ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY

AZiCH

Tom 1
Nr 4
Rok 2016

Aspekty Zdrowia i Choroby

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-Szubzda
Z-ca. redaktora naczelnego: dr n. med. Beata Biernacka
Sekretarz redakcji: dr n. med. Joanna Girzelska
Redaktor merytoryczny: dr n. med. Maria Pieniążek, 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. Eliasz Dacka (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)
prof. dr hab. Pawol 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 Rużomberku)
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 4 ◄► Rok 2016

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

AZiCH
Aspekty Zdrowia i Choroby
Tom 1 ◄► Nr 4 ◄► 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-Szubzda

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 i rodzaje agresji u nastolatków z zaburzeniami psychicznymi – Joanna Gliwka, Leszek Szewczyk 7

Ocena poziomu wiedzy studentów pielęgniarstwa I roku studiów licencjackich i I roku studiów magisterskich na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – Marta Rachoń, Beata Biernacka 17

Zasadność stosowania szczepień dodatkowych u dzieci – w opinii personelu medycznego – Ewelina Rozenbajgier, Beata Biernacka 31

Uwarunkowania klimatu organizacyjnego a wypalenie zawodowe pielęgniarek oddziałów zabiegowych – Anna Matysek, Anna Włoszczak-Szubzda 41

Ocena wsparcia społecznego rodziców dzieci z chorobami neurologicznymi – Amelia Grzegorczyk, Leszek Szewczyk 55

Jakość życia pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych – Dorota Lizut, Anna Włoszczak-Szubzda. 67

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 4, Rok 2016, s. 7–16

Poziom i rodzaje agresji u nastolatków z zaburzeniami psychicznymi

Joanna Gliwka[1], Leszek Szewczyk[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Agresja i przemoc to temat od dawna poruszany w literaturze naukowej, stanowi też przedmiot wielu badań. Wzrastająca fala agresywnych zachowań wśród nastoletniej młodzieży, zwłaszcza przedstawione w mediach przypadki przestępstw o trudnych do zrozumienia motywach dla zwykłego człowieka, skupiły uwagę opinii społeczeństwa na agresywnych zachowaniach młodych ludzi. Agresja stała się powszechnym zjawiskiem, którego akceptować nie wolno. Przemoc stanowi ogromny problem społeczny, wymagający działań profilaktycznych i resocjalizacyjnych.
Cel. Celem pracy było określenia poziomu i rodzajów agresji oraz sposobu ekspresji gniewu w grupie młodych osób z zaburzeniami psychicznymi.
Materiał i metody. Przeanalizowano zachowania agresywne w grupie klinicznej, która obejmowała 47 osób, porównywano ją z 53 osobową grupa kontrolną. Nastolatkowie w grupie klinicznej hospitalizowani byli w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich z rozpoznaniem: mieszane zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia schizoafektywne, uzależnienie od wielu substancji psychoaktywnych, zaburzenia zachowania oraz nieprawidłowo kształtującej się osobowości w kierunku borderline. W badaniu wykorzystano ankietę oraz *Skalę ekspresji gniewu* (SEG).
Wyniki i wnioski. W badaniach stwierdzono, że grupa kliniczna wykazuje wyższy poziom agresji i autoagresji, oraz wyższy poziom gniewu ukierunkowanego na zewnątrz.
Trwające wiele lat badania nad zjawiskiem zachowań agresywnych i mechanizmami ich powstania ukazują złożoność problemu. Agresja wśród nastolatków z zaburzeniami psychicznymi jest zjawiskiem częstym, zagadnienie „wyzwalania" agresji wymaga bacznej uwagi. Nie można wskazać jej pewnych predyktorów.
►**Słowa kluczowe:** agresja, gniew, nastolatkowie, zaburzenia psychiczne.

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwujemy wzrostowa tendencję zachowań agresywnych, zwłaszcza w środowisku nastolatków. Agresywne zachowania stały się coraz powszechniejszą formą rozładowania emocjonalnych napięć, rekompensują nieudacznictwo, stają się sposobem na życie. Agresor, wzbudzający strach, respekt, ma poczucie dominacji i uważa że jest „kimś", dyktuje innym swoje zasady gry i system wartości. Wśród przyczyn zachowań agresywnych młodzieży wyróżnia się czynniki wrodzone, osobowościowe, jak i te, które tkwią w rodzinie, środowisku lokalnym, szkole, grupie rówieśniczej, w środkach masowego przekazu [1].

Wśród przyczyn powstania agresji w szczególny sposób akcentuje się znaczenie rodzinnego domu. To rodzina oddziaływuje na jednostkę najsilniej i najdłużej. Dom rodzinny jest miejscem w którym, kształtuje się całe życie człowieka. Rodzina może być źródłem oparcia dla dziecka, jak również może być źródłem wielu patologicznych zachowań [2]. Badania psychologów i pedagogów dowodzą, iż osobowość młodego człowieka, zachowanie się w różnych okolicznościach, skłonność do agresji zależą w dużym stopniu od jego sytuacji rodzinnej oraz doświadczeń we wczesnym dzieciństwie. Czynnikiem istotnie wpływającym na rozwój i przystosowanie społeczne dziecka są postawy rodziców. Akceptacja, współdziałanie z dzieckiem, uznawanie jego praw i dawanie mu dobrze rozumianej swobody właściwie stymulują rozwój społeczny i psychiczny jednostki. Natomiast postawy niewłaściwe są przyczyną zaburzeń rozwoju, stając się czynnikami nieprzystosowania społecznego [3].

Z psychiatrycznego punktu widzenia zachowania agresywne określa się jako zaburzenia kontroli impulsów lub zaburzenia dysforyczne. Stany dysfotyczne są rodzajem uzewnętrznia przeżywanych nieadekwatnie do danej sytuacji negatywnych emocji, takich jak gniew, złość czy wściekłość. Formą ich ekspresji jest agresja werbalna lub fizyczna. Agresja fizyczna lub słowna może być ukierunkowana na inne osoby przedmioty lub własną osobę (autoagresja), np. samookaleczenia, tendencje lub myśli samobójcze. Stanom dysforycznym najczęściej towarzyszy ograniczenie zdolności do samokontroli i krytycznej oceny sytuacji, a także powiązane z tym poczucie zagrożenia. W zaburzeniach kontroli impulsów zachowania agresywne wynikają z niemożności powstrzymania impulsów [4;5;6]. Zachowania agresywne mogą występować w następujących grupach zaburzeń psychicznych:

- zaburzenia psychotyczne (ostre, przemijające zburzenia psychotyczne, schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia urojeniowe),
- zaburzenia afektywne, czyli nastroju,
- zaburzenia osobowości,
- zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych,
- zaburzenia zachowania,
- zaburzenia w przebiegu chorób somatycznych, zaburzenia organiczne, upośledzenie umysłowe [8].

Różne formy zachowań agresywnych przejawianych przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi stanowią nieunikniony problem zaburzający proces leczenia. Jak podaje wielu badaczy, w ostatnich latach wskaźniki częstości występowania epizodów agresji w placówkach psychiatrycznych wykazują tendencje wzrostowe, dosyć często zdarza się, iż zachowania agresywne stanowią bezpośrednią przyczynę hospitalizacji psychiatrycznej i wynikają z psychopatologii [9;10;11;12].

Cel

Celem badań była próba oceny poziomu i rodzajów agresji u nastolatków z zaburzeniami psychicznymi, w porównaniu z ich zdrowymi rówieśnikami.

Materiał i metody badawcze

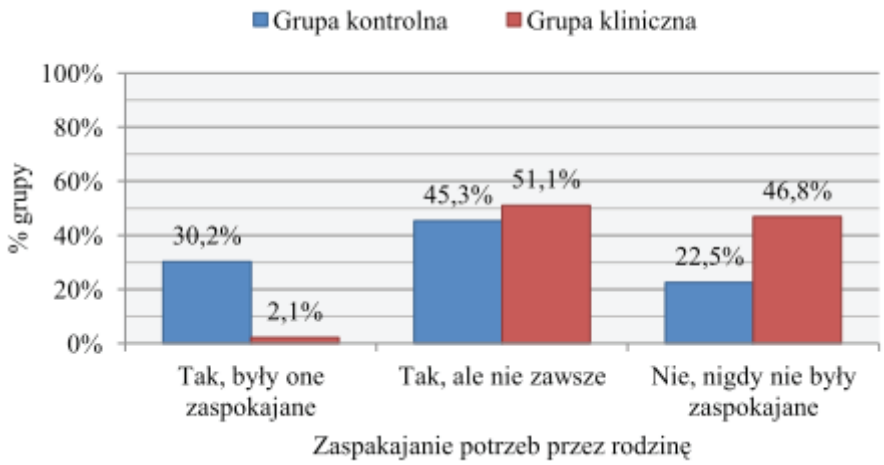
Przebadano 100 młodych osób, 47% nastolatków z zaburzeniami psychicznymi z rozpoznaniem klinicznym: mieszane zaburzenia zachowania i emocji (21 osób), zaburzenia afektywne dwubiegunowe (11 osób), zaburzenia schizoafektywne (4 osoby), zaburzenia spowodowane uzależnieniem od wielu substancji psychoaktywnych (8 osób), zaburzenia zachowania oraz nieprawidłowo kształtującej się osobowości w kierunku borderline (5 osób) i 53% nastolatków bez zaburzeń, w wieku 14–18 lat. Obie grupy w większości składały się z nastolatków w wieku 16–18 lat – 98,1% grupy kontrolnej i 63,8% grupy klinicznej. Osób w wieku 14–15 lat było mniej – 1,9% grupy kontrolnej i 36,2% grupy klinicznej. Struktura płci była zbliżona w obu grupach. Dziewczęta stanowiły 60,4% grupy kontrolnej i 48,9% grupy klinicznej. Chłopcy stanowili 39,6% grupy kontrolnej i 51,1% grupy klinicznej. Także struktura miejsca zamieszkania była zbliżona w obu grupach. Mieszkający w mieście stanowili 56,3% grupy kontrolnej i 66% grupy pacjentów. Mieszkający na wsi stanowili 43,8% grupy kontrolnej i 31,9% grupy klinicznej. Grupa kontrolna składała się w większości z osób pochodzących z rodzin pełnych (79,2%), rzadziej z rodzin niepełnych (15,1%) lub problemowych (5,7%) – takich jak rodzina z nałogami, rozbita, po rozwodzie rodziców. Grupa kliniczna składała się w niespełna połowie z osób z rodzin pełnych (42,6%), rzadziej z rodzin niepełnych (23,4%) i rodzin problemowych(34,%). Ojcowie osób z grupy kontrolnej posiadali w większości wykształcenie zawodowe (57,7%) lub średnie (32,7%), w małym procencie wykształcenie wyższe (9,6%). Ojcowie osób z grupy klinicznej posiadali w większości wykształcenie zawodowe (48,9%) lub średnie (36,2%), w małym procencie wykształcenie podstawowe (14,9%). Z kolei matki osób z grupy kontrolnej posiadały w większości wykształcenie zawodowe (35,8%) lub średnie (41,5%), nieznacznie rzadziej wykształcenie wyższe (22,6%). Matki osób z grupy klinicznej posiadały w większości wykształcenie zawodowe (44,7%) lub średnie (31,9%), w małym procencie wykształcenie podstawowe (10,6%) i wyższe (12,8%).

W celu zbadania poziomu i rodzajów agresji wśród badanych nastolatków posłużono się dwoma narzędziami: ankietą własnej konstrukcji oraz *Skalą ekspresji gniewu* (SEG) autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik i Zygfryda Juczyńskiego.

Do badania zależności pomiędzy zmiennymi jakościowymi zastosowano test chi kwadrat. Istotność wyników przyjęto na poziomie 0,05. Obliczenia wykonano w programie IBM SPSS Statistics 23.

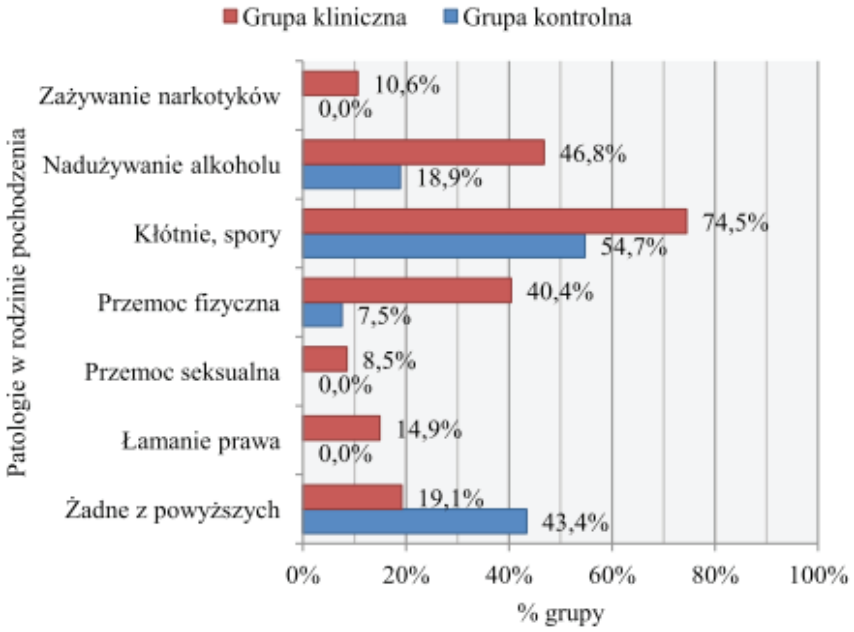
Wyniki i wnioski

Zapytano badanych, czy rodzina zaspakaja ich potrzeby, tj. poczucie bezpieczeństwa, miłość, zrozumienie, uznanie. Okazało się, że osoby z grupy kontrolnej odczuwały pełne zaspokajanie potrzeb (30,2%) lub sporadyczne (45,3%), rzadziej ich brak (22,5%). Natomiast osoby z grupy klinicznej odczuwały w połowie przypadków sporadyczne zaspakajanie potrzeb (51,1%) lub ich brak (46,8%), zdecydowanie rzadziej pełne zaspakajanie (2,1%), (wykres 1).



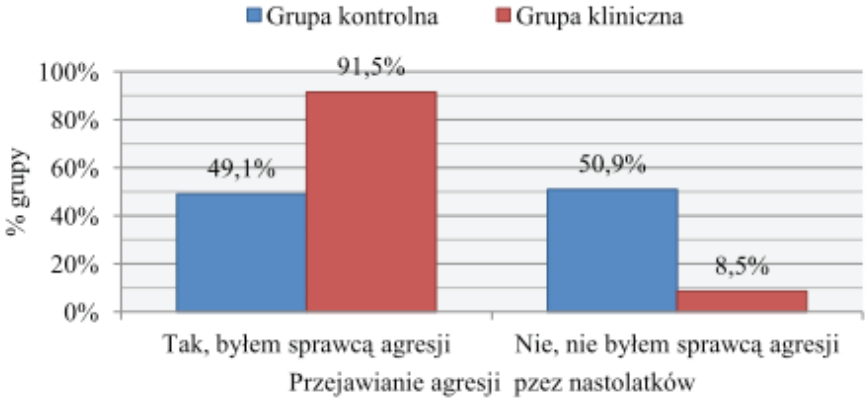
Wykres 1. Zaspakajanie przez rodzinę potrzeb nastolatków bez zaburzeń i z zaburzeniami psychicznymi. Źródło: badania własne.

Zwrócono uwagę na to, czy w rodzinach badanych osób występowały zachowania patologiczne. Okazało się, że w ponad połowie przypadków patologie nie występowały w grupie kontrolnej (43,4%) lub występowały kłótnie i spory (54,7%), w małym procencie też przemoc fizyczna (7,5%). W grupie z zaburzeniami przeważało występowanie kłótni i sporów (74,5%), nadużywanie alkoholu (46,8%) i przemoc fizyczna (40,4%). Rzadziej młodzież zaburzona wskazywała na łamanie prawa (14,9%), zażywanie narkotyków (10,6%) i przemoc seksualną (8,5%) (wykres 2).



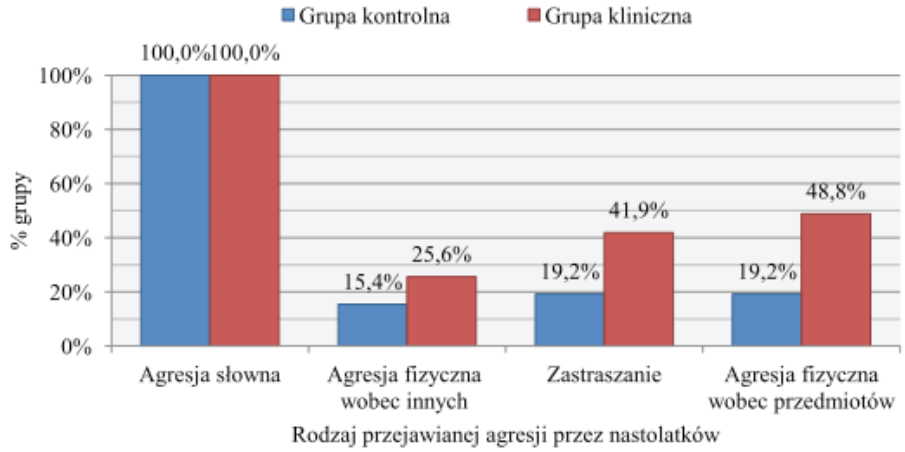
Wykres 2. Występowanie patologii w rodzinach nastolatków bez zaburzeń i z zaburzeniami psychicznymi. Źródło: badania własne.

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń psychicznych a przejawianiem agresji przez nastolatków ($\chi^2(1) = 20,97$; $p = 0,001$). Badani z grupy klinicznej istotnie częściej przyznawali, że byli sprawcami agresji (91,5%), w porównaniu do młodzieży z grupy kontrolnej (49,1%) (wykres 3).



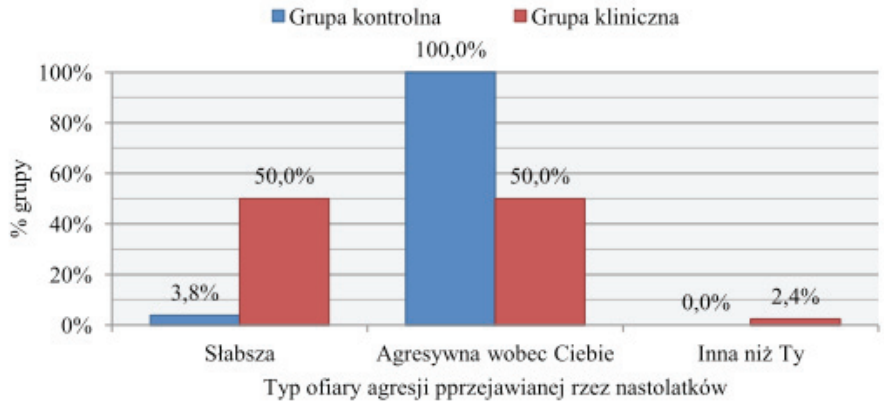
Wykres 3. Przejawianie agresji przez nastolatków bez zaburzeń i z zaburzeniami psychicznymi. Źródło: badania własne.

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń psychicznych a rodzajem przejawianej agresji przez nastolatków ($\chi^2(4) = 10,77$; $p = 0,029$). W obu badanych grupach wszyscy przyznali, że używają agresji słownej (100%). Natomiast badani z grupy klinicznej istotnie częściej niż osoby z grupy kontrolnej używali innych rodzajów agresji, tj. agresji fizycznej wobec przedmiotów (48,8% do 19,2%), zastraszania (41,9% do 19,2%) i agresji fizycznej wobec innych (25,6% do 15,4%) (wykres 4).



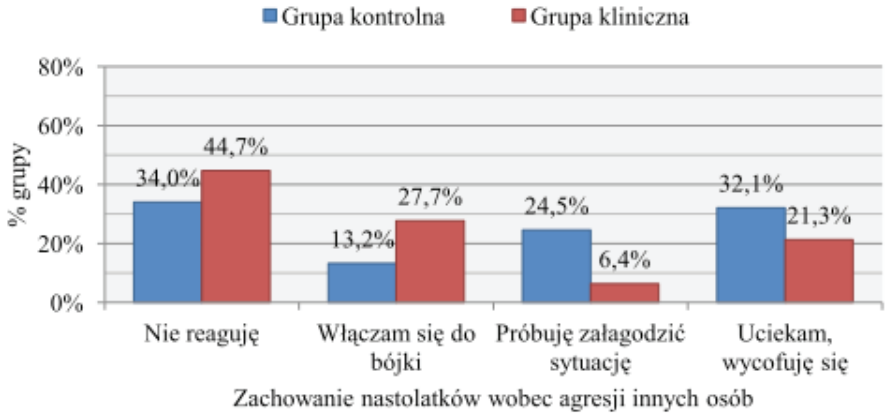
Wykres 4. Rodzaj agresji przejawianej przez nastolatków bez zaburzeń i z zaburzeniami psychicznymi. Źródło: badania własne.

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń psychicznych a typem ofiary agresji przejawianej przez nastolatków ($\chi^2(3) = 35,07$; $p = 0,001$). Badani z grupy klinicznej, w porównaniu do grupy kontrolnej, istotnie częściej przejawiali zachowania agresywne wobec słabszych (50% do 3,5%) lub innych niż oni sami (2,4% do 0%). Jednocześnie rzadziej przejawiali zachowania agresywne wobec osób, które ich samych atakują (50% do 100%) (wykres 5).



Wykres 5. Typ ofiary agresji przejawianej przez nastolatków bez zaburzeń i z zaburzeniami psychicznymi. Źródło: badania własne.

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń psychicznych a rodzajem zachowań wobec agresji innych osób ($\chi^2(4) = 12{,}03$; $p = 0{,}017$). Badani z grupy klinicznej, w porównaniu do grupy kontrolnej, istotnie częściej nie reagowali w sytuacji bycia świadkiem agresji innych osób (44,7% do 34%) lub włączali się do bójki (27,7% do 13,2%). Jednocześnie rzadziej próbowali załagodzić sytuację (6,4% do 24,5%) lub uciekali, wycofywali się (21,3% do 32,1%) (wykres 6).



Wykres 6. Rodzaj zachowań wobec agresji innych osób przejawiany przez nastolatków bez zaburzeń i z zaburzeniami psychicznymi. Źródło: badania własne.

W badaniach wykazano, że środowisko rodzinne wpływa na zachowania agresywne nastolatków z zaburzeniami psychicznymi. Wychowywanie się w rodzi-

nie problemowej zwiększa częstość przejawiania agresji fizycznej wobec osób oraz przedmiotów, a także zastraszania, zwiększa też częstość reagowania agresją na agresję innych lub ignorowanie przez innych, wpływa na nasilenie poziomu gniewu nastolatków z zaburzeniami psychicznymi. Zaburzenia psychiczne mają wpływ na przejawianie agresji w ogóle przez nastolatków, jej rodzaj, typ ofiary agresji i rodzaj zachowań wobec agresji innych.

Podsumowanie

W obliczu uzyskanych wyników, własnej obserwacji, analizy dokumentacji medycznej oraz analizy doniesień naukowych można przypuszczać, iż w przypadku niektórych zaburzeń psychicznych może dochodzić do eskalacji zachowań agresywnych. Próbując dać odpowiedź na pytanie o przyczyny i nasilenie agresji wśród nastolatków z zaburzeniami psychicznymi, należy sformułować wniosek, iż nie ma jednego czynnika, za pomocą którego można wyjaśnić to zjawisko. Badanie miało charakter przekrojowy i dotyczyło wyłącznie hospitalizowanej młodzieży, więc nie wszystkie wnioski można uogólniać na całą populację nastolatków z rozpoznanymi różnymi zaburzeniami psychicznymi. Jednak otrzymane wyniki wydają się wartościowym przyczynkiem do głębszego zrozumienia występowania agresji w zaburzeniach psychicznych okresu rozwojowego.

Piśmiennictwo

1. Badura A., Walters R. H. Agresja w okresie dorastania. Warszawa 1968.
2. Sołtysiak T., Karwowska M. Polska młodzież – zagrożenia, zaburzenia w aktualnej rzeczywistości społecznej. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej. Bydgoszcz 2001, s. 515.
3. Ziemska H. Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka. Warszawa 1986.
4. Heitzman J. Postępowanie w stanach dysfotycznych i zaburzeniach kontroli impulsów. Psychiatria Pd. 2007, nr 6, s. 926–931.
5. Heitzman I. Wpływ stresu na mechanizmy obronne osobowości przed i po przestępstwie agresywnym. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2000, nr 9, s. 243–251.
6. Heitzman J. Stres w etiologii przestępstw agresywnych. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2002.
7. Wilczek Różyczka E. Komunikowanie się z chorym psychicznie. Lublin 2007, Wydawnictwo Czelej.
8. Sariusz-Skąpska M. Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005, nr 14/20, s. 87–91.

9. Sidorowicz S. Zachowanie gwałtowne w zaburzeniach psychicznych. Psychiatria Polska 1997, 31, s. 165–176.
10. Warzocha D., Gmitrowicz A., Pawełczyk T. Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi. Psychiatria Polska 2008, Tom XLII, nr 5, s. 669–669.
11. Wolińska J.M. Agresywność młodzieży: problem indywidualny i społeczny. Lublin, Wydawnictwo UMCS, 2000.
12. Skoczylas P., Żebrowski M. Ocena częstotliwości występowania zespołu zachowań problemowych wśród młodzieży szkolnej w środowisku wielkomiejskim. Problemy Higieny i Epidemiologii 2009, 90 (2), s. 281–285.

Level and types of aggression among adolescents with psychological disorders

Joanna Gliwka[1], Leszek Szewczyk[1]
[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**
Introduction. Aggression and violence are the problem which for a long has been undertaken in scientific literature, and remains the subject of many studies. An increasing wave of aggressive behaviours among the underage, especially the cases of offences presented in the media, with motives difficult to understand for ordinary people focused the attention of society on aggressive behaviours among young people. Aggression has become a common phenomenon, which must not be accepted. Violence is a tremendous social problem which requires prophylactic and resocialization actions.
Objective. The objective of the study was determination of the level and types of aggression, and methods of expression of anger in the group of young individuals with psychological disorders.
Material and methods. Aggressive behaviours were analyzed in a clinical group which included 47 persons, compared with a control group of 53 individuals. Adolescents from the clinical group were hospitalized in the National Centre for Juvenile Forensic Psychiatry with the following diagnoses: mixed behavioural and emotional disorders, bipolar affective disorders, schizoaffective disorder, addiction to many psychoactive substances, behavioural disorders and abnormally developing personality towards borderline personality. The study was conducted using a questionnaire the Anger Expression Scales (AES).
Results and conclusions. In the study it was found that the clinical group showed a higher level of aggression and auto-aggression, and a higher level of anger directed outward. Studies concerning aggressive behaviours and the mechanisms of their development, which have been conducted for many years, show the complexity of the problem. Aggression among adolescents with psychological disorders is a frequent phenomenon, and the problem of 'triggering' aggression requires close attention. It is not possible to indicate its certain predictors.

► **K e y w o r d s :** aggression, anger, adolescents, psychical disorders

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 4, Rok 2016, s. 17–29

Ocena poziomu wiedzy studentów pielęgniarstwa I roku studiów licencjackich i I roku studiów magisterskich na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Marta Rachoń[1], Beata Biernacka[1]

[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Przewlekła obturacyjna choroba płuc to jedna z przewlekłych niezakaźnych chorób układu oddechowego. Eksperci podkreślają, że POChP jest chorobą cywilizacyjną, społeczną i stanowi poważny problem zdrowia publicznego. Główną przyczyną POChP jest palenie tytoniu. Liczba chorych systematycznie wrasta, a według danych Światowej Organizacji Zdrowia w 2020 roku będzie ona trzecią z najczęstszych przyczyn zgonów. Brak wiedzy na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jest konsekwencją późnego rozpoznania i rozpoczęcia leczenia w zaawansowanym stadium. Edukacja i profilaktyka POChP powinna być prowadzona już wśród dzieci i młodzieży, coraz wcześniej sięgających po papierosy.
Cel. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów pielęgniarstwa I roku studiów licencjackich i I roku studiów magisterskich z zakresu pielęgniarstwa na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród studentów pielęgniarstwa w Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie w styczniu 2015 roku, w dwóch grupach. Badaniami objęto 130 osób (100%), w tym 109 kobiet (83,8%) i 21 mężczyzn (16,2%). Grupę pierwszą stanowili studenci I roku studiów licencjackich – 65 osób (50%), w tym 54 kobiety (41,5%) i 11 mężczyzn (8,5%). Druga grupa to studenci I roku studiów magisterskich – 65 osób (50%), a wśród nich 55 kobiet (42,3%) i 10 mężczyźni (7,7%). Metodą badawczą był autorski kwestionariusz ankiety, zawierający 27 pytań dotyczących przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz 5 pytań o dane demograficzne.
Wyniki i wnioski. Studenci obu grup badanych wykazali się niskim poziomem wiedzy ogólnej na temat POChP. Posiadali za to na poziomie zadowalającym wiedzę o podstawowych objawach POChP. Wśród badanej populacji tylko średnio połowa studentów znała zasady leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Ankietowani w obu grupach badanych posiadali niski poziom wiedzy na temat profilaktyki POChP.

►**Słowa kluczowe:** przewlekła obturacyjna choroba płuc, studenci pielęgniarstwa, wiedza, edukacja zdrowotna

Wprowadzenie

Występowanie przypadków zachorowalności na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc na świecie ocenia się na 9,4 zachorowań na 1 tys. mężczyzn i 7,4 na

1 tys. kobiet [1]. Choroba ta występuje u 8–10% obywateli Europy, którzy mają ukończone 30 lat [2].

W Polsce liczbę chorych na POChP szacuje się na około 2 miliony, przy czym 80% są to pacjenci z łagodnym i umiarkowanym stopniem choroby. Pozostali pacjenci to chorzy ze stopniem ciężkim i bardzo ciężkim POChP, którzy korzystają z opieki medycznej [3,4]. Badania wykazują, że co 10 Polak powyżej 35. roku, życia ma objawy POChP. Choroba ta jest jedną z najczęstszych przewlekłych chorób niezakaźnych, której częstość występowania zwiększa się. Według przewidywań epidemiologicznych zjawisko występowania zachorowań na POChP przesunie się z pozycji szóstej w 1990 roku na trzecią w 2020 roku na liście najczęstszych przyczyn zgonów [5,6]. Jednym z pierwszych objawów, często lekceważonym przez chorych, jest przewlekły kaszel. Przewlekła obturacyjna choroba płuc prowadzi do niewydolności oddechowej, a w niektórych przypadkach nawet do śmierci. 90% chorych na POChP są to osoby palące obecnie lub w przeszłości. Z badań wynika, że najważniejszą metodą zapobiegania postępującej chorobie jest zaprzestanie palenia tytoniu [7].

Zachorowalność na POChP zależy od oddziaływań między organizmem człowieka a otaczającym go środowiskiem. Nie każda osoba narażona na czynniki środowiskowe i\lub dym tytoniowy zachoruje w ciągu swojego życia. Jest to zależne od czynników genetycznych oraz być może od długości życia [8].Głównym czynnikiem etiologicznym choroby jest palenie tytoniu, które odpowiada za ¾ przypadków zachorowania na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc [3,5]. Udowodniono związek choroby z ekspozycją zawodową na pyły organiczne i nieorganiczne oraz gazy. Udowodniono, że najczęstszymi zanieczyszczeniami powietrza atmosferycznego o szkodliwym wpływie na płuca są dwutlenek siarki i dwutlenek azotu, ozon i tzw. pył zawieszony, tj. cząsteczki pyłu o różnym składzie chemicznym unoszące się w powietrzu ze względu na niski ciężar. Szacuje się, że zanieczyszczenia powietrza w środowisku pracy w krajach z rozwiniętym przemysłem są odpowiedzialne za rozwój POChP w około 19% wszystkich przypadków choroby [8].

Dodatkowo wpływ na powstawanie POChP mają czynniki osobnicze, tj. genetyczne: genetyczny niedobór α1- antytrypsyny, niska masa urodzeniowa, nieswoista nadreaktywność oskrzeli i nawracające zapalenia oskrzeli w dzieciństwie [9;10].

Rozpoznanie choroby we wczesnym stadium było i pozostaje dla współczesnej medycyny dużym wyzwaniem. Działania zmierzające do rozpoznania POCHP w jej przedklinicznym okresie powinny być podejmowane z uwzględnieniem następujących wskazań:

- dostępność badania umożliwiającego obiektywne potwierdzenie rozpoznania,
- leczenie i zapobieganie czynnikom ryzyka choroby, które mają istotny wpływ na jej dalszy przebieg,
- choroba, która nie została wcześniej rozpoznana, postępuje dalej i staje się powodem znacznej chorobowości i umieralności [11,12].

Chorobę można rozpoznać na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego, badania spirometrycznego i radiologicznego klatki piersiowej. Badaniami pomocniczymi w zdiagnozowaniu ewentualnych powikłań choroby są: gazometria krwi, EKG i badanie echokardiograficzne (ECHO).

Objawy choroby najczęściej występują przez wiele lat. Chorzy zazwyczaj zgłaszają postępującą z biegiem lat duszność. Początkowo duszność występuje tylko podczas wysiłku fizycznego, w późniejszym okresie i podczas zaostrzeń może być odczuwalna również w spoczynku. W celu oceny stopnia wydolności oddechowej zastosowanie ma skala duszności MRC (*ang. Medical Resarch Council*) [3],

Od chwili zdiagnozowania choroba powoduje stopniowe uszkodzenie płuc. Jest to skutkiem występowania przewlekłej reakcji zapalnej, z niewielkich objawów daje coraz większe, stopniowo doprowadzając do niepełnosprawności, a w końcu i do śmierci [12].

Rokowanie w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc jest bardzo niepomyślne i uzależnione od stanu ogólnego pacjenta, zaawansowania choroby oraz powikłań ze strony innych narządów. Ryzyko zgonów pacjentów chorych na POChP, w porównaniu z osobami z prawidłową czynnością płuc, może nawet być 50-krotnie większe. Bardzo ważny wpływ na przebieg choroby ma zaprzestanie palenia. Wszelkie zaostrzenia POChP zwiększają ryzyko zgonów. Bardzo niekorzystnymi czynnikami w rokowaniu choroby są duszność o dużym nasileniu oraz mała aktywność fizyczna i postępująca utrata masy ciała pacjentów lub wychudzenie [13].

Na wczesnym etapie choroby regularna aktywność fizyczna ma bardzo korzystny wpływ na stabilizację lub powstrzymanie rozwoju choroby. Wraz z postępem choroby uprawianie sportu jest bardzo utrudnione z powodu pogłębiającej się duszności, ale jednak zalecane w miarę możliwości i wydolności oddechowej każdego chorego.

Zbyt wysoka lub zbyt niska masa ciała znacznie pogarsza rokowanie, dlatego ważna jest odpowiednio zbilansowana dieta, w której zawarte są odpowiednie składniki w odpowiedniej ilości, indywidualnie dobranej [14].

Współczynniki śmiertelności wzrastają wraz z wiekiem pacjentów, stopniem zaawansowania choroby oraz gorszymi warunkami socjoekonomicznymi. Badania dowodzą, że choroba ta zmniejsza oczekiwaną długość trwania życia o średnio 1,8 roku, przy postaci łagodnej choroby – o 1,1 roku, w przypadku postaci umiarkowanej jest to 1,7 roku, postać ciężka choroby skraca długość życia o 4,1 roku. Zaostrzenia choroby zwiększają ryzyko zgonów. W Polsce z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc umiera około 15.000 osób rocznie; niemal połowa chorych umiera w ciągu 10 lat od chwili rozpoznania. Rokowanie może poprawić zerwanie z nałogiem palenia tytoniu oraz odpowiednio prowadzona farmakoterapia, dlatego bardzo ważna jest odpowiednia edukacja pacjentów i stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich [3,15].

Cel

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów pielęgniarstwa I roku studiów licencjackich i I roku studiów magisterskich na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Materiał i metoda

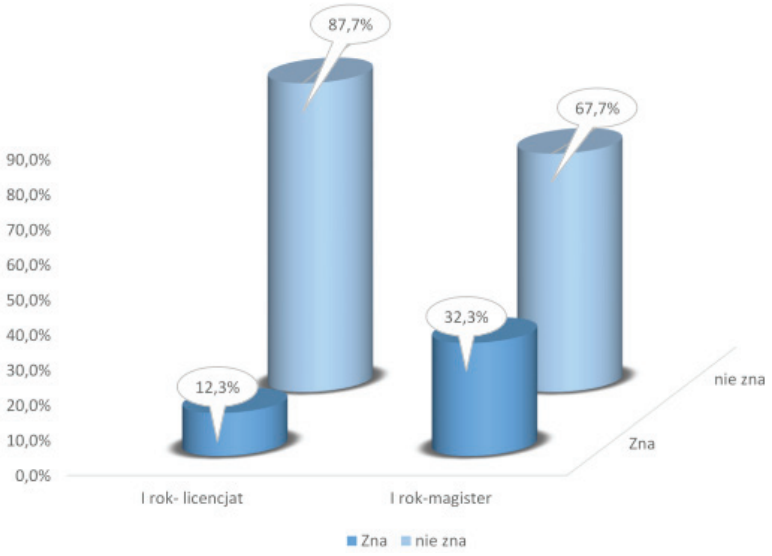
Badanie przeprowadzono wśród studentów pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie w styczniu 2015 roku. Badaniami objęto 130 osób (100%), w tym 109 kobiet (83,8%) i 21 mężczyzn (16,2%). Średnia wieku populacji badanej wynosiła 35,28, natomiast mediana wieku grupy badanej wynosiła 36,5. Grupę pierwszą stanowili studenci I roku studiów licencjackich pielęgniarstwa – 65 osób (50%), w tym 54 kobiety (41,5%) i 11 mężczyzn (8,5%). Druga grupa to studenci I roku studiów magisterskich licząca 65 osób (50%), w tym 55 kobiety (42,3%) i 10 mężczyzn (7,7%). Średnia wieku respondentów w I grupie wynosiła 32,49, mediana 31, natomiast w grupie II odpowiednio 38,07, mediana 40. Do badania włączono tylko te osoby, które wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniu po zapoznaniu się z jego celem. Metodą badawczą był autorski kwestionariusz ankiety zawierający 27 pytań dotyczących przewlekłej obturacyjnej choroby płuc oraz 5 pytań o dane demograficzne. W każdym badaniu sposób dystrybucji ankiet i ich odbioru pozwalał na zachowanie anonimowości respondentów. Rozdano 150 kwestionariuszy do wypełnienia, otrzymano 130 wypełnionych ankiet.

Uzyskany w trakcie przeprowadzania badań materiał empiryczny poddano opracowaniu statystycznemu. Poziom wiedzy studentów rozpatrywano zarówno dla całej populacji, jak i dla poszczególnych grup. Wyniki przedstawiono w tabelach, ilościowo i procentowo dla każdego zadanego pytania. Dodatkowo do każdej tabeli wykonano test chi-kwadrat mający sprawdzić, czy pomiędzy zmiennymi nominalnymi zachodzi istotna statystycznie zależność. Przyjęto poziom istotności $p<0,05$. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie IBM SPSS Statistisc 10,0.

Wyniki i wnioski

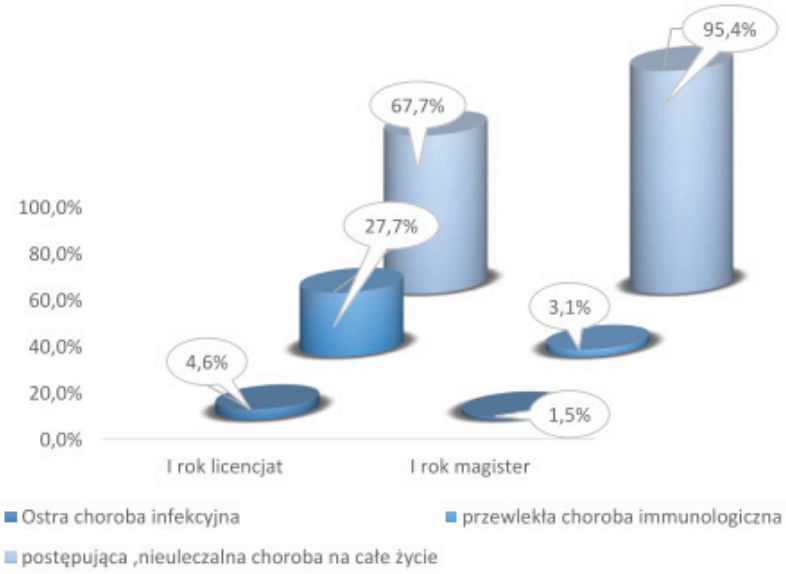
Zapytano ankietowanych, które z czynników w największym stopniu przyczyniają się do rozwoju POChP. W całej grupie badanej najwięcej prawidłowych odpowiedzi padało w przedziale wiekowym 20–30 lat (49 osób; 37,7%). W grupie I (licencjat) najczęściej padała odpowiedź „palenie tytoniu" (57 osób; 87,7%) (zob. wykres 3); wśród tych osób 28 (43,1%) znajdowało się w przedziale wiekowym 20–30 lat, 16 osób (24,6%) w wieku 31–40 lat, 9 (13,8%) w wieku 41–50 lat i 4 osoby w przedziale 51–60 lat. W grupie II (studia magisterskie) odpowiedź „palenie

tytoniu" również była podawana najczęściej przez ankietowanych – wskazało na nią 62 ankietowanych (95,4%) (zob. wykres 3), w tym: 18 osób (27,7%) w wieku 20–30 lat, 16 (24,6%) w przedziale wiekowym 31–40 lat, 23 osoby w wieku 41–50 lat i 5 osób w wieku 51–60 lat. Z badań wynika, że ankietowani we wszystkich grupach wiekowych znają czynniki ryzyka rozwoju POChP. W wyniku przeprowadzenia testu chi-kwadrat wykazano związek pomiędzy zmiennymi – istotność statystyczną, gdzie p<0,05, (wykres 1).



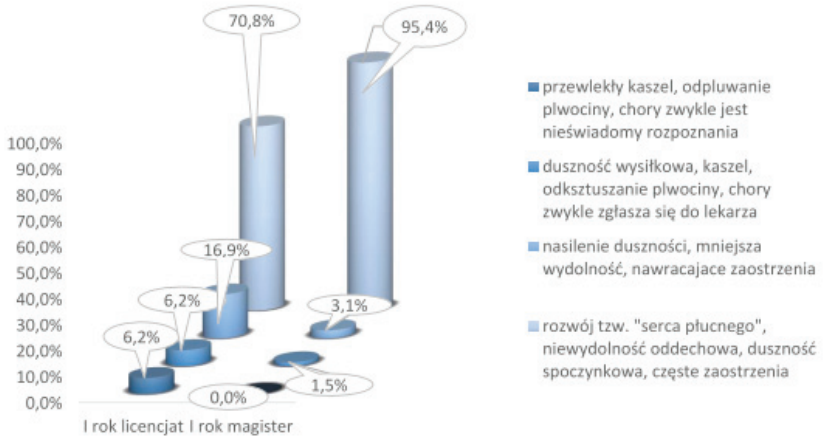
Wykres 1. Główne czynniki rozwoju POChP. Źródło: opracowanie własne.

Jeśli chodzi o wiedzę na temat istoty i specyfiki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, w całej populacji badanej najwięcej prawidłowych odpowiedzi udzieliły osoby w przedziale wiekowym 20–30 lat (49 osób; 37,6%). W grupie I 44 respondentów (67,7%) uważa, że POChP jest to postępująca nieuleczalna choroba na całe życie, a wśród nich: 17 osób (26,2%) w wieku 20–30 lat, 12 ankietowanych (18,5%) w wieku 31–40 lat, 11 osób (16,9%) w wieku 41–50 lat oraz 4 (6,2%) w wieku 51–60 lat. Respondenci odpowiadali również, iż POChP jest to przewlekła choroba immunologiczna. W grupie I podało taką odpowiedź 18 osób (27,7%). W grupie II ankietowani również podawali najczęściej odpowiedź „postępująca, nieuleczalna choroba na całe życie" (62 osoby; 95,4%). Najwięcej prawidłowych odpowiedzi udzieliły osoby w przedziale wiekowym 41–50 lat (25osób; 38,5%), w przypadku pozostałych grup wiekowych było to: 17 osób (26,2%) w wieku 20–30 lat, 16 (24,6%) w 31–40 lat i 4 osoby w wieku 50–60 lat. W wyniku przeprowadzenia testu chi-kwadrat wykazano związek pomiędzy zmiennymi – istotność statystyczną, gdzie p<0,05 (wykres 2).



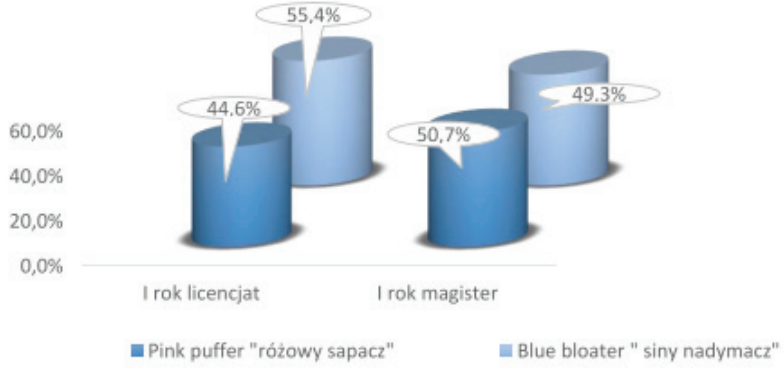
Wykres 2. Charakterystyka POChP. Źródło: opracowanie własne.

Respondenci, poproszeni o określenie objawów charakterystycznych występujących w IV stopniu POChP, w ok. 83% odpowiedzieli prawidłowo. W grupie studentów na poziomie licencjatu prawidłowych odpowiedzi ogółem było 70,8%, w tym udzieliło ich: 21 (32,2%) osób w przedziale wiekowym 20–30 lat, 15 osób (23,1%) w wieku 31–40 lat, 6 osób w wieku 41–50 lat i 4 respondentów w wieku 51–60 lat. W grupie II prawidłowych odpowiedzi było 95,4% (62 osoby), natomiast najliczniejszą grupę (25 osób; 38,5%) stanowili respondenci w wieku 41–50 lat, wśród osób w przedziale wiekowym 20–30 lat było to 18 studentów (27,7%), 14 osób (21,5%) w wieku 31–40 lat, w ostatniej grupie wiekowej (51–60 lat) prawidłowo odpowiedziało 5 osób (7,7%). W wyniku przeprowadzenia testu chi-kwadrat wykazano związek pomiędzy zmiennymi – istotność statystyczną, gdzie $p < 0,05$ (wykres 3).



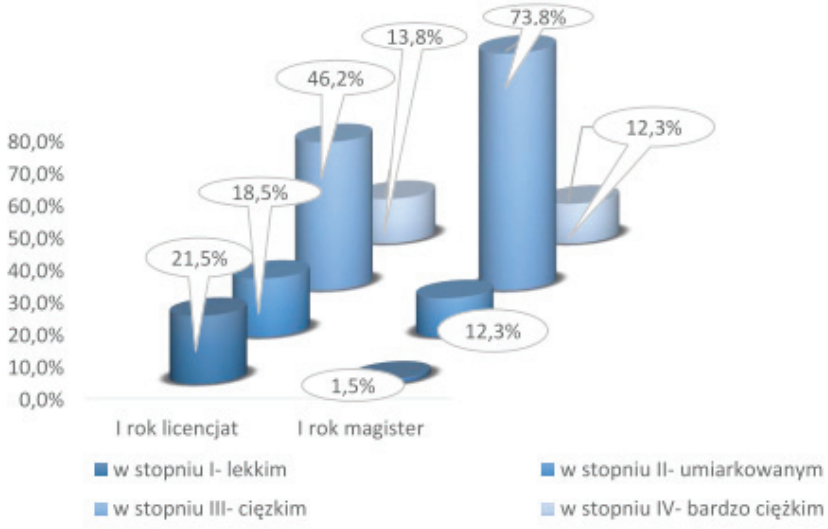
Wykres 3. Objawy charakterystyczne dla IV stopnia POChP. Źródło: opracowanie własne.

Poproszono respondentów o dopasowanie charakterystycznych objawów do poszczególnych grup chorych na POChP. Ankietowani grupy I (licencjat) częściej podawali złą odpowiedź – 36 osób (55,4%), dobre odpowiedzi zaznaczyło 29 osób (44,6%). 11 osób (16,9%) w wieku 20–30 lat dopasowało objawy do odpowiedniej grupy chorych, w grupie 31–40 lat było to 11 osób (16,9%), w pozostałych przedziałach były to odpowiednio 4 osoby (6,2%) i 1 osoba (1,5%). Ponad połowa grupy II (studia magisterskie) wskazała prawidłową odpowiedź – 33 osoby (50,7%), w poszczególnych przedziałach wiekowych prawidłowe odpowiedzi podawano z następującą częstotliwością: 23–30 lat – 13 osób (20%), 31–40 lat – 9 osób (13,8%), 41–50 lat – 11 osób (16,9%). W wyniku przeprowadzenia testu chi-kwadrat wykazano związek pomiędzy zmiennymi – istotność statystyczną, gdzie $p<0,05$ (wykres 4).



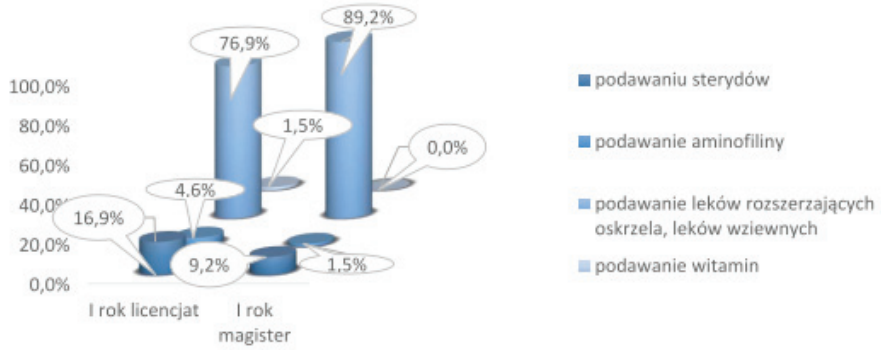
Wykres 4. Objawy charakterystyczne dla *Pink puffer* i *Blue bloater*. Źródło: opracowanie własne.

Zapytano respondentów w którym stopniu zaawansowania choroby powinno się stosować domowe leczenie tlenem. W całej populacji badanej tylko 17 osób (13,1%) wskazało prawidłową odpowiedź, większość ankietowanych, bo ponad połowa (78 osób; 60%), wskazywała na odpowiedź trzecią błędną („w stopniu III – ciężkim"). W grupie studentów licencjatu tylko 9 osób (13,8%) umiało podać prawidłową odpowiedź, w tym 7 kobiet (10,8%) i 2 mężczyzn (3,1%). Respondenci wskazywali najczęściej odpowiedź trzecią – „w stopniu III – ciężkim" (30 osób; 46,2%). W grupie II (magisterskiej) 8 osób (12,3%) wskazało prawidłową odpowiedź i były to same kobiety. W tej grupie również najczęściej padała odpowiedź trzecia – „w stopniu III ciężkim". Podało ją 48 osób (73,8%). W wyniku przeprowadzenia testu chi-kwadrat wykazano związek pomiędzy zmiennymi – istotność statystyczną, gdzie p< 0,05 (wykres 5).



Wykres 5. Wskazania do domowego leczenia tlenem (DLT). Źródło: opracowanie własne.

Respondenci mieli za zadanie przedstawić podstawowe leczenie farmakologiczne w POChP. Prawidłową odpowiedź podało 108 ankietowanych (83,1%) z całej grupy badanej. Wśród studentów studiów licencjackich dobrą odpowiedź wskazały 42 kobiety (64,6%) i 8 mężczyzn (12,3%). Na poziomie studiów magisterskich poprawną odpowiedź wskazało 49 kobiet (75,4%) i 9 mężczyzn (13,8%). W wyniku przeprowadzenia testu chi-kwadrat wykazano związek pomiędzy zmiennymi – istotność statystyczną, gdzie p<0,05 (wykres 6).



Wykres 6. Podstawowe leczenie farmakologiczne COPD. Źródło: opracowanie własne.

Ponad 53,9% ankietowanych (70 osób) posiada bardzo dobry poziom wiedzy na temat wsparcia, jakiego potrzebuje pacjent z rozpoznaniem POChP. Po 28 (21,5%) respondentów posiada wiedzę na poziomie dobrym i dostatecznym, a 4 osoby (3,1%) klasyfikują się na poziomie niedostatecznym (tabela 1).

Tabela 1. Ogólny poziom wiedzy studentów na temat wsparcia potrzebnego pacjentowi, u którego rozpoznano POChP

Poziom	Bardzo dobry	Dobry	Dostateczny	Niedostateczny	Suma
Liczebność	70	28	28	4	130
%	53,9%	21,5%	21,5%	3,1%	100%

Źródło: opracowanie własne.

46,9% ankietowanych (61 osób) posiada bardzo dobry i doby poziom wiedzy na temat zabiegów rehabilitacyjnych w leczeniu POChP, a tylko 8 osób (6,2%) klasyfikuje się na poziomie niedostatecznym w całej populacji badanej (tabela 2).

Tabela 2. Ogólny poziom wiedzy studentów na temat zabiegów rehabilitacyjnych w leczeniu POChP

Poziom	Bardzo dobry	Dobry	Niedostateczny	Suma
Liczebność	61	61	8	130
%	46,9%	46,9%	6,2%	100%

Źródło: opracowanie własne.

79,2% ankietowanych (103 osoby) posiada bardzo dobry poziom wiedzy na temat zwiększenia ryzyka zachorowalności na POChP, 26 respondentów (20%) posiada dobry poziom wiedzy i tylko 1 osoba (0,8%) klasyfikuje się na poziomie niedostatecznym w całej populacji badanej. W grupie studentów studiów licencjackich ankietowani najczęściej wybierali dwie odpowiedzi: „palenie przewlekłe" – ogólnie 56 osób (86,2%), w tym 37 osób (56,9%) niepracujących w zawodzie, 3 respondentów (4,6%) pracujących 1–10 lat, 7 osób (10,8%) pracujących 11–20

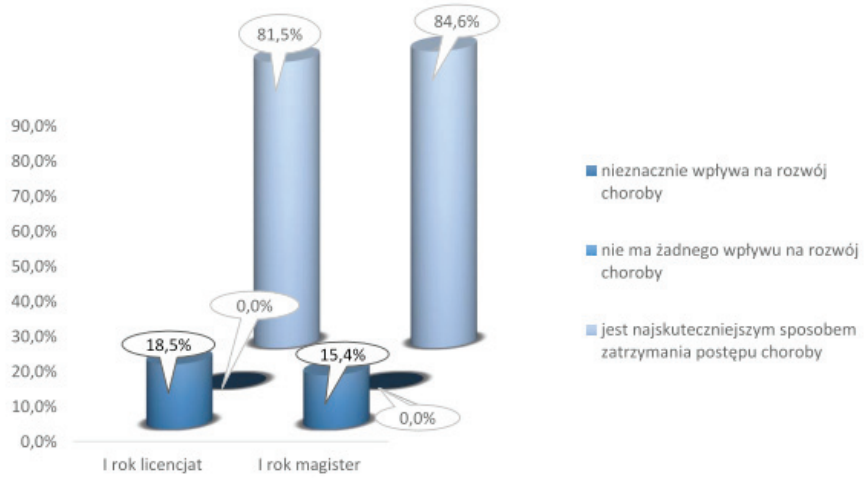
lat, 8 osób (12,3%) – ze stażem 21–30 lat i 1 osoba (1,5%) pracująca 31–40 lat; „palenie bierne (ETS)" wybrało 56 (86,2%), w tym: 38 (58,4%) osób niepracujących, 3 osoby (4,6%) pozostające w zawodzie 1–10 lat, po 7 ankietowanych (10,8%) ze stażem 11–20 lat i 21–30 lat oraz 1 osoba (1,5%) pracująca 31–40 lat. Wśród studentów studiów magisterskich „palenie przewlekłe" wybrały 64 osoby (98,5%), w tym: 20 osób (30,8%) niepracujących w zawodzie, 8 ankietowanych (12,3%) pracujących 1–10 lat, 18 pytanych (27,7%) pracujących w zawodzie 11–20 lat, 16 ankietowanych (24,6%) ze stażem 21–30 lat i 2 osoby (3,1%) pozostające w zawodzie 31–40 lat. „Palenie bierne (ETS)" wybrało 55 osób (84,6%), w tym: 18 osób niepracujących (27,7%), 6 ankietowanych (9,2%) pracujących w zawodzie 1–10 lat, 16 badanych (24,6%) ze stażem 11–20 lat, 13 osób (20%) pracujących 21–30 lat i 2 respondentów (3,1%) ze stażem pracy 31–40 lat (tabela 3).

Tabela 3. Ogólny poziom wiedzy studentów na temat zwiększenia ryzyka zachorowalności na POChP

Poziom	Bardzo dobry	Dobry	Niedostateczny	Suma
Liczebność	103	26	1	130
%	79,2%	20%	0,8%	100%

Źródło: opracowanie własne.

Zapytano respondentów o to, jak na rozwój choroby wpływa zaprzestanie palenia papierosów. W całej populacji badanej 108 ankietowanych (83,1%) zaznaczyło poprawną odpowiedź. W grupie studentów studiów licencjackich odpowiedź poprawną wskazały 53 osoby (81,5%), w tym: 34 (52,3%) osoby niepracujące, 3 respondentów (4,6%) ze stażem 1–10 lat, 8 osób (12,3%) pracujących 11–20 lat, 7 osób (10,8%) pracujących 21–30 lat, 1 osoba (1,5%) ze stażem w zawodzie 31–40 lat. W grupie studentów studiów magisterskich prawidłową odpowiedź zaznaczyło 55 ankietowanych (84,6%), a wśród nich: 17 osób (26,2%) niepracujących, 6 respondentów (9,2%) ze stażem 1–10 lat, 16 osób (24,6%) pracujących 11–20 lat, 14 ankietowanych (21,5%) pracujących 21–30 lat i 2 osoby (3,1%) ze stażem 31–40 lat (wykres 7).



Wykres 7. Zaprzestanie palenia papierosów a rozwój choroby. Źródło: opracowanie własne.

- Studenci obu grup badanych posiadają niski poziom wiedzy ogólnej na temat POChP. Istnieją obszary, w których wiedzę należy uzupełnić.
- Należy się spodziewać, że zadawalająca wiedza, jaką wykazali się studenci na temat podstawowych objawów POChP, spowoduje, iż w przyszłości będą oni zdolni do prowadzenia właściwej edukacji zdrowotnej pacjentów.
- W badanej populacji tylko średnio połowa studentów zna zasady leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Studenci, jako przyszły personel pielęgniarski, powinni poszerzać zakres wiedzy na temat sposobów leczenia i stosowanych zabiegów, by jak najlepiej móc wspierać i pomagać pacjentów z tym schorzeniem.
- Ankietowani obu grup badanych posiadają zbyt niski – jak na wykonywaną profesję i edukację w tym zakresie – poziom wiedzy na temat profilaktyki.

Podsumowanie

Na podstawie otrzymanych wyników badań można stwierdzić, że wiedza ankietowanych na temat profilaktyki i rehabilitacji pacjentów z POChP jest raczej na poziomie średnim i wymaga od studentów pogłębiania.

Piśmiennictwo

1. Kuna P., Kupczyk M. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) – diagnostyka i terapia. Przew. Lek. 2002; 5, 9: 56–62.
2. Mannino D.M. Chronic obstructive pulmonary disease: definitione and epidemiolosy. Respir Care 2003, 48: 1185–1191.

3. Śliwiński P., Górecka D., Jassem E., Pierzchała W. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Pneumonol Alergol Pol. 2014; 82, 3: 227–263.
4. Zieliński J. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Wydawnictwo Medyczne Wrocław 2007, Wydanie IV, 6.
5. Brzecka Anna (red.). ABC przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Wydawnictwo Medyczne Górnicki, Wrocław 2013.
6. Rubinsztajn R., Chazan R. Analiza przyczyn zgonów i chorób współistniejących u hospitalizowanych chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Pneumonol. Alergol. Pol. 2011; 79, 5: 343–346.
7. Zalecenia Polskiegi Towarzystwa Fizjopneumologicznego dotyczące rozpoznawania i leczenia choroby tytoniowej. Pneumol. i Alelergol. Pol. 2005; 73:10–18.
8. Talarska D.,Zozulińska-Ziółkiewicz D. Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, wydanie I.
9. Damps-Konstańska I., Cynowska B., Kuziemski K., Krakowiak P., Jassem E. Zintegrowany model opieki nad chorymi na przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) w praktyce lekarza rodzinnego. Forum Medycyny Rodzinnej 2012, tom 6, nr 1; 14–23.
10. Bąk-Drabik K., Ziora D. Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Pneumonol Alergol. Pol. 2004, 72, 128–133.
11. Chlabicz S. Rozpoznanie i leczenie POChP w świetle zaleceń GOLD 2011. Lekarz Rodzinny 2012, tom 17, nr 4:370–374.
12. Zieliński J. Wczesne rozpoznawanie POChP – uzasadnienie, metody i wyniki. Pneumonol. Alergol. Pol. 2009; 77:77–81.
13. Komnata K. Wpływ odczynu zapalnego na czynność płuc u chorych na stabilną postać przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Pneumonol. Alergol. Pol. 2010; 78, 4:271–278.
14. Kuna P., Pierzchała W., Jankowski M. Astma i POChp w pytaniach i odpowiedziach. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2008.
15. Jassem E. Chory na przewlekłą obturacyjna chorobę płuc (POChP) w opiece lekarza rodzinnego. Pneumonol. Alergol. Pol. 2014; 82, sup. 2; 11–21.

Assessment of the level of knowledge concerning Chronic Obstructive Pulmonary Disease among students of the first year licentiate study and first year Master's study

Marta Rachoń[1], Beata Biernacka[1]

[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**

Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease is one of the non-infectious diseases of the respiratory system. Experts emphasize that COPD is a civilisation, social disease, and constitutes a serious public health problem. The main cause of COPD is tobacco smoking. The number of patients is systematically increasing, and according to the data by the World health Organization, in 2020, it will occupy the third position among the most frequent causes of death. The lack of knowledge concerning chronic obstructive pulmonary disease is the consequence of late diagnosis and starting treatment at an advanced stage. Education and prophylaxis of COPD should be carried out already among children and adolescents, who start smoking cigarettes at an increasingly younger age.

Objective. The objective of the study was evaluation of the level of knowledge concerning chronic obstructive pulmonary disease among students of the first year of licentiate study and first year of Master's study of nursing.

Materials and method. The study was conducted in January 2015, among 2 groups of students of nursing at the University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences, and covered a group of 130 persons (100 %), including 109 females (83.8%) and 21 males (16.2%). The first group were students of the first year of licentiate study of nursing - 65 students (50%), including 54 females (41.5%) and 11 males (8.5%). The second group were students of the first-year of Master's study of nursing - 65 persons (50%), including 55 females (42.3%) and 10 males (7.7%). The research method was a questionnaire designed by the author, containing 27 items related with chronic obstructive pulmonary disease, and 5 questions pertaining to the demographic data.

Results and conclusions. Students from 2 groups possessed a low level of general knowledge concerning COPD, while at the same time, their knowledge of the basic symptoms of COPD was on a satisfactory level. Among the population examined, only a half of the students, on average, knew the principles of treatment of chronic obstructive pulmonary disease. The respondents from 2 groups had a low level of knowledge concerning COPD prophylaxis.

► **K e y w o r d s :** chronic obstructive pulmonary disease, students of nursing, knowledge, health education

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 4, Rok 2016, s. 31–39

Zasadność stosowania szczepień dodatkowych u dzieci – w opinii personelu medycznego

Ewelina Rozenbajgier[1], Beata Biernacka[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. „Program Szczepień Ochronnych" (PSO) jest podstawą prawną dotyczącą zasad, terminów i realizacji szczepień. Szczepienia ochronne to najbardziej efektywny program działań profilaktycznych w walce z chorobami zakaźnymi. Zmniejszają one zachorowalność oraz redukują liczbę powikłań i zgonów wśród dzieci. Powszechny dostęp do informacji na temat szczepień, zarówno tych prawdziwych, jak również tych nie do końca sprawdzonych, powoduje trudności w weryfikacji tej wiedzy przez rodziców i wybrania odpowiedniej decyzji w tej kwestii.
Cel. Celem badań było poznanie opinii personelu medycznego na temat zasadności stosowania dodatkowych, nieobowiązkowych szczepień u dzieci.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 101 osób (100%), w tym 47 osób (46,53%) były to pielęgniarki, 29 osób (28,71%) – farmaceuci, 10 osób (9,9%) – lekarze, 15 osób (14,85%) reprezentowało inne zawody medyczne. Ponad połowa ankietowanych to mieszkańcy miasta do 50 tysięcy mieszkańców, nieco mniej – 30% – zamieszkuje wieś, a pozostałe 22% to mieszkańcy miast powyżej 50 tysięcy osób. W metodą badawczą był autorski kwestionariusz ankiety, poddany wstępnej standaryzacji.
Wyniki i wnioski. Wśród ankietowanych większość ma dystans do szczepień dodatkowych, ale są również osoby, które uważają, że szczepienia dodatkowe zmniejszają ryzyko zachorowań u dzieci. Połowa respondentów stosuje szczepienia dodatkowe zarówno u siebie, jak i u członków swoich rodzin, druga połowa ankietowanych ich nie stosuje. Personel medyczny widzi liczne przeciwwskazania do stosowania dodatkowych szczepień nieobowiązkowych.

►**Słowa kluczowe:** szczepienia dodatkowe, dzieci, personel medyczny.

Wprowadzenie

W Polsce wiele szczepień jest obowiązkowych, przez co nie zaobserwowano epidemiologicznych zachorowań na choroby zakaźne wśród dzieci. Odwołując się do wysokiego wskaźnika procentowego dzieci, które zostały zaszczepione w naszym kraju, można stwierdzić, że w Polsce mamy dużo lepsze wskaźniki w porównaniu z wieloma krajami Europy Zachodniej. Realizacja szczepień w Polsce ma charakter masowy lub indywidualny [1].

Biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną w zakresie występowania chorób zakaźnych w Polsce w 2014 r., można scharakteryzować ją jako ogólnie dobrą. Epidemiologiczne występowanie chorób nie zostało zaobserwowane, nieznacz-

ny wzrost zachorowań na niektóre choroby, podobnie jak w poprzednich latach, występował sezonowo [2].

Również Światowa Organizacja Zdrowia, a w szczególności Biuro Europejskie tej organizacji, prowadzi rejestry, które dotyczą liczby przypadków zachorowania na choroby zakaźne. W raporcie, który WHO opublikowała na temat odry i różyczki, z danymi dotyczącymi lat 2011–2012, wskazano, iż w Polsce odnotowano 37 przypadków odry, czyli jest to wskaźnik 1/1mln populacji. W porównaniu z Polską, w Irlandii, Francji i Niemczech ten wskaźnik jest dużo większy [3]. Duże znaczenie w tym przypadku ma fakt, iż w Polsce szczepienia przeciwko odrze należą do gamy szczepień obowiązkowych. Szczepienie podstawowe, które wykonuje się skojarzoną szczepionką potrójną przeciw śwince, odrze i różyczce, podaje się w 13. lub też 14. miesiącu życia. Dzieciom zaszczepionym podaje się również w 10. roku życia dawkę, która jest dawką przypominającą szczepionki skojarzonej. Szczepieniu temu podlegają wszystkie dzieci, które dany rok życia kończą. W stosunku do dzieci powyżej 10. roku życia, które nie otrzymały dwóch dawek szczepionki skojarzonej przeciw odrze, śwince i różyczce, systematycznie uzupełnia się brakującą dawkę szczepionki, nie później niż do ukończenia 19. roku życia [4].

W ostatnich latach został odnotowany wyraźny spadek zachorowań na WZW A. Nie zostały zaobserwowane wystąpienia dużych ognisk epidemicznych, możemy mówić o pojawieniu się pojedynczych ognisk.

W 2013 roku można zauważyć, iż zaszczepionych zostało dwukrotnie więcej osób niż w roku 2007. Duży wpływ na taką sytuację może mieć fakt, iż w 2009 roku do kalendarza szczepień obowiązkowych włączono szczepienia przeciwko pneumokokom dla osób z grup ryzyka [5].

Korzystny wpływ szczepień można zaprezentować na przykładzie Kielc, w których wprowadzono bezpłatne szczepienia preparatem 7-walentnym. Po roku odnotowano, iż wskaźnik hospitalizacji z powodu zapalenia płuc zmniejszył się wśród dzieci do 1. roku życia o 65%, a w grupie wiekowej 2–4 lata o 23%. Na podstawie tych przykładów można zaobserwować skuteczność badań przeprowadzanych na szeroką skalę. Program szczepień dzieci przeciwko pneumokokom wyraźnie spowodował zmniejszenie wskaźników hospitalizacji z powodu zapalenia płuc w całej populacji [6].

Według Światowej Organizacji Zdrowia wprowadzenie szczepionki przeciwko pneumokokom do powszechnie stosowanych programów szczepień powinno być działaniem priorytetowym we wszystkich krajach [7]. Stanowisko to podzielają również polscy eksperci, którzy wskazują na konieczność wdrożenia takich szczepień przeciwko pneumokokom u wszystkich dzieci poniżej 2. roku życia, jako skutecznej metody zapobiegania zakażeniom.

Przeprowadzanie szczepień i kwalifikację do szczepień w Polsce reguluje *Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*. Główny Inspektor Sanitarny, co roku ogłasza w formie komu-

nikatu „Program Szczepień Ochronnych" (PSO) z uwzględnieniem wskazań do wykonania szczepień (obowiązkowych i zalecanych) oraz ich schematu. Od 2009 roku szczepienia PCV są obowiązkowe dla: dzieci od 2. miesiąca życia do ukończenia 5. roku życia z grup dużego ryzyka, dzieci od 2. miesiąca życia do ukończenia 12. miesiąca życia urodzonych przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży lub urodzonych z masą urodzeniową <2500 g. Szczepienie to jest natomiast zalecane dzieciom do 5. roku życia niewymienionym w kryteriach do szczepień obowiązkowych, osobom >50. roku życia oraz pacjentom, bez względu na wiek, przewlekle chorym, z grupy ryzyka IChP [8].

Realizacja programu szczepień ochronnych zależy w dużej mierze od rodziców, ale również w dużym stopniu od personelu medycznego. To rozmowa z lekarzami, pielęgniarkami mobilizuje rodziców do szczepienia swoich dzieci. Niekiedy decyzja o zakupie szczepionek dodatkowych zależy od możliwości finansowych rodziców.

Powszechny dostęp do informacji na temat szczepień, zarówno informacji prawdziwych, jak również tych nie do końca sprawdzonych, powoduje trudności w weryfikacji tej wiedzy przez rodziców i podjęcia odpowiedniej decyzji w tej kwestii. [9]. Dlatego bardzo ważną rolę spełnia poznanie stosunku rodziców do szczepień i odpowiednia ich edukacja w celu uświadomienia konieczności szczepienia dzieci [10].

Obowiązek informowania rodziców na temat szczepień obowiązkowych, jak i dodatkowych, powinien spoczywać na personelu medycznym, czyli na lekarzach rodzinnych (tzw. pierwszego kontaktu) i pielęgniarkach podstawowej opieki zdrowotnej. Powinni oni przeciwdziałać dezinformacjom szczerzonym przez przeciwników szczepień i skutecznie edukować rodziców na ten temat [9].

Cel

Celem badań było poznanie opinii personelu medycznego na temat zasadności stosowania dodatkowych, nieobowiązkowych szczepień u dzieci.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w grupie 101 osób (100 %), w tym 47 osób (46,53%) były to pielęgniarki, 29 osób (28,71%) – farmaceuci, 10 osób (9,9%) – lekarze, 15 osób (14,85%) reprezentowało inne zawody medyczne. Ponad połowa ankietowanych to mieszkańcy miasta do 50 tysięcy mieszkańców, nieco mniej – 30% – zamieszkuje wieś, a pozostałe 22% to mieszkańcy miast powyżej 50 tysięcy osób. Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki (prawie połowa respondentów), a 1/3 osób, które udzieliły odpowiedzi to farmaceuci.

W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, zawierający 21 pytań dotyczących zasadności stosowania szczepień dodatkowych u dzieci oraz

3 pytania o dane socjodemograficzne: miejsce zamieszkania, wiek respondentów i zawód. W każdym badaniu sposób dystrybucji kwestionariuszy i ich odbioru zachowywał anonimowość ankietowanych. Rozdano 120 ankiet do wypełnienia, otrzymano 101 wypełnionych kwestionariuszy.

Badania wskazują, że największy wpływ na podejmowanie przez rodziców decyzji o szczepieniu dziecka ma rekomendacja lekarza. Część osób, która nie skorzystała ze szczepień zalecanych, twierdziła, że nie wiedziała o takiej możliwości, a więc stan wiedzy rodziców na temat szczepień nie jest jeszcze na wystarczająco zadowalającym poziomie. Edukacja zdrowotna realizowana przez pracowników ochrony zdrowia wyraźnie przyczynia się do zwiększenia grupy osób zaszczepionych, dlatego powinni oni rzetelnie informować pacjentów o korzyściach płynących ze szczepień, jak również o minimalnym ryzyku z nimi związanym. Działania profilaktyczne, w tym zachęcanie i przeprowadzanie szczepień ochronnych, są jednym z najważniejszych zadań stojących przed lekarzem pierwszego kontaktu [16].

Jako źródło wiedzy o szczepieniach pacjenci wymieniali także media. Kampanie medialne propagujące szczepienia mogą przynieść wiele korzyści, jak chociażby kampania edukacyjna profilaktyki zakażeń meningokokowych, pt. „Stop! Meningokokom!", która przyczyniła się do wzrostu zastosowania szczepionek przeciwko tym bakteriom [15]. Jednak na mediach spoczywa także ogromna odpowiedzialność, ponieważ szokujący nagłówek lub dramatyczna historia o rzadkim odczynie poszczepiennym może przynieść długotrwały negatywny wpływ na akceptację szczepień przez społeczeństwo.

Wyniki i wnioski

Niespełna 45% respondentów popiera szczepienia dodatkowe u dzieci, taka sama ich część nie ma w tej kwestii wyrobionego zdania. Niespełna 15% ankietowanych jest tym szczepieniom przeciwna. Biorąc pod uwagę odpowiedzi udzielane przez reprezentantów poszczególnych grup zawodowych, można stwierdzić, że rozkładają się one podobnie jak wyniki sumaryczne (tabela 1).

Tabela 1. Stosunek do szczepień dodatkowych

	Jaki jest Pana/Pani stosunek do szczepień dodatkowych?			Razem
Zawód	Jestem zwolennikiem	Nie mam zdania	Jestem przeciwnikiem	
Lekarz	6	2	2	10
%	13,33%	4,65%	15,38%	9,90%
Pielęgniarka	22	23	2	47
%	48,89%	53,49%	15,38%	46,53%
Farmaceuta	7	13	9	29
%	15,56%	30,23%	69,23%	28,71%
Inne	10	5	0	15
%	22,22%	11,63%	0,00%	14,85%
Razem	45	43	13	101
%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Bardzo równomierny jest rozkład odpowiedzi na pytanie o zasadność stosowania u własnych dzieci zalecanych szczepień. Nieznacznie więcej ankietowanych jest ich zwolennikami i stosuje (stosowałoby) je u swoich dzieci (tabela 2).

Tabela 2. Stosowanie szczepień dodatkowych u swoich bliskich

	Czy stosował/stosowała (stosowałby/stosowałaby)		Razem
	Pan/Pani szczepienia zalecane u swoich dzieci?		
Zawód	Tak	Nie	
Lekarz	6	4	10
%	11,11%	8,51%	9,90%
Pielęgniarka	24	23	47
%	44,44%	48,94%	46,53%
Farmaceuta	14	15	29
%	25,93%	31,91%	28,71%
Inne	10	5	15
%	18,52%	10,64%	14,85%
Razem	54	47	101
%	100,00%	100,00%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Analizując stosunek respondentów do konkretnych szczepionek, stwierdzić trzeba, że większość z nich popiera/zaleca stosowanie dodatkowych nieobowiązkowych szczepień u dzieci (45–60%). Tylko w przypadku szczepienia przeciwko grypie odsetek jego zwolenników jest mniejszy, na co wpływ ma sezonowość występowania tej choroby i konieczności podawania kolejnej dawki tej szczepionki w każdym roku (tabela 3).

Tabela 3. Dodatkowe, odpłatne szczepienia

	% odpowiedzi			
Odpowiedź	Zalecam/popieram szczepienie tym dzieci	Nie zalecam/nie popieram szczepienia tym dzieci	Nie zalecam/nie popieram szczepienia tym dzieci, ale zamierzam to robić	Nie podjąłem/nie podjęłam jeszcze decyzji w tej kwestii
Wirusowe zapalenie wątroby typu A	46,53% (47)	25,74% (26)	0,00% (0)	27,72% (28)
Kleszczowe zapalenie mózgu	44,55% (45)	26,73% (27)	0,00% (0)	28,71% (29)
Pneumokoki (bakterie wywołujące groźne zapalenia płuc)	58,42% (59)	18,81% (19)	0,00% (0)	22,77% (23)
Meningokoki (bakterie wywołujące groźne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)	58,42% (59)	19,80% (20)	0,00% (0)	21,78% (22)
Ospa wietrzna	38,61% (39)	34,65% (35)	0,00% (0)	26,73% (27)
Rotawirusy (wirusy wywołujące biegunki o ciężkim przebiegu)	54,46% (55)	20,79% (21)	0,00% (0)	24,75% (25)
Szczepionki skojarzone (np. 5 w 1,6 w 1)	37,62% (38)	28,71% (29)	0,99% (1)	32,67% (33)
Grypa	27,72% (28)	38,61% (39)	1,98% (2)	31,68% (32)

Źródło: opracowanie własne.

Około 40% respondentów uważa za zasadne rozszerzenie kalendarza szczepień podstawowych o dodatkowe nieobowiązkowe szczepienia obecnie zalecane, w tym również kilkuskładnikowe szczepionki skojarzone. Porównywalna część ankietowanych nie ma na ten temat zdania. Również w przypadku tego pytania nie możemy mówić o rozkładzie odpowiedzi zależnie od wykonywanego zawodu, gdyż rozkład ten jest podobny w przypadku wszystkich ankietowanych (tabela 4).

Tabela 4. Czy uważa Pan/Pani za zasadne rozszerzenie kalendarza szczepień podstawowych o szczepienia dodatkowe (obecnie nieobowiązkowe), w tym kilkuskładnikowe szczepionki skojarzone?

	Czy uważa Pan/Pani za zasadne rozszerzenie kalendarza szczepień podstawowych o szczepienia dodatkowe (obecnie nieobowiązkowe), w tym kilkuskładnikowe szczepionki skojarzone?			Razem
Zawód	Tak	Nie	Nie mam zdania	
Lekarz	2	4	4	10
%	5,26%	14,81%	11,11%	9,90%
Pielęgniarka	17	11	19	47
%	44,74%	40,74%	52,78%	46,53%
Farmaceuta	10	12	7	29
%	26,32%	44,44%	19,44%	28,71%
Inne	9	0	6	15
%	23,68%	0,00%	16,67%	14,85%
Razem	38	27	36	101
%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Dla 60% respondentów najważniejszą, wynikającą ze stosowania szczepień, korzyścią jest brak konieczności hospitalizowania dzieci. Jest to korzyść bardzo istotna, gdyż pobyt w szpitalu to dla każdego dziecka ogromny stres, który może poczynić istotne, trwale zmiany w jego psychice. Dla 5% ankietowanych równie istotny jest brak powikłań ciężkich chorób, ponieważ, jak wiadomo, szczepienie dzieci, nawet jeśli nie chroni ich całkowicie przed zachorowaniem, to pozwala na łagodniejszy przebieg choroby i uniknięcie powikłań, co za kwestię przemawiającą na korzyść tych szczepień uznaje 20% osób. Istotny jest niewątpliwie fakt, że prawie 20% ankietowanych nie widzi żadnych korzyści wynikających ze szczepień, co jest niepokojące, mając na uwadze pojawiające się od jakiegoś czasu ruchy antyszczepionkowe, które negują nawet stosowanie szczepień z kalendarza szczepień podstawowych zalecanych przez PSO (tabela 5).

Tabela 5. Jaką największą korzyść widzi Pan/Pani w szczepieniu dzieci?

	Jaką największą korzyść widzi Pan/Pani w szczepieniu dzieci?						Razem
Zawód	Zmniejszenie ryzyka zachorowań	Brak powikłań ciężkich chorób	Brak konieczności hospitalizacji dziecka	Mniej stresu zarówno dla rodziców, jak i dla dziecka	Nie widzę żadnych korzyści	Inne, (jakie?)	
Lekarz	5	3	1	0	1	0	10
%	8,47%	16,67%	50,00%	0,00%	6,25%	0,00%	9,90%
Pielęgniarka	29	8	1	6	5	0	47
%	49,15%	44,44%	50,00%	66,67%	31,25%	0,00%	46,53%
Farmaceuta	14	5	0	2	8	0	29
%	23,73%	27,78%	0,00%	33,33%	50,00%	0,00%	28,71%
Inne	11	2	0	0	2	0	15
%	18,64%	11,11%	0,00%	0,00%	12,50%	0,00%	14,85%
Razem	59	18	2	6	16	8	101
%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Prawie 40% ankietowanych nie widzi w szczepieniu dzieci żadnych zagrożeń, jednak porównywalna część respondentów deklaruje brak zdania na ten temat, z czego wnioskować można, że odpowiednia edukacja mogłaby przekonać ich do zasadności ich stosowania oraz że wpływ – chociażby przedstawicieli ruchów antyszczepionkowych – może zaszczepić w tych osobach negatywny stosunek do szczepień (tabela 6).

Tabela 6. Czy uważa Pan/Pani, ze szczepienia mogą zaszkodzić dzieciom?

	Czy uważa Pan/Pani, ze szczepienia mogą zaszkodzić dzieciom?			Razem
Zawód	Tak	Nie	Nie mam zdania	
Lekarz	3	6	1	10
%	12,00%	15,00%	2,78%	9,90%
Pielęgniarka	13	21	13	47
%	52,00%	52,50%	36,11%	46,53%
Farmaceuta	7	7	15	29
%	28,00%	17,50%	41,67%	28,71%
Inne	2	6	7	15
%	8,00%	15,00%	19,44%	14,85%
Razem	25	40	36	101
%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Źródło: opracowanie własne

Przeprowadzone badania częściowo potwierdziły, że część personelu medycznego popiera zasadność stosowania dodatkowych, nieobowiązkowych szczepień u dzieci, jednak u części respondentów budzą one sprzeciw. Wśród ankietowanych większość ma dystans do szczepień dodatkowych, ale są również osoby, które uważają, że szczepienia dodatkowe zmniejszają ryzyko zachorowań u dzieci. Połowa stosuje szczepienia dodatkowe zarówno u siebie, jak i u członków swoich rodzin, druga połowa ankietowanych ich nie stosuje. Personel medyczny widzi liczne przeciwwskazania do stosowania dodatkowych szczepień nieobowiązkowych.

Podsumowanie

Analiza rozkładu odpowiedzi personelu medycznego na poszczególne pytania zawarte w ankiecie sprawdzającej opinię na temat zasadności stosowania szczepień dodatkowych u dzieci, a także przeprowadzona na jej podstawie ogólna ocena wiedzy respondentów wykazały, iż poziom wiedzy personelu medycznego jest dość zróżnicowany, w części obszarów zadawalający. w innych budzący wiele zastrzeżeń. Jednocześnie różny jest rozkład opinii na ten temat wśród pracowników zakładów opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Mrożek-Budzyn D. Wakcynologia praktyczna, α-medicapress. Warszawa 2009, s. 26, 37–40, 183–239.
2. Strona internetowa GIS http://szczepienia.pzh.gov.pl/main.php?p=1&id=1484 [dostęp:01.12.2016].
3. Wichmann O., Ulrich Heininger U. Szczepienia ochronne w Niemczech – system i przepisy prawne. Medycyna praktyczna dla lekarzy. http://www.mp.pl/artykuly/71465 [dostęp: 01.12.2016].
4. Narodowy Instytut Zdrowia – Państwowy Zakład Higieny. Szczepienia Ochronne w Polsce. Biuletyny roczne za lata 2007–2013.
5. Bernatowska E. Szczepienia ochronne, Warszawa 2010, s. 64–66.
6. Wysocki J., Czajka H. Szczepienia w pytaniach i odpowiedziach, Help Med., Kraków 2014, s. 45.
7. Skoczyńska A., Kadłubowski M., Hryniewicz W. Inwazyjna choroba meningokokowa i inne bakteryjne zakażenia ośrodkowego układu nerwowego – zasady postępowania, α-medicapress, Warszawa 2004, s. 49–51.
8. Czajka H., Wysocki J., Szczepienia ochronne – zapytaj eksperta, Medycyna Praktyczna 2006, s. 6, 48, 114–119.
9. Tarczon I., Domaradzka E., Czajka H. Co na temat szczepień ochronnych wiedzą rodzice i pracownicy ochrony zdrowia? Przegląd Lekarski 2009/66/1-2.
10. Mrożek-Budzyn D., Kieltycka A. Czynniki wpływające na poprawę realizacji szczepień obowiązkowych dzieci na terenie województwa małopolskiego według opinii rodziców. Przeg. Epidemiol. 2007; 61: 143–151.

Legitimacy of additional vaccinations in children in opinions of medical staff

Ewelina Rozenbajgier[1], Beata Biernacka[1]

[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**

Introduction. The Immunization Programme is the legal basis concerning the principles, dates, and performance of vaccinations. Protective vaccinations are the most effective programme of prophylactic actions in control of infectious diseases. They decrease morbidity and reduce the number of complications and deaths among children. Common access to information concerning vaccinations, both reliable and those which have been not fully validated, causes difficulties in the verification of this knowledge by parents, and making the proper decision concerning this issue.

Objective. The objective of the study was recognition of the opinions of the medical staff pertaining to the legitimacy of the application of additional, non-mandatory vaccinations in children.

Material and methods. The study was conducted in a group of 101 persons (100 %), including 47 nurses (46.53%), 29 pharmacists (28.71%), 10 physicians (9.9%), and 15 persons (14,85%) representing other medical professions. More than a half of the respondents were inhabitants of towns with a population up to 50,000, slightly less – 30% – lived in rural areas, while the remaining 22% were inhabitants of cities with a population of over 50,000. The research method was a questionnaire designed by the author, which was subjected to preliminary standardization.

Results and conclusions. The majority of respondents had reservations about additional vaccinations; however, some of them considered that additional vaccinations decrease the morbidity risk among children. A half of the respondents applied additional vaccinations to themselves, as well as to their own family members, while the other half did not. Medical staff perceive many contraindications for the application of additional non-mandatory immunization.

► **K e y w o r d s :** additional immunizations, children, medical staff.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 4, Rok 2016, s. 41–54

Uwarunkowania klimatu organizacyjnego a wypalenie zawodowe pielęgniarek oddziałów zabiegowych

Anna Matysek[1], Anna Włoszczak-Szubzda[1]

[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**

Wprowadzenie. Przewlekłe zmęczenie, wyczerpanie nadmiarem obowiązków zmniejszą zadowolenie z wykonywanej pracy, powodują spadek zaangażowania, stając się źródłem wypalenia zawodowego. Jednym z czynników mających wpływ na natężenie tego zjawiska są warunki pracy, w tym panujący w niej klimat organizacyjny.

Cel. Celem pracy było zbadanie oddziaływania uwarunkowań klimatu organizacyjnego na występowanie wypalenia zawodowego pielęgniarek oddziałów zabiegowych.

Materiał i metody. Badaniami objęto 103 osoby w wieku od 26 do 61 lat. 19,41% badanych to pielęgniarki dyplomowane, 63,11% (n=65) pielęgniarki z licencjatem pielęgniarstwa i 17,48% (n=18) pielęgniarki, które posiadały tytuł magistra pielęgniarstwa. Średni staż pracy ankietowanych wynosił 18,84 ± 10,70 lat (zakres od 1 do 41 lat; Me=20).

Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano przy pomocy liczności i odsetka lub wartości średniej, mediany. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p<0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic. Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki i wnioski. W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że uwarunkowania klimatu organizacyjnego determinują występowanie wypalenia zawodowego u wszystkich ankietowanych pielęgniarek oddziałów zabiegowych. Ponadto wykazano, że ponad 60% badanych pielęgniarek oddziałów zabiegowych większość kategorii obszaru „obciążenie pracą" (9 z 10) uznało za przyczynę poczucia „braku dopasowania" lub „poważnego braku dopasowania". Ocena 9 kategorii obszaru „kontrola" wykazała występowanie u co najmniej 60% ankietowanych „brak dopasowania" lub „poważny brak dopasowania" w tym zakresie. Ponad 60% respondentek uznało 9 kategorii obszaru „nagroda" za przyczynę ich negatywnej oceny dopasowania.

Cechy „społeczności (środowiska)", w porównaniu do innych ocenianych obszarów, wpływają negatywnie na poziom dopasowania w najmniejszym zakresie – tylko 7 z 10 ocenianych kategorii osiągnęło 60% odpowiedzi „brak dopasowania" lub „poważny brak dopasowania". „Sprawiedliwość" w organizacji stała się przyczyną „braku dopasowania" lub „poważnego braku dopasowania" dla wszystkich 10 ocenianych w tym obszarze kategorii. U 81% ankietowanych stwierdzono przeciętny/wysoki poziom wypalenia zawodowego, a u pozostałych 19% poziom niski. Spośród badanych obszarów największy wpływ na wypalenie zawodowe badanych pielęgniarek miał obszar „nagroda", który osiągnął średnio 13,44 pkt (z 20 możliwych) oraz „sprawiedliwość" (10,24 pkt).

►**Słowa kluczowe:** klimat organizacyjny, wypalenie zawodowe, pielęgniarki oddziałów zabiegowych.

Wprowadzenie

Środowisko zawodowe tworzą zarówno struktury instytucjonalne, jak i ludzie. Zazwyczaj są to osoby spełniające określone wymagania zawodowe, cechujące się odpowiednimi właściwościami fizycznymi, ale także mające określone typy osobowości.

Ludzie szukają takiej pracy, która umożliwi im wykorzystanie swoich umiejętności oraz preferowanych wartości. Brak takiego dopasowania uniemożliwia odczuwanie satysfakcji z wykonywanej pracy.

Satysfakcja z pracy określana jest jako „stopień, w jakim pracownik czuje się szczęśliwy w środowisku pracy" [1]. Pojęcie to odnosi się zarówno do związanych z pracą zawodową reakcji emocjonalnych, jak też sposobów myślenia o miejscu zatrudnienia. Zazwyczaj wynika on z porównania oczekiwań i potrzeb pracowników z realną sytuacją firmy. Im mniejsza jest różnica między nimi, tym wyższy poziom zadowolenia [2].

Istnieją cztery schematy warunków gwarantujących zadowolenie z pracy. Są to następujące modele:

- czynników środowiskowych,
- cech osoby,
- dopasowania osoby i środowiska,
- transakcyjny model jakości życia [3].

Pierwsze dwa to modele uwzględniające wyłącznie jeden rodzaj czynnika warunkującego satysfakcję z wykonywanej pracy, natomiast ostatni łączy wszystkie trzy (środowisko, osobowość i stopień dopasowania) jako niezbędne do uzyskania satysfakcji z pracy zawodowej [4]. Zgodnie z tym ostatnim modelem, osoba odczuwająca satysfakcję z wykonywanej pracy to osoba, która posiada odpowiadające wymaganiom kompetencje zawodowe, a jej oczekiwania wobec pracy są w pełni zaspokojone. Zadowolenie gwarantuje z kolei wysoki poziom zaangażowania w wypełnianie misji zakładu pracy i skuteczność zawodowa [5].

Kultura organizacji jest pojęciem nadrzędnym w odniesieniu do klimatu organizacyjnego. Podstawowe elementy tworzące kulturę organizacji to:

- pożądane wzorce myślenia i zachowań,
- symbole,
- kwalifikacje pracowników i ich doświadczenie [6;7;8].

Kultura tworzy organizację. Zmiany dotyczące kultury zmieniają organizację i odwrotnie – zmiany dotyczące organizacji zmieniają jej kulturę [9;10;11]. Klimat organizacyjny w odniesieniu do kultury organizacji można scharakteryzować następująco:

- klimat to sposób percepcji dążeń, zwyczajów, formalnych i nieformalnych procedur oraz wzorów zachowań, podczas gdy kultura organizacji wpływa na zachowania formalne,

- jest bardziej powierzchowny i świadomy, podczas gdy kultura organizacji jest zjawiskiem podświadomym,
- wynika z osobistego punktu odniesienia, podczas gdy kultura organizacji wskazuje punkt odniesienia,
- jest bardziej konkretny niż abstrakcyjna kultura organizacji,
- istnieje tylko w myślach i odczuciach jednostek opisujących zbiorowość, podczas gdy kultura organizacji jest tym, co spaja organizację i ją charakteryzuje na zewnątrz,
- jest związany z przeżyciami, odczuciami, emocjami, podczas gdy kultura organizacji związana z postrzeganiem intelektualnym,
- może być przypisywany cechom lub właściwościom otoczenia, które oddziaływają na zachowania indywidualne albo grupowe, podczas gdy właściwością kultury organizacji jest nadawanie znaczenia procesom i działaniom w organizacji i otoczeniu [12].

Interpretacje tego zjawiska są różne, jednakże wszystkie podkreślają niezaprzeczalny fakt, że to przede wszystkim pracownicy, a właściwie ich odczucia, poglądy i oceny, przesądzają o charakterze klimatu organizacyjnego. Jakiekolwiek punkty odniesienia w strukturze lub organizacji firmy stanowią wyłącznie tło dla tych doznań [13;14].

Cel

Celem pracy było zbadanie oddziaływania uwarunkowań klimatu organizacyjnego na występowanie wypalenia zawodowego pielęgniarek oddziałów zabiegowych.

Materiał i metoda

Badaniami objęto 103 osoby w wieku od 26 do 61 lat. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 41,75 ±8,63 lata. Ankietowane w wieku do 35 lat stanowiły 26,21% (n=27), natomiast 40,78% (n=42) badanych było w wieku 36–45 lat, a 33,01% (n=34) w wieku 45 lat i powyżej. Średni staż pracy ankietowanych wynosił 18,84 ±10,70 lat (zakres od 1 do 41 lat; Me=20). Ankietowane, które miały staż pracy do 15 lat stanowiły 36,90% (n=38), natomiast 35,92% (n=37) badanych pracowało od 15 do 25 lat i 27,18% (n=28) powyżej 25 lat. Biorąc pod uwagę wykształcenie 19,41% (n=20) stanowiły pielęgniarki dyplomowane, 63,11% (n=65) pielęgniarki z licencjatem pielęgniarstwa i 17,48% (n=18) pielęgniarki, które posiadały tytuł magistra pielęgniarstwa.

Badania przeprowadzono techniką ankiety, wykorzystując do tego celu standaryzowany kwestionariusz oceny obszarów wypalenia zawodowego, opracowany przez Maslach i Leitera.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano przy pomocy liczności i odsetka lub wartości średniej, mediany. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności chi^2. Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności chi^2. Dla zmiennych ciągłych do oceny różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test U Manna-Whitneya, natomiast dla wielu grup Kruskala-Wallisa.

Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p<0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic. Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki i wnioski

W celu oceny wypalenia zawodowego badanych pielęgniarek poddano szczegółowej analizie wyodrębnione wcześniej obszary klimatu organizacyjnego. Na podstawie poszczególnych kategorii danego obszaru obliczono przypisywaną im sumę punktów. Brak punktów (0 pkt) oznaczał brak wypalenia zawodowego (całkowite dopasowanie). Im więcej punktów, tym wypalenie było większe (> niż 1 pkt oznaczał „brak dopasowania", aż do całkowitego braku dopasowania przy maksymalnej ocenie wynoszącej 20 pkt).

Ogólna ocena wypalenia w poszczególnych badanych obszarach wykazała, że dla obszaru „obciążenie pracą" średnia punków wynosiła 9,30 (Me=9,00), dla obszaru „kontrola" 9,67 pkt (Me=10,00), dla „nagrody" 13,44 pkt (Me=14,00), dla obszaru „społeczność" 8,83 pkt (Me=9,0), dla obszaru „sprawiedliwość" 10,24 pkt (Me=10,00), a dla „wartości" 9,60 pkt (Me=10,00). Średnia ocena ogólna wypalenia zawodowego w badanej grupie wynosiła 10,18 pkt (Me=10,33) (tabela 1.)

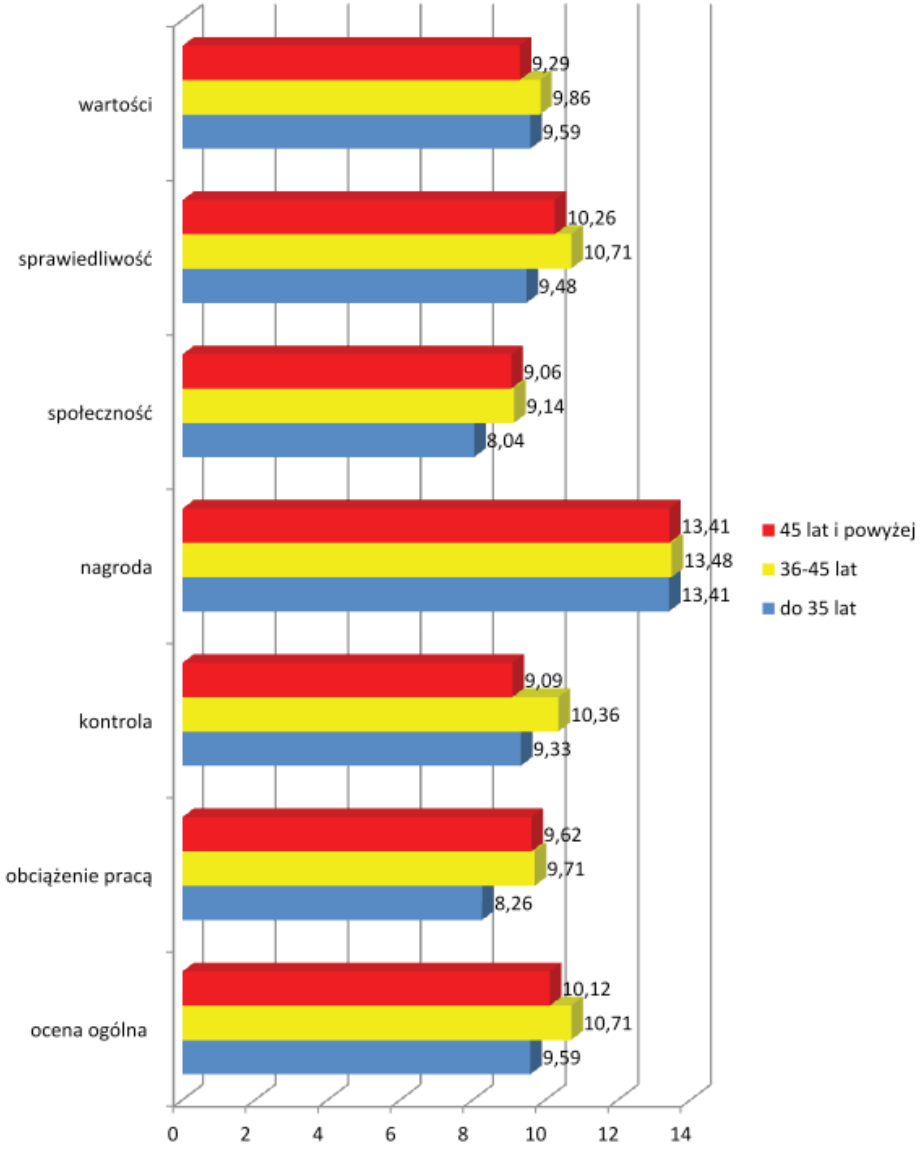
Tabela 1. Ocena wypalenia zawodowego w poszczególnych kategoriach

Badany obszar	Średnia	Mediana	Min	Max
Obciążenie pracą	9,30	9,00	3,00	18,00
Kontrola	9,67	10,00	0,00	17,00
Nagroda	13,44	14,00	7,00	19,00
Społeczność	8,83	9,00	1,00	20,00
Sprawiedliwość	10,24	10,00	2,00	20,00
Wartości	9,60	10,00	2,00	28,00
Ogólna ocena	10,18	10,33	4,50	17,50

Źródło: dane własne – kwestionariusze oceny obszarów wypalenia zawodowego.

Analizie poddano także ocenę poszczególnych obszarów w zależności od wieku ankietowanych i okazało się, że pielęgniarki w wieku do 35 lat obszar „obciążenie pracą" oceniły średnio na 8,26 pkt (Me=8,00), obszar „kontrola" na 9,33 pkt (Me=10,00), obszar „nagroda" na 13,41 pkt (Me=14,00), „społeczność" na 8,04 pkt (Me=8,00), „sprawiedliwość" na 9,48 pkt (Me=10,00), „wartości" na 9,59 pkt (Me=10,00). Ogólna ocena wypalenia zawodowego w tej grupie wiekowej badanych wynosiła 9,69 pkt (Me=9,17). Pielęgniarki w wieku 36–45 lat obszar „obciążenie pracą" oceniły średnio na 9,71 pkt (Me=10,00), obszar „kontrola" na 10,36 pkt (Me=10,50), „nagroda" na 13,48 pkt (Me=14,00), „społeczność" na 9,14 pkt (Me=10,00), „sprawiedliwość" na 10,71 pkt (Me=11,00), „wartości" na 9,86 pkt (Me=10,50). Ogólna ocena wypalenia zawodowego w tej grupie wiekowej badanych wynosiła 10,54 pkt (Me=11,00).

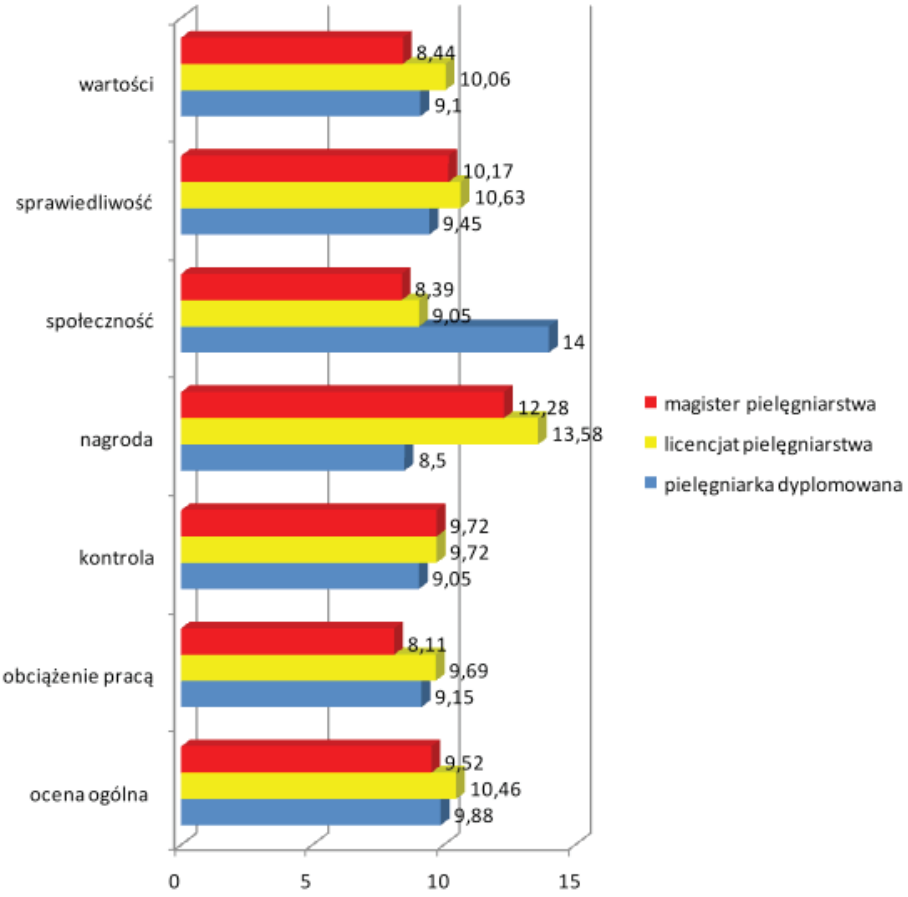
Natomiast badane w wieku powyżej 45. roku życia obszar „obciążenie pracą" oceniły średnio na 9,62 pkt (Me=9,50), obszar „kontrola" na 9,09 pkt (Me=9,00), „nagroda" na 13,41 pkt (Me=13,00), „społeczność" na 9,06 pkt (Me=8,50), „sprawiedliwość" na 10,26 pkt (Me=10,00), „wartości" na 9,29 pkt (Me=10,00). Ogólna ocena wypalenia zawodowego w tej grupie wiekowej badanych wynosiła 10,12 pkt (Me=10,08). W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie poszczególnych kategorii wypalenia zawodowego pomiędzy grupami wiekowymi ($p>0,05$). Stwierdzono jednak, że najwyższy poziom wypalenia odczuwały ankietowane w wieku 36–45 lat i oraz 45 lat i więcej (wykres 1).



Wykres 1. Ocena wypalenia zawodowego w poszczególnych kategoriach w grupach wiekowych. Źródło: dane własne – kwestionariusze oceny obszarów wypalenia zawodowego.

Spośród 20 pielęgniarek dyplomowanych 15,00% (n=3) wykazało wypalenie zawodowe na poziomie niskim, zaś 85,00% (n=18) przeciętnym/wysokim. W grupie 65 pielęgniarek posiadających tytuł licencjata pielęgniarstwa 13,85% (n=9) z nich było wypalonych na poziomie niskim, a 86,15% (n=56) przeciętnym/wysokim. Niskim poziomem wypalenia charakteryzowało się także 38,89% (n=7) spośród 18 magistrów pielęgniarstwa, przeciętny/wysoki poziom wypalenia w tej grupie miało

61,11% (n=11). W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowane pielęgniarki z wykształceniem licencjackim (86,15%) lub pielęgniarki dyplomowane (85,00%) istotnie częściej miały przeciętny lub wysoki poziom wypalenia zawodowego niż badane z wykształceniem magisterskim (61,11%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (p=0,05) (wykres 2).



Wykres 2. Ocena wypalenia zawodowego w poszczególnych kategoriach w grupach wykształcenia. Źródło: dane własne – kwestionariusze oceny obszarów wypalenia zawodowego.

Poważny „brak dopasowania" stwierdzono w kategorii „obciążenie pracą" w następującym zakresie dla poszczególnych kategorii: „O1 – ilość pracy do wykonania w ciągu dnia" (n=49) 47,57%, „O2 – stopień trudności pracy" 4,85% (n=5), „O3 – wymagania pacjentów" 31,07% (n=32), „O4 – dotrzymywanie terminów" 7,77% (n=8), „O5 – częstotliwość występowania niespodziewanych i nieprzewidzianych przypadków" 8,74% (n=9), „O6 – możliwość popadnięcia w rutynę" 3,88% (n=4), „O7 – częstotliwość występowania zakłóceń w pracy" 7,77% (n=8), „O8 – czas pracy spędzony z pacjentami" 40,77% (n=42), „O9 – czas pracy wyko-

nywanej samodzielnie" 32,04% (n=33), „O10 – czas pracy wykonywanej z innymi pracownikami" 16,50% (n=17) (tabela 2).

Tabela 2. Częstość występowania poszczególnych ocen w zakresie pytań dotyczących kategorii „obciążenie pracą"

Pytania		Dopasowanie		Brak dopasowania		Poważny brak dopasowania	
		n	%	n	%	n	%
O1	Ilość pracy do wykonania w ciągu dnia	11	10,68%	43	41,75%	49	47,57%
O2	Stopień trudności pracy	54	52,43%	44	42,72%	5	4,85%
O3	Wymagania pacjentów	14	13,59%	57	55,34%	32	31,07%
O4	Dotrzymywanie terminów	39	37,86%	56	54,37%	8	7,77%
05	Częstotliwość występowania niespodziewanych i nieprzewidzianych przypadków	39	37,86%	55	53,40%	9	8,74%
O6	Możliwość popadnięcia w rutynę	32	31,07%	67	65,05%	4	3,88%
O7	Częstotliwość występowania zakłóceń w pracy	40	38,83%	55	53,40%	8	7,77%
O8	Czas pracy spędzony z pacjentami	6	5,83%	55	53,40%	42	40,77%
O9	Czas pracy wykonywanej samodzielnie	17	16,50%	53	51,46%	33	32,04%
O10	Czas pracy wykonywanej z innymi pracownikami	27	26,22%	59	57,28%	17	16,50%

Źródło: dane własne – kwestionariusze oceny obszarów wypalenia zawodowego.

Sprawdzono, jak często była wybierana możliwość „poważny brak dopasowania" i okazało się, że tego wyboru dla kategorii „K1 – wymiar decyzyjności grupowej w mojej pracy" dokonało 25,24% (n=26) badanych, dla „K2 – zakres, w jakim dzielę się swoją wiedzą ze współpracownikami" 10,68% (n=11), dla „K3 – ilość informacji od kierownika, dotyczących nowych osiągnięć firmy" 3,88% (n=4), w przypadku „K4 – mój udział w podejmowaniu decyzji mających wpływ na moją pracę" 25,24% (n=26), dla „K5 – jakość przywództwa kadry kierowniczej wyższego szczebla" 39,81% (n=41), „K6 – jakość przywództwa mojego bezpośredniego przełożonego" 28,16% (n=29), „K7 – władza, jaką dysponuję w moim obszarze odpowiedzialności" 8,73% (n=9), „K8 – możliwość kierowania się swoją własną opinią" 8,73% (n=9), „K9 – zdolność wpływania na decyzje, od których zależy moja praca" 16,50% (n=17), a dla „K10 – swoboda w kierowaniu się własną opinią" 27,18% respondentek (n=28) (tabela 3).

Tabela 3. Częstość występowania poszczególnych ocen w zakresie pytań dotyczących kontroli

Pytania		Dopasowanie		Brak dopasowania		Poważny brak dopasowania	
		n	%	n	%	n	%
K1	Wymiar decyzyjności grupowej w mojej pracy	17	16,50%	60	58,26%	26	25,24%
K2	Zakres, w jakim dzielę się swoją wiedzą ze współpracownikami	45	43,69%	47	45,63%	11	10,68%
K3	Ilość informacji od kierownika, dotyczących nowych osiągnięć firmy	38	36,89%	61	59,23%	4	3,88%

K4	Mój udział w podejmowaniu decyzji mających wpływ na moją pracę	24	23,30%	53	51,46%	26	25,24%
K5	Jakość przywództwa kadry kierowniczej wyższego szczebla	5	4,85%	57	55,34%	41	39,81%
K6	Jakość przywództwa mojego bezpośredniego przełożonego	13	12,61%	61	59,23%	29	28,16%
K7	Władza, jaką dysponuję w moim obszarze odpowiedzialności	29	28,16%	65	63,11%	9	8,73%
K8	Możliwość kierowania się swoją własną opinią	31	30,10%	63	61,17%	9	8,73%
K9	Zdolność wpływania na decyzje, od których zależy moja praca	17	16,50%	69	67,00%	17	16,50%
K10	Swoboda w kierowaniu się własną opinią	15	14,56%	60	58,26%	28	27,18%

Źródło: dane własne – kwestionariusze oceny obszarów wypalenia zawodowego.

„Poważny brak dopasowania" wybrało dla kategorii „N1 – pensja i świadczenia odpowiadają moim wymaganiom" 89,32% (n=92), dla „N2 – pensja i świadczenia odpowiadają stawkom na rynku" 58,25% (n=60), dla „N3 – uznanie dla moich osiągnięć ze strony przełożonego" 47,78% (n=49), dla „N4 – uznanie dla moich osiągnięć u kadry kierowniczej poza moim przełożonym" 62,14% (n=64), dla „N5 – egzekwowanie regularnych ocen wyników pracy" 5,83% (n=6), dla „N6 – dostęp do wsparcia szkoleniowego (urlop szkoleniowy, finansowanie szkoleń)" 54,37% (n=56), dla „N7 – możliwość awansu" 42,72% (n=44), dla „N8 – możliwość premii i podwyżek" 71,85% (n=74), dla „N9 – czas wykonywania pracy, którą naprawdę lubię" 23,30% (n=24), a dla kategorii „N10 – czas wykonywania pracy z ludźmi, których naprawdę lubię" 17,48% (n=18) (tabela 4).

Tabela 4. Częstość występowania poszczególnych ocen w zakresie pytań dotyczących obszaru „nagroda"

Pytania		**Dopasowanie**		**Brak dopasowania**		**Poważny brak dopasowania**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
N1	Pensja i świadczenia odpowiadają moim wymaganiom	0	0,00%	11	10,68%	92	89,32%
N2	Pensja i świadczenia odpowiadają stawkom na rynku	2	1,94%	41	39,81%	60	58,25%
N3	Uznanie dla moich osiągnięć ze strony przełożonego	5	4,85%	49	47,57%	49	47,78%
N4	Uznanie dla moich osiągnięć u kadry kierowniczej poza moim przełożonym	4	3,88%	35	33,98%	64	62,14%
N5	Egzekwowanie regularnych ocen wyników pracy	47	45,63%	50	48,54%	6	5,83%
N6	Dostęp do wsparcia szkoleniowego urlop szkoleniowy, finansowanie szkoleń)	2	1,94%	45	43,69%	56	54,37%
N7	Możliwość awansu	9	8,74%	50	48,54%	44	42,72%
N8	Możliwość premii i podwyżek	2	1,94%	27	26,21%	74	71,85%
N9	Czas wykonywania pracy, którą naprawdę lubię	27	26,21%	52	50,49%	24	23,30%
N10	Czas wykonywania pracy z ludźmi, których naprawdę lubię	35	33,98%	50	48,54%	18	17,48%

Źródło: dane własne – kwestionariusze oceny obszarów wypalenia zawodowego.

„Poważny brak dopasowania" wybrało dla pytania „Ś1 – łatwość dostrzegania tego, co się dzieje w organizacji" 3,88% (n=4) pielęgniarek, dla „Ś2 – otwarta i szczera komunikacja w organizacji" 33,01% (n=34), dla „Ś3 – swoboda wyrażania odmiennych opinii" 45,63% (n=47), dla „Ś4 – zakres, w jakim pracownicy zależą od innych" 10,67% (n=11), dla „Ś5 – częstotliwość otrzymywania wsparcia" 16,50% (n=17), dla „Ś6 – bliskość przyjaźni zawieranych w pracy" 4,85% (n=5), dla „Ś7 – wymiar nieformalnych kontaktów w pracy" 3,88% (n=4), dla „Ś8 – poczucie celu wspólnego dla całej organizacji" 26,21% (n=27), dla „Ś9 – moje poczucie wspólnoty z całą organizacją" 29,13% (n=30), a dla „Ś10-moja otwartość na ludzi z innych działów" 5,83% (n=6) (tabela 5).

Tabela 5. Częstość występowania poszczególnych ocen w zakresie pytań dotyczących społeczności

Pytania		Dopasowanie		Brak dopasowania		Poważny brak dopasowania	
		n	%	n	%	n	%
Ś1	Łatwość dostrzegania tego, co się dzieje w organizacji	31	30,10%	68	66,02%	4	3,88%
Ś2	Otwarta i szczera komunikacja w organizacji	10	9,71%	59	57,28%	34	33,01%
Ś3	Swoboda wyrażania odmiennych opinii	10	9,71%	46	44,66%	47	45,63%
Ś4	Zakres, w jakim pracownicy zależą od innych	29	28,16%	63	61,17%	11	10,67%
Ś5	Częstotliwość otrzymywania wsparcia	23	22,33%	63	61,17%	17	16,50%
Ś6	Bliskość przyjaźni zawieranych w pracy	60	58,26%	38	36,89%	5	4,85%
Ś7	Wymiar nieformalnych kontaktów w pracy	51	49,52%	48	46,60%	4	3,88%
Ś8	Poczucie celu wspólnego dla całej organizacji	14	13,60%	62	60,19%	27	26,21%
Ś9	Moje poczucie wspólnoty z całą organizacją	24	23,30%	49	47,57%	30	29,13%
Ś10	Moja otwartość na ludzi z innych działów	54	52,43%	43	41,74%	6	5,83%

Źródło: dane własne – kwestionariusze oceny obszarów wypalenia zawodowego

„Poważny brak dopasowywania" wybrało 28,16% pielęgniarek dla pytania „S1 – sprawiedliwe traktowanie pracowników przez mojego przełożonego" (n=29), w przypadku „S2 – sprawiedliwe traktowanie pracowników przez kadrę kierowniczą" było to 13,59% (n=14), dla „S3 – sprawiedliwy podział uwagi kadry kierowniczej" 10,68% (n=11), w odniesieniu do „S4 – jasne i jawne procedury przyznawania nagród i awansów" 57,28% (n=59), dla „S5 – szczegółowo określone procedury dotyczące dyscypliny" 8,74% (n=9), dla „S6 – obiektywność decyzji dotyczących podwyżek i premii" 61,17% (n=63), dla „S7 – obiektywność decyzji przy ustalaniu grafików i podziale zadań" 23,30% (n=24), dla „S8 – zasięg uprzejmych i pełnych szacunku relacji" 14,56% (n=15), dla „S9 – poziom wrażliwości na sprawy kultury w organizacji" 8,74% (n=9), a dla „S10 – pogodzenie w organizacjach różnych doświadczeń i zdolności" 6,80% (n=7) (tabela 6).

Tabela 6. Częstość występowania poszczególnych ocen w zakresie pytań dotyczących sprawiedliwości

Pytania		Dopasowanie		Brak dopasowania		Poważny brak dopasowania	
		n	%	n	%	n	%
S1	Sprawiedliwe traktowanie pracowników przez mojego przełożonego	17	16,50%	57	55,34%	29	28,16%
S2	Sprawiedliwe traktowanie pracowników przez kadrę kierowniczą	33	32,04%	56	54,37%	14	13,59%
S3	Sprawiedliwy podział uwagi kadry kierowniczej	29	28,16%	63	61,17%	11	10,68%
S4	Jasne i jawne procedury przyznawania nagród i awansów	2	1,94%	42	40,78%	59	57,28%
S5	Szczegółowo określone procedury dotyczącedyscypliny	41	39,81%	53	51,46%	9	8,74%
S6	Obiektywność decyzji dotyczących podwyżek i premii	1	0,97%	39	37,86%	63	61,17%
S7	Obiektywność decyzji przy ustalaniu grafików i podziale zadań	22	21,36%	57	55,34%	24	23,30%
S8	Zasięg uprzejmych i pełnych szacunku relacji	30	29,13%	58	56,31%	15	14,56%
S9	Poziom wrażliwości na sprawy kultury w organizacji	15	14,56%	79	76,70%	9	8,74%
S10	Pogodzenie w organizacjach różnych doświadczeń i zdolności	25	24,27%	71	68,93%	7	6,80%

Źródło: dane własne – kwestionariusze oceny obszarów wypalenia zawodowego.

W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że uwarunkowania klimatu organizacyjnego determinują występowanie wypalenia zawodowego u wszystkich ankietowanych pielęgniarek oddziałów zabiegowych. Ponadto wykazano, że ponad 60% badanych pielęgniarek oddziałów zabiegowych większość kategorii obszaru „obciążenie pracą" (9 z 10) uznało za przyczynę poczucia „braku dopasowania" lub „poważnego braku dopasowania". Ocena 9 kategorii obszaru „kontrola" wykazała występowanie u co najmniej 60% ankietowanych „braku dopasowania" lub „poważnego braku dopasowania" w tym zakresie. Ponad 60% respondentek uznało 9 kategorii obszaru „nagroda" za przyczynę ich negatywnej oceny dopasowania.

Cechy „społeczności (środowiska)", w porównaniu do innych ocenianych obszarów, wpływają negatywnie na poziom dopasowania w najmniejszym zakresie – tylko 7 z 10 ocenianych kategorii osiągnęło 60% odpowiedzi „brak dopasowania" lub „poważny brak dopasowania". „Sprawiedliwość" w organizacji stała się przyczyną „braku dopasowania" lub „poważnego braku dopasowania" dla wszystkich 10 ocenianych w tym obszarze kategorii. U 81% ankietowanych stwierdzono przeciętny/wysoki poziom wypalenia zawodowego, a u pozostałych 19% poziom niski.

Spośród badanych obszarów największy wpływ na wypalenie zawodowe badanych pielęgniarek miał obszar „nagroda", który osiągnął średnio 13,44 pkt (z 20 możliwych) oraz „sprawiedliwość" (10,24 pkt).

Podsumowanie

Specyfika pracy polskiej pielęgniarki wynikająca z charakterystycznej organizacji i warunków jej wykonywania, z uwzględnieniem stresu towarzyszącego wypełnianiu codziennych obowiązków zawodowych, których istotą jest praca z ludźmi o często nieprzewidywalnych reakcjach, z uwzględnieniem niskiej płacy i niskiego prestiżu społecznego zawodu, może prowadzić w szybkim tempie do wypalenia zawodowego. Jedną z cech mających wpływ na występowanie tego zjawiska jest klimat organizacyjny zakładu pracy.

Piśmiennictwo

1. Szymańska M., Wolski K. Satysfakcja z pracy a produktywność. Czy istnieje bezpośrednia zależność? https://wskaznikihr.pl/biblioteka/satysfakcja_z_pracy_a_produktywnosc_nl_czy_istniej_f883fc09 [dostęp: 21.01.2016].
2. Kowalczuk K. i in. Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. Problemy Pielęgniarstwa 2011, 19, 3, s. 307–314.
3. Lipińska-Grobelny A. Portfolio working – a psychological analysis of the phenomenon. Current Issues in Personality Psychology 2014, 2, 3, s. 141–148.
4. Zalewska A. Zadowolenie z pracy w zależności od reaktywności i wartości stymulacyjnej pracy. Przegląd Psychologiczny 2006, 49, 3, s. 289–304.
5. Lipińska-Grobelny A., Głowacka K. Zadowolenie z pracy a stopień dopasowania do zawodu. Przegląd Psychologiczny 2009, 52, 2, s. 181–194.
6. Zieliński M. Innowacje a kultura organizacji. Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie. Politechnika Śląska 2011, 55, s. 51–64.
7. Zawadzki K. Kultura organizacyjna a kreatywność pracowników. [w:] Kulturowe uwarunkowania zarządzania kapitałem ludzkim. Juchnowicz M (red.). Wolters Kluwer Business, Kraków 2009, s. 452.
8. Makiewicz M. Diagnozowanie kultury organizacji. ksu.parp.go .pl/res/pl/pk/pakiety informacyjne/05f/05f 05.doc [dostęp: 12.03.2015].
9. Przybylski G. Badanie ukrytych przesłanek kultury organizacyjnej: propozycje metodologiczne. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi 2004, 1, 74–91.
10. Bratnicki M., Kryś R. Stachowicz J. Kultura organizacyjna przedsiębiorstw. Studium kształtowania procesu zmian zarządzania. Ossolineum, Wrocław 1988, s. 228.
11. Wójtowicz A. Istota i modele kultury organizacyjnej przegląd koncepcji. Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły ekonomicznej w Tarnowie 2004, 5, s. 159–171.

12. Grzywacz W. Pomiędzy kulturą a klimatem organizacyjnym (powrót do źródeł, czy nowa perspektywa badawcza?) https://www.ipiss.com.pl/wpcontent/uploads/downloads/2012/ 03/12grzywacz.pdf [dostęp: 2015.10.29].
13. Świętochowski W. Klimat organizacyjny jako jeden z zasobów w procesie radzenia sobie ze stresem – badania porównawcze pracowników polskich i niemieckich firm. Folia Psychologica 2007, 11, s. 147–159.
14. Wajszczak E. Kształtowanie klimatu organizacyjnego w przedsiębiorstwie. Oficyna Wydawnicza Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz 2000.

Conditioning of organizational climate and occupational burnout in nurses from surgical wards

Anna Matysek[1], Anna Włoszczak-Szubzda[1]
[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**
Introduction. Chronic fatigue, exhaustion with an excess of duties, decreases satisfaction with the work performed, results in a decreased engagement, and becomes the source of occupational burnout. On of the factors exerting an effect on the intensity of this phenomenon are work conditions and the existing organizational climate.
Objective. The objective of the study was investigation of the effect of the conditioning of organizational climate on the occurrence of occupational burnout among nurses in surgical wards.
Material and methods. The study covered 103 nurses aged 26–61; registered nurses 3.11% (n=65), those who possessed a licentiate degree in nursing, and 17.48% (n=18) who had the Master's degree in Nursing. The respondents' mean period of employment was 18.84 ± 10.70 (within the range from 1–41 years; Me=20).
The values of the analyzed parameters were described using numbers and percentages, or mean value, median. The p values $p<0.05$ were considered statistically significant. Statistical analyses were performed based on the software STATISTICA 12.0 (StatSoft, Poland).
Results and conclusions. The results of the study showed that the conditioning of organizational climate determined the occurrence of occupational burnout in all the examined nurses employed in surgical wards. In addition, it was confirmed that more than 60% of the examined nurses from surgical wards considered the majority of the categories in the 'work load' domain (9 out of 10) as the cause of the sense of 'lack of adjustment' or 'severe lack of adjustment'. An assessment of 9 categories of the domain 'control' showed the occurrence of the lack of adjustment' or 'severe lack of adjustment' in this respect among at least 60% of respondents. More than 60% of respondents considered 9 categories in the domain 'reward' as the cause of their negative evaluation of adjustment.

The characteristics of the 'community (environment)', compared to other evaluated domains, exerted a negative effect on the level of adjustment in this respect to the smallest extent – only 7 of the categories assessed obtained 60% of replies 'lack of adjustment' or 'severe lack of adjustment'. 'Justice' in the organization became the cause of the 'lack of adjustment' or 'severe lack of adjustment' for all 10 categories evaluated in this domain. In 81% of the respondents, a mediocre/high level of occupational burnout was observed, whereas in the remaining 19% this level was low. From among the investigated domains, the domain 'reward' exerted the greatest effect on occupational burnout among the examined nurses, which reached the mean 13.44 scores (out of 20 possible), and 'justice' – 10.24 scores.

►**Keywords:** organizational climate, occupational burnout, nurses in surgical wards.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 4, Rok 2016, s. 55–64

Ocena wsparcia społecznego rodziców dzieci z chorobami neurologicznymi

Amelia Grzegorczyk[1], **Leszek Szewczyk**[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Dzieci chore neurologicznie stanowią w Polsce znaczny odsetek wszystkich dzieci chorych przewlekle. Są to bardzo często dzieci niepełnosprawne, których jakość i komfort życia są zależne głównie od rodziców i wsparcia, jakie otrzymują oni z zewnątrz. Wsparcie to może pochodzić zarówno od rodziny i przyjaciół, jak też od instytucji państwowych. Jakość i ilość tego wsparcia warunkuje możliwości wychowawcze czy ekonomiczne rodzin dzieci chorych neurologiczne. Otrzymywane przez rodziców wsparcie społeczne umożliwia lepsze i godne życie chorych dzieci.
Cel. Celem pracy była ocena wsparcia społecznego pozyskanego przez rodziców dzieci chorych neurologicznie.
Materiał i metody. Badaniami zostało objętych 50 rodziców dzieci chorych na padaczkę, mózgowe porażenie dziecięce oraz zespół Westa, hospitalizowanych w Oddziale Neurologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego im. Antoniego Gębali w Lublinie. Czas prowadzenia badań obejmował okres od 01.07.2015 do 31.08.2015 roku. W badaniach wykorzystano *Berlińskie skale wsparcia społecznego* (BSSS) oraz ankietę opracowaną dla potrzeb niniejszej pracy.
Wyniki i wnioski. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż 52% badanych rodziców uważa otrzymane wsparcie społeczne za niewystarczające. Najważniejszym rodzajem wsparcia dla rodziców chorych dzieci jest wsparcie rodziny (54%), a następnie pomoc materialna i socjalna (32%). Najwięcej wsparcia emocjonalnego rodzice otrzymują właśnie ze strony rodziny (88%), a wsparcie informacyjne ze strony personelu medycznego, po zdiagnozowaniu choroby neurologicznej u dziecka, nie jest wystarczające (54%). Rodzice chorych dzieci oczekują najczęściej pomocy w łatwiejszym dostępie do lekarzy specjalistów, lepszej informacji, łatwiejszego dostępu do rehabilitacji, pomocy finansowej, rozmowy z życzliwą osobą oraz lepszej opieki medycznej.

►**Słowa kluczowe:** wsparcie społeczne, dzieci, rodzice, choroby neurologiczne.

Wprowadzenie

Choroby neurologiczne wśród dzieci występują równie często jak u dorosłych. Część tych schorzeń jest następstwem uszkodzenia układu nerwowego jeszcze w życiu płodowym lub podczas porodu, ale także są one następstwem deficytów powstających w czasie rozwoju organizmu oraz wielu innych czynników, np. infekcyjnych. Uszkodzenie układu nerwowego skutkuje najczęściej przewlekłym stanem chorobowym i obniżeniem jakości życia chorych dzieci [1;2;3]. Częstymi chorobami neurologicznymi występującymi u dzieci i diagnozowanymi już

w pierwszych miesiącach życia są: mózgowe porażenie dziecięce, padaczka oraz zespół Westa. Schorzenia te mogą występować u dzieci oddzielnie, ale, niestety, zdarzają się częste przypadki, kiedy padaczka lub zespół Westa występuje w parze z mózgowym porażeniem dziecięcym. Przypadki takie są zdecydowanie cięższe i o dużo gorszym rokowaniu. Statystyki występowania przewlekłych chorób neurologicznych u dzieci przedstawiają się w Polsce następująco:

- 2,0–2,5 przypadków mózgowego porażenia dziecięcego na 1000 żywo urodzonych dzieci [4],
- 6 przypadków padaczki (w 1-ej dekadzie życia) na 1000 dzieci [5],
- 1 przypadek zespołu Westa na 4000 dzieci [6].

Czas, jaki mija od urodzenia dziecka do chwili, gdy rodzice dowiadują się o chorobie neurologicznej dziecka i jej konsekwencjach, jest bardzo różny. Po zaakceptowaniu tej wiadomości muszą oni od nowa organizować swoje życie, zarówno rodzinne, jak i to zawodowe. Zmianie ulega prawie wszystko w dotychczasowym życiu: życie towarzyskie, praca zawodowa, opieka nad pozostałymi dziećmi czy też relacje rodzinne. Zmienia się funkcjonowanie wszystkich członków rodziny. Sprawy do tej pory istotne schodzą na dalszy plan, a ich miejsce zajmują nowe, nieznane do tej pory wyzwania. Uporanie się z tymi problemami wymaga dużo siły i wiele energii. Z tego powodu rodzice chorych dzieci doświadczają poczucia beznadziejności i bezradności oraz emocjonalnego, psychicznego i umysłowego wyczerpania. Zadają sobie mnóstwo pytań o to, jak zaradzić tym problemom [7]. W tym momencie rodzice chorych neurologicznie dzieci powinni otrzymać wsparcie. W zależności od rodzaju choroby, jej stopnia i towarzyszących jej upośledzeń, rodzice tych dzieci potrzebują różnorodnej pomocy i wsparcia. Pierwsze wsparcie – wsparcie emocjonalne – pochodzi najczęściej od najbliższej rodziny oraz przyjaciół, którzy należą do tzw. sieci pierwotnej wsparcia społecznego (ryc. 2). Po pierwszym etapie oswajania się z chorobą i problemami, osoby te rozpoczynają poszukiwanie nowych źródeł i form wsparcia społecznego. Często jest to wsparcie informacyjne i duchowe. Za nimi pojawia się potrzeba wsparcia instrumentalnego i rzeczowego od różnego rodzaju instytucji [8].

Rycina 1. Model pierwotnej i wtórnej sieci społecznej wg Mazurkiewicza. Źródło: Korpolewska K., Makuch K. Poradnik dla liderów stowarzyszeń działających na rzecz pacjentów. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej 2013.

Często rodzice dzieci chorych neurologicznie nie odczuwają wystarczającego wsparcia społecznego, a wręcz uważają, że większe wsparcie otrzymują rodzice dzieci zdrowych. Może wynikać to między innym z nastawienia wobec rodzin dzieci chorych, ale także rodzice tych dzieci, czując negatywne nastawienie, wycofują się z relacji z innymi ludźmi i nie wykazują inicjatywy i chęci w poszukiwaniu nowych form i źródeł wsparcia. W takich przypadkach najbardziej korzystne dla tych rodzin są kontakty i przynależność do stowarzyszeń zrzeszających rodziców chorych dzieci. Stowarzyszenia takie pomagają swoim członkom w bezpośredni sposób, organizując spotkania, udzielając informacji i pomagając w zdobyciu pomocy rzeczowej [9].

Wsparcie społeczne dla rodziców dzieci chorych neurologicznie jest często wyznacznikiem sposobu i jakości życia rodziny. Pozyskane wsparcie jest oceniane przez rodziców subiektywnie, a jego poziom motywuje lub zniechęca do dalszego poszukiwania nowych możliwości w uzyskaniu najlepszej pomocy dla ich dzieci [10].

Przedstawione powyżej dane nie potrafią przybliżyć, jakie wyzwania w codziennym życiu i zmaganiu się z chorobą czekają rodziców dzieci chorych na choroby neurologiczne. Znaczny odsetek chorych dzieci jest niepełnosprawny umysłowo oraz ruchowo. W każdym z tych przypadków nie tylko potrzebne jest leczenie farmakologiczne, ale także właściwa edukacja, pielęgnacja oraz ciągła rehabilitacja. Wsparcie społeczne, jakie potrzebne jest rodzicom chorych dzieci, obejmuje wszystkie jego rodzaje – od emocjonalnego po materialne, a zapotrzebowanie na nie jest ogromne [11].

Cel

Celem pracy była ocena wsparcia społecznego pozyskanego przez rodziców dzieci chorych neurologicznie.

Materiał i metoda

Badaniami zostało objętych 50 rodziców dzieci chorych na padaczkę, mózgowe porażenie dziecięce oraz zespół Westa, hospitalizowanych w Oddziale Neurologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego im. Antoniego Gębali w Lublinie. Respondentów zróżnicowano pod względem: płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, rodzaju pracy i źródła dochodu. W grupie tej kobiety znacznie przeważały (90%) nad mężczyznami (10%). Matki w wieku do 35 lat stanowiły 53% badanej grupy, a matki w wieku 36 lat i powyżej - 48% grupy matek. Najmłodsza matka miała 20 lat, a najstarsza 58 lat. Najmłodszy badany ojciec miał 24 lata, a najstarszy 67 lat. Średnia wieku dla matek w badanej grupie wyniosła 36,6 (odchylenie standardowe 7,7), a dla ojców 40,1 (odchylenie standardowe 9,8). Przeważająca część badanych osób zamieszkuje na wsi – 60%, a pozostałe osoby mieszkają w większym mieście – 32% i miasteczku – 8%. W badanej grupie 20% respondentów deklaruje, że samotnie wychowuje dzieci, co oznacza, że przeważająca część grupy (80%) wychowuje dzieci wspólnie z mężem lub partnerem. Badani rodzice stwierdzili, że dochody rodziny pochodzą w 58% z pensji pracowniczych, w 36% z pomocy społecznej, w 22% z gospodarstwa rolnego, w 20% z innych źródeł, w 6% z renty, w 4% z zasiłku dla bezrobotnych i także w 4% z emerytury.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano *Berlińskie skale wsparcia społecznego* (BSSS) badające: I – spostrzegane dostępne wartości, II – zapotrzebowanie na wsparcie, III – poszukiwanie wsparcia, V – aktualnie otrzymywane wsparcie (dla osób otrzymujących wsparcie), VI – wsparcie buforująco-ochronne (dla osób udzielających i otrzymujących wsparcie)[1] oraz autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące: stanu zdrowia dziecka, kontaktów z innymi ludźmi oraz otrzymanego i poszukiwanego wsparcia społecznego, przeznaczoną do wypełnienia przez rodziców dzieci chorych neurologicznie.

Wyniki uzyskane w badaniach poddano analizie statystycznej i opisowej. Występujące różnice lub zależności pomiędzy zmiennymi zależnymi i niezależnymi a zapotrzebowaniem na wsparcie przedstawiono za pomocą testów: testu Pearsona (chi-kwadrat), testu U Manna-Whitneya oraz testu Kruskala-Wallisa. Dane zostały również przedstawione za pomocą analizy korelacji porządku rang Spearmana.

1 Podskala IV – aktualnie udzielane wsparcie (dla osób udzielających wsparcia) – nie dotyczy badanego zagadnienia.

Wyniki i wnioski

Większa część badanych rodziców (66%) identyfikuje wsparcie społeczne z pomocą materialną i socjalną, połowa badanych (50%) identyfikuje je z pomocą rodziny, 48% z pomocą informacyjną, 44% z pomocą instytucjonalną, 34% z pomocą emocjonalną, a 2% z innym rodzajem pomocy (tabela 1).

Tabela 1. Wsparcie społeczne a różne rodzaje pomocy

Rodzaj pomocy	Liczba	Procent
Pomoc rodziny	25	50,00
Pomoc instytucjonalna	22	44,00
Pomoc informacyjna	24	48,00
Pomoc emocjonalna	17	34,00
Pomoc materialna i socjalna	33	66,00
Inna	1	2,00

Źródło: badania własne.

Najważniejszym rodzajem wsparcia społecznego dla badanych rodziców jest wsparcie rodziny – 54%, następnie pomoc materialna i socjalna – 32%, pomoc informacyjna – 24%, pomoc instytucjonalna – 20% oraz pomoc emocjonalna – 18% (tabela 2).

Tabela 2. Najważniejsze rodzaje wsparcia społecznego wg respondentów

Rodzaj wsparcia	Liczba	Procent
Pomoc rodziny	27	54,00
Pomoc instytucjonalna	10	20,00
Pomoc informacyjna	12	24,00
Pomoc emocjonalna	9	18,00
Pomoc materialna i socjalna	16	32,00
Inna	0	0,00

Źródło: badania własne.

Aż 90% badanych osób wskazało, że w związku ze stwierdzeniem u dziecka choroby neurologicznej potrzebują pomocy ze strony lekarzy specjalistów, 60% badanych potrzebuje pomocy rodziny, 28% potrzebuje pomocy instytucji, a 2% potrzebuje innej pomocy (tabela 3).

Tabela 3. Zapotrzebowanie badanych rodziców na pomoc różnego rodzaju

Rodzaj pomocy	Liczba	Procent
Pomoc rodziny	30	60,00
Pomoc instytucji	14	28,00
Pomoc specjalistów	45	90,00
Inna pomoc	1	2,00

Źródło: badania własne.

W opiece nad chorym dzieckiem 68% rodziców korzysta z pomocy rodziny, 30% nie korzysta z pomocy osób trzecich, 14% badanych korzysta z pomocy przyjaciół, 8% korzysta z pomocy innych osób, 4% korzysta z pomocy wolontariuszy, a tylko 2% korzysta z pomocy płatnej opiekunki (tabela 4).

Tabela 4. Pomoc udzielana przez osoby trzecie

Osoby trzecie	**Liczba**	**Procent**
Rodzina	34	68,00
Płatna opiekunka	1	2,00
Przyjaciele	7	14,00
Wolontariusze	2	4,00
Inne osoby	4	8,00
Nie korzysta z pomocy osób trzecich	15	30,00

Źródło: badania własne.

Badani rodzice stwierdzili, że największe wsparcie emocjonalne otrzymują ze strony rodziny – 88%, następnie ze strony przyjaciół – 36%, ze strony pracowników służby zdrowia – 20%, ze strony psychologa – 18%, ze strony osób duchownych – 14%, ze strony sąsiadów – 12% i ze strony innych osób – 2% (tabela 5).

Tabela 5. Wsparcie emocjonalne udzielane rodzicom przez osoby trzecie

Osoby trzecie	**Liczba**	**Procent**
Rodzina	44	88,00
Przyjaciele	18	36,00
Sąsiedzi	6	12,00
Psycholog	9	18,00
Duchowny	7	14,00
Pracownik służby zdrowia	10	20,00
Inne osoby	1	2,00

Źródło: badania własne.

Rodzice chorych dzieci stwierdzili, że z powodu choroby dziecka wzrosły comiesięczne wydatki rodzina na: przejazdy związane z leczeniem i rehabilitacją dziecka – 70%, dodatkowe wizyty lekarskie – 68%, zakup leków – 58%, rehabilitację dziecka – 52%, konieczność zakupu zaopatrzenia ortopedycznego – 26%, inne wydatki – 10% (tabela 6).

Tabela 6. Wzrost wydatków rodziny z powodu choroby dziecka

Źródła wzrostu wydatków	**Liczba**	**Procent**
Zakup leków	29	58,00
Wizyty lekarskie	34	68,00
Rehabilitacja dziecka	26	52,00
Zakup zaopatrzenia ortopedycznego	13	26,00
Przejazdy związane z leczeniem i rehabilitacją dziecka	35	70,00
Inne	5	10,00

Źródło: badania własne.

Z powodu choroby swojego dziecka badani rodzice oczekują pomocy w postaci: łatwiejszego dostępu do lekarzy specjalistów – 76%, informacji – 68%, łatwiejszego dostępu do rehabilitacji – 56%, pomocy finansowej – 52%, rozmowy z życzliwą osobą – 38%, lepszej opieki medycznej – 38%, innej – 2% (tabela 7).

Tabela 7. Zapotrzebowanie na pomoc różnego rodzaju

Rodzaj pomocy	**Liczba**	**Procent**
Informacje	34	68,00
Pomoc finansowa	26	52,00
Rozmowa z życzliwą osobą	19	38,00
Lepsza opieka medyczna	19	38,00
Łatwiejszy dostęp do lekarzy specjalistów	38	76,00
Łatwiejszy dostęp do rehabilitacji	28	56,00
Inna pomoc	1	2,00

Źródło: badania własne.

Badani rodzice częściej spostrzegali dostępność wsparcia instrumentalnego (średnia 3,34) niż emocjonalnego (średnia 3,16). Z kolei zapotrzebowanie na wsparcie (średnia 3,015) jest u nich nieco niższe niż poszukiwanie wsparcia (średnia 3,044). Wśród aktualnie otrzymywanego przez respondentów wsparcia przeważa wsparcie emocjonalne (średnia 3,16222), następne wsparcie instytucjonalne (średnia 3,14), a najmniej wsparcie informacyjne (średnia 2,88). Satysfakcja z aktualnie otrzymywanego wsparcia jest stosunkowo wysoko oceniana przez badane osoby, w porównaniu z pozostałymi sferami wsparcia (średnia 3,28). Wsparcie buforująco-ochronne ma natomiast najniższą średnią wśród porównywanych sfer wsparcia społecznego (tabela 8).

Tabela 8. Średnia suma punktów uzyskanych dla poszczególnych sfer wsparcia społecznego wg BSSS

Elementy składowe wsparcia	Analiza statystyczna		
	N ważnych	Średnia	SD
Spostrzegane dostępne wsparcie:	50	3,25000	0,629828
· emocjonalne	50	3,16000	0,701238
· instrumentalne	50	3,34000	0,620155
Zapotrzebowanie na wsparcie	50	3,01500	0,655452
Poszukiwanie wsparcia	50	3,04400	0,693162
Aktualnie otrzymywane wsparcie	50	2,85600	0,536616
· emocjonalne	50	3,16222	0,703520
· instytucjonalne	50	3,14000	0,825033
· informacyjne	50	2,88000	0,889623
Satysfakcja z aktualnie otrzymywanego wsparcia	50	3,28000	0,948468
Wsparcie buforująco-ochronne	50	2,78000	0,726436

Źródło: badania własne.

Z analizy badań wynika, że istotne statystycznie różnice między grupami potrzebującymi i niepotrzebującymi dodatkowej pomocy ze strony rodziny pojawiają się tylko w dwóch sferach wsparcia społecznego: ogólnie spostrzeganego dostępnego wsparcia społecznego oraz spostrzeganego dostępnego wsparcia emocjonalnego (dane zaznaczone w tabeli kolorem czerwonym). W obu przypadkach spostrzegane dostępne wsparcie ma większą wartość w przypadku grupy osób, które deklarują, że potrzebują dodatkowej pomocy ze strony rodziny (tabela 9).

Tabela 9. Porównanie między osobami potrzebującymi i niepotrzebującymi dodatkowej pomocy ze strony rodziny

Analizowana zmienna	Niepotrzebna pomoc		Potrzebna pomoc		Z	P
	M	S	M	S		
Spostrzegane dostępne wsparcie	2,99	0,71	3,42	0,51	2,144	0,032
Spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne	2,88	0,80	3,35	0,56	2,169	0,030
Spostrzegane dostępne wsparcie instrumentalne	3,11	0,70	3,49	0,52	1,834	0,067
Zapotrzebowanie na wsparcie	3,13	0,67	2,94	0,65	-0,941	0,347
Poszukiwanie wsparcia	3,04	0,79	3,05	0,63	-0,200	0,842
Aktualnie otrzymywane wsparcie	2,80	0,60	2,89	0,49	0,556	0,578
Aktualnie otrzymywane wsparcie emocjonalne	3,09	0,87	3,21	0,58	0,020	0,984
Aktualnie otrzymywane wsparcie instytucjonalne	2,97	0,95	3,26	0,73	0,995	0,320
Aktualnie otrzymywane wsparcie informacyjne	2,80	1,01	2,93	0,82	0,253	0,800
Satysfakcja z aktualnie otrzymywanego wsparcia	3,25	1,02	3,30	0,92	0,022	0,983
Wsparcie buforująco-ochronne	2,78	0,78	2,78	0,70	-0,468	0,640

Źródło: badania własne.

W badaniu odniesiono się też do zależności między liczbą dzieci zamieszkujących wspólnie w gospodarstwie domowym z chorym neurologicznie dzieckiem a danymi z BSSS (tabela 10).

Tabela 10. Liczba dzieci w gospodarstwie domowym a poziom wsparcia społecznego

Ilość dzieci w gospodarstwie domowym	N ważnych	R Spearman	P
Spostrzegane dostępne wsparcie	50	0,271942	0,056074
Spostrzegane dostępne wsparcie emocjonalne	50	0,282595	0,046763
Spostrzegane dostępne wsparcie instrumentalne	50	0,255698	0,073092
Zapotrzebowanie na wsparcie	50	0,040940	0,777722
Poszukiwanie wsparcia	50	0,102861	0,477191
Aktualnie otrzymywane wsparcie	50	0,262506	0,065520
Aktualnie otrzymywane wsparcie emocjonalne	50	0,183738	0,201506
Aktualnie otrzymywane wsparcie instytucjonalne	50	0,272928	0,055154
Aktualnie otrzymywane wsparcie informacyjne	50	0,120005	0,406477
Satysfakcja z aktualnie otrzymywanego wsparcia	50	0,157040	0,276096
Wsparcie buforująco-ochronne	50	0,199783	0,164220

Źródło: badania własne.

W tym przypadku odnotowano istotną statystycznie korelację dodatnią pomiędzy spostrzeganym dostępnym wsparciem emocjonalnym a liczbą dzieci w rodzinie – im więcej dzieci w rodzinie tym wyższy wynik spostrzeganego wsparcia emocjonalnego.

Poziom uzyskanego wsparcia społecznego pozyskanego przez rodziców dzieci chorych neurologicznie jest, w ocenie większości z nich, zbyt niski. Rodzice dzieci chorych neurologicznie najbardziej oczekują wsparcia ze strony rodziny, wsparcia materialnego i socjalnego oraz informacyjnego. Głównym dawcą wsparcia emocjonalnego dla rodziców dzieci chorych neurologicznie jest rodzina. Poziom zapotrzebowania na wsparcie społeczne rodziców dzieci chorych neurologicznie nie jest zależny statystycznie od wykształcenia, miejsca zamieszkania i wielkości rodziny.

Podsumowanie

Podsumowując należy stwierdzić, że ogólny poziom wsparcia społecznego rodziców chorych neurologicznie dzieci jest, w ich ocenie, niewystarczający, ale dość wysoki.

Piśmiennictwo

1. Kirenko J. Nie jesteś sam. Wsparcie osób z niepełnosprawnością. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Lublin 2002.
2. House J. S. , Kahn R. L. Measures and concepts of social support. W: Social support and Heath, Cohen S., Syme S. L. (red.). Academic Press, Orlando 1985.

3. Komorska M. Sytuacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w społeczeństwie polskim. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2000.
4. Milewska A., Mileańczuk-Lubecka B., Kochanowski J., Werner B. Analiza czynników ryzyka mózgowego porażenia dziecięcego. Nowa Pediatria 2011; 4, s. 79–84.
5. Michalska A., Wendorff J., Stradomska A., Sabat J., Biskupska-Kostecka M., Boksa E. Świadomość obecności problemów zdrowotnych i edukacyjnych uczniów z padaczką wśród nauczycieli z terenu województwa świętokrzyskiego. Neurologia Dziecięca 2012; 42, s. 23–34.
6. Jóźwiak S., Kotulska K. Padaczka. PZWL, Warszawa 2005.
7. Kocki J. (red.). Współdziałanie we wspieraniu rozwoju dziecka niepełnosprawnego. Wydanie autorskie, Świdnik 2002.
8. Szymańska J., Sienkiewicz E. Wsparcie społeczne. Problemy Psychiatrii 2011; 12(4), s. 550–553.
9. Kohut D. (red.) Dziecko o specjalnych potrzebach w kręgu interdyscyplinarnej terapii. Impuls, Kraków 2013.
10. Owczarek K., Rozenek H., Michalak L. Wybrane zagadnienia dotyczące jakości życia z padaczką. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2007; 16, s. 63–68.
11. Gaweł A., Wojciechowski F. Rodzina a potrzeby zdrowotne niepełnosprawnego dziecka. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2013; 3(4), s. 367–374.

Assessment of social support of parents of children with neurological diseases

Amelia Grzegorczyk[1], Leszek Szewczyk[1]

[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**

Introduction. In Poland, neurologically ill children constitute a considerable percentage of all chronically ill children. Very frequently, these are disabled children whose quality and comfort of life depends mainly on the parents and the support they receive from outside. This support may come from both family and friends, and from State institutions. The quality and amount of this support conditions the educational and economic capabilities of the families rearing neurological ill children. Social support perceived and obtained by parents enables a better and decent life of the ill children.

Objective. The objective of the study was assessment of the social support received by parents of neurologically ill children.

Materials and method. The study covered 50 parents of children ill with epilepsy, cerebral palsy, and the West syndrome, hospitalized in the Paediatric Neurology and Paediatric Rehabilitation Wards at the Antoni Gębala Children's University Hospital in Lublin. The study was conducted during the period from 1 July 2015 – 31 August 2015, using the Berlin Social Support Scales, and a questionnaire developed for the purpose of the presented study.

Results and conclusions. The results of the study showed that 52% of the examined parents considered the received social support as insufficient. The most important type of support for the parents of ill children was family support (54%), followed by material and social assistance (32%). The parents received the greatest amount of emotional support from their family (88%), while the information support obtained from the medical staff after diagnosing a neurological disease in a child was insufficient (54%). Due to the illness of their child, the examined parents most frequently expected assistance with an easier access to medical specialists, better information, better access to rehabilitation, financial aid, conversation with an understanding person, and better medical care.

► **K e y w o r d s :** social support, children, parents, neurological diseases.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 4, Rok 2016, s. 67–77

Jakość życia pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych

Dorota Lizut[1], Anna Włoszczak-Szubzda[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Możliwość powrotu do domu i przebywania wśród najbliższych daje pacjentom namiastkę „normalności". Żywienie dojelitowe w warunkach domowych jest dobrze tolerowaną i bezpieczną metodą odżywiania dla osób, które nie mogą zapewnić w sposób naturalny odpowiedniej podaży energii lub wybranych składników pokarmowych. Dodatkową korzyścią dla tych pacjentów jest możliwość pobytu w najbliższym im środowisku – w domu, co znacznie podnosi komfort ich życia. Powrót do dotychczasowych warunków funkcjonowania, nawet w ograniczonym zakresie, daje poczucie bezpieczeństwa. Praca z osobami żywionymi dojelitowo, zarówno w warunkach szpitalnych, jak i domowych, stała się obszarem obserwacji reakcji pacjentów na zmienione w wyniku choroby warunki ich odżywiania. Ze względu na to, że pacjenci wykazują żywe zainteresowanie możliwościami kontynuacji leczenia w warunkach domowych, ciekawość badawczą wzbudziła jakość ich życia, oceniana w czasie pobytu w domu.
Cel. Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów odżywianych dojelitowo w warunkach domowych.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego, a przeprowadzono je z wykorzystaniem techniki ankiety z autorskim kwestionariuszem jako narzędziem badawczym. Grupą reprezentatywną było 57 pacjentów, odżywianych dojelitowo w warunkach domowych.
Wyniki i wnioski. Nie odnotowano istotnie statystycznych różnic w ocenie jakości życia w czasie pobytu w szpitalu i w domu – obydwie formy zostały ocenione przez respondentów jako „ani dobre, ani złe". Spośród badanych aspektów fizycznych jakości życia na obniżenie jej oceny w największym stopniu wpływała kategoria - zadowolenie z poziomu energii życiowej, która osiągnęła najniższą wartość punktową (2,42 pkt). Na obniżenie poziomu oceny jakości życia ankietowanych w psychicznym aspekcie funkcjonowania, w największym stopniu wpływał aspekt psychologiczny (ocena sensu życia oraz obecność negatywnych odczuć), który otrzymał średnio 2,50 pkt, oraz akceptacja zmiany sposobu odżywiania (średnio 2,72 pkt). Wśród badanych aspektów społecznych jakości życia zasadnicze znaczenie dla wysokiej oceny tej jakości miało wsparcie otrzymywane od najbliższych i znajomych, które otrzymało średnio 4,00 pkt, a ocena ta była wyższa niż średnia ocena jakości życia w zakresie relacji społecznych, która wynosiła 3,66 pkt. Największy, korzystny wpływ na ocenę jakości życia respondentów miało wsparcie otrzymywane od rodziny i znajomych (średnio 4,00 pkt) oraz ich fizyczne funkcjonowanie (średnio 3,86 pkt), zaś najniższą średnią ocenę otrzymała kategoria – energia życiowa (2,42 pkt).

►**Słowa kluczowe:** jakość życia, pacjent, żywienie dojelitowe.

Wprowadzenie

Pierwsze próby wytwarzania przetok odżywczych odnotowane są w doniesieniach z XIX wieku [1]. Obecnie znanych jest i wykorzystywanych w praktyce żywieniowej kilka metod pozyskiwania dostępu żywieniowego. Najprostszym i powszechnie dostępnym jest założenie zgłębnika do żołądka, którym można podawać odpowiednio przygotowany pokarm. Nieco większej uwagi wymaga założenie sondy do jelita, ale zabieg ten również należy do dość często wykonywanych. Procedura wytworzenia gastrostomii czy ileostomii udoskonalana w ciągu wielu lat, umożliwia obecnie pozyskanie dostępu bez konieczności otwierania jamy brzusznej, co znacznie zmniejsza liczbę powikłań i wpływa na powszechność ich stosowania. Przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) w chwili obecnej jest najchętniej wykorzystywanym dostępem w domowym leczeniu żywieniowym. Choroba i jej konsekwencje zawsze są dla pacjenta i jego najbliższych sytuacją trudną [2;3].

Opieka realizowana w warunkach domowych nad przewlekle chorym pacjentem, zarówno dzieckiem, jak i dorosłym, oparta jest – poza wsparciem instytucjonalnym - na wsparciu udzielanym chorym przez członków najbliższej rodziny. Opieka rodziny pozwala na realizację czterech podstawowych celów wsparcia społecznego:

- emocjonalnego, polegającego na okazywaniu troski, szacunku, miłości, sprawowania opieki i bliskości, gwarantowania zaufania, realizacji potrzeby przynależności do grupy itp.,
- informacyjnego, polegającego na dostarczaniu informacji, udzielania wsparcia w nauce nowych umiejętności, udzielaniu konstruktywnych rad itp.,
- instrumentalnego (rzeczowego), polegającego na dostarczaniu różnorodnych, uzależnionych od aktualnego zapotrzebowania dóbr materialnych, w tym pieniędzy, przedmiotów codziennego użytku, środków zaopatrzenia ortopedycznego, na wspólnym rozwiązywaniu konkretnych zadań itp.,
- oceniającego, a jednocześnie wyrażającego akceptację, zrozumienie, zachętę do dalszych postępów, przekazywanie pozytywnych informacji i wspierających komunikatów osobie chorej [4].

Opiekunowie rodzinni narażeni są na długotrwałe obciążenie, które pogarsza ich jakość życia, w tym funkcjonowanie w obszarze społecznym i zawodowym. Większość opiekunów redukuje wymiar godzinowy zatrudnienia z powodu sprawowanej opieki nad chorym lub zmuszona jest do zaprzestania realizacji pracy zawodowej w związku z koniecznością sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny. Wiąże się to z pogorszeniem sytuacji materialnej oraz poczuciem utraty braku kontroli nad sytuacją. Frustracja narasta znacznie w przypadku braku akceptacji ograniczeń związanych z opieką. Rodziny sprawujące opiekę nad chorym obciążone są zarówno przez zadania wynikające z opieki, jak i przez rezygnację z innych relacji i aktywności w życiu osobistym. Może to skutkować utratą

więzi społecznych opiekunów. Do czynników pogarszających jakość życia opiekunów dochodzą zmiany dotyczące relacji między chorym a jego opiekunem, narastające konflikty rodzinne, brak pomocy ze strony pozostałych członków rodziny, brak czasu wolnego. Niedostatki doświadczenia i umiejętności w adekwatnym postępowaniu z chorym pogarszają znacznie sytuację opiekunów rodzinnych i ich podopiecznych [5]. Jednocześnie rodzina pozostaje podstawowym źródłem wiedzy i informacji na temat aktualnego stanu chorego oraz jego przeszłości chorobowej (na przykład przebiegu choroby i nasilenia poszczególnych objawów). Jej ukierunkowane działanie może w istotny sposób poprawić funkcjonowanie pacjenta w warunkach domowych. Sprostanie sytuacji związanej z opieką wymaga mobilizacji środków i sił wszystkich członków rodziny (zasobów emocjonalnych, wiary, wcześniejszych doświadczeń, wiedzy). Istotna jest dbałość o relacje w rodzinie oraz dobrą komunikację pomiędzy opiekunem, chorym i personelem medycznym sprawującym opiekę [6;7;8;9]. Możliwość powrotu do domu i przebywania wśród najbliższych daje namiastkę „normalności". Żywienie dojelitowe w warunkach domowych jest dobrze tolerowaną i bezpieczną metodą odżywiania dla osób, które nie mogą zapewnić w sposób naturalny odpowiedniej podaży energii lub wybranych składników pokarmowych. Dodatkową korzyścią dla tych pacjentów jest możliwość pobytu w najbliższym im środowisku – w domu, co znacznie podnosi komfort ich życia. Powrót do dotychczasowych warunków funkcjonowania, nawet w ograniczonym zakresie, daje poczucie bezpieczeństwa. Praca z osobami żywionymi dojelitowo, zarówno w warunkach szpitalnych, jak i domowych, stała się obszarem obserwacji reakcji pacjentów na zmienione w wyniku choroby warunki ich odżywiania. Ze względu na to, że pacjenci wykazują żywe zainteresowanie możliwościami kontynuacji leczenia w warunkach domowych, ciekawość badawczą wzbudziła jakość ich życia, oceniana w czasie pobytu w domu [10;11;12].

Cel

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów odżywianych dojelitowo w warunkach domowych.

Materiał i metoda

Badaniami objęto 57 pacjentów odżywianych pozajelitowo w warunkach domowych, w wieku od 22 do 96 lat. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 60,18 ± 18,06 lat. Ankietowani w wieku do 55 lat stanowili 33,33% (n=19), natomiast 35,09% (n=20) badanych było w wieku 56-70 lat, a 31,58% (n=18) ankietowanych miało ponad 70 lat. 36,84% (n=21) ankietowanych pacjentów stanowiły kobiety, natomiast 63,16% (n=36) mężczyźni. 31,58% (n=18) ankietowanych było stanu wolnego, natomiast 43,86% (n=25) stanowiły mężatki lub żonaci, 19,30% (n=11)

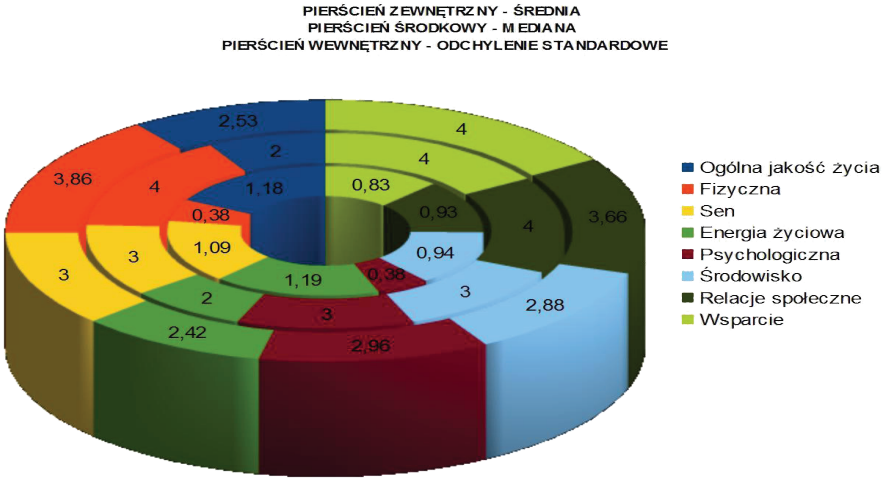
to wdowy lub wdowcy i 5,26%, (n=3) – osoby żyjące w związku nieformalnym. Najczęstszym rodzajem dostępu żywieniowego była gastrostomia (71,93%; n=41). Natomiast 19,30% (n=11) miało założoną sondę dożołądkową lub dojelitową, a 8,77% (n=5) ileostomię.

Metodą badawczą zastosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny. Ze względu na to, że nie można było zbadać wszystkich osób wchodzących w skład interesującej badaczy zbiorowości, wyodrębniono grupę reprezentatywną dla tej populacji, tj. pacjentów, u których stosowano domowe żywienie dojelitowe. Byli to podopieczni firmy Nutrimed.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano przy pomocy liczności i odsetka lub wartości średniej, mediany. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Dla zmiennych ciągłych do oceny różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test U Manna-Whitneya, natomiast dla wielu grup test Kruskala-Wallisa. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p<0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic. Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki i wnioski

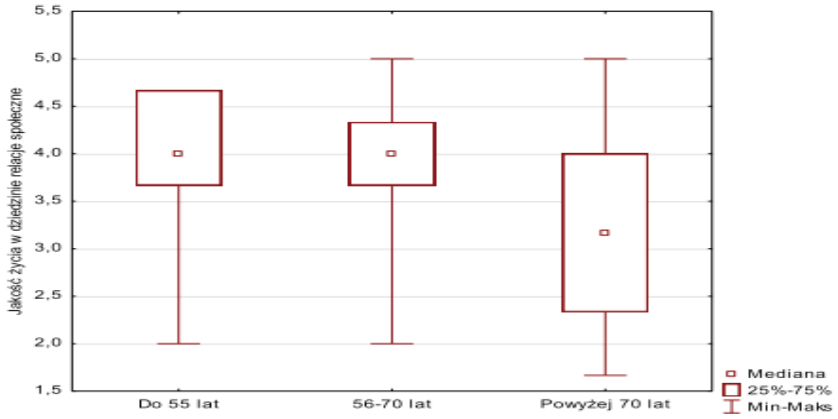
Z badań wynikało, że ankietowani ogólną jakość życia ocenili średnio na 2,53 pkt (Me=2,00), aspekt fizyczny na 3,86 pkt (Me=4,00), sen na 3,00 pkt (Me=3,00), poziom energii życiowej na 2,42 pkt (Me=2,00), aspekt psychologiczny (psychiczny) na 2,96 pkt (Me=3,00), aspekt środowiskowy na 2,88 pkt (Me=3,00), relacje społeczne na 3,66 pkt (Me=4,00), a otrzymywane wsparcie na 4,00 pkt (Me=4,00) (rycina 1).



Rycina 1. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

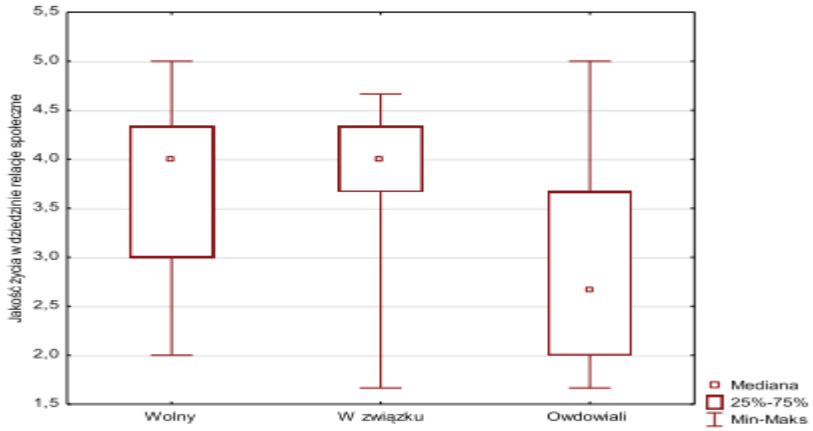
Ocena jakości życia pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych – aspekt społeczny

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani w wieku do 55 lat (3,98 pkt; Me=4,00) oraz 56–70 lat (3,38 pkt; Me=4,00) byli bardziej zadowoleni z jakości swojego życia w aspekcie relacji społecznych, w porównaniu z badanymi w wieku powyżej 70 lat (3,13 pkt; Me=3,17). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (p=0,02) (wykres 1).



Wykres 1. Ocena jakości życia zakresie relacji społecznych, z uwzględnieniem wieku. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

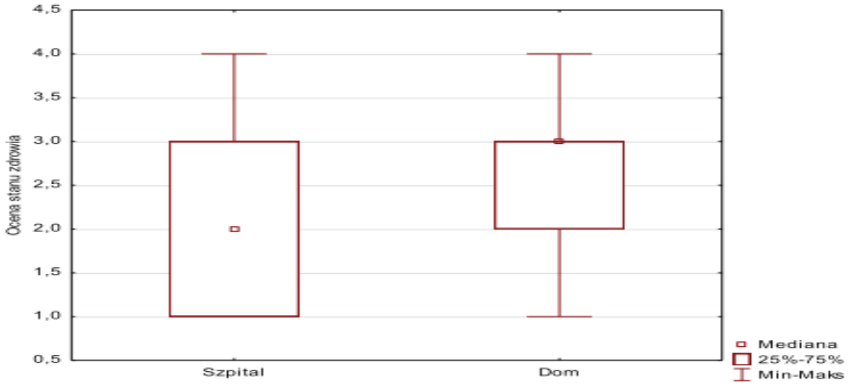
Przeprowadzone badania wykazały istotne różnice w ocenie jakości życia w aspekcie relacji społecznych pomiędzy grupami stanu cywilnego (p=0,02). Stwierdzono, że najbardziej zadowoleni z jakości życia byli ankietowani pozostający w związku (3,88 pkt; M=4,00) oraz stanu wolnego (3,80 pkt; Me=4,00) w porównaniu z badanymi owdowiałymi (2,88 pkt; Me=2,67) (wykres 2).



Wykres 2. Ocena jakości życia zakresie relacji społecznych, z uwzględnieniem stanu cywilnego. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

Ocena jakości życia pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych – aspekt fizyczny

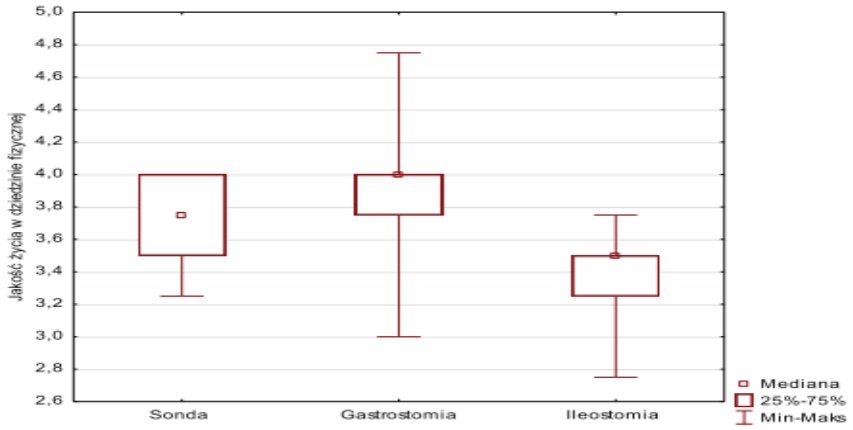
Średnia ocena stanu zdrowia podczas pobytu w szpitalu wynosiła 2,28 pkt (Me=2,00), natomiast podczas pobytu w domu 2,68 pkt (Me=3,00). Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w ocenie stanu zdrowia podczas pobytu w szpitalu (Me=2,00) i w domu (Me=3,00), (p=0,04) (wykres 3).



Wykres 3. Ocena stanu zdrowia podczas pobytu w domu i w szpitalu. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani, którzy odżywiali się poprzez gastrostomię, odczuwali istotnie lepszą jakość życia w dziedzinie fizycznej (3,95 pkt; Me=4,00) w porównaniu z badanymi odżywia-

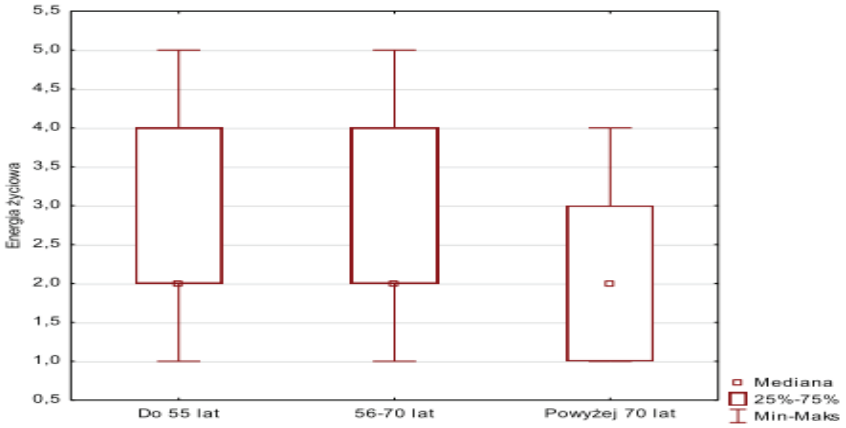
jącymi się poprzez sondę (3,77 pkt; Me=3,75) lub ileostomię (3,35 pkt; Me=3,50). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (p=0,004) (wykres 4).



Wykres 4. Ocena aspektu fizycznego jakości życia, z uwzględnieniem rodzaju dostępu żywieniowego. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

Ocena jakości życia pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych – aspekt dotyczący energii życiowej

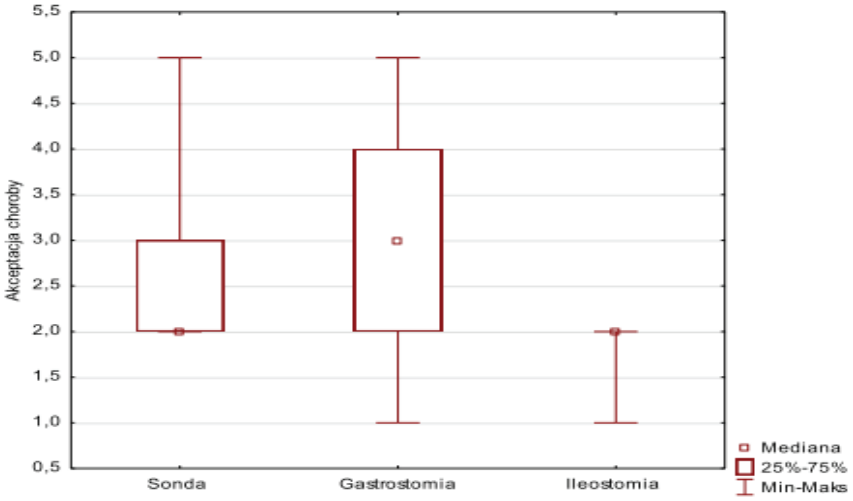
W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani w wieku do 55 lat (2,74 pkt; Me=2,00) i w wieku 56–70 lat (2,60 pkt; Me=2,00) byli nieznaczne bardziej zadowoleni z jakości swojego życia w aspekcie energii życiowej niż osoby w wieku powyżej 70 lat (1,89 pkt; Me=2,00). Stwierdzone różnice były bliskie istotności statystycznej (p=0,06) (wykres 5).



Wykres 5. Ocena jakości życia zakresie energii życiowej, z uwzględnieniem wieku. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

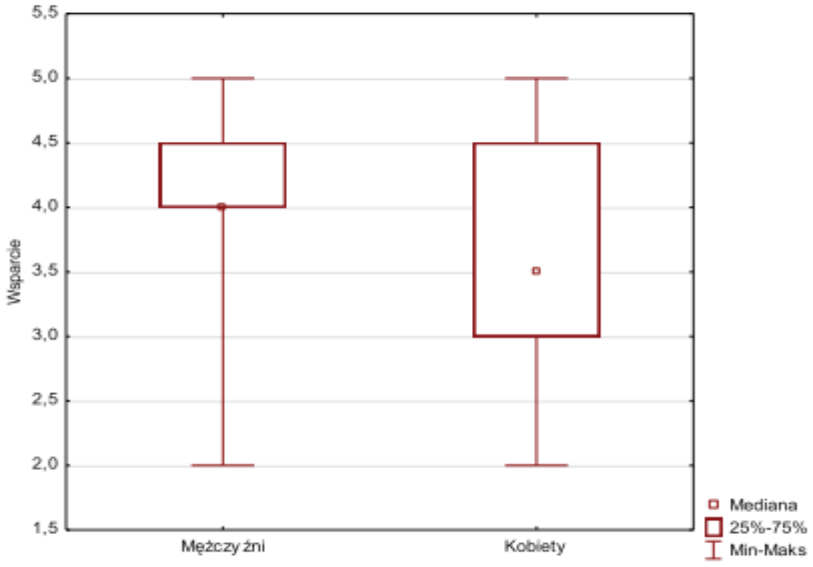
Ocena jakości życia pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych – aspekt psychologiczny

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani odżywiani przez gastrostomię odczuwali wyższy poziom akceptacji choroby (2,88 pkt; Me=3,00) w porównaniu z badanymi odżywiającymi się poprzez sondę (2,55 pk.; Me=2,00) lub ileostomię (1,80 pkt; Me=2,00). Stwierdzone różnice były bliskie istotności statystycznej (p=0,06), (wykres 6).



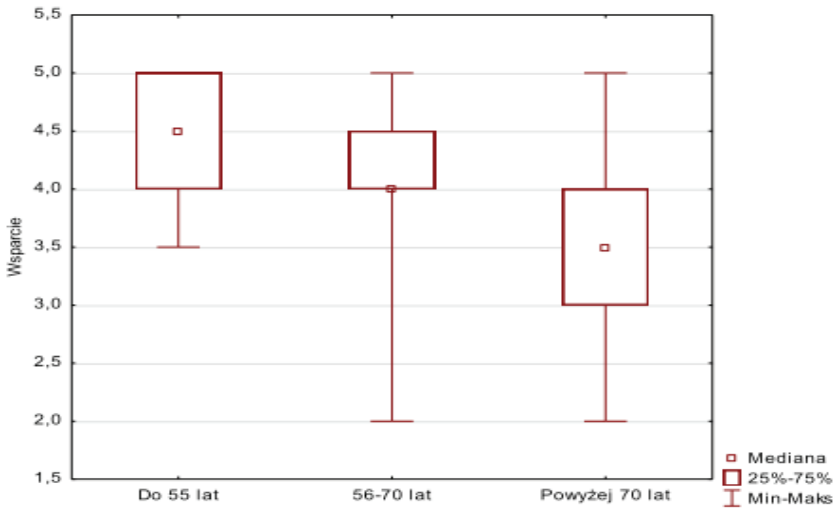
Wykres 6. Ocena akceptacji choroby, z uwzględnieniem rodzaju dostępu żywieniowego. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

Analiza statystyczna wykazała, że mężczyźni byli istotnie bardziej zadowoleni z otrzymywanego wsparcia (4,21 pkt; Me=4,00) niż kobiety (3,64 pkt; Me=3,50) (p=0,03). Wyniki przedstawia wykres 7.



Wykres 7. Ocena jakości życia w zakresie otrzymywanego wsparcia, z uwzględnieniem płci. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

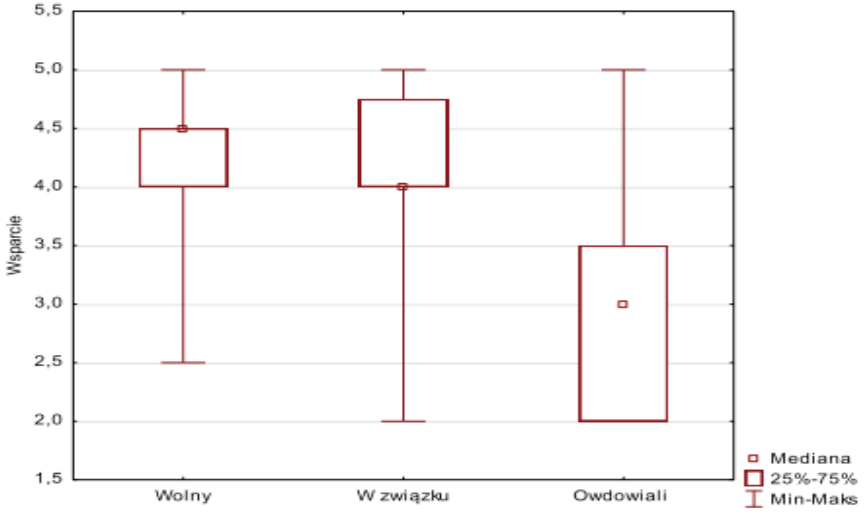
W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani w wieku do 55 lat (4,42 pkt; Me=4,50) oraz 56–70 lat (4,08 pkt; Me=4,00) byli bardziej zadowoleni z otrzymywanego wsparcia w porównaniu z badanymi w wieku powyżej 70 lat (3,47 pkt; Me=3,50). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (p=0,003) (wykres 8).



Wykres 8. Ocena jakości życia w zakresie otrzymywanego wsparcia, z uwzględnieniem wieku. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

Przeprowadzone badania wykazały istotne różnice w ocenie jakości życia w aspekcie otrzymywanego wsparcia pomiędzy grupami stanu cywilnego (p=0,001). Stwierdzono, że najbardziej zadowoleni ze wsparcia byli ankietowani stanu wolnego (pkt; M=4,50) oraz w związku (pkt; Me=4,00) w porównaniu z badanymi owdowiałymi (pkt; Me=3,00) (wykres 9).

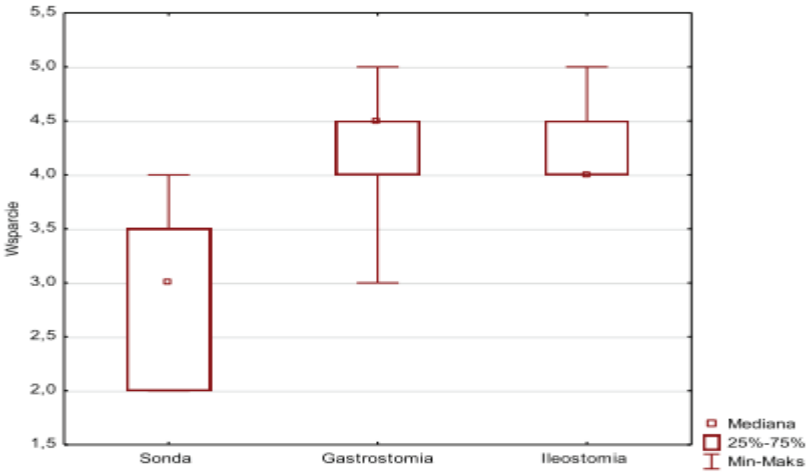
/brak wskazania punktacji – AK/



Wykres 9. Ocena jakości życia w zakresie otrzymywanego wsparcia, z uwzględnieniem stanu cywilnego. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono wysoce istotne różnice w ocenie jakości życia w aspekcie otrzymywanego wsparcia pomiędzy grupami osób z różnym dostępem żywieniowym (p<0,0001). Ankietowani odżywiani poprzez gastrostomię (pkt; Me=4,50) lub ileostomię (pkt; Me=4,00) odczuwali wyższy poziom wsparcia niż badani odżywiający się poprzez sondę (pkt; Me=3,00) (wykres 10).

/brak wskazania punktacji – AK/



Wykres 10. Ocena jakości życia w zakresie otrzymywanego wsparcia, z uwzględnieniem rodzaju dostępu żywieniowego. Źródło: dane własne, kwestionariusz ankiety.

Podsumowanie

Żywienie dojelitowe prowadzone w warunkach domowych pozwala na poprawę stanu ogólnego chorego, stanu jego odżywienia, a także umożliwia kontynuację leczenia choroby zasadniczej w najbardziej komfortowych dla pacjenta warunkach, co ma istotne znaczenie dla poprawy jego jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Dudrick S. Historia dostępu naczyniowego. Postępy żywienia klinicznego, tom 3, 2006, s. 6–16.
2. Ciborowska H., Rudnicka A. Dietetyka. Żywienie człowieka zdrowego i chorego. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 374.
3. Sobotka L. Podstawy żywienia klinicznego. Wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 201–665.

4. Szczerbińska K. Jakość życia osób opiekujących się osobami starszymi. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, 2004, 6, s. 339–343.
5. Kalfos M., Jaracz K. Radzenie sobie ze stresem i zachowania zdrowotne w kontekście pielęgnowania. [w:] Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L. (red.). Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej, Poznań, 2001, s. 42–45.
6. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. [w:] Społeczne aspekty starzenia się i starości. Tobiasz-Adamczyk B., Via Medica, Gdańsk, 2004, s. 37–41.
7. Tobiasz-Adamczyk B. (2006): Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia. [w:] Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego: metody pomiaru znaczenie kliniczne. Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.). Media Wydawnictwo Medyczne, 2006, s. 9–42.
8. Wójcik A., Kurjanowicz B., Bidacha M. Ocena jakości życia w perspektywie medycznej. Postępy Rehabilitacji 2007, 21, s. 31–38.
9. Guyatt G. i in. Jakość życia zależna od stanu zdrowia – od badań klinicznych do praktyki lekarskiej. Medycyna po Dyplomie 2008, 17, s. 24–38.
10. Nasilowski J. i in. Rozpowszechnienie wentylacji mechanicznej w warunkach domowych w Polsce. Pneumonologia i Alergologia Polska 2010, 6, s. 392–398.
11. Szkulmowski Z. Nieinwazyjna wentylacja mechaniczna w domu. Polska Medycyna Paliatywna 2004, 3 (1), s. 39–43.
12. Pleszewa A., Formanowska B., Kaczmarczyk K. Wpływ choroby na funkcjonowanie pacjenta i jego rodziny. Pielęgniarstwo Polskie 2000, 1 (19), s. 82–88.

Quality of life of patients receiving enteral nutrition in home conditions

Dorota Lizut[1], Anna Włoszczak-Szubzda[1]
[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**
Introduction. The possibility to return home and stay among the closest persons provides the patients with something resembling a 'normal' life. Enteral feeding in home conditions is a well tolerated and safe method of nutrition for those who cannot be provided a proper supply of energy or selected nutrients in a natural way. An additional benefit for these patients is the possibility to stay in the environment which is the closest to them – at home, which significantly increases their life comfort. Return to the to-date conditions of functioning – even within a limited range - provides the sense of safety. Work with persons receiving enteral nutrition, both in hospital and home conditions, has become the area of observation of the reactions of patients to the conditions of their feeding altered as a result of the disease. Considering the fact that the patients show a lively interest in the possibilities of continuation of treatment in home conditions, their quality of life assessed during their stay at home evoked research interest.
Objective. The objective of the study was evaluation of the quality of life of patients receiving enteral nutrition in home conditions.
Material and methods. The study was conducted by the method of a diagnostic survey, using a questionnaire technique, with a questionnaire designed by the author as a research instrument. A representative group of 57 patients was selected, who received enteral nutrition in home conditions.
Results and conclusions. No statistically significant differences in evaluations of the quality of life were observed during the stay in hospital and at home – both forms were evaluated by the respondents as 'neither good nor bad'. From among the physical aspects of the quality of life, its evaluation in more negative terms was, to the greatest extent, affected by the level of life energy, which, for the mean assessment of individual categories, obtained the lowest value (2.42 scores.). A decrease in the quality of the respondents' life from the psychological aspect of functioning was, to the greatest degree, affected by the psychological aspect (evaluation of the sense of life and presence of negative feelings) – the mean assessment 2.50 scores, and acceptance of the way of nutrition (mean 2.72 scores). From among the examined social aspects of the quality of life, support from the closest persons and friends was of the basic importance for high evaluation of this quality – mean value 4.00 scores, and this evaluation was higher than the mean evaluation of the quality of life from the aspect of social relations, which was 3.66 scores. The greatest beneficial effect on the respondents' evaluations of the quality of life was exerted by the support received from the family and friends (mean 4.00 scores), and physical functioning (mean 3.86 scores), whereas the life energy category was assessed in the most negative terms (mean score 2.42).

► **K e y w o r d s :** quality of life, patient, enteral nutrition.

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

INNOVATIO PRESS

e-ISSN: 2451-2826