ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY

AZiCH

Tom 2
Nr 2
Rok 2017

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 2017

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. Paweł Kalinowski (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
dr n. med. Maria Pieniążek (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)

Aspekty Zdrowia i Choroby

Tom 2 ◄► Nr 2 ◄► Rok 2017

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

AZiCH
Aspekty Zdrowia i Choroby
Tom 2 ◄► Nr 2 ◄► Rok 2017

© 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

Prace poglądowe

Rola programów zdrowotnych w profilaktyce próchnicy zębów u dzieci i młodzieży – Dorota Rolińska, Anna Krajewska, Mirosław J. Jarosz 7

Prace badawcze

Postawy mieszkańców woj. lubelskiego wobec transplantacji narządów – Ewa Błądkowska, Władysław Witczak. 19

Zrozumienie zagrożenia HIV/AIDS wśród młodzieży Gimnazjalnej – Dorota Banaczek, Mirosław J. Jarosz 31

Satysfakcja pacjentów z leczenia przeciwbólowego w hospicjum domowym – Halina Samoń, Lech Panasiuk 45

Wiedza i umiejętności personelu medycznego w odniesieniu do przejawów agresji ze strony pacjenta – Dorota Wojnicka, Anna Włoszczak-Szubzda. . . 55

Ocena poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat funkcjonowania pacjentów z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem – Renata Sikorska, Beata Biernacka 69

Hospicyjna opieka domowa w ocenie pacjentów – Renata Baj, Jolanta Dziewulska. 77

Prace poglądowe

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 2, Rok 2017, s. 9–15

Rola programów zdrowotnych w profilaktyce próchnicy zębów u dzieci i młodzieży

Dorota Rolińska[1], Anna Krajewska[1], Mirosław J. Jarosz[1]
[1] Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Próchnica zębów wśród dzieci i młodzieży w Polsce, nierzadko bagatelizowana przez rodziców lub opiekunów, została zauważona jako poważny, złożony problem zdrowotny. Wielu autorów wykazuje, iż możliwość jej zahamowania zależy w dużej mierze od aktywnej postawy pacjenta, której sprzyja uważność i wiedza rodziców bądź opiekunów, a także dostępność lekarzy dentystów i ich zaangażowanie[1,5]. W ramach profilaktyki próchnicy interesującą nas grupę wiekową objęto w związku z tym szeregiem programów zdrowotnych, mających na celu poprawę sytuacji we wskazanych tutaj aspektach.
Cel. Celem niniejszego opracowania jest rekonesans badawczy koncepcji i programów zdrowotnych zorientowanych na profilaktykę zachorowań dzieci i młodzieży na próchnicę zębów. Analizy mają za zadanie rozpoznać aktualne tendencje w tym zakresie oraz wskazać pożądane kierunki dalszych działań.
Wyniki i wnioski. Jeśli spojrzymy w przyszłość przez pryzmat celów stawianych przez WHO, dojdziemy do wniosku, iż próchnica zębów to choroba możliwa do wyeliminowania. Na obecną chwilę wydaje się to jednak odległa perspektywa. Bogate kraje o wysokim poziomie rozwoju gospodarczego od lat opracowują programy profilaktyczne i wdrażają je z dużym powodzeniem. Tendencje te można zauważyć również w Polsce, co należy uznać za istotne osiągnięcie ostatnich lat. Analizy badawcze przeprowadzane na całym świecie, w tym również na terenie Unii Europejskiej, wykazują, iż należy skoncentrować się na czterech zasadniczych czynnikach, do których należą: 1) redukcja próchnicy u małych dzieci 0-3 roku życia; 2) promocja zdrowia wśród kobiet w ciąży; 3) zmiana wzorców żywieniowych; 4) utrwalenie nawyku szczotkowania zębów od najmłodszych lat. Kluczową rolę odgrywa tu idea Dental Home, [2] której istotę stanowi likwidowanie barier w dostępie dzieci i młodzieży do gabinetów dentystycznych lub placówek służby zdrowia z personelem dentystycznym. Stanowi ona fundament strategii ochrony zdrowia dzieci i młodzieży, która ma szansę znacząco wpłynąć na poprawę sytuacji, przy czym należy wyraźnie podkreślić, że liczba lekarzy specjalistów pedodontów w Polsce nadal nie jest wystarczająca.
►**Słowa kluczowe:** profilaktyka próchnicy, pedodoncja, edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży

Wprowadzenie

Wprowadzanie programów zdrowotnych to jeden z istotnych sposobów realizacji polityki zdrowotnej państwa. Kierunki realizacji programów w Polsce

wskazuje Narodowy Program Zdrowia[1]. Definiując pojęcie „program zdrowotny" należy podkreślić, iż jest to zespół zaplanowanych działań, które uznajemy za uzasadnione, bezpieczne i prowadzące w określonym czasie do osiągania zaplanowanych celów. Nadrzędny cel stanowi poprawa stanu zdrowia, zaś celem operacyjnym, służącym realizacji celu głównego, jest identyfikacja potrzeb świadczeniobiorców [3].

Próchnica zębów wśród dzieci i młodzieży w Polsce została rozpoznana jako poważny i skomplikowany problem zdrowotny. Wyniki badań prowadzonych w ramach programu „monitoring zdrowia jamy ustnej" w 2012 roku w Polsce pokazują, że:

1. zęby 6-latków dotknięte są próchnicą w około 80%;
2. wśród 12–18-latków próchnica występuje aż u 80–95% [4].

Z badań wynika również, że u dzieci i młodzieży w wieku 5-17 lat próchnica zębów jest często bagatelizowana przez rodziców i opiekunów, co stanowi w głównej mierze konsekwencję braku dostatecznej wiedzy. Zapominamy, że próchnica zębów jest chorobą zakaźną, a zatem można ograniczyć jej rozprzestrzenianie się, jeśli tylko zostaną zachowane właściwe środki bezpieczeństwa. Kiedy już wystąpi, jest możliwa do zahamowania, przy czym konieczne staje się szybkie podjęcie leczenia, gdyż skutki zaniedbań okazują się nieodwracalne [4]. Wielu autorów dowodzi, iż skuteczność profilaktyki, jak również powodzenie terapii zależą od aktywnej postawy pacjenta, wspieranej przez rodziców i zaangażowanych lekarzy dentystów.

Podstawowe zasady profilaktyki próchnicy to:

- przestrzeganie zasad higieny jamy ustnej;
- racjonalne żywienie (w tym walka z otyłością i niedożywieniem);
- uzupełnianie związków fluoru egzogennie i endogennie;
- zabiegi profilaktyczne stosowane w gabinetach dentystycznych (lakierowanie, lakowanie, saling, piaskowanie);
- wczesne leczenie próchnicy. [6;7;8;9;10].

Autorzy publikacji wskazują, iż bardzo ważną rolę w kształtowaniu zdrowych nawyków dzieci i młodzieży odgrywa dom rodzinny bądź pierwsi opiekunowie. Wiedza przekazywana przez dorosłych powinna być poparta informacją uzyskaną od lekarza, nie tylko dentysty, lecz także ginekologa, pediatry oraz lekarza pierwszego kontaktu.

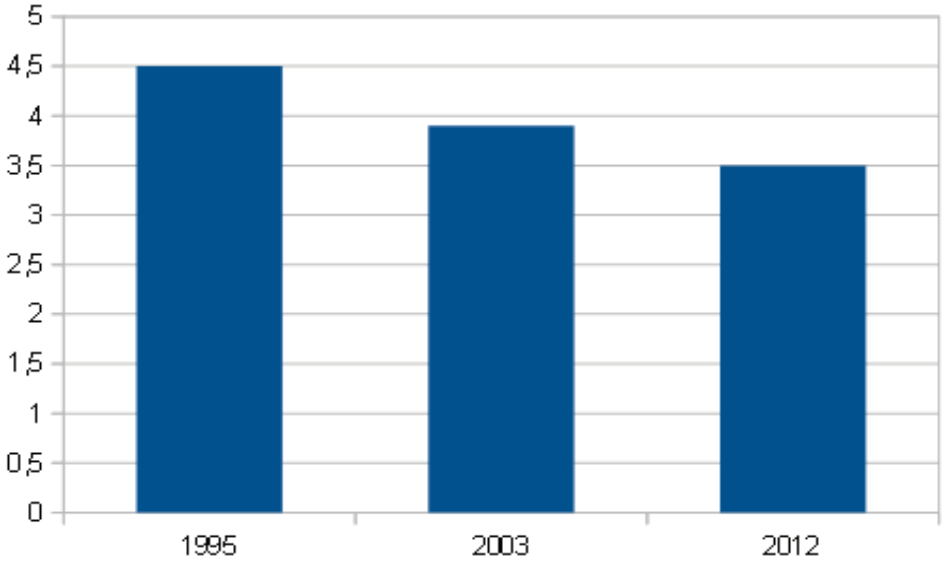
Rola służby zdrowia w profilaktyce próchnicy została zauważona i zdefiniowana w 2003 roku przez WHO jako potrzeba powstawania „domu dentystycznego" (Dental Home). Dental Home to inaczej placówka stomatologiczna, w której

[1] Jednym z najważniejszych dokumentów w zakresie promocji zdrowia w Unii Europejskiej jest Decyzja Nr 645/96/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 29.03.1996 roku promująca program działania współpracy w zakresie promocji zdrowia, informacji, edukacji. Dla rozwoju zdrowia publicznego największe znaczenie miały: traktat z Maastricht ratyfikowany w 1993 roku oraz Traktat Nicejski z 2001 roku.

dziecko otrzymuje regularną i szybką pomoc. Rozumiemy to jako dostęp wszystkich dzieci do gabinetów dentystycznych lub placówek służby zdrowia z personelem dentystycznym. Idea ta miała na celu likwidowanie barier w dostępie do świadczeń dentystycznych. Projekt szkół promujących zdrowie (zdrowych szkół) został również opracowany przez WHO [11]. Elementy tych programów zostały przeniesione na grunt polski. Do wielu szkół powróciły gabinety dentystyczne, refundacją NFZ zostały objęte zabiegi profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży (lakowanie, lakierowanie, fluoryzacja zębów). W szkołach odbywają się akcję promujące zdrowy styl życia, w tym zdrowe żywienie i higienę jamy ustnej. Jedynie liczba lekarzy specjalistów pedodontów nadal nie jest w pełni wystarczająca. W niektórych krajach, w tym w Wielkiej Brytanii, zaczęto kształcić terapeutów dentystycznych (dental therapists), tj. specjalistów od profilaktyki i leczenia wczesnych zmian próchnicowych oraz wdrażania higieny jamy ustnej. W Polsce nie mamy odpowiednika tej specjalności. W naszym systemie odpowiednio wykształcona kadra higienistów stomatologicznych ma pełnić funkcję wsparcia dla lekarzy dentystów na obszarze wdrażania profilaktyki i edukacji.

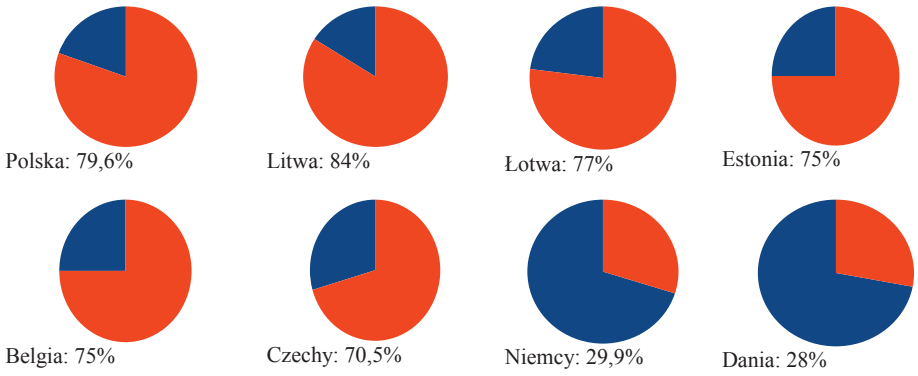
W Polsce liczba i rodzaj programów profilaktycznych określają organa władzy państwowej za pośrednictwem wojewodów. Po rozpoznaniu problemów danego województwa powstają odpowiednio dostosowane programy, uwzględniające różnice na obszarach wielkomiejskich, miejskich i wiejskich [12;13]. Wiele takich programów zostało sfinansowanych z funduszy Unii Europejskiej bądź przy znacznym ich wsparciu. Pojawił się również projekt współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej, przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia. W programie szwajcarsko-polskiej współpracy działania są skierowane bezpośrednio do odpowiednich grup odbiorców. Jeden z programów został adresowany do grupy 3-5-latków uczęszczających do przedszkoli na terenie całego kraju. Edukacja ma objąć rodziców i wychowawców przedszkoli. Kolejnym adresatem programu są dzieci w wieku od 0 do 2 lat. Program ten polega na szkoleniu pediatrów, pielęgniarek oraz położnych i kierowaniu materiałów edukacyjnych do szkół rodzenia. Ministerstwo Zdrowia uzupełniło program o promocję w zakresie zdrowia jamy ustnej i edukację zdrowotną od 2010 roku. W każdej miejscowości w dniu zakończenia badań epidemiologicznych są organizowane dni otwarte polegające na spotkaniach z lekarzami dentystami i higienistkami stomatologicznymi, specjalistami z dziedziny zdrowia publicznego lub pielęgniarkami [14;15].

Patrząc na dane dotyczące zapadalności dzieci i młodzieży w Polsce na próchnicę zębów możemy zauważyć znaczną poprawę (rycina 1). Wdrożenie systemu ciągłego monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w ramach programu ministra zdrowia pt „monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej" pomogło zgromadzić dane epidemiologiczne i socjomedyczne dające podstawę do powstania wskaźników oceny.



Rycina 1. Obniżanie się wskaźnika zapadalności na próchnicę wśród dzieci w wieku 12 lat (grupa wskaźnikowa WHO). [Opracowanie własne na bazie literatury tematu].

Porównanie wyników w latach 1995–2012 dzieci w wieku 12 lat (grupa wskaźnikowa WHO) pozwala zauważyć powolne obniżanie się zapadalności na próchnicę. W roku 1995 wskaźnik wynosił 4,5, w roku 2003 już 3,9, a w roku 2012 spadł nawet do 3,5. Niemniej jednak badania epidemiologiczne dzieci w wieku 12 lat wykazują, że w Polsce odsetek tych dzieci z próchnicą zębów wynosi 79,6% populacji (dane 2012 r.), w tym 78,7% populacji miejskiej oraz 80,8% populacji wiejskiej, i jest znacząco wyższy od wyników uzyskanych w niektórych krajach Unii Europejskiej, co zostało pokazane na rycinie 2:



R

Rycina 2. Odsetek dzieci w wieku 12 lat z próchnicą zębów w Polsce i innych wybranych krajach Unii Europejskiej. [Opracowanie własne na bazie literatury tematu.]

Analizy badawcze przeprowadzane na całym świecie, w tym również na terenie Unii Europejskiej, wykazuje, iż sytuację mogą poprawić następujące czynniki:

- redukcja próchnicy u małych dzieci 0–3 roku życia;
- promocja zdrowia wśród kobiet w ciąży;
- zmiana wzorców żywieniowych;
- utrwalenie nawyku szczotkowania zębów od najmłodszych lat.

Wielostronność programów ma im zapewnić lepszy efekt i jest szalenie ważna, zwłaszcza w programach adresowanych do dzieci i młodzieży. W Polsce dane Naczelnej Izby Lekarskiej pokazują, że walka z epidemią próchnicy wśród dzieci i młodzieży nadal nie jest dostatecznie finansowania i wciąż ma zbyt małą skuteczność. Wzorcem do naśladowania w Europie jest szwedzki system ochrony zdrowia[16]. Obecnie Szwecja znajduje się pod względem finansowania wśród krajów wiodących w Unii Europejskiej. Na szczeblu lokalnym, podobnie jak w Polsce, zapadają tam decyzje o programowaniu działań podporządkowanych zdrowiu. Środki finansowe pochodzą z budżetu lokalnego, który w 80–89% przeznaczony jest właśnie na ochronę zdrowia. Drugim stałym źródłem środków przeznaczonych na zdrowie są dotacje centralne (około 12%). Bezpłatna opieka dentystyczna ukierunkowana jest przede wszystkim na profilaktykę i obejmuje dzieci i młodzież do 19 roku życia. Również prywatne praktyki, i to w znacznej części, zawierają umowy na leczenie w ramach sektora publicznego. Należy zauważyć, iż z nakładami finansowymi i dobrą organizacją programów profilaktycznych idzie w parze duża świadomość społeczna w zakresie konieczności dbania o zdrowie. Pod tym względem kraje skandynawskie odniosły w Europie duże sukcesy[17].

Powracając do bliższych nam realiów Europy Środkowo-Wschodniej, należy przypomnieć, iż w 2014 roku 25 czerwca w Warszawie podpisano Alliance for a Cavity-Free Future (ACFF). Ogólnoświatowe organizacje pożytku publicznego zajmujące się zdrowiem publicznym opracowały raport rozwoju próchnicy w Krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Znalazła się w nim informacja, iż w Polsce aż 80% dzieci w wieku 6 lat ma próchnicę. W Warszawie 25 czerwca 2014 roku eksperci z dziedziny stomatologii z Polski, Rumunii, Czech, Węgier, Słowacji, Litwy, Łotwy i Estonii podpisali deklarację powołującą do życia Środkowo-Wschodnioeuropejski Oddział Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy, w związku z tym, że kraje naszego regionu borykają się z dużym problemem wciąż mało efektywnej walki z tą chorobą [18].

Dla porównania należy pokazać, jak wygląda sytuacja w bogatych krajach Unii Europejskiej. Przykładowo w Wielkiej Brytanii od około 2000 roku maleje zapotrzebowanie na leczenie próchnicy u dzieci i młodzieży. Promocja racjonalnej diety i higieny jamy ustnej zaczęła przynosić owoce. Angielski dwunastolatek ma średnio 1,2 zęba z próchnicą. W Szwecji ten sam dwunastolatek ma 1,5 zęba z próchnicą. We Francji średnia liczba chorych zębów spadła z 4,2 w 1987 roku do 1,2 w 2006 roku. Jeszcze lepsze wyniki mają Holendrzy, Finowie i Duńczycy, bo około 0,9 zębów z próchnicą. W Polsce odnotowane spadki wskaźnika PUW utrzymują się nadal na dalece niezadawalającym poziomie. Rozpoczęty obecnie program to „Dzieciństwo bez próchnicy", realizowany przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, w partnerstwie z ośmioma innymi uczelniami, w tym z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie. Celem tego projektu jest objęcie edukacją i profilaktyką stomatologiczną ponad trzystu tysięcy dzieci w wieku 0–5 lat oraz osób dorosłych, których postawa w dużej mierze determinuje stan zdrowia jamy ustnej najmłodszych. Program jest współfinansowany przez Szwajcarię w ramach Szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej, przy współfinansowaniu Ministra Zdrowia.

W świetle celów i strategii zdefiniowanych przez WHO, próchnica zębów jawi się jako choroba możliwa do wyeliminowania, niemniej jednak na chwilę obecną perspektywa jej eliminacji wydaje się odległa. Bogate kraje o wysokim poziomie rozwoju gospodarczego od lat opracowują programy profilaktyczne i wdrażają je z dużym powodzeniem. Można zauważyć, że w Polsce stawianie głównie na profilaktykę stanowi istotne osiągniecie ostatnich lat. Mamy nadzieję, że zaowocuje ono znaczącym ograniczeniem próchnicy zębów. Wymaga to jednak czasu oraz poprawy sytuacji ekonomicznej, tak by sprzyjała ona zmianie stylu życia na model prozdrowotny. Na podstawie badań i obserwacji Lalonde ustalił, iż wpływ na zdrowie w 50% ma styl życia, środowisko to ok 20% wpływu, biologia człowieka to kolejne około 20%, zaś organizacja opieki zdrowotnej to około 10%. Wskaźniki te stanowią najlepszą rekomendację dla profilaktyki rozumianej jako promocja nawyków prozdrowotnych i świadomego życia[19].

Piśmiennictwo

1. Stodolak A., Fuglewicz A.: Zapobieganie próchnicy zębów u dzieci i młodzieży oraz promocja zdrowia jamy ustnej – rola pracowników służby zdrowia. Medycyna Ogólna i nauki o zdrowiu. 2014, Tom 20, Nr 1, 76–81.
2. Seale NS, Mc Whorter AG, Mouradian WE. Dental education's role In inproving children's oral health and access to care. Academic Pediatrics 2009; 9(6): 440–445.
3. Ustawa z dn. 27sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 210 poz. 2135 z póź zm., art.5).
4. Strużycka I., Wierzbicka M., Jodkowska E., Rusyan E., Ganowicz E., Fidecki M.: Oral health and the need for prevention and treatment of children aged 6 years In Poland In 2012. Przegl. Epidemiol. 2014, 68, 139–142.
5. Szilagyi PG. Oral health In children: a pediatric health priority. Academic Pediatrics 2009; 9(6): 372–273.
6. Jodkowska E. Publiczny program zapobiegania próchnicy w Polsce u dzieci i młodzieży. Dent Med Probl. 2010; (2): 137–143.
7. Woynarowska B. Zapobieganie próchnicy zębów i chorobom przyzębia. W: Woynarowska B. (red.) Profilaktyka w pediatrii, Wyd. 2. Warszawa, PZWL; 2008.
8. Limanowska-Show H. Proaktyczne aspekty zapobiegania próchnicy zębów. Med Rodzinna. 2003; 5: 43–45.
9. Szponer-Nodzak M., Wohna-Sobańska M. Stomatologia wieku rozwojowego. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 2003: 761, 764–766 787, 789.
10. Jańczuk Z. Stomatologia zachowawcza – zarys kliniczny. Warszawa: Wy. Lek. PZWL; 2006: 194.
11. Szymańska J, Wdowiak L. Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży w dobie transformacji opieki zdrowotnej. Zdr Publ. 2004; 114(2): 127–130.
12. Kwan SYL, Petersen PE, Pine CM, Borutta A.: Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. Bulletin of the World Health Organization 2005; 83(9): 677–684.
13. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach gwarantowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dz. U. nr 166, poz. 1172.
14. Narodowy program Zdrowia, 1996-2005, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1996.
15. Narodowy Program Zdrowia, 2007–2015, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2007.
16. Bromblik A., Wierzbicka M., Szatko F.: Impact of environmental coditions on the incidence and course of dental caries in children. Czas. Stomatol. 2010, 63, 301–309.

17. Staśkiewicz T.: Analysis of the influence of some factors on the intensity of Elary childhood caries. Ann. Acad. Med. Stet. 2012, 58, 2, 36–39.
18. Banaszek D., Szych Z.: The estimation of effectivness of two diffrent prophylaxis programs In kindergartens children. Nowa Stomatol. 2007, 12, 3, 55–60.
19. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010–2012, Warszawa, 30 czerwiec 2010.

Role of health programmes in dental caries prophylaxis in children and adolescents

Dorota Rolińska[1], Anna Krajewska[1], Mirosław J. Jarosz[1]
[1]Institute of Rural Health, Lublin

►**Summary:**
Introduction. Dental caries among Polish children and adolescents, sometimes disregarded by parents or caregivers, has been considered as a serious, complex health problem. Many researchers indicate that the possibility of its inhibition depends, to a great extent, on an active attitude of a patient, which is favoured by mindfulness and knowledge of parents or caregivers, as well as availability of dentists and their engagement [1,5]. Within dental caries prophylaxis, the age group of interest was covered by a number of health programmes aimed at improvement of the situation from the above-presented aspects.
Objective. The objective of the presented study was reconnaissance research concerning health concepts and programmes oriented towards prophylaxis of dental caries among children and adolescents. Analyses were aimed at the recognition of the current tendencies in this area, and indication of the desired directions of further actions.
Results and Conclusions. If we look into the future through the prism of the goals posed by the WHO, we come to the conclusion that dental caries is a diseases possible to eliminate. However, at the moment, this seems to be a distant perspective. For years, developed countries with a high economic level have introduced prophylactic programmes and implemented these programmes with great success. These tendencies may also be observed in Poland, which should be considered an important achievement in recent years. Research analyses performed worldwide, including the European Union, show that attention should be focused on four basic factors, including: 1) reduction of dental caries in small children aged 0–3 year of life; 2) health promotion among pregnant women; 3) change of dietary patterns; 4) fixation of the habit of brushing the teeth from the youngest age. Here, the Dental Home idea plays a crucial role, [2] the essence of which is elimination of barriers in children's and adolescents' access to dental surgeries or health care facilities with dental staff. This is the foundation for the strategy of health protection among children and adolescents, which has a chance to contribute considerably to the improvement of the situation. At the same time, it should be emphasized that in Poland the number of dental specialists in pedodontics still remains unsatisfactory.

►**Keywords:** dental caries prophylaxis, pedodontics, health education among children and adolescents

Prace badawcze

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 2, Rok 2017, s. 19–29

Postawy mieszkańców woj. lubelskiego wobec transplantacji narządów

Ewa Błądkowska[1], Władysław Witczak[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Transplantologia jest działem medycyny zajmującym się przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów z jednego organizmu na inny lub też w obrębie jednego organizmu. Stanowi często jedyną szansę dla pacjentów ze schyłkową niewydolnością narządów, dlatego każdy obywatel Polski powinien mieć świadomość powagi problemu, jakim jest deficyt organów do przeszczepu. Wokół transplantologii krąży wiele mitów, co utrudnia znalezienie potencjalnych dawców, wydłuża czas oczekiwania na narząd i w efekcie nierzadko kończy się śmiercią potencjalnego biorcy.
Cel. Badanie miało na celu przeanalizowanie postawy mieszkańców województwa lubelskiego w sprawie transplantacji narządów.
Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 124 respondentów, w tym 62,1% kobiet i 37,9% mężczyzn. Do przeprowadzenia badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 25 pytań. Badanie przeprowadzono w okresie od listopada do grudnia 2016 roku. Wyniki poddano analizie statystycznej, a uzyskane dane pozwoliły na ustalenie jakie jest stanowisko mieszkańców województwa lubelskiego wobec transplantacji narządów.
Wyniki i wnioski. Analiza statystyczna pozwoliła na wywnioskowanie, iż ponad połowa badanych osób była w stanie wyrazić zgodę na pobranie narządów po śmierci bliskiej osoby. Badani uważali, że dzieci i młodzież powinny być edukowane na temat transplantacji. Jednocześnie płeć różnicowała opinie badanych w zakresie częstości poruszania tematu transplantacji, ale także w zakresie przyczyn odmowy zgody rodziny na pobranie narządów. Kobiety statystycznie częściej poruszały w pracy problem transplantologii, częściej zwracały uwagę na emocje towarzyszące śmierci bliskiej osoby. Wiek nie korelował z opiniami badanych w zakresie transplantacji narządów. Wśród mieszkańców miasta odnotowano wyższy odsetek osób, które wypełniły takie oświadczenie. Miejsce zamieszkania różnicowało postawę badanych w zakresie chęci wypełnienia oświadczenia woli. Stan cywilny korelował z deklaracją zgody na pobranie narządów po śmierci osoby bliskiej. Wśród osób stanu wolnego wykazano najwyższy odsetek badanych, którzy wyraziliby taką zgodę. Wśród badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym odnotowano najniższy odsetek osób, które uważają, że Kościół popiera tę dziedzinę medycyny, wspiera działania zachęcające do oddania narządów. Natomiast wykształcenie oraz stosunek do praktyk religijnych korelowały istotnie statystycznie z wiedzą na temat stanowiska Kościoła w sprawie transplantacji narządów oraz chęcią wypełnienia oświadczenia woli.
►**Słowa kluczowe:** transplantologia narządów, postawy, woj. lubelskie.

Wprowadzenie

Transplantologia jest działem medycyny zajmującym się przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów (w całości lub części) z jednego organizmu na inny

lub też w obrębie jednego organizmu. Wyróżnia się transplantologię eksperymentalną, która zajmuje się mechanizmami odpowiedzialnymi za przyjęcie przeszczepu oraz transplantologię kliniczną. Transplantologia kliniczna obejmuje przeszczepy komórek, tkanek i narządów, ich ochronę oraz rozdzielanie ich pomiędzy ośrodkami transplantacyjnymi, przysposobienie biorcy do zabiegu i jego przyszłą terapię. Transplantacja jest zabiegiem budzącym największe kontrowersje wśród wszystkich zabiegów medycyny klinicznej, pozwala jednakże leczyć nieodwracalną lub schyłkową niewydolność narządów, przez co jej wartość tym bardziej jest nieoceniona [1;2;3;4].

Przeszczepianie tkanek istniało już w starożytności. Dokonano wtedy przeszczepu stopy żołnierzowi, który stracił własną na wojnie. Znany jest także przypadek rekonstrukcji piersi u kobiety, która doznała jej rozległego urazu podczas starcia z żołnierzem rzymskim. Uwieczniony na obrazach został także przeszczep nogi pobranej ze zwłok w roku 280, próbę tę podjęli św. Kosma i św. Damian, którzy to w tej chwili są tytułowani patronami medycyny transplantacyjnej. Również w starożytnych Chinach dokonywano podobnych operacji. W latach 407–310 p.n.e. przeszczepiono serca u dwóch żołnierzy. Za prekursora chirurgii doświadczalnej w XVIII wieku uważany był Hunter, który sądził, iż po odpowiednim przeniesieniu i złączeniu, wszystkie tkanki i narządy są w stanie zaadoptować się.

Nowoczesna transplantologia rozwinęła się w XX wieku. Zainteresowanie transplantologią w tym czasie było duże, co potwierdza fakt, iż w XX wieku z 93 Noblistów w dziedzinie medycyny i fizjologii 11 reprezentowało transplantologię [5].

Nieznajomość obowiązującej w Polsce ustawy na temat transplantacji oraz terminu i kryteriów orzekania śmierci mózgu są niezmiernie istotnymi czynnikami przyczyniającymi się do pogłębiania deficytu organów do przeszczepu. Sprzeciw na pobranie narządów jest bardzo często równoznaczny ze śmiercią sześciu czekających na przeszczep osób [6]. Najważniejszym aktem prawnym, który zawiera reguły dotyczące transplantacji organów w Polsce jest *Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* zwana Ustawą Transplantacyjną (Dz. U. z 2005 r. Nr 1169, poz. 1411).

Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. z późniejszym zmianami pozwala na:

- pobranie materiału od osoby zmarłej, która nie wyraziła na to sprzeciwu za życia,
- pobranie tylko wtedy, gdy komisja złożona z lekarzy specjalistów stwierdzi śmierć mózgu,
- pobranie nerki lub fragmentu wątroby od osoby żyjącej spokrewnionej z biorcą lub też emocjonalnie z nim związanej.
- Jednocześnie handel organami lub ich oddawanie w celach finansowych jest surowo zabronione.

Za organizacje przeszczepów odpowiada w Polsce Centrum Organizacyjno-Koordynajcyjne Do Spraw Transplantacji „Poltransplant" z siedzibą w Warszawie. Instytucja ta prowadzi również Centralny Rejestr Sprzeciwów (CRS), Rejestr

Żywych Dawców Narządów, Krajowy Rejestr Przeszczepień, Centralny Rejestr Niespokrewnionych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej oraz Krajową Listę Oczekujących [7].

Na odmowną decyzję o pobraniu narządów mogą mieć wpływ:

Czynniki kulturowe

Wśród nich wyznawana przez rodzinę religia i światopogląd mają szczególny wpływ, jeśli rodzina nie wie jaka była wola samego zmarłego. Często jednak ludzie nie mają pojęcia jaki stosunek do transplantologii ma ich religia. Faktem jest, że większość z największych religii świata popiera ideę przeszczepów. Oddawanie narządów jest popierane przez Chrześcijaństwo, Buddyzm, Islam, Hinduizm, a nawet Świadków Jehowy (w przypadku Świadków Jehowy, jeśli przeszczep będzie przebiegał bez przetoczenia krwi). Zakazane jest jedynie przez ortodoksyjne odłamy Judaizmu [8;9;10].

Kościół katolicki uznaje życie ludzkie za wartość nadrzędną, dlatego transplantacja narządów jest akceptowana i aprobowana przez Kościół. Powinno to odbywać się jednakże z szacunkiem do ciała. Papież Jan Paweł II potwierdził stanowisko Kościoła w tej sprawie i orzekł, że oddanie narządów po śmierci jest oznaką miłości chrześcijańskiej, dającej życie innym [10; 11].

Podejście personelu medycznego

Lekarze bardzo często mają problem z powiadomieniem rodziny o śmierci, a jeszcze większą trudność przysparza im pytanie o zgodę na pobranie narządów, ponieważ nieudana próba przywrócenia zdrowia i życia jest ich własną porażką, przez co nie są w stanie przekazać rodzinie wystarczającej ilości informacji na temat procedury pobrania. W celu uzyskania zgody przez rodzinę na pobranie materiału od zmarłego, wskazanym jest, aby to osoby przeszkolone w tej dziedzinie zajmowały się rozmową z rodziną, a w sytuacji kiedy nie jest to możliwe, powinno się spełnić kryteria takie jak: okazanie wsparcia i fachowej opieki, odczekanie należytego czasu od chwili zawiadomienia o śmierci; dokładne wyjaśnienie terminu śmierci pnia mózgu; przeprowadzenie rozmowy profesjonalnie i powoli, bez niepotrzebnego pośpiechu, aby można było wyjaśnić ewentualne wątpliwości; wyznaczenie ustronnego miejsca, żeby rodzina mogła czuć się komfortowo[8].

Wiedza medyczna bliskich zmarłego

Duże znaczenie dla decyzji o oddaniu narządów ma wiedza medyczna rodziny, szczególnie wiedza na temat tego czym jest śmierć mózgu oraz jakie są jej konsekwencje dla życia człowieka [12].

Stres i szok związany ze śmiercią bliskiej osoby

Jest to czynnik, który bardzo często oddziałuje na decyzję o oddaniu narządów, ponieważ osoby, które zmarły na skutek śmierci mózgu zazwyczaj odchodzą nagle, bez pożegnania, przez co rodzina doznaje urazu emocjonalnego oraz szo-

ku. W konsekwencji może to wyzwalać mechanizm obronny jakim jest niemożność uświadomienia sobie realności śmierci oraz owocuje to sprzeciwem rodziny na pobranie narządów [8].

Obawy przed naruszeniem jedności ciała

W Polsce, tak jak w innych krajach powszechne są obawy związane z niewłaściwym traktowaniem i okaleczaniem zwłok, jest to spowodowane przede wszystkim czynnikami kulturowymi. Zabieg pobrania narządów utożsamiany jest z okazaniem braku szacunku dla osoby zmarłej. Nienaruszanie integralności cielesnej osoby żyjącej czy też nieżyjącej należy do podstaw, dlatego pobranie narządów, ale także przyjęcie ich we własne ciało nierzadko budzi odrazę i lęk [13].

W życiu człowieka podejmowanych jest niewiele trudniejszych decyzji od tych, które tyczą się oddania własnych narządów lub też najbliższej zmarłej osoby, żeby uratować życie komuś innemu. Są to decyzje wymagające ogromnej odwagi, dlatego pomimo istnienia aktów prawnych oraz wielu osiągnięć w dziedzinie transplantologii, nadal występują opory społeczne, co skutkuje przeważającą liczbą biorców w porównaniu do liczby dawców [14;15]. Z punktu widzenia etyki uszkodzenie ciała człowieka przez lekarza jest dozwolone tylko kiedy ma on na celu ratowanie życia. Pobranie materiału od osoby żyjącej wiąże się z uszkodzeniem organizmu, może nieodwracalnie pogorszyć jego jakość życia, a nawet stanowić realne zagrożenie życia dawcy. Dlatego też decyzja o przekazaniu organu osobie bliskiej musi być przemyślana [16].

Dyskusyjne jest, czy zawsze potencjalny dawca w pełni świadomie podejmuje decyzje o oddaniu narządów, tkanek bądź komórek. Istnieją bowiem wątpliwości czy w danej sytuacji dawca wziął pod uwagę możliwe konsekwencje tej decyzji dla swojego zdrowia, a jest to spowodowane brakiem czasu na analizę wszystkich za i przeciw. Decyzja musi być podjęta natychmiast, ponieważ w innym wypadku będzie za późno na przeszczep [17].

Cel

Badanie miało na celu przeanalizowanie postawy mieszkańców województwa lubelskiego w sprawie transplantacji narządów.

Materiał i metoda

W badaniu wzięło udział 124 respondentów, w tym 62,1% kobiet i 37,9% mężczyzn. Badania były dobrowolne i anonimowe, zostały przeprowadzone w okresie od listopada do grudnia 2016 roku wśród osób w różnym wieku oraz odmiennym wykształceniu, mieszkających na terenie województwa lubelskiego. Średni wiek badanych wyniósł 37,56 (SD=11,98). W grupie badawczej było 23,4% osób w wieku do 25 lat, 36,3% w wieku od 26 do 40 lat oraz 40,3% w wieku powyżej 40

lat. Wykształcenie podstawowe lub zawodowe miało 8,9% badanych, 24,2% miało wykształcenie średnie, zaś wyższe 66,9%. Miasto zamieszkiwało 65,3%badanych, zaś wieś pozostałe 34,7%. Wśród badanych było 31,5% panien/kawalerów, 53,2% stanowiły osoby w związku małżeńskim. Inny stan cywilny wskazało 15,3% badanych. Prawie wszyscy badani byli wyznania rzymsko-katolickiego (5% ateistów). Praktykujący stanowili 57,3% badanych, niepraktykujący 12,9%, zaś okazjonalnie praktykujący 29,8%.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką gromadzenia informacji był kwestionariusz ankiety. Zastosowana w badaniach ankieta składa się z 25 pytań. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Obliczeń statystycznych dokonano przy użyciu oprogramowania IBM SPSS Statistics (wersja 21). Przyjęto poziom istotności równy 0,05. Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami jakościowymi użyto testu niezależności Chi-kwadrat Pearsona (c2).

Wyniki i wnioski

Wśród badanych było 66,1% osób, które uważały, że są skłonne wypełnić tzw. oświadczenie woli, w którym wyraziłyby zgodę na pobranie narządów po śmierci. Oświadczenie nie podpisałoby 25% badanych, zaś 8,9% już wypełniło takie oświadczenie. W grupie kobiet 74% osób uważało, że są skłonne wypełnić tzw. oświadczenie woli, w którym wyraziłyby zgodę na pobranie narządów po śmierci. Oświadczenie nie podpisałoby 18,2% kobiet, zaś 7,8% już wypełniło takie oświadczenie. W grupie mężczyzn 53,2% osób uważało, że są skłonne wypełnić tzw. oświadczenie woli, w którym wyraziłyby zgodę na pobranie narządów po śmierci. Oświadczenie nie podpisałoby 36,2% mężczyzn, zaś 10,6% już wypełniło takie oświadczenie (tabela 1).

Tabela 1. Odsetek badanych pod względem chęci wypełnienia oświadczenia woli.

Czy jest Pan/Pani skłonny wypełnić tzw. oświadczenie woli, w którym wraziłby/wyraziłaby Pan/Pani zgodę na pobranie narządów po śmierci?	**Kobieta**		**Mężczyzna**		**Ogółem**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tak	57	74,0	25	53,2	82	66,1
Nie	14	18,2	17	36,2	31	25,0
Już wypełniłem/am oświadczenie woli	6	7,8	5	10,6	11	8,9
Ogółem	77	100,0	47	100,0	124	100,0
Chi-kwadrat=5,960; p=0,051						

Źródło: Badania własne.

Analiza statystyczna tabeli 2 wskazuje, że wykształcenie oraz stosunek do praktyk religijnych korelują istotnie statystycznie z wiedzą na temat stanowiska Kościoła w sprawie transplantacji narządów. Wśród badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym 9,1% badanych uważało, że Kościół popiera tę dziedzinę medycyny, wspiera działania zachęcające do oddania narządów. Takie zdanie miało 40% badanych z wykształceniem średnim oraz 31,3% z wykształceniem wyższym. Osoby praktykujące częściej (43,3%) udzielały prawidłowej odpowiedzi, aniżeli badani niepraktykujący (18,8%) lub praktykujący okazjonalnie (16,2%).

Tabela 2. Odsetek badanych pod względem wiedzy na temat stanowiska Kościoła w sprawie transplantacji narządów z uwzględnieniem zmiennych społeczno-demograficznych.

Zmienne społeczno-demograficzne	**Czy wie Pan/Pani jakie jest stanowisko Kościoła w sprawie transplantacji narządów?**				**Chi-kwadrat**
	Popiera tę dziedzinę medycyny, wspiera działania zachęcające do oddania narządów	**Jest przeciwny**	**Nie interesuję się zdaniem Kościoła/ nie wiem**	**Ogółem**	
Miasto	28	4	49	81	3,552 p=0,169
	34,6%	4,9%	60,5%	100,0%	
Wieś	11	6	26	43	
	25,6%	14,0%	60,5%	100,0%	
Do 25 lat	10	2	17	29	1,671 p=0,796
	34,5%	6,9%	58,6%	100,0%	
26–40 lat	11	4	30	45	
	24,4%	8,9%	66,7%	100,0%	
Powyżej 40 lat	18	4	28	50	
	36,0%	8,0%	56,0%	100,0%	
Podstawowe/zawodowe	1	4	6	11	14,832 p=0,005
	9,1%	36,4%	54,5%	100,0%	
Średnie	12	1	17	30	
	40,0%	3,3%	56,7%	100,0%	
Wyższe	26	5	52	83	
	31,3%	6,0%	62,7%	100,0%	
Panna (kawaler)	14	4	21	39	3,337 p=0,503
	35,9%	10,3%	53,8%	100,0%	
Mężatka (żonaty)	22	4	40	66	
	33,3%	6,1%	60,6%	100,0%	
Inny	3	2	14	19	
	15,8%	10,5%	73,7%	100,0%	
Praktykujący	30	8	33	71	13,928 p=0,008
	42,3%	11,3%	46,5%	100,0%	
Niepraktykujący	3	1	12	16	
	18,8%	6,3%	75,0%	100,0%	
Okazjonalnie praktykujący	6	1	30	37	
	16,2%	2,7%	81,1%	100,0%	

Źródło: Badania własne.

Wykazano, że stan cywilny koreluje z deklaracją zgody na pobranie narządów po śmierci osoby bliskiej. Wśród osób stanu wolnego (panna, kawaler) taką zgo-

dę wyraziłoby 87,2% badanych, wśród osób w związku małżeńskim ten odsetek wyniósł 60,6%. Z kolei wśród osób innego stanu cywilnego (wdowa/wdowiec, rozwiedziony/rozwiedziona) odsetek był najniższy i wyniósł 52,6% (tabela 3).

Tabela 3. Odsetek badanych pod względem wyrażenia zgody na pobranie narządów po śmierci osoby bliskiej z uwzględnieniem zmiennych społeczno-demograficznych.

Zmienne społeczno-demograficzne	**Czy wyraziłaby/wyraziłby Pan/Pani zgodę na pobranie narządów po śmierci osoby bliskiej?**				**Chi-kwadrat**
	Tak, jeżeli zmarły tak chciał, uszanowałbym/uszanowałabym jego wolę	**Nie**	**Trudno powiedzieć**	**Ogółem**	
Miasto	57	5	19	81	1,327 p=0,515
	70,4%	6,2%	23,5%	100,0%	
Wieś	27	5	11	43	
	62,8%	11,6%	25,6%	100,0%	
Do 25 lat	25	0	4	29	6,704 p=0,152
	86,2%	0,0%	13,8%	100,0%	
26–40 lat	28	5	12	45	
	62,2%	11,1%	26,7%	100,0%	
Powyżej 40 lat	31	5	14	50	
	62,0%	10,0%	28,0%	100,0%	
Podstawowe/zawodowe	6	1	4	11	3,995 p=0,407
	54,5%	9,1%	36,4%	100,0%	
Średnie	17	3	10	30	
	56,7%	10,0%	33,3%	100,0%	
Wyższe	61	6	16	83	
	73,5%	7,2%	19,3%	100,0%	
Panna (kawaler)	34	1	4	39	10,410 p=0,034
	87,2%	2,6%	10,3%	100,0%	
Mężatka (żonaty)	40	7	19	66	
	60,6%	10,6%	28,8%	100,0%	
Inny	10	2	7	19	
	52,6%	10,5%	36,8%	100,0%	
Praktykujący	46	10	15	71	8,465 p=0,076
	64,8%	14,1%	21,1%	100,0%	
Niepraktykujący	12	0	4	16	
	75,0%	0,0%	25,0%	100,0%	
Okazjonalnie praktykujący	26	0	11	37	
	70,3%	0,0%	29,7%	100,0%	

Źródło: Badania własne.

Wykazano, że miejsce zamieszkania i stosunek do praktyk religijnych korelują z chęcią na wypełnienie tzw. oświadczenia woli, w którym wyraża się zgodę na pobranie narządów po śmierci. Wśród mieszkańców miasta odnotowano wyższy odsetek osób, które wypełniły takie oświadczenie (13,6%). Jednocześnie jedna warto zauważyć, że odsetek osób, które są skłonne wypełnić taką zgodę jest zbliżony wśród mieszkańców wsi i miasta. Jeśli chodzi o stosunek do praktyk religijnych chęć wypełnienia oświadczenia woli wśród osób, które praktykują

oraz praktykują okazjonalnie wyniósł kolejno 69% oraz 73%. Wśród niepraktykujących wyniósł 37,5%. Warto jednak odnotować, że wśród niepraktykujących, w porównaniu z praktykującymi, najwyższy był odsetek osób, które już wypełniły oświadczenie woli (tabela 4).

Tabela 4. Odsetek badanych pod względem chęci wypełnienia oświadczenia woli z uwzględnieniem zmiennych społeczno-demograficznych.

Zmienne społeczno-demograficzne	Czy jest Pan/Pani skłonny wypełnić tzw. oświadczenie woli, w którym wraziłby/wyraziłaby Pan/Pani zgodę na pobranie narządów po śmierci?				Chi-kwadrat
	Tak	Nie	Już wypełniłem/am oświadczenie woli	Ogółem	
Miasto	53	17	11	81	7,361 p=0,021
	65,4%	21,0%	13,6%	100,0%	
Wieś	29	14	0	43	
	67,4%	32,6%	0,0%	100,0%	
Do 25 lat	23	4	2	29	5,300 p=0,258
	79,3%	13,8%	6,9%	100,0%	
26–40 lat	25	14	6	45	
	55,6%	31,1%	13,3%	100,0%	
Powyżej 40 lat	34	13	3	50	
	68,0%	26,0%	6,0%	100,0%	
Podstawowe/zawodowe	8	3	0	11	3,246 p=0,518
	72,7%	27,3%	0,0%	100,0%	
Średnie	21	8	1	30	
	70,0%	26,7%	3,3%	100,0%	
Wyższe	53	20	10	83	
	63,9%	24,1%	12,0%	100,0%	
Panna (kawaler)	26	8	5	39	1,778 p=0,777
	66,7%	20,5%	12,8%	100,0%	
Mężatka (żonaty)	44	17	5	66	
	66,7%	25,8%	7,6%	100,0%	
Inny	12	6	1	19	
	63,2%	31,6%	5,3%	100,0%	
Praktykujący	49	19	3	71	11,141 p=0,025
	69,0%	26,8%	4,2%	100,0%	
Niepraktykujący	6	6	4	16	
	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%	
Okazjonalnie praktykujący	27	6	4	37	
	73,0%	16,2%	10,8%	100,0%	

Źródło: Badania własne.

Wnioski

Analiza zebranego materiału badawczego pozwala na wysunięcie następujących wniosków:

1. Ponad połowa badanych osób wyraziłaby zgodę na pobranie narządów po śmierci osoby bliskiej.
2. Wykształcenie oraz stosunek do praktyk religijnych korelują istotnie statystycznie z wiedzą na temat stanowiska Kościoła w sprawie transplantacji

narządów. Wiek nie koreluje z opiniami badanych w zakresie transplantacji narządów.
3. Stan cywilny koreluje z deklaracją zgody na pobranie narządów po śmierci osoby bliskiej.
4. Miejsce zamieszkania i stosunek do praktyk religijnych korelują z chęcią na wypełnienie tzw. oświadczenia woli, w którym wyraża się zgodę na pobranie narządów po śmierci.

Podsumowanie

Transplantologia należy do nauk, wokół których do tej pory krąży wiele mitów, co utrudnia znalezienie potencjalnych dawców, wydłuża czas oczekiwania na narząd i w efekcie nierzadko kończy się śmiercią potencjalnego biorcy. Wiedza Polaków na tematy związane z przeszczepianiem narządów jest nadal niezadowalająca, czego przyczyną jest niewielkie zainteresowanie problemem. Konieczne jest więc jak najszersze uświadamianie społeczeństwa czym tak naprawdę jest ta dziedzina nauki, by liczba dawców mogła stale rosnąć.

Najważniejsze w tej kwestii jest jednak zrozumienie idei transplantologii, ponieważ decyzja o oddaniu narządu nie może zostać podjęta pochopnie, nieważne czy dotyczy to przeszczepiania od dawcy żyjącego czy też zmarłego.

Niezbędne jest, aby każdy wyraził swoje jednoznaczne stanowisko w tej sprawie, podpisał oświadczenie woli lub też powiadomił najbliższą rodzinę, ze względu chociażby na fakt wykorzystywania organów po śmierci. Takie działanie w konsekwencji na pewno zwiększyłoby liczbę dawców.

Piśmiennictwo

1. Foryś Z., Dębska G., Celina K., Transplantologia wczoraj i dziś, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2014.
2. Kołodyński P., Drab P., Prawne regulacje pobierania i transplantacji narządów oraz tkanek w ujęciu europejskiej konwencji bioetycznej. Przegląd Europejski, 2016, 1 (39): 52–65.
3. Braun F., Teren K., Wilms P. i wsp., Quality of life after liver transplantation. Transplant Proc, 2009, 41(6): 2564–2566.
4. Łaba M., Pszenny A., Gutowska D. i wsp., Quality of life after liver transplantation-preliminary report. Ann Transplant, 2008, 13(4): 67–71.
5. Szostek M., Postępy w transplantologii w Polsce, Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa, Siedlce 2009.
6. Wojciechowski P., Szpringer M., Bariery społeczne w transplantologii w opinii młodych Polaków. Studia Medyczne, 2012, 27 (3): 45–52.

7. Ustawa z dnia 01.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411).
8. Jurek J., Chwal M., Janusz B., Barbaro B., Pobranie narządów po śmierci: psychologiczna sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów. Psychoterapia, 2011, 4, (159): 51–64.
9. Thomas S.L., Milnes S., Komesaroff P.A., Understanding organ donation in the collaborative era: a qualitive study of staff and family experiences. Intern. Med. J., 2009, 39: 588–594.
10. Kniaź G., Biblioteka Wiedzy o Transplantacji. Kościół a transplantacja, Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie" 2005.
11. Szumowski M., Usłyszeć Krzyk Życia! Etyczne aspekty medycyny, Oficyna Wydawniczo-poligraficzna „Adam", Warszawa 2009.
12. Olejniczak E., Kukieła B., Medialny obraz transplantacji ex mortuo a przepisy prawa. Folia Linguistica, 2012, 46: 86–102.
13. Czerwiński J., Małkowski P., Pielęgniarstwo Transplantacyjne, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2014.
14. Sielicka E., Edukacja poza granicami – transplantologia. Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja, 2015, 4 (72): 83–94.
15. Antos E., Zelman M., Kulturowe i religijne uwarunkowania prze-szczepiania narządów w Polsce i na świecie. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue, 2012, 1: 7–13.
16. Azaar S.A., Nakhjavi M.R., Tarzamni M.K. i wsp., Is living Kidney donation really safe? Transplant Proc, 2007, 39: 822–823.
17. Zienkiewicz K. Aspekty etyczno-prawne przeszczepiania wątroby od dawców żywych. Przeszczepianie wątroby od żywego dawcy. Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2008.

Attitudes of inhabitants of the Lublin Region towards organ transplantation

Ewa Błądkowska[1], Władysław Witczak[1]

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

► **S u m m a r y :**

Introduction. Transplantology is the branch of medicine dealing with the transplantation of cells, tissues and organs from one organism to another, or within one organism. This is frequently the only chance for patients with end-stage organ failure; therefore, each Polish citizen should be aware of the importance of the problem which is the deficit of organs for transplantation. There are many myths about transplantology which hinders finding potential donors, prolongs the time of awaiting an organ, and in effect, frequently ends with death of the potential recipient.

Objective. The objective of the study was analysis of attitudes of inhabitants of the Lublin Region towards the transplantation of organs.

Materials and Method. The study covered 124 respondents, 37.9% of males and 62.1% of females, conducted using an author-constructed questionnaire containing 25 items. The investigations were carried out during the period November – December 2016. The results were statistically analyzed, and the data obtained allowed the recognition of attitudes of inhabitants of the Lublin Region towards the transplantation of organs.

Results and Conclusions. Statistical analysis allowed the presumption that more than a half of respondents were able to express their consent for the donation of organs after the death of a close person. The respondents considered that children and adolescents should be educated concerning transplantation. At the same time, the respondents' opinions about the frequency of undertaking the problem of transplantation and the causes of refusal by the family to donate organs differed according to gender. Women significantly more frequently undertook at work the problem of transplantology, and more often paid attention to the emotions accompanying the death of a close person. Age did not correlate with the respondents' opinions with respect to the transplantation of organs. Among urban inhabitants, the percentage of those who completed such a statement was higher. The respondents' attitudes towards the willingness to complete the declaration of intent differed according to the place of residence. Marital status correlated with the declaration of consent to donate after the death of a close person. The percentage of respondents who would express such consent was higher among those who were single. The lowest percentage of respondents who considered that the Church approves this branch of medicine, and supports actions encouraging the donation of organs, was observed among those who possessed primary or vocational education. In turn, education level and attitude towards religious practices statistically significantly correlated with knowledge concerning the position of the Church with regard to transplantation of organs, and willingness to complete the declaration of intent.

► **K e y w o r d s :** ommended Key words: transplantology of organs, attitudes, Lublin Region

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 2, Rok 2017, s. 31–44

Zrozumienie zagrożenia HIV/AIDS wśród młodzieży Gimnazjalnej

Dorota Banaczek[1], Mirosław J. Jarosz[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**S t r e s z c z e n i e :**
Wprowadzenie. Zakażenie HIV jest wciąż realnym zagrożeniem. Nie ma skutecznego lekarstwa, które mogłoby całkowicie usunąć wirusa z organizmu, nie ma szczepionki przeciw HIV, a AIDS jest nadal chorobą nieuleczalną. Problemem wśród Polaków pozostaje brak odniesienia ryzyka zakażeniem HIV do własnej osoby. Na zakażenie narażony jest każdy, bez względu na wiek. Istotne jest zrozumienie zagrożenia zakażeniem HIV. Aby tak się stało, nieodzownym warunkiem jest posiadanie wyczerpującej i rzetelnej wiedzy w tym zakresie.
Cel. Ocena umiejętności młodzieży do analitycznego i obiektywnego odniesienia się do realnego zagrożenia HIV/AIDS oraz ustalenie poziomu wiedzy młodzieży gimnazjalnej z klas I-III na temat problematyki HIV i AIDS przed przeprowadzeniem edukacji i po edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę medycyny szkolnej w zakresie HIV/AIDS.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w maju 2016 r., przed edukacją zdrowotną, jak i po edukacji wzięło udział 126 uczniów z wszystkich klas gimnazjalnych, w wieku od 14 do 17 roku życia. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankiety.
Wyniki i wnioski. Badanie wykazało, że wiedza uczniów w zakresie HIV/AIDS jest znacznie wyższa po edukacji zdrowotnej. 85% młodzieży gimnazjalnej wiedziało, że do zakażenia HIV może dojść podczas różnych sytuacji, potwierdzając ryzyko zakażenia poprzez stosunki seksualne, bezpośredni kontakt z krwią, a także przez zabiegi wykonywane niesterylnym sprzętem oraz poprzez drogę wertykalną. 94% badanych wykazało się wiedzą, że użycie substancji psychoaktywnych zmieniających świadomość, takich jak alkohol czy środki odurzające może przyczynić się do podejmowania lekkomyślnych zachowań, potęgując ryzyko zakażenia HIV. 95% ankietowanych miało świadomość, że kontakty seksualne z przygodnymi partnerami i uprawianie seksu bez zabezpieczenia może spowodować zakażenie HIV, 81% badanych uczniów wiedziało, że poprzez stosowanie prezerwatywy zmniejsza się ryzyko zakażenia HIV.
Wnioski. 1. Gimnazjaliści posiadają przeciętny poziom zrozumienia realnego zagrożenia HIV/AIDS, niemniej jednak są przygotowani do zastosowania posiadanej wiedzy w rzeczywistej sytuacji, a także umieją obiektywnie odnieść się do wielu zagadnień dotyczących zagrożeń HIV/AIDS. 2. Zakres wiedzy odnoszący się do zagrożeń HIV/AIDS w znaczącym stopniu różnicuje stan zrozumienia tych zagrożeń przez gimnazjalistów. Występuje duża rozbieżność pomiędzy wysokim poziomem wiedzy o HIV i AIDS, a małym odsetkiem przekonań i zachowań pozwalających uniknąć zakażenia HIV. 3. Młodzież gimnazjalna wykazała się dobrą znajomością zasad uchronienia się przed zakażeniem HIV oraz czynników potęgujących ryzyko jego przeniesienia. Badani potrafią w średnim procencie zastosować zdobytą wiedzę o profilaktyce HIV w faktycznej sytuacji zagrożenia. 4. Wśród młodzieży gimnazjalnej wiedza na temat zakażenia HIV jest obarczona wieloma stereotypami, w związku z tym młodzież wymaga stałej edukacji w kierunku profilaktyki HIV/AIDS.
►**S ł o w a k l u c z o w e :** zrozumienie zagrożenia, zakażenie, HIV, AIDS, młodzież gimnazjalna, wiedza, edukacja, profilaktyka

Wprowadzenie

W dniach 8–10 czerwca 2016 r. odbyło się posiedzenie Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku, którego tematem przewodnim było zakończenie epidemii AIDS do 2030 roku *(2016 High-level Meeting on Ending AIDS).* W pierwszym dniu obrad przyjęto Deklarację Polityczną *On the Fast-Track to End AIDS in the age of Sustainable Development* (szybka ścieżka zakończenia AIDS). Deklaracja ta, jest pierwszym i najważniejszym krokiem do zakończenia epidemii AIDS do 2030 r. Wariant szybkiej ścieżki zakłada, że do 2020 roku, 90% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, spośród zdiagnozowanych 90% zostanie objętych leczeniem antyretrowirusowym (ARV), zaś u 90% leczonych nastąpi efekt terapeutyczny w postaci supresji wirusa. Zdaniem Dyrektora Wykonawczego UNAIDS Michaela Sidibé ważne jest zapewnienie życia w zdrowiu i promocja dobrostanu wśród wszystkich osób, niezależnie od wieku, włączając w to osoby żyjące z HIV oraz populacje o zwiększonym ryzyku zakażenia HIV, to kluczowe elementy zrównoważonego rozwoju państw i ich społeczeństw[1].

Dnia 24 listopada 2015 roku, z okazji Światowego Dnia AIDS 2015, Wspólny Program Narodów Zjednoczonych Zwalczania HIV i AIDS (UNAIDS), opublikował raport prezentujący najnowsze dane dotyczące sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS na świecie.

Światowe dane statystyczne

Na świecie żyje 36.9 mln [34.3–41.4 raport] osób HIV+ (dane na koniec roku 2014). Zdiagnozowano 2 mln [1.9–2.2 raport] nowych zakażeń HIV (dane na koniec roku 2014). 1.5 mln [1.4–1.7 raport] osób zmarło z powodu AIDS (dane na koniec roku 2014). 15.8 mln osób ma dostęp do terapii antyretrowirusowej (dane na czerwiec 2015).

Osoby zakażone HIV mające dostęp do terapii antyretrowirusowej

W czerwcu 2015, 15.8 mln osób zakażonych HIV korzystało z terapii ARV (w czerwcu 2014 było ich 13.6 mln). 41% [38%–46%] wszystkich zakażonych dorosłych miało dostęp do terapii w roku 2014 (w roku 2010 było ich 23% [21%–24%]). 32% [30%–34%] wszystkich zakażonych dzieci miało dostęp do terapii ARV w roku 2014 (w roku 2010 było ich 14% [13%–15%]). 73% [68%–79%] wszystkich zakażonych kobiet ciężarnych miało dostęp do leków ARV, zapobiegających przeniesieniu zakażenia na dziecko (rok 2014). Na przestrzeni lat 2000–2014, liczba nowych zakażeń HIV wśród dzieci spadła o 58%.

Osoby żyjące z HIV

W roku 2014 na świecie żyło 36.9 mln [34.3 – 41.4 raport] osób zakażonych HIV. Od początku epidemii około 78 milionów osób zostało zakażonych HIV, a 39 milionów zmarło z powodu AIDS.

Nowe przypadki zakażeń HIV

Od roku 2001 liczba nowych zakażeń HIV spadła o 38%. W roku 2014 na całym świecie HIV zakaziły się 2 mln osób [1.9 – 2.2 raport] (w roku 2001 było ich 3.1 mln [3.0 – 3.3 raport]). Od roku 2001 liczba nowych zakażeń HIV wśród dzieci spadła o 58%. W roku 2014 na całym świecie HIV zakaziło się 220 000 dzieci [190 000–260 000] (w roku 2001 było ich 520 000 [470 000–580 000]).

Zgony z powodu AIDS

Od najgorszego w statystykach roku 2005 liczba zgonów z powodu AIDS spadła o 42%. W roku 2014 z powodu AIDS na świecie zmarło 1.5 mln osób [1.4 – 1.7 raport] (w roku 2005 było ich 2,4 mln [2.2 – 2.6 raport].

HIV/gruźlica

Liczba zgonów osób zakażonych HIV i chorych na gruźlicę spadła o 33% w porównaniu do roku 2004. Gruźlica pozostaje główną przyczyną zgonów osób zakażonych HIV (jedna na pięć osób HIV+ umiera z tej przyczyny). W roku 2013 procent pacjentów seropozytywnych chorych na gruźlicę, którzy rozpoczęli lub kontynuowali terapię ARV osiągnął poziom 70% (w roku 2012 wynosił on 60%)[2]. Ocenia się, że zaledwie 40% seropozytywnych osób wie o swoim zakażeniu. Mimo, że odsetek osób żyjących z HIV jest od 2001 roku stabilny, ogólna liczba osób zakażonych HIV stale wzrasta. Wynika to z faktu, że dzięki leczeniu antyretrowirusowemu (ARV), ich życie wydłuża się, a liczba nowych zakażeń przewyższa liczbę zgonów z powodu AIDS[3]. Zakażenia HIV wciąż stanowią duże wyzwanie dla zdrowia publicznego w Europie. W 2013 roku, w 51 z 53 państw wchodzących w skład Regionu Europejskiego WHO, zanotowano łącznie 136 235 nowych zakażeń HIV, które zgłoszono do Biura Regionalnego dla Europy ECDC/WHO (European Centre for Disease Prewention snd Control – Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób/World Health Organisation – Światowa Organizacja Zdrowia), 29 157 było z UE i Europejskiej Strefy Ekonomicznej European Union/European Economic Area – EU/EEA), a 79 728 zakażeń było zgłoszonych w Federalnej Agencji Statystycznej Federacji Rosyjskiej[4].

Różnorodność epidemiologiczną zakażeń HIV obserwuje się we wszystkich krajach. Główną drogą zakażenia HIV w Regionie Europejskim WHO są kontakty heteroseksualne, (53%) zakażeń HIV, w przypadku Państw Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EU/EEA) do zakażeń dochodzi najczęściej wśród mężczyzn mających seks z mężczyznami (37%), zaś w przypadku Europy Wschodniej w populacji osób stosujących narkotyki w iniekcjach. Jednocześnie w 2013 roku w 49 państwach Regionu Europejskiego WHO, zdiagnozowano 15789 przypadków AIDS[3]. Duża liczba osób HIV – pozytywnych w Unii Europejskiej nadal jest nieświadomych swego zakażenia. Z kolei w Europie Wschodniej (w Rosji, na Ukrainie, w Państwach Bałtyckich), obserwuje się lawinowy wzrost zakażeń HIV i umieralność na AIDS. To jedyny region na świecie,

gdzie prewalencja HIV wyraźnie rośnie, w latach 2001–2008 liczba zakażeń wzrosła o 66%, a dostęp do terapii antyretrowirusowej ma zaledwie 19% osób. Sytuacja w tych państwach przybrała niepokojące rozmiary, zbliżone swoją wielkością do rozmiarów epidemii w Afryce. W Afryce Subsaharyjskiej mieszka aż 67% wszystkich osób żyjących z HIV[3].

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, od wdrożenia nadzoru epidemiologicznego nad HIV/AIDS, w Polsce od 1985 roku do 30.VI.2016 r. zarejestrowano ogółem zakażeń HIV u 20 529 osób, 3 383 zachorowań na AIDS oraz 1 343 zgonów osób chorych na AIDS [2]. Od 2000 roku odnotowuje się w naszym kraju istotny wzrost częstości wykrywania HIV. Mimo ciągłych, prowadzonych konsekwentnie i na szeroką skalę kampanii informacyjno-edukacyjnych mamy do czynienia z postępującym wzrostem liczby nowych zakażeń HIV w Polsce. Statystycznie każdego dnia w naszym kraju trzy osoby dowiadują się o fakcie zakażenia HIV. W Polsce co czwarta osoba zakażona HIV to kobieta. Na świecie kobiety stanowią ponad połowę osób żyjących z HIV i odsetek ten stale rośnie [5].

Dane statystyczne w Polsce

Poniższe dane dotyczą przypadków rozpoznanych w 2015 r. (stan na dzień 31.12.2015 r.).

1055 – liczba nowych zakażeń HIV, w tym liczba: mężczyzn – 896, kobiet – 145, brak danych – 14. 94 – liczba zachorowań na AIDS, w tym liczba: mężczyzn – 66, kobiet – 28.

32 – liczba zgonów osób chorych na AIDS, w tym liczba: mężczyzn – 24, kobiet – 8.

W 2015 r., według Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP PZH), podobnie jak w latach poprzednich, wśród nowo zakażonych zdecydowanie dominowali mężczyźni (nieco powyżej 85%), natomiast udział kobiet był mniejszy i wynosił około 14%, a 1%, to brak danych. Osoby, wśród których rozpoznano zakażenie HIV w 2015 r., to przede wszystkim osoby bardzo młode i młode (w przedziale wieku 20–29 oraz 30–39), z danych NIZP PZH. Z danych otrzymanych z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wynika, że w 2015 r. w 221 przypadkach prawdopodobną drogą transmisji HIV były kontakty seksualne między mężczyznami (MSM), co stanowi 21% wszystkich zgłoszonych przypadków. W 69 przypadkach zakażenia HIV (stanowiących prawie 7% zakażeń) jako prawdopodobną drogę zakażenia wskazano ryzykowne kontakty heteroseksualne, natomiast w 36 przypadkach – stosowanie środków odurzających w iniekcjach (IDU); stanowi to 3%. Brak danych w zakresie prawdopodobnej drogi zakażenia dotyczy 726 przypadków (69% zgłoszeń)[2]. Krajowe Centrum ds. AIDS w swoich działaniach opiera się m.in. na danych epidemiologicznych dotyczących HIV/AIDS otrzymywanych z punktów konsultacyjno-diagnostycznych (Centrum finansuje działalność PKD wykonujących anonimowo i bezpłatnie badania w kierunku HIV, połączone

z poradnictwem około testowym). Testy w kierunku HIV w PKD zdecydowanie częściej wykonywały osoby w przedziale wiekowym 20–29 lat (49%), następnie w przedziale 30–39 lat (33%) i częściej mężczyźni niż kobiety (60% mężczyźni, 40% kobiety). W 2015 r. najczęściej zakażenia HIV wykrywano wśród osób podejmujących ryzykowne kontakty seksualne, w tym homoseksualne (58%), heteroseksualne (25%) oraz kontakty biseksualne (11%)[6]. Co roku przeprowadzana jest analiza statystyczna ankiet wypełnianych w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, zarówno przez doradców, jak i klientów. Według Raportu z analiz ankiet wypełnionych w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych w roku 2015 w celu wykonania testu częściej zgłaszali się mężczyźni, jako powód zgłoszenia podawali chęć poznania swojego statusu serologicznego oraz ryzykowne kontakty seksualne bez zabezpieczenia [7]. Liczba rozpoznanych zakażeń HIV jest pochodną liczby przeprowadzonych testów diagnostycznych, których w Polsce wykonuje się bardzo mało. Szacuje się, że w Polsce około 60% osób zakażonych HIV nie jest świadomych swego zakażenia i nie są oni ujmowani w statystyce. Problemem wśród Polaków pozostaje brak odniesienia ryzyka zakażeniem HIV do własnej osoby, a także zbyt mała świadomość konieczności poznania własnego statusu serologicznego – wykonanie testu w kierunku HIV[3].

Terapia ARV ma decydujący wpływ na poprawę jakości życia osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Zapewnienie dostępu do leczenia stabilizuje liczbę zachorowań na AIDS i zauważalny spadek śmiertelności z powodu AIDS. Jednocześnie wydłuża się okres przeżycia pacjentów seropozytywnych i chorych na AIDS (nawet do czasu naturalnej śmierci), co pomimo choroby pozwala funkcjonować w społeczeństwie. Obecnie, ze wszystkich zachorowań na AIDS – 32,8% odnotowuje się wśród osób przyjmujących narkotyki drogą dożylną. W latach 90-tych XX wieku grupa ta stanowiła aż 70% osób HIV+. Na dzień 31.VII.2016 r. terapią ARV, w Polsce, objętych było ok. 9149 pacjentów, w tym 113 dzieci. Leczenie jest prowadzone i finansowane w ramach programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce na lata 2012–2016"[2].

Młodzież jest szczególną grupą, narażoną na zakażenia HIV oraz inne choroby przenoszone drogą płciową (pierwsze kontakty seksualne, eksperymenty z używaniem substancji psychoaktywnych). Około 50% nowych zakażeń HIV na świecie jest wśród młodych ludzi – między 15–29 r. ż. W związku z tym istnieje potrzeba edukacji młodzieży gimnazjalnej w zakresie HIV/AIDS w ramach promocji zdrowia[8;9;10].

Cel

Ocena umiejętności młodzieży do analitycznego i obiektywnego odniesienia się do realnego zagrożenia HIV/AIDS oraz ustalenie poziomu wiedzy młodzieży gimnazjalnej z klas I-III na temat problematyki HIV i AIDS przed przeprowadze-

niem edukacji i po edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę medycyny szkolnej w zakresie HIV/AIDS.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w maju 2016 r. w Zespole Szkół Nr 1 z Oddziałami Integracyjnymi w Zamościu, w Gimnazjum Nr 7 z Oddziałami Integracyjnymi imienia Polskich Noblistów w Zamościu. W badaniu przed edukacją zdrowotną na temat HIV/AIDS prowadzoną przez pielęgniarkę medycyny szkolnej, jak i po edukacji zdrowotnej wzięło udział 126 uczniów, co stanowiło 60% łącznej liczby uczniów szkoły. Byli to uczniowie klas I-III, w wieku od 14 do 17 roku życia.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, za technikę badań przyjęto ankietę i jako narzędzie badawcze posłużył autorski kwestionariusz ankiety.

Aby ocenić zrozumienie zagrożenia HIV/AIDS wśród młodzieży gimnazjalnej, dokonano analizy ankiet wypełnionych przez uczniów. Badani wypełnili taką samą ankietę przed edukacją zdrowotną (*ankieta wstępna*) i tydzień po edukacji (*ankieta końcowa*).

Wyniki badań przedstawiono za pomocą statystyk opisowych – tabel. Zestawienia otrzymanych wyników przeprowadzonych badań przed i po edukacji zdrowotnej przedstawiono w tabelach jako dane liczbowe i procentowe, a analizę porównawczą wyników przedstawiono poprzez wykresy jako dane procentowe według klucza: odpowiedzi *poprawne, błędne, nie wiem.* Zastosowano również weryfikację statystyczną opisanych zależności poprzez test niezależności chi-kwadrat Pearsona. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki i wnioski

Przed edukacją zdrowotną jako źródła informacji na temat HIV/AIDS ankietowani najczęściej podawali: 57% – szkoła/edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę szkolną, 57% – Internet, 40% – telewizja. Po edukacji zdrowotnej jako źródło wiedzy w zakresie HIV/AIDS gimnazjaliści w 94% wskazali szkołę/edukację prowadzoną przez pielęgniarkę szkolną, 58% – Internet, a 38% – telewizję. Warto zaznaczyć, że udział szkoły w zakresie edukacji dotyczącej tej problematyki znacznie się zwiększył (Tabela 1)

Tabela 1. Skąd czerpiesz wiedzę na temat HIV i AIDS?

Odpowiedzi	Przed edukacją zdrowotną		Po edukacji zdrowotnej	
	Liczba	%	Liczba	%
Rodzice, osoby najbliższe	31	25	37	29
Koleżanki/koledzy	16	12	14	11
Szkoła / edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę szkolną	72	57	118	94

Czasopisma młodzieżowe	12	10	10	8
Telewizja	51	40	48	38
Internet	72	57	73	58
Książki	13	10	9	7
Inne	23	18	25	20

Źródło: Obliczenia własne.

W poniższej tabeli 2 można zaobserwować, że badani najczęściej zaznaczali Rosję przed i po edukacji zdrowotnej. Przedstawiono dane procentowe, gdzie 42% ankietowanych zaznaczyło poprawne odpowiedzi przed edukacją zdrowotną, a po edukacji 66% młodzieży wykazało się wiedzą, że za naszą wschodnią granicą HIV rozprzestrzenia się najszybciej na świecie. Zaobserwowana zależność okazała się istotna statystycznie.

Tabela 2. W których państwach występuje znaczny wzrost zakażeń HIV?

Odpowiedzi	**Przed edukacją zdrowotną**		**Po edukacji zdrowotnej**	
	Liczba	**%**	**Liczba**	**%**
Niemcy	29	23	33	26
Rosja	68	54	87	69
Czechy	18	14	17	13
Wielka Brytania	28	22	37	29
Ukraina	37	29	78	62
Szwecja	10	8	0	0

Chi kwadrat = 21,86416; $p < 0{,}000003$
Legenda: Wynik nie sumuje się do liczby badanych i do 100%, ponieważ jest to pytanie wielokrotnego wyboru. za poprawne odpowiedzi przyjęto: Rosja, Ukraina.
Źródło: Obliczenia własne.

Przed edukacją zdrowotną 72% badanych wykazało się wiedzą, że do nowych zakażeń HIV dochodzi najczęściej w wieku 20–29 lat. Po edukacji 80% ankietowanych zaznaczyło poprawną odpowiedź. Zaobserwowana zależność okazała się istotna statystycznie (Tabela 3)

Tabela 3. W jakim wieku najczęściej dochodzi do zakażeń HIV?

Odpowiedzi	**Przed edukacją zdrowotną**		**Po edukacji zdrowotnej**	
	Liczba	**%**	**Liczba**	**%**
Poniżej 20 roku życia	22	17	9	7
Między 20 a 29 r. ż.	90	72	101	80
Między 30 a 39 r. ż.	13	10	14	11
Między 40 a 50 r. ż.	1	1	2	2
Ogółem	126	100	126	100

Chi kwadrat = 6,038020; $p < 0{,}014002$
Źródło: Obliczenia własne.

Przed edukacją zdrowotną 63% badanych uczniów miało świadomość, że wirus mnoży się i niszczy układ odpornościowy zakażonej osoby, który po pewnym czasie przestaje chronić organizm przed chorobami. Po edukacji taką wiedzę posiadało 82% ankietowanych. Zaobserwowana zależność okazała się istotna statystycznie (Tabela 4).

Tabela 4. Czy HIV osłabia układ odpornościowy człowieka

Odpowiedzi	Przed edukacją zdrowotną		Po edukacji zdrowotnej	
	Liczba	%	Liczba	%
Tak	79	63	103	82
Nie	12	10	9	7
Nie wiem	35	27	14	11
Ogółem	126	100	126	100

Chi kwadrat = 30,63571; $p < 0,000000$

Źródło: Obliczenia własne.

Przed edukacją zdrowotną – badana młodzież była zdania, że HIV można zakazić się poprzez stosunki homoseksualne – (59%) oraz heteroseksualne – (82% badanych). Bezpośredni kontakt z krwią zakażonych osób zaznaczyło stosunkowo niewielu uczniów (67%), porównywalnie zaznaczono wertykalną drogę zakażenia HIV (68%). Gimnazjaliści wykazali się mierną wiedzą odnośnie ryzyka zakażenia poprzez zabiegi wykonywane niesterylnym sprzętem (32%). Zdaniem niektórych respondentów (6%) ryzykowne mogą być kontakty z zakażonymi HIV. Zaznaczono również odpowiedzi, że do zakażenia HIV może dojść drogą kropelkową – (8% badanych), a także poprzez ugryzienie komarów i innych owadów – (13%). Ankietowani wykazali się średnią znajomością podstawowych zasad uniknięcia zakażenia oraz czynników zwiększających ryzyko jego przeniesienia. Przed edukacją zdrowotną 56% badanych zaznaczyło poprawne odpowiedzi, a po edukacji zdecydowana większość badanych odpowiedziała poprawnie – 85% ankietowanych. Zaobserwowana zależność okazała się istotna statystycznie (Tabela 5).

Tabela 5. Zaznacz, kiedy istnieje ryzyko zakażenia się HIV.

Odpowiedzi	Przed edukacją zdrowotną		Po edukacji zdrowotnej	
	Liczba	%	Liczba	%
Przez codzienne kontakty w domu, w szkole, w pracy, w autobusie	7	6	1	1
Kontakty heteroseksualne	103	82	126	100
Ugryzienie komarów i innych owadów	16	13	1	1
Kontakty homoseksualne	74	59	117	93
Poprzez kaszel, kichanie, katar, łzy	10	8	0	0
Przez używanie wspólnych szczoteczek do zębów, przyborów do wycinania skórek oraz przyborów do golenia	36	29	93	74
Dotykanie zakażonej osoby, podawanie jej ręki lub pocałunek	19	15	9	7

Odpowiedzi	Przed edukacją zdrowotną		Po edukacji zdrowotnej	
	Liczba	%	Liczba	%
Przez zabiegi wykonane niesterylnym sprzętem, nie tylko medyczne, ale i kosmetyczne, takie jak piercing, czy zrobienie tatuażu	40	32	78	62
Używanie wspólnych naczyń, sztućców	13	10	0	0
Bezpośredni kontakt z krwią zakażonych osób	84	67	126	100
Zakażona HIV matka może zakazić swoje dziecko w czasie ciąży, porodu lub podczas karmienia piersią	86	68	102	81
Korzystanie z publicznej toalety, basenu, sauny	4	3	0	0

Chi kwadrat = 380,5238; p < 0,000000
Legenda: Wynik nie sumuje się do liczby badanych i do 100%, ponieważ jest to pytanie wielokrotnego wyboru.
Źródło: Obliczenia własne.

Przed edukacją zdrowotną badani uczniowie wykazali się dosyć skąpą wiedzą na temat roli prezerwatywy w profilaktyce HIV – 58% ogółu badanych zaznaczyło odpowiedź: prezerwatywa jest środkiem zmniejszającym ryzyko zakażenia HIV. Po edukacji znacząco wzrosła liczba osób zakreślających poprawną odpowiedź – 81% badanych uczniów uważało, że poprzez stosowanie prezerwatywy zmniejsza się ryzyko zakażenia HIV, jednak spory procent było też odpowiedzi błędnych i nie wiem. Zaobserwowana zależność okazała się istotna statystycznie (Tabela 6).

Tabela 6. Czy prezerwatywa jest skuteczna w zapobieganiu zakażenia HIV?

Odpowiedzi	Przed edukacją zdrowotną		Po edukacji zdrowotnej	
	Liczba	%	Liczba	%
Jest środkiem w 100% chroniącym przed zakażeniem HIV	10	8	5	4
W żadnym stopniu nie chroni przed zakażeniem HIV	20	16	10	8
Prezerwatywa jest środkiem zmniejszającym ryzyko zakażenia HIV	73	58	102	81
Nie wiem	23	18	9	7
Ogółem	126	100	126	100

Chi kwadrat = 43,28676; p < 0,000000
Źródło: Obliczenia własne.

Czy od momentu, gdy ktoś zakazi się HIV, może do końca życia zakażać innych? Przed edukacją zdrowotną 68% ankietowanych znało prawidłową odpowiedź, zaś 10% uczniów miało odmienne zdanie, a 22% nie miało wiedzy na ten temat. Natomiast po edukacji_zdecydowany procent badanych – (86%) wykazał się wiedzą, że obecnie nie jest możliwe wyleczenie HIV, ponieważ leki antyretrowirusowe nie są w stanie usunąć wirusa z organizmu osoby zakażonej. Zaobserwowana zależność okazała się istotna statystycznie (Tabela 7).

Tabela 7. Czy od momentu, gdy ktoś zakazi się HIV, może do końca życia zakażać innych?

Odpowiedzi	Przed edukacją zdrowotną		Po edukacji zdrowotnej	
	Liczba	%	Liczba	%
Tak	86	68	109	86
Nie	12	10	7	6
Nie wiem	28	22	10	8
Ogółem	126	100	126	100

Chi kwadrat = 35,97086; p < 0,000000

Źródło: Obliczenia własne.

Przed edukacją zdrowotną – 92% ankietowanych zaznaczyło poprawną odpowiedź, a po edukacji – 98% uczniów wszystkich klas gimnazjum odpowiedziało poprawnie. że wykonanie testu na HIV jest jedyną drogą do poznania statusu serologicznego i zmniejszenia ryzyka rozprzestrzeniania się zakażeń. Zaobserwowana zależność okazała się istotna statystycznie (Tabela 8).

Tabela 8. Czy istnieje możliwość zbadania, czy człowiek jest zakażony HIV?

Odpowiedzi	Przed edukacją zdrowotną		Po edukacji zdrowotnej	
	Liczba	%	Liczba	%
Tak	116	92	124	98
Nie	5	4	1	1
Nie wiem	5	4	1	1
Ogółem	126	100	126	100

Chi kwadrat = 32,51613; p < 0,000000

Źródło: Obliczenia własne.

Duże problemy wszystkim badanym sprawiło pytanie czy istnieje szczepionka przeciwko HIV i AIDS? Przed edukacją zdrowotną, jedynie 44% ankietowanych wiedziało, że nie ma szczepionki chroniącej przed HIV. Po edukacji tylko 71% badanych uczniów odpowiedziało poprawnie. Zaobserwowana zależność okazała się istotna statystycznie (Tabela 9).

Tabela 9. Czy istnieje szczepionka przeciwko HIV i AIDS?

Odpowiedzi	Przed edukacją zdrowotną		Po edukacji zdrowotnej	
	Liczba	%	Liczba	%
Tak, ale tylko przeciw HIV	14	11	13	10
Tak, ale tylko przeciw AIDS	11	9	7	6
Tak, istnieje	46	36	16	13
Nie ma takiej szczepionki	55	44	90	71
Ogółem	126	100	126	100

Chi kwadrat = 47,63889; p < 0,000000

Źródło: Obliczenia własne.

Przed edukacją zdrowotną 23% gimnazjalistów uważało, że problem HIV ich nie dotyczy, 12% ankietowanych odpowiedziało, że wiedzą co to jest HIV, ale nie potrafią chronić się przed zakażeniem wirusem. 40% badanych nie było pewnych swej wiedzy na temat HIV, natomiast 25% respondentów wiedziało, jak przed nim się chronić. Po edukacji zdrowotnej tylko 49% gimnazjalistów uznało, że posiada wiedzę na temat HIV i wie jak przed nim się chronić. Zmniejszył się procent badanych (25%), którzy nie byli pewni swej wiedzy.

Niestety 16% badanej młodzieży uważa, że problem HIV ich nie dotyczy. Świadczy to o tym, że młodzi ludzie prezentują niewystarczającą wiedzę w zakresie HIV/AIDS oraz posiadają błędne przekonania (Tabela 10).

Tabela 10. Czy uważasz, że wiesz jak chronić siebie i innych przed zakażeniem HIV?

Odpowiedzi	Przed edukacją zdrowotną		Po edukacji zdrowotnej	
	Liczba	%	Liczba	%
Wiem co to jest HIV, ale problem ten mnie nie dotyczy	29	23	20	16
Wiem co to jest HIV, ale nie wiem, jak przed nim się chronić	15	12	12	10
Nie jestem pewien	50	40	32	25
Wiem co to jest HIV oraz wiem, jak przed nim się chronić	32	25	62	49
Ogółem	126	100	126	100

Źródło: Obliczenia własne.

Przed edukacją zdrowotną według 75% ankietowanych uczniów gimnazjum do zakażenia HIV nie zawsze dochodzi z winy chorych na AIDS. 17% badanych uznało, że osoby chore na AIDS zakaziły się z własnej winy, a 8% gimnazjalistów zaznaczyło odpowiedź: Tak, ponieważ na AIDS chorują tylko narkomani i osoby uprawiające prostytucję. Po edukacji niewiele zwiększył się procent ogółu badanych (80%), którzy wykazali się wiedzą, że nie zawsze tak jest, 12% badanych uważało, że chorzy na AIDS zakazili się z własnej winy, nie zmienił się też procent ankietowanych (8%), którzy uznali, że na AIDS chorują tylko narkomani i osoby uprawiające prostytucję. Zaobserwowana zależność okazała się nieistotna statystycznie (Tabela 11).

Tabela 11. Czy uważasz, że osoby chore na AIDS zakaziły się z własnej winy

Odpowiedzi	Przed edukacją zdrowotna		Po edukacji zdrowotnej	
	Liczba	%	Liczba	%
Tak, jest to tylko ich wina	21	17	15	12
Nie, nie zawsze tak jest	95	75	101	80
Tak, ponieważ na AIDS chorują tylko narkomani i osoby uprawiające prostytucję	10	8	10	8
Ogółem	126	100	126	100

Chi kwadrat = 1,796436; p = 0,180145

Źródło: Obliczenia własne.

Wnioski

1. Wiedza badanych uczniów przed edukacją zdrowotną w zakresie HIV/AIDS prowadzoną przez pielęgniarkę szkolną była powierzchowna i nie usystematyzowana – analiza ankiety wstępnej.
2. Po edukacji zdrowotnej poziom wiedzy zdecydowanie wzrósł u wszystkich gimnazjalistów – analiza ankiety końcowej.
3. Wśród młodzieży gimnazjalnej wiedza na temat zakażenia HIV jest obarczona wieloma stereotypami, w związku z tym młodzież wymaga stałej edukacji w kierunku profilaktyki HIV/AIDS.

Podsumowanie

Uzyskane wyniki potwierdziły istnienie związku między poziomem wiedzy na temat HIV/AIDS a zrozumieniem zagrożenia zakażeniem HIV. Zaobserwowano, że wraz ze wzrostem poziomu wiedzy wzrasta zrozumienie zagrożenia HIV/AIDS wśród młodzieży gimnazjalnej.

Piśmiennictwo

1. UNAIDS, 2016 High-level Meeting on Ending AIDS, http:// www.hlm2016aids.unaids.org, [dostęp: 2016.10.22].
2. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Epidemiologia – Polska, Warszawa 2015 r., www.pzh.gov.pl, [dostęp: 2016.10.22].
3. Minister Zdrowia, Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2014 roku, opracowane przez Krajowe Centrum do Spraw AIDS. Warszawa, maj 2015 r. [w:] Report on the global AIDS epidemic, 2014, UNAIDS, s. 7–9.
4. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2014.
5. Rosińska M., Niedźwiedzka-Stadnik M.: Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce. www.pzh.gov.pl, [dostęp: 2016.10.22].
6. Walichowska M.: Charakterystyka osób, u których wykryto zakażenie HIV w PKD w 2015r. Kontra, 2016, 68,2.
7. Krajowe Centrum ds. AIDS, Raport analiz ankiet wypełnionych w Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych w 2015 r., www.aids.gov.pl, [dostęp: 2016.10.27].
8. Wołowski T., Kasperowicz A., Wiedza uczniów szkół ponadgimnazjalnych na temat profilaktyki AIDS, Hygeia Public Health, 2012, 47(2): 227–230

9. Szeląg H., Wiedza i poglądy młodzieży licealnej na temat zakażenia oraz zapobiegania HIV/AIDS, Rocznik Lubuski, 2006, 32(2): 209–221
10. Kuśnierek A., Zajic M., Raport z pomiaru poziomu wiedzy i postaw uczniów szkół gimnazjalnych odnośnie HIV/AIDS oraz porównanie wyników do badania „Ocena wiedzy i postaw młodzieży szkół podstawowych na temat zakażenia i zapobiegania HIV i AIDS", Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa, 2007, s. 30. Dostępny w Internecie: http://www.aids.gov.pl [Dostęp:2016.10.28]

Understanding HIV/AIDS risk among junior high school adolescents

Dorota Banaczek[1], Mirosław J. Jarosz[1]
[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**
Introduction. HIV infection still creates a real risk. There is no effective medicine which would totally remove the virus from the body, there is no vaccine against HIV, and AIDS remains an incurable disease. Among Poles, the problem is the lack of reference of HIV infection personally to oneself. Everyone is exposed to infection, irrespective of age. It is important to understand the risk of HIV infection. An indispensable condition for this to occur is the possession of comprehensive and reliable knowledge in this area.
Objective. Evaluation of adolescents' skills of analytical and objective reference to the real HIV/AIDS risk, and determination of the level of knowledge of the HIV and AIDS problem among junior school adolescents attending classes I–III, prior to and after health education concerning HIV/AIDS carried out by a school nurse.
Material and methods. The study was conducted in May 2016, before and after health education, by the method of a diagnostic survey using the questionnaire technique, and covered 126 schoolchildren from all classes of a junior high school aged from 14–17,
Results and Conclusions. The study showed that the schoolchildren's knowledge concerning HIV/AIDS was considerably higher after health education. As many as 85% of junior high school adolescents knew that HIV infection may take place during various situations, and confirmed the risk of infection by sexual contacts, direct contact with blood, procedures performed using non-sterile equipment, and by vertical transmission. 94% of respondents demonstrated knowledge that the use of psychoactive substances changing consciousness, such as alcohol or narcotic drugs may contribute to the undertaking of reckless behaviours, enhancing the risk of HIV. 95% of the respondents were aware that sexual contacts with casual partners and having unprotected sex may cause HIV infection, and 81% of the adolescents in the study knew that using condoms reduces the risk of HIV infection.

Conclusions. 1) Junior high school adolescents possess an average level of understanding the real risk of HIV/AIDS; however, they are prepared to use their knowledge in an actual situation, and are also able to objectively refer to many problems concerning the risk of HIV/AIDS. 2) The scope of knowledge pertaining to the risk of HIV/AIDS, to a considerable degree, varies according to the state of understanding of this risk by adolescents. A great difference is observed between a high level of knowledge concerning HIV and AIDS, and a low percentage of beliefs and behaviours which allow the avoidance of HIV infection. 3) Junior high school adolescents demonstrated good knowledge of the principles of prevention of HIV infection, and factors which enhance the risk of its transmission. The respondents were able, to a mediocre degree, to apply the acquired knowledge of HIV prophylaxis in an actual risk situation. 4). Adolescents' knowledge concerning HIV infection is burdened with many stereotypes; therefore, they require constant education in the area of HIV/AIDS prophylaxis.

► **K e y w o r d s :** understanding of risk, infection, HIV, AIDS, junior high school adolescents, knowledge, education, prophylaxis

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 2, Rok 2017, s. 45–54

Satysfakcja pacjentów z leczenia przeciwbólowego w hospicjum domowym

Halina Samoń[1], **Lech Panasiuk**[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Cierpienie wywołane bólem nie do wytrzymania, towarzyszy wielu chorobom, ale najbardziej chorobie nowotworowej w okresie terminalnym. Nieuśmierzony ból i cierpienie powodują depresję i zwątpienie w sens życia. Opieka paliatywna nie prowadzi do wyleczenia, ale może zwolnić postęp choroby, przynieść ekspresową poprawę, złagodzić lub zniwelować dokuczliwe objawy. Skuteczne uśmierzanie dolegliwości wraz ze wsparciem psychicznym przynoszą korzyści choremu, zapewniając mu ulgę w cierpieniu i wpływają na poprawę jego, jakości życia.
Cel. Celem niniejszej pracy było poznanie opinii chorych objętych domową opieką hospicjum na temat satysfakcji z leczenia przeciwbólowego.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 chorych pozostających pod opieką hospicjum domowego im. Św. Matki Teresy z Kalkuty w Puławach od września do listopada 2016 roku. Kwestionariusz anonimowej ankiety składał się z 33 pytań.
Wyniki i wnioski. Z badań wynika, że przed objęciem opieką przez hospicjum domowe dolegliwości bólowe odczuwała dolegliwości bólowe wpływały niekorzystnie na nastrój ankietowanych i powodowały kłopoty ze snem. Ponadto ból wpływał ograniczenia w wykonywaniu prac domowych, poruszaniu się, kontaktach towarzyskich. Po objęciu pacjentów opieką przez hospicjum domowe ich, jakość życia znacznie poprawiła się. Badani stali się bardziej samodzielni a ból wpływał w znacznie mniejszym stopniu na ich codzienne funkcjonowanie. Większość ankietowanych otrzymała wystarczający zasób informacji na temat stosowanej terapii. Efekty leczenia bólu wśród chorych domowej opieki paliatywnej są satysfakcjonujące.
W leczeniu przeciwbólowym przynoszącym pożądany skutek ważne jest zadowolenie pacjenta. Badania wykazały, że pacjentów objętych opieką przez hospicjum domowe charakteryzowała wysoka satysfakcja z leczenia przeciwbólowego.
►**Słowa kluczowe:** ból, leczenie przeciwbólowe, satysfakcja, pacjent

Wprowadzenie

Cierpienie wywołane bólem nie do wytrzymania, towarzyszy wielu chorobom, ale najbardziej chorobie nowotworowej w okresie terminalnym. Nieuśmierzony ból i cierpienie powodują depresję i zwątpienie w sens życia. Chorzy pragną rychłej śmierci, wielu z nich myśli o samobójstwie. Prawo do ulgi w bólu jest prawem każdego człowieka. Pacjent opieki paliatywnej zmaga się z wieloma dolegliwościami. Zwykle nasilają się one w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Kluczem pomagającym rozpoznać dokuczliwe objawy jest właściwa komunikacja. Oparta jest ona na prawdzie, delikatności, wrażliwości, pozbawiona dystan-

sowania się do chorego i do jego rodziny. Opieka paliatywna nie prowadzi do wyleczenia, ale może zwolnić postęp choroby, przynieść ekspresową poprawę, złagodzić lub zniwelować dokuczliwe objawy. Skuteczne uśmierzanie dolegliwości wraz ze wsparciem psychicznym przynoszą korzyści choremu, zapewniając mu ulgę w cierpieniu i wpływają na poprawę jego, jakości życia [1, 2].

Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (IASP) określa ból, jako nieprzyjemne zmysłowe i emocjonalne doświadczenie, które towarzyszy istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanek [3]. Ból to doznanie subiektywne, przeżywane bardzo indywidualnie przez każdego chorego. To proces składający się z kilku etapów, które są ze sobą bardzo ściśle powiązane. Etap pierwszy to doznanie zmysłowo-dyskryminacyjne, etap drugi wywołuje reakcję przykrości. To reakcja uczuciowa z niewielkim udziałem funkcji poznawczych. Trzeci etap bólu to złożone zjawisko składające się z bogatych reakcji uczuciowych (np. depresja, gniew, lęk), ściśle związanych z poglądami chorego na temat bólu. Etap ten jest modelowany przez cechy osobowości i doświadczenie chorego, przez co doznania te są różne u poszczególnych chorych. Czwarty etap to ekspresja bólu, inaczej zachowanie bólowe, wpływające na codzienną aktywność i sprawność ruchową [4,5]. W opinii wielu autorów ból jest zjawiskiem psychosomatycznym i jest tym, co opisuje chory. Reakcja na ból dotyczy wszystkich obszarów ciała. Są to reakcje mięśniowe, wegetatywne, hormonalne, psychiczne i behawioralne [6,7,8]. W momencie, kiedy doznanie bólowe jest bardzo silne i długotrwałe, to ból nie ostrzega i nie broni, lecz staje się niepotrzebnym cierpieniem. Przewlekłe odczucia bólowe u chorego objętego opieką paliatywną prowadzą do wyczerpania fizycznego, niepokoju, przygnębienia, bezsenności i stają się udręką dla niego. Cicely Saunders założycielka pierwszego na świecie hospicjum św. Krzysztofa w Londynie twierdziła, że bóle u pacjentów z chorobą nowotworową mają charakter wielowymiarowy, wszechogarniający (total pain). Obejmują, bowiem wszystkie wymiary cierpienia: cierpienie fizyczne, cierpienie psychiczne, ale też społeczne i duchowe [4,5].

Według dostępnych danych ok. 25 milionów ludzi na świecie choruje na nowotwory. Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że obecnie przynajmniej 10 milionów ludzi cierpi z powodu bólu nowotworowego. Ból to częste zjawisko u osób cierpiących na nowotwory, a częstość jego występowania wzrasta z postępem choroby. Natężenie, rodzaj i lokalizacja bólu są zależne od umiejscowienia nowotworu, jego stopnia zaawansowania i szybkości rozwoju choroby. Ból występuje u 30-40% chorych poddawanych chemioterapii onkologicznej i u 70–90% chorych z zaawansowaną chorobą nowotworową. Większość osób z tej grupy odczuwa dwa lub, trzy, a ponad 30% chorych cztery lub więcej rodzajów bólu [7,8]. Według badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych ból obserwowano u 67% chorych na nowotwory, którzy byli leczeni w warunkach ambulatoryjnych. Według badań przeprowadzonych we Francji u 69% chorych na nowotwory, ból był na tyle silny, że zaburzał ich zdolność do normalnego funkcjonowania [9,

10].W Polsce jak i na całym świecie, brak jest dokładnych badań epidemiologicznych dotyczących występowania bólu nowotworowego.

U każdego chorego, u którego pojawią się dolegliwości bólowe, najważniejszą rzeczą jest rozpoznanie rodzaju bólu. Jest to ważny element postępowania, gdyż określenie rodzaju bólu, jego charakterystyka, miejsca występowania i nasilenia, ma kluczowe znaczenie przy próbie podjęcia leczenia [11,12]. Bóle u pacjentów opieki paliatywnej są spowodowane bezpośrednim działaniem guza nowotworowego (ucisk, naciek, niszczenie tkanek i organów w jego okolicy), ale także mogą być wywołane pośrednio przez chorobę nowotworową (grzybica jamy ustnej, odleżyny, owrzodzenia nowotworowe itp.). Bóle mogą być też następstwem leczenia przeciwnowotworowego (operacje, bóle pooperacyjne, bóle w trakcie badań diagnostycznych, powikłania po radioterapii i chemioterapii), a także wywołane schorzeniami współistniejącymi (zaniki mięśniowe, niedokrwienie kończyn itp.). Ze względu na czas trwania bólu wyróżnia się: ból ostry, występujący w każdym okresie choroby nowotworowej. Trwa krótko, nie dłużej niż 3 miesiące. Ból przewlekły trwający dłużej niż 3 miesiące. Ból ten nie ustępuje mimo wygojenia się tkanek. Biorąc pod uwagę mechanizm powstania, bóle nowotworowe dzieli się na: bóle receptorowe i niereceptorowe. Bóle receptorowe powstającą w wyniku mechanicznego lub chemicznego podrażnienia receptorów w różnych narządach i tkankach. Wyróżnia się dwa rodzaje bólu receptorowego. Jeden z nich to ból somatyczny(kostny, mięśniowy, z ucisku skóry i tkanki podskórnej). Jest to ból zlokalizowany, stały, samoistny lub uciskowy, łatwy do opisania. Drugim rodzajem bólu receptorowego jest ból trzewny (np. ból wieńcowy, ból z narządów jamy brzusznej lub miednicy małej), opisywany przez pacjentów, jako ból rozlany, głęboki, uciskowy lub przeszywający. Często towarzyszą mu nudności i wzmożona potliwość. Natomiast bóle niereceptorowe (neuropatyczne) powstają w wyniku ucisku lub zniszczenia układu nerwowego (nerwów, korzeni, rdzenia kręgowego) przez guz, uszkodzone struktury kostne, zwłóknienia okolicznych tkanek, działanie leków lub wirusy. Ból neuropatyczny początkowo lokalizuje się w obszarze zaburzonego czucia skórnego (przeczulica lub niedoczulica). Dolegliwości neuropatyczne są bardzo dokuczliwe, stałe, tępe, z nakładającymi się napadami kłucia, szarpania, palenia, czy „rażenia prądem". Towarzyszą im zaburzenia ucieplenia skóry i wzmożona potliwość. W trakcie leczenia przeciwbólowego na ból przewlekły, który ma charakter ciągły mogą nakładać się gwałtowne bóle przebijające. Ból przebijający to ból szybko narastający i trwający od kilku minut do godziny. Występuje nawet wtedy, gdy ból podstawowy jest dobrze kontrolowany. Ból przebijający może wystąpić samoistnie bez istotnej przyczyny. Może to być ból spontaniczny, idiopatyczny lub incydentalny wywołany aktywnością ruchową pacjenta. Ból mimowolny pojawia się w wyniku działania czynników niezależnych od woli chorego (kaszel, emocje, gniew, wzruszenie). Ból dobrowolny związany jest z określoną, codzienną aktywnością pacjenta (czynności fizjologiczne, przyjmowanie pokarmu) lub może być spowodowany przez czynności higieniczne. Anali-

zując przyczyny bólów przebijających zwraca się uwagę na chorobę podstawową, konsekwencje prowadzonego leczenia onkologicznego i schorzenia współistniejące. Występowanie bólów przebijających źle wpływa na codzienne życie pacjentów i znacznie pogarsza, jakość życia chorych objętych opieką paliatywną. Natomiast ból końca dawki występuje z dużą regularnością pod koniec zakładanego czasu działania stosowanych leków przeciwbólowych. Na ogół pojawia się podczas miareczkowania opioidów, świadczy o zbyt małej dawce leku podstawowego, zbyt dużych odstępach pomiędzy dawkami, lub o niewłaściwie dobranej dawce leku przeciwbólowego [11, 12, 13, 14].

W leczeniu bólu bardzo istotne są: ocena objawów, edukacja pacjenta i jego bliskich, indywidualne dopasowanie leczenia do chorego, monitorowanie oraz zwracanie uwagi na objawy uboczne. Dokonując analizy bólu u chorego objętego opieką paliatywną, ocenia się jego wszystkie potrzeby (biologiczne, społeczne, psychiczne i duchowe). Każda z tych sfer jest bardzo istotna i swoista dla pacjenta, a ból może być dla chorego dużym zagrożeniem. Nieleczony ból może prowadzić do nasilonych zaburzeń lękowych i depresji [15].

Oceniając ból chorego objętego opieką paliatywną, należy zebrać systematyczny i dokładny wywiad. W czasie pierwszej rozmowy z pacjentem należy zapytać o wszystkie epizody dolegliwości bólowych. Pytania kieruje się także do bliskich chorego, określając ich potrzeby, posiadaną wiedzę na temat leczenia bólu, stosowanych leków i sposobów radzenia sobie z bólem u pacjenta. Analizując dolegliwości bólowe chorego bierze się pod uwagę wielowymiarowość bólu [15].

Cel

Celem niniejszej pracy było poznanie opinii chorych objętych domową opieką hospicjum na temat satysfakcji z leczenia przeciwbólowego.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono wśród 100 chorych pozostających pod opieką hospicjum domowego im. Św. Matki Teresy z Kalkuty w Puławach, w tym przebadano 54 kobiety (54%) i 46 mężczyzn (46%), od września do listopada 2016 roku. Niespełna połowę badanych (45,0%) stanowiły osoby w wieku od 56 do 75 lat, prawie jedna trzecia była w wieku powyżej 75 lat (30,0%), natomiast 25% badanych miało do 55 lat. Nieco ponad połowa miała rozpoznaną chorobę od 6 do 10 lat (53%), pozostałe osoby chorowały od 1 roku do 5 lat (47%).

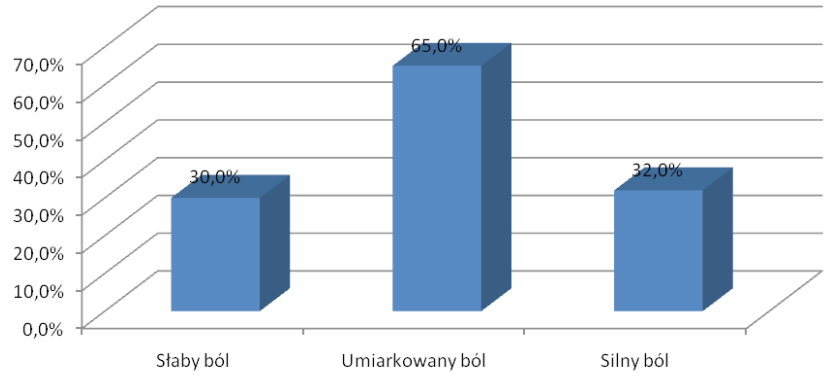
Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz ankiety. Do pomiaru natężenia bólu wykorzystano skalę numeryczną NRS, zgodnie, z którą 0 oznacza brak bólu, a 10 oznacza najgorszy ból, jaki można sobie wyobrazić. Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics. Podano liczebność i procent wskazanych przez badanych kategorii

odpowiedzi. Zależność pomiędzy dwoma zmiennymi jakościowymi sprawdzono testem chi-kwadrat. Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności $p<0,05$.

Wyniki i wnioski

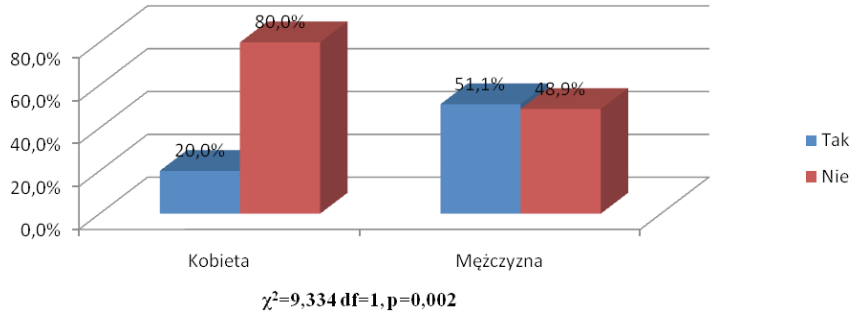
Wszyscy badani deklarowali, że zanim zostali objęci opieką przez hospicjum domowe odczuwali ból.

Średnie nasilenie bólu u badanych przed objęciem opieką przez hospicjum domowe wyniosło 6,7 ± 1,8 (w skali od 0 do 10). Słaby ból (skala 1–4) odczuwało 3% badanych, umiarkowany ból (skala 5–7) deklarowało 65% badanych, natomiast silny ból (skala 8-10) miało 32% badanych (rycina 1).



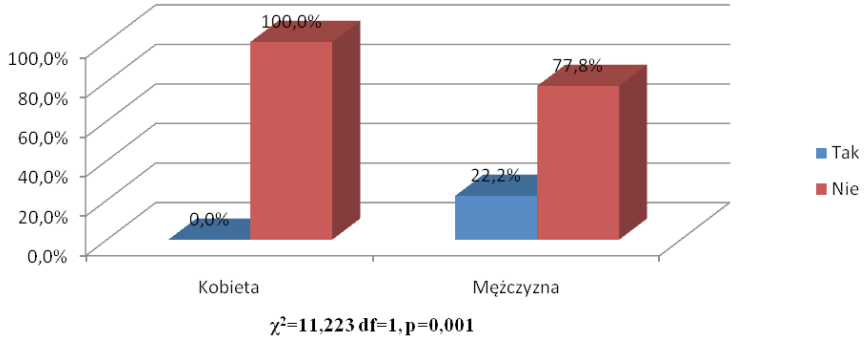
Rycina 1. Nasilenie bólu u badanych przed objęciem opieką przez hospicjum domowe. Źródło: badania własne.

Po objęciu opieką przez hospicjum domowe jedna piąta badanych kobiet (20%) odczuwała ból. Pozostałe 80% kobiet nie odczuwało bólu. Wśród badanych mężczyzn ból odczuwało 51,1% badanych, natomiast nie odczuwało bólu 48,9% osób. Zależność między zmiennymi była istotna statystycznie ($\chi^2=9,334$, df=1, $p=0,002$) (rycina 2).



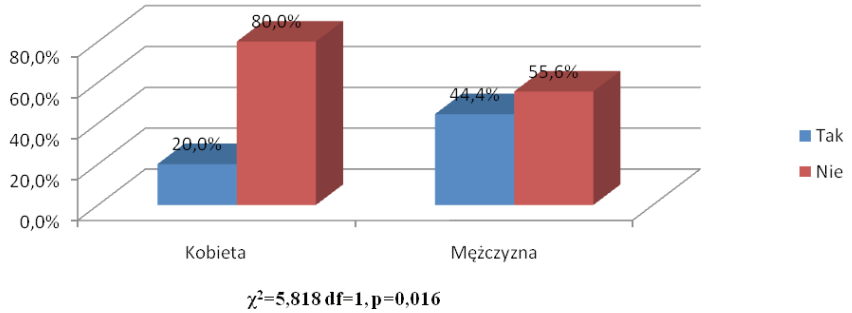
Rycina 2. Płeć a odczuwanie bólu po objęciu opieką przez hospicjum domowe. Źródło: badania własne.

Większość badanych (90%) nie odczuwała nudności i wymiotów po objęciu opieką przez hospicjum domowe. Pozostałe 10% badanych miało takie objawy. Żadna z kobiet nie odczuwała nudności i wymiotów po objęciu opieką przez hospicjum domowe. Wśród mężczyzn 22,2% badanych miało nudności i wymioty, z kolei 77,6% badanych wskazało odpowiedź negatywną. Odnotowano istotną statystycznie zależność między zmiennymi (χ^2=11,223 df=1, p=0,001) (rycina 3).



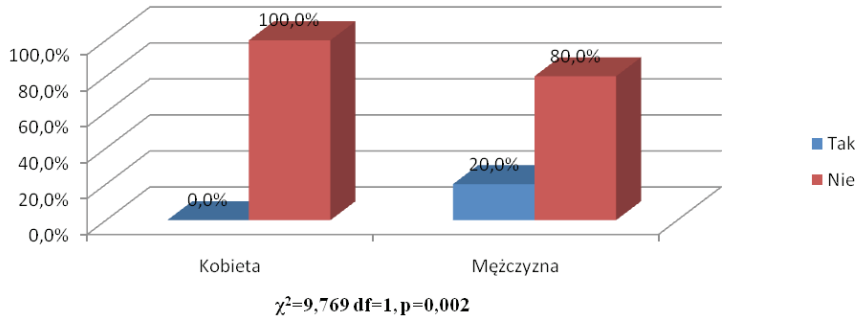
Rycina 3. Płeć a odczuwanie nudności i wymiotów po objęciu opieką przez hospicjum domowe. Źródło: badania własne.

Ponad połowa badanych (69%) nie miała zaparć stolca po objęciu opieką przez hospicjum domowe. Pozostałe 31% badanych miała takie problemy. Wśród kobiet zaparcia miało 20% kobiet, pozostałe 80% nie miało takich problemów. Wśród mężczyzn zaparcia stolca występowały u 44,4% badanych, z kolei pozostałe 55,6% nie miało takich dolegliwości. Odnotowano istotną statystycznie zależność między zmiennymi (χ^2=5,818 df=1, p=0,016) (rycina 4).



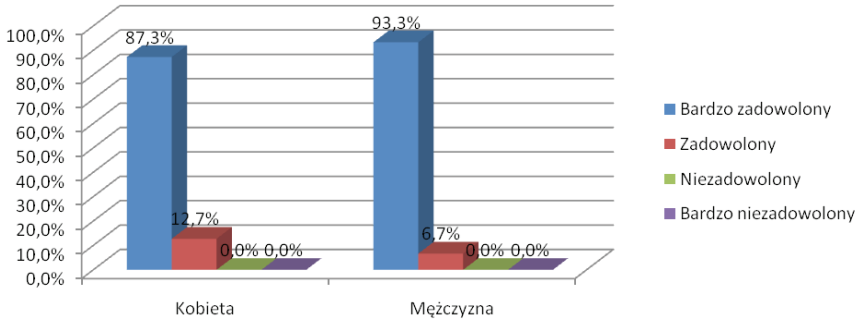
Rycina 4. Płeć a występowanie zaparć stolca po objęciu opieką przez hospicjum domowe. Źródło: badania własne.

Większość badanych (91%) deklarowała, że zastosowane leczenie przeciwbólowe nie było uciążliwe. Prawie, co dziesiąta osoba (9%) była przeciwnego zdania. Wszystkie kobiety uważały, że leczenie przeciwbólowe nie było uciążliwe. Z kolei wśród mężczyzn odpowiedź twierdzącą wskazało 20% badanych, natomiast odpowiedź negatywną 80% badanych. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (χ^2= 9,769 df=1, p=0,002) (rycina 5).



Rycina 5. Płeć a uciążliwość leczenia przeciwbólowego. Źródło: badania własne.

Bardzo zadowolonych z opieki przez hospicjum domowe było 90% badanych, natomiast zadowoleni stanowili 10% ogółu. W badanej grupie nie było osób niezadowolonych. Wśród kobiet większość (87,3%) była bardzo zadowolona z opieki hospicjum domowego. Pozostałe badane były zadowolone. Z kolei wśród mężczyzn 93,3% było bardzo zadowolonych z opieki hospicjum domowego, natomiast 6,7% badanych było zadowolonych. Nie odnotowano istotnej statystycznie zależności między zmiennymi (rycina 6).



Rycina 6. Płeć a ocena zadowolenia z opieki sprawowanej przez hospicjum domowe. Źródło: badania własne.

Na podstawie przeprowadzonej analizy postawiono następujące wnioski:

1. Pacjenci, którzy zostali objęci opieką paliatywną odczuwali mniejsze natężenie bólu niż przed objęciem opieką. Na poziom bólu pacjentów istotnie statystycznie wpływały ich wiek i płeć.
2. Objawy takie jak: nudności, wymioty, zaparcia stolca, bezsenność, obniżenie nastroju są minimalizowane przez częste wizyty pracowników medycznych. Wykazano zależność pomiędzy występowaniem wymiotów i nudności oraz zaparć a płcią i wiekiem badanych.
3. Dobry przepływ informacji między personelem medycznym a chorym znacząco wpływa na satysfakcję pacjentów z leczenia przeciwbólowego.
4. Efekty leczenia przeciwbólowego wśród pacjentów hospicyjnej opieki domowej są satysfakcjonujące.

Podsumowanie

„Godzina bólu jest równie długa, jak dzień przyjemności" - te słowa wypowiedział około 2500 lat temu Hipokrates – starożytny grecki lekarz uznawany za ojca medycyny. Bo przecież dla chorego z bólem czas płynie znacznie wolniej niż dla osoby zdrowej, a każda chwila wydaje się dla pacjenta trwać nieskończenie długo[1].

Piśmiennictwo

1. Bartoszek A. *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*. Katowice: Księgarnia św. Jacka, 2000.
2. Cackowski Z. *Ból, lęk, cierpienie*. Lublin: UMCS, 1997.

[1] Domżał T.: Ból podstawowy objaw w medycynie. PZWL 1996.

3. de Walden-Gałuszko K. Kaptacz A. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: PZWL, 2005.
4. de Walden-Gałuszko K. *Podstawy opieki paliatywnej*. Warszawa: PZWL, 2004.
5. de Walden- Gałuszko. *Psychologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: PZWL, 2011.
6. Dobrogowski i wsp. J. *Ból i jego leczenie*. Warszawa: Springer PWN, 1996.
7. Jarosz J. „Medycyna po dyplomie" *Komentarz. Leczenie bólu nowotworowego w warunkach domowych* 2006, 15, 7: 102–107.
8. Krajnik M., Wordliczka J. Malec- Milewska M. *Chory na nowotwór*. Warszawa: Medical Educacion, 2013.
9. Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej. „Raport dotyczący standartów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej." *Medycyna paliatywna w praktyce* numer 2 2010: 41–65.
10. Jarosz Jerzy. *Leczenie bólów nowotworowych*. Warszawa: AN media, 2009.
11. Gworska- Krzemińska A. de Walden- Gałuszko K. *Opieka paliatywna*. Wrocław: Elsevier Urban- Partner, 2012.
12. Kotlińska- Lemieszek A. „Ból u pacjentów z chorobą nowotworową. Przyczyny, patofizjologia, klasyfikacja i diagnostyka" Buss T. Bartoszek A. *Opieka paliatywna* . Warszawa: PZWL, 2015. 59-75.
13. Hilgier M. Jarosz J. „Zasady diagnostyki i leczenia bólu" de Walden-Gałuszko. *Podstawy opieki paliatywnej*. Warszawa : PZWL, 2004. 20–57.
14. Hilgier M. *Ból u chorych na nowotwór*. Warszawa: PZWL, 2008.
15. Krajnik M. Buczkowski K. *Opieka paliatywna*. Warszawa: PZWL, 2009.

Satisfaction of patients with pain management in home hospice

Halina Samoń[1], Lech Panasiuk[1]

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

►**Summary:**

Introduction. Suffering caused by unbearable pain accompanies many diseases; however, primarily in a cancerous disease in its terminal stage. Non-alleviated pain and suffering cause depression and doubting the sense of life. Palliative care does not lead to recovery, but may slow down the progress of the disease, bring a swift improvement, and alleviate or eliminate nagging symptoms. An effective relieving of complaints, together with psychological support, bring benefit to the patient, provide relief from suffering, and result in an improvement in the quality of life.

Objective

The objective of the presented study was recognition of the opinions of patients covered with hospice home care concerning satisfaction with pain management.

Materials and Method. The study was conducted among 100 patients covered with care by the St. Mother Teresa of Calcutta home hospice in Puławy during the period September – November 2016, using an anonymous questionnaire consisting of 33 items.

Results and Conclusions

The study showed that prior to covering with care by the home hospice the respondents experienced pain complaints which unfavourably affected their mood and caused sleep problems. In addition, pain resulted in limitations in performing housework, moving, and social contacts. After covering the patients with care by home hospice, their quality of life considerably improved. The respondents became more independent, and pain to a lower degree exerted an effect on their daily functioning. The majority of them received a sufficient amount of information concerning the therapy applied. The outcomes of pain management among patients covered by home palliative care are satisfactory.

Patient satisfaction is important in pain management which brings about the desired result. The study showed that patients covered by home hospice care were characterized by high satisfaction with pain control.

►**Keywords:** pain, pain management, satisfaction, patient

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 2, Rok 2017, s. 55–67

Wiedza i umiejętności personelu medycznego w odniesieniu do przejawów agresji ze strony pacjenta

Dorota Wojnicka[1], Anna Włoszczak-Szubzda[1]

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

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Problemy wynikające z zawodowego narażenia personelu medycznego, na agresję, są w Polsce zjawiskami mało rozpoznanymi jednak to nie znaczy, że ich nie ma. Bez odpowiedniej wiedzy i umiejętności w tym zakresie ze strony personelu medycznego, obie strony relacji narażone są na negatywne skutki zachowań agresywnych i obie strony ponoszą psychospołeczne straty.
Cel. Celem pracy było zbadanie czy pracownicy medyczni posiadają wiedzę i umiejętności konieczne do profesjonalnego postępowania z pacjentem przejawiającym zachowania agresywne.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono w 2016 roku, z udziałem 41 lekarzy, 106 pielęgniarek i 53 ratowników medycznych. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, skonstruowany dla potrzeb badania. Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics. Podano liczebność i procent wskazanych przez badanych kategorii odpowiedzi. Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności $p<0,05$.
Wyniki i wnioski. Na wykorzystywanie mechanizmów zaradczych w doświadczaniu agresji największy wpływ miała płeć, staż zawodowy, dalej zgodnie z wymienioną kolejnością: wykonywany zawód i miejsce pracy. Badanie potwierdza wyniki innych badań, że zachowania agresywne pacjentów stanowią problem w pracy zawodowej pracowników medycznych. Wyniki badań dowodzą, że pracownicy medyczni wykazują istotny deficyt w zakresie umiejętności stosowania mechanizmów zaradczych w sytuacji kontaktu z pacjentem zachowującym się agresywnie.
►**Słowa kluczowe:** personel medyczny, zachowania agresywne, pacjent

Wprowadzenie

Emocje wpisane są w istotę człowieczeństwa i są niezbędne do jego prawidłowego funkcjonowania jednostki ludzkiej. Ich podstawową funkcją jest motywowanie do działania, co umożliwia adekwatne przystosowanie do środowiska. Złość pierwotnie zaplanowana dla naszej obrony i bezpieczeństwa obok strachu, to podstawowe uczucie pojawiające się w sytuacji naruszenia naszego bezpieczeństwa, które potęguje zachowania agresywne [1, 2, 3].

Zachowania agresywne mają swoje źródło w problemach i zmaganiach wewnętrznych człowieka. Może być spowodowana żalem, smutkiem, poczuciem krzywdy lub straty. Ogromne znaczenie w generowaniu zachowań związanych

z przemocą ma sytuacja socjalna i ekonomiczna człowieka, zwłaszcza bezrobocie, trudności materialne, ale również agresja w rodzinie. Źródłem może być pogorszenie stanu psychicznego lub fizycznego w przebiegu zaburzeń psychicznych, chorób somatycznych lub z powodu zażycia środków psychoaktywnych bądź ich odstawienia, a także różne poważne wydarzenia życiowe (reakcja adaptacyjna, zespół stresu pourazowego), których objawy psychopatologiczne są ich przejawem. Choroba i jej powikłania stanowią duże obciążenie dla wszystkich członków rodziny. Jest wiele elementów sprawiających, że jest ona czynnikiem frustrującym. Po pierwsze złe samopoczucie, które samo w sobie powoduje, że stajemy się drażliwi. Ogromne znaczenie ma również zahamowanie codziennej aktywności: zawodowej, rodzinnej i towarzyskiej. Choroba blokuje często drogę do realizacji celów ustalonych we wszystkich aspektach. Zwłaszcza w przypadku koniecznej hospitalizacji, doświadczana przez pacjentów frustracja może być bardzo duża [4;5;6;7].

W przeprowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską w 2007 roku badaniach na przyczyny zachowań agresywnych ze strony pacjenta wskazywano: odmowę wydania orzeczenia o niezdolności do pracy, zaświadczenia, recepty, skierowania na badania, odmowę przyjęcia do szpitala, niespełnienie życzeń pacjenta (32%), niezadowolenie z pracy szpitala, opieki, złe warunki na oddziale, późny przyjazd karetki, nietrzeźwość, wpływ narkotyków u pacjenta, nieskuteczność terapii, zły stan lub pogorszenie zdrowia (20%). Zdarzenie agresywnego zachowania pacjenta lub jego bliskiego najczęściej nie jest zgłaszane przez lekarzy (82% nie powiadomiło o tym policji, 18% zaś zgłosiło ten fakt kierownictwu placówki, a 91% powiedziało o tym koleżankom i kolegom) [8].

W Narodowym Funduszu Zdrowia w 2016 r. rozpatrzono 4 220 skarg a w I kwartale 2017 r. rozpatrzono 1 054 skargi, które dotyczyły m.in.:

- sposobu prowadzenia rejestracji,
- ograniczania dostępu do badań diagnostycznych,
- pobierania opłat za świadczenia opieki zdrowotnej,
- odmowy udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,
- długiego czasu oczekiwania na realizację świadczeń opieki zdrowotnej,
- nierespektowania uprawnień do korzystania ze świadczeń poza kolejnością,
- organizacji pracy świadczeniodawców (np. nieprzestrzegania harmonogramu pracy przez lekarzy),
- sposobu prowadzenia kolejek oczekujących,
- odmowy realizacji świadczeń w warunkach domowych [9].

Omawiając zjawisko agresywnych zachowań w instytucjach medycznych, należy pamiętać o tym, że mogą one dotyczyć obu stron: zarówno pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia. Jednym z podstawowych mechanizmów organizujących nasze życie psychiczne jest ochrona dobrego obrazu samego siebie. Dlatego większość ludzi unika ujawniania swoich błędów, a w sytuacjach konfliktowych ma naturalną tendencję do tego, aby rację przyznawać sobie (w przeciwnym

razie konflikt nie miałby racji bytu), a winę upatrywać w zachowaniach drugiej strony. Tendencja ta może być niebezpieczna zwłaszcza wtedy, kiedy dodatkowo dokonamy uogólnienia cech pacjenta przejawiającego agresywne zachowania na pacjentów w ogóle. Bądź też, kiedy świadczeniobiorcy dokonają podobnego uogólnienia na wszystkich pracowników medycznych. Wtedy możemy mieć do czynienia ze zjawiskiem społecznym, w którym pracownicy medyczni negatywnie stereotypizują pacjentów, ci natomiast odpłacają im wzajemnie tym samym. Skutkiem tego może być lęk medyków przed pacjentami i odwrotnie. Zetknięcie się z instytucją szpitala i jej procedurami, to, co dla osób tam pracujących jest zwyczajne i codzienne, dla ludzi z zewnątrz okazać się może niemiłym zaskoczeniem. Wypełnianie dokumentów, biurokracja, nie zawsze zrozumiałe pytania, konieczność podporządkowania się regulaminom, anonimowość – to zjawiska, na które uskarżają się pacjenci. Związane z tym poczucie depersonalizacji, odebrania człowiekowi jego zwykłej tożsamości i statusu, na które codziennie pracuje, może być przyczyną zachowań agresywnych ze strony zupełnie zwyczajnych, kulturalnych osób. Sytuacja anonimowości, utraty możliwości działania i wpływu na to, co się z człowiekiem dzieje, jest niezwykle niekorzystna dla ludzkiej psychiki. Wszelkie tego przejawy napawają lękiem oraz gotowością do obrony czego wynikiem mogą być zachowania agresywne [10;11;12].

W relacji pacjent – medyk reakcje gniewne są niezgodą na:

- bagatelizowanie dolegliwości i niepokojów pacjenta (pomniejszanie ich, brak reakcji na nie),
- ignorowanie potrzeb i oczekiwań chorego przejawiające się w braku szacunku (lekceważenie); naruszaniu intymności i prywatności, w odmawianiu zdolności do decydowania o sobie (nie uzyskanie zgody na interwencję medyczną),
- niedbałość w działaniach diagnostyczno – leczniczych i opiekuńczych,
- niewłaściwie budowaną relację z pacjentem (brak życzliwości, nieokazywanie empatii i wsparcia), na niewłaściwy sposób komunikowania się z chorym (protekcjonalny stosunek), postępowanie, które niszczy relację z pacjentem (korupcja, przemoc)[13].

Doświadczenie przez personel medyczny zachowań destrukcyjnych jest bardzo traumatycznym przeżyciem. Następstwem agresywnych postaw przejawiających przez pacjentów mogą być pojawiające się u pracownika: obawa o swoje zdrowie i życie, uczucie bezsilności i wypalenia zawodowego, uczucie bycia pokrzywdzonym i poniżonym przez chorego, złość na system opieki zdrowotnej, który dopuszcza takie zachowania, a nawet złość na samego pacjenta. Zachowania te mogą także wywierać wpływ na funkcjonowanie zawodowe pracownika, a w szczególności na: obniżenie efektywności pracy, braku motywacji do pracy oraz satysfakcji z pracy, częstsze konflikty interpersonalne, a także częste absencje chorobowe personelu. Narażenie na agresję w miejscu pracy może mieć daleko idące skutki, dla jakości świadczonej opieki medycznej. Agresywne zachowanie pacjenta może doprowadzić do wystąpienia błędu medycznego [14;15].

Strategię bezpiecznego postępowania z przejawiającym zachowania agresywne pacjentem, opisuje się następująco:

- Unikać przebywania z osobą agresywną w zamkniętym pomieszczeniu, zapewnić sobie drogę do wyjścia.
- Absolutnie nie należy pacjenta lekceważyć, licząc, że agresja minie.
- Zebrać jak najwięcej informacji, zanim przystąpi się do rozmowy, uzyskać informacje przyczynach agresywnego zachowania.
- Mówić należy powoli, śmiało, ale spokojnym tonem.
- Nieprzejawianie konfrontacyjnych działań, unikanie sporów, prowokacyjnych manier.
- Zachowanie spokoju i opanowania, bez okazywania strachu.
- Przedstawienie się (brak anonimowości obniża napięcie).
- Przekonanie pacjenta o chęci działania na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa wszystkim obecnym.
- Zadeklarowanie chęci pomocy, a jednocześnie niedopuszczenie do agresywnych zachowań.
- Zaproponowanie na przykład rozmowy, dostępu do telefonu w celu odwrócenia uwagi pacjenta i rozładowania jego napięcia.
- Wycofać się i wezwać pomoc, jeśli pacjent jest uzbrojony.
- Jeżeli pozostanie z pacjentem stanowi narażenie się na niebezpieczeństwo – trzeba go zostawić.
- Unikać zbliżania się na bliską odległość, zachować dystans fizyczny (nie mniej niż 2 metry).
- Opuścić ręce wzdłuż tułowia, nie zaplatać ich na piersiach (może być to zinterpretowane, jako sygnał wrogości lub autorytetu), bo opóźni to reakcję obronną w chwili ataku.
- Przyjęcie postawy defensywnej, w lekkim rozkroku, naprzeciwko pacjenta, ale lekko z jego słabszej strony. Jeśli jesteś praworęczny, cofnąć nieco prawą nogę, lewą wysunąć do przodu z lekko ugiętym kolanem; jest to pozycja dająca szansę utrzymania się na nogach w chwili ataku.
- Zachęcić pacjenta, aby usiadł, jeżeli odmówi – nie zmuszać.
- Obecność kilkuosobowej grupy personelu w otoczeniu działa na pacjenta stopująco, nie interweniować w pojedynkę, zadbać o obecność dodatkowego personelu.
- Ograniczyć pacjentowi dostęp do niebezpiecznych przedmiotów (naczynia szklane, sztućce, nożyczki, noże, sprzęt medyczny, itp.)
- Nie należy się śpieszyć, dać choremu czas na uspokojenie.
- Podjąć starania o odroczenie zachowań zagrażających poprzez nawiązanie kontaktu z zachowującym się agresywnie, starać się nawiązać rozmowę, rozluźnić pacjenta słowami i językiem
- Ukierunkowanie agresji fizycznej na przedmiot bądź dopuszczenie do słownej ekspresji redukującej napięcie i obniżającej ryzyko agresji fizycznej.

- Zbliżać się do pacjenta powoli tak, żeby go nie zaskoczyć (z przodu, nigdy z tyłu).
- W ostateczności, kiedy perswazja nie odnosi skutku, zastosować przymus bezpośredni po uprzedzeniu pacjenta (przynajmniej 5 osób, chwyt za duże stawy, nie uciskać klatki piersiowej i gardła, nie zbliżać rąk do ust pacjenta, położyć go na plecach).
- Unieruchomienie, podanie leków na zlecenie lekarza, obserwacja i dokumentowanie w karcie przebiegu unieruchomienia [16;17;18].

Wskazówki dotyczące wczesnego rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych agresji i postępowanie zapobiegawcze nakazują:

- Ciągłe powtarzanie tych samych pytań bądź stanowisk – pozostań spokojny, kontroluj się, potwierdź, że bierzesz pod uwagę troskę o pacjenta.
- Posługiwanie się językiem niezrozumiałym dla personelu i w sposób agresywny – rozpoznaj język i poproś o pomoc tłumacza.
- Nagłe podniesienie lub obniżenie tonu głosu (np. krzyk lub odmowa mówienia) – zwiększ motywację i przekazuj informacje spokojnym głosem.
- Niegrzeczne, obraźliwe odpowiedzi lub odmowa ich udzielenia – spokojnie oceń informację od pacjenta.
- Przyspieszony oddech – oddychaj spokojnie, wolno i regularnie.
- Niespokojne zachowanie, nagłe ruchy, ciągłe chodzenie tam i z powrotem bez konkretnego celu – postaraj się uspokoić osobę zaangażowaną, poproś, aby usiadła w wygodnej pozycji lub wspólnie z tobą się przeszła (tylko wtedy, gdy jest bezpiecznie).
- Naruszenie prywatnej przestrzeni – ze względu na bezpieczeństwo odsuń się, aby uzyskać więcej przestrzeni.
- Usilne wpatrywanie się lub brak kontaktu wzrokowego – jeżeli ktoś usilnie się w ciebie wpatruje, opuść oczy; mimo kontaktu wzrokowego kontynuuj rozmowę [19;20].

Na koniec : nie poddawaj się zewnętrznym i wewnętrznym mechanizmom, wpływającym na nasze zachowanie.

- Nie oceniaj.
- Nie uogólniaj.
- Nie interpretuj [21].

Cel

Celem pracy było zbadanie czy pracownicy medyczni posiadają wiedzę i umiejętności konieczne do profesjonalnego postępowania z pacjentem przejawiającym zachowania agresywne.

Materiał i metoda

Badania ankietowe prowadzono od października do listopada 2016 roku. Udział był anonimowy i dobrowolny. Wzięło w nim, celowo wybranych 200 pracowników medycznych. W sumie przebadano 41 lekarzy, 106 pielęgniarek/rzy i 53 ratowników medycznych. Dobór respondentów do grupy badawczej, prowadzony był tak, by spełniał wymogi reprezentatywności próby pod względem miejsca zatrudnienia.

Metodą badawczą, którą wykorzystano w celu zgromadzenia danych niezbędnych do opracowania materiału badawczego był sondaż diagnostyczny. W tym celu określono grupę reprezentatywną dla badanej populacji. Stanowili ją pracownicy medyczni wybranych trzech grup zawodowych: lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni zatrudnieni w szpitalnym oddziale ratunkowym / izbie przyjęć, oddziałach szpitalnych, podstawowej opiece zdrowotnej, zespołach ratownictwa medycznego. Łącznie pozyskano 200 prawidłowo wypełnionych ankiet, po 50 z każdego miejsca zatrudnienia. Badania przeprowadzono techniką ankiety z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, skonstruowanego dla potrzeb badania. W celu weryfikacji poprawności i zrozumienia ankiety wśród badanych przeprowadzono badanie pilotażowe. Kwestionariusz poddano również ocenie sędziów kompetentnych.

Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics. Podano liczebność i procent wskazanych przez badanych kategorii odpowiedzi. Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności $p<0,05$.

Wyniki i wnioski

Statystycznie częściej opinię o tym, że agresywna postawa pacjenta stanowi problem głosili pracownicy oddziałów szpitalnych (92%) oraz SOR (92%). Nieco rzadziej pracownicy zespołu ratownictwa medycznego (70%), zaś najrzadziej pracownicy POZ (48%) (tabela nr 1).

Tabela 1. Stanowisko badanych na temat, czy agresywna postawa pacjenta stanowi problem w pracy.

Czy uważasz, że agresywna postawa pacjenta stanowi problem w Twojej pracy?	**Oddział szpitalny**		**Zespół ratownictwa medycznego**		**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**		**POZ**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tak	46	92	35	70	46	92	24	48
Nie	3	6	13	26	3	6	16	32
Nie mam zdania	1	2	2	4	1	2	10	20
Ogółem	50	100	50	100	50	100	50	100
Chi-kwadrat=40,729; p<0,001								

Źródło: badania własne.

Omawiając częstość doświadczania agresji werbalnej to na co dzień najczęściej doświadczali jej pracownicy SOR (28%) i zespołu ratownictwa medycznego (24%). Na SORze najwięcej osób wskazało również, że doświadcza takiej agresji dosyć często (62%). Najrzadziej agresja werbalna była problemem wśród pracowników POZ, najwięcej badanych w tej grupie wskazało, że doświadcza agresji czasami (52%) (tabela 2).

Tabela 2. Opinia badanych na temat, jak często spotykają się z werbalnym zachowaniem agresywnym ze strony pacjenta.

W czasie wykonywania zadań zawodowych spotykasz się z werbalnym zachowaniem agresywnym ze strony pacjenta?	**Oddział szpitalny**		**Zespół ratownictwa medycznego**		**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**		**POZ**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Na co dzień	5	10	12	24	14	28	1	2
Dosyć często	26	52	20	40	31	62	7	14
Czasami	12	24	14	28	3	6	26	52
Rzadko	7	14	4	8	2	4	14	28
Nigdy	0	0	0	0	0	0	2	4
Ogółem	50	100	50	100	50	100	50	100
Chi-kwadrat=66,888; p<0,001								

Źródło: badania własne.

Wśród badanych pracownicy oddziałów szpitalnych najczęściej wskazywali na krzyki (82%), wulgaryzmy (86%) i złośliwości (70%). pracownicy zespołu ratownictwa medycznego również najczęściej wskazywali na wulgaryzmy (82%) oraz krzyski (70%). Ale równie często pojawiała się odpowiedź obrażanie (70%). Pracownicy SOR wskazywali na krzyski (96%), wulgaryzmy (92%) oraz obrażanie (70%). Wśród pracowników POZ najczęściej wskazywano odpowiedzi to krzyki (68%) oraz oskarżenia (50%) (tabela nr 3).

Tabela 3. Opinia badanych na temat form agresji werbalnej.

Formy werbalnych zachowań agresywnych	**Oddział szpitalny**		**Zespół ratownictwa medycznego**		**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**		**POZ**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Krzyki	41	82	36	72	48	96	34	68
Oskarżenia	36	72	20	40	32	64	25	50
Złośliwości	35	70	19	38	32	64	16	32
Szyderstwa	15	30	11	22	19	38	1	2
Wulgaryzmy	43	86	41	82	46	92	22	44
Groźby	32	64	27	54	34	68	14	28
Obrażanie	30	60	35	70	35	70	20	40
Szantażowanie	10	20	6	12	11	22	3	6
Wyśmiewanie	8	16	8	16	17	34	3	6
Nie spotykam się	0	0	0	0	0	0	2	100
Chi-kwadrat=63,665; p<0,001								

Pytanie wielokrotnego wyboru *Źródło:* badania własne.

Jeśli chodzi o częstość doświadczania agresji fizycznej to na co dzień najczęściej doświadczali jej pracownicy zespołu ratownictwa medycznego (14%). Na SORze najwięcej osób wskazało, że doświadcza takiej agresji dosyć często (44%).

Najrzadziej agresja fizyczna była problemem wśród pracowników POZ, też tylko w tej grupie były osoby które nigdy nie doświadczyło agresji (tabela nr 4).

Tabela 4. Opinia badanych na temat, jak często spotykają się z fizycznym zachowaniem agresywnym ze strony pacjenta.

W czasie wykonywania zadań zawodowych spotykasz się z fizycznym zachowaniem agresywnym ze strony pacjenta?	**Oddział szpitalny**		**Zespół ratownictwa medycznego**		**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**		**POZ**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Na co dzień	2	4	7	14	2	4	0	0
Dosyć często	10	20	17	34	22	44	0	0
Czasami	24	48	15	30	18	36	6	12
Rzadko	12	24	11	22	8	16	31	62
Nigdy	2	4	0	0	0	0	13	26
Ogółem	50	100	50	100	50	100	50	100
Chi-kwadrat=95,066; p<0,001								

Źródło: badania własne.

Pracownicy zespołu ratownictwa medycznego (28%) i SOR (20%) częściej wskazywali, że podniesienie głosu, używanie sarkazmu oraz postawa autorytarna sprzyja „rozładowaniu" napięcie i postawy agresywnej pacjenta. Nie odnotowano jednak korelacji pomiędzy miejscem pracy a opinią badanych (tabela nr 5).

Tabela 5. Wiedza badanych na temat zachowań redukujących zachowania agresywne pacjenta.

Czy Twoim zdaniem podniesienie głosu, używanie sarkazmu oraz postawa autorytarna sprzyja „rozładowaniu" napięcie i postawy agresywnej pacjenta?	**Oddział szpitalny**		**Zespół ratownictwa medycznego**		**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**		**POZ**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tak	6	12	14	28	10	20	3	6
Nie	34	68	24	48	30	60	32	64
Nie mam zdania	10	20	12	24	10	20	15	30
Ogółem	50	100	50	100	50	100	50	100
Chi-kwadrat=11,626; p=0,071								

Źródło: badania własne.

Badani byli dosyć zgodni w swoich odpowiedziach. Jedynie w przypadku odpowiedzi „będziesz eksponował siłę i przewagę" widać, że nieco częściej wskazywali ją pracownicy zespołu ratownictwa medycznego (20%) (tabela nr 6).

Tabela 6. Wiedza respondentów na temat profesjonalnych reakcji w sytuacji kontaktu z pacjentem zachowującym się agresywnie.

W sytuacji kontaktu z pacjentem przejawiającym zachowania agresywne:	**Oddział szpitalny**		**Zespół ratownictwa medycznego**		**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**		**POZ**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
prosisz go, aby usiadł	30	60	27	54	41	58	29	58
będziesz ignorował jego zachowanie	16	32	13	26	10	32	16	32
będziesz eksponował siłę i przewagę	6	12	10	20	1	4	2	4
inne (zachowanie spokoju, obojętność)	2	4	0	0	4	6	3	6
Chi-kwadrat=19,640; p=0,020								

Pytanie wielokrotnego wyboru. *Źródło:* badania własne.

Badani w oddziałach szpitalnych (76%), na SOR (76%) i w POZ (66%) byli zgodni, że w sytuacji kiedy ma się do czynienia z pacjentem, który stale powtarza określone pytania lub stanowisko stara się zachować spokój, kontrolując swoje emocje zapewniając, że bierze pod uwagę troskę o pacjenta, w przypadku badanych z zespołu ratownictwa medycznego aż 38% badanych deklarowało, że wdaje się w dyskusję podejmując próbę przekonania pacjenta o jego niewłaściwym zachowaniu (tabela nr 7).

Tabela 7. Umiejętności badanych w zakresie profesjonalnego postępowania w sytuacji kiedy pacjent powtarza określone pytania lub stanowisko.

W sytuacji kiedy masz do czynienia z pacjentem, który stale powtarza określone pytania lub stanowisko:	**Oddział szpitalny**		**Zespół ratownictwa medycznego**		**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**		**POZ**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
starasz się zachować spokój, kontrolując swoje emocje zapewniasz, że bierzesz pod uwagę troskę o pacjenta	38	76	26	52	38	76	33	66
ignorujesz jego zachowanie, eksponując zainteresowanie innymi pacjentami	7	14	5	10	7	14	12	24
wdajesz się w dyskusję podejmując próbę przekonania pacjenta o jego niewłaściwym zachowaniu	5	10	19	38	5	10	5	10
Ogółem	50	100	50	100	50	100	50	100
Chi-kwadrat=23,612; p=0,001								

Źródło: badania własne.

Badani z zespołu ratownictwa medycznego częściej wskazywali na podniesienie głosu (24%). Z kolei na rezygnację z konfrontacji wskazało aż 36% badanych z POZ. Mobilizowanie swojej motywacji do przekazania w spokojny sposób informacji dominowało wśród badanych z SOR (tabela nr 8)

Tabela 8. Umiejętności badanych w zakresie profesjonalnej reakcji na krzyk lub odmowę pacjenta.

Na krzyk lub odmowę mówienia przez pacjenta reagujesz:	**Oddział szpitalny**		**Zespół ratownictwa medycznego**		**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**		**POZ**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
podniesieniem głosu	7	14	12	24	2	4	5	10
rezygnujesz z konfrontacji	12	24	13	26	2	4	18	36
mobilizujesz swoją motywację do przekazania w spokojny sposób informacji	31	62	23	46	46	92	26	52
inne (prośba o spokój)	0	0	2	4	0	0	1	2
Ogółem	50	100,0	50	100	50	100	50	100
Chi-kwadrat=33,735; p<0,001								

Źródło: badania własne.

Badani z zespołu ratownictwa medycznego (24%) częściej niż badani z innych miejsc pracy wskazywali, że zareagują odepchnięciem pacjenta, w sytuacji gdy ten naruszy ich przestrzeń prywatną. W pozostałych grupach dominowała odpowiedź: „odsunę się na bezpieczną dla siebie odległość" (tabela nr 9).

Tabela 9. Umiejętności badanych w zakresie profesjonalnej reakcji w sytuacji naruszenia przez pacjenta prywatnej przestrzeni profesjonalisty medycznego.

Na naruszenie przez pacjenta Twojej prywatnej przestrzeni:	**Oddział szpitalny**		**Zespół ratownictwa medycznego**		**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**		**POZ**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
zareaguję odepchnięciem go	1	2	12	24	1	2	0	0
przytulisz go	0	0	1	2	1	2	0	0
odsuniesz na bezpieczną dla ciebie odległość	49	98	37	74	46	92	48	96
inne (odchodzę, ignoruję)	0	0	50	100	2	4	2	4
Ogółem	50	100	50	100	50	100	50	100
Nie policzono Chi – kwadrat ze względu na dużą liczbę komórek z liczebnością oczekiwaną mniejszą niż 5								

Źródło: badania własne.

Badani pracujący w POZ (20%) częściej niż pozostali uważali, że najważniejsze jest lekceważenie pacjenta, licząc że sam się uspokoi, nie ma sensu nawiązywanie jakiegokolwiek kontaktu, z kolei na SOR i oddziałach szpitalnych (74% i 66%) dominowała opinia, że konieczne jest zachowanie spokoju i opanowania, zadeklarowanie chęci pomocy oraz braku akceptacji zachowań agresywnych, zapewnienie bezpieczeństwa sobie, pacjentowi i otoczeniu, informowanie o podejmowanych działaniach. Badani z zespołu ratownictwa medycznego (50%) częściej niż pozostali wskazywali na odpowiedź, że najważniejsze jest własne bezpieczeństwo (tabela nr 10).

Tabela 10. Opinia respondentów na temat preferowanych zachowań w sytuacji kontaktu z pacjentem przejawiającym zachowania agresywne.

W Twojej ocenie w sytuacji kontaktu z pacjentem przejawiającym nagłe agresywne zachowanie najważniejsze jest:	**Oddział szpitalny**		**Zespół ratownictwa medycznego**		**Szpitalny Oddział Ratunkowy/ Izba Przyjęć**		**POZ**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
lekceważenie pacjenta...	4	8	7	14	7	14	10	20
zachowanie spokoju i opanowania...	33	66	18	36	37	74	28	56
najważniejsze jest własne bezpieczeństwo	13	26	25	50	6	12	12	24
Ogółem	50	100	50	100	50	100	50	100
Chi-kwadrat=23,108; p=0,001								

Źródło: badania własne.

Wnioski

1. Większość ankietowanych uważało, że agresywna postawa pacjenta stanowi problem w pracy, jednak najczęściej taka opinie głosili pracownicy oddziałów szpitalnych.
2. Najwięcej pracowników SOR wskazało, że doświadcza agresji słownej ze strony pacjentów.

3. Spośród rodzajów agresji słownej ze strony pacjenta, wszystkie grupy zawodowe najczęściej doświadczały wulgaryzmów, a w dalszej kolejności wymieniały krzyki pacjentów i obrażanie personelu medycznego.
4. Również agresji fizycznej ze strony pacjentów, najczęściej doświadczali pracownicy SOR.
5. Pracownicy zespołu ratownictwa medycznego i SOR (w wymienionej kolejności) częściej wskazywali, że podniesienie głosu, używanie sarkazmu oraz postawa autorytarna sprzyja „rozładowaniu" napięcie i postawy agresywnej pacjenta.
6. W zakresie wiedzy respondentów na temat profesjonalnych reakcji w sytuacji kontaktu z pacjentem zachowującym się agresywnie odpowiedzi we wszystkich grupach zawodowych były podobne, tylko w przypadku odpowiedzi „będziesz eksponował siłę i przewagę", nieco częściej wskazywali ją pracownicy zespołu ratownictwa medycznego.
7. W sytuacji kiedy ma się do czynienia z pacjentem, który stale powtarza określone pytania lub stanowisko, przypadku badanych z zespołu ratownictwa medycznego duża grupa badanych deklarowała, że wdaje się w dyskusję podejmując próbę przekonania pacjenta o jego niewłaściwym zachowaniu.
8. Badani z zespołu ratownictwa medycznego częściej wskazywali na podniesienie głosu na pacjenta. Jednocześnie najrzadziej mobilizowali swoją motywację do przekazania w spokojny sposób informacji.
9. Badani z zespołu ratownictwa medycznego częściej niż badani z innych miejsc pracy wskazywali, że zareagują odepchnięciem pacjenta, w sytuacji gdy ten naruszy ich przestrzeń prywatną.
10. Badani pracujący w POZ częściej niż pozostali uważali, że najważniejsze jest lekceważenie pacjenta, licząc, że sam się uspokoi, nie ma sensu nawiązywanie z nim jakiegokolwiek kontaktu.
11. Badani z zespołu ratownictwa medycznego częściej niż pozostali pracownicy medyczni wskazywali na odpowiedź, że najważniejsze jest własne bezpieczeństwo.

Podsumowanie

Badania własne potwierdzają wyniki innych badań na ten sam temat. Zachowania agresywne pacjentów stanowią problem w pracy zawodowej pracowników medycznych. Dowodzą jednocześnie, że pracownicy medyczni wykazują istotny deficyt w zakresie wiedzy i umiejętności stosowania mechanizmów zaradczych w sytuacji kontaktu z pacjentem zachowującym się agresywnie.

Piśmiennictwo

1. Aronson E. *Człowiek jako istota społeczna,* Warszawa, PWN, 2001
2. Dudek B., Merecz D., Makowska Z. *Poczucie kontroli w miejscu pracy a poziom stresu zawodowego i związane z nim skutki.* Med. Pr. 2001, 52, 6, s. 451–457.
3. Frydrysiak K., Grześkowiak M., Podlewski R. *Agresja pacjentów zagrożeniem w pracy zespołów ratownictwa medycznego*, Anestezjologia i Ratownictwo 2014, 8, s. 381–391.
4. Doliński D., Strelau J. *Psychologia. Podręcznik akademicki*, GWP, Gdańsk, 2008.
5. Merecz D., Mościcka A. *Przemoc w placówkach służby zdrowia i sposoby jej przeciwdziałania*, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź, 2003.
6. Merecz D., Waszkowska M. *Informacje na temat zagrożeń psychospołecznych w środowisku społecznym w miejscu pracy*. Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź, 2007, s. 5–37.
7. Szwamel K.,Sochocka L. *Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 2, s. 149–154.
8. Streciewko A., Barański J., Mastalerz-Migas A. *Agresja w opiece zdrowotnej*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2014.
9. Skargi i wnioski. Tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków. Informacja o skargach i wnioskach rozpatrzonych w Narodowym Funduszu Zdrowia 2016–2017. http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/skargi-i-wnioski/ [dostęp:05.05.2017].
10. Mokrzyszewski A., Wenzel M., Krajewski R. *Agresja wobec lekarzy,* Gazeta Lekarska, 2008, 4, 6–7.
11. Lickiewicz J., Piątek J. *Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarskiej*. Sztuka Leczenia, 2014, 3–4, 11–22.
12. Paszkowska M. *Agresja pacjentów jako problem w pracy lekarzy.* Praca i Zdrowie, 2010, 9.
13. Kowalczuk K., Jankowiak B., Krajewska Kułak E., Kułak W., Klimaszewska K., Kondzior D., Kowalewska B., Wpływ agresji na występowanie stresu w środowisku lekarzy, Annales Academiae Medicae Stetinesis 2009, 55, 3.
14. Niewiadowicz-Czapska T. Agresja w pracy pielęgniarki. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2010, 3.
15. Ślusarska B., Nowicki G., Jędrzejewicz D., Poziom odczuwanego stresu i czynniki stresogenne na stanowisku pracy ratownika medycznego, Pielęgniarstwo XXI wieku 2014, 1.
16. Rymaszewska J. *Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym.* Psychiatria Praktyczna Kliniczna. 2008. 1 (2).

17. Heitzman J. *Postępowanie w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów*. Psychiatria Polska, 2007.
18. Jemes R., Gilliland B. *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, Parpa Media, Warszawa, 2010.
19. Kliś A. Profilaktyka agresji i przemocy u pacjentów w ośrodkach dializ. Forum Nefrologiczne, 2011, tom 4, nr 2.
20. Zamperion A., Saraiva M., Pranovi R., *Recomendations for Prevention and Management of Violence and Aggression in renal units.* Imprenta Tomas Hermanos, Madrid 2010.
21. Haman W., Gut. *Docenić konflikt. Od walki i manipulacji do współpracy*. Helion, 2008.

Knowledge and skills of medical staff with respect to manifestations of aggression by a patient

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

► **S u m m a r y :**
Introduction. Problems resulting from occupational exposure of medical staff to aggression are phenomena which have been poorly recognized in Poland; however, this does not mean that they do not exist. Without proper knowledge and skills of medical staff in this area, both parties of the relation are exposed to the negative consequences of aggressive behaviour, and both parties suffer psychosocial losses.
Objective. The objective of the study was to examine whether medical staff possess knowledge and skills of the professional management of patients who manifest aggressive behaviour.
Materials and Method. The study was conducted in 2016 among 41 physicians, 106 nurses, and 53 paramedics. The research instrument was an author-constructed questionnaire designed for the purpose of the study. The collected research material was statistically analyzed using the statistical package IBM SPSS Statistics, providing the numbers and percentage of categories of answers indicated by the respondents. The p values $p<0.05$ were considered statistically significant.
Results and Conclusions. Gender and the period of employment exerted the greatest effect on use of remedial mechanisms in experiencing aggression, followed by the occupation performed and place of work. The study confirmed the results of other investigations that aggressive behaviours of patients constitute a problem in the work of the medical staff. The results of studies confirm that medical staff show a significant deficit with respect to the skills of using remedial mechanisms in the situation of contact with a patient who behaves aggressively.

► **K e y w o r d s :** medical staff, aggressive behaviours, patient

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 1, Rok 2017, s. 69–76

Ocena poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat funkcjonowania pacjentów z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem

Renata Sikorska[1], **Beata Biernacka**[1]

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

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Al Kardiowertery-defibrylatory serca, obok stymulatorów, są jednym z największych osiągnięć współczesnej kardiologii. Postęp jaki się dokonał w niefarmakologicznym leczeniu groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca, przyczynił się do wzrostu liczby pacjentów z implantowanymi urządzeniami do elektroterapii (w tym ICD). Wszczepienie kardiowertera-defibrylatora jest metodą ratującą życie przy groźnych zaburzeniach rytmu serca. Kwalifikacja do zabiegu implantacji ICD przebiega na podstawie diagnostyki kardiologicznej. Podczas zabiegu elektroda lub elektrody umieszczane są drogą przez żylną do serca, a generator impulsów zwykle umieszczany jest podpowięziowo. Powikłania po zabiegu choć rzadkie mogą być poważne w skutkach. Ważne jest przygotowanie zarówno fizyczne jak i psychiczne pacjenta. Treści przekazywane pacjentowi w ramach edukacji powinny zawierać informacje dotyczące okresu około zabiegowego.
Cel. Celem pracy było określenie, jaki jest poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat funkcjonowania pacjentów z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem.
Materiał i metody. Badaniem objęto łącznie 75 osób. Grupę badawczą stanowił personel pielęgniarski Kliniki Kardiologii SPSK Nr 4, grupa kontrolna to personel innego oddziału internistycznego tego samego szpitala. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Zebrany materiał opracowano za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics.
Wyniki i wnioski. W toku przeprowadzonych badań wykazano, że poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego w grupie badawczej był większy niż w grupie kontrolnej. Jednocześnie dowiedziono, że staż pracy i wykształcenie nie koreluje z poziomem ich wiedzy.

►**Słowa kluczowe:** Kardiowertery-defibrylatory serca, wiedza, pielęgniarki/rze, pacjent

Wprowadzenie

Kardiowertery-defibrylatory serca (ang. *Implantable Cardioverter-Defibrylator*, ICD), obok sztucznych stymulatorów serca, są jednym z największych osiągnięć współczesnej kardiologii. Służą one do leczenia niebezpiecznych dla życia arytmii komorowych.

Twórcą tej metody leczenia był Mieczysław Mirowski, ur. W 1924 r. w Warszawie. W USA (*John Hopkins Hospital* Baltimore), po latach eksperymentów na zwierzętach oraz prób przedklinicznych w 1980 r. dokonał pierwszej implantacji kardiowertera-defibrylatora u człowieka. W 1982 r. rozpoczęto seryjną produkcję. ulepszonej wersji ICD. Kolejne ich generacje były bardziej udoskonalone

przez rozbudowywanie zarówno funkcji terapeutycznych (właściwości przeciwarytmicznych, stymulacji przeciw bradykardii) jak również, przez rozwijanie czynności diagnostycznych takich jak monitorowanie holterowskie i zapis EKG wewnątrz sercowego.

Podobnie jak w przypadku stymulatora serca, „kamieniem milowym" w rozwoju wszczepialnych kardiowerterów-defibrylatorów było wprowadzenie w 1980 r. elektrod przez żylnych, które prawie całkowicie wyparły stosowane uprzednio elektrody nasierdziowe, zakładane metodą torakotomii. Pozwoliło to na skrócenie i uproszczenie procedury implantacyjnej i związane z tym znaczne obniżenie śmiertelności okołooperacyjnej z 5–6% do <1% [1;2;3].

W Polsce pierwszy ICD wszczepiono w 1986 r. w 1 Klinice Kardiologii Śląskiego Ośrodka Kardiologii w Katowicach-Ochojcu, natomiast w 1995 r. w II Klinice Chorób Serca w Gdańsku wszczepiono pierwszy kardiowerter-defibrylator z elektrodami przezżylnymi.

Wieloośrodkowe, randomizowane badania kliniczne wykazały zmniejszenie śmiertelności w grupie leczonych za pomocą ICD w porównaniu z grupą leczonych bez użycia tych urządzeń. Notuje się systematyczny wzrost wykonywanych zabiegów wszczepienia ICD. W Polsce w 2009 roku implantowano 5276 ICD, a w 2012 roku – już 7006 ICD [4;5;6]. Jednocześnie dynamicznie zwiększa się, niejednorodna demograficznie i klinicznie populacja pacjentów. Chorzy młodzi (poniżej 50 roku życia) stanowią 10% tej populacji. Młody wiek jest jednym z czynników ryzyka obniżonej jakości życia pacjentów z ICD. Pacjenci ci mają liczne, zróżnicowane problemy: zaburzenia stosunków rodzinnych, emocjonalne, ograniczenie aktywności fizycznej i zawodowej oraz problemy wynikające z chorób współistniejących.

Pacjenci z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem stanowią grupę wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzeń lękowych i depresyjnych. Obraz własnej sytuacji, związanej z chorobą serca jest subiektywnym odzwierciedleniem stanu zdrowia. Trudności jakie napotyka chory w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, w wymiarze psychicznym są ściśle związane z indywidualnym spojrzeniem. Negatywne emocje, jakie choroba często wyzwala w pacjentach, zagrażają więzom społecznym. Zalecane ograniczenie intensywnego wysiłku fizycznego u pacjentów z ICD, często interpretowane jest dosłownie, ograniczając go do minimum[7;8;9;10].

Dlatego też, ta dynamicznie rosnąca populacja pacjentów stanowi wyzwanie dla opiekujących się nią osób. Wiąże się to nierozerwalnie z edukacją i poradnictwem, nastawionym na zmianę przekonań i zachowań związanych ze zdrowiem, mającym na celu optymalizację funkcjonowania w tej grupie. Oznacza to wyjaśnienie mechanizmów działania ICD, kształtowanie adekwatnego nastawienia do wyładowań urządzenia oraz odpowiedzi na pytania pacjentów dotyczących różnych dziedzin codziennego życia. Jest to proces złożony, rozpoczyna się już w momencie przygotowania chorego do zabiegu implantacji. Wszyscy człon-

kowie zespołu terapeutycznego (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog) w ramach realizacji swoich funkcji zawodowych, powinni prezentować indywidualne podejście do każdego pacjenta. Istotne jest przekazanie niezbędnej wiedzy na temat istoty choroby, działania ICD, a także omówienie problemów, z którymi się będzie spotykał w przyszłości, zarówno jemu, jak i jego rodzinie[11;12;13].

Cel

Celem pracy było określenie, jaki jest poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat funkcjonowania pacjentów z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem.

Materiał i metoda

Badania zostały przeprowadzone w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr.4, w dniach od 3 października do 14 listopada 2016. Łącznie zbadano 75 osób. Badanych podzielono na dwie grupy: grupę badawczą (pracownicy oddziałów kardiologii) (66,7%) oraz grupę kontrolną (pracownicy oddziału wewnętrznego) (33,3%). Grupie badawczej 14% badanych miało staż pracy do 5 lat, 22% od 6 do 15 lat, zaś 64% powyżej 15 lat. Z kolei w grupie kontrolnej 24% badanych miało staż pracy do 5 lat, 24% od 6 do 15 lat, zaś 52% powyżej 15 lat. w grupie badawczej było 12% pielęgniarek dyplomowanych, 20% z tytułem licencjata, 14% starszych pielęgniarek, 40% magistrów pielęgniarstwa oraz 46% osób z tytułem specjalisty. Wśród badanych w grupie kontrolnej było 4% pielęgniarek dyplomowanych, 64% z tytułem licencjata, 8% starszych pielęgniarek, 12% magistrów pielęgniarstwa oraz 24% osób z tytułem specjalisty.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz autorski, który zawierał grupę pytań, które dotyczyły różnych aspektów **wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat funkcjonowania pacjentów z implantowanym kardiowerterem-defibrylatorem**. Na ich podstawie dokonano oceny poziomu wiedzy. Za dobrą odpowiedź respondenci uzyskiwali 1 punkt, za złą 0 punktów (w pytaniach wielokrotnego wyboru każda poprawna odpowiedź to 1 punkt). Średnia liczba punktów, którą uzyskali badani wynosi 17,91 punktów (SD=4,54). Minimalna liczba punktów wyniosła 6 zaś maksymalna 31.

Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics. W przypadku zmiennych jakościowych podano liczebność i procent wskazanych przez badanych kategorii odpowiedzi. W przypadku zmiennych ilościowych zastosowano statystyki opisowe: średnią arytmetyczną oraz odchylenie standardowe. W celu weryfikacji postawionych hipotez zastosowano test chi-kwadrat, który jest podstawowym testem, pozwalającym na określenie statystycznej istotności zależności pomiędzy dwiema zmiennymi

(zazwyczaj nominalnymi). Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności $p<0,05$.

Wyniki i wnioski

W badaniach własnych wykazano, że poziom wiedzy badanych w grupie badawczej był większy niż w grupie kontrolnej. W grupie badawczej niski poziom wiedzy miało 8% badanych, przeciętny 54%, zaś wysoki 38% badanych. W grupie kontrolnej niski poziom wiedzy miało 36% badanych, przeciętny 32%, zaś wysoki 32% badanych (tabela nr 1).

Tabela 1. Poziom wiedzy grupy badawczej i kontrolnej.

Poziom wiedzy	**Grupa badawcza**		**Grupa kontrolna**	
	n	**%**	**n**	**%**
Niski poziom wiedzy	4	8,0	9	36,0
Przeciętny poziom wiedzy	27	54,0	8	32,0
Wysoki poziom wiedzy	19	38,0	8	32,0
Ogółem	50	100,0	25	100,0
Chi-kwadrat=9,434; p=0,009				

Źródło: Badania własne.

Staż pracy badanych nie korelował ze stażem pracy w pielęgniarstwie. Wykazano jednak pewną tendencję. Badane z większym stażem pracy statystycznie częściej charakteryzował wyższy poziom wiedzy (tabela nr 2).

Tabela 2. Staż pracy a poziom wiedzy badanych.

Poziom wiedzy	**Staż pracy w pielęgniarstwie**					
	0–5 lat		**6–15 lat**		**Powyżej 15 lat**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Niski poziom wiedzy	4	30,8	5	29,4	4	8,9
Przeciętny poziom wiedzy	7	53,8	8	47,1	20	44,4
Wysoki poziom wiedzy	2	15,4	4	23,5	21	46,7
Ogółem	13	100,0	17	100,0	45	100,0
Chi-kwadrat=8,519; p=0,074						

Źródło: Badania własne.

Również wykształcenie badanych, nie korelowało z poziomem ich wiedzy (tabela nr 3).

Tabela 3. Wykształcenie a poziom wiedzy badanych.

Poziom wiedzy	Wykształcenie									
	Pielęgniarka dyplomowana		Tytuł licencjata		Starsza pielęgniarka		Magister pielęgniarstwa		Tytuł specjalisty	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niski poziom wiedzy	0	0,0	6	23,1	1	11,1	4	17,4	3	10,3
Przeciętny poziom wiedzy	5	71,4	12	46,2	5	55,6	11	47,8	13	44,8
Wysoki poziom wiedzy	2	28,6	8	30,8	3	33,3	8	34,8	13	44,8
Ogółem	7	100,0	26	100,0	9	100,0	23	100,0	29	100,0
Chi-kwadrat=4,703; p=0,789										

Źródło: Badania własne.

Sprawdzono również, czy na wybrane aspekty wiedzy mają wpływ takie zmienne jak wykształcenie i staż pracy. Wykazano, że pielęgniarki dyplomowane oraz z tytułem licencjata statystycznie częściej deklarowały, że powinien unikać kontaktu z urządzeniami elektrycznymi, zaś badane z tytułem specjalisty oraz z tytułem magistra częściej deklarowały zdanie przeciwne – nie powinien unikać kontaktu z urządzeniami elektrycznymi (tabela nr 4).

Tabela 4. Unikanie przez pacjenta kontaktu z urządzeniami elektrycznymi a wykształcenie badanych.

Czy powinien unikać kontaktu z urządzeniami elektrycznymi?	Wykształcenie									
	Pielęgniarka dyplomowana		Tytuł licencjata		Starsza pielęgniarka		Magister pielęgniarstwa		Tytuł specjalisty	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	4	57.1	12	46.2	2	22.2	8	34.8	8	27.6
Nie	1	14.3	12	46.2	5	55.6	14	60.9	21	72.4
Nie wiem	2	28.6	2	7.7	2	22.2	1	4.3	0	0.0
Ogółem	7	100,0	26	100,0	9	100,0	23	100,0	29	100,0
Chi-kwadrat=16,034; p=0,042										

Źródło: Badania własne.

Badani z dłuższym stażem pracy statystycznie częściej wskazywały, że po zabiegu wszczepienia defibrylatora, w ramach rehabilitacji pacjent powinien wykonywać w pełnym zakresie czynności samoobsługowe (tabela nr 5).

Tabele 5. Samoobsługa pacjenta a badani z dłuższym stażem.

Po zabiegu wszczepienia defibrylatora, w ramach rehabilitacji pacjent powinien wykonywać w pełnym zakresie czynności samoobsługowe	**Staż pracy w pielęgniarstwie**					
	0–5 lat		**6–15 lat**		**Powyżej 15 lat**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tak	2	15,4	5	29,4	25	55,6
Nie	11	84,6	12	70,6	20	44,4
Ogółem	13	100,0	17	100,0	45	100,0
Chi-kwadrat=8,232; p=0,016						

Źródło: Badania własne.

Badani z dłuższym stażem pracy statystycznie częściej wskazywały, że po zabiegu wszczepienia defibrylatora, wykonywanie elektrokoagulacji jest utrudnione u tych pacjentów (tabela nr 6).

Tabela 6. Wykonywanie elektrokoagulacji u pacjentów a staż pracy badanych.

Wykonywanie jakich zabiegów jest utrudnione u tych pacjentów: Elektrokoagulacja	**Staż pracy w pielęgniarstwie**					
	0–5 lat		**6–15 lat**		**Powyżej 15 lat**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tak	4	30,8	3	17,6	23	51,1
Nie	9	69,2	14	82,4	22	48,9
Ogółem	13	100,0	17	100,0	45	100,0
Chi-kwadrat=6,316; p=0,043						

Źródło: Badania własne.

Wnioski

1. W badaniach własnych wykazano, że poziom wiedzy badanych w grupie badawczej był większy niż w grupie kontrolnej. Różnica ta była istotna statystycznie.
2. Staż pracy badanych nie korelował z poziomem ich wiedzy. Wykazano jednak pewną tendencję. Badane z większym stażem pracy statystycznie częściej charakteryzował wyższy poziom wiedzy.
3. Wykształcenie badanych nie korelowało z poziomem ich wiedzy.
4. Poziom wiedzy badanych na temat unikanie przez pacjenta kontaktu z urządzeniami elektrycznymi różnił się w sposób istotny statystycznie w aspekcie wykształcenia badanych.
5. Poziom wiedzy badanych co do zachowań pacjentów po zabiegu wszczepienia defibrylatora, w ramach rehabilitacji i wykonywania w pełnym zakresie czynności samoobsługowych, był statystycznie istotny ze względu na ich staż pracy.
6. Badani z dłuższym stażem pracy, statystycznie częściej wskazywali, że po zabiegu wszczepienia defibrylatora, wykonywanie elektrokoagulacji jest utrudnione u pacjentów po zabiegu wszczepienia defibrylatora.

Podsumowanie

Otrzymane wyniki wskazują na konieczność zwiększenia poziomu wiedzy u personelu pielęgniarskiego, a w szczególności personelu oddziałów kardiologicznych, które zobligowane są do działań edukacyjnych w obrębie własnej jednostki i nie tylko. Przeciętny (54%) i wysoki poziom wiedzy (38%) w grupie badawczej, jest niewystarczający do optymalnego przygotowania pacjentów do życia po zabiegu implantacji ICD. Programy cyklicznych szkoleń personelu powinny zawierać treści umożliwiające poszerzenie wiedzy na temat funkcjonowania pacjentów z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem. Personel powinien chcieć być na bieżąco w gałęzi medycyny, której dotyczy praca na danym odcinku oraz wysoki poziom wszystkich aspektów wykonywanego zawodu, w tym funkcji edukacyjnej. Naturalne powinno się stać „wychodzenie" z informacją do pacjenta, wzbudzanie jego zainteresowania, a nie tylko odpowiedzi na zadawane pytania. Pacjent nie zawsze wie, o co zapytać, gdyż na etapie hospitalizacji nie jest w stanie przewidzieć sytuacji jakie czekają na niego w codziennym życiu.

Piśmiennictwo

1. Mendecki T.: Kardiologia. Wyd. PZWL, Warszawa 2005r, s. 576.
2. Bednarek A. [i In]: Jakość życia pacjentów po implantacji kardiowertera-defibrylatora, Med. Og. Nauki Zdr. 2014: 20 (3) ss. 117–124.
3. Baranowski R. [i In]: Nieuzasadniona interwencja ICD, co dalej z tego wynikнęło?, W Dobrym Rytmie 2014: (1) ss. 33–36,
4. Kuśnierz M. [i In].: Wpływ kardiowertera-defibrylatora na jakość życia – przegląd badań, Folia Cardiologica 2016, t. 11, nr 1, ss. 28–36.
5. Hawryluk Ł. [i In] : Wszczepialne urządzenia do elektroterapii serca certyfikowane dla środowiska elektromagnetycznego. Co warto wiedzieć zanim skierujemy chorego na badanie MRI, W Dobrym Rytmie, t. 32, nr 3, 2014, ss. 21–25.
6. Kuchczyński M. [i In]: Strategie poznawczo-behawioralne w rehabilitacji psychologicznej osób po implantacji kardiowertera-defibrylatora, Ann. Acad. Med. Gedan. 2013: 43 ss. 155–163.
7. Kuśnierz M. [i In]: Wpływ kardiowertera-defibrylatora na jakość życia – przegląd badań, Folia Cardiologica 2016, t. 11, nr 1, ss. 28–36.
8. Krymska B.: Przygotowanie pacjenta z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem dopowrotu do pracy, Probl. Pielęg. 2011: 19 (3) ss. 401–404.
9. Łoboda K. [i In]: Zaburzenia emocjonalne u chłopca z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem, Pediatr. Pol. 2012: 87 (3) ss. 314–317.

10. Maciąg A. : Interferencje elektromagnetyczne w implantowanych kardiowerterach-defibrylatorach, W Dobrym Rytmie, t. 32, nr 3, 2014, ss. 26–30.
11. Mańkowska-Załuska B. [i In]: Problemy psychologiczne pacjentów po implantacji kardiowertera-defibrylatora serca, Folia Cardiol. 2015: 10 (5) ss. 342–347.
12. Szumowski L. [i In]: Zespół stresu pourazowego u pacjenta z licznymi wyładowaniami ICD. Rola ablacji, Kardiol. Pol. 2006: 64 ss. 910–912,
13. Szmulik M.: Częstotliwość interwencji antyarytmicznych a jakość życia u pacjentów z wszczepionym kardiowerterem-defibrylatorem, Kardiol. Pol. 2011: 69 (supl. II) s. 39.

Evaluation of the level of knowledge of nursing staff concerning the functioning of patients with implanted cardioverter-defibrillator

Renata Sikorska[1], Beata Biernacka[1]

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

►**Summary:**
Introduction. Implantable cardioverters-defibrillators, apart from pacemakers, are among the greatest achievements of contemporary cardiology. The progress which has taken place in non-pharmacological treatment of life-threatening cardiac arrhythmias has contributed to the increase in the number of patients with implanted devices for electrotherapy (including ICD). The implantation of a cardioverter-defibrillator is a method for saving the life of a patient with dangerous cardiac arrhythmia. Qualification for the procedure of ICD implantation takes place based on cardiologic diagnostics. During the procedure, an electrode or electrodes are introduced, via the venous route, into the heart, and a pulse generator is usually placed subfascially. Complications after the procedure, although rare, may have serious consequences. Both the physical and psychological preparation of a patient are important. The knowledge provided to a patient within education should contain information concerning the peri-operative period.
Objective. The objective of the study was determination of the level of nursing staff knowledge concerning the functioning of patients with implanted cardioverter-defibrillator.
Materials and Method. The study covered a total of 75 respondents. The study group consisted of nursing staff from the Cardiology Clinic, Independent Public Clinical Hospital No. 4; the control group came from the staff of another internal medicine ward in the same hospital. The method of a diagnostic survey was applied. The collected material was analyzed using the statistical package IBM SPSS Statistics.
Results and Conclusions. The results of the study showed that the level of knowledge of the nursing staff was higher in the study group, compared to the control group. Simultaneously, it was confirmed that the period of employment and education did not correlate with the level of knowledge.

►**Keywords:** cardioverter-defibrillator, knowledge, nurses, patient

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 2, Rok 2017, s. 77–87

Hospicyjna opieka domowa w ocenie pacjentów

Renata Baj[1], **Jolanta Dziewulska**[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Głównym celem domowej opieki hospicyjnej jest zapewnienie pacjentom i ich opiekunom możliwie najwyższej jakości opieki. Jedną z metod zarządzania przez jakość w opiece paliatywnej, hospicyjnej może być badanie oceny pracy hospicjum domowego dokonywanej przez pacjenta.
Cel. Celem pracy była ocena pracy zespołu hospicjum domowego sprawowaną nad pacjentem objętym opieką Społecznego Zakładu Opieki Hospicyjnej we Włodawie.
Materiał i metody. Analizie poddano wyniki badań satysfakcji, przeprowadzonych anonimowo wśród pacjentów z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety stworzonego specjalnie na potrzeby niniejszej pracy. W badaniu uczestniczyło łącznie 80 pacjentów w wieku powyżej 18 roku życia, którzy byli objęci opieka hospicjum domowego.
Wyniki i wnioski. Zdecydowana większość badanych pacjentów oceniło dostępność do personelu hospicjum jako bardzo dobrą lub dobrą. Najlepiej oceniana była praca pielęgniarki, praca lekarza oceniana była dobrze. Z usług rehabilitacji korzystała zdecydowana większość badanych, pozytywnie oceniając jej wpływ na własne zdrowie. Część badanych osób wskazało obszary, które można byłoby zmienić w działalności hospicjum, były to: potrzeba zwiększenia liczby personelu medycznego i zwiększenia wynagrodzeń dla tego personelu. Wszyscy badani pacjenci uznali, że korzystanie z hospicyjnej opieki domowej przyczyniło się wyraźnie do poprawy jakości ich życia.
►**Słowa kluczowe:** hospicjum, domowa opieka hospicyjna

Wprowadzenie

Ruch hospicyjny swoimi korzeniami sięga tradycji pogańskich. „Hospitium", pochodzi od słowa „hospes" i oznacza osobę połączoną z inną związkiem wynikającym z udzielania gościnności. Tworząc nazwę hospicjum na pierwszym miejscu początkowo podkreślano ideę gościnności rozumianej jako relacja między gospodarzem a gościem. Ideę tą później przejęło chrześcijaństwo. Początkowo zakłady dobroczynne zwano z greckiego „ksenodochium" (na oznaczenie gospody lub schroniska dla podróżnych). Grecką nazwę zaczęto zastępować nazwą łacińską „hospitium". W średniowieczu istniały hospicja w wielu krajach Europy. Najsłynniejsze hospicjum św. Barnarda znajdowało się na szlaku w Alpach Pennińskich[1;2].

Ciccely Saunders – pielęgniarka z Wielkiej Brytanii – zaraz po II wojnie światowej zaczęła starania o budowę domu dla osób umierających, który swą działalność rozpoczął w 1967 roku pod nazwą „Hospicjum świętego Krzysztofa". Nazwa ta ma głęboki sens symboliczny ponieważ przypomina o istocie życia człowieka

jako podróży przez czas i świat, a umieranie jest końcowym jej etapem i dobrze byłoby gdyby odbywało się w „gospodzie" – hospicjum[3;4].

Inicjatywa Cicely Saunders okazała się bardzo cenna i potrzebna w sytuacji, gdy tak wiele ludzi umierało w trudnych warunkach, bez właściwej opieki. Od tego czasu ruch hospicyjny zaczął się rozwijać bardzo dynamicznie nie tylko w Europie ale i na całym świecie.

Polską prekursorką takiej opieki była Hanna Chrzanowska, córka Ignacego Chrzanowskiego, wybitnego profesora literatury polskiej. Po ukończeniu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej uzupełniała wiedzę z zakresu pielęgniarstwa społecznego. Wyrazem pielęgniarstwa społecznego stała się podjęta w latach pięćdziesiątych XX wieku inicjatywa domowej opieki pielęgniarskiej, której zadaniem było objęcie opieką we własnych domach osób chorych przewlekle, umierających, zaspokajając ich potrzeby fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe. Nawiązaniem do tych tradycji było powstanie w Krakowie, w 1981 r. Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum", które rozpoczęło budowę pierwszego w Polsce hospicjum stacjonarnego. Drugim po krakowskim polskim ośrodkiem hospicyjnym w Polsce było Hospitium Pallotinum w Gdańsku, swą działalność zapoczątkowaną w 1984 r. oparło na doświadczeniach osób tworzących pierwszy, nie nazwany jeszcze, zespół hospicyjnej opieki domowej. Stopniowo zdobywane doświadczenia zaowocowały ideą rozszerzenia swej opieki na grupę innych osób umierających w domu, w otoczeniu zagubionej, bezradnej rodziny, bardzo często pozbawionych właściwej opieki ze strony służby zdrowia.

W 1985 r. powstało Hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu. Hospicja tworzone były również w innych miastach Polski. W 1987 r. w Szczecinie powstało Hospicjum Domowe, w 1988 r. Hospicjum Domowe św. Jerzego w Elblągu, a w 1989 r. Towarzystwo Przyjaciół Hospicjum Domowe im. św. Pawła w Zielonej Górze i Lubelskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum" w Lublinie, w 1990 r. – Społeczne Towarzystwo Hispicjum „Cordis" w Mysłowicach, w 1991 r. – Wspólnota Hospicjum św. Kamila w Bielsku Białej, a w 1994 r. – Hispicjum Opatrzności Bożej ks. Orionistów w Wołominie [5;6;7]. W następnych latach rozwój nowych placówek hospicyjnych następował wręcz lawinowo. W 1991 r. wszystkie istniejące hospicja zjednoczyły się tworząc Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, które działa do chwili obecnej pełniąc funkcję informacyjną, organizując szkolenia, konferencje, stanowiąc jednocześnie płaszczyznę wymiany doświadczeń[8].

Zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Polsce, hospicjum domowe finansowane jest ze środków publicznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia[9]. Hospicjum Domowe stanowi podstawową formę opieki paliatywnej zapewniającej opiekę chorym przebywającym w domach. Odbiorcami hospicyjnej opieki domowej są pacjenci, których stan ogólny nie pozwala na korzystanie z opieki ambulatoryjnej. Wizyty realizowane są przez lekarza – co najmniej jedna wizyta na dwa tygodnie i pielęgniarkę – co

najmniej dwie wizyty w tygodniu. Pozostali członkowie zespołu interdyscyplinarnego swoje wizyty odbywają w zależności od potrzeb. Normy jakie wynikają z warunków kontraktu zapewniają niezbędne minimum i bardzo często są niewystarczające, szczególnie w ostatnich dniach życia. W opiece domowej bardzo ważne jest zapewnienie całodobowej dostępności (w godzinach nocnych – pod telefonem). W razie potrzeby hospicjum domowe powinno umożliwić pacjentowi wypożyczenie sprzętu medycznego[9;10].

Kwalifikowanie pacjenta do objęcia go opieką paliatywną powinno być podejmowane na podstawie jego aktualnych i rzeczywistych potrzeb, w szczególności medycznych i nie powinno zależeć od przewidywanego czasu przeżycia. O kwalifikacji decyduje lekarz zatrudniony w jednostce opieki paliatywnej na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie oraz badania lekarskiego. To lekarz podejmuje decyzję o przyjęciu do opieki i określa jej zakres. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej wymagane jest skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego[9]. Chory może być objęty opieką paliatywną jeżeli cierpi na chorobę nowotworową lub też inną chorobę ograniczającą życie. Samo rozpoznanie choroby jest niewystarczające, to lekarz dokonuje kwalifikacji na podstawie objawów towarzyszących (np. ból, duszność, zaparcia, odleżyny, wyniszczenie itp.). Opieka paliatywna powinna być włączona już w trakcie leczenie onkologicznego jeśli u chorego występują uporczywe objawy. U osób z innymi schorzeniami czas opieki ogranicza się do okresu kiedy zaprzestano stosowania terapii przedłużających życie. Wszystkim pacjentom w trakcie terapii wymagającej leczenia objawowego powinien być zapewniony dostęp do poradni medycyny paliatywnej[11;12].

Cel

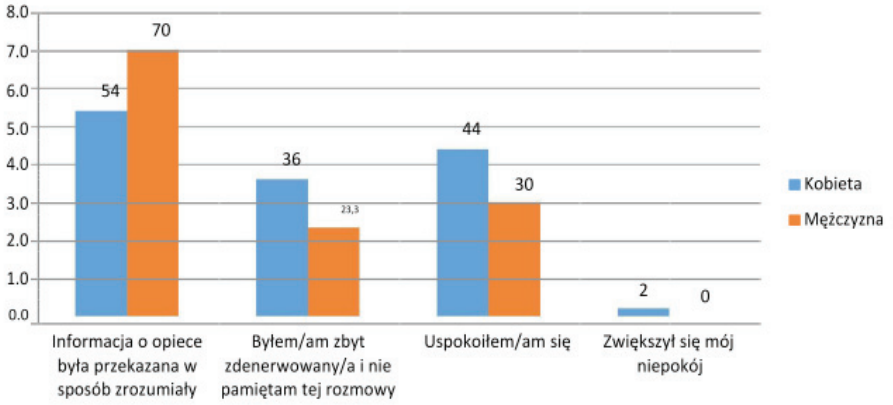
Celem badania była ocena pracy zespołu hospicyjnej opieki domowego przez pacjenta objętego opieką.

Materiał i metoda

Badania na potrzeby niniejszej pracy przeprowadzone zostały na terenie Społecznego Zakładu Opieki Hospicyjnej „HOSPICJUM" we Włodawie. Badaniem zostało objętych 80 pacjentów, 62,5% kobiet i 37,5% mężczyzn. Największy odsetek badanych (60%) był w kategorii 66–85 lat. Kolejną pod względem odsetka była grupa w wieku 46–65 (22,5%). osoby po 85 roku życia stanowili 10% badanej populacji. Najmniej liczną była grupa badanych w wieku 25–45 lat (7,5%). Wykształcenie podstawowe miało 42,5% badanych, zawodowe 21,3%, średnie 25%, zaś wyższe 11,3%. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką była ankieta a narzędziem autorski kwestionariusz ankiety.

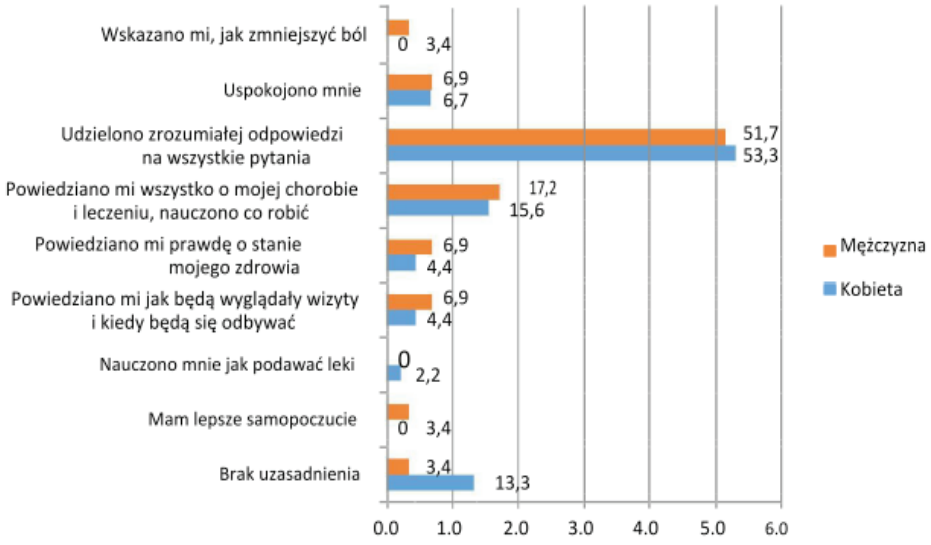
Wyniki i wnioski

Ponad połowa badanych (60%) wskazała, że informacja o opiece, podczas pierwszej rozmowy z pracownikami hospicjum, była przekazana w sposób zrozumiały, 31,3% wskazało, że była zbyt zdenerwowana i nie pamięta tej rozmowy (rycina 1).



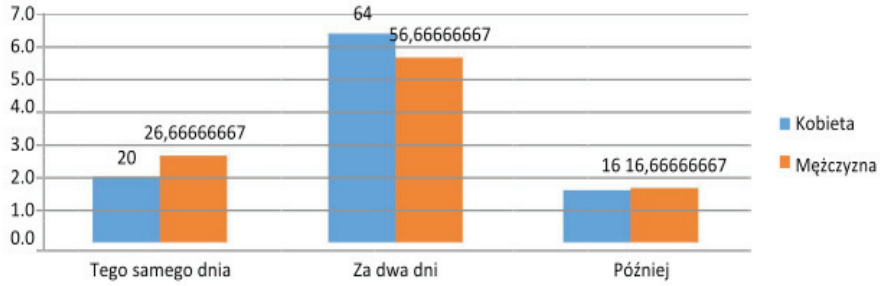
Rycina 1. Ocena wstępnej wizyty pracownika hospicjum. Źródło: badania własne.

Ponad połowa badanych twierdziła, że udzielono im zrozumiałej odpowiedzi na wszystkie pytania (52,7%). Z kolei 16,2% badanych wskazało, że powiedziano im wszystko o chorobie i leczeniu, nauczono co robić. 9,5% badanych nie wskazało uzasadnienia, 6,8% uważało, że rozmowa uspokoiła ich (rycina 2).



Rycina 2. Szczegółowa ocena informacji uzyskanych od pracowników hospicjum. Źródło: badania własne.

Ponad jedna piąta badanych (22,5%) twierdziła, że pierwsza wizyta odbyła się już tego samego dnia, co zgłoszono osobę do opieki domowej, 61,3% wskazało, że odbyła się ona za 2 dni, zaś 16,2% później (rycina 3).

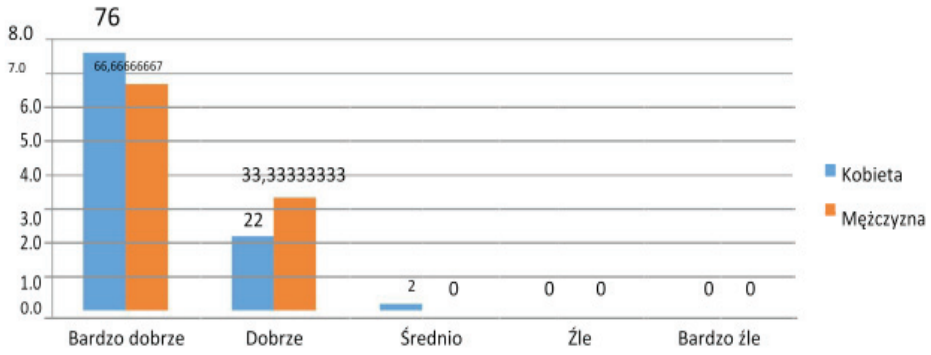


Rycina 3. Ocena czasu w jakim odbyła się pierwsza wizyta pracowników hospicjum. Źródło: badania własne.

Bardzo dobrze życzliwość personelu oceniło 73,8% badanych, dobrze 25%, zaś średnio oceniła 1 osoba. W grupie kobiet bardzo dobrze życzliwość personelu oceniło 76% badanych, zaś dobrze 24% (rycina 4).

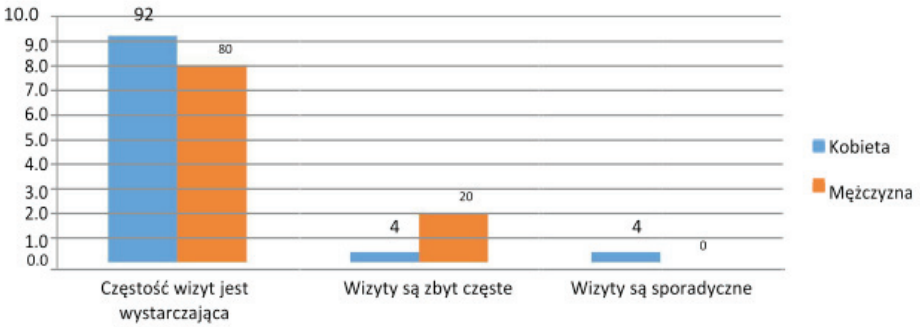
Rycina 4. Ocena życzliwości personelu względem pacjenta. Źródło: badania własne.

Bardzo dobrze zaangażowanie personelu hospicjum w wykonywanie świadczeń medycznych oceniło 72,5% badanych, dobrze 26,3%, zaś średnio 1 osoba- (wykres 5).



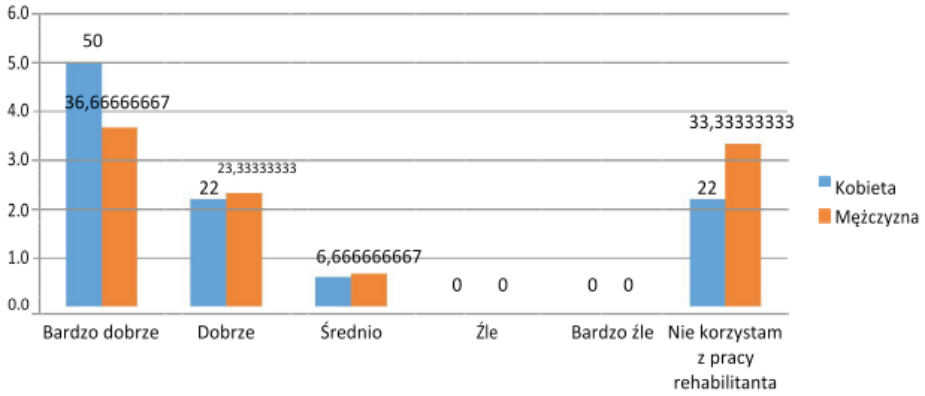
Rycina 5. Ocena stopnia zaangażowania personelu w wykonywanie świadczeń Medycznych. Źródło: badania własne.

Większość badanych (87,5%) podała, że częstość wizyt pracowników hospicjum jest wystarczająca, 10% uważało, że są one zbyt częste, zaś 2 osoby uznały, że są sporadyczne (rycina 6).



Rycina 6. Ocena częstości wizyt pracowników hospicjum. Źródło: badania własne.

Bardzo dobrze pracę rehabilitanta oceniło 45% badanych, dobrze 22,5%, zaś średnio 6,3%. Pozostali badani nie korzystali z usług rehabilitanta (rycina 7).



Rycina 7. Praca rehabilitanta w ocenie pacjentów. Źródło: badania własne.

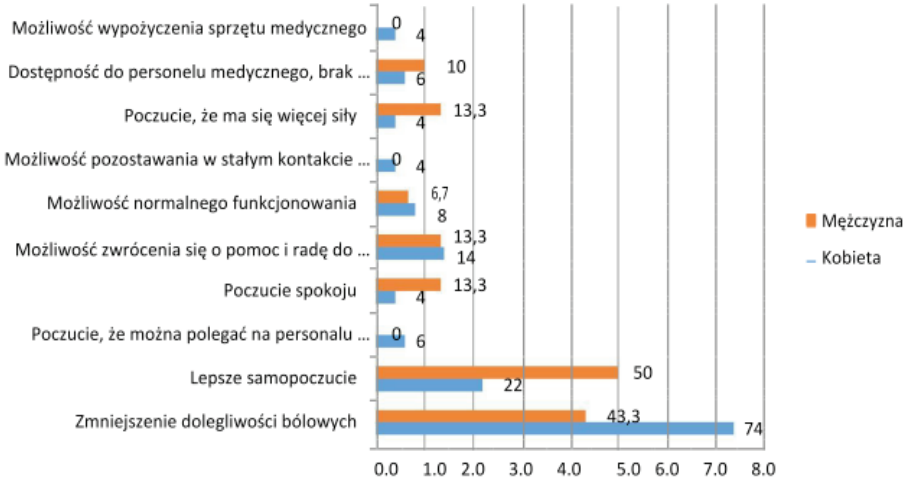
Bardzo dobrze opiekę sprawowaną przez lekarza oceniło 38,8% badanych, dobrze 47,5%, zaś średnio 14% (rycina 8).

Rycina 8. Opieka sprawowana przez lekarza w ocenie pacjentów. Źródło: badania własne.

Bardzo dobrze opiekę sprawowaną przez pielęgniarek oceniło 85% badanych, zaś dobrze pozostałe 15% (rycina 9).

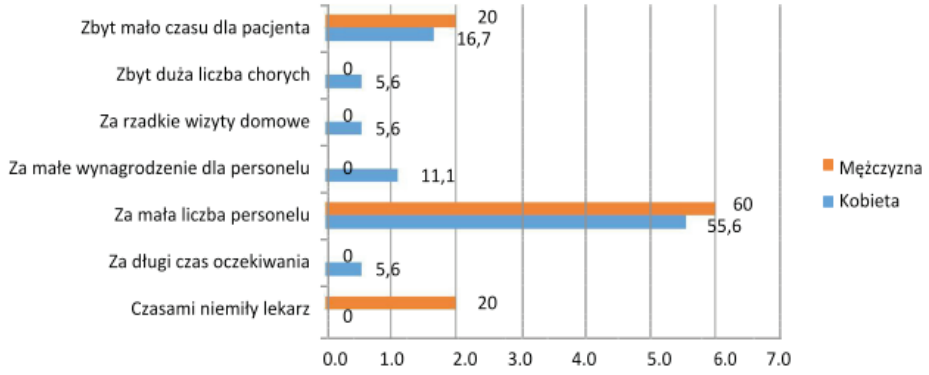
Rycina 9. Opieka pielęgniarska w ocenie pacjentów. Źródło: badania własne.

Wszyscy badani uważali, że dotychczasowe korzystanie z hospicyjnej opieki domowej przyczyniło się do poprawy ich jakości życia. W większości badani zwracali uwagę na zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz lepsze samopoczucie i możliwość zwrócenia się o pomoc i radę do personelu medycznego Szczegółowe odpowiedzi ze względu na płeć przedstawia rycina 10.



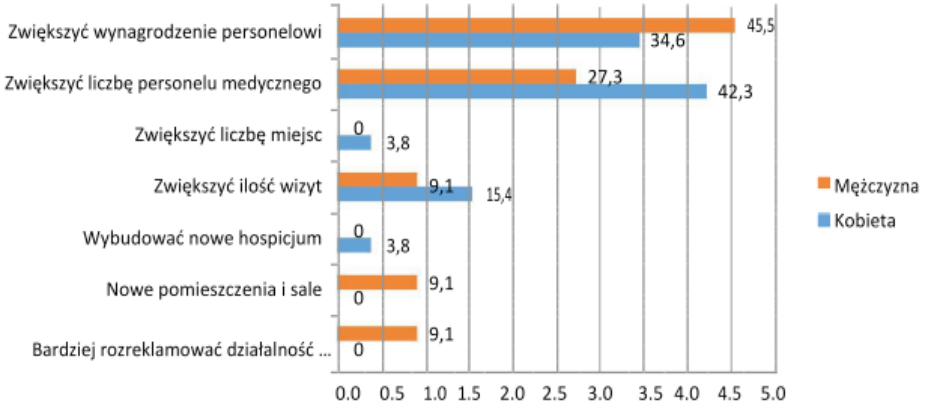
Rycina 10. Ocena wpływu hospicyjnej opieki domowej na poprawę jakości życia Badanych. Źródło: badania własne.

Słabe strony hospicjum wskazały 23 osoby, przy czym aż 13 wskazało za małą liczbę personelu, zaś 4 zbyt mało czasu na pacjenta (rycina 11).



Rycina 11. Słabe strony hospicjum w ocenie pacjentów. Źródło: badania własne.

Wśród badanych 37 osób wskazało obszary, które można byłoby zmienić w działalności hospicjum. Większość wskazała na: zwiększenie liczby personelu medycznego i zwiększenie wynagrodzenia personelowi (rycina 12).



Rycina 12. Obszary w działalności hospicjum, które można byłoby zmienić. Źródło: badania własne.

1. Zdecydowana większość badanych pacjentów oceniła dostępność do personelu hospicjum jako bardzo dobrą lub dobrą. Okres oczekiwania pacjenta od chwili zgłoszenia do pierwszej wizyty personelu był krótki. Informacje uzyskiwane od pracowników hospicjum były przekazywane w sposób zrozumiały i spełniały oczekiwania pacjentów. Częstość wizyt była, zdaniem badanych, była wystarczająca i dostosowana do ich stanu zdrowia. Wizyty odbywały się punktualnie.
2. Zdecydowanie najlepiej oceniana była praca pielęgniarki, praca lekarza oceniana była dobrze.

3. Z usług rehabilitacji korzystała zdecydowana większość badanych, pozytywnie oceniając jej wpływ na własne zdrowie, taką samą ocenę pacjentów uzyskała praca psychologa.
4. Wszyscy badani pacjenci uznali, że korzystanie z hospicyjnej opieki domowej przyczyniło się wyraźnie do poprawy jakości ich życia. W szczególności wskazywali oni na zmniejszenie dolegliwości, szczególnie bólu, lepsze samopoczucie oraz możliwość zwrócenia się o pomoc i radę do personelu medycznego i uzyskania ich bez zbędnej zwłoki.
5. Część badanych osób wskazało obszary, które można byłoby zmienić w działalności hospicjum, były to: potrzeba zwiększenia liczby personelu medycznego i zwiększenia wynagrodzeń dla tego personelu.

Podsumowanie

Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy wskazują na jednoznacznie pozytywną ocenę pracy zespołu Hospicjum Domowego jako całości. Wszyscy (100%) badanych uznało, że korzystanie z hospicyjnej opieki domowej przyczyniło się wyraźnie do poprawy jakości ich życia. W szczególności wskazywali oni na zmniejszenie dolegliwości, szczególnie bólu, lepsze samopoczucie oraz możliwość zwrócenia się o pomoc i radę do personelu medycznego i uzyskania ich bez zbędnej zwłoki. Najwyżej badani docenili kwalifikacje personelu medycznego, wysoką jakość opieki, dostępność do personelu medycznego oraz możliwość bezpłatnego wypożyczenia sprzętu medycznego. Wszyscy badani poleciliby znajomym i bliskim opiekę domową świadczoną przez Hospicjum. Wyniki przeprowadzonej ankiety w tym zakresie są całkowicie zgodne z oczekiwaniami osób chorych wobec zespołu Hospicjum i zgodne z szeroko rozumianymi oczekiwaniami społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Woronowski F., Kortowski Z.: Człowiek chory, Wyższe Seminarium Duchowe, Łomża 1993 s. 3.
2. Watson Max S., Lucas Caroline F., Hoy Andrew F., Beck I.: Handbook of Paliative Care, Oxford University Press 2005, s. 19–25.
3. De Walden-Gałuszko K., Ciołkowska-Rysz A.: Medycyna paliatywna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 12–16.
4. Stawiarska A.: Wolontariat hospicyjny. Perspektywa interdyscyplinarna. Wydawnictwo Diffin, Warszawa 2011, s. 36–42.
5. Talarska D., Wieczorkowska-Tobis K., Szałkiewicz E.: Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

6. Watson M. S., Lucas C. F., Hoy A. M., Back I. N.: Opieka paliatywna. Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 2007.
7. Gaines S., Kinghorn S.: Opieka paliatywna. Wydawnictwo Urban&Partner, Warszawa 2012.
8. Adamczyk A., Buczkowski K., Damian Jagielski D., Krajnik M. (red.): Opieka paliatywna. Praktyka lekarza rodzinnego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
9. De Walden Gałuszko K., Kartacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
10. Kotlińska-Lemieszek A.: Postępowanie objawowe w medycynie paliatywnej u starszych chorych. Terapia 10/2011.
11. Piotrowska E.: Problemy społeczne rodzin opiekujących się swoimi bliskimi w terminalnym okresie choroby nowotworowej. [w] Medycyna paliatywna 1/2015.
12. Krasuska M., Stanisławek A., Turowski K.: Standardy w pielęgniarstwie onkologicznym i opiece paliatywnej. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, 2005.

Hospice home care as evaluated by patients

Renata Baj[1], Jolanta Dziewulska[1]

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

► **S u m m a r y :**

Introduction. The primary goal of hospice home care is the provision of patients and their caregivers with care of the highest possible quality. One of the methods of management through quality in palliative hospice care may be evaluation of the functioning of home hospice performed by the patient.

Objective. The objective of the study was evaluation of the work of a home hospice team looking after patients covered with care by the Social Hospice Care Unit in Włodawa.

Materials and Method. The analysis covered the results of a study of satisfaction carried out anonymously among patients, using a questionnaire specially designed for the purpose. A total of 80 patients aged over 18 who were provided with home hospice care participated in the survey.

Results and Conclusions. The majority of patients assessed the availability of the hospice staff as very good or good. The work of a nurse was evaluated in the most positive terms, while the work of physician as good. The largest number of patients used rehabilitation services, and positively evaluated its effect on their own health. A part of respondents indicated areas which could be changed in the functioning of the hospice, such as: the need to increase the number of staff and increase payment for this staff. All the patients in the study considered that the hospice care clearly contributed to the improvement of their quality of life.

► **K e y w o r d s :** hospice, hospice home care.

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