

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne

Nursing and Public Health

KWARTALNIK ISSN 2082-9876 (PRINT) ISSN 2451-1870 (ONLINE)

www.pzp.umed.wroc.pl

2017, vol. 7, nr 4 (październik-grudzień)

Index Copernicus (ICV) – 68.85 pkt
MNIŚW – 5 pkt



UNIwersytet Medyczny
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne

Nursing and Public Health

ISSN 2082-9876 (PRINT)

ISSN 2451-1870 (ONLINE)

www.pzp.umed.wroc.pl

KWARTALNIK/QUARTERLY
2017, vol. 7, nr 4
(październik–grudzień)

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Nursing and Public Health (Piel. Zdr. Publ.) jest kwartalnikiem, w którym są zamieszczane recenzowane oryginalne prace badawcze oraz artykuły poglądowe i kazuistyczne obejmujące swoją tematyką m.in.: pielęgniarstwo, zdrowie publiczne, wybrane aspekty jakości życia chorych, jakości opieki medycznej, geriatrycznej i hospicyjnej, ale również promocję zdrowia, marketing medyczny i zarządzanie w opiece zdrowotnej.

Adres Redakcji

Address of Editorial Office

Zakład Medycznych Nauk Społecznych
Katedra Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
tel.: +48 71 784 18 17
e-mail: redakcja.pizp@gmail.com

Adres Wydawcy

Address of Publisher

Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wybrzeże L. Pasteura 1
50-367 Wrocław

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Wrocław 2017

Wersją pierwotną wszystkich opublikowanych
artykułów jest wersja elektroniczna

Redaktor Naczelny Editor-in-Chief

Dominik Krzyżanowski

Zastępcy Redaktora Naczelnego Vice-Editors-in-Chief

Katarzyna Neubauer
Monika Wójta-Kempa

Redaktorzy tematyczni Thematic Editors

Józef Binnebesel (tanatopedagogika)
Sylvia Krzemińska (pielęgniarstwo
anestezjologiczne i w intensywnej opiece)
Ewa Kuriata-Kościelniak (organizacja pracy
w pielęgniarstwie)
Dariusz Białas (promocja zdrowia)
Lucyna Sochocka (pielęgniarstwo pediatryczne)
Iwona Taranowicz (socjologia medycyny)
Andrzej M. Fal (zdrowie publiczne)
Grażyna Dębska (pielęgniarstwo środowiska
nauczania i wychowania)
Piotr Krakowiak (pomoc społeczna)
Izabella Uchmanowicz (pielęgniarstwo
kardiologiczne)

Międzynarodowa Rada Programowa International Advisory Board

Zbigniew Bartuzi (Polska)
Andrea Bratová (Słowacja)
Alicja Chybicka (Polska)
Andrzej M. Fal (Polska)
Tetiana Gruziewa (Ukraina)
Irene Higginson (Wielka Brytania)
Hanna Ignatowicz (USA)
Ewa Jassem (Polska)
Helena Kisvetrová (Czechy)

Sekretariat Redakcji Editorial Secretariat

Mirosław Chybicki
Mariusz Czarniecki
Monika Trojanowska
Ewelina Trościanko-Wilk

Monika Urbaniak (prawo medyczne
i ochrony zdrowia)
Maria Szewczyk (pielęgniarstwo chirurgiczne)
Jarosław Błeszyński (pedagogika)
Monika Przestrzelska (położnictwo)
Mariola Głowacka (pielęgniarstwo
europejskie)
Marcin Wiśniewski (pielęgniarska opieka
paliatywna)
Edyta Kędra (zarządzanie w pielęgniarstwie)
Małgorzata Pasek (pielęgniarstwo
onkologiczne)
Mariola Serń (pielęgniarska opieka
długoterminowa)
Jolanta Grzebieluch (marketing medyczny)

Stanisław Kowalik (Polska)
Elżbieta Krajewska-Kuśak (Polska)
Milan Laurinc (Słowacja)
Tobias Meister (Niemcy)
Malcolm Payne (Wielka Brytania)
Zbigniew Rudkowski (Polska)
Biljana Stojanović-Jovanović (Serbia)
Pavel Zikl (Czechy)
Renáta Zoubková (Czechy)

Redaktor statystyczny/Statistical Editor

Anna Felińczak

Redakcja językowa i techniczna/Technical Editorship

Paweł Bednarek, Joanna Gudarowska, Aleksandra Król, Agnieszka Kwiatkowska, Aleksandra Raczkowska, Bożena Zmitrowicz-Grobelna

Native speaker artykułów w języku angielskim/English Language Copy Editor

Jason Schock, Marcin Tereszewski

Patronat honorowy/Honorary patronage



Polityka wydawnicza/Editorial Policy

Czasopismo zamieszcza recenzowane, oryginalne prace badawcze dotyczące pielęgniarstwa i zdrowia publicznego oraz artykuły pogładowe. Publikuje ponadto artykuły redakcyjne, listy do Redakcji, sprawozdania i materiały ze zjazdów naukowych, recenzje książek, komunikaty o planowanych kongresach i zjazdach naukowych.

Redakcja przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, a także w „Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education”, wydanych przez New York Academy of Sciences’ Ad Hoc Committee on Animal Research. Wszystkie prace doświadczalne odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być przygotowane zgodnie z zasadami etyki i zawierać oświadczenie, że protokół badawczy jest zgodny z Konwencją Helsińską i akceptowany przez odpowiednią komisję etyczną z macierzystej instytucji.

Warunki prenumeraty/Terms of Subscription

Zamówienia na prenumeratę należy składać pod adresem:

Zofia Gacek

ul. K. Marcinkowskiego 2–6

50-368 Wrocław

tel.: +48 71 784 11 35

e-mail: zofia.gacek@umed.wroc.pl

numer konta: 35 1500 1793 1217 9000 9997 0000

cena zeszytu: 21 PLN, roczna prenumerata: 84 PLN

Projekt typograficzny: Monika Kołęda, Piotr Gil

Projekt okładki: Monika Kołęda

DTP: Aleksandra Król

Druk i oprawa: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN

Nakład: 120 egz.

Spis treści

247 **Podziękowania**

Prace oryginalne

- 249 Anna Kobierecka-Dziamska
Odpowiedzialność za współdziałanie w leczeniu dziewcząt i młodych kobiet chorujących na jadłowstręt psychiczny – badanie jakościowe
- 257 Marzena Jacyk, Anna M. Kurek, Krystyna A. Maier, Jan M. Juzwiszyn, Magdalena Milan, Zofia Bolanowska, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak
Ocena powrotu do sprawności ruchowej pacjentów po złamaniu przekrętarzowym kości udowej w okresie 6 miesięcy po zabiegu chirurgicznym
- 263 Alicja A. Duda, Kinga M. Fecko-Gałowicz, Paulina Jabłońska, Maria Zięba
Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat świadczenia kulturowo zgodnej opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci
- 269 Jadwiga Stanek, Jan M. Juzwiszyn, Katarzyna Borek, Agnieszka P. Maj, Mariusz Chabowski, Zofia Bolanowska, Dariusz Janczak
Kompleksowa ocena powrotu do sprawności ruchowej chorych po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego
- 279 Angelika Jakubowska, Regina Żuralska, Marzanna Mziray
Ocena satysfakcji z życia w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ratowników/ratowniczek medycznych województwa pomorskiego
- 285 Dominika Koralewicz, Ewa I. Kuriata-Kościelniak, Sylwia Mróz
Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce
- 293 Joanna Bieniek, Anna Brończyk-Puzoń, Paweł Jagielski
Jakość życia osób po 60. r.ż. z niestabilną chorobą wieńcową poddanych zabiegowi angioplastyki – ocena za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF. Doniesienie wstępne

Prace poglądowe

- 299 Monika I. Dąbkowska
Wspieranie ofiar przemocy domowej – jak pomagać?
- 305 Alicja E. Ratajczak, Małgorzata Moszak, Marian Grzymiśławski
Zalecenia żywieniowe w niedoczynności tarczycy i chorobie Hashimoto
- 313 Rafał Szpakowski, Grażyna Dykowska
Ewaluacja punktów krytycznych procesu farmakoterapii szpitalnej w kontekście bezpieczeństwa pacjenta w Polsce

Prace kazuistyczne

- 317 Monika Trojanowska, Dominik Krzyżanowski
Znaczenie zabawy w terapii dziecka z zaburzeniami ze spektrum autystycznego – opis przypadku
- 323 **Roczny spis treści**
- 327 **Annual Contents**
- 331 **Indeks autorów**

Contents

247 **Acknowledgements**

Original papers

- 249 Anna Kobierecka-Dziamska
Responsibility for participation in treatment of anorexia nervosa in female adolescents and young women: Qualitative research
- 257 Marzena Jacyk, Anna M. Kurek, Krystyna A. Maier, Jan M. Juzwiszyn, Magdalena Milan, Zofia Bolanowska, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak
Assessment of the return to mobility of patients after intertrochanteric fracture of the femur in the period of 6 months after the surgical procedure
- 263 Alicja A. Duda, Kinga M. Fecko-Gałowicz, Paulina Jabłońska, Maria Zięba
Knowledge of nurses in Poland and Great Britain on providing a culturally appropriate nursing care for dying and deceased Muslim patients
- 269 Jadwiga Stanek, Jan M. Juzwiszyn, Katarzyna Borek, Agnieszka P. Maj, Mariusz Chabowski, Zofia Bolanowska, Dariusz Janczak
A comprehensive assessment of the return to mobility of patients after hip replacement surgery
- 279 Angelika Jakubowska, Regina Żuralska, Marzanna Mziray
Assessment of life satisfaction among nurses employed in the Medical University of Gdańsk and paramedics from Pomeranian Voivodeship
- 285 Dominika Koralewicz, Ewa I. Kuriata-Kościelniak, Sylwia Mróz
Nursing students' opinion on the professional image of nurses in Poland
- 293 Joanna Bieniek, Anna Brończyk-Puzoń, Paweł Jagielski
Measuring the quality of life of individuals over 60 years of age with unstable coronary artery disease after percutaneous transluminal coronary angioplasty by means of the WHOQOL-BREF questionnaire: Preliminary report

Reviews

- 299 Monika I. Dąbkowska
Supporting the victims of family violence: How to help?
- 305 Alicja E. Ratajczak, Małgorzata Moszak, Marian Grzymisławski
Dietary recommendations for hypothyroidism and Hashimoto's disease
- 313 Rafał Szpakowski, Grażyna Dykowska
Evaluation of critical points of hospital pharmacotherapy in relation to patient safety in Poland

Case reports

- 317 Monika Trojanowska, Dominik Krzyżanowski
The importance of fun in treatment of the child with autism spectrum disorder: A case report
- 323 **Roczny spis treści**
- 327 **Annual Contents**
- 331 **Index of Authors**

Podziękowania

Chcielibyśmy podziękować wszystkim Recenzentom, którzy poświęcili swój czas dla czasopisma „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”. Bardzo doceniamy Państwa ciężką pracę i doświadczenie.

Redakcja

Recenzenci w 2017 r.:

Waldemar Andrzejewski, Józef Binnebesel, Małgorzata Chochowska, Urszula Chrzanowska, Paweł Cylulko, Bożena Czarkowska-Pączek, Ewa Czezelewska, Jarosław Czepczarz, Agnieszka Gniadek, Grzegorz Godawa, Daiva Gorczyca, Ewa Hryniewiecka, Anna Idzik, Mariusz Jaworski, Izabela Kaptacz, Marzena Kaźmierczak, Radosław Kempieński, Ludwika Konieczna-Nowak, Barbara Królak-Olejnik, Aleksandra Kroll, Wiesław Kruszewski, Janina Książek, Wiktor Kuliczkowski, Ewa Kupcewicz, Anna Leńczuk-Gruba, Emilia Lichtenberg-Kokoszka, Bogumiła Lubińska-Żądło, Bożena Majchrowicz, Iwona Malinowska-Lipień, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska, Joanna Pieczyńska, Anna Prescha, Lucyna Płaszewska-Żywko, Elżbieta Rajkowska-Labon, Adam Reich, Lena Serafin, Matylda Sierakowska, Renata Stępień, Katarzyna Tomaszewska, Monika Urbaniak, Katarzyna Wesołowska, Iwona Wilk, Marcin Wiśniewski, Marzena Złoteńka-Synowiec

Responsibility for participation in treatment of anorexia nervosa in female adolescents and young women: Qualitative research

Odpowiedzialność za współudział w leczeniu dziewcząt i młodych kobiet chorujących na jadłowstręt psychiczny – badanie jakościowe

Anna Kobierecka-Dziamka^{A–D}

Institute of Psychology, Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland

A – research concept and design; B – collection and/or assembly of data; C – data analysis and interpretation;

D – writing the article; E – critical revision of the article; F – final approval of article

Nursing and Public Health, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):249–256

Address for correspondence

Anna Kobierecka-Dziamka

E-mail: akobierecka@ukw.edu.pl

Conflict of interests

None declared

Received on November 9, 2016

Revised on January 4, 2017

Accepted on April 12, 2017

Abstract

Background. Anorexia nervosa (AN) is an eating disorder, which is difficult to treat. Denial of illness and ambivalence about agreeing to treatment make the process of recovery very complex. Taking responsibility for the process of treatment is an important factor in the process of a successful recovery.

Objectives. The study investigated the personal experiences of females diagnosed with AN who took responsibility for the participation in treatment and recovery.

Material and methods. A qualitative study was carried out examining 11 AN females by using a semi-structured interview supported by a “Blank Sheet of Paper Test” by Wciórka, which is an unstructured clinical measure of a projective character. The data was analyzed using the IPA approach.

Results. The qualitative analysis of the obtained data revealed several patterns of behavior with regards to the patients taking responsibility for their treatment: 1. taking responsibility, 2. not taking responsibility, and 3. taking partial or ambiguous responsibility for participation in treatment. A comparative characteristics of all patterns exposed the potential risk and protective factors in the course of therapy of AN. It was found that the way patients experienced the crisis connected with the disorder was of key importance for taking responsibility for treatment. Taking responsibility was accompanied by having the support of the patient’s relatives, satisfactory peer relationships, future goals, and a lack of mood distortions. Not taking responsibility was accompanied by not perceiving health as value, experiencing the mother’s disinterest and a breakdown of family bonds.

Conclusions. The results indicate areas of nursing and therapeutic interventions in preparing AN sufferers for recovery and suggest areas for further clinical research.

Key words: anorexia nervosa, recovery, treatment, responsibility

DOI

10.17219/pzp/70424

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Streszczenie

Wprowadzenie. Podczas leczenia jadłowstrętu psychicznego pojawia się wiele trudności. Zaprzeczanie choroby i ambiwalentny stosunek wobec terapii utrudniają proces dochodzenia do zdrowia. Istotnym czynnikiem w tym procesie jest podejmowanie odpowiedzialności za współudział w leczeniu.

Cel pracy. Analiza osobistych doświadczeń pacjentek chorujących na jadłowstręt psychiczny na polu podejmowania odpowiedzialności za współudział w leczeniu.

Materiał i metody. W badaniu jakościowym opartym o analizę częściowo ustrukturalizowanych wywiadów i wyników zastosowania narzędzia projekcyjnego („Próby kartki” Wciórki) wzięło udział 11 osób płci żeńskiej z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Przyjęto Interpretacyjną Analizę Fenomenologiczną (IPA) jako metodę analizy zebranych danych.

Wyniki. Analiza jakościowa uzyskanych danych pozwoliła wyróżnić 3 wzory zachowania się przebadanych osób w trakcie leczenia: 1. podejmowanie odpowiedzialności; 2. niepodejmowanie odpowiedzialności; 3. częściowe lub niejednoznaczne podejmowanie odpowiedzialności za współudział w leczeniu. Przedstawiono porównawczą charakterystykę poszczególnych wzorów. Okazało się, że kluczowy dla wzięcia odpowiedzialności za przebieg leczenia był sposób przeżycia kryzysu w związku z chorobą. Poczucie się do odpowiedzialności współwystępowało z: otrzymywaniem wsparcia ze strony najbliższych, satysfakcjonującymi relacjami rówieśniczymi, umiejętnością planowania przyszłości i brakiem zaburzeń nastroju. Niepodejmowaniu odpowiedzialności zaś towarzyszyły: niepostrzeżenie przez dziewczęta zdrowia jako wartości, koncentrowanie się matek pacjentek na problemach ich rodzeństwa, rozpad więzi rodzinnych.

Wnioski. Wyniki badania wskazują obszary interwencji terapeutycznych wspierających proces leczenia osób chorujących na jadłowstręt psychiczny oraz stanowią implikację do dalszych badań klinicznych.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, rekonwalescencja, leczenie, odpowiedzialność

Background

Anorexia nervosa (AN) has been found by practitioners and researchers to be one of the most challenging conditions in terms of treatment. To date, most research related to treatment and recovery from AN has drawn the conclusion that there are a number of difficulties on the part of patients (loss of weight perceived as a success, denial of the problem, lack of interest in changing), the functioning of their families (unconscious maintenance of the symptoms, helplessness vs exaggerated control), as well as professionals (fear for the health and life of the patients, exaggerated focus on symptoms instead of causes, unclear definition of recovery).¹⁻³

Difficulties in treating AN appear at practically every stage of the process. In the initial stage, patients do not perceive their condition as an illness, or they lack the motivation to pursue a recovery program. While convalescing, weight gain and the changing shape of the body are barely tolerable for the patient.^{5,6} As AN is a disorder strongly associated with negative somatic changes in the body, serious health hazards and even the risk of death, undertaking proper and quick treatment is of utmost importance.² The decisive factor determining successful recovery is whether or not the patient takes on responsibility for participation in the process. The acknowledgment of their responsibility for the healing process might significantly increase the probability of a full recovery. Nevertheless, clinicians' findings reveal a great number of difficulties in the process of treating anorexia, which may suggest that patients have deficits in considering themselves responsible for participation in the treatment.^{5,7,8}

Difficulties in treating anorexia nervosa

All recovery procedures should be supported by an adequate personal image of the disorder by the patient, as well as an appropriate self-perception of their condition. Yet many people struggling with AN do not perceive their behavior as morbid, they deny the existence of the illness, or do not take it seriously. AN sufferers lack the awareness of the disorder, and therefore do not acknowledge the necessity of needing to cure it. Even having accepted the existence of the symptoms, AN patients do not see the importance of treatment. They very rarely seek help by themselves, as it is the loss of weight and cutting down on eating that give AN patients a sense of satisfaction.^{8,9}

Another issue in treating AN is the motivation for treatment. Readiness to engage in and persevere with healing procedures is a significant component of the human psyche. The more personal the character of the decision about starting treatment is (internal motivation), the greater the chance of full recovery. Female patients struggling with AN reveal a very low level of motivation. They confuse motivation for treatment with motivation for putting on weight, which increases their reluctance and resistance to the therapy. In light of the current research, it appears that AN patients rarely undergo treatment on their own initiative – it is very rare that the first consultation is initiated by the patient. If an individual decides to seek help, it is usually an effect of external motivation, i.e., pressure from the family. Frequently, the incentive to undergo treatment also comes from friends or colleagues.^{8,10-12}

Another difficulty in running therapy with patients suffering from AN is their lack of interest in changing, which results from their perception of their personal health as desirable. Girls and young women often reject any change to their weight or eating habits, even though they may have expressed their consent to therapy.¹³ With regards to the readiness for change, Vitousek, Watson and Wilson proved that reluctance to change is significantly higher among anorexics than people suffering from bulimia, agoraphobia or simple phobias.⁹ This lack of readiness to change behavior and appearance, and eliminate symptoms, considerably hinders full recovery. Apart from threats to health and life, changes are only possible with the patient's participation and commitment.¹⁴ Rushford found that AN patients are motivated to change when entering a critical situation.⁷ Moreover, success is achieved by those who are characterized by an increased sense of threat from the morbidity of their symptoms, while those who are able to recognize the loss of weight as a health hazard are also more likely to recover.⁷

The therapeutic process is also supported by the need for anorexics to renounce control over their weight and eating habits, i.e. by resigning from what is perceived as the source and manifestation of their strength. Acceptance of the need to put on weight is also troublesome.⁸ Perseverance with the treatment is equally important for recovery. Rejecting the existence of a disorder and rejecting therapy are the most frequent causes of terminating treatment.^{9,13}

In summary, the problems that appear during treatment of anorexia nervosa are: lack of acknowledgment of the disorder, rejection of treatment, termination of therapy, a lack of internal motivation to treatment, a lack of interest in changing, a lack of commitment to healing procedures, fear of putting on weight, confusing morbid symptoms with achievement, difficulties with changing habits in eating and controlling weight. Limited research exists on AN patients demonstrating the impact of personal responsibility on their recovery. In the literature there is no account of the views held by AN patients with regard to their responsibility for the improvement, or continuation of their anorexic syndromes.

Responsibility for participation in treatment

Following Kościńska's psychological concept of responsibility, and due to the aforementioned difficulties in the treatment of anorexia nervosa, it has been assumed that responsibility for participation in the treatment and recovery of AN consists of:^{15,16}

1. Consciousness of the disease, acknowledgment of the necessity to undergo treatment and readiness for recovery; this means that the individual does

not deny being afflicted, is aware of the need to undergo healing procedures and actively wants it.

2. A sense of agency in the course of treatment – individuals see themselves as agents whose activity accounts for improvement in their health.
3. Self-control – the patient yields to established therapeutic goals, which in AN patients involves: putting on weight and accepting it, as well as maintaining the desired weight once achieved; changing their eating habits – 'normal' eating (without controlling the amount and quality of food), as well as consent to control of their diet by their parents and/or hospital staff; perseverance in a diet imposed by doctors and nutritionists; active participation in psychotherapy; withdrawal from activities aimed at cutting down their weight, and perseverance with the treatment.¹⁷
4. Consciousness of the consequences of certain behaviors in the course of treatment – being able to predict the effects of personal decisions.
5. Knowledge of the disorder and of the therapeutic requirements for improving their health.
6. A perception of their own health as being valuable.

Observations of AN patients allow us to draw the conclusion, that in the initial stage of therapy the responsibility for health lies mainly with the professionals providing the treatment, and the carers (parents), not with the patients themselves.¹⁸ This is mainly a result of the clinical image of the disorder. Therefore, a number of questions arise; namely, whether patients assume responsibility for their treatment and recovery, what are their experiences with taking on responsibility for their participation in treatment, or which factors determine whether or not patients are responsible for participation in treatment.

The purpose of this research was to explore the experiences of female patients suffering from AN in terms of their responsibility for treatment and recovery.

Material and methods

The present research was designed and implemented using the paradigm of qualitative research, specifically in terms of the phenomenological and hermeneutic, as well as idiographic approach.¹⁹ As a methodology, Interpretative phenomenological analysis (IPA) was used, which is becoming increasingly popular in the medical and social sciences. This approach involves a detailed analysis of individual cases, methodical description of research participants' experiences, and presentation of the data, as interpreted by the researchers.²⁰

Sample

The research included 11 Caucasian females, aged between 15 and 28, with a diagnosis of anorexia nervosa.

The participants were recruited from psychiatric hospitals and mental health outpatient clinics all over Poland, based on anorexia nervosa diagnosed according to ICD-10 criteria. The group was not homogenous with regards to the length of treatment. The scope of the therapy length varied between 2 months and 8 years. Among the examined girls and young women were 3 who had undergone psychiatric hospitalization more than once; 4 were currently hospitalized for the first time on the day of the examination, and the remaining patients were outpatients.

Ethics

The research project received a positive opinion from the Bioethics Committee at the Collegium Medicum of Nicolaus Copernicus University.

Measures

The phenomenon of responsibility for participation in treatment was investigated using individual, semi-structured interviews supported by a “Blank Sheet of Paper Test” by Wciórka, which is an unstructured clinical measure of a projective character described below.²¹

The designed interview scenario consisted of open questions. The general subject of the conversation and main issues were covered, although both the respondent and the interviewer were still able to formulate their statements freely.¹⁹ The following topics were discussed during the interview: the course of the illness and its treatment; the patient’s current condition; patient’s awareness of the state of health and their illness; knowledge of the disorder and its treatment; attitude towards the illness, its treatment, the therapists, doctors, weight loss and starvation, and the emotions and difficulties experienced with the illness and its treatment. Some of the questions that the participants were asked are written below: “Tell me about the course of your treatment, and the feelings you’ve experienced during it. Tell me what anorexia means to you. In your opinion, how much does your health depend on you, and how much on other people?”

Participants were individually interviewed at the hospitals or outpatient clinics in a setting made as comfortable as possible for them. Each participant was assured full anonymity, and offered an opportunity to end the interview at any point. Interviews lasted approximately 60 to 120 minutes.

The “Blank Sheet of Paper Test”, originally proposed and used by Wciórka, estimates the attitudes of respondents toward their illness. This allowed us to ascertain “an alternative image of the readiness an ailing person has for taking certain actions against the disorder, which is different from the image obtained through an interview”.²¹ In the test, the participants are given a blank sheet of A4 paper, and are asked to imagine that it is a representation

of their illness. Next, they are asked to do whatever they want with the sheet of paper. Due to the projective nature of the test, it is assumed that the participants will display (or project) their attitudes towards their illness.

Analysis

The data was analyzed using the IPA approach.²⁰ The interviews were audio-taped and transcribed verbatim. Each transcript was read several times, and examined separately for key elements of responsibility covered in the theoretical background of this paper. Data collected from interviews, observations and remarks recorded during the research were sorted, and collectively analyzed for common, unique or differentiating areas in the experiences of the study’s female participants.

Analysis of the interviews for responsibility elements and reactions of the study participants during the “Blank Sheet of Paper Test” revealed some repeated functioning patterns. Ultimately, this revealed specific typologies of responsibility for co-participation in the treatment by individuals suffering from anorexia: 1. taking responsibility, 2. not taking responsibility, and 3. taking partial or ambiguous responsibility. Participants from the first group met all or most of the responsibility criteria outlined in the theoretical part. Participants from the second group met only several criteria, and to an insufficient degree. People from the third group met several criteria and at the same time revealed an ambivalent attitude towards the disease and its treatment, which prevented them from being assigned to either the first or second group.

The analysis was performed by this author, who is experienced in clinical mental health research and practice, and was supervised by a person experienced in performing and analyzing qualitative research, and who works as a clinical professional. During the analysis of reactions in the “Blank Sheet of Paper Test”, the researchers used their clinical psychological knowledge, and took a psychodynamic approach to reveal defense mechanisms of the patients and the unconscious motives of behaviors and feelings.

Results

The qualitative analysis revealed 3 core patterns of behavior among girls and young women struggling with AN. The first was recognized as taking responsibility for participation in treatment, and was identified among 6 examined females. The second pattern, which was represented by 3 females, was defined as not taking responsibility for participation in treatment. The third one was called taking ambiguous or partial responsibility for participation in treatment, and was identified among 2 females. The characteristics of these patterns are presented below.

Taking responsibility for participation in treatment

The sample included 6 AN girls and young women who displayed this pattern of behavior. The length of their participation in AN treatment had varied between 2 months to 3 years. Females within this sample were psychiatric in-patients (3 people), current outpatients with a history of multiple psychiatric hospitalizations (1), non-psychiatric inpatients (1), as well as out-patients (1).

They were all fully aware of their illness, and had accepted the necessity of treatment. They gave critical opinions about their symptoms, and perceived their weight loss not as a manifestation of beauty but of the illness. The majority wished that they had not become ill. They acknowledged the necessity of seeking professional help, and accepted the fact that without it they would not really recover. The interviews revealed that they did indeed wish to recover. Their decision to participate in treatment (psychological therapy or hospitalization) had been made consciously and voluntarily.

The moment the participants had accepted the existence of the disorder and the necessity of treatment occurred when they comprehended the threat posed by the symptoms. Their feeling of threat came from the considerable increase in symptoms, the feeling of having no control over them, the appearance of somatic complications of anorexia that were hazardous to life and health, hospitalization, and family crisis (illness of other family members or stress experienced by the whole family).

The AN sufferers who took responsibility for participation in treatment perceived their condition as (to quote): “a problem”, “something bad”, “a curse” and “a mess”. During the “Blank Sheet of Paper Test” they presented the following rejection behavior: 1. tearing up the paper, 2. tearing it up and throwing it in the bin, 3. crumpling it up and throwing it at the bin.

The girls and young women who were identified as being responsible attributed themselves with moderately high, yet adequate agency in their treatment. They were conscious of the fact that their health lies in their own hands, and that their activity determines their recovery. They also acknowledged the contribution of other people: their family, psychologists, therapists, doctors, and friends. They bent their behavior to the set objectives of the treatment, and made proper and desirable choices throughout its course.

The outpatients refrained from controlling the amount and quality of food they ate, and tried to eat healthily and rationally. They also declared that they were honest with their closest relatives and friends about the amount of food they consumed, and refrained from trying to lose weight, compulsively checking their weight, and most importantly, they maintained a constant body weight, even if they perceived it as being too high. Moreover, they made appointments with psychol-

ogists and/or psychiatrists personally, and kept those appointments.

The inpatients consumed or tried to consume all of their recommended meals, were honest with medical personnel about their meals, and did not overindulge before routine weight checks. They also refrained from extensive physical exercise, and participated in classes offered at the ward, occupational therapy, music therapy, choreotherapy. They also kept in mind that they could only partially participate in classes involving physical activity. They were aware of the consequences of their decisions during treatment and possessed sufficient knowledge of anorexia and the corrective health requirements. They knew that losing weight could lead to serious body damage and severe somatic effects, and they were conscious of the probability of death unless they participated in treatment. This was particularly observed in patients who had lost a lot of weight (21–35 kg), and whose health was seriously threatened. Moreover, they perceived their health as valuable: “My health is the priority”, “Health is one of the most important things in life”.

Not taking responsibility for participation in treatment

The research group included 3 girls and young women who did not take responsibility for their participation in treatment. These participants differed by the length of their illness: they had struggled with AN for either a very short period (5 months, and almost a year), or a very long time – 8 years, on and off. These 3 participants revealed deficits in their sense of their own responsibility for their recovery. They were not fully aware of the illness, and their openness to recovery was negligible. They denied the existence of the illness, or did not take it seriously. They were convinced that sessions with a psychologist did not make sense, and that anorexia could not be cured, as it is “impossible to reconcile being slim and being healthy”. These AN sufferers did not take up treatment voluntarily; they did so under pressure from their mothers, or because of threats or emotional blackmail. One of the females claimed that the illness was the only thing she had, which gave meaning to her daily functioning.

During the “Blank Sheet of Paper Test” 1 person was crumpling the paper for a relatively long time, while smiling at the same time. After puzzling over what to do with it, she decided to leave it as it was because if she had thrown it away, she would have been left alone. Another participant did not have a clue what to do with the piece of paper. After a while, she decided to take the paper – her illness – to a doctor. She declared her intention to take the sheet of paper with her in her bag; however, in the end she forgot about it, and left it in the examining room. Such reactions manifest an ambivalent attitude towards the illness.

The sense of agency among females who did not take responsibility for their participation in treatment was either very low or unrealistically high. These patients could barely control their behavior during treatment or their mothers controlled them. One of the outpatients, who had previously been hospitalized a number of times, had difficulties in maintaining proper body weight, continued losing weight, limited her eating, did not eat rationally, and even took a dietary supplement that enhanced weight loss, despite somatic damage to her body. The remaining 2 girls acquiesced to their parents' wishes and ate, did not purge themselves, did not exercise, and put on weight, but none of them accepted the fact that they were ill, and both declared that as soon as their parents' control was loosened, they would go back to losing weight. Moreover, these patients did not make appointments with their psychotherapists personally, and were dependent on their relatives.

The girls and young women who revealed this pattern of behavior wanted to be slimmer than on the day of their last examination, were not satisfied with themselves and could not accept their appearance. They made improper choices, and were not aware of the consequences of certain behavior during treatment: they stopped taking the medication prescribed by the psychiatrists, consumed slimming and dieting drugs, and would eagerly give up the treatment and therapy. They did not perceive their health as valuable, did not take the somatic complications seriously, and wished to return to a weight loss regime, despite the damage (namely, cardiological problems).

The fact that none of these patients had been supported by their parents is noteworthy – mainly because it would have drawn attention to their other children, but also because of the reluctance and a lack of concern from the mothers. The parents of all 3 patients were divorced, and their fathers maintained somewhat occasional, superficial contact with them, hardly participating in their daughters' lives. The siblings of the girls and young women from this group had suffered from chronic diseases, including cerebral palsy, asthma and autism. Developing anorexia symptoms could have been an attempt to gain attention. The members of this group also manifested signs suggesting depression: they had a significantly worse mood, were pessimistic about the future, tearful, resigned, and had suicidal thoughts.

Taking ambiguous or partial responsibility for participation in treatment

This pattern of behavior was manifested by 2 participants. They revealed deficits in several components of their sense of responsibility for participation in treatment. Both were inpatients.

One of the girls from this group was in the course of her first psychiatric inpatient treatment. Her hospitalization lasted for 1 month. She had lost 35 kilograms, and had

difficulties with motor activity, suffered from swollen legs and pains around the heart area. She also stopped menstruating, and was diagnosed with osteoporosis. It was only when she reached a life-threatening condition, and was taken to hospital that she realized she was seriously ill and needed help.

As a teenager, she acknowledged the existence of the illness and accepted the necessity of treatment, but not in its current form, i.e. based on a behavioral program. She expressed her deep dissatisfaction at being unable to contact her parents or friends. She complained that the treatment only focused on the physical side, and not the psychological. The girl showed a good readiness for recovery. During the "Blank Sheet of Paper Test" she tore the paper up, and threw it away. She attributed herself with average and adequate agency in her treatment, saying that "recovery depends on me, on my attitude towards eating and whether or not I want to recover". She also tried to match her behavior to the objectives of the treatment. However, she did not stop thinking about losing weight, even though she declared herself to be "fighting" this. Similarly to the remaining participants in the research, she had sufficient knowledge of the disorder and the requirements for improved health. Nevertheless, she was not fully aware of the possible consequences of her choices. Possibly, the desired change in her thinking had not yet occurred. In her current somatic condition and state of significant deterioration of her body, she was still eager to terminate treatment. She claimed that she was able to cope with the illness on her own, despite having considerable difficulties in giving up slimming before she was taken to hospital. Moreover, she did not perceive health as valuable, pointing out that health is important to her, but it's not the most important thing.

The early stage of treatment and a short period of therapy were probably factors in explaining the teenager's initial partial feeling of responsibility for participation in treatment.

The second girl to manifest this pattern of behavior revealed many ambiguities in her statements and research measures. Her attitude toward the illness was ambivalent. She perceived the illness as an obstacle and a loss of certain values, but at the same time compared her illness to friendship: "Anorexia is probably the worst thing that has happened to me. It's something that hinders my daily functioning. [...] I sometimes treat anorexia as my best friend, who is attached to me and does not want to leave me". This teenage participant acknowledged, however, that her recovery depended to a great extent on herself: "My health is in my hands [...]. I know that if I want to, I will recover. If I deny this and withdraw from treatment, I will be lost to it".

This girl had gone through a single 5-month hospitalization, and was currently in the course of a second inpatient treatment. During the first hospitalization she had tried to exercise in secret, and had hidden her food. She returned to her old, damaging habits shortly after being

discharged the first time. During her second stay, the girl made more proper choices with regards to her recovery: she abstained from physical activity, and did not lie to other people about the amount of food she consumed during the day. However, the fact that she gorged herself, probably in order to attain the desired body weight quicker in order to leave hospital, was alarming.

The strong motivation for the teenager to leave hospital and return home, together with her extensive consumption of food and ambivalent attitude towards the disorder, imply the probability of her again returning to previous, destructive habits.

Discussion

Despite numerous difficulties in treating AN, girls and young women suffering from this disorder can take responsibility for their treatment. In the present study, 6 out of 11 AN patients took responsibility for participating in their own treatment.

One of the factors motivating the participants to take responsibility for their treatment was experiencing a serious threat resulting from the symptoms of the disorder. Such threats to the life and health of both the patients and their families were also connected with a sense of being unable to cope with the symptoms of the illness and subsequent creation of family crises. Therefore, it appears that a real threat from the illness and its symptoms can persuade anorexics to take responsibility for participating in their own treatment, which is consistent with Rushford's observations.⁷

Analysis of the research results allowed us to determine other factors coexisting with the assumption of responsibility for participation in one's own treatment among girls and young women diagnosed with anorexia nervosa. These factors are: peer and family support; satisfactory peer relationships; having plans for the future, and the absence of affective disorders that commonly appear with anorexia. This partly conforms with the findings of Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie and Bulik, who proved that the strongest incentives for recovery from the patient perspective were supportive extra-family relationships, therapy and maturation. Incentives for not taking responsibility are: a perception of health as being inessential; siblings with serious and chronic diseases that require great attention from their mothers; being the child of a single-parent family, and depressive symptoms.²² It seems that AN sufferers who do not take responsibility for their participation in treatment will try to gain perceived benefits through their anorexia, namely the attention of others, especially family. The fact that depressive symptoms also create eligibility for hospitalization of AN sufferers makes it difficult to take responsibility for participation in treatment, is also noteworthy.²³

Conclusions

The current research had its limitations. The sample group was not very large, or varied by age and length of history with the illness. The results may not be generally representative of the entire population of girls and young women suffering from anorexia. The research may also have been influenced by the quality of the relationship the researcher developed with the patients. Use of a semi-structured interview format could mean that respondents were able to deliberately choose the information they wanted to reveal. Although some attempts were made to establish good contact with the research participants, and projection tools were used, it is still possible that the answers provided during the interviews could have been declarative in nature, simply to make a good impression on the researcher. Depending on the treatment stage and the participant's progress with psychotherapy, AN sufferers may in fact be exhibiting varied insight. Answers given could also have been distorted by memory.

But despite this, the results are significant for clinical practice as they could sensitize researchers to the problem of the responsibility of AN patients for their own treatment, and draw attention to the need for diagnosis from this perspective. The array of elements presented, which contribute to the assumption of responsibility for participation in treatment of one's own anorexia, as well as certain coexisting factors, could help clinicians in their therapeutic work. Due to the exploratory character of the research presented herein, it seems worthwhile to carry out further studies on the correlates of taking responsibility for participation in treatment, such as the personality variables of the patients,²⁴ the multidimensional etiology of the disorder, the quality of the therapeutic relationship, or the kind of therapeutic actions undertaken.^{25,26}

References

1. Kaplan AS, Garfinkel P. Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patient and clinician variables. *Can J Psychiatry*. 1999;44(7):665–670.
2. Nicholls D, de Bruyn R, Gordon I. Physical assessment and complications. In: Lask B, Bryant-Waugh R, eds. *Anorexia Nervosa and Related Disorders in Childhood and Adolescence*. 2nd ed. New York, NY: Brunner Routledge; 2000:127–166.
3. Keel P, Dorer D, Franko D, Jackson S, Herzog D. Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162(12):2263–2268. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2263.
4. Couturier J, Lock J. What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*. 2006;39(7):550–555. doi: 10.1002/eat.20309.
5. Offord A, Turner H, Cooper M. Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study exploring young adults' retrospective views of treatment and discharge. *Eur Eat Disord Rev*. 2006;14(6):377–387. doi:10.1002/erv.687.
6. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003;361(9355):407–416. doi:10.1016/S0140-6736(03)12378-1.
7. Rushford N. Readiness to recover in anorexia nervosa: What does it depend on in female inpatients? *Eur Eat Disord Rev*. 2006;14(6): 388–396. doi:10.1002/erv.732.
8. Higbed L, Fox JRE. Illness perceptions in anorexia nervosa: A qualitative investigation. *Br J Clin Psychol*. 2010;49(3):307–325. doi:10.1348/014466509X454598.

9. Vitousek K, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(4):391–420.
10. Serpell L, Treasure J, Tearsdale J, Sullivan V. Anorexia nervosa: Friend or foe? *Int J Eat Disord.* 1999;25(2):177–186. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D.
11. Federici A, Kaplan AS. The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *Eur Eat Disord Rev.* 2008;16(1):1–10. doi: 10.1002/erv.813.
12. Wade TD, Frayne A, Edwards SA, Robertson T, Gilchrist P. Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009;43(3):235–243. doi:10.1080/00048670802653356.
13. Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa: A conceptual review: Part 2 Different forms and meanings. *Eur Eat Disord Rev.* 2006;14(5):352–368. doi:10.1002/erv.722.
14. Geller J, Williams KD, Srikanth S. Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2001;9(6):365–373. doi:10.1002/erv.443.
15. Kościelska M. *Sens odpowiedzialności: perspektywa psychologa klinicznego.* Kraków: Impuls; 2007.
16. Kościelska M. An outline of the psychological theory of responsibility. In: Bokus B, ed. *Responsibility: A Cross-Disciplinary Perspective.* Piaseczno: Studio Lexem; 2013:15–33.
17. Noordenbos G. Which criteria for recovery are relevant according to eating disorder patients and therapists? *Eat Disord.* 2011;19(5):441–451. doi: 10.1080/10640266.2011.618738.
18. van Ommen J, Meerwijk EL, Kars M, van Elburg A, van Meijel B. Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: The patients' perspective. *J Clin Nurs.* 2009;18(20):2801–2808. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x.
19. Silverman D. *Prowadzenie badań jakościowych.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
20. Pietkiewicz I, Smith JA. Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal.* 2012;18(2):361–420.
21. Wciórka J. Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanego choroby schizofrenicznej: 3. Przykłady eksperymentów klinicznych. *Psychiatr Pol.* 1996;3:415–428.
22. Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL, McKenzie J, Bulik CM. Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *Int J Eat Disord.* 2003;33(2):143–154. doi:10.1002/eat.10120.
23. Ametller L, Castro J, Serrano E, Martínez E, Toro J. Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: Prediction of hospital admission. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46(4):394–400. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00360.x.
24. Bloks H, Spinhoven P, Callewaert I, Willemsse-Koning C, Turksma A. Changes in coping styles and recovery after inpatient treatment for severe eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2001;9(6):397–415. doi:10.1002/erv.408.
25. Bakker R, van Meijel B, Beukers L, van Ommen J, Meerwijk E, van Elburg A. Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2011;24(1):16–22. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x.
26. Wright K. Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *Int J Ment Health Nurs.* 2010;19(3):154–161. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00657.x.

Ocena powrotu do sprawności ruchowej pacjentów po złamaniu przezkrętarzowym kości udowej w okresie 6 miesięcy po zabiegu chirurgicznym

Assessment of the return to mobility of patients after intertrochanteric fracture of the femur in the period of 6 months after the surgical procedure

Marzena Jacyk^{A–D}, Anna M. Kurek^{B–D}, Krystyna A. Maier^{B–D}, Jan M. Juzwiszyn^A, Magdalena Milan^{A,E}, Zofia Bolanowska^B, Mariusz Chabowski^C, Dariusz Janczak^{A,E}

Zakład Specjalności Zabiegowych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):257–262

Adres do korespondencji

Jan Juzwiszyn
e-mail: jan.juzwiszyn@umed.wroc.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 9.12.2014 r.
Po recenzji: 4.05.2015 r.
Zaakceptowano do druku: 4.07.2016 r.

DOI

10.17219/pzp/64038

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Streszczenie

Wprowadzenie. Złamania przezkrętarzowe kości udowej są przeważnie wynikiem urazów niskoenergetycznych i występują najczęściej u osób w 7.–9. dekadzie życia. Po urazie stan zdrowia fizycznego oraz sprawności ruchowej jest istotnie gorszy niż przed złamaniem.

Cel pracy. Ocena powrotu do sprawności ruchowej pacjentów po złamaniu przezkrętarzowym kości udowej 6 miesięcy po zabiegu chirurgicznym.

Materiał i metody. Badaniami zostało objętych 100 losowo wybranych osób po 6 miesiącach od złamania i operacji. Badania wykonano w 2014 r. w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu. Narzędziem badawczym była autorska ankieta zawierająca 43 pytania.

Wyniki. Aktualny stan zdrowia fizycznego oraz sprawność ruchowa pacjentów jest istotnie gorsza niż przed złamaniem ($p < 0,001$). Istotnie częściej potrzebują pomocy innych osób ($p < 0,001$). Natężenie bólu jest istotnie mniejsze niż bezpośrednio po złamaniu ($p < 0,001$). Stan emocjonalny pacjentów jest istotnie lepszy niż po złamaniu ($p < 0,001$).

Wnioski. Niemal połowa pacjentów (48%) po zabiegu chirurgicznym i rehabilitacji powróciła do sprawności ruchowej sprzed złamania i wcześniej pełnionych ról społecznych. Podeszły wiek, zły stan fizyczny, ograniczona sprawność ruchowa pacjentów przed złamaniem oraz wiele chorób współistniejących mogą opóźnić lub uniemożliwić powrót do stanu sprzed złamania. Podczas diagnostyki złamania u chorych często po raz pierwszy rozpoznawana jest osteoporoza. Po zabiegu i rehabilitacji zmniejszył się odsetek pacjentów spędzających aktywnie wolny czas, a kondycja fizyczna jest istotnie gorsza niż przed złamaniem.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, złamanie przezkrętarzowe, zabieg chirurgiczny

Abstract

Background. Intertrochanteric fractures of the femur in the majority of cases results from a low-energy trauma and most commonly occur in the 7th–9th decade of life. After the trauma, the physical health condition and mobility are significantly worse than before the fracture.

Objectives. Assessment of the return to mobility of patients after intertrochanteric fracture of the femur in the period of 6 months after the surgical procedure.

Material and methods. The study covered 100 randomly selected individuals 6 months after the fracture and the surgical procedure. The study was performed in 2014 at an orthopedic outpatient clinic operating at T. Marciniak Lower Silesian Specialist Hospital in Wrocław. The research tool used in the study was a proprietary questionnaire containing 43 questions.

Results. Current physical health condition and mobility of patients are significantly worse than before the fracture ($p < 0.001$). Their health condition requires the help of other people significantly more often than before the fracture ($p < 0.001$). The intensity of pain is significantly lower than immediately after the fracture ($p < 0.001$). The emotional condition of the patients is significantly better than after the fracture ($p < 0.001$).

Conclusions. After the surgical procedure and rehabilitation almost half of the patients (48%) returned to the pre-fracture mobility and the social roles previously performed. Old age, poor physical condition, reduced mobility of patients before the fracture and a large number of comorbidities delay or prevent the return to pre-fracture mobility. During the diagnostics of the fracture, patients are often diagnosed with osteoporosis for the first time. After the surgical procedure and rehabilitation, the percentage of patients actively spending their free time dropped, and the physical health condition and mobility are significantly worse than before the fracture.

Key words: rehabilitation, pertrochanteric fracture, surgical procedure

Wprowadzenie

Wydłużenie życia oraz często współistniejąca osteoporoza, stanowiąca poważny problem zdrowotny, jak również zwiększona aktywność osób w podeszłym wieku przyczyniają się do większej częstości złamań przezkrętarzowych kości udowej.¹ Złamanie przezkrętarzowe to uszkodzenie bliższej nasady kości udowej, które obejmuje obszar pomiędzy torebką stawu biodrowego oraz 3 cm poniżej krętarza mniejszego.

Znaczna większość tych złamań (80%) dotyczy osób w podeszłym wieku (70.–90. r.ż.), zwłaszcza kobiet. Urazy te mogą być groźne dla życia z powodu unieruchomienia chorego w zaawansowanym wieku oraz powolnego gojenia w wyniku osteoporozy. Często mają charakter złamań patologicznych na skutek przerzutów nowotworowych.¹

Przyczyną złamań przezkrętarzowych u osób starszych jest zazwyczaj niskoenergetyczny uraz związany z upadkiem z tzw. własnej wysokości w wyniku potknięcia się czy zasłabnięcia i utraty równowagi. W przypadku osób młodszych najczęściej jest nią wysokoenergetyczny uraz spowodowany wypadkiem komunikacyjnym lub upadkiem z dużej wysokości.²

Złamania u osób starszych są związane z dużym ryzykiem wystąpienia powikłań z powodu współistnienia innych chorób oraz konieczności unieruchomienia. W wyniku urazu mogą pojawić się: zanik mięśni, zeszywnienie stawów, zaburzenia układu oddechowego, krążeniowego, moczowego, zakrzepowe zapalenie żył, odleżyny, apatia i depresja,³ dlatego zalecane jest jak najszybsze operacyjne zespolenie odłamów kostnych.

Całościowe i indywidualne objęcie opieką chorego, zaangażowanie, empatia, wspieranie, nauczanie, motywowanie do samoopieki sprzyjają wytworzeniu klimatu

zaufania i poczucia bezpieczeństwa chorego i jego rodziny, co pozytywnie wpływa na leczenie, pomaga przetrwać choremu trudny okres pobytu w szpitalu oraz mobilizuje do aktywnego współdziałania w procesie terapeutycznym i rehabilitacyjnym.

Celem niniejszej pracy jest ocena powrotu do sprawności ruchowej pacjentów po złamaniu przezkrętarzowym kości udowej w okresie 6 miesięcy po zabiegu. Problemem badawczym było porównanie stanu kondycji fizycznej pacjentów przed złamaniem ze stanem aktualnym, po 6 miesiącach od złamania i zabiegu oraz subiektywna ocena badanych, czy operacja wykonana po przebytych złamaniu i rehabilitacja umożliwiły im powrót do wcześniej pełnionych ról społecznych.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem autorskiej ankiety składającej się z 43 pytań dotyczących wybranych sfer aktywności ruchowej. Szczegółową analizę badanej populacji przedstawia tabela 1.

Pytania dotyczyły oceny stanu sprzed złamania oraz oceny stanu aktualnego, czyli po 6 miesiącach od złamania, leczenia operacyjnego i rehabilitacji, co pozwoliło na potraktowanie badanych pacjentów jako grupy kontrolnej dla samych siebie.

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów w przyszpitalnej poradni ortopedycznej przy Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu. Badaniem została objęta 100-osobowa grupa pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu złamania przezkrętarzowego

Tabela 1. Charakterystyka wybranej populacji

Table 1. Main characteristics of the studied population

Zmienna		Kobiety		Mężczyźni	
		n	%	n	%
Płeć		67	67,0	33	33,0
Wiek [lata]	50–60	11	16,4	9	27,3
	61–70	16	23,9	4	12,1
	71–80	24	35,8	14	42,4
	>81	16	23,9	6	18,2
Miejsce zamieszkania	miasto	51	76,1	27	81,8
	wieś	16	23,9	6	18,6
Wykształcenie	podstawowe	9	13,4	2	6,1
	zawodowe	14	20,9	9	27,3
	średnie	24	35,8	11	33,3
	wyższe	20	29,9	11	33,3
Źródło utrzymania	praca zawodowa	9	13,4	9	27,3
	emerytura/renta	58	86,7	24	72,7

kości udowej za pomocą nowoczesnej metody zespolenia kości śrubo-płytką DSB.

Głównym kryterium włączenia ankietowanych osób do badań było wyrażenie przez nich zgody na udział w anonimowej ankiecie. Każdy z respondentów został poinformowany o anonimowości swoich danych, a także o celu przeprowadzenia ankiety.

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu STATISTICA v. 10.0 oraz arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel.

Wyniki

Na podstawie wyników ankiety można stwierdzić, że pacjenci najczęściej chorowali na choroby układu krążenia (92%) i układu kostno-mięśniowo-stawowego (77%). Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni chorowały na choroby układu kostno-mięśniowo-stawowego, narządów zmysłu, cukrzycę i osteoporozę, a mężczyźni na choroby układu krążenia (tabela 2).

Tabela 2. Liczba pacjentów w podgrupach różniących się chorobą towarzyszącą i płcią

Table 2. The number of the patients in the sub-groups differing by concomitant disease and gender

Choroba towarzysząca	Kobiety	Mężczyźni
Układu krążenia	59	33
Układu kostno-mięśniowo-stawowego	61	16
Osteoporoza	48	9
Narządów zmysłu	43	13
Cukrzyca	36	9
Układu nerwowego	25	14

Cztery osoby nie udzieliły odpowiedzi na pytanie o osteoporozę. U większości pacjentów (57,3%) rozpoznano osteoporozę. U kobiet istotnie częściej niż u mężczyzn diagnozowano osteoporozę ($p < 0,001$).

W grupie badanej przeważały osoby szczupłe (44%). Nadwaga i otyłość istotnie częściej występowały wśród kobiet.

Wśród ankietowanych najczęściej do złamania dochodziło na skutek upadku z małej wysokości (74%). Upadek z dużej wysokości istotnie częściej występował wśród mężczyzn – $p < 0,05$ (tabela 3).

Tabela 3. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o okoliczności złamania

Table 3. The number and percentage of responses given to the question concerning circumstances of the fracture

Okoliczności złamania	Ogółem (n = 100)		Kobiety (n = 67)		Mężczyźni (n = 33)	
	n	%	n	%	n	%
Upadek z małej wysokości	74	74,0	54	80,6	20	60,6
Upadek z dużej wysokości	17	17,0	7	10,4	10	30,3
Wypadek komunikacyjny	9	9,0	6	9,0	3	9,1

Aktualny stan zdrowia fizycznego pacjentów jest istotnie gorszy niż przed złamaniem – $p < 0,001$ (tabela 4).

Tabela 4. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o stan zdrowia fizycznego

Table 4. The number and percentage of responses given to the question concerning physical function

Samoocena stanu zdrowia fizycznego	Przed złamaniem (n = 100)	Aktualnie (n = 100)
Bardzo dobra (5)	37	20
Dobra (4)	27	30
Przeciętna (3)	14	18
Zła (2)	22	18
Bardzo zła (1)	0	14

Większość pacjentów przed złamaniem spędzała wolny czas w sposób aktywny (76%). Obecnie 58% odpoczywa w ten sposób.

Po zabiegu chirurgicznym i rehabilitacji pacjenci istotnie zmienili sposób spędzania wolnego czasu. Zmniejszył się odsetek pacjentów wypoczywających aktywnie – $p < 0,011$ (tabela 5).

Tabela 5. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o sposób spędzania czasu wolnego

Table 5. The number and percentage of responses given to the question concerning ways of spending free time

Sposób spędzania czasu wolnego	Przed złamaniem (n = 100)		Aktualnie (n = 100)	
	n	%	n	%
Aktywny	76	76,0	58	58,0
Bierny	24	24,0	42	42,0

Przed złamaniem 52% badanych oceniało swoją sprawność ruchową jako „pełną sprawność”, a aktualną sprawność jako pełną lub lekko ograniczoną (66%). Ocena sprawności ruchowej pacjentów jest istotnie gorsza niż przed złamaniem ($p < 0,001$).

Przed złamaniem 58% pacjentów nie miało trudności w wykonywaniu prac domowych. Obecnie pacjenci nie odczuwają lub odczuwają w małym stopniu trudności w wykonywaniu codziennych obowiązków (62%). Aktualnie trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych są istotnie większe niż przed złamaniem – $p < 0,001$ (tabela 6).

Tabela 6. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o trudności z wykonywaniem prac domowych

Table 6. The number and percentage of responses given to the question concerning difficulties in undertaking everyday tasks

Trudności z wykonywaniem prac domowych	Przed złamaniem (n = 100)		Aktualnie (n = 100)	
	n	%	n	%
Brak trudności	58	58,0	30	30,0
Lekkie ograniczenie	20	20,0	32	32,0
Duże ograniczenie	22	22,0	12	12,0
Niemożliwość	0	0,0	26	26,0

Blisko 3/4 pacjentów przed złamaniem nie miało trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych (74%). Obecnie nieco ponad połowa nie odczuwa trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych (54%).

Większość pacjentów przed złamaniem nie korzystała ze środków zaopatrzenia ortopedycznego (76%). Po rehabilitacji 46% badanych nie korzysta z środków zaopatrzenia ortopedycznego. Aktualnie pacjenci istotnie częściej niż przed złamaniem używają pomocy ortopedycznych – $p < 0,001$ (tabela 7).

Tabela 7. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o środki zaopatrzenia ortopedycznego

Table 7. The number and percentage of responses given to the question concerning using the orthopedic appliances

Używane środki zaopatrzenia ortopedycznego	Przed złamaniem (n = 100)		Aktualnie (n = 100)	
	n	%	n	%
2 kule	0	0,0	6	6,0
1 kula, laska	12	12,0	14	14,0
Balkonik	16	16,0	24	24,0
Wózek inwalidzki	4	4,0	22	22,0
Łóżko inwalidzkie	2	2,0	14	14,0
Żadne	76	76,0	46	46,0

Przed złamaniem 56% pacjentów nie odczuwało ograniczeń w chodzeniu po schodach. Obecnie co 6. pacjent określa stopień ograniczenia w chodzeniu po schodach jako „brak” lub „małe”.

U większości pacjentów przed złamaniem nie zauważono ograniczeń w schylaniu, kucaniu (58%). Po urazie ten odsetek nie uległ zmianie.

U 68% pacjentów przed złamaniem nie stwierdzono ograniczeń w chodzeniu. Większość pacjentów (62%) aktualnie określa stopień ograniczenia w chodzeniu jako „bez ograniczeń” lub „powyżej 100 metrów”. Dystans, jaki pacjenci mogą przejść, jest istotnie krótszy niż przed złamaniem – $p < 0,001$ (tabela 8).

Tabela 8. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o dystans możliwy do przejścia

Table 8. The number and percentage of responses given to the question concerning the longest possible walking distance

Dystans możliwy do przejścia	Przed złamaniem (n = 100)		Aktualnie (n = 100)	
	n	%	n	%
Bez ograniczeń	68	68,0	46	46,0
>100 m	12	12,0	16	16,0
<100 m	10	10,0	12	12,0
Tylko w domu wokół łóżka/krzesła	10	10,0	16	16,0
Żaden	0	0,0	10	10,0

Prawie wszyscy pacjenci przed złamaniem odczuwali stały, silny ból spoczynkowy (98%).

Najwięcej pacjentów (36%) aktualnie nie odczuwa bólu. Ból lekki i łagodny odczuwa 32% pacjentów. Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę między kobietami i mężczyznami pod względem doświadczania bólu bardzo silnego i silnego ($p > 0,05$). Mężczyźni częściej określali natężenie bólu jako bardzo silne, kobiety jako stałe i silne (tabela 9, 10).

Tabela 9. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o stopień natężenia bólu po złamaniu

Table 9. The number and percentage of responses given to the question concerning the level of pain after the fracture

Stopień natężenia bólu po złamaniu	Ogółem (n = 100)		Kobiety (n = 67)		Mężczyźni (n = 33)	
	n	%	n	%	n	%
Ból bardzo silny, ograniczający aktywność fizyczną, wymagający częstego stosowania leków przeciwbólowych silniejszych od aspiryny	2	2,0	2	3,0	0	0,0
Stały, silny ból spoczynkowy; chory leżący potrzebujący silnych leków przeciwbólowych	98	98,0	65	97,0	33	100,0
Ból łagodny, występujący sporadycznie po większym wysiłku, ustępujący po aspirynie	16	16,0	10	14,9	6	18,2

Tabela 10. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o aktualny stopień natężenia bólu

Table 10. The number and percentage of responses given to the question concerning current level of pain

Aktualny stopień natężenia bólu	Ogółem (n = 100)		Kobiety (n = 67)		Mężczyźni (n = 33)	
	n	%	n	%	n	%
Całkowity brak bólu	36	36,0	25	37,3	11	33,3
Ból lekki, okazjonalny, niewpływający na aktywność fizyczną	16	16,0	10	14,9	6	18,2
Ból łagodny, występujący sporadycznie po większym wysiłku, ustępujący po aspirynie	16	16,0	10	14,9	6	18,2
Ból średni, umiarkowany, męczący, ale do zniesienia, powodujący pewne ograniczenie i wymagający okresowego stosowania leków przeciwbólowych, silniejszych od aspiryny	10	10,0	8	12,0	2	6,1
Ból bardzo silny, ograniczający aktywność fizyczną, wymagający częstego stosowania leków przeciwbólowych silniejszych od aspiryny	12	12,0	4	6,0	8	24,2
Stały, silny ból spoczynkowy; chory leżący, potrzebujący silnych leków przeciwbólowych	10	10,0	10	14,9	0	0,0

Omówienie

Średni wiek kobiet wynosił 72,1 roku, a mężczyzn 70,5 roku. Wyniki analizy badanej grupy znajdują potwierdzenie w literaturze; Gaździk podaje, że większość, bo aż 85% złamań przekrętarzowych dotyczy osób w podeszłym wieku, najczęściej w 7.–8. dekadzie życia, przeważnie kobiet.¹

Marcinkowska et al. w swoich badaniach stwierdziła, że podeszły wiek jest jednym z czynników wpływających na rokowanie. Im starszy pacjent, tym więcej chorób współtowarzyszących, gorsza ogólna sprawność fizyczna, a w związku z tym wyższe ryzyko powikłań i opóźnienie powrotu do sprawności ruchowej sprzed złamania.⁴

Powyższe wnioski znalazły potwierdzenie w badaniach własnych. Analiza wykazała, że u ankietowanych występowała więcej niż jedna choroba towarzysząca. Najczęściej pacjenci chorowali na choroby układu krążenia (92%) i układu kostno-mięśniowo-stawowego (77%).

Z analizy badań wynika, że większość, bo aż 55 osób ankietowanych (57,3%) choruje na osteoporozę. Osteoporoza to choroba układu kostnego charakteryzująca się niską masą mineralną kości i upośledzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej, co w konsekwencji prowadzi do zwiększonej łamliwości i podatności na złamania.⁵

Ponad połowa respondentów (n = 55, 55%) stosuje leki na osteoporozę oraz suplementy wapnia i witaminy D. Zarówno wyniki uzyskane przez innych badaczy, jak i te uzyskane przez autorów artykułu potwierdzają, że w terapii obniżającej ryzyko złamań duże znaczenie ma odpowiednia suplementacja wapnia i witaminy D.

Niedobór wapnia i witaminy D powoduje obniżenie gęstości mineralnej kości, a także osłabienie siły mięśniowej. Wskutek gorszej koordynacji ruchowej i sprawności fizycznej pacjentów zwiększa się ryzyko upadków.⁶

Obserwacje i badania przeprowadzone przez Marcinowską-Suchowierską et al. dowodzą, że w populacji osób w podeszłym wieku stężenie wapnia i witaminy D w surowicy krwi często jest bardzo małe, natomiast ich

suplementacja, która obniża ryzyko wystąpienia złamań, stosowana jest zdecydowanie za rzadko.⁷

Lorenc et al. w swoim artykule zadaje pytanie, czy wiedza lekarzy odnośnie do terapii osteoporozy jest niewystarczająca, czy może istnieją inne czynniki, które powodują niepodejmowanie właściwego leczenia. U większości pacjentów nie wdraża się terapii pomimo jednoznacznych wskazań.⁸

W badanej grupie pacjentów do złamania najczęściej dochodziło na skutek upadku z małej wysokości (n = 74, 74%). Jest to tzw. upadek niskoenergetyczny z własnej wysokości na twarde podłoże.

Przegląd piśmiennictwa wykazuje podobne wyniki u wielu autorów. Lorczyński et al. twierdzą, że do większości złamań przekrętarzowych dochodzi u osób, które ukończyły 70. r.ż. Ich główną przyczyną są banalne upadki z własnej wysokości (73%). U ludzi młodych natomiast spowodowane są najczęściej ciężkimi urazami, które powstają w takich okolicznościach, jak np. wypadki komunikacyjne i upadki z dużej wysokości (16%).⁹

Powyższe źródła potwierdzają teorię, że osoby w podeszłym wieku nie są w stanie skutecznie ochronić się przed urazem, w związku z czym jego siła przenosi się na układ kostny, ulegając mniejszemu rozproszeniu w tkankach miękkich. Współistniejące schorzenia narządu ruchu, upośledzona sprawność ruchowa, zmniejszona siła mięśniowa, zaburzenia równowagi, osłabienie wzroku i słuchu oraz roztargnienie są potencjalnymi przyczynami banalnego upadku z własnej wysokości, który może spowodować poważne złamanie przekrętarzowe kości udowej.¹⁰

Prawie wszyscy pacjenci (98%) po złamaniu odczuwali stały, silny ból spoczynkowy, wymagający ciągłego stosowania silnych leków przeciwbólowych. Po 6 miesiącach od złamania i zabiegu chirurgicznego większość ankietowanych (36%) nie odczuwa bólu. Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę między kobietami i mężczyznami pod względem aktualnego natężenia bólu.

Według piśmiennictwa odczuwanie bólu jest sprawą indywidualną i uzależnioną od psychiki chorego. Mar-

cinowska et al. twierdzą, że możliwość zaakceptowania dolegliwości bólowych jest uwarunkowana zarówno rodzajem zmian w narządzie ruchu w wyniku złamania, jak i potrzebami żywymi chorego. Ból u niektórych osób stanowi dysfunkcję sytuacyjną, która ogranicza sprawność np. w chodzeniu po schodach lub po nierównym terenie, ale nie zaburza codziennej aktywności. Natomiast u innych, bardziej wrażliwych i mniej odpornych, uniemożliwia wykonywanie rutynowych czynności. Dolegliwości bólowe powodują upośledzenie wydolności fizycznej i społecznej, co wpływa na stan emocjonalny, wywołując lęk i/lub niepokój, a nawet prowadzi do zachorowania na depresję.⁷

W wyniku złamania przekrętarzowego kości udowej chorzy dotąd sprawni fizycznie, aktywni i samodzielni, nagle tracą niezależność i są zdani na pomoc innych. Przebyte złamanie, zabieg, hospitalizacja i rehabilitacja są źródłem lęku o przyszłość, powrót do sprawności ruchowej i samodzielności sprzed złamania oraz możliwość dalszego pełnienia funkcji społecznych.¹¹

Wnioski

Niemal połowa pacjentów po zabiegu chirurgicznym i rehabilitacji powróciła do sprawności ruchowej sprzed złamania i wcześniej pełnionych ról społecznych.

Podeszły wiek, zły stan fizyczny, ograniczona sprawność ruchowa pacjentów przed złamaniem oraz mnogość chorób współistniejących opóźnia lub uniemożliwia powrót do sprawności ruchowej sprzed złamania.

Duża sprawność fizyczna pacjentów przed złamaniem korzystnie wpływa na powrót do poprzedniej aktywności ruchowej.

Stan emocjonalny pacjentów po zabiegu chirurgicznym i rehabilitacji jest znacznie lepszy niż bezpośrednio po złamaniu.

Po zabiegu operacyjnym i rehabilitacji zmniejszył się odsetek pacjentów spędzających wolny czas aktywnie, a stan zdrowia fizycznego oraz sprawności ruchowej jest istotnie gorszy niż przed złamaniem.

Piśmiennictwo

1. Gaździk T. *Ortopedia i traumatologia*. Warszawa: PZWL; 2002:58–82, 205–206.
2. Kusz D. *Kompendium traumatologii*. Warszawa: PZWL; 2010:28–30, 145.
3. Kruczyński J, Górka J, Futyma J, Żurawski R, Banach W. Leczenie operacyjne złamań bliższego końca kości udowej u chorych 90-letnich i starszych. *Ortop Traumatol Rehab*. 2008;10(4):338–349.
4. Marcinkowska M, Horst-Sikorska W, Wawrzyniak A, Dytfeld J, Hasan KI, Słowiński K. Czynniki rokownicze po złamaniu bliższego końca kości udowej u kobiet z osteoporozą pomenopauzalną. *Prz Menopauz*. 2012;11(2):124–128.
5. Chwalińska-Sadowska H. Osteoporoza. W: Zimmermann-Górka I, red. *Reumatologia*. Warszawa: PZWL; 1995:272–288.
6. Marcinkowska-Suchowierska E, Walicka M, Tałałaj M, Horst-Sikorska W, Ignaszak-Szczepaniak M, Sewerynek E. Suplementacja witaminy D u ludzi dorosłych: Wytyczne. *Post Nauk Med*. 2010;2:160–162.
7. Marcinkowska M, Wawrzyniak A, Horst-Sikorska W, Burchardt W. Jakość życia chorych po złamaniu szyjki kości udowej. *Pol Merk Lek*. 2006;20(121):44–49.
8. Lorenc R, Głuszko P, Kaczmarewicz E, et al. Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie: Aktualizacja 2001. *Medycyna Praktyczna (wyd. spec.)*; 2011;1.
9. Lorczyński A, Blok K, Kozdruk J, Bieniecki M. Ocena funkcji biodra po leczeniu złamań przekrętarzowych kości udowej z użyciem śrubo-płytki DHS. *Ann Acad Med Gedan*. 2006;36:123–131.
10. Walewska E. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Warszawa: PZWL; 2010:109–115,160–183.
11. Biliński PJ, Wall A, Matera A, Rymer P. Wpływ osteoporozy na odległe losy chorych po złamaniach bliższego końca kości udowej. *Chir Narz Ruchu Ortop Pol*. 1994;59(Supl 3):455–462.

Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat świadczenia kulturowo zgodnej opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci

Knowledge of nurses in Poland and Great Britain on providing a culturally appropriate nursing care for dying and deceased Muslim patients

Alicja A. Duda^{A-F}, Kinga M. Fecko-Gałowicz^{B,C,E}, Paulina Jabłońska^{B,C,E}, Maria Zięba^{E,F}

Instytut Nauk o Zdrowiu, Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):263–267

Adres do korespondencji

Alicja Duda
e-mail: alusia_d@tlen.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.12.2016 r.
Po recenzji: 2.02.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 12.04.2017 r.

DOI

10.17219/pzp/70425

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Streszczenie

Wprowadzenie. Zainteresowanie problematyką wielokulturowości w Polsce zwiększyło się w chwili wstąpienia Polski do Unii Europejskiej. Przyczyniło się to w dużej mierze do konieczności zmian w kształceniu zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek.

Cel pracy. Porównanie wiedzy pielęgniarek pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat śmierci i umierania w islamie. Poznanie wpływu wykształcenia oraz stażu pracy pielęgniarek/pielęgniarzy na znajomość oczekiwań pacjentów wyznania muzułmańskiego względem opieki pielęgniarskiej.

Materiał i metody. Przebadano 107 respondentów w wieku 20–50 lat, posiadających różne wykształcenie i staż pracy, zamieszkałych w Polsce i w Wielkiej Brytanii, pracujących w: Powiatowym Szpitalu im. L. Rydygiera w Brzesku na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; 1. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Lublinie na Oddziale Chirurgii i Oddziale Dermatologii; w Podhalańskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Nowym Targu w poradniach specjalistycznych; w St. Mary's Hospital w Newport w Wielkiej Brytanii na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

Wyniki. Z uzyskanych danych wynika, że wiedza pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w Wielkiej Brytanii dotycząca zasad opieki nad umierającymi pacjentami wyznającymi islam i postępowania z ich ciałami po śmierci jest większa niż personelu pielęgniarskiego pracującego w polskich szpitalach. Brytyjskie pielęgniarki, zarówno z wykształceniem wyższym magisterskim, jak i licencjackim, przeważnie udzielały poprawnych odpowiedzi na pytania z ankiety, natomiast wśród polskich pielęgniarek prawidłowych odpowiedzi udzielały w większości osoby z ukończonymi studiami II stopnia. W Wielkiej Brytanii pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 10 lat mają wyższy poziom wiedzy.

Wnioski. Tak w Polsce, jak i w Wielkiej Brytanii wykształcenie ma wpływ na znajomość zasad opieki nad pacjentami z mniejszości religijnych i kulturowych. W Wielkiej Brytanii pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 10 lat mają większą wiedzę na temat pielęgnacji tych osób.

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, kultura, religia, islam

Abstract

Background. There is an increase interests in the issues related to the multiculturalism in Poland since Poland's accession to the European Union. This, in turn, largely contributed to the need for change in the education of both doctors and nurses.

Objectives. Comparison of knowledge of nurses working in Poland and Great Britain regarding the concepts of death and dying from a Muslim perspective. In addition, the objective was to investigate the effect of education and work experience of female and male nurses on the knowledge of these patients' expectations for nursing care.

Material and methods. A total of 107 respondents have been surveyed, all of them between the ages of 20 and 50, with different education and work experience, living in Poland, and working in the anaesthesiology and intensive care unit of the L. Rydygiera County Hospital in Brzesko, the units of surgery and dermatology at the First Military Clinical Hospital with Polyclinic in Lublin, and in the specialist clinics of the John Paul II Specialist Hospital in Nowy Targ, as well as in the anaesthesiology and intensive care unit of the St. Mary's Hospital in Newport.

Results. The data obtained in the course of study shows that the knowledge of nursing principles in reference to dying and deceased Muslim patients is greater in case of female and male nurses working in Great Britain than those in Poland. In Great Britain, both nurses with a Master's degree and a Bachelor's degree mostly provided the proper answer, whereas in Poland, in most cases only the nurses with a Master's degree answered correctly. In Great Britain, nurses with more than 10 years of work experience represent a higher level of knowledge.

Conclusions. In Poland and Great Britain education has an impact on the knowledge of delivering culturally competent care to patients from religious and ethnical minorities. In Great Britain, a nurse with more than 10 years of work experience has better knowledge about nursing the above-mentioned patients.

Key words: health care, culture, religion, Islam

Wprowadzenie

Dla większości z nas religia jest nieodłączną częścią życia. Kształtuje naszą tożsamość oraz postawy życiowe. Do największych religii na świecie zaliczamy: chrześcijaństwo, hinduizm, buddyzm, judaizm oraz islam.¹ Zainteresowanie problematyką wielokulturowości w Polsce zwiększyło się w chwili wstąpienia Polski i innych krajów do Unii Europejskiej oraz otwarcia granic. Ludzie odmienni kulturowo zaczęli masowo odwiedzać nasz kraj, a co za tym idzie, można ich coraz częściej spotkać w placówkach opieki zdrowotnej. Przyczyniło się to w dużej mierze do konieczności zmiany w kształceniu zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. Pionierką, dzięki której wzrosło zainteresowanie wielokulturowością w służbie zdrowia, jest Madeleine Leininger. Podkreśla ona, że „pacjent ma prawo, aby rozumiano jego społeczno-kulturowe pochodzenie w ten sam sposób, jak oczekuje się, że będą zrozumiane i rozpoznane jego fizyczne i psychiczne potrzeby”.² Model wschodzącego słońca, którego jest autorką, wskazuje pracownikom służby zdrowia kierunek kulturowo kompetentnej opieki nad pacjentami wyznającymi różne religie bądź pochodzącymi z innej kultury. Model ten jest przedstawiony w postaci półkola, które podzielono na 7 części: 1. czynniki technologiczne; 2. czynniki religijne i filozoficzne; 3. czynniki rodzinne i społeczne; 4. wartości kulturowe i styl życia; 5. czynniki polityczne i prawne; 6. czynniki ekonomiczne; 7. czynniki edukacyjne. Czynniki te wzajemnie na siebie oddziałują, co wpływa na sposób sprawowania opieki i praktyki pielęgniarstwa.³ Od współczesnej pielęgniarki wymaga się kompetencji na kilku poziomach: afektywnym, który odnosi się do przełamania stereotypów oraz postaw etnocentrycznych, które cechują się przekonaniem, iż czyjś światopogląd jest

najważniejszy; kognitywnym, który polega w dużej mierze na zdobywaniu wiedzy o wpływie kultury i religii na zachowania ludzi w zdrowiu i chorobie; behawioralnym, cechującym się umiejętnością komunikowania werbalnego i pozawerbalnego. Wszystkie te kompetencje pielęgniarka powinna nabyć w toku nauczania na poziomie licencjackim i magisterskim bądź też kursach ukierunkowanych na problemy wielokulturowości. Kultura w związku sposób łączy się z religią, która kształtuje zwyczaje cywilizacji.⁴

Islam powstał w połowie VI w. p.n.e. i uznawany jest za najmłodszą religię monoteistyczną świata. Świętymi księgami muzułmanów (wyznawców islamu) są Koran (Al-Quran) oraz Sunna. Wierni bezwarunkowo powinni podporządkować się Bogu, a wszelkie prawa zawarte w Koranie mają być dla nich wzorem do naśladowania. Treści zawarte w Koranie to spisane przesłanie Allacha, które zostało objawione prorokowi Mahometowi.³ Największą inspiracją dla muzułmanów jest Sunna, która zawiera informacje z życia proroka i wyznacza sposoby zachowania się wobec osób chorych i zmarłych. Nakazuje, aby odwiedzać chorych. Dotyczy to zarówno bliskiej rodziny, jak i krewnych oraz przyjaciół z odległych miast czy krajów. Wynika to z przekonania, że osoba umierająca powinna uregulować swoje sprawy majątkowe.⁵ Zwyczaje religii muzułmańskiej nakazują, aby najbliższa rodzina wierzącego była obecna przy nim w końcowej fazie życia. Dlatego też powinno się przenieść umierającego do osobnej sali, w której odwiedzający oraz imam będą mogli towarzyszyć pacjentowi oraz odprawiać wspólne modły. W tej samej sali, w której leży konający, nie powinna przebywać osoba „nieczysta”. Kiedy muzułmanin jest bliski śmierci, bliscy namawiają go do wyznania wiary, a ostatnim słowem, jakie wymówi, powinien być wyraz „Bóg”.

Toaleta pośmiertna wykonana przez pielęgniarkę powinna polegać na wyciągnięciu drenów, cewników, zagłębników oraz na odłączeniu ciała od aparatury. Według Koranu ciało człowieka pochodzi od Boga i zarówno żywe, jak i martwe powinno być traktowane z szacunkiem. Dlatego gdy muzułmanin umiera, jego ciało jest pielęgnowane przez członka najbliższej rodziny tej samej płci. Zmarły zostaje trzykrotnie umyty wodą nasączoną wodą z mydłem, osuszony i nasmarowany wonnościami. Następnie owija się go białymi płótnami (kafanami) i układa tak, aby twarz zwrócona była w kierunku Mekki.⁶ Podczas leczenia umierającego pacjenta, mimo że religia zabrania tego w innych przypadkach, dozwolone jest podawanie silnych środków przeciwbólowych, a nawet narkotyków (np. morfiny). Nie wolno stosować alkoholu jako leku, ale można go używać np. jako środka do dezynfekcji.^{6,7} W sytuacjach zagrożenia życia muzułmanina religia zezwala na transfuzję krwi oraz transplantację narządów, która jest zalecanym środkiem pomocy oraz czynem chwalebny, jeżeli nie godzi w muzułmańską godność. Wyżej wymienione zabiegi są akceptowane, pod warunkiem że są jedyną możliwą formą pomocy. Eutanazja oraz sztuczne przedłużanie życia są zabronione w islamie.³

Celem pracy jest porównanie wiedzy pielęgniarek pracujących w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat śmierci i umierania w islamie, a ponadto określenie wpływu wykształcenia oraz stażu pracy pielęgniarek/pielęgniarzy na znajomość oczekiwań tych pacjentów w zakresie opieki pielęgniarskiej.

Materiał i metody

Badania prowadzono od stycznia do marca 2014 r. Przebadano 107 respondentów w wieku 20–50 lat posiadających różne wykształcenie i staż pracy, zamieszkałych w Polsce (n = 64) i w Wielkiej Brytanii (n = 43). W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Pytania dotyczyły opieki pielęgniarskiej nad pacjentem wyznającym islam; odnosiły się do częstości kontaktu pielęgniarki z chorym oraz wiedzy na temat pielęgnowania go w kontekście zasad religijnych. W celu zbadania wiedzy respondentów w Wielkiej Brytanii ankieta została przetłumaczona na język angielski i przeprowadzona w St. Mary's Hospital w Newport na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. W Polsce zebrano dane w Powiatowym Szpitalu im. L. Rydygiera w Brzesku na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 1. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Lublinie na Oddziale Chirurgii i Oddziale Dermatologii oraz w Podhalańskim Specjalistycznym Szpitalu im. Jana Pawła II w Nowym Targu w poradniach specjalistycznych. Aby zbadać zależność pomiędzy wykształceniem i stażem pracy pielęgniarek a wiedzą na temat pielęgnowania pacjentów z uwzględ-

nieniem ich wymagań religijnych i kulturowych, zastosowano test U Manna-Whitneya oraz test niezależności χ^2 .

Wyniki

Badana grupa liczyła 107 osób. Składała się z 93 kobiet (87%) i 14 mężczyzn (13%). Wśród badanych w Polsce 97% stanowiły kobiety, a 3% mężczyźni, natomiast w Wielkiej Brytanii 72% ankietowanych było płci żeńskiej, a 28% męskiej.

Średnia wieku w badanej grupie wynosiła $38,5 \pm 8,5$ roku. W Polsce najczęściej badanych osób było w przedziale wiekowym 40–49 lat (45%, n = 29), a najmniej miało 50 i więcej lat (8%, n = 5). W Wielkiej Brytanii najczęściej respondentów znajdowało się w przedziale wiekowym 30–39 lat (42%, n = 18), a najmniej w grupie wiekowej 50 i więcej lat (9%, n = 4).

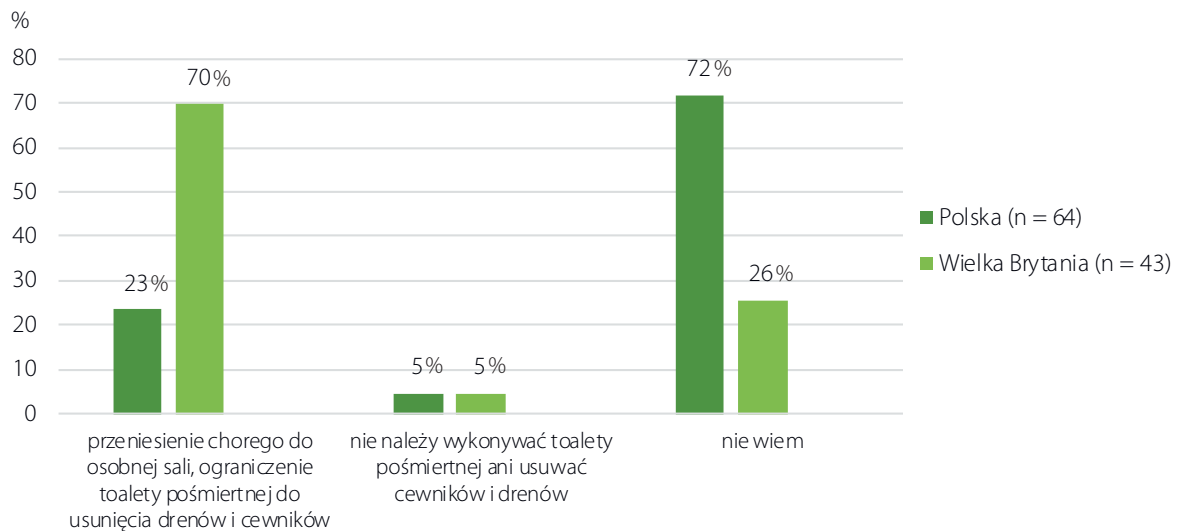
Wśród badanych osób w Polsce wykształcenie średnie i licencjackie posiadało 48% (n = 31), wykształcenie wyższe magisterskie – 52% (n = 33). W Wielkiej Brytanii wykształcenie licencjackie posiadało 51% respondentów (n = 22), natomiast wykształcenie wyższe magisterskie – 49% (n = 21).

W badanej grupie w Polsce najczęściej osób podało, że ich staż pracy to 21 lat i więcej (42%, n = 27), natomiast najmniej ankietowanych posiadało staż pracy 0–5 lat (9%, n = 6). W Wielkiej Brytanii najczęściej osób podało jako swój staż pracy przedział 6–10 lat (30%, n = 13), a najmniej osób – 0–5 lat (19%, n = 8). Przeciętny staż pracy w badanej grupie pielęgniarek wynosił $15,9 \pm 8,2$ roku.

Tylko 26% respondentów z Wielkiej Brytanii nie znało odpowiedzi na pytanie o prawidłowy sposób pielęgnowania ciała pacjenta wyznającego islam, natomiast w Polsce aż 72% badanych udzieliło błędnej odpowiedzi. Poprawnie odpowiedziało 23% polskich pielęgniarek i pielęgniarzy oraz 70% respondentów z Wielkiej Brytanii (ryc. 1). Stwierdzono istotną statystycznie różnicę (n = 107, df = 2, $\chi^2 = 23,47$, p < 0,001) pomiędzy wiedzą na temat toalety pośmiertnej ciała muzułmanina a krajem pracy badanych pielęgniarek.

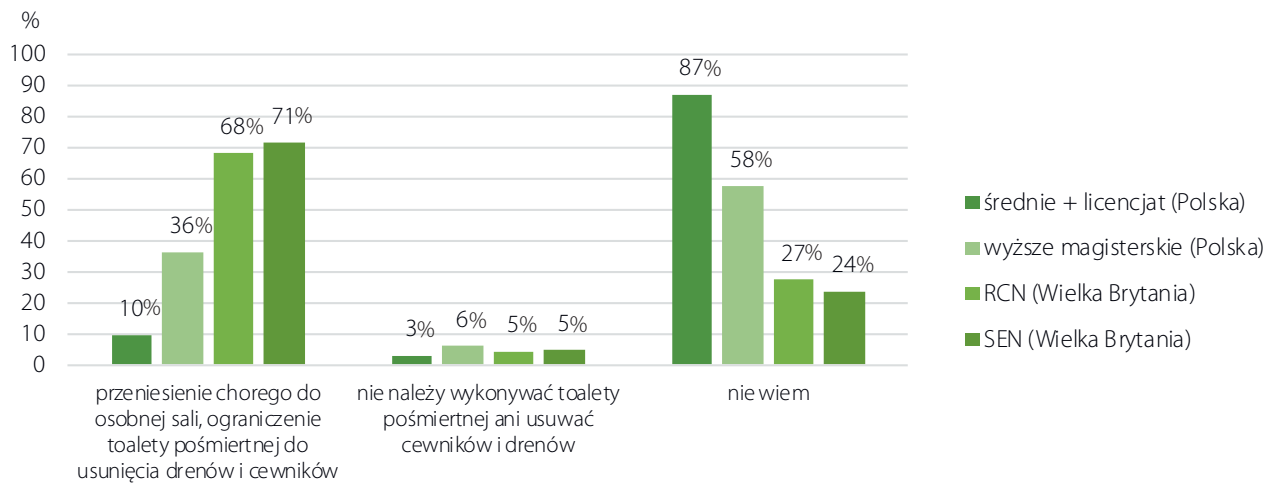
W Wielkiej Brytanii zarówno pielęgniarki z wykształceniem wyższym magisterskim (71%), jak i licencjackim (68%) w większości udzieliły poprawnej odpowiedzi na przytoczone wyżej pytanie, natomiast w Polsce więcej pielęgniarek z wykształceniem wyższym magisterskim (36%) udzieliło poprawnej odpowiedzi. Pielęgniarki z wykształceniem średnim lub licencjackim w większości (87%) nie znały odpowiedzi na zadane pytanie (ryc. 2). Różnica pomiędzy wiedzą na temat postępowania z ciałem pacjenta wyznającego islam a wykształceniem i krajem pracy badanych pielęgniarek jest istotna statystycznie (n = 107, df = 6, $\chi^2 = 29,12$, p < 0,001).

W Polsce zarówno osoby ze stażem pracy krótszym niż 10 lat (73%), jak i dłuższym (71%) nie znały odpowiedzi



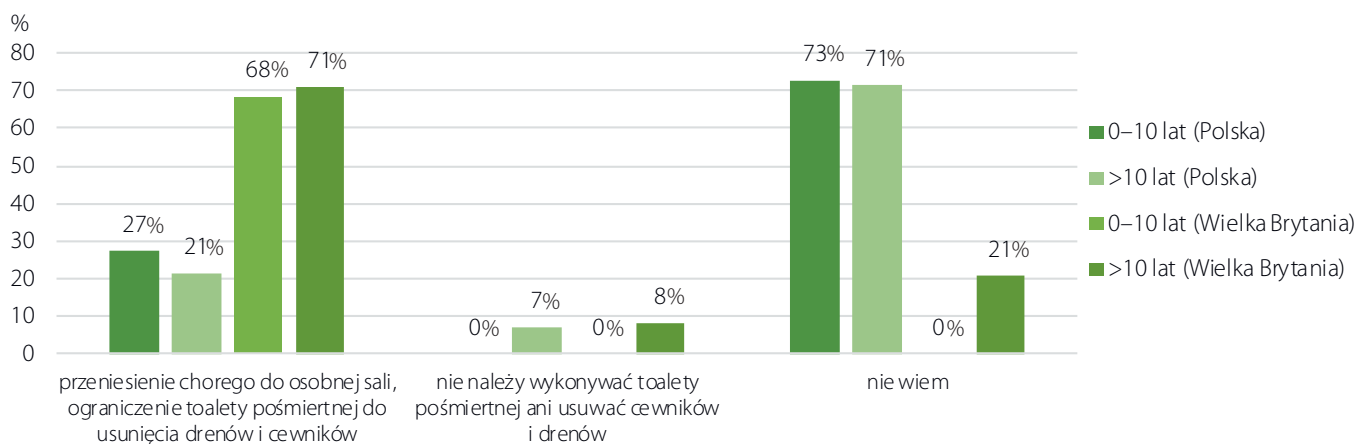
Ryc. 1. Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci (podział ze względu na miejsce pracy)

Fig. 1. Knowledge of nurses in Poland and Great Britain on providing an appropriate care for dying and deceased Muslim patients (divided by place of work)



Ryc. 2. Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci (podział ze względu na wykształcenie i miejsce pracy)

Fig. 2. Knowledge of nurses in Poland and Great Britain on providing an appropriate care for dying and deceased Muslim patients (divided by categories: education and place of work)



Ryc. 3. Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci (podział ze względu na staż zawodowy i miejsce pracy)

Fig. 3. Knowledge of nurses in Poland and Great Britain on providing an appropriate care for dying and deceased Muslim patients (divided by categories: professional experience and place of work)

na pytanie o właściwy sposób pielęgnowania ciała pacjenta wyznającego islam. Respondenci w Wielkiej Brytanii w większości znali prawidłową odpowiedź (ryc. 3). Stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($n = 107$, $df = 6$, $\chi^2 = 26,99$, $p < 0,001$) między wiedzą na temat sposobu postępowania z ciałem muzułmanina po śmierci a stażem zawodowym i krajem pracy badanych pielęgniarek.

Omówienie

Nieodłącznym elementem pracy pielęgniarki jest kontakt z drugim człowiekiem. Współpracuje ona z całym zespołem terapeutycznym, do którego zaliczamy m.in. inne pielęgniarki i lekarzy, ale również pacjenta i jego rodzinę. Pielęgniarki powinny patrzeć na człowieka nie tylko przez pryzmat biologiczno-fizyczny, ale i cielesno-duchowy. Wiara wpływa w znaczny sposób na postrzeganie choroby i śmierci oraz często określa zasady pielęgnowania ciała w tych okolicznościach.⁸ Jak wskazuje Zdziebło et al. w swoich badaniach, aż 91,5% badanych zauważa potrzebę znajomości innych kultur, a 52,8% uważa za konieczne organizowanie szkoleń podyplomowych z komunikacji z osobą odmienną kulturowo.⁹

Z badań własnych wynika, że pielęgniarki z wykształceniem magisterskim pracujące w Polsce mają większą wiedzę na temat pielęgnowania umierającego pacjenta praktykującego islam oraz zajmowania się jego ciałem po śmierci niż pielęgniarki z licencjatem. W Wielkiej Brytanii zarówno pielęgniarki z wykształceniem wyższym magisterskim, jak i licencjackim przeważnie wiedziały, jak postępować w takich przypadkach. Jak wynika z danych zebranych przez Majdę et al., tylko 10% badanych studentów pielęgniarstwa nie wyraża uprzedzenia w stosunku do muzułmanów.¹⁰ Według Zdziebło et al. 47,2% respondentów zetknęło się z pojęciem kompetencji międzykulturowych w pielęgniarstwie.⁹ Zaskakujące jest, iż w badaniach Majdy et al. aż 20% ankietowanych podziela opinię, że muzułmanów należałoby usunąć z kraju, a 8% badanych studentów pielęgniarstwa zadeklarowało, że sami dyskryminowali osoby innego wyznania.¹¹ Według Laskowskiego et al. ponad połowa respondentów (52,3%) uważa, że personel medyczny może napotkać problemy z pacjentami odmiennymi kulturowo. Respondenci zapytani o wyzwania stojące przed pracownikami służby zdrowia w kontekście kształtowania wrażliwości wielokulturowej odpowiedzieli, że są nimi: monitorowanie stanu epidemiologiczno-sanitarnego w ośrodkach dla uchodźców (70,7%) oraz nabywanie kompetencji zawodowych przez studentów (59,5%).¹²

Wnioski

Z badań własnych wynika, że w Polsce zarówno pielęgniarki ze stażem pracy poniżej 10 lat (73%), jak i dłuższym (73%) nie znają zasad pielęgnowania umierającego pacjenta wyznającego islam i obchodzenia się z jego ciałem po śmierci.

Piśmiennictwo

1. Tasak A. Jesteśmy różni, czyli religie widziane przez pryzmat praw pacjenta. *Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi*. 2001;5:8–12.
2. Majda A, Zalewska-Puchała J. Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej. *Probl Pielęg*. 2011;19(2):253–258.
3. Majda A, Zalewska-Puchała J. Teoria transkulturowej opieki pielęgniarskiej. W: Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Tęcza B, red. *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studentów medycznych*. Warszawa: PZWL; 2010:13–26.
4. Najmowicz E. Pielęgniarstwo transkulturowe. *Biuletyn pielęgniarek i położnych: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie*. 2012;3(86):7–8.
5. Pruszyński J, Putz J, Cianciara D. Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby. *Hygeia Public Health*. 2013;48(1):108–114.
6. Orońska A. Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata. *Med Pal Prakt*. 2009;3(2):82–85.
7. Pruszyński J. Potrzeby i oczekiwania przedstawicieli różnych religii w okresie choroby. *Terapia*. 2006;1(174):53–57.
8. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K. *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: PZWL; 2010.
9. Zdziebło K, Nowak-Starz G, Makiela E, Stępień R, Wiraszka G. Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. *Probl Pielęg*. 2014;22(2):367–372.
10. Majda A, Zalewska-Puchała A, Barczyk E. Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo. *Probl Pielęg*. 2013;21(3):327–334.
11. Majda A, Zalewska-Puchała A, Barczyk E. Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa. *Probl Pielęg*. 2013;21(2):187–194.
12. Laskowski K, Krajewska-Kułak E, Fiłon J. Uchodźcy jako przyszły odbiorcy usług medycznych z perspektywy studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Piel Zdr Publ*. 2015;5(2):159–171.

Kompleksowa ocena powrotu do sprawności ruchowej chorych po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego

A comprehensive assessment of the return to mobility of patients after hip replacement surgery

Jadwiga Stanek^{B,C}, Jan M. Juzwiszyn^{A,E,F}, Katarzyna Borek^D, Agnieszka P. Maj^D, Mariusz Chabowski^C, Zofia Bolanowska^B, Dariusz Janczak^A

Zakład Specjalności Zabiegowych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):269–277

Adres do korespondencji

Jan Juzwiszyn
e-mail: jan.juzwiszyn@umed.wroc.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 25.10.2014 r.
Po recenzji: 13.06.2015 r.
Zaakceptowano do druku: 12.04.2017 r.

DOI

10.17219/pzp/70428

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Streszczenie

Wprowadzenie. Endoprotezoplastyka ma na celu poprawę funkcji stawu i zmniejszenie bólu. Jest obecnie uznawana za skuteczną formę leczenia, która przynosi wiele korzyści. Przy próbie oceny powrotu pacjentów do sprawności ruchowej po alloplastyce stawu biodrowego zwrócono uwagę na stopień odczuwanego bólu przed zabiegiem i po nim, trudności w codziennych czynnościach i problemy w życiu zawodowym. Badania wykazały, że respondenci przed zabiegiem najczęściej odczuwali silny ból. Po operacji ankietowani sporadycznie, niezależnie od płci i wieku, odczuwali dolegliwości bólowe, które nie ograniczały ich w codziennym funkcjonowaniu.

Cel pracy. Przybliżenie tematyki endoprotezoplastyki stawu biodrowego i ocena sprawności ruchowej pacjentów po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów po całkowitej wymianie stawu biodrowego. Badani to grupa 120 osób, w której znajdowało się 76 kobiet (63,3%) i 44 mężczyzn (36,7%) korzystających ze specjalistycznej Poradni Rehabilitacyjnej Karłowickiego Centrum Medycznego „KAR-MED” we Wrocławiu od lutego do grudnia 2013 r.

Wyniki. U pacjentów, u których wykonano endoprotezoplastykę, nastąpiła znacząca poprawa stanu funkcjonalnego oraz zmniejszenie odczuwanego bólu. Ten korzystny trend został stwierdzony we wszystkich dziedzinach życia uwzględnionych w badaniach przeprowadzonych przez autorów pracy.

Wnioski. Zabieg wszczępienia endoprotezy spowodował istotne statystycznie zmniejszenie liczby pacjentów z ograniczoną sprawnością chodzenia (o 28,4%), a także odczuwających ból biodra, pośladka, uda (o 20,9%). Po operacji odsetek pacjentów, u których zastosowano rehabilitację, wzrósł z 57,5% do 95%. Odsetek pacjentów z bólem bardzo silnym zmalał z 19,2% do 0,8%, a z bólem silnym z 47,5% do 8,3%. W wyniku endoprotezoplastyki stopień trudności w wykonywaniu wszystkich analizowanych czynności istotnie się zmniejszył ($p < 0,0001$). Przed zabiegiem leczeniu rehabilitacyjnemu poddawało się 21,7% badanych, natomiast po operacji na rehabilitację uczęszczało aż 75,9% badanych.

Słowa kluczowe: choroba zwyrodnieniowa, endoprotezoplastyka, sprawność fizyczna

Abstract

Background. Endoprosthetics is aimed to improve the joint function and provide pain relief. It is now recognized as an effective and advantageous form of treatment. What was taken into consideration while assessing the patients' recovery of their full mobility after hip arthroplasty was the degree of pain perceived before and after the treatment, difficulties in daily activities and problems in professional life. According to the results, in most cases, the surveyed patients felt severe pain before the procedure. After the operation, the respondents, regardless of their gender or age, occasionally complained of pain, still it did not hamper their daily functioning.

Objectives. To introduce the subject of hip arthroplasty and assess the mobility of patients after the implantation of a hip endoprosthesis.

Material and methods. The study was conducted among patients after total hip replacement. A group of 120 people was examined: 76 women (63.3%) and 44 men (36.7%), who were all attended in the Outpatient Clinic of Rehabilitation in the Medical Center KAR-MED during the period from February to December 2013.

Results. The condition of patients treated with endoprosthetics improved significantly. The therapy also decreased the perceived pain. This beneficial trend was observed in all life domains the authors of the present study referred to.

Conclusions. The performed procedure caused a statistically significant decrease in the number of patients with limited walking efficiency (by 28.4%), as well as those feeling pain in the hip, buttock, thigh (by 20.9%). After the surgery, the percentage of patients undergoing rehabilitation increased from 57.5% to 95%. The proportion of patients with a very strong pain dropped from 19.2% to 0.8%, and patients with a strong pain – from 47.5% to 8.3%. As a result of endoprosthetics, the difficulty in performing all the analyzed activities decreased significantly ($p < 0.0001$). Before the surgery, only 21.7% patients underwent rehabilitation, whilst the post-operative rehabilitation was reported in the case of 75.9% patients.

Key words: osteoarthritis, endoprosthetics, physical activity

Wprowadzenie

Rozwój cywilizacji i wydłużenie życia ludzkiego spowodowały, że choroby stawów stanowią główny problem ortopedii na całym świecie. Stawem szczególnie narażonym na zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające jest staw biodrowy, który jest stawem nośnym, a tym samym najbardziej eksploatowanym.

Staw biodrowy jest doskonale przystosowany do dużych obciążeń statycznych i dynamicznych dzięki silnym więzadłom i mięśniom oraz odpowiedniej budowie kostnej. Zachodzą w nim ruchy na wszystkich osiach i płaszczyznach ciała, jest jednym z najbardziej ruchomych stawów. Podczas statycznego obciążenia pełni funkcję podporową.

Zmiany zwyrodnieniowe występują przeważnie u ludzi starszych (po 60. r.ż.), ale mogą występować też u osób młodych. Stanowią zespół zmian patologicznych wywołanych różnymi czynnikami, takimi jak wrodzone lub nabyte nieprawidłowości układu kostnego, ciężka praca fizyczna, nadwaga, mała aktywność fizyczna, niektóre choroby, np. reumatoidalne zapalenie stawów czy cukrzyca.

Istotą choroby jest przedwczesne zwyrodnienie i zużycie tkanek tworzących staw w następstwie zaburzenia równowagi pomiędzy regeneracją a degradacją chrząstki i kości podchrząstnej.

Zmiany zwyrodnieniowe mają charakter powolny, stale postępujący, co w konsekwencji prowadzi do ograniczenia zakresu ruchów w stawie, bólu, osłabienia mięśni, przykurczów i usztywnień. W przebiegu tych zmian stopniowo pogarsza się sprawność wykonywania codziennych czynności, np. ubierania, chodzenia, sprzątania, spada również poczucie własnej wartości i pojawia się izolacja społeczna.

Leczenie zachowawcze (farmakoterapia, fizykoterapia czy kinezyterapia) może opóźnić postęp zmian zwyrodnieniowych i zminimalizować ich skutki, ale gdy choroba jest już zaawansowana, zabiegi te mogą być niewystarczające. Zachodzi wówczas potrzeba leczenia chirurgicznego.¹⁻⁴

Endoprotezoplastyka (alloplastyka) to operacja mająca na celu przywrócenie czynności stawu. Obecnie jest najczęściej stosowaną metodą w leczeniu choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego. Protezoplastyka pozwala zlikwidować ból, znacznie poprawić funkcje stawu, a tym samym wyeliminować w najkrótszym możliwym czasie niepełnosprawność chorego.¹

Po zaimplantowaniu endoprotezy ogromny wpływ na efekt pracy ortopedy ma postępowanie usprawniające pacjenta. Powinno obejmować usunięcie wtórnych zmian wieloletniego schorzenia (przykurcz tkanek miękkich), wzmocnienie mięśni, a także korektę postawy ciała oraz osi biomechanicznej całej kończyny dolnej.

Wcześniej wprowadzone kompleksowe usprawnianie przywraca możliwości lokomocyjne, a tym samym niezależność chorego od otoczenia, co ma ogromny wpływ na poprawę jakości jego życia.^{5,6}

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów po całkowitej wymianie stawu biodrowego. Badani to grupa 120 osób, w której znalazło się 76 kobiet (63,3%) i 44 mężczyzn (36,7%) korzystających ze specjalistycznej Poradni Rehabilitacyjnej Karłowickiego Centrum Medycznego „KAR-MED” we Wrocławiu od lutego do grudnia 2013 r.

W pracy posłużono się samodzielnie opracowaną ankietą, która była anonimowa. Każdy z badanych został poinformowany o temacie i celu przeprowadzenia badania.

W ankiecie została zamieszczona metryczka zawierająca dane osobowe, takie jak: wiek, płeć, wzrost, waga, miejsce zamieszkania oraz status zawodowy. Tabele 1–2 zawierają wyniki analizy statystycznej odpowiedzi pacjentów (kobiet i mężczyzn) na pytania z pierwszej części ankiety (metryczka). W tabelach 3–7 zamieszczono podstawowe statystyki dotyczące odpowiedzi na blok pytań ogólnych ankiety. Analizę odpowiedzi na pytania zadane przed zabiegiem zamieszczono w tabelach 8–16. Analizę odpowiedzi na pytania zadane po zabiegu zamieszczono w tabelach 9–28.

Wyniki

Najczęściej powodem zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego były zmiany zwyrodnieniowe w stawie (58,3%). Wada wrodzona była przyczyną wymiany stawu biodrowego u kobiet istotnie częściej niż u mężczyzn – $p < 0,01$ (tabela 1).

Tabela 1. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o przyczynę wymiany stawu biodrowego

Table 1. The number and percentage of responses given to the question concerning the reason for hip replacement

Przyczyna wymiany stawu biodrowego	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Upadek	36	30,0	21	27,6	15	34,1	0,049
Zmiany zwyrodnieniowe w stawie	70	58,3	42	55,3	28	63,6	
Wada wrodzona	12	10,0	12	15,8	0	0,0	
Inne	2	1,7	1	1,3	1	2,3	

p – poziom istotności.

W badanej grupie pacjentów przeważały osoby w wieku 60–79 lat (54,2%). Mężczyźni (n = 67,3) byli starsi od kobiet (n = 62,5) średnio o 4,8 lat. Różnica ta jest istotna statystycznie na poziomie $p < 0,05$ (tabela 2).

Tabela 2. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o wiek

Table 2. The number and percentage of responses given to the question concerning the age of patients

Wiek [lata]	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
<39	7	5,8	4	5,3	3	6,8	0,040
40–59	32	26,7	27	35,5	5	11,4	
60–79	65	54,2	36	47,4	29	65,9	
<80	16	13,3	9	11,8	7	15,9	

p – poziom istotności.

Czas oczekiwania na zabieg wszczepienia endoprotezy najczęściej wynosił powyżej 2 lat (32,5%). Nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku płci pacjenta z czasem oczekiwania na operację – $p > 0,5$ (tabela 3).

Tabela 3. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o czas oczekiwania na operację

Table 3. The number and percentage of responses given to the question concerning the amount of time patient had to wait for the surgery

Czas oczekiwania na operację	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
W trybie pilnym	27	22,5	15	19,7	12	27,3	0,783
>6 miesięcy	18	15,0	12	15,8	6	13,6	
6 miesięcy – 1 rok	11	9,2	6	7,9	5	11,4	
1–2 lata	25	20,8	16	21,1	9	20,4	
>2 lat	39	32,5	27	35,5	12	27,3	

p – poziom istotności.

Większość protez została wszczepiona w miejsce biodra lewego (51,7%). Nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku płci pacjenta z miejscem wszczepienia endoprotezy – $p > 0,5$ (tabela 4).

Tabela 4. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o lokalizację wymienionego stawu

Table 4. The number and percentage of responses given to the question concerning the side of the hip replacement

Lokalizacja wymienionego stawu	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Biodro prawe	45	37,5	32	42,1	13	29,6	0,127
Biodro lewe	62	51,7	34	44,7	28	63,6	
Oba biodra	13	10,8	10	13,2	3	6,8	

p – poziom istotności.

Najczęściej wszczepiana była endoproteza bezcementowa (47,5%) lub cementowa (35,8%). Nie zaobserwowano istotnej statystycznie współzależności płci pacjenta z zastosowaną techniką operacyjną – $p > 0,05$ (tabela 5).

Tabela 5. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o zastosowaną technikę operacji

Table 5. The number and percentage of responses given to the question concerning the technique of the hip replacement

Zastosowana technika operacji	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Endoproteza cementowa	43	35,8	22	28,9	21	47,7	0,161
Endoproteza bezcementowa	57	47,5	41	54,0	16	36,4	
Kapoplastyka	12	10,0	7	9,2	5	11,4	
Nie wiem	8	6,7	6	7,9	2	4,5	

p – poziom istotności.

Najczęstszym schorzeniem współistniejącym było nadciśnienie tętnicze (50,0%) i choroby układu kostno-stawo-

wego (41,7%). Nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji między płcią a występowaniem chorób współistniejących – $p > 0,05$ (tabela 6).

Tabela 6. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o schorzenia współistniejące*

Table 6. The number and percentage of responses given to the question concerning the concomitant diseases

Schorzenia współistniejące	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Nadciśnienie tętnicze	60	50,0	36	47,4	24	54,5	0,455
Cukrzyca	28	23,3	15	19,7	13	29,5	0,223
Choroby układu kostno-stawowego	50	41,7	36	47,4	14	31,8	0,098
Niewydolność oddechowa	4	3,3	2	2,6	2	4,5	0,575
Niewydolność krążeniowa	28	23,3	15	19,7	13	29,5	0,223
Inne	21	17,5	13	17,1	8	18,2	0,879

p – poziom istotności.

* Pytanie wielokrotnego wyboru.

Zdecydowana większość pacjentów (78,3%) zdecydowałyby się ponownie na zabieg, gdyby zaszła taka konieczność, a jedynie 5% nie zdecydowałoby się na następną operację. Nie ma to związku statystycznego z płcią pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 7).

Tabela 7. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o decyzję dotyczącą potencjalnego następnego zabiegu

Table 7. The number and percentage of responses given to the question concerning the decision of the potential re-operation

Decyzja dotycząca potencjalnego następnego zabiegu	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Zdecydowałbym/zdecydowałabym się	94	78,3	61	80,3	33	75,0	0,696
Zastanowiłbym/zastanowiłabym się	20	16,7	11	14,5	9	20,4	
Nie zdecydowałbym/nie zdecydowałabym się	6	5,0	4	5,2	2	4,6	

p – poziom istotności.

Zdecydowana większość pacjentów (76,7%) lepiej ocenia swoją jakość życia w porównaniu z okresem przed zabiegiem, a jedynie 5% ocenia ją gorzej. Samoocena jakości życia nie ma istotnego związku statystycznego z płcią pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 8).

Tabela 8. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o ocenę jakości życia w porównaniu do okresu przed zabiegiem

Table 8. The number and percentage of responses given to the question concerning the quality of life in comparison with the pre-operative period

Ocena jakości życia w porównaniu do okresu przed zabiegiem	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Lepsza	92	76,7	59	77,6	33	75,0	0,894
Bardzo podobna	22	18,3	13	17,1	9	20,4	
Gorsza	6	5,0	4	5,3	2	4,6	

p – poziom istotności.

Najwięcej pacjentów (46,7%) oceniało swoją sprawność fizyczną przed zabiegiem negatywnie (46,7%) albo obojętnie (20,0%). Nie zaobserwowano związku między płcią a oceną sprawności fizycznej – $p > 0,05$ (tabela 9).

Tabela 9. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o ocenę sprawności fizycznej przed zabiegiem

Table 9. The number and percentage of responses given to the question concerning the physical function in pre-operative period

Ocena sprawności fizycznej przed zabiegiem	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Bardzo zła	20	16,7	14	18,4	6	13,6	0,781
Zła	56	46,7	34	44,7	22	50,0	
Obojętna	24	20,0	17	22,4	7	15,9	
Dobra	18	15,0	10	13,2	8	18,2	
Bardzo dobra	2	1,6	1	1,3	1	2,3	

p – poziom istotności.

Najczęstszymi objawami choroby przed operacją były: ból biodra, poślądka, uda (69,2%), zmniejszenie się sprawności chodzenia, utykanie (69,2%) oraz ograniczenie ruchów stawu biodrowego (65%). Objawy zne choroby nie mają związku statystycznego z płcią pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 10).

Większość pacjentów (57,5%) uczestniczyła w rehabilitacji. Nie zaobserwowano związku między płcią a stosowaniem rehabilitacji – $p > 0,05$ (tabela 11).

Najwięcej pacjentów (40,8%) określało stopień nasilenia bólu przed zabiegiem jako silny (47,5%) albo umiarkowany (25%). Nie zaobserwowano związku między płcią a stopniem nasilenia bólu – $p > 0,05$ (tabela 12).

U większości badanych osób (73,3%) przed wszczęciem endoprotezy stosowane było leczenie farmakologiczne, bez względu na płeć pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 13).

Największy odsetek pacjentów (42,5%) nie korzystał przed operacją z żadnych pomocy ortopedycznych, 31,7% korzysta z jednej kuli lub laski. Mężczyźni ponad 2-krotnie częściej (38,6%) niż kobiety (14,5%) korzystali z dwóch kul. Różnica ta jest istotna statystycznie na poziomie $p < 0,01$ (tabela 14).

Tabela 10. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o objawy kliniczne choroby przed zabiegiem

Table 10. The number and percentage of responses given to the question concerning the clinical manifestation in pre-operative period

Objawy kliniczne choroby przed zabiegiem	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Ból biodra, pośladka, uda	83	69,2	52	68,4	31	70,5	0,811
Ograniczenie ruchów stawu biodrowego	78	65,0	50	65,8	28	63,6	0,808
Zaniki mięśniowe w obrębie uda i pośladka	24	20,0	16	21,1	8	18,2	0,703
Przykurcz nogi	27	22,5	18	23,7	9	20,5	0,687
Ograniczenie sprawności chodzenia, utykanie	84	69,2	52	68,4	31	70,5	0,811
Żadne z powyższych	12	10,0	6	7,9	6	13,6	0,318

p – poziom istotności.

Tabela 11. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o rehabilitację przedoperacyjną

Table 11. The number and percentage of responses given to the question concerning the pre-operative rehabilitation

Rehabilitacja przedoperacyjna	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Była stosowana	51	42,5	28	36,8	23	52,3	0,143
Nie była stosowana	69	57,5	48	63,2	21	47,7	

p – poziom istotności.

Tabela 12. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o stopień nasilenia bólu przed zabiegiem

Table 12. The number and percentage of responses given to the question concerning the level of pain intensity in the pre-operative period

Stopień nasilenia bólu przed zabiegiem	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Brak	10	8,3	4	5,3	6	13,6	0,420
Umiarkowany	30	25,0	20	26,3	10	22,7	
Silny	57	47,5	38	50,0	19	43,2	
Bardzo silny	23	19,2	14	18,4	9	20,5	

p – poziom istotności.

Choroba utrudniała aktywność społeczną większości (60,8%) pacjentów przed zabiegiem. Nie miało to związku z płcią pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 15).

Największe trudności sprawiało pacjentom przed zabiegiem wchodzenie po schodach (60,8%) oraz schylanie się i klękanie (56,7%). Najmniej kłopotów – korzystanie z toalety. Nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy między kobietami i mężczyznami w żadnej z rozpatrywanych czynności – $p > 0,05$ (tabela 16).

Tabela 13. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o leczenie stosowane przed zabiegiem

Table 13. The number and percentage of responses given to the question concerning type of treatment before the surgery

Leczenie stosowane przed zabiegiem	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Farmakologiczne	88	73,3	59	77,6	29	65,9	0,202
Rehabilitacyjne	26	21,6	15	19,7	11	25,0	
Sanatoryjne	6	5,0	2	2,6	4	9,1	

p – poziom istotności.

Tabela 14. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o pomoce ortopedyczne używane przed zabiegiem

Table 14. The number and percentage of responses given to the question concerning current usage of the orthopedic appliances

Pomoce ortopedyczne używane przed zabiegiem	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Żadne	51	42,5	36	47,4	15	34,1	0,158
1 kula/laska	38	31,7	27	35,5	11	25,0	0,236
2 kule	28	23,3	11	14,5	17	38,6	0,003
Inne pomoce	3	2,5	2	2,6	1	2,3	0,919

p – poziom istotności.

Tabela 15. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o utrudnienia w aktywności społecznej przed zabiegiem

Table 15. The number and percentage of responses given to the question concerning the difficulties in engaging in social activities

Utrudnienia w aktywności społecznej przed zabiegiem	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Występowały	73	60,8	48	63,2	25	56,8	0,493
Nie występowały	47	39,2	28	36,8	19	43,2	

p – poziom istotności.

Większość (61,7%) na pytanie o swoją sprawność fizyczną po zabiegu odpowiedziała, że poprawiła się, a 16,7% pacjentów stwierdziło, że są zupełnie sprawni. Pogorszenie sprawności zgłosiło 10% pacjentów. Nie zaobserwowano związku między płcią i sprawnością fizyczną po zabiegu – $p > 0,05$ (tabela 17).

Najczęstszymi objawami klinicznymi choroby po zabiegu są: ból biodra, pośladka lub uda (48,3%) oraz ograniczenie ruchów stawu biodrowego (41,7%). Najrzadziej występował przykurcz nogi (u 10% pacjentów). Objawy nie zależą od płci pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 18).

U zdecydowanej większości pacjentów (95%) po zabiegu stosowana była rehabilitacja. Nie ma to istotnego związku z płcią – $p > 0,05$ (tabela 19).

Większość pacjentów (74,2%) po zabiegu odczuwała ból umiarkowany, a całkowity brak bólu miał miejsce u 16,7% pacjentów. Nasilenie bólu nie miało istotnego statystycznie związku z płcią pacjentów – $p > 0,05$ (tabela 20).

Tabela 16. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o stopień trudności wykonywania wybranych czynności przed zabiegiem

Table 16. The number and percentage of responses given to the question concerning the level of difficulties in some activities before surgery

Stopień trudności wykonywania wybranych czynności przed zabiegiem	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
	Chodzenie						
duże	48	40,0	31	40,8	17	38,6	
średnie	58	48,3	39	51,3	19	43,2	
małe	14	11,7	6	7,9	8	18,2	
Wchodzenie po schodach							0,181
duże	73	60,8	46	60,5	27	61,4	
średnie	35	29,2	25	32,9	10	22,7	
małe	12	10,0	5	6,6	7	15,9	
Noszenie zakupów							0,656
duże	59	49,2	39	51,3	20	45,5	
średnie	46	38,3	29	38,2	17	38,6	
małe	15	12,5	8	10,5	7	15,9	
Schylenie się, klękanie							0,495
duże	68	56,7	41	53,9	27	61,4	
średnie	35	29,2	25	32,9	10	22,7	
małe	17	14,2	10	13,2	7	15,9	
Korzystanie z toalety							0,886
duże	22	18,3	13	17,1	9	20,4	
średnie	52	43,4	33	43,4	19	43,2	
małe	46	38,3	30	39,5	16	36,4	

p – poziom istotności.

Tabela 17. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o sprawność fizyczną po zabiegu

Table 17. The number and percentage of responses given to the question concerning the physical function after surgery

Sprawność fizyczna po zabiegu	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Pogorszyła się	12	10,0	9	11,8	3	6,8	0,241
Jest taka sama	14	11,6	8	10,5	6	13,6	
Poprawiła się	74	61,7	43	56,6	31	70,5	
Zupełna sprawność	20	16,7	16	21,1	4	9,1	

p – poziom istotności.

Po wszczępieniu endoprotezy 42,5% pacjentów przyjmowało leki przeciwbólowe rzadko, 40,8% – często, a 16,7% nie potrafiło tego określić. Nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku między płcią pacjenta a częstością stosowania leków – $p > 0,05$ (tabela 21).

Aktualnie największy odsetek pacjentów (46,7%) nie korzysta z żadnych pomocy ortopedycznych, 25,8% korzysta z jednej kuli lub laski. Mężczyźni ponad 2-krotnie częściej (36,3%) niż kobiety (17,1%) korzystają z dwóch kul. Różnica ta jest istotna statystycznie na poziomie $p < 0,05$ (tabela 22).

Tabela 18. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o objawy kliniczne choroby po zabiegu

Table 18. The number and percentage of responses given to the question concerning the clinical symptoms after surgery

Objawy kliniczne choroby po zabiegu	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Ból biodra, pośladka, uda	58	48,3	36	47,4	22	50,0	0,784
Ograniczenie ruchów stawu biodrowego	50	41,7	27	35,5	23	52,3	0,075
Zaniki mięśniowe w obrębie uda i pośladka	14	11,7	9	11,8	5	11,4	0,948
Przykurcz nogi	12	10,0	9	11,8	3	6,8	0,380
Ograniczenie sprawności chodzenia, utykanie	49	40,8	28	36,8	21	47,7	0,244
Żadne z powyższych	18	15,0	14	18,4	4	9,1	0,172

p – poziom istotności.

Tabela 19. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o rehabilitację po operacji

Table 19. The number and percentage of responses given to the question concerning the rehabilitation after surgery

Rehabilitacja po operacji	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Była stosowana	114	95,0	71	93,4	43	97,7	0,297
Nie była stosowana	6	5,0	5	6,6	1	2,3	

p – poziom istotności.

Tabela 20. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o stopień nasilenia bólu po zabiegu

Table 20. The number and percentage of responses given to the question concerning the the pain intensity after surgery

Stopień nasilenia bólu po zabiegu	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Brak	20	16,7	15	19,7	5	11,3	0,386
Umiarkowany	89	74,2	55	72,4	34	77,3	
Silny	10	8,3	6	7,9	4	9,1	
Bardzo silny	1	0,8	0	0,0	1	2,3	

p – poziom istotności.

Największe trudności sprawiało pacjentom po zabiegu schylenie się i klękanie (17,5%) oraz noszenie zakupów (15%). Najmniej kłopotów – korzystanie z toalety (4,2%). Nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy między kobietami i mężczyznami w żadnej z rozpatrywanych czynności – $p > 0,05$ (tabela 23).

Tabela 21. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o przyjmowanie leków przeciwbólowych po zabiegu

Table 21. The number and percentage of responses given to the question concerning frequency of taking painkillers after surgery

Częstość przyjmowania leków przeciwbólowych po zabiegu	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Często	49	40,8	30	39,5	19	43,2	0,805
Rzadko	51	42,5	34	44,7	17	38,6	
Trudno określić	20	16,7	12	15,8	8	18,2	

p – poziom istotności.

Tabela 22. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o pomoce ortopedyczne używane po zabiegu

Table 22. The number and percentage of responses given to the question concerning usage of the orthopedic appliances after surgery

Pomoce ortopedyczne używane po zabiegu	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Żadne	56	46,7	37	48,7	19	43,2	0,562
1 kula/laska	31	25,8	23	30,3	8	18,2	0,147
2 kule	29	24,2	13	17,1	16	36,3	0,020
Inne pomoce	4	3,3	3	3,9	1	2,3	0,638

p – poziom istotności.

Tabela 23. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o stopień trudności wykonywania wybranych czynności po zabiegu

Table 23. The number and percentage of responses given to the question concerning the level of difficulties in taking some activities after surgery

Stopień trudności wykonywania wybranych czynności po zabiegu	Ogółem n = 120		Kobiety n = 76		Mężczyźni n = 44		p	
	n	%	n	%	n	%		
Chodzenie	duże	11	9,2	6	7,9	5	11,4	0,465
	średnie	43	35,8	25	32,9	18	40,9	
	małe	66	55,0	45	59,2	21	47,7	
Wchodzenie po schodach	duże	15	12,5	10	13,2	5	11,4	0,760
	średnie	52	43,3	31	40,8	21	47,7	
	małe	53	44,2	35	46,0	18	40,9	
Noszenie zakupów	duże	18	15,0	13	17,1	5	11,4	0,452
	średnie	49	40,8	28	36,8	21	47,7	
	małe	53	44,2	35	46,1	18	40,9	
Schylanie się, klękanie	duże	21	17,5	14	18,4	7	15,9	0,831
	średnie	53	44,2	32	42,1	21	47,7	
	małe	46	38,3	30	39,5	16	36,4	
Korzystanie z toalety	duże	5	4,2	4	5,3	1	2,3	0,074
	średnie	37	30,8	18	23,7	19	43,2	
	małe	78	65,0	54	71,0	24	54,5	

p – poziom istotności.

Większość pacjentów (76,7%) uważa, że jakość chodu poprawiła się po zabiegu. Ocena ta nie ma związku statystycznego z płcią pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 24).

Tabela 24. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o jakość chodu po zabiegu

Table 24. The number and percentage of responses given to the question concerning the evaluation of the quality of movement after surgery

Jakość chodu po zabiegu	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Poprawił się	92	76,7	61	80,3	31	70,4	0,059
Bez zmian	16	13,3	6	7,9	10	22,7	
Pogorszył się	12	10,0	9	11,8	3	6,8	

p – poziom istotności.

Po zabiegu 42% pacjentów może chodzić bez ograniczeń dystansu. Dystans możliwy do przejścia nie ma związku statystycznego z płcią pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 25).

Tabela 25. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o dystans możliwy do przejścia po zabiegu

Table 25. The number and percentage of responses given to the question concerning the possible walking distance after surgery

Dystans możliwy do przejścia	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Tylko po domu	16	13,5	10	13,2	6	14,0	0,971
Ok. 300 m	20	16,8	12	15,8	8	18,6	
Ok. 500 m	33	27,7	21	27,6	12	27,9	
Bez ograniczeń	50	42,0	33	43,4	17	39,5	

p – poziom istotności.

Większość pacjentów (76,7%) po zabiegu jest w stanie chodzić samodzielnie po schodach. Fakt ten nie ma związku statystycznego z płcią pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 26).

Tabela 26. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o możliwość samodzielnego chodzenia po schodach po zabiegu

Table 26. The number and percentage of responses given to the question concerning the possibility to walk up the stairs single-handedly after surgery

Samodzielne chodzenie po schodach	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Możliwe	92	76,7	60	78,9	32	72,7	0,581
Nieemożliwe	28	23,3	16	21,1	12	27,3	

p – poziom istotności.

Zdecydowana większość pacjentów (82,5%) uważa, że po zabiegu stała się bardziej samodzielną. Nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku tego faktu z płcią pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 27).

Tabela 27. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o poprawę samodzielności po zabiegu

Table 27. The number and percentage of responses given to the question concerning the level of improvement of the self-reliance after surgery

Poprawa samodzielności po zabiegu	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Nastąpiła	99	82,5	61	80,3	38	86,4	0,550
Nie nastąpiła	21	17,5	15	19,7	6	13,6	

p – poziom istotności.

Zdecydowana większość pacjentów (80%) jest zadowolona ze swojej aktywności społecznej po zabiegu wszczęcia endoprotezy biodra. Na ocenę tę nie ma wpływu płeć pacjenta – $p > 0,05$ (tabela 28).

Tabela 28. Liczba i odsetek odpowiedzi na pytanie o zadowolenie z aktywności społecznej po zabiegu

Table 28. The number and percentage of responses given to the question concerning engaging in the social activities after surgery

Zadowolenie z aktywności społecznej	Ogółem (n = 120)		Kobiety (n = 76)		Mężczyźni (n = 44)		p
	n	%	n	%	n	%	
Tak	96	80,0	63	82,9	33	75,0	0,297
Nie	24	20,0	13	17,1	11	25,0	

p – poziom istotności.

Omówienie

Choroba zwyrodnieniowa stawów stanowi istotny problem diagnostyczny i terapeutyczny, a przede wszystkim społeczny. Coraz więcej osób, nie tylko starszych, jest dotkniętych tą przypadłością. Choroba degeneracyjna stawów biodrowych w ostatnich latach została wprowadzona do kanonu chorób cywilizacyjnych. Rozwijają się powoli, prowadząc do znacznych ograniczeń czynnościowych stawu biodrowego. W późniejszym czasie, kiedy następuje całkowite zużycie chrząstki stawowej, pojawiają się silne dolegliwości bólowe, a niekiedy także przykurcze w tym stawie.

Wszczepienie endoprotezy znacznie zmniejsza ból i daje choremu możliwość powrotu do zdrowia i pracy zawodowej oraz odzyskania niezależności psychofizycznej.

Analizując dane amerykańskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych można stwierdzić, że liczba całkowitych endoprotezoplastyk wzrasta wraz z wiekiem, a powyżej 75.–79. r.ż. znacząco spada i częściej dotyczy kobiet. W badaniu własnym grupa kobiet także była liczniejsza i stanowiła 63% badanych, a średni wiek wynosił 69 lat.⁷

W powyższej pracy zwrócono uwagę na stopień bólu przed operacją i po niej. Badanie wykazało, że przed zabiegiem ankietowani odczuwali silny ból, utrudniający chodzenie, wchodzenie po schodach, schyłanie się i korzystanie z toalety. Wyniki te zostały potwierdzone w ba-

daniach Borowicz.⁸ Po zabiegu ból stał się znacznie mniej dokuczliwy.

Celem rehabilitacji przed operacją wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego jest wzmocnienie mięśni obręczy barkowej, nauczenie pacjenta prawidłowego toru i sposobu oddychania oraz przedstawienie schematu ćwiczeń, które powinno się wykonywać po zabiegu. Autorzy niniejszej pracy udowadniają, że 69% respondentów uczęszczało na rehabilitację przed operacją.

Według Mańczak et al. głównymi założeniami rehabilitacji pooperacyjnej jest zmniejszenie bólu, wysięku i stanu zapalnego, osiągnięcie jak największego zakresu ruchu oraz jak najszybsze odzyskanie kontroli mięśniowej.⁹ W badaniu własnym autorzy uzyskali odpowiedź twierdzącą na pytanie o korzystanie z rehabilitacji pooperacyjnej aż w 95% przypadków.

Według Pozowskiego najczęstszą przyczyną wymiany stawu biodrowego jest degeneracja chrząstki stawowej i leżącej pod nią warstwy podchrzęstnej kości.⁶ Wyżej opisane zmiany nazywane są chorobą zwyrodnieniową. W przeprowadzonych badaniach uzyskano potwierdzenie powyższej tezy. Zapytani o przyczynę wymiany stawu biodrowego ankietowani najczęściej wybierali odpowiedź związaną ze zmianami zwyrodnieniowymi.

Cytowani autorzy podkreślają znaczenie szybkości powrotu pacjenta do pełni sprawności fizycznej po zastosowaniu omawianej w niniejszym artykule metody operacyjnej. U osób do 50. r.ż. najbardziej zalecana jest metoda bezcementowa. Związane jest to z dłuższym okresem unieruchomienia po operacji. Po 50. r.ż. bardziej wskazana jest endoproteza cementowa. Pacjentów z tym rodzajem implantu można pionizować już w 3. dobie po zabiegu. W badaniu własnym zauważono istotne różnice pomiędzy zastosowanymi metodami operacyjnymi w grupie kobiet i mężczyzn. U mężczyzn najczęściej stosowano endoprotezy bezcementowe, natomiast w grupie kobiet dominowały implanty cementowe.

Przed planowanym zabiegiem przeprowadza się z każdym pacjentem wywiad w kierunku chorób współistniejących. Wśród najczęściej wymienianych w piśmiennictwie znajdują się: nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca. Analogiczne dane przedstawia badanie przeprowadzone przez autorów tej pracy.

Czy pacjenci podjęliby kolejny raz decyzję o leczeniu operacyjnym? Odpowiedź jest jednoznaczna w świetle potencjalnych korzyści. Potwierdzenie tego stanu rzeczy ma odbicie w badaniu własnym. Zarówno grupa ankietowanych kobiet, jak i mężczyzn zdecydowanie poddałaby się zabiegowi ponownie.

Chód jest podstawową formą lokomocji człowieka kształtowaną i udoskonalaną począwszy od 10. miesiąca życia aż do 7. r.ż. Postępujące zużycie chrząstki stawowej, będące jedną z przyczyn choroby zwyrodnieniowej, wiedzie do stopniowego ograniczenia sprawności w chodzeniu ze względu na wzmożone dolegliwości bólowe. Największą trudność sprawia pacjentom wchodzenie na schody. Jest to

spowodowane tym, że w czasie tej czynności następuje naprzemienne pełne obciążanie kończyn. W czasie podparcia tylko na kończynie objętej procesem chorobowym dochodzi do wzrostu ciśnienia wewnątrz torebki stawu biodrowego oraz ucisku osiowego na powierzchnię stawową, a więc nasilenia się dolegliwości bólowych. Wielu cytowanych w niniejszej pracy autorów zwróciło uwagę na ten problem. Wykazali także, że pacjenci stopniowo ograniczają dystans marszu. Autorzy tej publikacji potwierdzili w swoich badaniach, że pacjenci odczuwają największe dolegliwości bólowych w czasie wchodzenia i schodzenia po schodach, jednakże problemy te ustępują w dużym stopniu po przeprowadzeniu endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

W miarę postępu choroby pacjenci zmuszeni są do korzystania z pomocy ortopedycznych. Najczęściej lekarze ortopedzi zalecają używanie jednej kuli łokciowej lub rzadziej, u osób starszych, laski. Z punktu widzenia fizjoterapeutycznego jest to postępowanie błędne. Korzystanie z jednej kuli prowadzi do szybkiego powstania boczno-krzywienia kręgosłupa, a co za tym idzie do pojawienia się dolegliwości bólowych także w stawach międzykręgowych kręgosłupa. W cytowanych powyżej badaniach udowodniono, że chorzy najczęściej nie korzystają z żadnych pomocy ortopedycznych. Mężczyźni 2 razy częściej niż kobiety korzystają z 2 kul łokciowych, natomiast kobiety używające pomocy ortopedycznych najczęściej wybierają jedną kulę. Po alloplastyce stawu biodrowego używanie 2 kul łokciowych jest konieczne przez maksymalnie 6 miesięcy. W tym czasie następuje pełne wygojenie kości, a w trakcie kompleksowej fizjoterapii pacjent stopniowo zaczyna obciążać operowaną kończynę dolną.

Jak już wcześniej wspomniano, koksartrozy i gonartrozy oraz inne choroby degeneracyjne chrząstki stawowej od niedawna uznawane są za choroby cywilizacyjne. Z tego względu WHO ogłosiło w latach 2000–2010 Dekadę Kości i Stawów. Podjęte w ramach tej akcji działania zwróciły uwagę na stale postępujące problemy ze stawami wśród osób z państw wysoko rozwiniętych.

Wnioski

Przeprowadzony zabieg spowodował istotne statystycznie zmniejszenie liczby pacjentów z ograniczeniem sprawności chodzenia (o 28,4%), z ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego (o 23,3%), z bólem biodra, pośladka, uda (o 20,9%) i z przykurczem nogi (o 12,5%).

Po operacji odsetek pacjentów, u których zastosowano rehabilitację, wzrósł z 57,5% do 95%. Odsetek pacjentów z bólem bardzo silnym zmalał z 19,2% do 0,8%, a z bólem silnym z 47,5% do 8,3%. Odsetek osób, które nie odczuwały bólu, wzrósł z 8,3% do 16,7%.

W wyniku wszczepienia endoprotezy stopień trudności w wykonywaniu wszystkich analizowanych czynności istotnie się zmniejszył ($p < 0,0001$). Najbardziej poprawiła się jakość wchodzenia po schodach i chodzenia.

W następstwie operacji samoocena sprawności fizycznej poprawiła się istotnie ($p < 0,0001$). Odsetek osób oceniających ją negatywnie i bardzo negatywnie zmalał z 63,4% do 21,6%, a procent oceniających sprawność fizyczną pozytywnie i bardzo pozytywnie wzrósł z 16,6 do 26,7.

Przed zabiegiem większość respondentów (73,3%) leczyła się farmakologicznie. W tej grupie znalazło się 77,6% kobiet i 65,9% mężczyzn. Z kolei po operacji odsetek leczonych farmakologicznie zmniejszył się do 20,8%: u kobiet do 19,8%, zaś u mężczyzn do 22,7%.

Przed wszczepieniem endoprotezy na rehabilitację uczęszczało 21,7% badanych, w tym 19,7% kobiet i 25% mężczyzn. Z kolei po zabiegu leczono rehabilitacyjnie 75,9% badanych, w tym 77,6% kobiet i 72,7% mężczyzn.

Wskutek przeprowadzonego zabiegu odsetek pacjentów wymagających pomocy innych zmniejszył się z 37,5% do 20%.

Piśmiennictwo

1. Biliński J. Ortopedia. *Med Prakt Chir.* 2000;(7–8):45–60.
2. Dutka J, Dutka Ł, Janiszewski M, Hajduk G. Analiza kosztów oraz aspektów medyczno-społecznych leczenia operacyjnego i nieoperacyjnego choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2008;(6):537–546.
3. Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D. *Psychologia w praktyce medycznej.* Warszawa: PZWL; 2007.
4. Pozowski A. *Alloplastyka stawu biodrowego.* Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Górnicki; 2011.
5. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka leczenia.* 1996;(2):33–40.
6. Pozowski A. *Mam sztuczny staw biodrowy.* Warszawa: PZWL; 2002.
7. Pop T, Dudek J, Bielecki A, Dudek W, Snela S. Stan funkcjonalny chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego pochodzących z terenów wiejskich. *Prz Med Univ Rzesz Inst Leków.* 2011;1:79–89.
8. Borowicz B, Cielicka M, Nadulska A, Teter M, Dec-Szlichtyng M. Codzienne funkcjonowanie i jakość chodu u pacjentów po całkowitej artroplastyce stawu biodrowego. *Pielęg XXI w.* 2012;1:31–34.
9. Mańczak M, Kalinowski P, Pelc M. Rehabilitacja w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego. *THINK: Studenckie Naukowe Czasopismo Internetowe.* 2009;1:1–18.

Ocena satysfakcji z życia w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ratowników/ratowniczek medycznych województwa pomorskiego

Assessment of life satisfaction among nurses employed in the Medical University of Gdańsk and paramedics from Pomeranian Voivodeship

Angelika Jakubowska^{B-D}, Regina Żuralska^{A-B,F}, Marzanna Mziray^{C-E}

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):279–284

Adres do korespondencji

Angelika Jakubowska
e-mail: angelikajakubowska@gumed.edu.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.02.2017 r.
Po recenzji: 30.05.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 29.08.2017 r.

DOI

10.17219/pzp/76717

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Streszczenie

Wprowadzenie. W ostatnich latach w środowisku medycznym narasta problem niedoceniaenia pielęgniarek oraz ratowników medycznych. Psychologia pracy udowadnia, że na wydajność zatrudnionego mają wpływ dobre warunki pracy oraz godziwe wynagrodzenie. Niestety w polskiej opiece zdrowotnej odpowiednie zarządzanie zasobami ludzkimi pozostawia wiele do życzenia. Wypalenie zawodowe powoduje, iż personel medyczny decyduje się na zmianę zawodu lub na emigrację w miejsce, gdzie jego wiedza i zaangażowanie dają nie tylko emocjonalne zadowolenie, ale przede wszystkim wymierne korzyści finansowe. Jak wynika z powyższych faktów, sytuacja zawodowa wśród pielęgniarek oraz ratowników medycznych nie predysponuje do zadowolenia. Czy ich satysfakcja z życia również jest na podobnym poziomie?

Cel pracy. Celem badania była ocena satysfakcji z życia pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym i ratowników/ratowniczek medycznych zatrudnionych w szpitalach województwa pomorskiego.

Materiał i metody. Badaniem objęto 725 osób, w tym 419 pielęgniarek i 306 ratowników medycznych. Każdy z uczestników został poproszony o wypełnienie formularza Skali Satysfakcji z Życia oraz Kwestionariusza Osobowości Eysencka.

Wyniki. Pielęgniarki i ratownicy medyczni nie różnili się istotnie pod względem poziomu satysfakcji z życia. Respondenci w wieku 35–44 lat i badani z wykształceniem wyższym wykazywali wyższy poziom satysfakcji z życia. Ankietowani w 2015 r. deklarowali niższy poziom zadowolenia z życia częściej niż osoby przebadane w 2014 r. Istotnym czynnikiem determinującym poziom zadowolenia z życia okazały się cechy osobowościowe badanych. U osób zrównoważonych emocjonalnie poziom zadowolenia był wyższy, wyższy był również ich poziom psychotyzmu. Osoby umiarkowanie zrównoważone o tendencjach ekstrawertycznych wykazywały wyższy poziom satysfakcji z życia niż ambiwertycy.

Wnioski. Poziom satysfakcji z życia wśród pielęgniarek/pielęgniarzy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ratowników/czek medycznych z województwa pomorskiego jest determinowany przez ich cechy osobowościowe oraz wiek, a w mniejszym stopniu także przez wykształcenie, jednak najważniejszym czynnikiem wydaje się rok przeprowadzenia badania.

Słowa kluczowe: satysfakcja z życia, zarządzanie zasobami ludzkimi, psychologia pracy

Abstract

Background. In recent years, the the lack of appreciation for the value of professional nurses and paramedics has been an increasing problem. As indicated by the studies of work psychology, factors influencing employee efficiency are, among others, good working conditions and equitable remuneration. Unfortunately, in Polish healthcare sector, human resources management still needs to be improved. Due to the professional burnout, Polish medical staff members often decide to change their profession, or emigrate to seek a place where their knowledge and commitment can bring them not only emotional satisfaction, but financial benefits as well. In light of the foregoing, professional satisfaction among nurses and paramedics is low – the question arises whether or not their satisfaction with life is the same?

Objectives. The aim of the study was to evaluate the satisfaction with life among nurses employed in the Medical University of Gdańsk and paramedics employed in hospitals in the Pomeranian Voivodeship.

Material and methods. The study included 725 subjects: 419 nurses and 306 paramedics. Each participant completed a document regarding Satisfaction with Life Scale and Eysenck Personality Questionnaire.

Results. Nurses and paramedics did not differ significantly in terms of life satisfaction levels. Respondents aged 35 to 44 years and those with a higher education degree showed a higher level of satisfaction with life. In 2015, respondents declared lower level of life satisfaction more often than those surveyed in 2014. The personality traits of the respondents turned out to be an important determinant of the life satisfaction level. In emotionally balanced individuals, the level of satisfaction, as well as the psychoticism level, was higher. Moderately balanced individuals with extrovert tendencies showed a higher level of life satisfaction than ambiverts.

Conclusions. Satisfaction with life measured in nurses working at the Medical University of Gdańsk and paramedics from the Pomeranian Voivodeship is determined by factors such as personality traits, age, and (to a lesser extent) education. However, the most important factor affecting the satisfaction with life level seems to be the time of the study.

Key words: life satisfaction, human resource management, work psychology

Wprowadzenie

W ostatnich latach w środowisku medycznym narasta problem niedoceniań pielęgniarek/pielęgniarzy oraz ratowników medycznych. Niestety w polskiej opiece zdrowotnej rzadko kiedy można mówić o dobrych warunkach pracy i godziwym wynagrodzeniu.¹⁻³ Niskie pensje, braki sprzętowe i personalne, konflikty międzyludzkie, brak aprobaty przełożonych, degradowanie do niższych stanowisk lub zatrudnianie nieadekwatne do wyuczonej dziedziny prowadzą bardzo szybko do wypalenia zawodowego.⁴ Może ono prowadzić do decyzji o zmianie zawodu lub emigracji w miejsce, gdzie wiedza i zaangażowanie personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych dadzą nie tylko zadowolenie emocjonalne, ale przede wszystkim wymierne korzyści finansowe.^{5,6}

Biorąc pod uwagę powyższe fakty, w województwie pomorskim powołano Komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych, którego trzonem są Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku i Słupsku. Dnia 25.02.2015 r. Komitet przy współpracy władz województwa pomorskiego zorganizował obrady Pomorskiego Okręgowego Stołu, podczas których dyskutowano na temat sytuacji pielęgniarek i położnych oraz systemu ochrony zdrowia w województwie pomorskim. W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele władz krajowych i samorządowych oraz eksperci.

Wielu ciekawych informacji podczas spotkania na temat sytuacji polskich pielęgniarek i położnych w odniesieniu do Europy i świata dostarczyła dr hab. Aleksandra Ga-

worska-Krzemińska, ekspert ds. pielęgniarstwa. Podczas swojego wystąpienia przedstawiła podstawowe problemy dotyczące zawodu pielęgniarki/pielęgniacza na całym globie. Ekspert podaje, iż na świecie wśród wszystkich pracowników zatrudnionych w sektorze opieki zdrowotnej aż 40% stanowią pielęgniarki/pielęgniarze. Ogółem jest ich 16 mln, w Europie 6 mln, a w Polsce jest zarejestrowanych około 300 tys. pielęgniarek/pielęgniarzy. Niestety tylko 230 tys. jest aktywnych zawodowo.⁷

Komitet Obrony Pielęgniarek i Położnych przedstawił również przytłaczające dla polskiego pielęgniarstwa dane. Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych podaje, iż w latach 2012–2014 ubyło 898 pielęgniarek. Ze statystyk województwa pomorskiego wiemy, że jest coraz mniej nowo zarejestrowanych pielęgniarek/pielęgniarzy. W 2012 r. było ich 101, natomiast w 2014 r. zaledwie 87. Ta zależność nawiązuje do kolejnego problemu, czyli braku zastępowalności pokoleniowej. W 2015 r. uprawnienia emerytalne nabyło 221 pielęgniarek/pielęgniarzy, w 2016 r. – 230, a w 2017 r. następne 255. Znikoma liczba młodych ludzi chce pracować w zawodzie, a głównym determinantem takich decyzji są niskie zarobki, nieadekwatne do odpowiedzialności i zaangażowania, jakie niesie za sobą podjęcie pracy pielęgniarki/pielęgniacza oraz brak szacunku dla tego zawodu. Statystyki mówią, iż zaledwie 3,6% pielęgniarek/pielęgniarzy jest w wieku poniżej 30 r.ż. Sytuacja bytowa zmusza też wiele pielęgniarek/pielęgniarzy do pracy poza granicami naszego kraju. Według zaświadczenia Unii Europejskiej na wyjazd w województwie pomorskim w 2012 r. zdecydowały się 83 osoby, w 2013 r. kolejnych 100, a w 2014 r. następnych 109.⁷

Z bardzo podobnymi problemami zawodowymi borykają się ratownicy medyczni/ratowniczk medyczne. Ich praca niesie za sobą dużą odpowiedzialność za ludzkie życie, często pracują pod presją czasu oraz są narażeni na liczne sytuacje stresowe lub traumatyczne.^{8,9}

Jak wynika z powyższych faktów, sytuacja zawodowa wśród grup zawodowych pielęgniarek/pielęgniarzy oraz ratowników/ratowniczek medycznych nie predysponuje do zadowolenia. Czy ma to przełożenie na satysfakcję z życia?

Ocena życia może mieć wymiar pozytywny i negatywny. Wpływ na jej rodzaj mają zasoby osobiste, takie jak poczucie własnej skuteczności i wartości, poczucie koherencji, optymizm oraz cechy osobowościowe.¹⁰

Celem podjętych badań było uzyskanie oceny satysfakcji z życia czynnych zawodowo pielęgniarek zatrudnionych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Gdańskie-go Uniwersytetu Medycznego i ratowników medycznych zatrudnionych w szpitalach województwa pomorskiego, a co za tym idzie odpowiedź na następujące pytania badawcze:

1. Czy wykonywany zawód, wiek i wykształcenie respondentów determinują satysfakcję z życia?
2. Czy następstwo czasowe przeprowadzanego badania implikuje wśród osób ankietowanych poziom zadowolenia z życia?
3. Czy cechy osobowościowe badanych mają wpływ na poziom życiowej satysfakcji?

Materiał i metody

Badaniami objęto 725 osób w tym 350 (48,3%) badanych w 2014 r. i 375 (51,7%) badanych w 2015 r. o średniej wieku 36,02. Badania przeprowadzono wśród 419 (57,8%) czynnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Gdańskie-go Uniwersytetu Medycznego i 306 (42,2%) ratowników medycznych zatrudnionych w szpitalach województwa pomorskiego. Badania zostały przeprowadzone za zgodą Komisji Bioetycznej Gdańskie-go Uniwersytetu Medycznego w ramach badań statutowych.

Większość respondentów, bo aż 71,7% stanowiły osoby z wykształceniem średnim. Pozostali ankietowani mieli wykształcenie wyższe. Przeważały osoby w przedziale wiekowym 35–44 lata (42,5%), a najmniej ankietowanych, bo zaledwie 18,1% było w wieku 45 i więcej lat.

Do przeprowadzenia badań użyto Skali Satysfakcji z Życia (The Satisfaction with Life Scale – SWLS) w opracowaniu Diener, Emmons, Larsen i Griffin (1985) w polskiej adaptacji Juczyńskiego, współczynnik alfa Cronbacha: 0,81–0,86 oraz Kwestionariusza Osobowości Eysencka EPQ-R, autorstwa S. Eysencka, H.J. Eysencka, Barretta, twórcami jej polskiej wersji są: Brzozowski, Drwal (1995), współczynnik alfa Cronbacha dla poszczególnych skal waha się w granicach 0,62–0,88.^{11–13}

W celu ostatecznej oceny wzięto pod uwagę normy stenowe: dla skali neurotyzmu (N): 1 – zrównoważenie emocjonalne, 2 – umiarkowane zrównoważenie, 3 – neurotyzm; ekstrawertyzmu (E): 1 – introwertyk, 2 – ambiwertyk, 3 – ekstrawertyk; psychotyizmu (P): 1 – norma, 2 – psychopatia, 3 – psychotyizm, zachowania asocjalne, aspołeczne; szczerości (K): 1 – osoba szczerza, 2 – osoba umiarkowanie szczerza, 3 – osoba nieszczerza, podatna na wpływ aprobaty społecznej lub dezaprobaty. Uzyskane wyniki surowe w Skali Satysfakcji z Życia przeliczono na normy stenowe, gdzie 1 przyjęto jako niski poziom (1–4 steny), 2 – przeciętny (5–6 stenów), 3 – wysoki (7–10 stenów). Ankiety były przeprowadzane w tym samym miesiącu (styczniu) danego roku z zachowaniem doboru proporcjonalnej liczby respondentów. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 20. Do sprawdzenia, czy zmienna ilościowa pochodziła z populacji o rozkładzie normalnym, posłużono się testem Shapiro-Wilka. Wykorzystano dwuczynnikową analizę wariacji Anova. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

W celu przetestowania hipotezy o wpływie zmiennych społeczno-demograficznych (wykształcenia, wieku i wykonywanego zawodu) na poziom poczucia satysfakcji z życia przeprowadzono test χ^2 (tabela 1).

Związek między wykształceniem a poziomem satysfakcji z życia okazał się istotny statystycznie: $\chi^2 = 0,003$ (2 steny, $n = 725$), $p < 0,01$. Na podstawie uzyskanych danych można wnioskować o istnieniu zależności między wykształceniem badanych a ich poziomem satysfakcji z życia. Osoby z wyższym wykształceniem częściej niż badani ze średnim wykształceniem deklarowały wyższy poziom poczucia zadowolenia z dotychczasowego życia.

Związek między wiekiem badanych a poziomem satysfakcji z życia okazał się istotny statystycznie: $\chi^2 = 0$ (4 steny, $n = 725$), $p < 0,001$. Na podstawie uzyskanych danych możemy wnioskować o zależności między wiekiem badanych a ich poczuciem zadowolenia z życia. Wyższy poziom satysfakcji z życia wykazywały osoby w wieku średnim z przedziału wiekowego 35–44 lata. Ankietowani w wieku 45 lat i powyżej czuli małą satysfakcję życiową, natomiast respondenci w wieku 25–34 lat określali jej poziom jako przeciętny.

Nieistotna statystycznie okazała się zależność między wykonywanym zawodem a poziomem satysfakcji z życia: $\chi^2 = 0,26$ (2 steny, $n = 725$), $p > 0,05$. Na podstawie uzyskanych danych można wnioskować o tym, że wykonywany zawód nie wpływa na poczucie zadowolenia z życia.

Innym analizowanym czynnikiem był związek między rokiem przeprowadzanego badania a poziomem satysfakcji z życia. Okazał się on istotny statystycznie: $\chi^2 = 0$ (4 steny, $n = 725$), $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,31$. W 2015 r. częściej

Tabela 1. Poziom zadowolenia z życia osób badanych ogółem z uwzględnieniem roku badania, zawodu, wieku i poziomu wykształcenia

Table 1. Statistical characteristics of life satisfaction levels presented by the study participants, overall and stratified according to the year of the study, profession, age, and education level

Zmienna	Satysfakcja z życia						n	M ±SD
	niska		przeciętna		wysoka			
	n	%	n	%	n	%		
Rok								
2014	157	44,9	164	46,9	29	8,3	350	1,63 ±0,63
2015	271	72,3	104	27,7	0	0,0	375	1,27 ±0,45
Zawód								
pielęgniarka	243	58,0	155	37,0	21	5,0	419	1,47 ±0,59
ratownik medyczny	185	60,5	113	36,9	8	2,6	306	1,42 ±0,55
Wiek [lata]								
25–34	74	25,9	200	69,9	12	4,2	286	1,78 ±0,50
35–44	262	85,1	39	12,7	7	2,3	308	1,17 ±0,43
>45	92	70,2	29	22,1	10	7,6	131	1,37 ±0,62
Wykształcenie								
wyższe	306	58,8	201	38,7	13	2,5	520	1,44 ±0,54
średnie	122	59,5	67	32,7	16	7,8	205	1,48 ±0,64
Ogółem	428	59,0	268	37,0	29	4,0	725	1,45 ±0,21

M – średnia; SD – odchylenie standardowe.

niż w 2014 r. badani deklarowali niższy poziom zadowolenia z dotychczasowego życia.

W celu przetestowania hipotezy o wpływie cech osobowościowych w wymiarze neurotyzmu o różnym poziomie zrównoważenia emocjonalnego na poziom poczucia satysfakcji z życia przeprowadzono dwuczynnikową analizę wariancji w schemacie 3 × 3 (wymiar neurotyzmu: zrównoważenie emocjonalne, przeciętne zrównoważenie emocjonalne, neurotyzm w stosunku do poziomu satysfakcji z życia: niskiego, przeciętnego, wysokiego), gdzie zmienną zależną było subiektywne poczucie satysfakcji z życia. Wyniki wykazały istotny statystycznie efekt głównej zmiennej wymiaru neurotyzmu: $F = 12,01$ (2 steny, $n = 698$), $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,03$. Badani różnili się poczuciem satysfakcji z życia w zależności od poziomu zróżnicowania emocjonalnego. Efekt główny wymiaru ekstrawersji okazał się nieistotny: $F = 1,51$ (2 steny, $n = 698$), $p > 0,05$, podobnie jak wymiaru psychotyzmu: $F = 2,13$ (2 steny, $n = 698$), $p > 0,05$. Istotny okazał się jedynie efekt interakcji obu czynników (wymiar neurotyzmu i psychotyzmu): $F = 2,80$ (4 steny, $n = 698$), $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,02$. Osoby zrównoważone emocjonalnie wykazywały większą satysfakcję z życia, ale ich poziom psychotyzmu również był wyższy (ryc. 1, 2). Przeprowadzone za pomocą testu Bonferroniego porównania wielokrotne ujawniły istotne różnice ($p < 0,05$) między ludźmi charakteryzującymi się umiarkowanym zrównoważeniem a osobami o tendencjach ekstrawertycznych i ambiwertycznych. Wynik średnich wskazuje, że w grupie osób charakteryzujących się umiarkowanym zrównoważeniem o tendencjach ekstrawertycznych poczucie satysfakcji z życia było istotnie wyższe ($M = 1,62$, $SD = 0,64$) niż w grupie osób o umiarkowanym zrównoważeniem i tendencjach ambiwertycznych ($M = 1,40$, $SD = 0,61$) (ryc. 1, 2).

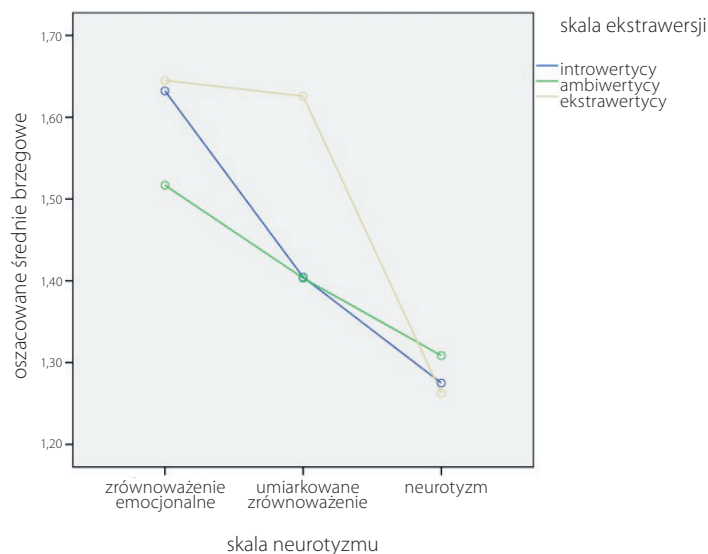
Najczęściej satysfakcja z życia jest utożsamiana z dobrobytem, który wynika z zamożności. Inne aspekty wpływające na zadowolenie z życia, takie jak dobrostan zdrowotny, komfort psychiczny, aspiracje czy realizacja marzeń przesuwają się na dalszy plan. Na majątność najczęściej wpływ ma praca, która wypełnia znaczną część naszego życia. Biorąc pod uwagę tę zależność można założyć, iż zadowolenie z życia ściśle łączy się z satysfakcją z pracy. Ważnymi elementami wpływającymi na spełnienie zawodowe są m.in. uznanie przełożonych, możliwość ustawicznego kształcenia, możliwość wykorzystania posiadanej wiedzy oraz doświadczenia, a co za tym idzie awans zawodowy i lepsze zarobki.^{2,3}

Przypuszczenie, iż satysfakcja z życia poddanych badaniu pielęgniarek/pielęgniarzy i ratowników/ratowniczek medycznych jest coraz niższa, znalazło swoje potwierdzenie w uzyskanych wynikach.

Następstwo czasowe prowadzonego badania udowodniło, że zaledwie w ciągu roku satysfakcja z życia respondentów z przeciętnej (2014 r. – niespełna 50% ankietowanych) gwałtownie obniżyła się do niskiej (2015 r. – ponad 70% odpowiedzi).

Porównując wyniki badań światowych naukowców dowiadujemy się, że satysfakcja z życia pielęgniarek/pielęgniarzy amerykańskich czy też koreańskich klasyfikuje się na poziomie średnim.^{14,15} Podobny wynik podają polscy badacze. Jeszcze w 2009 r. poziom satysfakcji z życia polskich pielęgniarek/pielęgniarzy kształtował się na poziomie przeciętnym.¹⁶ Nie ma wcześniejszych badań, które odnosiłyby się do oceny satysfakcji z życia gdańskich pielęgniarek/pielęgniarzy i ratowników/ratowniczek medycznych ani podobnych w odniesieniu do województwa pomorskiego.

Uzyskane przez innych badaczy wyniki dotyczące istotności poziomu wykształcenia znalazły potwierdzenie



Ryc. 1. Oszacowane średnie brzegowe – poczucie satysfakcji z życia z uwzględnieniem skali ekstrawersji

Fig. 1. Estimated marginal means – a sense of life satisfaction considering the scale of extraversion

w niniejszych badaniach. Osoby z wyższym wykształceniem częściej deklarują wyższy poziom poczucia zadowolenia z życia.

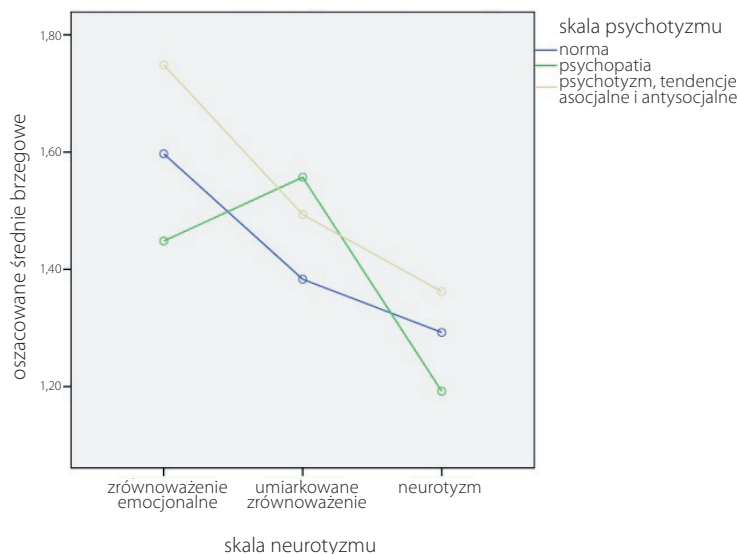
Według innych autorów poziom życiowej satysfakcji zmienia się wraz z wiekiem i jest wyższy u osób starszych. Potwierdzają to badania przeprowadzone wśród pielęgniarek ze Szwecji i Tajwanu.^{17,18} Badania własne dowodzą, że w wyższy poziom satysfakcji z życia deklarowały osoby w średnim wieku, z przedziału 35–44 lata. Respondenci w wieku 45 lat i powyżej czują niską satysfakcję, a najmłodszy ankietowani (25–34 lata) określają poziom satysfakcji ze swojego życia jako przeciętny.

Nie stwierdza się występowania zależności między wykonywanym zawodem a poziomem życiowej satysfakcji osób badanych, choć pielęgniarki/pielęgniarze wykazują nieco wyższy poziom zadowolenia niż ratownicy medyczni.

W ocenie satysfakcji z życia istotne okazały się cechy osobowościowe badanych. Respondenci różnili się poziomem satysfakcji z życia w zależności od zróżnicowania emocjonalnego. U osób zrównoważonych poziom zadowolenia jest wyższy, ale też poziom ich psychotyzmu jest wyższy. Badani zrównoważeni umiarkowanie o tendencjach ekstrawertycznych wykazują wyższe poczucie satysfakcji z życia niż osoby ambiwertyczne.

Wnioski

Z uzyskanych wyników wnioskuje się, iż poziom satysfakcji z życia wśród pielęgniarek Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ratowników medycznych województwa pomorskiego determinowany jest przez takie czynniki, jak cechy osobowościowe oraz wiek i w nieco mniejszym stopniu przez wykształcenie. Największe znaczenie w ocenie sa-



Ryc. 2. Oszacowane średnie brzegowe – poczucie satysfakcji z życia z uwzględnieniem skali psychotyzmu

Fig. 2. Estimated marginal means – a sense of life satisfaction considering the scale of psychoticism

tysfakcji z życia respondentów miało jednak następstwo czasowe przeprowadzanego badania. Zaledwie w ciągu jednego roku zadowolenie z życia badanych znacznie się pogorszyło.

Przeprowadzone analizy dowodzą, iż zachodzi konieczność powtarzania podobnych badań z uwzględnieniem coraz to nowych determinantów, które pozwolą monitorować sytuację zawodową i życiową polskich pielęgniarek/pielęgniarzy oraz ratowników medycznych.

Piśmiennictwo

1. Andruszkiewicz A. Typ zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek. *Probl Pielęg.* 2007;15(2–3):157–161.
2. Lipińska-Grobelny A, Głowacka K. Zadowolenie z pracy a stopień dopasowania do zawodu. *Przeegl Psychol.* 2009;52(2):181–194.
3. Piecha M, Kosińska M. Sytuacje trudne w pracy pielęgniarek. *Pielegn Położn.* 2003;45(3):10–12.
4. Rongińska T. *Diagnostyka źródeł stresu i wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarki.* Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski, 2001. <http://www.pip.gov.pl/prewencje/stres/doc>. Dostęp 26.06.2017.
5. Maslach C. Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej. W: Sęk H, red. *Wypalenie zawodowe: Przyczyny i zapobieganie.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
6. Mojs E, Głowacka MD. Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. *Now Lek.* 2005;74(2):238–243.
7. Analizy i raporty. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. <http://nipip.pl/dzialania/centralny-rejestr-pielegniarek-i-polozonych/analizy-i-raporty/>. Dostęp 26.06.2017.
8. Borys B, Majkowicz M, Majkowicz H. Radzenie sobie ze stresem w różnych grupach służb ratowniczych. *Psychiatr Pol.* 2003;37(2):337–348.
9. Ogińska-Bulik N, Kaflik-Pieróg M. *Stres zawodowy w służbach ratowniczych.* Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi; 2006.
10. Hall CS, Lindzey G, Campbell JB. *Teorie osobowości.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
11. Brzozowski P, Drwal R. *Kwestionariusz Osobowości Eysencka: Polska adaptacja EPQ-R.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 1995.
12. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2009.
13. Jaworska A. *Kwestionariusze osobowości Eysencka EPQ-R oraz EPQ-R w wersji skróconej.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012.
14. Lee H, Hwang S, Kim J, Daly B. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *J Adv Nurs.* 2004;48(6):632–641. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03251.x.
15. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2005;42(2):211–227. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009.
16. Wysokiński M, Fidecki W, Walas L, et al. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Probl Pielęg.* 2009;17(3):167–172.
17. Wu CH, Yao G. Analysis of factorial invariance across gender in the Taiwan version of the Satisfaction with Life Scale. *Pers Individ Dif.* 2006;40(6):1259–1268. doi:10.1016/j.paid.2005.11.012.
18. Hultell D, Gustavsson JP. A psychometric evaluation of the Satisfaction with Life Scale in a Swedish nationwide sample of university students. *Pers Individ Dif.* 2008;44(5):1070–1079. doi: 10.1016/j.paid.2007.10.030.

Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce

Nursing students' opinion on the professional image of nurses in Poland

Dominika Koralewicz^{1,A–E}, Ewa I. Kuriata-Kościelniak^{2,D–F}, Sylwia Mróz^{1,B–D}

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

² Zakład Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):285–292

Adres do korespondencji

Dominika Koralewicz

e-mail: dominika.koralewicz4@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 22.06.2017 r.

Po recenzji: 14.08.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 2.11.2017 r.

Podziękowania

Dziękuję dr Patrycji Rozbickiej za merytoryczną pomoc w przygotowaniu pracy licencjackiej, w oparciu o którą przygotowano tę publikację.

Streszczenie

Wprowadzenie. Wizerunek zawodowy pielęgniarek uwarunkowany jest wieloma czynnikami, m.in. ich wykształceniem, kompetencjami, wysokością wynagrodzenia, działaniami mediów, stereotypami pokutującymi w społeczeństwie, postrzeganiem prestiżu zawodu oraz postawą i wyglądem jego przedstawicieli.

Cel pracy. Poznanie opinii studentów na temat postrzegania pielęgniarstwa i przedstawicieli tej profesji, poznanie motywów wyboru tej ścieżki kariery, a także zbadanie, jaki jest prestiż pielęgniarstwa na tle innych zawodów medycznych i co ma na to największy wpływ.

Materiał i metody. Przeprowadzono sondaż diagnostyczny wśród 542 studentów pielęgniarstwa z całej Polski. Badani to studenci m.in.: Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (115 osób), Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (52 osoby), Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (48 osób) oraz wielu innych uczelni.

Wyniki. Głównym czynnikiem motywującym studentów do rozpoczęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo jest zainteresowanie medycyną (60,7%). Ankietowani uznali, że pozycja pielęgniarstwa względem innych zawodów medycznych jest średnia (32,3%), niemalże na równi z niską (31,7%). W opinii studentów media w bardzo dużym stopniu (34,9%) kształtują wizerunek pielęgniarek. Studenci twierdzą, że „typowa” polska pielęgniarka to kobieta w średnim wieku (60,5%), korpulentna, mająca ładną fryzurę i makijaż (36,3%).

Wnioski. Według ankietowanych na prestiż zawodu pielęgniarstwa najsilniej wpływa szacunek społeczeństwa do zawodu (27,7%) oraz posiadane kwalifikacje (24,2%), natomiast najmniej historia zawodu (5,9%). Zdaniem studentów polepszenie warunków pracy oraz wzrost wynagrodzeń mogą istotnie przyczynić się do poprawy wizerunku pielęgniarek (71%).

Słowa kluczowe: studenci, wizerunek, pielęgniarka, prestiż

DOI

10.17219/pzp/79703

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. The image of nursing is determined by many factors including: education, qualifications, salary, media, stereotypes, prestige, nurses' attitude and appearance.

Objectives. The aim of the study was to get to know the students' opinion on the image of nursing and nurses, and also factors that motivated them to start nursing studies. The next goal is to explore what is the prestige of nursing among other healthcare occupations and what has the biggest impact on that issue.

Material and methods. The study was employed by authorial survey. The research examined 542 nursing students from Poland. Respondents included students from, e.g., the Wrocław Medical University (115 students), the Jagiellonian University of Kraków (52 students), the Medical University of Lublin (48 students), and many other.

Results. The main factor that motivated students to start nursing studies was their interest in medicine (60.7%). Interviewees consider the prestige of their future occupation as medium (32.3%), almost low (31.7%). Students stated that media have a great (34.9%) influence on creating the image of nurses. They also perceive "typical" Polish nurse as a middle-aged woman (60.5%), well-padded, having good haircut and makeup (36.3%).

Conclusions. In students' opinion, factors like the universal respect for nursing and nurses (27.7%) and their expertise (24.2%) have the strongest influence on prestige of this profession. Respondents claim that increase in salaries and improvements to living and working conditions can play an important role in improving the image of nursing (71%).

Key words: students, image, nurse, prestige

Wprowadzenie

Nie ulega wątpliwości, że wizerunek zawodowy ma dla pielęgniarek ogromne znaczenie. Składa się na niego wiele czynników uwarunkowanych m.in. historią profesji oraz jej specyfiką. Opiekuńczy charakter zawodu wyjaśnia, dlaczego pielęgniarstwo wybierają głównie kobiety oraz czemu w swojej pracy nadal nazywane są siostrami. Poznając szczegółowo charakterystykę zawodu, a także trudną obecnie sytuację pielęgniarstwa w Polsce, warto zastanowić się nad wizerunkiem pielęgniarstwa. Jak współcześnie postrzegane są pielęgniarki oraz zawód, który wykonują, co decyduje o tym, że obraz współczesnej pielęgniarki nie w pełni satysfakcjonuje środowisko i wreszcie, dlaczego obecny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł twierdzi, iż pielęgniarstwo wymaga pracy nad prestiżem?¹

W ujęciu „Słownika języka polskiego” PWN-u wizerunek jest to „sposób przedstawienia i postrzegania danej rzeczy lub osoby”.² Tworzenie go jest złożonym procesem, uzależnionym od tego, jak wiele czynników jest istotnych dla ludzi, do których chcemy dotrzeć. Jednak o ile stworzenie wizerunku jednostki wydaje się dość proste, o tyle dla grupy zawodowej pielęgniarek, liczącej w Polsce 288 395 osób³ zatrudnionych w ok. 10 różnych rodzajach placówek (szpitale, przychodnie, żłobki, przedszkola, szkoły itp.), jest to dużo bardziej skomplikowane.

Wśród wielu definicji wizerunku trudno jest znaleźć termin odnoszący się wprost do pracy zawodowej. W niniejszym artykule przyjęto definicję Nyklewicza, który określa wizerunek zawodowy jako „ogół podzielanych przez ludzi przekonań, poglądów i opinii na temat [...] grupy zawodowej”.⁴ Autor podkreśla, że oddziaływanie wizerunku pielęgniarek na emocje pacjentów oraz ich bliskich jest tak silne, że powinien być on w najwyższym możliwym stopniu pozytywny. Odbiór omawianej grupy świadczy nie tylko o prestiżu społecznym, ale także

o pozycji na tle innych zawodów medycznych. W tychże profesjach niezmiernie ważna jest tzw. tożsamość zawodowa, czyli identyfikacja z wykonywaną pracą. Ma ona bardzo duży wpływ na postawę pielęgniarki/pielęgniarsza. Pojęcie to oznacza również poczucie przynależności do własnej grupy zawodowej, rozumienie jej odrębności w aspekcie zadań, jakie ma do spełnienia. Jest to poniekąd „wrastanie” w zawód, definiowanie siebie jako przedstawiciela określonej profesji. Proces ten wiąże się z misją oraz wizją pielęgniarstwa, ale też i dumą zawodową, którą można odczuwać dzięki silnej identyfikacji z wykonywaną pracą.⁵

Czynnikami wpływającymi na wizerunek pielęgniarstwa są przede wszystkim: postawy przedstawicieli tego zawodu, ich kultura osobista, cechy zawodowe, umiejętności oraz relacje interpersonalne, wartości wywodzące się ze specyfiki zawodu – filozofii i etyki pielęgniarstwa, odpowiedzialność i kompetencje zawodowe, poziom wynagrodzeń. Poza tym pielęgniarki oceniane są przez pryzmat ich umiejętności, prestiżu zawodowego, wyglądu i zachowania w stosunku do pacjentów czy współpracowników. Co więcej, postrzeganie pielęgniarek jest warunkowane funkcjonującymi w społeczeństwie stereotypami, przekonaniami i opiniami będącymi konsekwencją traktowania pielęgniarstwa w przeszłości jako zawodu pomocniczego. Nie uwzględniają one obecnej sytuacji, w której pielęgniarstwo stało się kierunkiem kształcenia uniwersyteckiego, zaś pielęgniarki i pielęgniarsze – odpowiedzialnymi wykonawcami samodzielnego zawodu.

Współczesny wizerunek tej grupy zawodowej kształtowany jest też w dużym stopniu przez media za pośrednictwem filmów, reklam, kabaretów czy tendencyjnych programów informacyjnych. Niestety często wpływają one na utrwalenie negatywnego stereotypu pielęgniarki. Telewizja milczy na temat ważnej, odpowiedzialnej, ale niedocenianej pracy zespołów pielęgniarskich, ich sukcesów zawodo-

wych czy ofiarności na rzecz chorych, za to bardzo często przekazy medialne ukazują pielęgniarki walczące, strajkujące przeciwko zbyt niskim w stosunku do ilości pracy zarobkom. Taki wizerunek pielęgniarek nie może być i nie jest akceptowany przez środowisko pielęgniarskie. Nic w tym dziwnego, skoro przedstawienie ich w ten sposób jest krzywdzące oraz zdecydowanie wpływa na obniżenie rangi zawodu. Te i wiele innych czynników mogą zniechęcać potencjalnych kandydatów do wyboru takiej ścieżki kariery zawodowej. Z tego samego powodu wykształcone pielęgniarki emigrują do innych państw, gdzie ich zawód cieszy się większym szacunkiem, jest uznawany za atrakcyjny oraz daje wykonującym go osobom satysfakcję, także finansową.

W dzisiejszych czasach termin „wizerunek” zyskuje na atrakcyjności głównie dzięki politykom i celebrytom, którzy, chcąc osiągnąć jakiś cel, zatrudniają specjalistów do spraw wizerunku. Zadaniem tych fachowców jest wykreowanie takiego obrazu człowieka/grupy/institucji, który przekaże społeczeństwu dokładnie to, czego oczekują. Wizerunek jest zatem w takim rozumieniu niejako kreacją tworzoną w konkretnym celu – by uzyskać aprobatę społeczeństwa. Idealnie pasuje tu przysłowie „jak cię widzą, tak cię piszą”.

W dobie gospodarki rynkowej o wizerunek dbają wszyscy – ludzie show-biznesu, przedsiębiorcy, instytucje, miasta, firmy oraz osoby. Wiadomo, że przychylny odbiór jest gwarantem sukcesu w wielu dziedzinach życia, przekłada się na zyski, np. zwiększenie sprzedaży, wzrost rozpoznawalności; odgrywa istotne znaczenie w relacjach społecznych oraz osobistych; jest doskonałą wizytówką, stanowi o prestiżu społecznym i zawodowym, pozwala budować relacje oparte na zaufaniu.

Mając świadomość tak szczególnej rangi społecznej pielęgniarek przy dość zróżnicowanym wyborze czynników wpływających na ich obiór przez społeczeństwo, niełatwo jest zadbać o to, aby ich wizerunek był wyłącznie pozytywny. Przybierający na sile proces oceny społecznej i stałe dążenie grupy zawodowej pielęgniarek do poprawy swojego wizerunku skłania do badania i analizowania tego ważnego zagadnienia.

Głównym celem pracy było poznanie opinii studentów na temat wizerunku pielęgniarstwa i przedstawicieli tego zawodu oraz zrozumienie ich motywów wyboru tej ścieżki kariery zawodowej. Sformułowane na potrzeby tej pracy problemy badawcze można przedstawić następująco:

1. Jaki jest prestiż pielęgniarstwa w porównaniu do innych zawodów medycznych?
2. Jakie czynniki kształtują obecnie prestiż zawodu pielęgniarskiego?
3. W jakim stopniu media wpływają na kształtowanie wizerunku pielęgniarek i pielęgniarzy?
4. Jak zdaniem studentów powinni wyglądać i zachowywać się przedstawiciele tego zawodu?
5. Co może przyczynić się do poprawy wizerunku pielęgniarstwa w Polsce?

Materiał i metody

Podczas badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Anonimową ankietę przeprowadzono w marcu oraz we wrześniu 2017 r. Autorski kwestionariusz udostępniono studentom pielęgniarstwa za pośrednictwem portalu społecznościowego Facebook. Ankiety wypełniło 542 studentów pielęgniarstwa z 66 ośrodków kształcących na tym kierunku w Polsce. Byli to głównie studenci Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (115 osób), Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (52 osoby), Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (48 osób) oraz wielu innych uniwersytetów i wyższych szkół zawodowych w kraju. Kwestionariusz składał się z 15 pytań zamkniętych przewidujących wybór odpowiedzi spośród przygotowanego zestawu wariantów oraz z 3 pytań otwartych umożliwiających respondentom sformułowanie odpowiedzi w dowolny sposób. Analizy wyników dokonano z użyciem wskaźników procentowych.

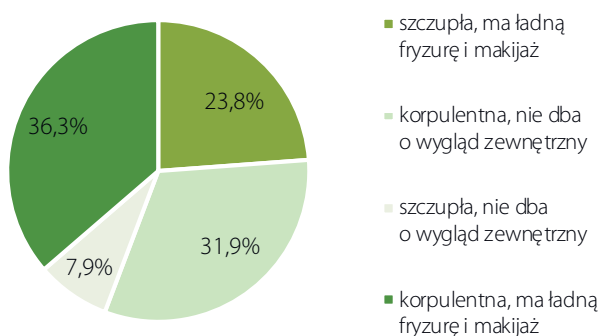
Wyniki

W badaniu wzięło udział 530 kobiet oraz 12 mężczyzn studiujących pielęgniarstwo. Wśród nich byli studenci studiów I stopnia: I roku – 15,1%, II roku – 25,1%, III roku – 22,1% oraz studenci studiów II stopnia: I roku – 17,9% i II roku – 19,7%. Aż 41,8% studentów uczestniczących w badaniu pracuje obecnie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza. Pielęgniarstwo to zawód mocno sfeminizowany. Jak podaje Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP), w 2016 r. liczba zarejestrowanych pielęgniarek w Polsce wynosiła 282 547, natomiast pielęgniarzy – 5848.³ Dlatego też studentów zapytano o to, jak wyobrażają sobie „typową” polską pielęgniarkę. Jak wynika z ich odpowiedzi, jest ona postrzegana głównie jako korpulentna kobieta (36,3%). Kwestia tego, czy taka pielęgniarka jest osobą z zadbaną fryzurą i makijażem, czy raczej nie dba o wygląd zewnętrzny, podzieliła studentów: kolejno odpowiedzi na poziomie 36,3% oraz 31,9%, z niewielką przewagą opinii bardziej przyjaznych wizerunkowi pielęgniarek. Natomiast 23,8% respondentów uważa, że „typowa” polska pielęgniarka jest szczupłą kobietą, z ładną fryzurą i makijażem, a 7,9% badanych twierdzi, że jest to szczupła kobieta, która jednak nie dba o wygląd zewnętrzny (ryc. 1).

Na pytanie o to, jak respondenci scharakteryzowałiby wiek typowej pielęgniarki, większość (60,5%) wybrała wariant „kobieta w średnim wieku”, zaś 38,6% ankietowanych uważa, że jest to starsza kobieta. Zaledwie 5 studentów (0,9%) wyobraża sobie typową pielęgniarkę jako młodą kobietę. Należy podkreślić, że odpowiedzi badanych znajdują odzwierciedlenie w oficjalnych statystykach Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, z których wynika, iż średnia wieku polskich pielęgniarek w 2016 r. wynosiła 50 lat. W Polsce zatrudnionych jest jedynie 5060 pielęgniarek w przedziale wiekowym 21–25 lat, co stano-

Ryc. 1. Wygląd „typowej” polskiej pielęgniarki według badanych

Fig. 1. The image of a “typical” Polish nurse – according to respondents



wi zaledwie 1,75% wszystkich zarejestrowanych pielęgniarek. Co ciekawe, prawie 8% stanowią pielęgniarki powyżej 65. r.ż., jest ich aż 22 914.⁶

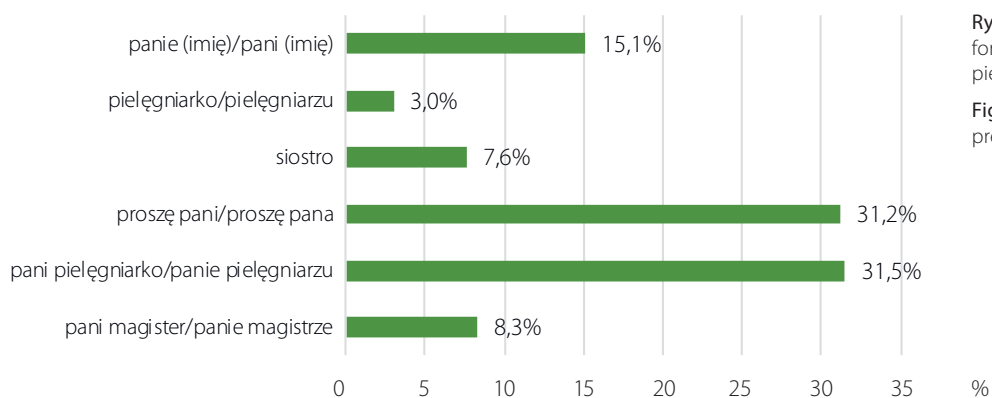
Wizerunek pielęgniarek w dużej mierze zależy od ich postawy, wyglądu, sposobu bycia. Ankietowanych zapytano o to, jak ich zdaniem powinna wyglądać przedstawicielka tego zawodu. Najczęściej padały sformułowania, że powinna być schludna, mieć czysty, wyprasowany mundur, a jej dłonie powinny być ładne i zadbane. Respondenci pisali także o tym, że wskazana jest ładna fryzura i delikatny makijaż. Poza tym podkreślali również, że powinna być uśmiechnięta i elegancka. „Wysportowana” to również często padające określenie, argumentowane koniecznością dawania pacjentowi dobrego przykładu oraz tym, że z uwagi na to, iż pielęgniarstwo wiąże się w dużej mierze z wysiłkiem fizycznym, pielęgniarka powinna być sprawna i silną osobą.

Powyższe elementy były wymieniane najczęściej, jednak na uwagę zasługuje fakt, że studenci mimo wymieniania wśród istotnych cech pielęgniarki schludnego czy zadbanego wyglądu, podkreślali też, że bardziej niż on liczą się umiejętności oraz cechy osobowości. Niektórzy badani zwrócili także uwagę na przemęczenie pielęgniarek oraz wiążącą się z tym niekorzystną prezencją, więc ich odpowiedzi na temat oczekiwanych cech pielęgniarki to również „wypoczęta” oraz „wyspana”. Można mniemać,

iz odpowiedzi te były nieco humorystyczne czy też nawet ironiczne, jednak zwracają uwagę na bardzo poważny problem, jakim jest zmęczenie, które nieodłącznie towarzyszy przedstawicielom tego zawodu podejmującym zatrudnienie jednocześnie w wielu podmiotach, a nierzadko dodatkowo doksztalającym się. Część badanych zaproponowała ujednoczenie stroju pielęgniarek (tj. jednakowe fasony lub jednolita kolorystyka stroju na oddziale w celu identyfikacji tej grupy wśród pozostałych członków zespołu terapeutycznego).

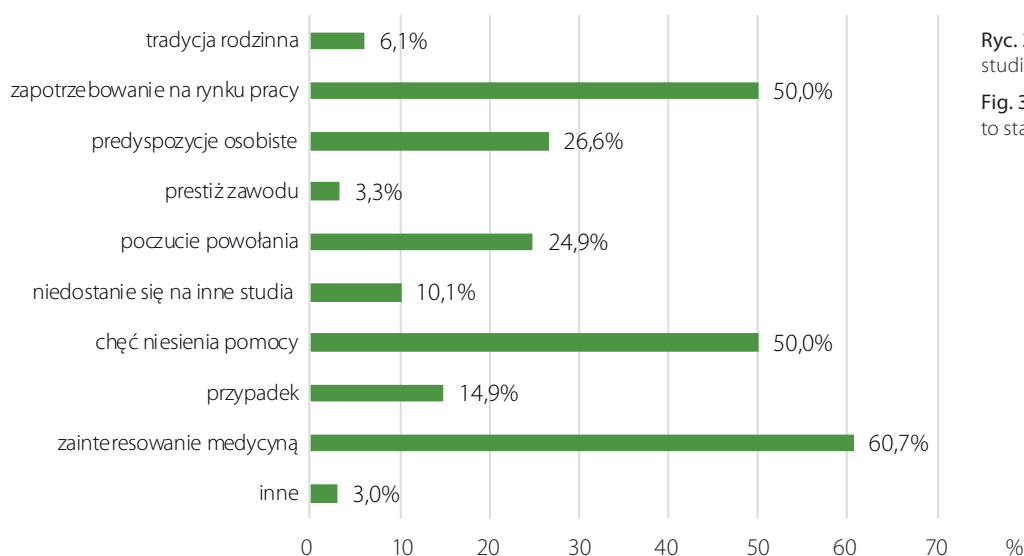
Cechy, jakie według badanych powinna posiadać pielęgniarka, to przede wszystkim empatia i cierpliwość. „Wyrozumiałość” i „życzliwość” to również często padające określenia. Ankietowani podkreślali również, iż przedstawicielem tej profesji powinna być osoba otwarta, odpowiedzialna, sumienna, ale także asertywna oraz stanowcza i opanowana. Wielu badanych podkreśliło, że powinna to być osoba uśmiechnięta, z poczuciem humoru oraz ambitna i zorganizowana. Z uwagi na fakt, że studenci mają możliwość pracy w grupach na zajęciach praktycznych, co daje niejako przedsmak pracy na oddziale, odpowiadali także, że bardzo ważna jest umiejętność pracy w grupie, komunikatywność oraz zorganizowanie. Mają oni świadomość, jak ważne są te cechy we współpracy z innymi członkami zespołu czy też pacjentami.

„Siostrzo” – tak często zwracają się do pielęgniarek pacjenci, bez wątpienia jest to spuścizna po siostrach zakonnych niegdyś wykonujących ten zawód. Przemiany, jakie nastąpiły w tej profesji, sprawiły, że nie praktykują jej już zakonnice, które wypełniały swoje obowiązki charytatywnie. Studenci pielęgniarstwa zapewne mają już własne upodobania w kwestii zwracania się do przedstawicieli ich przyszłego zawodu. Jak wynika z odpowiedzi, ich zdania na ten temat są podzielone. Badani mieli do wyboru 6 różnych wariantów odpowiedzi – najwięcej osób (31,5%) zaznaczyło opcję „pani pielęgniarko/panie pielęgniarku”, a 31,2% wybrało wariant „proszę pani/proszę pana”. Trzecią najczęściej wybieraną odpowiedzią (15,1%) jest „pani (imię)/panie (imię)”. Najmniej głosów otrzymały odpowiedzi: „pani magister/panie magistrze” (8,3%), „pielęgniarko/pielęgniarku” (3%). Co istotne, nadal popularną formę „siostrzo” wybrało tylko 7,6% respondentów (ryc. 2).



Ryc. 2. Preferowana przez respondentów forma zwracania się do pielęgniarek/pielęgniarku

Fig. 2. Proper form of referring to nurses preferred by respondents



Ryc. 3. Motywacja studentów do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo

Fig. 3. Factors that motivated students to start nursing studies

Studenci mają świadomość, skąd wziął się ten zwrot i najpewniej nie chcą, aby ich przyszły zawód był nadal kojarzony z siostrami zakonnymi. Być może w ich mniemaniu wpływa to negatywnie na postrzeganie pielęgniarstwa i nie odzwierciedla w pełni profesjonalnego podejścia do tego zupełnie inaczej wykonywanego obecnie zawodu.

Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród studentów pielęgniarstwa pokazują, że ten kierunek wybierają przede wszystkim osoby, które interesują się medycyną (60,7%). Wbrew pozorom nie są to studia, na które młodzi ludzie idą tylko z powołania. Nie ulega wątpliwości, że oprócz zainteresowania medycyną ankietowanych motywuje także duże zapotrzebowanie na rynku pracy (50%) oraz chęć niesienia pomocy innym (50%). Jednak to, co skłoniło większość studentów do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo, niekoniecznie świadczy o atrakcyjności tego zawodu. Należy zwrócić uwagę, że wśród 9 wariantów odpowiedzi dotyczących motywacji do podjęcia studiów na tym kierunku „prestiż zawodu” uzyskał tylko 3,3% głosów (najmniej!). Pośród ankietowanych studentów znajduje się 26 osób (4,8%), które nie planują pracować w wyuczonym zawodzie. Może to wynikać z tego, że znalazły się na pielęgniarstwie przez przypadek (14,9%) bądź po prostu nie dostały się na inny kierunek (10,1%). Uwzględniając liczbę osób, które nie planowały tych studiów, można pokusić się o stwierdzenie, że odsetek osób, które nie chcą pracować w zawodzie, jest znikomym. Jest rzeczą interesującą, że zarówno wariant „poczucie powołania” (24,9%), jak i „predyspozycje osobiste” (26,6%) miały bardzo zbliżoną liczbę głosów (ryc. 3).

Powołanie potocznie definiowane jest jako posiadanie określonego daru do wykonywania czynności z pobudek altruistycznych. Podobnie może być z predyspozycjami osobistymi, które w przypadku wyboru pielęgniarstwa mogą oznaczać fakt posiadania cech altruistycznych, takich jak: empatia, troskliwość, opiekuńczość, bezinteresowność, cierpliwość, skłonność do poświęceń, dobroć.

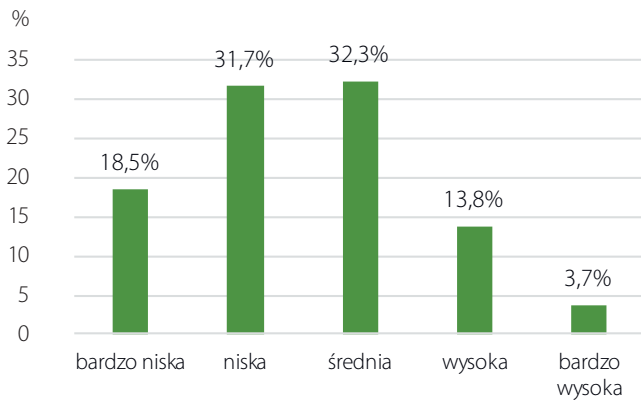
Nasuwa się wniosek, iż w opiniach studentów odróżnienie wariantu odpowiedzi „poczucie powołania” od „predyspozycji osobistych” nie było jednoznaczne.

Z uwagi na to, że studenci podczas zajęć w szpitalu mogą obserwować współpracę pielęgniarek z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego, w ankiecie zadano im pytanie o to, jak oceniają pozycję pielęgniarek na tle innych zawodów medycznych. Okazało się, że respondenci prawie po równo podzielili swoje zdania między niską (31,7%) a średnią (32,3%) rangą ich przyszłego zawodu. Natomiast 18,5% ankietowanych uważa, że pozycja pielęgniarek jest bardzo niska, a 13,8% – że wysoka. Jedynie 3,7% studentów sądzi, że pielęgniarki zajmują bardzo wysoką pozycję na tle innych zawodów medycznych.

Na pytanie o to, czy wybrany zawód jest atrakcyjny, aż 76% studentów pielęgniarstwa zadeklarowało, że tak, natomiast pozostałe 24% respondentów wybrało odpowiedź przeczącą. Niepokój wzbudza negatywna ocena tej kwestii przez tak wiele osób. Wpływ na to może mieć fakt, że tylko 3,3% badanych odpowiedziało, że to prestiż tego zawodu przyczynił się do jego wyboru (ryc. 4).

Jak wynika z badań Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) opublikowanych w 2013 r., pielęgniarki znalazły się na 6. miejscu (78%) w rankingu hierarchii zawodów według poważania zawodowego. Przed nimi znaleźli się kolejno: inżynierzy pracujący w fabryce, górnicy, robotnicy wykwalifikowani, profesorowie uniwersytetów, strażacy (87% – 1. miejsce). Co ciekawe, w rankingu tym lekarze zajęli 8. miejsce.⁶

Powszechnie pielęgniarstwo uważa się za zawód zaufania publicznego. Zdaniem większości studentów na prestiż zawodowy pielęgniarek najbardziej wpływa szacunek społeczeństwa do zawodu (27,7%) oraz posiadane przez pielęgniarki kwalifikacje (24,2%). Należy sądzić, iż studenci wiedzą, jak ważny i potrzebny dla społeczeństwa jest zawód, którego się uczą. Poczucie rangi tego zawodu, a co za tym idzie, uznania wśród społeczeństwa – także ze względu na istotę pielęgniarstwa – sprawia,



Ryc. 4. Pozycja pielęgniarstwa na tle innych zawodów medycznych według ankietowanych

Fig. 4. The status of nursing compared to other medical careers – according to respondents

że w ich oczach prestiż zawodowy pielęgniarki wzrasta. Posiadane kwalifikacje, czyli wiedza i odpowiednie umiejętności niezbędne do wykonywania tej profesji, również przyczyniają się do wzrostu jej atrakcyjności i ważności. Ankietowani sami najlepiej wiedzą, jak dużo informacji muszą przyswoić, mają świadomość, że tylko posiadanie odpowiednich kompetencji zawodowych gwarantuje odpowiedzialne i bezpieczne wykonywanie tego zawodu. Zdecydowanie najmniej ich zdaniem wpływ na prestiż zawodu pielęgniarstwa ma historia zawodu (5,9%) oraz samodzielność zawodowa (7,9%). Według 12% badanych studentów to wykształcenie ma decydujące znaczenie dla prestiżu zawodu, nieco mniej respondentów (11,6%) uznało, że o randze pielęgniarstwa decyduje wynagrodzenie oraz doskonalenie zawodowe (9,2%).

Respondentów kształcących się na kierunku pielęgniarstwo zapytano także o to, co mogłoby wpłynąć na poprawę wizerunku pielęgniarstwa w Polsce (tabela 1).

Tabela 1. Czynniki przyczyniające się do poprawy wizerunku pielęgniarstwa w Polsce

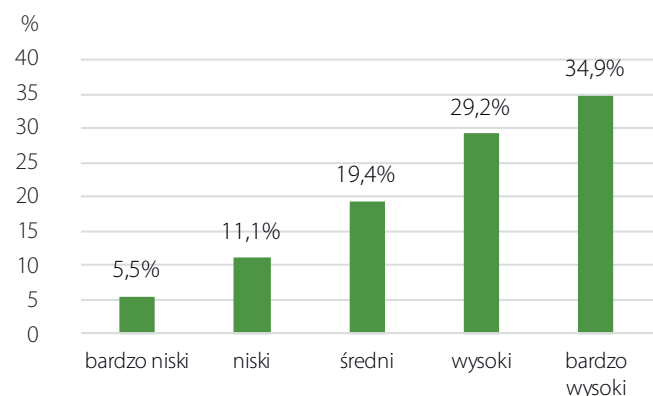
Table 1. Factors that can play an important role in improving the image of nursing – according to respondents

Czynniki umożliwiające poprawę wizerunku pielęgniarstwa w Polsce	%
Kampanie społeczne na temat pielęgniarstwa pokazywane w telewizji i Internecie	17,1
Poprawa płac i warunków pracy	71,0
Współpraca organizacji pielęgniarstkich z firmami PR	2,4
Wprowadzenie zmian w zachowaniu i wyglądzie pielęgniarek/pielęgniarzy	5,4
Inne	3,5

Zdecydowana większość zaznaczyła odpowiedź „poprawa płacy i warunków pracy” (71%). Można przypuszczać, że respondenci wiedzą, jak wygląda praca w tym zawodzie, mają świadomość warunków pracy w polskich szpitalach i tego, że personelu pielęgniarstwa brakuje. Zakładając

także, iż badani zdają sobie sprawę z tego, jakie wynagrodzenie dostają za swoją pracę przedstawiciele innych zawodów medycznych, np. lekarze, są świadomi zbyt niskiej gratyfikacji finansowej pielęgniarek i pielęgniarzy. Co ważne, ciągłe strajki pielęgniarek mogą być negatywnie odbierane przez społeczeństwo, które w dużym stopniu nie popiera ich walki o większe wynagrodzenia. Poprawa płac przyczyniłaby się prawdopodobnie do zwiększenia liczby personelu pielęgniarstwa w polskich szpitalach. Drugie miejsce wśród sposobów na podwyższenie prestiżu pielęgniarstwa w społeczeństwie zajmuje wybrany przez 17,7% studentów wariant „kampanie społeczne na temat pielęgniarstwa pokazywane w telewizji i Internecie”. Być może jest to sposób na promocję tego zawodu, którą należałoby rozważyć w związku z rosnącym zapotrzebowaniem na kadre pielęgniarstwa.

Ankietowanych zapytano wreszcie o to, jaki wpływ na kształtowanie wizerunku pielęgniarstwa mają media. Opinie studentów były do siebie zbliżone: 19,4% uważa, że wpływ ten jest średni, 29,2% – że wysoki, 34,9% (najwięcej odpowiedzi) – że bardzo wysoki. Jedynie 5,5% osób uznało, że wpływ mediów na kształtowanie wizerunku pielęgniarstwa jest bardzo niski, a 11,1% twierdzi, że jest niski (ryc. 5).



Ryc. 5. Opinia ankietowanych na temat wpływu mediów na kształtowanie wizerunku pielęgniarstwa

Fig. 5. The impact of media on shaping the nursing image – according to respondents

Zdecydowana większość badanych studentów (79%) twierdzi, że widziała w wiadomościach telewizyjnych przekaz związany z pielęgniarstwem. Niewielu studentów kojarzy medialne informacje o pielęgniarstwie z ich pomyłkami w pracy lub też deficytem kadry pielęgniarstwa w Polsce.

W pytaniu otwartym prawie wszyscy ankietowani odpowiedzieli, że informacje medialne dotyczyły strajków. Protesty są niestety często spotykanym elementem w historii tego zawodu. Na przestrzeni lat zmieniał się jedynie ich charakter. Pierwszy protest pielęgniarek i pielęgniarzy odbył się w warszawskich szpitalach zanim Polska odzyskała niepodległość, w 1916 r. Wtedy strajkujący żądali usunięcia ze szpitali zakonnic, chcieli, by ich miejsce zastąpił wykwalifikowany świecki personel pielęgniarstwa. Dopiero po II wojnie światowej przyczyną strajków na-

brały innego charakteru, adekwatnie do zmian sytuacji pielęgniarek w Polsce. W związku z tym, że warunki pracy znacznie się pogorszyły, a jednocześnie pensje zmalały, status pielęgniarek oraz wykonywanego przez nie zawodu się obniżył. Przedstawiciele tej grupy zaczęli odchodzić z pracy.⁷ Niestety warunki pracy i wartość wynagrodzenia pielęgniarek nadal nie są satysfakcjonujące – pielęgniarki wciąż strajkują, co bardzo szybko wychwytyją media. Warto zauważyć, że nie tłumaczą one powodów „oburzenia” pielęgniarek; zatem ktoś, kto nie zdaje sobie sprawy z tego, jak bardzo niesprawiedliwie są traktowane, może postrzegać tę grupę zawodową jako roszczeniową. Zawód ten jest niedoceniany, co skutkuje problemami tej grupy.

Omówienie

Zawód pielęgniarki podlega stałej ocenie społeczeństwa. Wizerunek jego oraz jego przedstawicieli jest determinowany przez wiele czynników, przede wszystkim przez osobiste doświadczenia pacjentów, media, stereotypowe opinie na ten temat, specyfikę oraz historię profesji. Aby dokonać obiektywnej oceny wizerunku grupy zawodowej pielęgniarek, należy zagłębić się w pewne istotne aspekty.

Jednym z nich jest tytuł, którego używają pacjenci, zwracając się do pielęgniarek/pielęgniarczy. Jak wynika z przeprowadzonego badania ankietowego, studenci pielęgniarstwa w kwestii zwracania się do pielęgniarek preferują zwrot: „pani pielęgniarko/panie pielęgniarzu”. Tymczasem niektórzy pacjenci używają określenia „siostrzo”. Współczesną pielęgniarkę należy postrzegać jako profesjonalistkę. Tak ważna i samodzielna grupa zawodowa powinna dbać o swój wizerunek i status w hierarchii innych zawodów medycznych. Mimo że zwrot „siostrzo” nie jest obraźliwy, to przez niektóre pielęgniarki, zwłaszcza te, które musiały bardzo dużo poświęcić, by ukończyć studia, może być tak odbierany. Ponieważ wiele pielęgniarek ma tytuł zawodowy magistra czy stopień naukowy doktora, tę formę zwracania się do nich mogą traktować jako nieadekwatną do posiadanych kwalifikacji zawodowych.

Na wizerunek omawianej grupy zawodowej silnie oddziałuje także wygląd. Przez lata była kojarzona z czepkiem, którego obecnie pielęgniarki nie noszą. Rezygnacja z tego symbolu może uniemożliwić identyfikację personelu przez pacjentów. Na potrzeby tej pracy zapytano respondentów o to, jak ich zdaniem wygląda „typowa” polska pielęgniarka. Według nich jest korpulentną kobietą w średnim wieku. Chociaż dość liczna grupa studentów (36,3%) uważa, iż jest to kobieta z zadbaną fryzurą i makijażem, to aż 31,9% ankietowanych sądzi, że pielęgniarki nie zwracają uwagi na swój wygląd zewnętrzny, co jest niepokojące.

Media takie jak telewizja i Internet mają znaczny udział w kształtowaniu obrazu opisywanej grupy zawodowej. Typowe dla nich jest jednak dążenie do nagłaśniania zjawisk o wysokim stopniu nośności wśród odbiorców, w tym strajki personelu pielęgniarstwa lub dramatyczne

zdarzenia, które są konsekwencją pomyłek lub zaniedbań z udziałem pielęgniarek. Tak stało się w 2007 r., kiedy w mediach przedstawiano w negatywnym świetle „białe miasteczko”, w tym szarpiące się, płaczące, krzyczące i wreszcie głodujące pielęgniarki. W ten sposób ukazano obraz „pielęgniarki walczącej”, ofiary systemu ochrony zdrowia. Dla osób, które nie miały wcześniej kontaktu z pielęgniarkami (np. w szpitalu), ten „strajkowy” wizerunek może okazać się jedynym wzorcem przedstawiciela pielęgniarstwa, natomiast wizerunek szpitalny, ten bliższy prawdy i dnia codziennego, może pozostać niezauważony. Brakuje rzetelnego medialnego przekazu na temat rzeczywistych problemów tej grupy zawodowej, prawdziwych powodów protestów, niesprawiedliwości, ale także jej sukcesów. Może to wpływać na postrzeganie pielęgniarek przez społeczeństwo jako roszczeniowych i mało profesjonalnych.

Bardzo istotne jest, aby wizerunek przedstawicieli opisywanego zawodu kojarzył się społeczeństwu bardziej pozytywnie, z uznaniem i szacunkiem wobec pielęgniarek, które, jak powszechnie wiadomo, pracują w naszym kraju w trudnych warunkach. Większość społeczeństwa ma świadomość tego, że pielęgniarki mało zarabiają. Do rozpowszechnienia tego faktu przyczyniają się przede wszystkim media, które z chęcią pokazują strajkujące „siostry”. W obecnych czasach wynagrodzenie stanowi o randze zawodu, zatem, patrząc z tego punktu widzenia, prestiż pielęgniarstwa jest bardzo niski. Profesja jest odbierana jako atrakcyjna m.in. wtedy, gdy poza poczuciem spełniania się gwarantuje odpowiednie wynagrodzenie. Praca pielęgniarek jest bardzo ciężka i zdecydowanie odstaje od warunków pracy w innych krajach Europy, co obniża rangę zawodu. Taki pogląd mogą mieć przede wszystkim młodzi ludzie, którzy wybierając ścieżkę zawodową, patrzą na prestiż danej profesji, możliwości rozwoju, awansu, warunki pracy, odpowiednie wynagrodzenie. Polskie pielęgniarstwo w obecnym stanie niestety im tego nie oferuje.

Wnioski

Podsumowując rozważania na temat rangi pielęgniarstwa, można skłonić się ku stwierdzeniu, że działania zmierzające do wzrostu prestiżu tego zawodu powinny dotyczyć przede wszystkim wynagrodzeń, co może zachęcić młode osoby nie tylko do wybrania takiej ścieżki kształcenia, ale też do podejmowania zatrudnienia w polskich szpitalach. Niewątpliwie konieczna jest również zmiana warunków pracy, w tym poprawa wyposażenia szpitali, zaplecza socjalnego oraz zadbanie o bezpieczeństwo pracy personelu pielęgniarstwa.

Pielęgniarstwo może być atrakcyjnym zawodem dla młodych ludzi, zwłaszcza ze względu na szlachetną misję, wartości i tradycję. Jednak w dzisiejszych czasach to zdecydowanie za mało, aby zachęcać polską młodzież do podejmowania pracy w tej profesji.

Piśmiennictwo

1. Radziwiłł: Musimy pracować nad prestiżem zawodów pielęgniarstwa i położnej. <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1030638,radziwill-musimy-pracowac-nad-prestizem-zawodow-pielęgniarki-i-polozonej.html>. Opublikowano 27.03.2017. Dostęp 3.05.2017.
2. Słownik Języka Polskiego PWN. <https://sjp.pwn.pl/sjp/szukaj/wizerunek.html>. Dostęp 15.03.2017.
3. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarstwa i położnych. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 2017. http://nipip.pl/wpcontent/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf. Dostęp 27.04.2017.
4. Nyklewicz W. Wizerunek zawodowy pielęgniarek: Udawanie czy profesjonalizm. *Mag Pielęg Położ.* 2005;4:10.
5. Tożsamość zawodowa w rozwoju pielęgniarstwa. W: Dobrowolska B, Ślusarska B, Zarzycka D, red. *Podstawy pielęgniarstwa – podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo: Tom I – założenia teoretyczne*. Warszawa: PZWL; 2014:129–133.
6. Komunikat z badań CBOS. Prestiż zawodów. Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej; 2013. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_164_13.PDF. Dostęp 21.04.2017.
7. Kubisa J. *Bunt białych czepków: Analiza działalności związkowej pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2016:106.

Jakość życia osób po 60. r.ż. z niestabilną chorobą wieńcową poddanych zabiegowi angioplastyki – ocena za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF. Doniesienie wstępne

Measuring the quality of life of individuals over 60 years of age with unstable coronary artery disease after percutaneous transluminal coronary angioplasty by means of the WHOQOL-BREF questionnaire: Preliminary report

Joanna Bieniek^{1,A-B,D-F}, Anna Brończyk-Puzoń^{1,B-D}, Paweł Jagielski^{2,B-C}

¹ I Oddział Kardiochirurgiczny/II Oddział Kardiologiczny, Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca, Bielsko-Biała

² Zakład Żywienia Człowieka, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):293–297

Adres do korespondencji

Joanna Bieniek
e-mail: j.bieniek85@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 2.02.2017 r.
Po recenzji: 17.04.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 25.06.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Pojęcie jakości życia (quality of life – QoL) znane jest od wielu lat. W ostatnim czasie obserwuje się wzrost zainteresowania tą tematyką również w medycynie.

Cel pracy. Ocena jakości życia pacjentów po 60. r.ż. z niestabilną chorobą wieńcową, którzy zostali poddani zabiegowi angioplastyki wieńcowej.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 62 osób hospitalizowanych na oddziale kardiologii inwazyjnej. Badanie zostało zrealizowane przy pomocy kwestionariusza WHOQOL-BREF w polskiej adaptacji, składającego się z 26 pytań, oceniającego jakość życia w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej, środowiskowej, a także percepcję jakości życia i samoocenę stanu zdrowia.

Wyniki. Badana grupa osób oceniła ogólną jakość swojego życia na średnim poziomie $3,41 \pm 0,88$, a zadowolenie ze zdrowia na poziomie $2,89 \pm 0,98$. Najwyżej została oceniona sfera środowiskowa, a najniższej społeczna. Wykazano, że wraz ze wzrostem wieku maleje ocena satysfakcji z jakości czynników środowiskowych.

Wnioski. Ocena jakości życia pacjentów poddanych zabiegowi angioplastyki ułatwia pracę personelu medycznego dzięki poznaniu indywidualnych potrzeb pacjenta.

Słowa kluczowe: jakość życia, angioplastyka wieńcowa, niestabilna choroba wieńcowa

DOI

10.17219/pzp/75490

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. The term quality of life (QoL) has been known for many years. Recently, this issue has attracted special attention in a wide range of areas, including medicine.

Objectives. Measuring the quality of life of patients over 60 years of age with unstable coronary artery disease after percutaneous transluminal coronary angioplasty.

Material and methods. A group of 62 inpatients at the Department of Invasive Cardiology was enrolled in the study. The study was conducted by means of the Polish version of the WHOQOL-BREF questionnaire that comprises 26 items measuring the quality of life with regard to physical and psychological health, social relationships, and environment. It also allows self-evaluation of the quality of life and health status among individuals.

Results. The subjects assessed their overall quality of life at an average level of 3.41 ± 0.88 , and their general health status at the level of 2.89 ± 0.98 . Among the studied domains, environment was evaluated most positively contrary to social relationships which were evaluated most negatively. It was revealed that aging has a great influence on subjects, the more negative assessment with regard to environment will be.

Conclusion. Measuring the quality of life of patients after percutaneous transluminal coronary angioplasty facilitates further collaboration among health professionals who can learn about patients' individual needs.

Key words: quality of life, percutaneous transluminal coronary angioplasty, coronary artery disease

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką jakości życia w obszarze nauk medycznych. Ważnym wydarzeniem dla standaryzacji terminu „jakość życia” było przyjęcie definicji zdrowia przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO) w 1948 r.¹ Według WHO jakość życia (quality of life – QoL) to subiektywna ocena sytuacji życiowej dokonana przez jednostkę w odniesieniu do kultury, w której ona żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań oraz zainteresowań. Definicja ta obejmuje wszystkie aspekty funkcjonowania człowieka.² Dziś ocena jakości życia stała się przedmiotem zainteresowań wielu badaczy oraz elementem codziennej praktyki medycznej. Umożliwia bowiem wprowadzenie metod terapeutyczno-leczniczych z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjenta dotyczących różnych sfer jego życia.

Na świecie częstość występowania chorób układu sercowo-naczyniowego nieustannie wzrasta, osiągając rozmiary pandemii. W krajach rozwijających się 80% zgonów jest spowodowanych chorobami układu krążenia.³ Choroba niedokrwienna serca jest zespołem objawów klinicznych wynikających z niedostatecznej podaży tlenu i substancji odżywczych w stosunku do aktualnego zapotrzebowania mięśnia sercowego na te składniki.⁴ Wynika przede wszystkim z organicznych procesów zwięzających tętnice wieńcowe, głównie o etiologii miażdżycowej (90%), skurczów tętnicy wieńcowej (dławicy odmiennej), zapalenia tętnic wieńcowych, zmian w tętnicach wieńcowych w przebiegu zaburzeń metabolizmu, wad anatomicznych naczyń wieńcowych, urazów tętnicy wieńcowej lub zakrzepicy tętniczej na skutek zaburzeń hemostazy. Miażdżycę tętnic wieńcowych rozpoczyna się często w pierwszej dekadzie życia człowieka. Po okresie utajonym powoduje występowanie objawów klinicznych manifestujących się w sposób przewlekły – jako stabilna (wysiłkowa)

dławica piersiowa (*angina pectoris*) lub ostry zespół wieńcowy. Termin „ostry zespół wieńcowy” obejmuje niestabilną dławicę piersiową, zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (ST elevation myocardial infarction – STEMI) lub bez uniesienia odcinka ST (no ST elevation myocardial infarction – NSTEMI) i nagły zgon sercowy.^{4,5}

Angioplastykę wieńcową uznaje się za skuteczną metodę zapobiegania powikłaniom wieńcowym i zgonom w przebiegu ostrych zespołów wieńcowych.³

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów po 60. r.ż. z niestabilną chorobą wieńcową, którzy zostali poddani zabiegowi angioplastyki wieńcowej. Ocenę przeprowadzono za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF w polskiej adaptacji.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w grupie 62 osób w wieku 60–85 lat (średni wiek: $70,81 \pm 6,66$ roku) hospitalizowanych w II Oddziale Kardiologii Polsko-Amerykańskich Klinik Serca w Bielsku-Białej. Przeprowadzono je w drugim półroczu 2015 r. Kryterium wykluczającym z badań był wiek poniżej 60. r.ż., występowanie zaburzeń komunikacji oraz brak zgody na przeprowadzenie badania. W celu uniknięcia sytuacji niezrozumienia instrukcji, pytań lub znaczenia niektórych pozycji kwestionariusza przez uczestników arkusz został wypełniony w obecności osoby przeprowadzającej badanie za ustną zgodą pacjenta. Badanie wykonano w pierwszej dobie po wykonaniu angioplastyki wieńcowej (percutaneous transluminal coronary angioplasty – PTCA). Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela 1.

Jakość życia oceniono za pomocą skali WHOQOL-BREF.⁶ Autorzy badania uzyskali zgodę na jej wykorzystanie 4.05.2013 r. Polska wersja tego kwestionariusza została opracowana przez Jaracz i Wołowicką z Uniwer-

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Table 1. Study group characteristics

Zmienna	n	%
Płeć		
kobiety	29	46,8
mężczyźni	33	53,2
Wykształcenie		
podstawowe/zawodowe	28	45,9
średnie/wyższe	34	54,1
Stan cywilny		
osoby samotne	25	40,3
osoby w związkach	37	59,7

sytytu Medycznego w Poznaniu przy współpracy z Kal-foss z Uniwersytetu w Oslo.^{7,8} Ankieta zawiera 26 pytań o jakość życia w obszarze sprawności fizycznej, psychiki, społecznym i środowiskowym oraz osobno ogólną percepcję jakości życia i samoocenę stanu zdrowia. W sferze psychicznej wyróżnia się następujące elementy: radość życia, poczucie sensu życia, znaczenie życia, koncentrację uwagi, przeżywanie negatywnych uczuć; w sferze somatycznej: ból i dyskomfort fizyczny, zależność od leków i leczenia, energię do życia, możliwość poruszania się, sen, możliwość normalnego codziennego życia, zdolność do pracy; w sferze społecznej: związki osobiste, życie seksualne, wsparcie społeczne; w sferze środowiskowej: poczucie bezpieczeństwa, środowisko fizyczne, okolicę, ilość pieniędzy do zaspokojenia potrzeb, dostęp do informacji, wolny czas, sytuację mieszkaniową.⁶ Możliwe odpowiedzi przedstawione są w 5-punktowej skali. Każdej sferze przypisano 4–20 punktów. Jakość życia w każdej dziedzinie rośnie wraz z liczbą uzyskanych punktów.

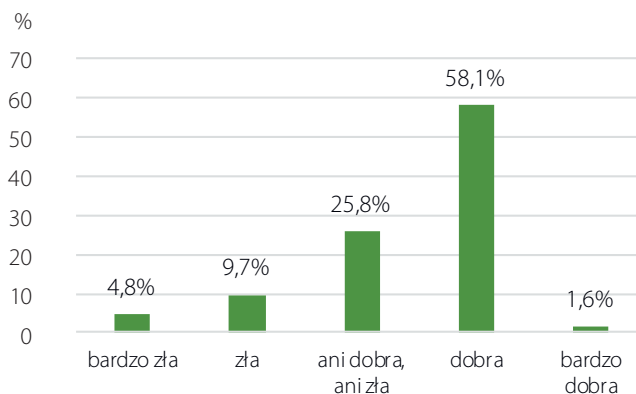
Analizę statystyczną wykonano w programie STATISTICA 10 PL. Do oceny różnic pomiędzy badanymi zmiennymi wykorzystano test U Manna-Whitneya, z kolei do określenia zależności między nimi użyto współczynnika korelacji rang Spearmana. Dane przedstawiono jako wartości średnie, odchylenie standardowe, wartość minimum i maksimum oraz medianę wraz z wartościami dolnego i górnego kwartyłu (Q1, Q3). W ocenie statystycznej przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Średnia ogólna jakość życia badanych osób w skali 1–5 wyniosła $3,41 \pm 0,88$, ogólne zadowolenie z życia – $2,89 \pm 0,98$. Ryc. 1 przedstawia odpowiedzi na pytanie: „Jak Pani/Pan ocenia swoją jakość życia w skali 1–5?”.

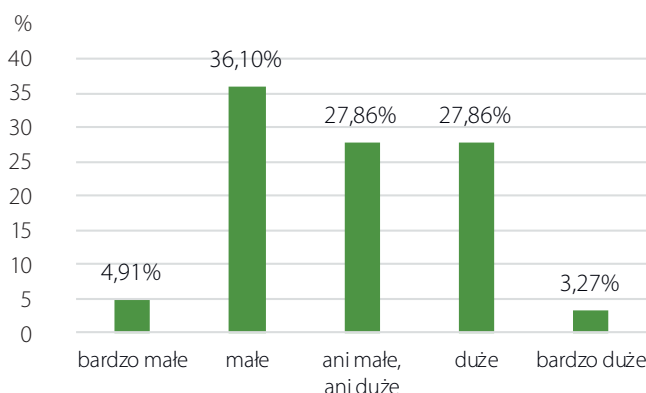
Na ryc. 2 zobrazowano odpowiedzi na pytanie: „Czy jest Pani zadowolona/Pan zadowolony ze swojego zdrowia w skali 1–5?”.

W grupie badanych najwyżej została oceniona sfera środowiskowa, a najniżej – społeczna. Tabela 2 przedstawia statystykę opisową poszczególnych obszarów życia w skali WHOQOL-BREF.



Ryc. 1. Samoocena ogólnej jakości życia badanych osób

Fig. 1. Self-evaluation of the overall quality of life among the subjects



Ryc. 2. Samozadowolenie ze zdrowia badanych osób

Fig. 2. Self-satisfaction with the health status among the subjects

Tabela 2. Statystyka opisowa poszczególnych sfer kwestionariusza WHOQOL-BREF w skali 4–20

Table 2. Descriptive statistics of particular domains of the WHOQOL-BREF questionnaire in the range between 4–20

Sfera	M	SD	Me	Q1	Q3	Min.	Maks.
Środowiskowa	13,55	2,24	14	13	15	7	17
Psychiczna	13,31	1,83	13	12	15	9	17
Społeczna	12,98	2,88	13	12	15	4	19
Somatyczna	13,47	1,97	14	12	15	9	18

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Q1 – dolny kwartył; Q3 – górny kwartył; Min. – minimum; Maks. – maksimum.

Ponadto wykonano analizę korelacji między wiekiem badanych osób a oceną jakości wszystkich obszarów życia. Wykazano ujemną korelację między wiekiem a oceną sfery społecznej ($-0,37$, $p = 0,0034$). Zależność oceny poszczególnych sfer życia od wieku przedstawiono w tabeli 3.

Mediana oszacowana dla sfery społecznej ma istotnie niższą wartość dla kobiet w porównaniu z mężczyznami (12, 10–15 vs 13, 13–16; $p = 0,0166$). Ponadto mediana punktów tego obszaru była istotnie wyższa u osób w związku niż u samotnych (13, 12–16 vs 12, 9–13; $p = 0,0394$). Z kolei mediana sfery środowiskowej była istotnie wyższa w grupie osób z wykształceniem średnim i wyższym niż z wykształceniem podstawowym i zawodowym (15, 13–16 vs. 13, 11–14; $p = 0,0033$).

Tabela 3. Ocena zależności oceny poszczególnych sfer kwestionariusza WHOQOL-BREF od wieku

Table 3. Evaluation of the relationship between the age and particular domains of the WHOQOL-BREF questionnaire

Sfera	Wiek	
	R	p
Środowiskowa	-0,17	0,1846
Psychiczna	-0,18	0,1607
Spoleczna	-0,37	0,0033
Somatyczna	-0,16	0,2091

R – korelacja rang Spearmana; p – poziom istotności.

Omówienie

Ratowanie i wydłużanie życia, a także poprawianie jego jakości we wszystkich sferach, jest nadrzędnym celem działań medycznych. W badaniach naukowych pojęcie „jakość życia” mieści w sobie wiele różnych aspektów. Należą do nich czynniki zdrowotne, osobiste, rodzinne, ekonomiczne, środowiskowe, kulturowe i społeczne, które są subiektywnie interpretowane, przez co jakość życia jest trudna do zdefiniowania i zmierzenia.² Bahramnezhad et al. przeprowadzili badanie oceny jakości życia pośród 115 pacjentów poniżej 65. r.ż. poddanych zabiegowi PTCA. Do tego celu wykorzystali kwestionariusz QoL (quality of life tool). Autorzy badania stwierdzili niższą jakość życia u pacjentów w ciągu 3 miesięcy od zabiegu i podkreślili konieczność wspierania chorego przez rodzinę i personel medyczny.⁹ Z kolei w badaniu Kattainen et al. w grupie 183 osób w wieku 32–81 lat poddanych zabiegowi angioplastyki zaobserwowano spadek poczucia koherencji oraz szczęścia w pierwszych miesiącach po zabiegu.¹⁰ Wyniki uzyskane przez autorów niniejszego artykułu wskazują, że istotnymi czynnikami determinującymi jakość życia są przede wszystkim stan cywilny i wykształcenie, co ma odzwierciedlenie głównie w sferze społecznej. Pozytywny wpływ wyższego poziomu wykształcenia na jakość życia ankietowanych potwierdzają badania innych autorów. Kaczmarek przedstawił istotne różnice odczucia jakości życia w zależności od poziomu wykształcenia: osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym częściej deklarują niezadowolenie niż osoby z wykształceniem średnim i wyższym.¹¹ Jopkiewicz, badając osoby powyżej 60. r.ż. zamieszkałe na terenie małych i dużych osiedli województwa świętokrzyskiego i mazowieckiego, stwierdził, że lepsze wykształcenie, niezależnie od miejsca zamieszkania, ma związek z wyższą oceną stanu zdrowia.¹² Wyniki te można uzasadnić stwierdzeniem, iż ukończenie studiów i/lub szkoły średniej wiąże się z dobrą sytuacją materialną, a przede wszystkim z większą wiedzą, co z kolei przekłada się na zdrowe nawyki i praktykowanie zachowań prozdrowotnych w ciągu całego życia. Osoby pozostające w stałych związkach również wyżej oceniają

jakość życia w sferze społecznej. Wynika to z faktu, że najważniejszym źródłem wsparcia dla osoby przewlekle chorej jest najbliższa rodzina. Bliskie i głębokie relacje sprzyjają zachowaniu zdrowia fizycznego i psychicznego, z kolei izolacja społeczna przyczynia się do wzrostu ryzyka zachorowalności, w tym na choroby układu sercowo-naczyniowego.¹³

Silną determinantą jakości życia jest aktualny stan zdrowia. Jego zadowolający stan deklarowało zaledwie 27,86% respondentów. Istnieją badania potwierdzające zarówno wyższą jakość życia, jak i lepszy stan zdrowia wśród osób z lepszym poziomem wykształcenia.¹⁴ Pomimo hospitalizacji i przewlekłej choroby blisko 60% respondentów deklaruowało dobrą i bardzo dobrą jakość życia.

W wielu przypadkach choroba niedokrwienna serca negatywnie wpływa na funkcjonowanie społeczne chorych. Choroba wieńcowa i wynikająca z niej możliwość wystąpienia ostrych incydentów wieńcowych często zakłócają wykonywanie obowiązków zawodowych. Jako główne czynniki utrudniające powrót do pracy po wykonaniu PTCA wymienia się: depresję, silną dusznicę bolesną, starszy wiek oraz płeć męską.¹³ W badaniach własnych jednak to mężczyźni deklaruowali wyższy poziom zadowolenia w sferze społecznej niż kobiety. Wynikać to może z faktu, iż pełnienie roli zawodowej jest istotnym elementem tożsamości kobiet, który oddziałuje na poziom ich dobrostanu i możliwość szybszego powrotu do zdrowia.¹³

Wnioski

Większa część badanych oceniła swoją ogólną jakość życia jako dobrą. Autorzy wykazali ujemną korelację między wiekiem badanych osób a sferą społeczną. Wraz z wiekiem malała ocena domeny społecznej. Mężczyźni wyżej niż kobiety ocenili obszar społeczny. Osoby będące w związku lepiej niż osoby samotne oceniły dziedzinę społeczną. Warunki środowiskowe zostały korzystniej ocenione przez osoby z wykształceniem średnim i wyższym w porównaniu z osobami z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

Ze względu na małą grupę badaną wyniki należy interpretować wyłącznie w odniesieniu do niej, a ewentualne przeniesienie na ogólną populację nie jest wskazane. Autorzy pracy planują jednak kontynuację badań.

Piśmiennictwo

1. Brończyk-Puzoń A, Bieniek J, Koszowska A, et al. Jakość życia osób z celiakią, alergią i nadwrażliwością na gluten stosujących dietę bezglutenową – ocena za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2014;20:241–244.
2. World Health Organization: WHOQOL. Measuring Quality of Life. Division of mental health and prevention of substance abuse. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>. Opublikowano 1997. Dostęp 1.02.2017.
3. Cassar A, Holmes D, Rihal Ch, Gersh B. Choroba wieńcowa: Diagnostyka i postępowanie. *Medycyna po dyplomie*. 2010;19:58–78.
4. Kośmicki M. Choroba niedokrwienna serca w Polsce i na świecie – nierozwiązany w pełni problem. *Kardiologia Oparta na Faktach*. 2010;1:35–48.
5. Gajewski P, Szczeklik A. *Interna Szczeklika: podręcznik chorób wewnętrznych*. 8 wyd. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2017.
6. World Health Organization: WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/. Opublikowano 1991. Dostęp 1.02.2017.
7. Wołowicka L, Jaracz K. Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: Wołowicka L, red. *Jakość życia w naukach medycznych*. 1 wyd. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu; 2001;231–238.
8. Wrześniewski K. Jak badać jakość życia pacjentów kardiologicznych? *Kardiol Pol*. 2009;67:790–794.
9. Bahramnezhad F, Khajeh M, Shiri M, Asgari P, Afshar PF. Quality of life in patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA). *Glob J Health Sci*. 2015;7:246–250.
10. Kattainen E, Meriläinen P, Sintonen H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006;5:21–30.
11. Kaczmarek M. Subiektywne poczucie satysfakcji życiowej u kobiet i mężczyzn w okresie przekwitania. W: Jopkiewicz A, red. *Aukso-logia a promocja zdrowia*. 1 wyd. Kielce: Wyd. KTN; 2004;307–317.
12. Jopkiewicz A. Samoocena zdrowia, jakości życia i zaradności życiowej osób starszych. *Rocznik Lubuski*. 2014;2:261–273.
13. Ziarko M. *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. 1 wyd. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2014.
14. Kowalska M, Humeniuk M, Danso F, Kułak E, Arasiewicz H. Jakość życia aktywnych zawodowo osób w wieku 45–60 lat, mieszkańców przemysłowego regionu Polski (aglomeracja górnośląska). *Med Pr*. 2011;62:455–463.

Supporting the victims of family violence: How to help?

Wspieranie ofiar przemocy domowej – jak pomagać?

Monika I. Dąbkowska^{A–F}

Department of Tanatopedagogy and Therapy, Faculty of Education, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Poland

A – research concept and design; B – collection and/or assembly of data; C – data analysis and interpretation;

D – writing the article; E – critical revision of the article; F – final approval of article

Nursing and Public Health, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):299–303

Address for correspondence

Monika I. Dąbkowska

E-mail: mdabkow@umk.pl

Conflict of interests

None declared

Received on April 20, 2017

Revised on June 5, 2017

Accepted on August 29, 2017

Abstract

Violence is an interdisciplinary problem that involves numerous professionals, mainly from the fields of law, health science and social sciences. It is important to know the characteristics of violence and the scale of this phenomenon. In recent years, there have been many publications dealing with the consequences of experiencing violence. The purpose of this article is to elucidate the issue of domestic violence, its consequences and possible forms of assistance for its victims. The consequences of experiencing violence during both childhood and adulthood are discussed. The legal regulations concerning persons exposed to domestic violence in Poland are presented. The latest statistics on victims of domestic violence are also cited. The forms of psychotherapy are discussed. The role of systemic, individual and group therapy in the help process is highlighted; supportive factors are discussed. Helping victims of domestic violence requires the cooperation of professionals from a wide range of fields, dealing with broadly defined mental and public health. It is also crucial – from the perspective of building and strengthening social as well as health support networks – to constantly discuss this subject in pedagogical, psychological and medical literature.

Key words: family, psychotherapy, violence

DOI

10.17219/pzp/76715

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Streszczenie

Przemoc jest problemem interdyscyplinarnym, którego rozwiązanie wymaga udziału wielu specjalistów, głównie z dziedziny nauk prawnych, nauk społecznych i nauk o zdrowiu. Ważne jest, aby znać cechy przemocy i skalę zjawiska. Wiele publikacji z ostatnich lat dotyczy konsekwencji przemocy. Celem tego artykułu jest przybliżenie kwestii przemocy, jej skutków i możliwych form udzielania pomocy ofiarom. Omówione zostały konsekwencje przemocy doświadczanej zarówno w dzieciństwie, jak i dorosłości. Zaprezentowano przepisy polskiego prawa dotyczące osób narażonych na przemoc w rodzinie. Przytoczono także najnowsze statystyki dotyczące ofiar znęcania się nad rodziną. Omówiono formy psychoterapii. Podkreślono rolę terapii systemowej, indywidualnej oraz grupowej, w procesie pomocy, a także czynniki pomagające. Poza współpracą profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym i publicznym istotne jest też – z perspektywy budowania i wzmacniania sieci wsparcia społecznego, ale i zdrowotnego – nieustanne poruszanie omawianej tematyki w literaturze pedagogicznej, psychologicznej i medycznej.

Słowa kluczowe: rodzina, psychoterapia, przemoc

Introduction

Violence is an interdisciplinary problem that concerns numerous professionals, mainly from the fields of law, health science and the social sciences. In recent years, there have been many publications dealing with this issue and describing possible actions, which may effectively reduce this phenomenon. The purpose of this article is to elucidate the issue of violence, its consequences and possible forms of assistance for its victims.

The characteristics of violence and the scale of the phenomenon

The World Health Organization (WHO) defines violence as the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, which either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation.¹

Violence is a multifaceted phenomenon – families nowadays go through quick and varied transformations that resonate with the socio-political and economic changes in society.² These changes often contribute to the disorganization of life within the family. Violence is, unfortunately, also acting against a family member detrimental to his/her rights and violating his/her individuality, dignity and position in society. These actions most frequently affect women, children and the elderly. Violent behavior is deliberate, intentional actions that go beyond social norms. It results from an imbalance of power or authority – with the advantage to the aggressor over the victim. The purpose of such behavior is imposing power, inflicting harm to another person, violation of personal goods and rights and interference in other people's freedom. This may turn a victim torpid in some way.³

In the literature we find descriptions of various forms of violence. The most common are: physical violence, psychological violence, sexual violence, economic violence and neglect.⁴ Physical abuse involves undertaking be-

haviors aiming to hurt the victim. Such behaviors, occur against the victim's will, may lead to personal injury, damage to health or – in the end – to the deprivation of life. The perpetrators of psychological violence aim to reduce the self-esteem of the victim, inducing fear through humiliation, threatening, embarrassment, or limiting contact with loved ones. Sexual abuse involves forcing the victim into undesired sexual intercourse, making remarks of a sexual nature and/or taking up behavior to damage the genitals. Economic violence is manifested by excessive control of spending money, taking it away by force, issuing bans on going to work, destroying personal belongings, taking loans against the will of the partner, and stealing. Neglect is not meeting the basic physical and emotional needs of the victim; such behaviors may be conscious or unconscious, and may result from the incompetence and lack of interest of the perpetrator.⁵

Domestic violence is not a single act. Mental and physical bullying, humiliation, fights, screaming, or beating the partner or the children is reality for many families. It is rarely said, but it does not apply only to so-called "pathological families". It also concerns those who, in the public eye, may be considered well-functioning. Violence can occur in any social group, regardless of the level of education, or financial status. Among the factors that generate violence in the family, there are: the experience of violence in childhood, social stress, addiction and/or illness, the negative consequences of rapid urbanization and industrialization, and social isolation of the family.⁶

In Poland, the number of victims and perpetrators of violence has been increasing year by year, which is reflected in police statistics that take into account the phenomenon of domestic violence with the use of the Poland Domestic Abuse Helpsystem, which is named "blue card". It might also be due to social changes and more frequent reporting, as well as the development of education and awareness of rights. In 2016, there were 91,789 victims of violence recorded (including 66,930 women, 14,223 children and 10,636 men). In the same year, 59,590 victims filled out forms of the "blue card".⁷

The consequences of experiencing violence

In the literature, descriptions of the impact of violence on the physical functioning and mental health of the victim. The conclusions that come from many studies indicate that violence is associated with the occurrence of the victim's mental discomfort. These studies reveal that individuals who have suffered from experiencing violence are much more likely to rate their health as poor. Also they are more at risk of developing post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, headaches, depression, eating disorders, problems of a sexual nature, suicide, psychosis schizophrenic syndrome, chronic pain and substance abuse. Violence also fosters the onset of symptoms of social anxiety. Experiencing abuse in childhood can contribute to the onset of depression among preschool and school children. Long-term consequences can also include ischemic heart disease and irritable bowel syndrome. The cause-and-effect relationships between harming the family, explicit health and developmental problems are obvious and proven.^{8,9}

The consequences of experiencing violence by children are particularly described. It is believed that experiencing physical, verbal or sexual abuse in young age, witnessing parental domestic violence, experiencing parental divorce, and living with someone who was depressed, addicted drugs or alcohol, or who had been incarcerated, were associated with 1 or more of the following health outcomes: low self-rated health, functional limitations, diabetes and heart attack. Adult socioeconomic status and poor mental health and health behaviors significantly mediated several of these associations.¹⁰ Maltreatment suffered during childhood has long-term consequences, which risk impacting on parenthood. Supporting victims of violence in childhood as they adapt to parenthood represents a challenge for professionals working in perinatal services.

The signs of violence

Skillful recognition of the distressing symptoms of violence makes it possible to perform rapid diagnosis and undertake effective multi-faceted actions. The signs of physical abuse, which include somatic symptoms such as bruises, bloody petechiae, lacerations, open wounds, fractures, swelling, alopecia and burns, are the most visible. The size of these lesions is often inadequate for the causes as described by the person. Wearing clothes that cover limbs and reluctance to expose selected parts of the body are also characteristic.¹¹

The signs of psychological abuse include: anxiety, sadness, withdrawal or not reacting to attempts to make contact, low self-esteem, aggression, excessive submission or

attempts of suicide. Speech disorders and nocturnal enuresis may also occur among children.¹²

Sexual violence often results in bruising around the genitals, unexplained occurrence of venereal diseases, urinary tract infections and vaginal pains in the groin, back pain, depression, eating disorders, sleep disorders, behavioral changes, failure at school or at work, abuse of psychoactive substances or pregnancy.¹³

Neglect leads to inadequate nutrition of the victim, untreated diseases, dehydration, neglect of personal hygiene (especially when it concerns children and the elderly), the feeling of loneliness or lack of basic quality of life at home despite appropriate conditions.¹⁴

It may be noted that these symptoms of violence – particularly among children – are uncharacteristic. However, emerging abnormal behavior in contact with peers, adults or parents may suggest a disservice and should motivate them to observe the person carefully and take consistent action. Early detection of child abuse requires a systematic and careful diagnostic approach.¹⁵

Legal regulations concerning forms of assistance for victims of violence

In 2010 in Poland, there was an amendment to the Act on the Prevention of Domestic Violence.¹⁶ It is the highest legal act, which, together with implementing regulations, indicates the procedure to be followed in situations of violence. Domestic violence is a crime, understood to be a single or repeated willful act or omission that violates the rights or personal goods of people cohabiting or maintaining a house, particularly exposing these people to the danger of loss of life or health, affecting dignity, physical integrity, freedom (including sexual freedom), causing damage to physical or mental health, or causing suffering and moral damage to those affected. According to the record, one of the main objectives designed to support the families affected by violence is the interdisciplinary involvement of entities from different levels (i.e. departments, institutions, individuals) in diagnosing, intervention and prevention. The law is a common part of the legislation defining the goals and tasks of all the entities involved in the prevention and remedial action. Therefore, it relates to the police and social and health education workers to a similar extent.

However, pursuant to the provisions of the Criminal Code, mistreatment of family members is prosecuted by indictment, and there is no significance whether it concerns an adult or a child. This law on the prevention of domestic violence introduces an immediate obligation by people who are performing professional duties to report suspected domestic violence.¹⁷

In 2011, a rule was established by the Council of Ministers on the procedure of the “blue card”. It is a basic instrument of intervention in a family where violence occurs, by duly authorized representatives.¹⁸

The victims of abuse are often subjected to a long-term process of manipulation, psychological pressure, aggression, harassment, humiliation, isolation, scaring, abuse and addiction by their persecutors. It takes place for years, and those experiencing violence become helpless and vulnerable. They are unable to cope independently. Effective help aims at rebuilding what has sometimes been completely destroyed – confidence, healthy assessment of the situation, decision making skills and the ability to defend one’s own rights as well as health and life.

Forms of psychotherapy

It is indicated in the literature that systemic family therapy, individual and group psychotherapy are effective in the healing process of the victims of violence. Family therapy consists of the following stages: establishing contact with the family, describing the family problem, agreeing to the terms of family therapy, continuing therapy, accompanying the family in finding new solutions, terminating the therapy.

The main objective of individual psychotherapy is for the patient to regain control. The therapist supports the autonomy of the victim, and his attention is focused on listening to the victim’s statements and allowing him/her to return to the traumatic events that are connected to the rebound. In the case of treatment of victims of violence, group psychotherapy is based on joint work with people with similar, traumatic experiences. They form support groups, and participation in them gives a person experiencing violence a sense of security and support, reducing the sense of isolation and allowing him/her to rebuild relationships with others. Primary healing factors are: sharing each other’s experiences, mutual support and celebrating each other’s successes.^{19,20}

In the treatment process, people who are the victims of violence require a lot of patience and determination as well as a deep understanding of their situation. The therapist often has a difficult task to convince the victims to take action in order to break the pattern of violence, which always requires time and commitment.

It is also important that specialists from various fields take part in the treatment. The therapy of people who have experienced violence should take into account the biological, psychological and social consequences of traumatic events. The victims of violence do not only need psychological support – they also require physical protection, often financial support along with social and legal advice. Psychoeducation and psychotherapy support is advisable at the beginning of the treatment. The thera-

peutic relationship should be based on mutual cooperation, strengthening the sense of control and influence, which gives the victim a sense of security. The condition essential for the effective search of appropriate methods and therapeutic techniques tailored to the needs of the patient is a flexible, open attitude of the therapist. An individualized therapeutic approach helps the victim to rebuild identity.

An essential point in the therapy process is the principle of normalization. This is an assumption that all the feelings experienced by the victim of violence are a normal reaction to an abnormal situation. When restoring dignity, victims of violence find meaning in: the facts provided by the therapist explaining the ailment, receiving information about returning to balance, and signs of pathology. It is equally important to focus on the patient’s resources, which support the process of coping – social support, a sense of humor, optimism and the ability to make sense of traumatic events.

Good acceptance, as well as the effects on symptomatology and other relevant therapeutic variables, provides a first indication of successful treatment of victims of violence in a clinical context.²¹ To sum up, the perception of harm is undoubtedly an ethical act. In this case, specialists are required to be inquisitive, reliable and mindful. Early identification and reporting to the relevant organizations helps in resolving problems, and leads the patient to the necessary health care. The key task is prophylactic measures aimed at preventing intentional and unintentional physical and mental injuries among children and adults.²²

Conclusions

An analysis of information gathered by a specialist about a person experiencing violence and his or her family makes it possible to distinguish the most important areas in which assistance is needed. Considering a broad context enables the planning of interdisciplinary cooperation, which is most often indispensable in the case of people affected by violence. Direct therapeutic work is not always effective; we need an analysis of the environmental factors affecting human functioning, which may empower us to learn the causes of this ineffectiveness, and enable us to form new therapeutic goals, which take the whole context of human life into account. Experience in diagnostic and therapeutic work, as well as an analysis of the literature on selected issues, make it possible to find the right way to help people experiencing violence:

- The therapy and help of those those affected should cover many aspects of their lives, and rely on interaction with the wider environment. Such actions are more effective and more durable.
- The therapy should be adapted to the current developmental period of a person. It must be based on the ac-

tual competences of the person, and the consequences of experiencing violence and disclosing the violence during that development must also be taken into account.

– Helping the harmed should take into account the characteristics of the environment in which the person lives – the way the family and the closest social circles function.

Regardless of the type of violence experienced and the consequences revealed in the development of the individual, it will always be crucial to combine the specific knowledge about violence and a functioning analysis of the individuals from a developmental perspective. These enable a comprehensive diagnosis and make it possible to create effective help programs that concern the broadly-defined environment. In the process of helping people who have been affected by violence, supportive and decentralizing cooperation with other professionals is particularly important.

References

1. Definition and typology of violence. Violence Prevention Alliance Web site. <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en>. Accessed June 2017.
2. Duda M. Violence in the family as challenge for modern social work. *Studia Socialia Cracoviensia*. 2012;4(1):99–112.
3. Stodulska-Blaszke A, Wójcicka A. Domestic violence: The situation of the victim. *Curr Probl Psychiatri*. 2010;11(2):142–144.
4. Ciesielska M. Rodzaje, formy i cykl przemocy w rodzinie. *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*. 2014;12:9–13.
5. Makara-Studzińska M, Madej A. Ofiary przemocy – jak pomagać, jak rozmawiać. *Psychiatr Dypl*. 2015;5:39–44.
6. Sirois M, Berthelot N, Drouin-Maziade C, et al. Child abuse and parenting. *Soins Pédiatr Pueric*. 2015;284:44–47.
7. Police Headquarters. Web site. <http://statystyka.policja.pl>. Accessed March 2017.
8. Wilson D, Kliwer W, Sica D. The relationship between exposure to violence and blood pressure mechanisms. *Curr Hypertens Rep*. 2004;6(4):321–326.
9. Wright E, Fagan A, Pinchevsky G. The effects of exposure and victimization across life domains and substance use. *Child Abuse Negl*. 2013;37(11):899–909.
10. Monnat S, Chandler R. Long term physical health consequences of adverse childhood experiences. *Sociol Q*. 2015;56(4):723–752.
11. Stringham P. Domestic violence. *Prim care*. 1999;26(2):373–384.
12. Zimmerman G, Posick C. Risk factors and behavioral consequences of direct versus indirect exposure to violence. *Am J Public Health*. 2016;106(1):178–188.
13. Schwartz I. Sexual violence against women: Prevalence, consequences, societal factors, and prevention. *Am J Prev Med*. 1991;7(6):363–373.
14. Biskupska M. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie – rola profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej. *Now Lek*. 2013;82(3):246–252.
15. Otterman G, Tindberg Y. Injuries from violence in young children: signs, management and diagnostics. *Lakartidningen*. 2014;111(47):2098–2101.
16. Act of 10 June 2010 amending the Law on the prevention of domestic violence and certain other acts. *Journal of Laws of 2010 No. 125, item 842*.
17. Obiegło A. Sprawcy przemocy w rodzinie: Przegląd środków karnych i instrumentów oddziaływania przewidzianych w polskim prawie oraz ich zastosowanie. *Przegląd Zachodniopomorski*. 2011;3:139–163.
18. Sarankiewicz-Konopka B. Niebieska Karta niesie pomoc. *Magazyn Lekarski*. 2012;1:5.
19. Badura-Madej W, Dobrzyńska-Mesterhazy A. *Przemoc w rodzinie: Interwencja kryzysowa i psychoterapia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000.
20. Namysłowska I. *Terapia rodzin*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
21. Habel U, Wagels L, Ellendt S, et al. Violence and health: Symptoms, consequences and treatment of victimized patients. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2015;59(1):17–27.
22. Grass H, Gahr B, Ritz-Timme S. Dealing with victims of domestic violence: Suggestion for daily practice. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2015;59(1):81–87.

Zalecenia żywieniowe w niedoczynności tarczycy i chorobie Hashimoto

Dietary recommendations for hypothyroidism and Hashimoto's disease

Alicja E. Ratajczak^{B-D}, Małgorzata Moszak^{A,C-E}, Marian Grzymiński^{A,E-F}

Studenckie Koło Naukowe Dietetyki, Katedra i Klinika Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):305–311

Adres do korespondencji

Małgorzata Moszak
e-mail: mmoszak@ump.edu.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 25.05.2017 r.
Po recenzji: 24.06.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 29.08.2017 r.

Streszczenie

Choroba Hashimoto jest stanem, w którym układ immunologiczny produkuje przeciwciała przeciwko peroksydazie tarczycowej i tyreoglobulinie, co prowadzi do zaniku komórek pęcherzykowych tarczycy i jej niedoczynności. Uważa się, że w rozwoju tej przypadłości istotną rolę odgrywają m.in. czynniki żywieniowe. Celem niniejszej pracy było omówienie prawidłowego sposobu odżywiania się osób z zapaleniem tarczycy typu Hashimoto oraz niedoczynnością tarczycy. Dieta w przebiegu tych chorób powinna dostarczać pacjentowi odpowiednią ilość pełnowartościowego białka, które zawiera aminokwasy niezbędne do syntezy hormonów tarczycy. Poza tym mięso ma wiele witamin i składników mineralnych. Głównym źródłem węglowodanów powinny być pełnoziarniste produkty zbożowe, które oprócz tego, że zawierają więcej witamin i składników mineralnych niż ich oczyszczone odpowiedniki, dostarczają do organizmu błonnik pokarmowy zapobiegający zaparciom często pojawiającym się u chorych. Niebagatelną rolę w żywieniu odgrywają kwasy tłuszczowe n-3, wykazujące działanie przeciwzapalne. Wskazane jest natomiast ograniczenie nasyconych kwasów tłuszczowych. Osoby z niedoczynnością tarczycy i zapaleniem tarczycy typu Hashimoto powinny zwrócić szczególną uwagę na odpowiednią podaż witaminy D o działaniu plejotropowym, jodu, którego zarówno niedobór, jak i nadmiar mogą być szkodliwe, i seleniu, będącego składnikiem wielu enzymów niezbędnych do prawidłowej pracy tarczycy. W pracy zwrócono uwagę na diety eliminacyjne stosowane w chorobach tarczycy, przede wszystkim wykluczenie glutenu i laktozy, oraz omówiono zasadność ich stosowania. Istotną rolę w patogenezie chorób tarczycy odgrywają prawdopodobnie produkty wolotwórcze spożywane w nadmiernych ilościach, zwłaszcza jeśli dieta jest uboga w jod.

Słowa kluczowe: dieta, choroba Hashimoto, niedoczynność tarczycy

DOI

10.17219/pzp/76716

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Hashimoto's thyroiditis is a disease of the immune system, in which it produces antibody anti-thyroid peroxidase and antithyroglobulin. It causes disappearance of thyroid follicular cells and leads to hypothyroidism. Research shows that nutritional factors are very important in development of this disease. The article covers the nutrition of the patients with Hashimoto's thyroiditis and hypothyroidism. A complete protein (e.g., meat, fish) is very important component of the diet, because it builds amino acids, which are used in synthesis of thyroid hormones. Furthermore, meat is the source of vitamins and minerals. The main source of carbohydrates should be whole grain products, because they contain a lot of vitamins, minerals and fibers, which can prevent constipation. Very important in the diet of patients with Hashimoto's thyroiditis and hypothyroidism are also n-3 fatty acids – because of their anti-inflammatory effect. Saturated fatty acids should be limited. Another significant components of the diet are: vitamin D because of its pleiotropic function, iodine (safe dosage – overdose and deficiency can be harmful) and selen, which is a building element of many enzymes. The elimination diets – especially gluten and lactose free diets – and their appropriateness has been discussed. Volatile products play an important role in pathogenesis of thyroid diseases, especially in iodine deficiency.

Key words: diet, hypothyroidism, Hashimoto's disease

Wprowadzenie

Tarczycą jest gruczołem dokrewnym produkującym tyroksynę, trójiodotyroninę oraz kalcytoninę. Hormony gruczołu tarczowego wpływają na metabolizm białek, węglowodanów, tłuszczu i cholesterolu. Poza tym odgrywają istotną rolę w pobudzaniu mięśnia sercowego oraz pracy układu nerwowego i mózgu.¹ Wpływają na funkcjonowanie większości tkanek organizmu i charakteryzują się najszerszym spektrum działania spośród poznanych hormonów.² Tarczycą jest odpowiedzialna za około 30% spoczynkowej przemiany materii, dlatego przy niedoborze hormonów tarczycy dostarczana z pożywieniem energia jest magazynowana w postaci tkanki tłuszczowej, co prowadzi do nadwagi i otyłości. Problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała mają z kolei wpływ na normalizację gospodarki hormonalnej.³

Niedoczynność tarczycy charakteryzuje się niedoborem lub nieprawidłowym działaniem hormonów tarczycy. Jej przyczyny to np. infekcje wirusowe czy niedobór jodu w pożywieniu, może być też wrodzona, jednak najczęstszym powodem hipotyreozy jest choroba Hashimoto.¹

Autoimmunologiczne zapalenie tarczycy (choroba Hashimoto) jest chorobą, w której układ immunologiczny produkuje przeciwciała przeciwko peroksydazie tarczycowej (anty-TPO) i przeciw tyreoglobulinie (anty-TG). Prowadzi to do powstania nacieków limfocytarnych na tarczycy oraz zaniku komórek pęcherzykowych gruczołu. Choroba Hashimoto częściej jest diagnozowana u kobiet, szczególnie w wieku reprodukcyjnym, co zauważono w ostatnich latach. Leczenie polega przede wszystkim na podawaniu L-tyroksyny.⁴ Uważa się, że na rozwój choroby Hashimoto mają wpływ czynniki środowiskowe (palenie papierosów, stres, infekcje wirusowe), żywieniowe (niedobór selenu, nadmiar jodu), jak również inne choroby autoimmunologiczne.

Do głównych objawów choroby Hashimoto i niedoczynności tarczycy należą: wypadanie włosów, przyrost masy ciała, zaparcia, depresja, senność i zmęczenie, a także wole tarczycowe.⁵ Zauważono pozytywną korelację między stężeniem TSH a stężeniem leptyny w surowicy

krwi oraz wartością współczynnika BMI u kobiet po menopauzie znajdujących się w stanie eutyreozy (zarówno cierpiących na chorobę Hashimoto, jak i zdrowych).⁶ Ponadto badania pokazują, że osoby z niedoczynnością tarczycy typu Hashimoto charakteryzują się wyższym BMI oraz obwodem pasa niż osoby zdrowe.⁷

Zasady żywienia w niedoczynności tarczycy

Osobom chorującym na niedoczynność tarczycy zaleca się przyjmowanie 4–5 posiłków dziennie. Ostatni posiłek powinien zostać spożyty 2–3 godziny przed snem. Regularne dostarczanie pożywienia zapobiega zwolnieniu tempa przemiany materii. Podaż kalorii powinna być dostosowana indywidualnie do każdego pacjenta z uwzględnieniem jego płci, wieku, stanu fizjologicznego, chorób współistniejących czy aktywności fizycznej. Warto zaznaczyć, że zbyt duże restrykcje kaloryczne mogą spowodować wzrost stężenia TSH oraz zmniejszyć tempo metabolizmu.³ Zmniejszenie podaży kalorii ma wpływ na aktywność dejodynazy w wątrobie, co prowadzi do zmniejszenia stężenia trójiodotyroniny w surowicy krwi. Poziom hormonów wraca jednak do stanu wyjściowego po 3 tygodniach ograniczenia kalorycznego, co może być spowodowane kilkoma czynnikami, m.in. płcią, zawartością mikroskładników w diecie, wiekiem. Poza tym ograniczenie wartości energetycznej posiłków odgrywa rolę w metabolizmie tarczycy, co prawdopodobnie jest efektem wzmożonej produkcji kortyzolu. Na gospodarkę hormonalną oddziałuje nie tylko liczba dostarczanych kalorii, ale także ich wydatkowanie. Niestety znaczenie aktywności fizycznej w kontekście gospodarki hormonalnej tarczycy nie jest do końca znane. Wiadomo, że wysiłek wpływa na stężenie trójiodotyroniny, ale nie tyroksyny.¹

Podaż białka u osób cierpiących na chorobę Hashimoto powinna być większa niż u zdrowych ludzi. Najlepiej, aby jego źródłem były produkty pochodzenia zwierzęcego, zawierające pełnowartościowe białko. Służy ono do produkcji hormonów tarczycy, a ponadto przyspiesza meta-

bolizm, co korzystnie wpływa na gospodarkę energetyczną osób cierpiących na niedoczynność tarczycy. Oprócz tego zauważono, że prawidłowa podaż białka hamuje wypadanie włosów – jeden z głównych objawów choroby.³ Mięso jest również źródłem witamin z grupy B, a także żelaza. Nie można zapominać o rybach, które poza łatwo przyswajalnym białkiem zawierają jod i kwasy tłuszczowe n-3 (ryby morskie). Dobrym źródłem białka są też nasiona roślin strączkowych, które podobnie jak mięso obfitują w witaminy z grupy B oraz żelazo, a ponadto zawierają węglowodany złożone.⁸

Węglowodany powinny być dostarczane w postaci produktów zbożowych z pełnego przemiału. Mają one bowiem niższy indeks glikemiczny, więcej składników mineralnych, witamin i błonnika niż ich oczyszczone odpowiedniki. Niski indeks glikemiczny produktów spożywczych jest istotny dla chorujących na autoimmunologiczne zapalenie tarczycy i niedoczynność tarczycy, ponieważ osoby te często zmagają się z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej. Błonnik pokarmowy może zapobiegać zaparciom będącym objawem hipotyreozy. Oprócz tego wiąże on związki toksyczne w jelitach, zapobiegając ich wchłonięciu, a także zwiększa uczucie sytości, ponadto powoduje zmniejszenie stężenia glukozy i cholesterolu w surowicy krwi.³ Dobrym źródłem błonnika pokarmowego są także warzywa i owoce, które dodatkowo dostarczają składników mineralnych, witamin oraz przeciwutleniaczy. Atutem tych produktów jest ich niska kaloryczność. Ograniczeniu natomiast powinny podlegać produkty będące źródłem cukrów prostych (np. cukierki, ciastka, wafelki, wysokosłodzone dżemy, owoce kandyzowane) potęgujące wzrost ryzyka rozwoju otyłości, cukrzycy i innych chorób, w tym nowotworów.^{5,8} Trzeba pamiętać, że u osób cierpiących na chorobę Hashimoto ryzyko rozwoju cukrzycy jest większe niż w populacji osób bez chorób tarczycy. Z jednej strony autoimmunologiczny charakter choroby predysponuje do cukrzycy typu 1, a z drugiej prozapalne cytokiny oddziałują na receptory insuliny, co może doprowadzić do upośledzenia ich funkcji i rozwoju insulinooporności, a tym samym cukrzycy typu 2.⁹ Trójiodotyronina jest odpowiedzialna za wychwyt glukozy przez komórki obwodowe organizmu. Zaburzenia w metabolizmie węglowodanów występują zarówno u osób, u których występują objawy kliniczne niedoczynności tarczycy, jak i u osób bez symptomów obniżonego stężenia hormonów tarczycy w surowicy krwi.¹⁰ W badaniach prowadzonych w latach 2001–2010 ponad 27% osób chorujących na zapalenie tarczycy typu Hashimoto miało zdiagnozowaną również cukrzycę, a u kolejnych 16,6% stwierdzono nieprawidłową glikemię na czczo lub upośledzoną tolerancję glukozy.⁹

Chorzy na niedoczynność tarczycy i autoimmunologiczne zapalenie tarczycy powinni zwracać uwagę nie tylko na ilość, ale również na jakość spożywanego tłuszczu. Nie jest wskazane stosowanie diet niskotłuszczowych, ponieważ może to doprowadzić do niedoborów wita-

min rozpuszczalnych w tłuszczach.³ Energia pochodząca z tłuszczu nie powinna przekraczać 30% dziennego zapotrzebowania, jednak należy wystrzegać się tłuszczów z produktów pochodzenia zwierzęcego, które obfitują w nasycone kwasy tłuszczowe. Należy również pamiętać o tłuszczu ukrytym, znajdującym się m.in. w produktach mlecznych, dlatego wskazane jest spożywanie ich niskotłuszczowych wersji. Oprócz tego tłuste produkty zwierzęce są również źródłem cholesterolu, a za wysoka podaż nasyconych kwasów tłuszczowych i cholesterolu sprzyja rozwojowi chorób układu krążenia.⁸ Zalecane jest spożywanie produktów roślinnych zawierających tłuszcze (oleju rzepakowego, lnianego, słonecznikowego, sojowego, oliwy z oliwek, awokado, orzechów, pestek i nasion) oraz ryb, które są źródłem nienasyconych kwasów tłuszczowych. Warto również wspomnieć, że oleje roślinne są bogate w witaminę E.¹¹ U osób z chorobą Hashimoto podaż tłuszczu wysokiej jakości i ograniczenie nasyconych kwasów tłuszczowych jest niezwykle istotna, aby zapobiec chorobom krążenia. Zauważono bowiem, że chorzy na zapalenie tarczycy typu Hashimoto mają wyższe stężenie cholesterolu całkowitego we krwi, trójglicerydów oraz frakcji cholesterolu LDL niż osoby zdrowe.⁶ Odnaczają się oni również wyższym ciśnieniem tętniczym, stężeniem homocysteiny oraz białka C-reaktywnego.¹²

Szczególną rolę w chorobach tarczycy przypisuje się kwasom tłuszczowym n-3, które wykazują właściwości przeciwzapalne oraz pobudzają przekształcanie trójiodotyroniny w tyroksynę.³ Kwasy tłuszczowe z rodziny n-3 hamują nadmierną odpowiedź układu immunologicznego. Zauważono również, że mają wpływ na zapobieganie cukrzycy typu 2. W wyniku zbyt dużej ilości kwasów tłuszczowych n-6 w stosunku do kwasów tłuszczowych n-3 w fosfolipidach błon komórkowych komórek mięśniowych zmniejsza się ich wrażliwość na insulinę. Kwasy n-3 hamują również lipogenezę, co może być przydatne w przypadku osób z niedoczynnością tarczycy i współistniejącą otyłością.¹³ Przyczyniają ponadto się do zmniejszenia stężenia trójglicerydów w surowicy krwi, a także działają przeciwzakrzepowo i przeciwmiążdżycowo. Trzeba jednak pamiętać, że suplementacja kwasów tłuszczowych n-3 może nie przynieść spodziewanych korzyści terapeutycznych, jeśli dieta pacjenta będzie odznaczała się dużym spożyciem cukrów. Korzystne jest z kolei łączenie suplementów zawierających kwasy tłuszczowe n-3 z produktami zawierającymi białko.¹⁴

Witaminy i składniki mineralne w diecie chorych na niedoczynność tarczycy

Witamina D jest znana przede wszystkim z dobroczynnego wpływu na tkankę kostną (utrzymuje jej odpowiednią mineralizację) oraz oddziaływania na stężenie wapnia

i fosforanów w surowicy krwi. Coraz częściej podkreśla się jednak znaczenie witaminy D dla prawidłowego funkcjonowania gruczołu tarczowego, w tkankach którego znaleziono jej receptory.² Zauważono, że u osób cierpiących na chorobę Hashimoto, podobnie jak w innych chorobach autoimmunologicznych, stężenie witaminy D we krwi jest niższe niż u osób zdrowych. Ponadto badania prowadzone na zwierzętach pokazują, że suplementacja diety witaminą D zapobiega rozwojowi chorób autoimmunologicznych.¹ Niedobory witaminy D sprzyjają powstawaniu nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego oraz zaburzeniom metabolicznym, w tym insulinooporności i otyłości. Witamina D zmniejsza też produkcję cytokin prozapalnych i stymuluje wytwarzanie cytokin przeciwzapalnych. W badaniach prowadzonych na grupie 310 osób (155 ze zdiagnozowanym zapaleniem tarczycy Hashimoto i 155 zdrowych) stwierdzono, że stężenia 25OHD3 są niższe u osób chorujących (24,18 ± 8,45 ng/mL) niż u osób zdrowych (27,19 ± 9,61 ng/mL). Mediany tych wartości różniły się istotnie statystycznie ($p = 0,006$). Stężenie witaminy D w surowicy krwi było powiązane z ilością przeciwciał przeciwko peroksydazie tarczycowej i tyreoglobulinie. U osób ze stężeniem przeciwciał anty-TPO ≤ 35 IU/mL stężenie 25OHD3 wynosiło 31,81 ± 7,58 ng/mL ($p < 0,001$). Z kolei badani ze stężeniem anty-TG ≤ 40 IU/mL otrzymali wynik 25OHD3 28,94 ± 7,95 ng/mL, a przy stężeniu anty-TG > 40 IU/mL stężenie 25OHD3 miało wartość 19,95 ± 6,40 ng/mL ($p < 0,001$). Oprócz tego stwierdzono, z czasem trwania choroby stężenie 25OHD3 w surowicy krwi badanych zmniejsza się. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że obserwacje nie dotyczyły osób, które znajdują się w stanie eutyreozy i nie wymagają suplementacji hormonów tarczycy.⁴ W innych badaniach również zaobserwowano, że spożycie witaminy D przez cierpiących na chorobę Hashimoto jest zbyt niskie w stosunku do rekomendowanego poziomu (800–2000 IU/dobę w okresie od września do kwietnia dla osób dorosłych).¹⁵

Zawartość jodu (I) w produktach spożywczych zależy od ich pochodzenia, np. od zasobności gleby i wód gruntowych w ten pierwiastek.¹⁶ Wchodzi on w skład hormonów tarczycy, dlatego jest niezbędny do zachowania właściwego procesu ich produkcji. Zarówno niedobór jodu, jak i jego nadmiar może być przyczyną upośledzenia funkcji tarczycy: niewystarczająca ilość może powodować powstawanie wola tarczycowego, a zbyt duża podaż prowadzi do efektu Wolffa-Chaikoffa.⁸ Warto zaznaczyć, że nadmiar jodu u osób z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy typu Hashimoto może nasilać odpowiedź zapalną układu odpornościowego.³ W badaniach przeprowadzonych na grupie 905 pacjentów wykazano, że duże spożycie jodu wpływa na występowanie chorób tarczycy. Zauważono także, że kobiety są bardziej wrażliwe na działanie tego pierwiastka niż mężczyźni. Z tego powodu ewentualna suplementacja powinna być dopasowana do pacjenta.¹⁷ Również badania prowadzone na populacji

chińskiej wykazują, że nadmiar jodu może powodować nieprawidłowe funkcjonowanie gruczołu tarczowego.¹⁸ Teng et al. wykazali, że wydalanie jodu z moczem w ilości 200–300 $\mu\text{g/L}$ predysponuje do wystąpienia niedoczynności tarczycy lub autoimmunologicznych chorób tarczycy.¹⁸ Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia uważa, że zwiększone ryzyko wspomnianych wcześniej zaburzeń występuje u osób, które wydalają ponad 300 μg jodu w litrze moczu.¹⁹ W Danii zauważono, że po wprowadzeniu obowiązkowego jodowania soli kuchennej oraz soli używanej do wypieku chleba liczba zachorowań na autoimmunologiczne choroby tarczycy wzrosła.²⁰ W badaniach prowadzonych w latach 1992–2005, w których łącznie przebadano ponad 1400 dzieci, wykazano, że jodowanie soli kuchennej spowodowało zmniejszenie częstotliwości występowania wola u dzieci oraz wzrost stężenia jodu w moczu. Autorzy, podobnie jak w przypadku badania duńskiego, zwracają uwagę na wzrost częstotliwości zachorowań na zapalenia tarczycy.¹⁶ Z kolei badanie prowadzone przez Naliwajko et al. wykazało, że średnie spożycie jodu przez badane kobiety chore na zapalenie tarczycy typu Hashimoto było bliskie normy średniego zapotrzebowania dla grupy (Estimated Average Requirement – EAR), czyli 0,095 mg/dobę. Trzeba jednak zaznaczyć, że ponad 1/3 badanych nie przyjmowała z pożywieniem wystarczającej ilości jodu.²¹

Tarczycą jest narządem, którego tkanki charakteryzują się stosunkowo dużym stężeniem selenu (Se). Pierwiastek ten jest składnikiem enzymów związanych z gospodarką hormonalną tarczycy, między innymi 5'-dejodynazy jodotyroninowej typu I, II i III (D1, D2, D3). Znane są także izoformy peroksydazy glutationowej (GPX1, GPX3, GPX4), które w swojej cząsteczce zawierają selen. Do selenoenzymów należy również reduktaza tioredoksynowa (TrxR1) oraz selenobiałko M. W tkance tarczycowej ma miejsce ekspresja selenobiałek, w związku z czym rola selenu w prawidłowym funkcjonowaniu tarczycy wydaje się bardzo istotna.²²

Aby spełniał on swoją funkcję, niezbędna jest prawidłowa podaż jodu. Selen, będąc składnikiem peroksydazy glutationowej, chroni tkankę tarczycową przed stresem oksydacyjnym. Pierwiastek ten wpływa na stan zapalny – nie powoduje on jego całkowitego wygaszenia, ale może wpływać na zmniejszenie aktywności zapalnej.³ Należy pamiętać, że istnieje niewielka różnica między dawką terapeutyczną i toksyczną, dlatego suplementy selenu powinny być spożywane w sposób ostrożny. Oprócz tego selen wpływa na przyswajalność jodu.⁸ Zwiększenie zasobów selenowych organizmu powoduje nasilenie jego wydalania.²³

W badaniach, w których uczestniczyło 192 osób, oceniono wpływ suplementacji selenem na stan zdrowia chorujących na autoimmunologiczne zapalenie tarczycy przebiegającym z jej niedoczynnością. Okazało się, że osoby przyjmujące preparat selenometioniny istotnie częściej osiągały stan eutyreozy niż osoby, które znajdowały się

w grupie kontrolnej ($p < 0,0001$). Suplementacja selenu spowodowała zmniejszenie stężenia przeciwciał przeciwko peroksydazie tarczycowej, a także poprawę w badaniu ultrasonograficznym.²⁴ Socha et al. przeprowadzili badania na grupie ponad 130 osób z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy typu Hashimoto, u których oznaczali stężenie selenu. Okazało się, że średnie stężenie selenu we krwi w grupie osób chorujących na przewlekłe limfocytarne zapalenie tarczycy jest istotnie niższe w porównaniu z grupą kontrolną. Wartości wynosiły $75,16 \pm 19,92 \mu\text{g/L}$ w grupie kontrolnej i $63,03 \pm 17,31 \mu\text{g/L}$ ($p < 0,0007$) w grupie chorych. Udowodniono, że wpływ na badany parametr mają nie tylko nawyki żywieniowe, ale również palenie papierosów. Wśród produktów spożywczych oddziaływanie na obecność selenu wykazują jaja, wyroby wędliniarskie i nasiona roślin strączkowych (podwyższenie stężenia), a także margaryny i ryby (obniżenie stężenia). Niemniej jednak badanie wykazało, że nawyki żywieniowe w niewielkim stopniu wpływają na zawartość selenu w surowicy krwi badanych.²⁵

Diety eliminacyjne w chorobie Hashimoto – dieta bezlaktozowa i dieta bezglutenowa

Nietolerancja laktozy (lactose intolerance – LI) dotyka około 30% dorosłych osób i jest spowodowana brakiem aktywności laktazy, enzymu odpowiedzialnego za rozkładanie laktozy do glukozy i galaktozy. Może to wpływać na wchłanianie niektórych leków, w tym również lewotyrosyny. Dawka lewoskrętnej tyrozyny potrzebna do osiągnięcia prawidłowego stężenia hormonu tyreotropowego w osoczu u chorych na autoimmunologiczne zapalenie tarczycy jest wyższa u osób, u których stwierdzono nietolerancję laktozy. Nie wiadomo jednak do końca, co powoduje to zjawisko. Możliwe, że lek zostaje uwięziony w jelicie, którego zawartość jest zmieniana w wyniku niestrawionej laktozy. Oprócz tego nietolerancja laktozy może powodować przyspieszenie pasażu jelitowego, co w konsekwencji prowadzi do gorszego wchłaniania tyrosyny. Należy również pamiętać o mikroflorze jelitowej, która jest często zmieniana u pacjentów z nietolerancją laktozy, co może oddziaływać na absorpcję leków.²⁶

W badaniach przeprowadzonych na 84 chorujących na zapalenie tarczycy typu Hashimoto mieszkańców basenu Morza Śródziemnego i Turcji wykazano, że 63 z nich ma nietolerancję laktozy. Okazało się, że eliminacja tego cukru doprowadziła do zmniejszenia stężenia TSH bez modyfikacji dawki lewoskrętnej tyrosyny. Z tego powodu autorzy badania sugerują, aby osoby, które wykazują duże wahania w stężeniu hormonu tyreotropowego i jednocześnie przyjmują wysokie dawki tyrosyny wykonały test w kierunku nietolerancji laktozy.²⁷ Dodatkowo niektórzy badacze zwracają uwagę na kazeinę, która jest sil-

nym antygenem i nie jest wskazana dla osób chorujących na zapalenie tarczycy. Osoby spożywające mleko i jego przetwory powinny wybierać produkty o możliwie jak najmniejszym stopniu przetworzenia.³ Z drugiej strony głównym źródłem laktozy w diecie są mleko i produkty mleczne, które stanowią jednocześnie bogate źródło pełnowartościowego białka, witamin i składników mineralnych, w tym wapnia.⁸ Trzeba również pamiętać, że mleko i produkty mleczne mogą być źródłem jodu. Zawartość tego pierwiastka w mleku od krów hodowanych w różnych województwach waha się od 63,8 do 173,7 mg/L.²⁸ Wykluczenie mleka i jego przetworów z diety pacjenta należy rozważyć indywidualnie, biorąc pod uwagę korzyści i zagrożenia, które pociąga za sobą ten krok.

Gliadyna, jedna z frakcji tworzącej gluten, jest białkiem o strukturze podobnej do tkanki tarczycowej. Podejrzewa się, że gliadyna zawarta w glutenie powoduje produkcję przeciwciał przeciwko niej przez układ odpornościowy. Jednak przeciwciała te mogą atakować również tkankę tarczycową. Dieta bezglutenowa hamuje ten proces. Źródłem glutenu są przede wszystkim produkty zbożowe, które dostarczają witamin i składników mineralnych, dlatego, aby nie doprowadzić do niedoborów tych składników, stosowanie diety bezglutenowej powinno być skonsultowane z dietetykiem.³ Według różnych badaczy współwystępowanie nadwrażliwości na gluten i choroby Hashimoto wynosi od 3,2% do 43%.⁴ Badania wykazały, że ryzyko celiakii (celiac disease – CD) u osób z chorobą Hashimoto wynosi 1 : 30 (jest 10 razy większe niż u osób zdrowych) i jest wyższe niż u osób z chorobą Gravesa-Basedowa. Wprowadzenie diety bezglutenowej przed zdiagnozowaniem choroby trzewnej może dać błędne wyniki, czego konsekwencją będzie nieprawidłowe leczenie. Jeśli jednak u osoby z zapaleniem tarczycy typu Hashimoto zostanie rozpoznana celiakia, to wyeliminowanie glutenu może spowodować konieczność zmniejszenia dawki hormonów, ponieważ poprawi się funkcjonowanie narządu i zmniejszy się liczba przeciwciał anty-TPO.²⁹

Należy wziąć pod uwagę fakt, że u części osób chorujących na chorobę trzewną nie obserwuje się objawów ze strony przewodu pokarmowego. Mówimy wówczas o nietypowej postaci celiakii, której jednym z objawów może być zwiększone zapotrzebowanie na hormony tarczycy. Prawdopodobnie jest to spowodowane upośledzonym wchłanianiem preparatu w jelicie cienkim zmienionym przez chorobę. Zastosowanie diety bezglutenowej u pacjentów z chorobą Hashimoto, u których współwystępowała celiakia, pozwala na osiągnięcie pożądanego stężenia TSH bez zwiększania dawki tyrosyny. Jeśli jednak pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą trzewną nie eliminują glutenu z diety, potrzebują większych dawek tyrosyny niż osoby bez celiakii, aby osiągnąć pożądaną stężenie hormonu tyreotropowego. Z tego powodu zaburzone wchłanianie hormonów tarczycy w chorobie Hashimoto powinno skłaniać do diagnostyki w kierunku choroby trzewnej.³⁰

Podsumowując, u osób z chorobą trzewną często występują inne choroby o podłożu autoimmunologicznym, w tym również choroby tarczycy. Warto też przeprowadzić diagnostykę w kierunku celiakii u osób chorujących na autoimmunologiczne choroby tarczycy.³¹

Badania prowadzone przez Cuoco et al. pokazują, że częstość występowania celiakii u osób z chorobami tarczycy o podłożu autoimmunologicznym (zapalenie tarczycy typu Hashimoto, choroba Gravesa-Basedowa, przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy) jest znacząco wyższa niż u osób zdrowych. Nie zauważono jednak znamienych różnic w częstotliwości występowania choroby trzewnej w autoimmunologicznych i nieautoimmunologicznych chorobach gruczołu tarczowego. Autorzy badania również sugerują zasadność prowadzenia przesiewowych badań w kierunku celiakii wśród osób cierpiących na choroby tarczycy o podłożu autoimmunologicznym, ponieważ wczesne wykrycie choroby pozwala na wprowadzenie odpowiedniego leczenia i może zapobiec powikłaniom.³²

Eliminacja produktów wolotwórczych

Substancje wolotwórcze (goitrogenne) znajdują się przede wszystkim w brukselce, kapuście, rzepie, kalafiorze i brokułach, a także truskawkach, prosie i szpinaku. Ich działanie polega na wiązaniu się z jodem i upośledzeniu jego wbudowywania do cząsteczek hormonów tarczycy. Mimo to umiarkowane spożywanie wyżej wymienionych produktów w diecie pacjentów z niedoczynnością tarczycy nie jest całkowicie zakazane, ponieważ są one źródłem witamin i składników mineralnych. Należy jednak wyedukować pacjenta, w jaki sposób powinny być przygotowywane – ich obróbka termiczna prowadzi do inaktywacji około 30% substancji goitrogennych.³

Osoby, u których stwierdzono niedobory jodu, powinny ograniczyć nie tylko wyżej wymienione warzywa, ale także gorczycę, orzeszki ziemne i soję, które także są wo-

lotwórcze. Należy również pamiętać, że substancje, które mogą prowadzić do powstania wola, działają tym silniej, im mniejsza jest podaż jodu z dietą.⁸ Pierwsze doniesienia o możliwym wpływie soi na gruczoł tarczowy pojawiły się już 80 lat temu, kiedy zauważono, że u szczurów karmionych paszami sojowymi doszło do powiększenia tarczycy. We współczesnych badaniach zauważono z kolei, że duże spożycie soi przez kobiety doprowadziło do wzrostu stężenia TSH w surowicy krwi, jednak nie zaobserwowano takich zmian w grupie mężczyzn. Autorzy sugerują, że kobiety częściej niż mężczyźni cierpią na choroby tarczycy i prawdopodobnie są bardziej podatne na substancje wolotwórcze i czynniki środowiskowe wpływające na funkcję gruczołu tarczowego.³³

Fruzza et al. opisują przypadek terapii lewotyroksyną u dziewczynki z wrodzoną pierwotną niedoczynnością tarczycy. Dziecko od 6. dnia życia przyjmowało preparat lewotyroksyny. Dziewczynka była karmiona sojowym preparatem mlekozastępczym. W 3. tygodniu życia na kontroli lekarskiej u dziecka oznaczono stężenie tyroksyny, które wynosiło 2,6 µg/dL (wartości referencyjne: 11–21,5 µg/dL) oraz TSH – 248 µIU/mL (wartości referencyjne: 1–20 µIU/mL). Oprócz tego zaobserwowano ubytek masy ciała i hipotonię mięśniową. Po 3 tygodniach od wycofania stosowanej wcześniej mieszanki mlekozastępczej stężenie TSH spadło do poziomu <50 µIU/mL, a tyroksyna wyniosła >16 mg/dL.³⁴

Właściwości wolotwórcze może wykazywać również zielona herbata. Zawiera ona w swoim składzie katechiny i flawonoidy, które mogą spowodować osłabienie funkcji tarczycy. Czarna herbata zawiera mniej katechin niż zielona, dlatego spożywanie tej drugiej jest związane z większym ryzykiem wystąpienia wola tarczycowego. Warto także zwrócić uwagę na funkcję tarczycy u osób będących na diecie wegańskiej. Mają one bowiem prawie 2 razy wyższe stężenie tiocyjanin (należących do goitrogenów) w moczu niż wegetarianie, a ponadto podaż jodu w ich diecie nie jest wystarczająca. Skłania to do stwierdzenia, że weganie znajdują się w grupie osób szczególnie narażonych na choroby tarczycy.³⁵

Tabela 1. Składniki żywności wskazane i przeciwwskazane w diecie pacjenta z zapaleniem tarczycy typu Hashimoto

Table 1. Restricted and recommended nutrients for patients with Hashimoto's thyroiditis

Wskazane składniki żywności	Przeciwwskazane składniki żywności
<ul style="list-style-type: none"> kwasy tłuszczowe n-3 – wykazują działanie przeciwzapalne oraz stymulują przekształcanie T₃ do T₄; witamina D – ma działanie plejotropowe, m.in. hamuje produkcję cytokin prozapalnych i stymuluje wytwarzanie cytokin przeciwzapalnych; jod – wchodzi w skład hormonów tarczycy (uwaga: nadmiar może spowodować wystąpienie efektu Wolffa-Chaikoffa); selen – jest składnikiem selenoenzymów występujących w tarczycy. 	<ul style="list-style-type: none"> laktoza – tylko w przypadku nietolerancji tego dwucukru; gluten – w przypadku zdiagnozowanej celiakii; produkty goitrogenne – łączą się z jodem, uniemożliwiając wykorzystanie pierwiastka do budowy hormonów tarczycy, umiarkowane spożycie jest dozwolone.

Podsumowanie

Osoby chore na niedoczynność tarczycy i chorobę Hashimoto muszą zwracać szczególną uwagę na swoją dietę. W ich jadłospisie nie powinno zabraknąć pełnowartościowego białka, kwasów tłuszczowych n-3 oraz pełnoziarnistych produktów zbożowych. Wskazane jest również dbanie o odpowiednią podaż jodu, witaminy D oraz selen. Z dużą ostrożnością natomiast należy traktować diety eliminacyjne i stosować je wyłącznie u osób, które muszą zrezygnować z określonych grup produktów z powodu występujących chorób lub nietolerancji (tabela 1).

Piśmiennictwo

- Friedman M. Thyroid autoimmune disease. *Journal of Restorative Medicine*. 2013;2:70–81.
- Tuchendler D, Bolanowski M. Rola osteoprotegeryny i witaminy D w patologii tarczycy. *Endokrynol Pol*. 2009;60(6):470–475.
- Zakrzewska E, Zegan M, Michota-Katulka E. Zalecenia dietetyczne w niedoczynności tarczycy przy współwystępowaniu choroby Hashimoto. *Bromatol Chem Toksykol*. 2015;48(2):117–127.
- Lizis-Kolus K. *Ocena wpływu niedoboru witaminy D na przebieg choroby Hashimoto u chorych w województwie świętokrzyskim* [praca doktorska]. Kraków; Uniwersytet Jagielloński; 2015.
- Woody S. *Dietary Intervention for Hashimoto's Thyroiditis: Auto-immune Protocol* [graduate capstone]. American College of Healthcare Sciences. <https://achs.edu/resource/theses-and-capstone-projects/woody.pdf>.
- Siemińska L, Wojciechowska C, Kos-Kudła B, et al. Stężenie leptyny, adiponektyny i interleukiny-6 w surowicy krwi u kobiet po menopauzie z chorobą Hashimoto. *Endokrynol Pol*. 2010;61(1):112–116.
- Tamer G, Mert M, Tamer I, Mesci B, Kilic D, Arik S. Effects of thyroid autoimmunity on abdominal obesity and hyperlipidaemia. *Endokrynol Pol*. 2011;62(5):421–428.
- Jarosz M, Stolińska H, Wolańska D. *Żywnienie w niedoczynności tarczycy*. Warszawa: PZWL; 2014.
- Gierach M, Gierach J, Skowrońska A, et al. Hashimoto's thyroiditis and carbohydrate metabolism disorders in patients hospitalised in the Department of Endocrinology and Diabetology of Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz between 2001 and 2010. *Endokrynol Pol*. 2012;63(1):14–17.
- Handisurya A, Pacini G, Tura A, Gessl A, Kautzky-Willer A. Effects of T₄ replacement therapy on glucose metabolism in subjects with subclinical (SH) and overt hypothyroidism (OH). *Clin Endocrinol*. 2008;69(6):963–969.
- Müller S, Pfeuffer C. *Właściwe i smaczne żywienie korzystne dla tarczycy*. Warszawa: PZWL; 2002.
- Kawicka A, Regulska-Ilow B. Metabolic disorders and nutritional status in autoimmune thyroid diseases. *Postepy Hig Med Dosw*. 2015;69:80–90.
- Marciniak-Łukasiak K. Rola i znaczenie kwasów tłuszczowych omega-3. *Żywn-nauk Technol Ja*. 2011;6(79):24–35.
- Sicińska P, Pytel E, Kurowska J, Koter-Miachalak M. Suplementacja kwasami omega w różnych chorobach. *Postepy Hig Med Dosw*. 2015;69:838–852.
- Markiewicz-Żukowska R, Naliwajko SK, Bartosiuk E, Sawicka E, Omeljaniuk WJ, Borawska MH. Zawartość witamin w dietach kobiet z chorobą Hashimoto. *Bromatol Chem Toksykol*. 2011;44(3):539–543.
- Bączek M, Ruchała M, Pisarek M, et al. Profilaktyka jodowa u dzieci w Regionie Wielkopolskim w latach 1992–2005. *Endokrynol Pol*. 2006;57(2):110–115.
- Zhao H, Tian Y, Liu Z, Li X, Feng M, Huang T. Correlation between iodine intake and thyroid disorders: A cross-sectional study from the South of China. *Biol Trace Elem Res*. 2014;162:87–94.
- Teng X, Shan Z, Chen Y, et al. More than adequate iodine intake may increase subclinical hypothyroidism and autoimmune thyroiditis: A cross-sectional study based on two Chinese communities with different iodine intake levels. *Eur J Endocrinol*. 2011;164:943–950.
- WHO, UNICEF, ICCIDD. *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination: A Guide for Programme Managers*. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Laurberg P, Andersen S, Pedersen IB, Knudsen N, Carlé A. Prevention of autoimmune hypothyroidism by modifying iodine intake and the use of tobacco and alcohol is manoeuvring between Scylla and Charybdis. *Hormones*. 2013;12(1):30–38.
- Naliwajko SK, Markiewicz-Żukowska R, Sawicka E, Bartosiuk E, Omeljaniuk WJ, Borawska MH. Składniki mineralne w diecie pacjentek z chorobą Hashimoto. *Bromatol Chem Toksykol*. 2011;44(3):544–549.
- Zagrodzki P, Kryczyk J. Znaczenie selen w leczeniu choroby Hashimoto. *Postepy Hig Med Dosw*. 2014;68:1129–1137.
- Kryczyk J, Zagrodzki P. Selen w chorobie Gravesa-Basedowa. *Postepy Hig Med Dosw*. 2013;67:491–498.
- Pirola I, Gandossi E, Agosti B, Delbarba A, Cappelli C. Selenium supplementation could restore euthyroidism in subclinical hypothyroid patients with autoimmune thyroiditis. *Endokrynol Pol*. 2016;67(6):567–571.
- Socha K, Dziemianowicz M, Omeljaniuk WJ, Soroczyńska J, Borawska MH. Nawyki żywieniowe a stężenie selen w surowicy u pacjentów z chorobą Hashimoto. *Probl Hig Epidemiol*. 2012;93(4):824–827.
- Cellini M, Santaguida MG, Gatto I, et al. Systematic appraisal of lactose intolerance as cause of increased need for oral thyroxine. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(8):e1454–e1458. doi: 10.1210/jc.2014-1217.
- Asik M, Gunes F, Binnetoglu E, et al. Decrease in TSH levels after lactose restriction in Hashimoto's thyroiditis patients with lactose intolerance. *Endocrine*. 2014;46:279–284.
- Brzóska F, Szybiński Z, Śliwiński B. Iodine concentration in Polish milk: Variations due to season and region. *Endokrynol Pol*. 2009;60(6):449–454.
- Valentino R, Savastano S, Tommaselli AP, et al. Prevalence of coeliac disease in patients with thyroid autoimmunity. *Horm Res*. 1999;51:124–127.
- Virili C, Bassotti G, Santaguida MG, et al. Atypical celiac disease as cause of increased need for thyroxine: A systematic study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(3):e419–e422. doi: 10.1210/jc.2011-1851.
- Ch'ng CL, Jones MK, Kingham JGC. Celiac disease and autoimmune thyroid disease. *Clin Med Res*. 2007;5(3):184–192.
- Cuoco L, Certo M, Jorizzo RA, et al. Prevalence and early diagnosis of coeliac disease in autoimmune thyroid disorders. *Ital J Gastroenterol Hepatol*. 1999;31(4):283–287.
- Tonstad S, Jaceldo-Siegl K, Messina M, Haddad E, Fraser GE. The association between soya consumption and serum thyroid-stimulating hormone concentrations in the Adventist Health Study-2. *Public Health Nutr*. 2015;19(8):1464–1470.
- Fruzza AG, Demeterco-Berggren C, Jones KL. Unawareness of the effects of soy intake on the management of Congenital Hypothyroidism. *Pediatrics*. 2012;130(3):e699–e702. doi: 10.1542/peds.2011-3350.
- Kurdybacha P, Czarnywojtek A, Warmuz-Stangierska I, Waligórska J, Stangierski A, Florek E. Smoking and other goitrogens as significant risk factors of thyroid diseases. *Przegl Lek*. 2011;68(10):1000–1004.

Ewaluacja punktów krytycznych procesu farmakoterapii szpitalnej w kontekście bezpieczeństwa pacjenta w Polsce

Evaluation of critical points of hospital pharmacotherapy in relation to patient safety in Poland

Rafał Szpakowski^{A–F}, Grażyna Dykowska^{B–F}

Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):313–316

Adres do korespondencji

Rafał Szpakowski
e-mail: rafszpakowski@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.02.2017 r.
Po recenzji: 4.07.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 29.08.2017 r.

Streszczenie

Terapia farmakologiczna w szpitalu może być rozpatrywana jako proces wpływający na bezpieczeństwo pacjenta. Wiele publikacji wskazuje, iż błędy w podawaniu leków (medication errors) są jedną z głównych przyczyn zdarzeń niepożądanych. Według International Council of Nurses (ICN) błędy te można podzielić na 2 główne grupy, tj. błędy związane z organizacją systemu (system failures) oraz błędy związane z czynnikiem ludzkim (human errors). Należy jednak zauważyć, że zdarzenia niepożądane są wypadkową tych płaszczyzn – błędy systemowe i ludzkie przenikają się, tworząc ryzyko powstania zdarzenia niepożądanego dokonanego lub niedokonanego. Umocnienie tych 2 elementów mających wpływ na bezpieczeństwo pacjenta, tzn. podejścia systemowego oraz podejścia indywidualnego (human factor), może przynieść duże korzyści w kontekście farmakoterapii szpitalnej, nie tylko na płaszczyźnie społecznej, ale również ekonomicznej. Celem niniejszego opracowania jest wskazanie punktów krytycznych procesu farmakoterapii szpitalnej oraz przedstawienie potencjalnych rozwiązań o charakterze prewencyjnym opracowanych na podstawie doświadczeń autorów.

Słowa kluczowe: farmakoterapia, pielęgniarstwo, bezpieczeństwo pacjenta

DOI

10.17219/pzp/76714

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Pharmacological treatment conducted in the hospital can be considered a process affecting patient safety. A number of publications shows that errors in the process of pharmacotherapy (medication errors) are one of the main causes of adverse events. According to the International Council of Nurses (ICN), errors associated with pharmacological treatment can be divided into 2 main groups: 1. system failures – errors related to the organization of the system, and 2. human errors – errors related to the human factor. However, it should be noted that an adverse event is the result of both dimensions – system errors and human errors combined can result in an adverse event or a near miss. Taking care of these 2 aspects of patient safety, i.e., improving organization of the system and facilitating the work of medical staff, can have a positive effect on pharmacotherapy conducted at hospital – on both social and economic level. The aim of this study was to identify the critical points of the pharmacotherapy process and to provide the potential solutions of a preventive nature developed on the basis of authors' experience.

Key words: pharmacotherapy, nurse, patient safety

Wprowadzenie

Terapia farmakologiczna w szpitalu może być rozpatrywana jako proces wpływający na bezpieczeństwo pacjenta. Można wyróżnić jego składowe:

1. etap ordynowania leku przez lekarza (pisemnie);
2. etap odczytywania zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę;
3. etap przygotowywania leku dla pacjenta przez pielęgniarkę;
4. etap podawania leku pacjentowi przez pielęgniarkę.

Podobną klasyfikację można spotkać w literaturze.^{1,2} Wiele publikacji wskazuje, że błędy w procesie farmakoterapii są jedną z głównych przyczyn zdarzeń niepożądanych.³⁻⁷ Według International Council of Nurses (ICN) błędy związane z podawaniem leków (medication errors) można podzielić na 2 główne grupy, tj. błędy związane z organizacją systemu (system failures) i błędy związane z czynnikiem ludzkim (human errors).⁸ Należy jednak zauważyć, iż zdarzenie niepożądane jest wypadkową tych płaszczyzn – błędy systemowe i ludzkie przenikają się, tworząc ryzyko powstania zdarzenia niepożądanego dokonanego lub niedokonanego. Prawdopodobnie pomyłki indukowane przez źle zaprojektowany system może zniwelować dobrze współpracujący zespół ludzi, a nawet doświadczony, dobrze komunikujący się z otoczeniem pracownik ochrony zdrowia. Tak samo jest możliwe, że dobrze działający system może zapobiec błędowi wynikającemu z ludzkiej natury – zmęczenia, pogorszonej percepcji, nadmiaru obowiązków, pośpiechu, braku koncentracji. Umocnienie tych 2 elementów mających wpływ na bezpieczeństwo pacjenta, tzn. podejścia systemowego oraz podejścia indywidualnego (human factor), może przynieść duże korzyści w kontekście farmakoterapii szpitalnej, nie tylko na płaszczyźnie społecznej, ale również ekonomicznej szpitali, systemu opieki zdrowotnej czy gospodarki państwowej. Celem niniejszego opracowania jest wskazanie punktów krytycznych procesu farmakoterapii szpitalnej oraz potencjalnych rozwiązań o charakterze prewencyjnym opracowanych na podstawie doświadczeń autorów.

Etap ordynowania leku przez lekarza oraz etap odczytywania zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę

Oba etapy zostały opisane łącznie ze względu na to, iż procesy kodowania i dekodowania informacji zawartych w zleceniu lekarskim są ze sobą silnie powiązane. Pierwszym punktem krytycznym procesu leczenia farmakologicznego jest ordynacja leku przez lekarza (prescribing stage). W niektórych publikacjach podaje się, że ten etap tzw. ścieżki lekowej (medication pathway) jest źródłem znacznej części błędów w procesie farmakoterapii.⁹

Pomocny z punktu widzenia personelu medycznego może być elektroniczny system wspomagania decyzji o ordynacji leku (EPDS – electronic prescribing decision support). Może on być szczególnie przydatny dla młodych adeptów sztuki lekarskiej, gdyż informuje o nietypowych dawkach zlecanych leków i prosi o potwierdzenie zastosowania wybranej dawki. System ten docenią też lekarze z doświadczeniem, ponieważ, jak powszechnie wiadomo, rutyna wcześniej czy później gubi każdego. Kolejnym argumentem za wprowadzeniem EPDS jest możliwość zastąpienia dokumentacji papierowej odręcznej dokumentacją elektroniczną lub w formie wydruków komputerowych. Przyczyniłoby się to do zmniejszenia odsetka błędów związanych z odczytywaniem przez pielęgniarki niewyraźnie napisanych zleceń oraz lepszego wykorzystania czasu pracy, który trzeba poświęcać na wyjaśnianie nieczytelnych adnotacji. Równocześnie pozwoliłoby to na skrócenie czasu przeznaczanego na tzw. czynności pośrednie w ramach opieki nad pacjentem.¹⁰

Ostatnią kwestią, która zostanie omówiona w niniejszej sekcji, jest odczytywanie zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę. Utartą praktyką pielęgniarską w wielu szpitalach jest powielanie zleceń lekarskich. Polega ono na przepisywaniu nazw leków na prostokątne kartki umieszczane na tacy z lekami. Jest to niedopuszczalnie ze względu na bezpieczeństwo pacjenta – implikuje zwiększone ryzyko znie-

kształcenia nazwy leku, wielkości dawki, pory/częstości podania, a nawet imienia i nazwiska pacjenta.¹¹ Doświadczenia autorów tego artykułu wskazują, że organizacja pracy polegająca na powielaniu zleceń lekarskich w opinii wielu pielęgniarek jest optymalna i wygodna, jednakże ze względu na podejmowane ryzyko względem pacjenta – nieakceptowalna. Zdaniem autorów zasadne byłoby wprowadzenie pojedynczych kart zleceń na dany dzień, tak aby dystrybucja leków pacjentom była możliwa bezpośrednio na podstawie oryginału zlecenia lekarskiego.

Etap przygotowywania leku dla pacjenta przez pielęgniarkę

Pominięto tutaj aspekty zaznaczone w poprzedniej sekcji dotyczące przygotowywania leków na podstawie powielonego zlecenia lekarskiego, a nie oryginału.

Istotnym dla opisywanego etapu czynnikiem są warunki lokalowe. Pomieszczenie służące do przygotowywania leków powinno być oddzielne od konsoli/dyżurki pielęgniarskiej. W trakcie rozkładania leków pielęgniarka musi być skoncentrowana na wykonywanej czynności, nie mogą jej przeszkadzać osoby postronne, telefony, pacjenci czy też współpracownicy. W wielu szpitalach ta zasada nie jest przestrzegana, często ze względu na ograniczoną liczbę pomieszczeń. Należy mieć jednak na uwadze, że personel zarządzający pomimo ograniczonych możliwości nie jest zwolniony z inicjatywy – pielęgniarka oddziałowa powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić optymalne warunki pracy swoim podwładnym. Jak często dochodzi do przerywania procesu przygotowywania leków, pokazuje badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii, w którym oszacowano, że proces ten jest zaburzany średnio 7-krotnie – jest to znamieny przykład czynnika o podłożu systemowym (system failure).¹¹

Etap podawania leku przez pielęgniarkę

Etap ten sprowadza się do 2 kwestii: po pierwsze właściwej identyfikacji pacjenta, po drugie wyjaśnienia pacjentowi istotnych szczegółów dotyczących pory i sposobu przyjmowania leku. Rozważania w tej sekcji ograniczają się do leków doustnych podawanych pacjentom samodzielnie. Jeśli chodzi o rozpoznanie pacjenta, istotne jest zapewnienie właściwych warunków do komunikacji. W polskich szpitalach sale chorych są zazwyczaj kilkuosobowe, może więc dojść do sytuacji, w której pacjentom o brzmiących podobnie nazwiskach zostaną zamienione leki. Sprzyja temu identyfikacja wyłącznie drogą werbalną. Mogą wtedy wystąpić zakłócenia w procesie komunikacji i omyłki przy podawaniu leku, dlatego warto pytanie o nazwisko

uzupełnić o identyfikację wzrokową (np. karta gorączkowa, opaska identyfikacyjna). W przypadku zakłóceń pochodzących z otoczenia warto też upewnić się kilkakrotnie, oczywiście podczas identyfikacji werbalnej, czy ma się do czynienia z właściwą osobą. Ważne z punktu organizacji pracy jest też zastosowanie procedury pozwalającej na eksponowanie informacji na temat znajdujących się na oddziale pacjentów o identycznych imionach i/lub nazwiskach w celu uniknięcia pomyłek w przydzielaniu leków. W szpitalach o wysokiej kulturze bezpieczeństwa informacje takie są zwyczajowo przekazywane podczas zdawania raportów kolejnej zmianie, jednakże warto opracować wewnątrzoddziałowe przepisy prewencyjne.

Istotne jest także informowanie pacjenta na temat sposobu i pory przyjęcia leku. Z doświadczeń autorów wynika, że czasami dochodzi do sytuacji, w których pielęgniarka zostawia leki na stoliku podczas nieobecności pacjenta. Oczywiście nie powinno się to zdarzać, jednakże ze względu na braki kadrowe i mnogość obowiązków służbowych, które powinny być wykonywane dynamicznie i w określonym czasie, trudno sobie wyobrazić, że pielęgniarki miałyby wielokrotnie odwiedzać salę w ciągu dnia pracy, aby podać kilku czy nawet kilkunastu pacjentom leki w odpowiednich godzinach. Trzeba pamiętać, że powiadomienie pacjenta o porze przyjęcia leku, jego nazwie i sposobie przyjęcia jest czynnością wymagającą należytej staranności, gdyż może się zdarzyć (i zdarza się), że pacjent nawet nie zauważy na swoim, często zastawionym różnymi przedmiotami, stoliku przyniesionych leków. W konsekwencji najprawdopodobniej nie przyjmie leków na czas, co niekiedy ma niezmiernie istotne znaczenie, albo pominie lub przyjmie skumulowaną dawkę leku. Przydzielanie leków pacjentom jest z pewnością zadaniem bardzo odpowiedzialnym, a często i skomplikowanym, bo wymagającym od pielęgniarki dużych zdolności logistycznych. Należy zawsze dbać o wystarczającą liczbę pielęgniarek na dyżurze, szczególnie w przypadku wielu pacjentów z ograniczonymi funkcjami poznawczymi przyjmujących doustną farmakoterapię, oraz uwzględnić fakt, że wykonują one także zadania związane z procesem diagnostycznym i leczniczym czy promocją zdrowia.

Podsumowanie

Każdy pracownik szeroko rozumianego sektora ochrony zdrowia z łatwością wymieni czynniki, które pomagają w prawidłowym wykonywaniu obowiązków służbowych oraz te, które to utrudniają. Według autorów niniejszego tekstu rozwiązaniem problemów nie jest wskazanie mankamentów codziennej praktyki zawodowej pielęgniarek, a sugestia wprowadzenia zmian w dotychczasowej organizacji pracy. Każdy zarządzający doskonale wie, że jest to rzeczą co najmniej trudną. Niniejsza praca stanowi punkt wyjścia do rozważań na temat wprowadzenia ulepszeń do pracy pielęgniarek w kontekście farmakoterapii. Stworze-

nie kultury bezpieczeństwa terapii farmakologicznej powinno iść w parze z wykształceniem procedur wspomagających ten proces. Niezbędne jest wsparcie i inicjatywa ze strony zarządzających różnymi szczeblami szpitala oraz pielęgniarek oddziałowych i kierowników klinik/oddziałów, którzy mają realny wpływ na kształt dokumentacji czy metod organizacji pracy, które mogą umacniać poczucie bezpieczeństwa pacjenta, a także personelu lekarskiego i pielęgniarskiego podczas farmakoterapii.

Piśmiennictwo

1. Miller MR, Robinson KA, Lubomski LH, Rinke ML, Pronovost PJ. Medication errors in pediatric care: A systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(2):116–126.
2. American Academy of Pediatrics, Steering Committee on Quality Improvement and Management and Committee on Hospital Care. Policy statement – principles of pediatric patient safety: Reducing harm due to medical care. *Pediatrics*. 2011;127(6):1199–1210.
3. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Causes of medication administration errors in hospitals: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Saf*. 2013;36(11):1045–1067.
4. Lesar DS, Briceland LL, Stein DS. Factors related to errors in medication prescribing. *JAMA*. 1997;277(4):312–317.
5. Bates DW, Leape LL, Petrycki S. Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized adults. *J Gen Intern Med*. 1993;8(6):289–294.
6. Brennan TA, Hebert LE, Laird NM, et al. Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. *JAMA*. 1991;265(24):3265–3269.
7. Keers RN, Williams SD, Cooke J, Ashcroft DM. Prevalence and nature of medication administration errors in healthcare settings: A systematic review of direct observational evidence. *Ann Pharmacother*. 2013;47(2):237–256.
8. CN Nursing Matters Fact Sheet. Medication errors. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/20a_FS-Medication_Errors.pdf. Dostęp 29.12.2016.
9. Bomba D, Land T. The feasibility of implementing an electronic prescribing decision support system: A case study of an Australian public hospital. *Aust Health Rev*. 2006;30(3):380–388.
10. Cebulak M, Ksykiewicz-Dorota A. Specyfika pracy pielęgniarek na oddziale psychiatrycznym a wykorzystanie czasu pracy. *Probl Pielęg*. 2011;19(4):424–430.
11. International Council of Nurses. Nursing Matters. Medication errors 2009. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/20a_FS-Medication_Errors.pdf. Dostęp 13.02.2017.

Znaczenie zabawy w terapii dziecka z zaburzeniami ze spektrum autystycznego – opis przypadku

The importance of fun in treatment of the child with autism spectrum disorder: A case report

Monika Trojanowska^{A–D}, Dominik Krzyżanowski^{E,F}

Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082–9876 (print), ISSN 2451–1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2017;7(4):317–322

Adres do korespondencji

Monika Trojanowska
e-mail: trojanowska-m@o2.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 6.10.2017 r.
Po recenzji: 23.11.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 10.12.2017 r.

Streszczenie

Niniejszy artykuł jest próbą zrozumienia przeżyć dziecka z zaburzeniami ze spektrum autystycznego. Pomocna okazuje się teoria sformułowana przez Tustin. Fundamentalnym założeniem koncepcji badaczki jest przekonanie, iż objawy, jakie prezentują dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, stanowią mechanizm obronny stojący na straży ich iluzorycznego symbiotycznego związku z matką. Uruchamia się on w odpowiedzi na przerażenie, którego dziecko doświadcza w obliczu urojonej sytuacji zagrożenia. Znamiona traumy nosi w tym wypadku świadomość odrębności cielesnej od obiektu (matki). Konsekwencją poczucia fuzji z matką jest zahamowanie rozwoju. Dziecko nie może osiągnąć kolejnego etapu, w którym odróżniałoby to, co należy do świata wewnętrznych przeżyć od bodźców, które pochodzą spoza „ja”. Z fazą wyodrębniania się, tworzenia własnej tożsamości związany jest proces symbolizowania, a więc nadawania znaczenia doświadczeniom, dzięki czemu mogą one zostać zrozumiane i stanowić fundament dla bezpieczeństwa w relacjach społecznych. Przejawem symbolizowania immanentnie wpisanym w dziecięcość jest zabawa. Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autystycznego mają trudności z bawieniem się, a zatem niezwykle ważna w procesie terapeutycznym jest przestrzeń umożliwiająca rozwój tej aktywności jako naturalnej drogi porozumiewania się. Analiza i interpretacja zabawy autystycznego chłopca przedstawiona w artykule opiera się na psychoanalitycznym rozumieniu procesu tworzenia symboli i bawienia się.

Słowa kluczowe: zaburzenia ze spektrum autystycznego, symbolizacja, zabawa

DOI

10.17219/pzp/81102

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

The article is an attempt to understand the experiences of children with autism. A theory formulated by Tustin provides grounds for understanding boy's symptoms. The fundamental assumption of Tustin's concept is a belief that symptoms presented by children with autism constitute the defense mechanism, standing on guard of their illusory beliefs about staying in symbiotic relation with their mother. These defenses activate in response to reaction of terror experienced by the child in the face of imaginary traumatic situation. In this case, the awareness of physical separation from the object has hallmarks of trauma. The consequence of maintaining a sense of merging with mother is stunting. The child cannot reach the next stage of development, which main task is to differentiate what belongs to the world of internal experience from these stimuli that originated outside of "I". Development of symbolization process is associated with the extraction phase, creating a separate identity, i.e., granting the meaning to experience, which thanks to that can be understood and constitute the foundation for building a sense of security in social relations. A sign of symbolization process immanently inherent in childhood is fun. Children with autism have difficulties with having fun – playing, therefore extremely important in therapeutic process is to create a space for development of this activity as a natural way to communicate, extending beyond autistic defenses. Analysis and interpretation of the games and activities of autistic children described in the article are based on psychoanalytical understanding of the process of symbol creation.

Key words: autism spectrum disorder, symbolization, play

Wprowadzenie

Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autystycznego sprawiają wrażenie zamkniętych we własnej, niedostępnej dla innych przestrzeni. Podejmują szereg niezrozumiałych dla otoczenia schematycznych, stereotypowych aktywności. Nie porozumiewają się w sposób, który byłby czytelny dla rodziców, bliskich, nauczycieli, rówieśników. Nawet jeśli komunikują się werbalnie, ich słowa nie niosą treści, która ma znaczenie społeczne. Brak gotowości komunikacyjnej, która nierozdzielnie wiąże się z zaburzeniami w relacjach interpersonalnych, stanowi przyczynę cierpienia całego systemu rodzinnego, w którym żyje dziecko z autyzmem. Próba zrozumienia funkcjonowania takiego dziecka i szukanie możliwości komunikacji są kluczowe dla przebiegu procesu terapeutycznego.

Autyzm wczesnodziecięcy został po raz pierwszy opisany w latach 40. XX w. Kanner i Asperger, pracując niezależnie od siebie, zainteresowali się przejawianymi przez dzieci nietypowymi zachowaniami, których nie można było jednoznacznie przypisać do żadnej z istniejących wówczas kategorii nozologicznych. Nieprawidłowości dotyczyły: komunikacji werbalnej i niewerbalnej, społecznych interakcji oraz podejmowania schematycznych, stereotypowych aktywności.^{1,2,3} Współcześnie obowiązujące klasyfikacje ICD-10 i DSM-V uznają wyżej wymienione zaburzenia za osiowe objawy autyzmu. Z uwagi na szerokie zróżnicowanie w nasileniu poszczególnych symptomów, różny poziom funkcjonowania intelektualnego oraz niejednorodną dynamikę zmian rozwojowych diagnozowanych dzieci w DSM-V, zaproponowano kategorię spektrum autystycznego (autistic spectrum disorder – ASD).⁴ Obejmuje ona szeroki wachlarz cech autystycznych: od dzieci z o niskim potencjale umysłowym, wymagających ciągłej opieki innych (opisywanych przez Kanner) przez osoby o zróżnicowanym nasileniu objawów po wysoko funkcjonujące dzieci z zespołem Aspergera.

Etiologia zaburzeń ze spektrum autystycznego mimo mnogości prowadzonych badań nadal nie została w pełni

poznana. Mówi się o wieloczynnikowej genezie autyzmu, a wśród przyczyn podaje się m.in. uwarunkowania neuroanatomiczne, genetyczne i środowiskowe.^{1,3}

Próbę zrozumienia dzieci z autyzmem, sposobu, w jaki odbierają siebie i innych ludzi oraz otaczający je świat podejmowało i wciąż podejmuje wielu specjalistów. Owo zrozumienie stanowi podstawę właściwych działań terapeutycznych, których nadrzędnym celem, niezależnie od podejścia teoretycznego terapeutów, powinno być stwarzanie dziecku możliwości prawidłowego rozwoju poznawczego i społeczno-emocjonalnego.

Opisując, a następnie analizując aktywność zabawową 11-letniego chłopca z diagnozą autyzmu wczesnodziecięcego w trakcie sesji terapeutycznych, odwołano się m.in. do teorii: Tustin, Klein, Biona i Winnicotta, sformułowanych dzięki pracy terapeutycznej z dziećmi i dostarczających interesującego kontekstu do odczytywania zachowań autystycznych.

Według Tustin autyzm jest manifestacją reakcji obronnych pojawiających się w odpowiedzi na doświadczenie urojonej sytuacji traumatycznej, zagrażającej życiu i ciału. Dla dziecka z autyzmem takim traumatycznym przeżyciem jest uświadomienie sobie własnej odrębności cielesnej.⁵ Klein i inni psychoanalizyści są zgodni co do tego, iż niemowlę w pierwszych miesiącach życia nie ma poczucia odrębności.⁶ Świat realny i świat fantazji, doznania płynące z wnętrza ciała i pochodzące ze środowiska zewnętrznego zlewają się ze sobą, tworząc wspólną całość. Dla dziecka nie ma różnicy między ciałem własnym a matki. Jest to naturalna faza wczesnego rozwoju człowieka, która stanowi wstęp do kolejnego etapu, mogącego zaistnieć dzięki dojrzałości psychofizycznej i wewnętrznej gotowości dziecka do stworzenia więzi z matką (opiekunem dziecka).⁷ Dzięki „wystarczająco dobrej” opiece tworzy się bezpieczna przestrzeń, zwana przez Winnicotta potencjalną, w której możliwe jest odróżnienie „ja” dziecięcego od „ja” matki i innych obiektów, nadawanie znaczeń, tworzenie symboli i bawienie się.⁶

Tworzenie symboli w psychoanalizie jest rozumiane jako proces „budowania [...] obrazów i słów, które mogą wyrażać treści emocjonalne”.⁶ W psychologii poznawczej i rozwojowej to, co psychoanaliza nazywa symbolizmem, określane jest mianem „teorii umysłu”, czyli „wnioskowania o stanach wewnętrznych oraz wyjaśnianiu i przewidywaniu zachowań zarówno własnych, jak i innych ludzi”.⁶ Teoria umysłu pozwala zatem na podstawie mimiki, pantomimiki, ekspresji werbalnej, zachowania oraz własnej emocjonalności odkodować stany wewnętrzne partnera interakcji, co z kolei jest niezbędnym warunkiem adekwatnej reakcji emocjonalnej i prawidłowej komunikacji.

Zabawa jest naturalną aktywnością i potrzebą dziecka. Stanowi główne źródło rozwoju w pierwszych latach życia. Pozwala mu odreagować emocje i radzić sobie z trudnymi przeżyciami. Tworzy scenę, na której można odgrywać różne role, sprawdzać odmienne scenariusze. Dostarcza radości i ekscytacji. Zdaniem Klein zabawa „przedstawia świat nieświadomych pragnień, wyobrażeń i konfliktów dziecka”.⁶ Winnicot pisze zaś, że „bawienie się sprzyja rozwojowi, a zatem także zdrowiu, wprowadza w życie grupowe” i że „bawienie się jest już samo w sobie terapią”.⁸

Poczucie rozerwania symbiotycznej jedności z matką powoduje u dziecka z autyzmem przerażenie, z którym nie potrafi sobie poradzić. Wszelkie próby podkreślenia jego odrębności są odbierane jako zagrożenie i prowokują reakcje obronne.⁹ Fuzja z matką daje złudzenie poczucia bezpieczeństwa, stąd dzieci te usilnie próbują utrzymać iluzję fizycznej jedności. Senator w swoim artykule podaje przykłady ilustrujące wysiłki dziecka zmierzające w kierunku utrzymania poczucia symbiozy z matką. Wymienia wśród nich charakterystyczne dla dzieci z autyzmem posługiwanie się ręką rodzica jako przedłużenia siebie i rozpaczliwej reakcji, kiedy nie zareaguje on w sposób zgodny z oczekiwaniami dziecka. Jest to reakcja na przerażenie spowodowane przez świadomość utraty panowania nad ciałem i umysłem rodzica, które w odczuciu dziecka powinny być częścią jego samego. Podobnie interpretuje ono potrzebę zachowania stałości, przywiązania do schematów, bowiem każda zmiana w sposób intruzywny daje dziecku odczuć jego odrębność i brak kontroli.¹⁰

W stanie iluzorycznej fuzji nie ma przestrzeni na tworzenie symboli i zabawę. Dzieci z autyzmem tkwią w negatywnej halucynacji, która blokuje rozwój i uniemożliwia bawienie się. Jak pisze Senator, negatywna halucynacja jest mechanizmem obronnym zaburzającym realistyczne postrzeganie rzeczywistości poprzez usuwanie ze świadomości dziecka różnych bodźców.¹⁰ Mimo sprawnych narządów zmysłu słuchu i wzroku można zauważyć, iż dzieci z autyzmem często sprawiają wrażenie, jakby nie słyszały tego, co się do nich mówi i nie widziały przedmiotów, a także osób będących w ich otoczeniu. Brak możliwości doświadczenia tego, co na zewnątrz, powoduje, że dzieci te nie mają potrzeby komunikowania się i w związku z tym tworzenia symboli ponieważ, nie spostrzegają nikogo z kim mogłyby się komunikować.¹¹

Tustin określiła tożsamość dzieci z autyzmem mianem „tożsamości klejącej”, a więc takiej, która nie istnieje samodzielnie, która nie ma granic między „ja” a światem zewnętrznym. Nie ma różnicy między tym, co należy do wewnętrznego świata, a tym, co wiąże się z rzeczywistością spoza „ja”.⁵ Takiemu funkcjonowaniu sprzyja patologicznie rozwinięta autozmysłowość, która sprawia, że dzieci z zaburzeniami ze spektrum autystycznego są nadmiernie skoncentrowane na doznaniach cielesnych.¹⁰ To, co dotyczy świata zewnętrznego, jest albo automatycznie wyłączone za sprawą negatywnej halucynacji, albo asymilowane i interpretowane w kategorii wrażeń zmysłowych wynikających z własnej aktywności fizycznej. Niedopuszczanie do poczucia własnej odrębności nie pozwala dzieciom z autyzmem wyłonić się poza iluzorycznie rozszerzoną przestrzeń, w której nie istnieje nic, czemu można byłoby nadać znaczenie.

Etap separowania się od matki jest naturalnym, choć trudnym przeżyciem dla każdego dziecka. Jednak gdy rozwój przebiega prawidłowo, dzieci nie bronią się przed odrębnością, stosując autystyczne mechanizmy unicestwienia świata zewnętrznego oraz tożsamości własnej i innych. Mogą korzystać z konstruktywnej formy radzenia sobie z rozstaniem, jaką stanowi m.in. zabawa. Winnicot wprost pisze, że „separacji udaje się uniknąć poprzez wypełnienie przestrzeni potencjalnej twórczą zabawą, użyciem symboli i wszystkim, co ostatecznie przyczyni się do życia w obszarze kultury”.⁸

Opis przypadku

Kuba (11 lat) jest dzieckiem z ciąży pierwszej, zagrożonej poronieniem. Urodził się o czasie przez cięcie cesarskie. Uzyskał 8 punktów w skali Apgar. Rozwój psychoruchowy przebiegał z opóźnieniem. Zaczął chodzić w 14. miesiącu życia, pierwsze słowa pojawiły się w 3. r.ż. Rodziców niepokoiła płaczliwość dziecka, trudności z uspokojeniem chłopca. Kuba nie bawił się zabawkami, nie manipulował przedmiotami, a tylko delikatnie dotykał je palcem. Obserwowano liczne stereotypie ruchowe. W 5. r.ż. u Kubę stwierdzono zaburzenia ze spektrum autystycznego. Podjęto wówczas wielokierunkowe działania terapeutyczne, w tym terapię psychologiczną (2 spotkania w tygodniu).

Na początku terapii chłopiec wypowiadał pojedyncze słowa oraz równoważniki zdań, stwierdzono mowę echolaliczną, niepełniącą funkcji związanej z komunikacją interpersonalną. Rozumiał proste polecenia, ale nie zawsze je wypełniał. Preferował własną aktywność, która polegała głównie na autozmysłowej stymulacji, polegającej m.in. na zaabsorbowaniu częściami przedmiotów (np. krawędziami klocków, oglądaniu klocka pod różnymi kątami itp.), bieganiu, skakaniu, wydawaniu różnych dźwięków, stukaniu przedmiotami.

Nie reagował na własne imię, kontakt wzrokowy był sporadyczny i krótkotrwały, zaobserwowano ubogą eks-

presję mimiczną, w zachowaniu widoczne było pobudzenie psychoruchowe. Nie podejmował prób rysowania ani zabaw naprzemiennych, nie dzielił wspólnego pola uwagi. Odpowiadał płaczem, krzykiem, rozrzucaniem przedmiotów, kładzeniem się na podłodze w reakcji na każdą zmianę w otoczeniu, której się nie spodziewał. Diagnoza możliwości umysłowych chłopca w oparciu o materiał spostrzegany wzrokowo wykonana testem Columbia i Testem Matryc Ravena wykazała przeciętny poziom myślenia. Iloraz inteligencji ustalony na podstawie skali inteligencji Wechslera dla dzieci wskazywał na niepełnosprawność umysłową w stopniu lekkim.

Poniżej zaprezentowano krótki opis zabawy, którą Kuba zainicjował i rozbudowywał na kilku kolejnych sesjach. Istotna jest tutaj informacja, iż spotkania te odbyły się w nowym gabinecie terapii, którego chłopiec nie znał i był w nim pierwszy raz. Zadbano o to, by większość przedmiotów i wszystkie zabawki zostały przeniesione z poprzedniego miejsca i ustawione w sposób znany chłopcu.

Kuba wbiegł do gabinetu i z niepokojem rozejrzał się po nowym pomieszczeniu. Podczas krótkiej rozmowy terapeutki z matką, w napięciu szybkim krokiem przemierzał gabinet, poruszając się tak, jakby chodził po okręgu. Podobne zachowania pojawiały się wcześniej, ale zwykle tylko w trakcie sesji, kiedy Kuba potrzebował przerwać na chwilę bieżącą czynność i wykonać swój „rytuał” kilkukrotnego obiegania gabinetu; następnie wracał do stolika i kontynuował działanie. Po wyjściu rodzica chłopiec jeszcze dłuższą chwilę kręcił się w kółko, po czym wybrał z półki klocki, które lubił układać. Po chwili przerwał aktywność, podszedł do szafy i wyciągnął z niej dziewięć kolorowych pojemników różnej wielkości, mieszczących się jeden w drugim. Zabawa, którą rozpoczął, polegała na rozkładaniu ich na stoliku, a następnie dopasowywaniu do siebie w taki sposób, aby je uporządkować, chowając jeden w drugim. Kuba włączył terapeutkę do zabawy, pytając co jakiś czas: „który (pojemnik) teraz?”. Czynność rozkładania i porządkowania wielokrotnie powtarzał. Na kolejnej sesji kontynuował zabawę z pojemnikami, ale rozszerzył ją poprzez dodanie nowego elementu w postaci pudełka z niewielkimi szklanymi kulkami. Wyciągał kulki z pudełka i próbował chować je pod pojemniki ustawione denkami ku górze. Kulki „rozlewały się” po stoliku, więc umieszczanie ich pod kubeczkami wymagało skupienia i wysiłku od Kuby. Na następnej sesji chłopiec jeszcze bardziej rozbudował zabawę. Przynosił różne drobne przedmioty znalezione w gabinecie, takie jak: spinacze, pionki i kostki do gier planszowych, gumki do ścierania ołówka itp. Umieszczał je pod pojemnikami, mówiąc „znika”. Zapraszał terapeutkę do zabawy, pytając: „co jeszcze może zniknąć?”. Terapeutka uczestniczyła w jego zabawie poprzez przynoszenie mu podobnych małych elementów, które z powodzeniem mógłby schować pod kubeczkami. Następnie Kuba wyciągał z szaf zabawki, pudełka, obrazki i chował je w różne miejsca, robiąc przy tym spory bałagan w gabinecie. Kiedy skończył, powiedział do

terapeutki „sprzątam” i czekał na jej reakcję. Wspólnie porządkowali zabawki zgodnie ze wskazówkami terapeutki. Pokazywano i mówiono Kubie, co trzeba jeszcze odłożyć i w które miejsce. Zabawa ta była pewnego rodzaju modyfikacją i kontynuacją zabawy w „znikanie”, w którą terapeutka bawiła się z Kubą przed zmianą gabinetu. Wówczas nie „znikały” przedmioty, tylko terapeutka albo Kuba na wyraźny jego komunikat „znikaj” lub „znikam”. Zabawa rozpoczynała się od rzucania piłki do siebie. Po pewnym czasie Kuba mówił „znikaj”. Hasło to oznaczało, że terapeutka miała się schować w gabinecie, by po kilkunastu głośno odliczanych przez Kubę sekundach znów się „pojawić”, sygnalizując to wypowiedzeniem słowa „jestem”. Kiedy Kuba mówił „znikam”, chował się, naśladując wcześniejsze zachowanie terapeutki.

Omówienie

Istotna rozbieżność w diagnozie funkcjonowania intelektualnego Kuby, wynikająca z zastosowania różnych metod diagnostycznych, znajduje odzwierciedlenie w badaniach prowadzonych przez Dawson et al.⁹ Diagnozując możliwości umysłowe dzieci i dorosłych z autyzmem za pomocą Testu Wechslera i Testu Matryc Ravena, naukowcy ci zinterpretowali rozbieżności w ocenie funkcjonowania intelektualnego badanych jako wynik niewłaściwego doboru metod diagnostycznych (Test Matryc Ravena opiera się w całości na obrazach, skala Wechslera wymaga kompetencji słowno-językowych i społecznych), co wiąże się z ryzykiem niedoceniań potencjału umysłowego osób ze spektrum autystycznego.¹²

Zabawa z pojemnikami, która tak intensywnie zajmowała Kubę, mogłaby się wydawać nieadekwatna do prezentowanego przez chłopca poziomu rozwoju poznawczego. Można jednak rozumieć zabawę Kuby jako wyraz symbolicznego dopasowywania się do nowej przestrzeni. Frustracja, której doświadczał, dzięki uruchomionej przez niego zabawie nie musiała znajdować ujścia w postaci pisku, krzyku, płaczu, nagłego śmiechu, rozrzucaniu i niszczeniu przedmiotów, agresji skierowanej przeciwko sobie, a będącej wyrazem rozpaczy i przerażenia wynikającego z wprowadzenia zmian, na które nie miał wpływu. Umieszczanie mniejszego kubeczka w większym może też być ilustracją zawierania, bezpiecznego pomieszczenia w sobie. Bion pisze o szczególnej funkcji matki, która w swojej wrażliwości jest gotowa pomieścić w sobie, czyli przyjąć od dziecka wszelkie trudne przeżycia i emocje.⁶ Owe odczucia stanowią dla dziecka silne pobudzenie psychofizyczne, którego nie potrafi zrozumieć. Dopiero matka, która nie jest przerażona tak jak dziecko, umie nadać właściwe znaczenie dziecięcym odczuciom i spowodować, że odzyska ono spokój i poczucie bezpieczeństwa. Wielokrotne doświadczenie bycia kontenerowanym powoduje, że rozwija się wewnętrzna umiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (pomieszczenia w sobie).¹³ Proces

pomieszczenia i doświadczenia bycia pomieszczanym w naturalny sposób realizuje się w terapii. Senator, pisząc o rozmyciu granic dzieci z zaburzeniami ze spektrum autystycznego, zwraca uwagę na konieczność doświadczenia bycia kontenerowanym. Pozwala ono „rozwinąć w dziecku poczucie posiadania skóry, która chroni i trzyma w całości”.¹⁰ Skóra jest tutaj synonimem granicy oddzielającej ciało dziecka, jego umysł, emocje i doznania od obiektów zewnętrznych. Jest to granica, która daje poczucie bezpieczeństwa w momencie, w którym coraz trudniej jest utrzymać iluzję zlania z matką. Senator podaje przykłady szukania przez dzieci z autyzmem takich doświadczeń, które umożliwiałyby im odczucie granic własnego ciała; są to np. chowanie się w ciasnych kątach, domaganie się mocnego uścisku. Opisany w niniejszym artykule chłopiec lubił zabawę w tzw. „naleśnika”, która polega na zawijaniu dziecka w koc na wzór zawijania naleśników.

Bionowski termin pomieszczenie w sobie jest niezbędnym zaczątkiem do rozwoju myślenia. Matka, która nadaje znaczenie doświadczeniom i przeżyciom dziecka, przyczynia się do rozwoju tej zdolności u niego.^{6,13}

Rytuał obiegania gabinetu można rozumieć jako „pozostałość” po dominującej na początku terapii aktywności Kuby, której głównym celem była autozmysłowa stymulacja. Był to sposób na odcięcie się od bodźców świata zewnętrznego, skupienie się na własnych doznaniach przy jednoczesnym zanegowaniu istnienia innej niż własna rzeczywistości. Bieganie, skakanie, stukanie przedmiotami, oglądanie ich z różnych perspektyw wypełniało czas początkowych sesji.

Szklane kulki „rozlewające” się po stoliku mogły symbolizować emocje chłopca, z którymi próbował sobie poradzić. Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autystycznego doświadczają gwałtownego, zalewającego napięcia na poziomie fizycznym i psychicznym, stąd często silnie reagują krzykiem płaczem, nieadekwatnym śmiechem, pobudzeniem ruchowym.

Zabawa w „znikanie”, zgodnie z koncepcją Peller, to preedypalny etap rozwoju zabawy, w którym dziecko w sposób symboliczny radzi sobie z separacją od matki. Chowając się przed matką, dziecko zamienia role, a tym samym przejmuje kontrolę nad momentem rozstania, jednocześnie pokonując lęki związane z oddaleniem od matki.¹⁴ Zabawa, którą zaprezentował Kuba, świadczy, iż u chłopca zaczyna się proces różnicowania, wyodrębniania „ja” od świata zewnętrznego. Jednocześnie chaos, który pojawia się pod koniec zabawy, może sugerować, że proces stawania się odrębną osobą budzi pomieszenie i lęk. Komunikat „sprzątam” skierowany do terapeutki rozumiano jako potrzebę pomocy w uporządkowaniu emocji, pomieszczeniu ich i bezpiecznym nadaniu im znaczenia. Peller podkreśla, że zabawę preedypalną cechuje swoiste nienasycenie wyrażające się wielokrotnymi powtórzeniami tych samych aktywności.¹⁴ W związku z powyższym powtarzalność zabawy Kuby będzie wyrazem rozwoju dziecka, nie zaś symptomem autystycznym.

Praca terapeutyczna z Kubą trwa 6. rok. Łączy w sobie elementy edukacyjne rozwijające zdolności poznawcze, terapię poprzez sztukę, muzykę, zabawę, ekspresję ruchową. Opiera się głównie na budowaniu zaufania i poczucia bezpieczeństwa; wyrażaniu postawy akceptacji i zrozumienia dla uczuć przerażenia, lęku, niepokoju; tworzeniu przestrzeni potencjalnej, w której może rozwijać się zabawa, jako wyrazu wychodzenia z autystycznej izolacji.

Cierpliwość, konsekwencja w postępowaniu terapeutycznym oraz współpraca z rodzicami sprzyjają kształtowaniu się indywidualnej tożsamości Kuby, jego wyłanianiu się z autystycznej kapsuły. Chłopiec potrafi już komunikować swoje potrzeby, dłużej utrzymywać kontakt wzrokowy, a przede wszystkim bawić się.

Wnioski

Terapia dziecka z zaburzeniami ze spektrum autystycznego wymaga od terapeuty gotowości do przyjmowania przerażenia dziecka i rozumienia wynikających z niego zachowań, także agresywnych i autoagresywnych. Owo zrozumienie jest potrzebne, by pomóc dziecku poradzić sobie z „zalewającymi” i niebezpiecznymi w jego rozumieniu emocjami. Postawa życzliwości, cierpliwości i konsekwencji pozwala na budowanie w dziecku poczucia, że świat zewnętrzny może być zrozumiały i bezpieczny, iż komunikacja i społeczna wymiana mogą stanowić źródło ukojenia i dobrego doświadczenia. Konstytuowanie się takiego wewnętrznego przekonania o posiadaniu dobrych obiektów (ważne bliskie osoby) i dobrych relacji staje się zaczątkiem do stopniowego rezygnowania z autystycznych obron.

Opisana w artykule zabawa chłopca jest ilustracją procesu wychodzenia z wewnętrznej autystycznej izolacji i podejmowania prób korzystania z symboli (słowa, zabawa) w celu „oswajania” się z rzeczywistością spoza „ja”.

Istotne w terapii dzieci z zaburzeniami ze spektrum autystycznego jest poszukiwanie indywidualnej drogi porozumienia się, charakterystycznej dla danego, konkretnego dziecka. Z pomocą w jej szukaniu mogą przyjść teorie psychoterapeutyczne, w prezentowanym przypadku pomocne okazały się koncepcje psychoanalityczne.

Piśmiennictwo

1. Betancur C, Coleman M. Etiological heterogeneity in autism spectrum disorders: Role of rare variants. W: Buxbaum J, Hof P, red. *The neuroscience of autism spectrum disorders*. San Diego: Academic Press; 2013.
2. Bishop SL, Rihler J, Lord C. Association between restricted and repetitive behaviors and nonverbal IQ in children with autism spectrum disorders. *Child Neuropsychol*. 2006;12(4–5):247–267.
3. Jaklewicz H. Całościowe zaburzenia rozwojowe. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2005.
4. Morrison J. *DSM-5 bez tajemnic: Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016.
5. Tustin F. *Autistic states in children*, wyd. popr. Hove, New York, NY: Brunner-Routledge; 1992.
6. Szpak M. *Rozwój symbolizacji: Wybrane perspektywy psychoanalityczne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014;11,34.
7. Bowlby J. *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2016.
8. Winnicott DW. *Zabawa a rzeczywistość*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2011;58,151.
9. Dawson M, Soulières I, Gernsbacher MA, Mottron L. The level and nature of autistic intelligence. *Psychol Sci*. 2007;18(8):647–662.
10. Senator D. Organizacja psychiczna dziecka z autyzmem: Psychiczne mechanizmy autyzmu według teorii Frances Tustin. *Psychoterapia*. 2006;3(138):34–41.
11. Rhode M. Different responses to trauma in two children with autistic spectrum disorder: The mouth as crossroads for the sense of self. *J Child Psychother*. 2004;30:3–20.
12. Gardin T, Panek R. *Mózg autystyczny: Podróż w głąb niezwykłych umysłów*. Kraków: Copernicus Center Press; 2016.
13. Houzel D. The psychoanalysis of infantile autism. *J Child Psychother*. 2004;30:225–237.
14. Schier K. *Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: Przeniesienie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2000.

Roczny spis treści

nr 1 (styczeń–marzec)

Prace oryginalne

- 5 Ewa Z. Gieysztor, Ludwika Sadowska, Anna M. Choirńska
Stopień integracji odruchów prymitywnych jako narzędzie diagnostyczne do oceny dojrzałości neurologicznej zdrowych dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym
- 13 Katarzyna Mendyk, Kinga Antos-Latek, Monika Kowalik, Konrad Pagacz, Marcin Lewicki, Ewa Obel
Zachowania prozdrowotne w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18. roku życia
- 19 Kamil Bukłaho, Mateusz Cybulski, Jolanta Ustymowicz-Farbiszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak
Styl życia a występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
- 27 Olga Dąbska, Eliza Wołoszynek, Anna Kowalczyk, Ewelina Kozłowska
Sposoby radzenia sobie ze stresem – badanie ankietowe studentów wybranych szkół wyższych z Lublina
- 35 Ewa Malczyk, Marzena Zołoteńska-Synowiec, Beata Całyniuk, Malczyk Agata, Joanna Synowiec
Częstotliwość spożycia wybranych produktów spożywczych przez studentów opolskich, śląskich i dolnośląskich uczelni
- 45 Jan M. Juzwizyn, Iga Wiatrak, Katarzyna Golemo, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak
Poziom wiedzy kobiet i mężczyzn na temat ostrego zespołu wieńcowego
- 53 Ilona Kapela, Ewelina Bąk, Sylwia A. Krzemińska, Agnieszka Foltyn
Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią
- 63 Magdalena Jastrzębiec-Święcicka, Mateusz Cybulski, Zofia Dziecioł-Anikiej, Elżbieta Krajewska-Kułak
Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego
- 69 Marzena Kaźmierczak, Marzanna Sołdyńska, Małgorzata Gierszewska, Grażyna Gebuza, Estera Mieczkowska
Ocena lęku przed porodem u kobiet ciężarnych
- 77 Ewa Wilczek-Rużyczka, Iwona Zaczek, Katarzyna Obrzut
Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej

Prace poglądowe

- 85 Emilia Mikołajewska
Nieprawidłowo dobrane wymiary wózka dla osób niepełnosprawnych – zagrożenia i konsekwencje

List do Redakcji

- 89 Magdalena Żelechowicz, Ewa Pasieka
List do Redakcji dotyczący pracy pt. „Ochrona radiologiczna z punktu widzenia pacjentów Zakładu Radiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku” (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 1, 29–38)

- 93 **Nowości wydawnicze**

nr 2 (kwiecień–czerwiec)

Prace oryginalne

- 101 Anna Kowalczyk, Ewelina Kozłowska, Olga Dąbska, Eliza Wołoszynek
Epidemiologia nowotworów złośliwych wśród Polek w wieku około- i pomenopauzalnym w latach 1999–2012

- 107 Aleksander A. Zarzeka, Lucyna Iwanow, Katarzyna Pietruszewska, Nicole Mazur, Anna Gorzkiewicz, Mariusz Panczyk, Jarosława Belowska, Łukasz Samoliński, Joanna Gotlib
Wiedza studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat rozszerzenia kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych w zakresie ordynowania leków, wystawiania recept i kierowania na badania diagnostyczne
- 117 Sylwia A. Krzemińska, Joanna Magolan, Adriana Borodzicz, Marta Arendarczyk
Wybrane problemy emocjonalne opiekunów pacjentów odżywianych przez gastrostomię w warunkach domowych
- 125 Natalia M. Kaźmierczak, Kalina Łukasiewicz, Antoni Niedzielski
Poglądy, zachowania i zwyczaje żywieniowe występujące w przebiegu ortoreksji
- 135 Aleksander A. Zarzeka, Jarosława Belowska, Mariusz Panczyk, Halina Żmuda-Trzebiatowska, Barbara Kot-Doniec, Joanna Gotlib
Udział w szkoleniach zawodowych pielęgniarek i położnych specjalizujących się
- 141 Sylwia L. Dębska, Monika Szyszka, Grażyna Bączek, Ewa Dmoch-Gajzlerska
Wiedza studentów kierunków medycznych na temat fizjologii płodności kobiety i naturalnych metod planowania rodziny

Prace poglądowe

- 149 Grażyna Szymańska-Pomorska, Aleksandra Pytel, Beata Smolińska
Zakażenia szpitalne jako problem epidemiologiczny współczesnego szpitala. Dekontaminacja oraz zasady przechowywania sprzętu medycznego
- 153 Agnieszka Kimak
Jadłowstręt psychiczny: powikłania sercowo-naczyniowe
- 159 Paulina Możdżonek, Katarzyna Antosik
Kreowanie trendów dietetycznych przez media i ich wpływ na rozwój zaburzeń odżywiania się

nr 3 (lipiec–wrzesień)

Prace oryginalne

- 169 Helena Kisvetrová, Lucie Martincová, Šárka Vévodová, Jiří Vévoda
Ocena jakości życia osób korzystających z opieki domowej na podstawie domen ankiety WHOQOL-BREF w wybranych regionach Czech
- 177 Katarzyna B. Bator
Wiedza żywieniowa pracowników ochrony zdrowia
- 189 Joanna Cwalina, Mateusz Cybulski, Katarzyna Snarska, Elżbieta Krajewska-Kułąk
Wiedza studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na temat czynników ryzyka i podstawowych zasad profilaktyki chorób układu krążenia
- 199 Mirosława Adamus, Mariusz Jaworski
Badanie czynników determinujących poziom motywacji do studiowania u studentów uniwersytetów medycznych a poczucie identyfikacji z przyszłą rolą zawodową
- 207 Kamila Rachubińska, Marzanna Stanisławska, Sylwia Wieder-Huszlą, Aleksandra Grabowicz, Elżbieta Grochans
Motywy oraz satysfakcja z wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo jako determinanty poziomu empatii u studentów pielęgniarstwa
- 213 Katarzyna Gacuta, Mateusz Cybulski, Jacek Kita, Elżbieta Krajewska-Kułąk
Ocena jakości życia pacjentów z objawem Raynauda po przebytych zabiegach z zakresu fizykoterapii

Prace poglądowe

- 223 Agnieszka Pieczykolan, Ewelina Flis, Agnieszka Bień
Zaburzenia odżywiania a ciąża
- 227 Krzysztof Osiński
System Jednorodnych Grup Pacjentów – różne zastosowania systemu

Prace kazuistyczne

- 235 Grażyna Szymańska-Pomorska, Aleksandra Pytel, Agnieszka Mytnik
Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z dysplazją włóknistą kości

nr 4 (październik–grudzień)

- 247 **Podziękowania**

Prace oryginalne

- 249 Anna Kobierecka-Dziamska
Odpowiedzialność za współdziałanie w leczeniu dziewcząt i młodych kobiet chorujących na jadłowstręt psychiczny – badanie jakościowe
- 257 Marzena Jacyk, Anna M. Kurek, Krystyna A. Maier, Jan M. Juzwiszyn, Magdalena Milan, Zofia Bolanowska, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak
Ocena powrotu do sprawności ruchowej pacjentów po złamaniu przekrętarzowym kości udowej w okresie 6 miesięcy po zabiegu chirurgicznym
- 263 Alicja A. Duda, Kinga M. Fecko-Gałowicz, Paulina Jabłońska, Maria Zięba
Wiedza pielęgniarek w Polsce i Wielkiej Brytanii na temat świadczenia kulturowo zgodnej opieki nad umierającym pacjentem wyznającym islam i postępowania z jego ciałem po śmierci
- 269 Jadwiga Stanek, Jan M. Juzwiszyn, Katarzyna Borek, Agnieszka P. Maj, Mariusz Chabowski, Zofia Bolanowska, Dariusz Janczak
Kompleksowa ocena powrotu do sprawności ruchowej chorych po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego
- 279 Angelika Jakubowska, Regina Żuralska, Marzanna Mziray
Ocena satysfakcji z życia w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ratowników/ratowniczek medycznych województwa pomorskiego
- 285 Dominika Koralewicz, Ewa I. Kuriata-Kościelniak, Sylwia Mróz
Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce
- 293 Joanna Bieniek, Anna Brończyk-Puzoń, Paweł Jagielski
Jakość życia osób po 60. r.ż. z niestabilną chorobą wieńcową poddanych zabiegowi angioplastyki – ocena za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF. Doniesienie wstępne

Prace pogładowe

- 299 Monika I. Dąbkowska
Wspieranie ofiar przemocy domowej – jak pomagać?
- 305 Alicja E. Ratajczak, Małgorzata Moszak, Marian Grzymistawski
Zalecenia żywieniowe w niedoczynności tarczycy i chorobie Hashimoto
- 313 Rafał Szpakowski, Grażyna Dykowska
Ewaluacja punktów krytycznych procesu farmakoterapii szpitalnej w kontekście bezpieczeństwa pacjenta w Polsce

Prace kazuistyczne

- 317 Monika Trojanowska, Dominik Krzyżanowski
Znaczenie zabawy w terapii dziecka z zaburzeniami ze spektrum autystycznego – opis przypadku
- 323 **Roczny spis treści**
- 327 **Annual Contents**
- 331 **Indeks autorów**

Annual Contents

No. 1 (January–March)

Original papers

- 5 Ewa Z. Gieysztor, Ludwika Sadowska, Anna M. Choińska
The degree of primitive reflexes integration as a diagnostic tool to assess the neurological maturity of healthy preschool and early school age children
- 13 Katarzyna Mendyk, Kinga Antos-Latek, Monika Kowalik, Konrad Pagacz, Marcin Lewicki, Ewa Obel
Pro-health behavior in adolescents in regard to nourishment and physical activity
- 19 Kamil Bukłaho, Mateusz Cybulski, Jolanta Ustymowicz-Farbiszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak
Lifestyle and the occurrence of back pain among the students of the Faculty of Health Sciences at the Medical University of Białystok
- 27 Olga Dąbska, Eliza Wołoszynek, Anna Kowalczyk, Ewelina Kozłowska
Ways of coping with stress: Survey based on the group of students from selected universities in Lublin
- 35 Ewa Malczyk, Marzena Zołoteńska-Synowiec, Beata Całyniuk, Agata Malczyk, Joanna Synowiec
The frequency of consumption of selected food products by students from Opole Voivodship, Lower Silesia and Silesian universities
- 45 Jan M. Juzwizyn, Iga Wiatrak, Katarzyna Golemo, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak
The level of knowledge of men and women regarding acute coronary syndrome (ACS)
- 53 Ilona Kapela, Ewelina Bąk, Sylwia A. Krzemińska, Agnieszka Foltyn
Evaluation of the level of acceptance of the disease and of satisfaction with life in patients with colorectal cancer treated with chemotherapy
- 63 Magdalena Jastrzębiec-Święcicka, Mateusz Cybulski, Zofia Dzieciół-Anikiej, Elżbieta Krajewska-Kułak
Functional assessment of patients with osteoarthritis of the knee
- 69 Marzena Kaźmierczak, Marzanna Sołdyńska, Małgorzata Gierszewska, Grażyna Gebuza, Estera Mieczkowska
Assessment of fear in women before childbirth
- 77 Ewa Wilczek-Rużycza, Iwona Zaczek, Katarzyna Obrzut
Professional burnout of palliative care nurses

Reviews

- 85 Emilia Mikołajewska
Incorrectly fitted wheelchair size – threats and consequences

Letter to the Editor

- 89 Magdalena Żelechowicz, Ewa Pasięka
Letter to the Editor regarding the article “Radiation Protection from the Point of View of Patients of the Radiology Department at the University Clinical Hospital in Białystok” (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 1, 29–38)

93 New books

No. 2 (April–June)

Original papers

- 101 Anna Kowalczyk, Ewelina Kozłowska, Olga Dąbska, Eliza Wołoszynek
Epidemiology of malignant tumors among Polish women in peri- and postmenopausal period in 1999–2012

- 107 Aleksander A. Zarzeka, Lucyna Iwanow, Katarzyna Pietruszewska, Nicole Mazur, Anna Gorzkiewicz, Mariusz Panczyk, Jarosława Belowska, Łukasz Samoliński, Joanna Gotlib
Knowledge of students of Warsaw Medical University about expanding professional competence of nurses and midwives with reference to prescribing medicines, writing out prescriptions, and referring for diagnostic tests
- 117 Sylwia A. Krzemińska, Joanna Magolan, Adriana Borodzicz, Marta Arendarczyk
Selected emotional problems of caregivers of patients fed by gastrostomy in domestic environment
- 125 Natalia M. Kaźmierczak, Kalina Łukasiewicz, Antoni Niedzielski
The outlook, behavior and eating habits occurring in the course of orthorexia nervosa
- 135 Aleksander A. Zarzeka, Jarosława Belowska, Mariusz Panczyk, Halina Żmuda-Trzebiatowska, Barbara Kot-Doniec, Joanna Gotlib
Participation in vocational training among nurses and midwives during specialization
- 141 Sylwia L. Dębska, Monika Szyszka, Grażyna Bączek, Ewa Dmoch-Gajzlerska
The knowledge of physiology of female fertility and natural family planning methods among medical students

Reviews

- 149 Grażyna Szymańska-Pomorska, Aleksandra Pytel, Beata Smolińska
Hospital infections as a modern hospital epidemiological problem. Decontamination and rules of medical equipment storage
- 153 Agnieszka Kimak
Anorexia nervosa: Cardiovascular complications
- 159 Paulina Możdżonek, Katarzyna Antosik
Creating of dietary trends in the media and their influence on the development of eating disorders

No. 3 (July–September)

Original papers

- 169 Helena Kisvetrová, Lucie Martincová, Šárka Vévodová, Jiří Vévoda
Quality of life assessment in WHOQOL-BREF domains amongst home care clients in selected regions of the Czech Republic
- 177 Katarzyna B. Bator
Nutrition knowledge of healthcare staff
- 189 Joanna Cwalina, Mateusz Cybulski, Katarzyna Snarska, Elżbieta Krajewska-Kułak
Knowledge of students of the Faculty of Health Sciences at the Medical University of Białystok on the risk factors and the basic principles of prevention of cardiovascular diseases
- 199 Mirosława Adamus, Mariusz Jaworski
A study of the factors determining motivational level to study of medical university students and a sense of identification with the future professional role
- 207 Kamila Rachubińska, Marzanna Stanisławska, Sylwia Wieder-Huszlą, Aleksandra Grabowicz, Elżbieta Grochans
Motives for and satisfaction with the choice of a study field at the faculty of nursing as determinants of empathy levels in students of nursing
- 213 Katarzyna Gacuta, Mateusz Cybulski, Jacek Kita, Elżbieta Krajewska-Kułak
Assessment of quality of life in patients with Raynaud's phenomenon after procedures with physical therapy

Reviews

- 223 Agnieszka Pieczykolan, Ewelina Flis, Agnieszka Bień
Eating disorders during pregnancy
- 227 Krzysztof Osiński
Diagnosis-Related Groups – various system applications

Case reports

- 235 Grażyna Szymańska-Pomorska, Aleksandra Pytel, Agnieszka Mytnik
The nurses care for the child with bones fibrous dysplasia

No. 4 (October–December)

- 247 **Acknowledgements**

Original papers

- 249 Anna Kobierecka-Dziamska
Responsibility for participation in treatment of anorexia nervosa in female adolescents and young women: Qualitative research
- 257 Marzena Jacyk, Anna M. Kurek, Krystyna A. Maier, Jan M. Juzwiszyn, Magdalena Milan, Zofia Bolanowska, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak
Assessment of the return to mobility of patients after intertrochanteric fracture of the femur in the period of 6 months after the surgical procedure
- 263 Alicja A. Duda, Kinga M. Fecko-Gałowicz, Paulina Jabłońska, Maria Zięba
Knowledge of nurses in Poland and Great Britain on providing a culturally appropriate nursing care for dying and deceased Muslim patients
- 269 Jadwiga Stanek, Jan M. Juzwiszyn, Katarzyna Borek, Agnieszka P. Maj, Mariusz Chabowski, Zofia Bolanowska, Dariusz Janczak
A comprehensive assessment of the return to mobility of patients after hip replacement surgery
- 279 Angelika Jakubowska, Regina Żuralska, Marzanna Mziray
Assessment of life satisfaction among nurses employed in the Medical University of Gdańsk and paramedics from Pomeranian Voivodeship
- 285 Dominika Koralewicz, Ewa I. Kuriata-Kościelniak, Sylwia Mróz
Nursing students' opinion on the professional image of nurses in Poland
- 293 Joanna Bieniek, Anna Brończyk-Puzoń, Paweł Jagielski
Measuring the quality of life of individuals over 60 years of age with unstable coronary artery disease after percutaneous transluminal coronary angioplasty by means of the WHOQOL-BREF questionnaire: Preliminary report

Reviews

- 299 Monika I. Dąbkowska
Supporting the victims of family violence: How to help?
- 305 Alicja E. Ratajczak, Małgorzata Moszak, Marian Grzymiśławski
Dietary recommendations for hypothyroidism and Hashimoto's disease
- 313 Rafał Szpakowski, Grażyna Dykowska
Evaluation of critical points of hospital pharmacotherapy in relation to patient safety in Poland

Case reports

- 317 Monika Trojanowska, Dominik Krzyżanowski
The importance of fun in treatment of the child with autism spectrum disorder: A case report

- 323 **Roczny spis treści**

- 327 **Annual Contents**

- 331 **Index of Authors**

Indeks autorów

- Adamus Mirosława 199
Antosik Katarzyna 159
Antos-Latek Kinga 13
Arendarczyk Marta 117
- Bator Katarzyna B. 177
Bączek Grażyna 141
Bąk Ewelina 53
Belowska Jarosława 107, 135
Bieniek Joanna 293
Bierń Agnieszka 223
Bolanowska Zofia 257, 269
Borek Katarzyna 269
Borodzicz Adriana 117
Brończyk-Puzoń Anna 293
Bukłaho Kamil 19
- Całyniuk Beata 35
Chabowski Mariusz 45, 257, 269
Choińska Anna M. 5
Cwalina Joanna 189
Cybulski Mateusz 19, 63, 189, 213
- Dąbkowska Monika I. 299
Dąbska Olga 27, 101
Dębska Sylwia L. 141
Dmoch-Gajzlerska Ewa 141
Duda Alicja A. 263
Dykowska Grażyna 313
Dzięcioł-Anikiej Zofia 63
- Farbiszewska Jolanta
Fecko-Gałowicz Kinga M. 263
Flis Ewelina 223
Foltyń Agnieszka 53
- Gacuta Katarzyna 213
Gebuza Grażyna 69
Gierszewska Małgorzata 69
Gieysztor Ewa Z. 5
Golemo Katarzyna 45
Gorzkiwicz Anna 107
Gotlib Joanna 107, 135
Grabowicz Aleksandra 207
Grochans Elżbieta 207
Grzymisławski Marian 305
Iwanow Lucyna 107
Jabłońska Paulina 263
Jacyk Marzena 257
Jagielski Paweł 293
Jakubowska Angelika 279
Janczak Dariusz 45, 257, 269
- Jastrzębiec-Święcicka Magdalena 63
Jaworski Mariusz 199
Juzwiszyn Jan M. 45, 257, 269
- Kapela Ilona 53
Kaźmierczak Marzena 69
Kaźmierczak Natalia M. 125
Kimak Agnieszka 153
Kisvetrová Helena 169
Kita Jacek 213
Kobierecka-Dziamka Anna 249
Koralewicz Dominika 285
Kot-Doniec Barbara 135
Kowalczyk Anna 27, 101
Kowalik Monika 13
Kozłowska Ewelina 27, 101
Krajewska-Kułek Elżbieta 19, 63, 189, 213
Krzemińska Sylwia A. 53, 117
Krzyżanowski Dominik 317
Kurek Anna M. 257
Kuriata-Kościelniak Ewa I. 285
- Lewicki Marcin 13
- Łukasiewicz Kalina 125
- Magolan Joanna 117
Maier Krystyna A. 257
Maj Agnieszka P. 269
Małczyk Agata 3
Małczyk Ewa 35
Martincová Lucie 169
Mazur Nicole 107
Mendyk Katarzyna 13
Mieczkowska Estera 69
Mikołajewska Emilia 85
Milan Magdalena 257
Moszak Małgorzata 305
Możdżonek Paulina 159
Mróz Sylwia 285
Młynnik Agnieszka 235
Mziray Marzanna 279
- Niedzielski Antoni 125
- Obel Ewa 13
Obrzut Katarzyna 77
Osiński Krzysztof 227
- Pagacz Konrad 13
Panczyk Mariusz 107, 135
Pasięka Ewa 89
- Pieczkolan Agnieszka 223
Pietruszewska Katarzyna 107
Pytel Aleksandra 149, 235
- Rachubińska Kamila 207
Ratajczak Alicja E. 305
- Sadowska Ludwika 5
Samoliński Łukasz 107
Smolińska Beata 149
Snarska Katarzyna 189
Sołdyńska Marzanna 69
Stanek Jadwiga 269
Stanisławska Marzanna 207
Synowiec Joanna 35
Szpakowski Rafał 313
Szymańska-Pomorska Grażyna 149, 235
Szyszka Monika 141
- Trojanowska Monika 317
- Ustymowicz-Farbiszewska Jolanta 19
- Vévoda Jiří 169
Vévodová Šárka 169
- Wiatrak Iga 45
Wieder-Huszcza Sylwia 207
Wilczek-Rużyczka Ewa 77
Wołoszynek Eliza 27, 101
- Zaczyk Iwona 77
Zarzeka Aleksander A. 107, 135
Zięba Maria 263
Zołoterka-Synowiec Marzena 35
- Żmuda-Trzebiatowska Halina 135
Żuralska Regina 279

Pielęgniarstwo
i Zdrowie Publiczne
Nursing and Public Health

