A.H., et al. The importance of patient expectations in predicting functional outcomes after total joint arthroplasty. *J Rheumatol*, 29 (6) (2002), pp. 1273–1279.

Prosthesoplasty of the hip joint and life style of patients

Violetta Zgierska¹, Elias Dacka¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. Degenerative disease afflicts males and females with a similar frequency; however, its more severe forms are more often observed among women. Prosthesoplasty has been known in medicine for years. It is applied in the cases of surgical removal of the effects of injuries, especially of the hip joints. Prosthesoplasty of the hip joint is one of the most successful and frequently performed surgical procedures worldwide, which are related with health and improvement of the quality of life of patients.

Objective. The objective of the presented study was an attempt to evaluate the life style of patients who had undergone prosthesoplasty of the hip joint.

Materials and method. The study was conducted using the method of a diagnostic survey aimed at collecting information concerning questions about the general wellbeing of the examined patients, as well as their functioning before and after the surgical procedure of prosthesoplasty of the hip joint. Apart from the diagnostic survey, in order to supplement the collected material, the observation of patients was applied before and after the surgery, and patients' medical records analyzed.

Results. Many interviews and conversations were carried out, mainly during rehabilitation treatment after the surgery. It was found that in nearly all cases the quality of life of patients was evidently improved. They found new ways of spending leisure time, more often went for a walk, and some of them even started to practice various sports disciplines, their social life was changed for the better, and they no longer experienced pain. The style of life of patients who had undergone prosthesoplasty of the hip joint acquired a new quality and new dimension from the aspect of wellbeing.

Conclusions. The procedure of the prosthesoplasty of the hip joint resulted in the improvement of mood and life style of the patients in the study. The most frequent life style after the procedure concerned the reduction of pain complaints, followed by the possibility of locomotion, for instance, to go shopping, possibility of frequent visits to children, and the possibility of going on relatively short trips combined with physical activity. The surgery allowed many patients return to occupational activity, nearly all respondents admitted that the surgery helped them to return to a better physical activity. Nearly all of them agreed that, if such a necessity arose, they would agree to a further procedure of prosthesoplasty of the hip joint.

► **Keywords:** prosthesoplasty, quality of life, wellbeing, hip joint



Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4
tel.: +48 81 749 32 12

e-mail: azich@wsei.lublin.pl
www.wsei.lublin.pl

INNOVATION PRESS

e-ISSN: 2451-2826