

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne

Nursing and Public Health

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

www.pzp.umed.wroc.pl

2019, tom 9, nr 3 (lipiec-wrzesień)

Index Copernicus (ICV) – 69,56 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
2019, tom 9, nr 3
(lipiec–wrzesień)

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 2019

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)
Ewa Jassem (Polska)
Helena Kisvetrová (Czechy)

Sekretariat Redakcji

Editorial Secretariat

Miroslaw Chybicki
Mariusz Czarnecki
Monika Trojanowska
Ewelina Trościanko-Wilk

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

Stanisław Kowalik (Polska)
Elżbieta Krajewska-Kułąk (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

Anna Gemza, Aleksandra Król, Marek Misiak

Native speaker artykułów w języku angielskim/English Language Copy Editor

Sherill Pociecha

Patronat honorowy/Honorary patronage



Polityka wydawnicza/Editorial Policy

Czasopismo zamieszcza recenzowane, oryginalne prace badawcze dotyczące pielęgniarstwa i zdrowia publicznego oraz artykuły pogładowe i kazuistyczne. 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.

Projekt typograficzny: Monika Kołęda, Piotr Gil

Projekt okładki: Monika Kołęda

DTP: Aleksandra Król, Leonard Szłapka

Druk i oprawa: EXDRUK

Spis treści

Prace oryginalne

- 159 Rafał Szpakowski
Polska wersja kwestionariusza Hospital Survey on Patient Safety Culture
- 167 Agata Maria Kawalec, Anna Maria Kawalec
Analiza składu ciała młodych dorosłych pod kątem częstości występowania tzw. ukrytej otyłości – badanie pilotażowe
- 173 Małgorzata Kwiatkowska, Agata Wawrzyniak
Edukacja żywieniowa jako element poprawiający zachowania żywieniowe oraz wybrane parametry antropometryczne w grupie dzieci w wieku 12 lat
- 183 Lucyna Sochocka, Ewa Ledwoń, Sławomir Rak, Katarzyna Szwamel
Samoocena wiedzy nauczycieli w zakresie przygotowania do sprawowania opieki nad dzieckiem z cukrzycą typu 1 w szkole
- 191 Justyna Jeżewska, Monika Wójta-Kempa
Zjawisko samoleczenia w chorobach przewlekłych na przykładzie chorych na stwardnienie rozsiane
- 205 Wiktoria Chilmończyk, Ewa Kobos
Samobójstwo wspomagane w opinii pielęgniarek pracujących w placówkach paliatywno-hospicyjnych
- 215 Andżelika Kosmała, Iwona Wilk, Krzysztof Kassolik
Wpływ makijażu na samopoczucie i samoocenę u kobiet

Prace poglądowe

- 221 Anna Brończyk-Puzoń, Aneta Koszowska, Joanna Bieniek
Ryzyko kardiometaaboliczne w zespole policystycznych jajników
- 229 Agata Wypych-Ślusarska, Joanna Głogowska-Ligus, Jerzy Słowiński
Spółeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu
- 237 Grzegorz Godawa
Idea opieki domowej bł. Hanny Chrzanowskiej realizowana w hospicjum domowym
- 243 Daniel Wiśniewski, Kinga Flaga-Gieruszyńska
Fenomenologiczne i hermeneutyczne założenia filozofii i etyki pielęgniarstwa – analizy, porównania, rekonceptualizacje pojęć

Contents

Original papers

- 159 Rafał Szpakowski
Polish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture
- 167 Agata Maria Kawalec, Anna Maria Kawalec
Analysis of the body composition of young adults and the frequency of occurrence of so-called normal weight obesity: A pilot study
- 173 Małgorzata Kwiatkowska, Agata Wawrzyniak
Nutritional education as an element improving nutritional behavior and selected anthropometric parameters in the group of children aged 12 years
- 183 Lucyna Sochocka, Ewa Ledwoń, Sławomir Rak, Katarzyna Szwamel
Self-assessment of teachers' knowledge regarding their preparation for caring for a child with type 1 diabetes at school
- 191 Justyna Jeżewska, Monika Wójta-Kempa
The phenomenon of self-care in chronic diseases on the example of patients with multiple sclerosis
- 205 Wiktoria Chilmorczyk, Ewa Kobos
Physician-assisted suicide in the opinion of nurses who work in palliative and hospice institutions
- 215 Andżelika Kosmala, Iwona Wilk, Krzysztof Kassolik
Influence of makeup on the well-being and self-esteem of women

Reviews

- 221 Anna Brończyk-Puzoń, Aneta Koszowska, Joanna Bieniek
Cardiometabolic risk in polycystic ovary syndrome
- 229 Agata Wypych-Ślusarska, Joanna Głogowska-Ligus, Jerzy Słowiński
Social determinants of health inequalities
- 237 Grzegorz Godawa
The concept of home hospice care introduced by blessed Hanna Chrzanowska
- 243 Daniel Wiśniewski, Kinga Flaga-Gieruszyńska
Phenomenological and hermeneutical assumptions of ethics and philosophy in nursing: Analyses, comparisons, reconceptualizations of notions

Polish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture

Polska wersja kwestionariusza Hospital Survey on Patient Safety Culture

Rafał Szpakowski^{A–F}

Department of Public Health, Faculty of Health Sciences, Medical University of Warsaw, 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 the article

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

Piel Zdr Publ. 2019;9(3):159–166

Address for correspondence

Rafał Szpakowski
E-mail: rafszpakowski@gmail.com

Funding sources

None declared

Conflict of interest

None declared

Received on September 15, 2017
Reviewed on November 3, 2017
Accepted on February 20, 2019

Abstract

Background. Assessments of patient safety culture at healthcare institutions such as hospitals usually include a survey of staff perceptions. There are several tools to measure subjective opinions of patient safety in hospitals.

Objectives. This pilot study was designed to test the feasibility of adapting the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) to the context of the Polish healthcare system.

Material and methods. The study was conducted at a multi-site public hospital located in the Mazovian voivodeship of Poland, in a district (powiat) with a population of over 70,000. The hospital has a total capacity of 199 beds on 9 wards. A paper-based Polish translation of the HSOPSC (Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta – ASBP) was personally distributed among the nursing/midwifery staff between May 20 and June 5, 2015.

Results. None of the 103 respondents commented in any way on the correctness of the form of the questions. Also, the response rate (RR) was high (88%). Among the respondents, 39.2% ($n = 40$) gave their work unit a global safety grade of “acceptable”, while 54.9% ($n = 56$) graded it “very good”. The majority of the respondents (80.1%; $n = 81$) had not reported any unsafe event in the previous 12 months. Cronbach’s α scores ranged from 0.37 to 0.89. Only 4 dimensions received reliability scores above 0.70.

Conclusions. The Polish-language version of the HSOPSC is less psychometrically sound than the original and many other European versions. This pilot study provided evidence that the logical and grammatical construction of the translated questions enable the Polish-language version of the HSOPSC to be used on a larger population of health workers in Poland in order to fully assess psychometric properties of this questionnaire.

Key words: nurse, patient safety, healthcare quality, hospital

Cite as

Szpakowski R. Polish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):159–166. doi:10.17219/pzp/104607

DOI

10.17219/pzp/104607

Copyright

© 2019 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. Ocena kultury bezpieczeństwa pacjenta w podmiotach ochrony zdrowia, takich jak szpital, zazwyczaj obejmuje badanie percepcji personelu. Istnieje kilka narzędzi służących do pomiaru subiektywnej opinii na temat bezpieczeństwa pacjenta w szpitalu.

Cel pracy. Niniejsze badanie pilotażowe zostało zaprojektowane w celu sprawdzenia przydatności ankiety Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) stworzonej przez Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) w kontekście polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone w wieloprofilowym szpitalu publicznym w Polsce, w województwie mazowieckim, w powiecie liczącym >70 tys. mieszkańców. Szpital posiada 199 łóżek na 9 oddziałach. Kwestionariusz papierowy ankiety polskiej wersji HSOPSC (Ankiety Szpitalnej Bezpieczeństwa Pacjenta – ASBP) był osobiście wręczany pielęgniarcom i położnym zatrudnionym w okresie 20.05.2015 r. – 5.06.2015 r.

Wyniki. Żadna ze 103 respondentek nie miała uwag odnośnie do poprawności treści pytań. Stopień realizacji próby (RR) był wysoki (88%). Wśród badanych 39,2% ($n = 40$) oceniło ogólne bezpieczeństwo pacjenta na swoim oddziale jako akceptowalne, a 54,9% ($n = 56$) – jako bardzo dobre. Większość badanych (80,1%; $n = 81$) nie raportowała żadnych zdarzeń niepożądanych w ostatnich 12 miesiącach. Wskaźnik rzetelności α Cronbacha zawierał się w przedziale 0,37–0,89. Tylko 4 wymiary uzyskały wskaźnik rzetelności $>0,70$.

Wnioski. Polska wersja ankiety HSOPSC wypadła gorzej pod względem psychometrycznym niż wersja oryginalna oraz wiele innych wersji europejskich. Niniejsze badanie pilotażowe dostarczyło dowodów na poprawność gramatyczną i logiczną przetłumaczonych pytań, co umożliwia użycie polskiej wersji HSOPSC na większej populacji pracowników medycznych w Polsce w celu pełnej oceny psychometrycznej.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, bezpieczeństwo pacjenta, jakość w ochronie zdrowia, szpital

Background

Assessments of patient safety culture at healthcare institutions such as hospitals usually include a survey of staff perceptions. There are several tools to measure subjective opinion of patient safety in hospitals. These tools differ in the aspects measured, but there are principal factors repeated in every version of the tools: leadership, communication, reporting of incidents, safety policies, and procedures.^{1,2} The question of which tool measures patient safety in a reliable way has been the subject of many scientific studies. Based on an analysis of literature, the current author chose the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), created by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), as it is the best-known tool used worldwide to measure the culture of patient safety. This tool has been used in many language contexts and cultures, which makes it ideal for comparisons.² This pilot study was designed to test the feasibility of adapting this tool to the context of the Polish healthcare system.

The aim of the study was to test a Polish-language version (Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta – ASBP) of the HSOPSC in terms of the intelligibility of the HSOPSC questions translated into Polish, to assess the willingness of respondents to fill out and return the ASBP questionnaire (response rate), and also to explore construct validity to some extent.

Material and methods

The author wanted to assess the psychometric properties of the ASBP, but did not succeed because the sample

size was too small.¹ There are many reasons for a pilot study,³ but from the author's methodological point of view, the most important aim in this case was to check the correctness of the translation of the questions and the respondents' ability to understand their meaning. For this purpose, when the author distributed the questionnaires, he asked the respondents to share any doubts they had about the questions in a special section at the end of the survey.

A less important but also essential reason to perform this pilot study was to learn about the response rate (RR) of the ASBP, which allows somewhat greater precision in determining the number of distributed questionnaires required to achieve an appropriate sample size in the main study analyzing the psychometric properties of the ASBP. The response rate may indirectly provide information about whether the questionnaire is difficult for the respondents or not. It is obvious that it is not only the complexity of the survey that affects the response rate; if the survey met the other criteria for a high response rate but was highly complicated and unintelligible to the respondents, achieving a high response rate would be impossible.⁴ It is therefore worth checking the response rate, because if a low response rate results from unclear questions, the transparency of meaning of the questions needs to be improved.

The study was conducted at a multi-site public hospital located in the Mazovian voivodeship of Poland, in a district (powiat) with a population of over 70,000. The hospital has a total capacity of 199 beds and 9 wards. A paper-based ASBP survey was personally distributed among the nursing/midwifery staff between May 20 and June 5, 2015. The author distributed 117 questionnaires to all the employed nursing/midwifery staff. The HSOPSC

survey had been translated into Polish with no modification of any of the items. The 42-item structure with a 5-point agreement or frequency scale was preserved; the 2 single-item outcome variables, i.e., “Global safety grade” and “Number of incidents reported in the past year”, were also preserved.⁵

Descriptive statistics were reported – means and standard deviation for 1–5 scale, missing values, proportion of positive responses for qualitative scale (e.g., agree and strongly agree); characteristics of respondents; and basic statistical analysis concerning, firstly, the construct validity – mean scores of 10 process dimensions defined by the 2 single-item outcome variables – “Patient safety grade” and “Number of incidents reported”. These 2 outcome variables were divided into 2 groups – “excellent/very good” vs the rest, and “Incident reported one or more” vs “None incidents reported”. The differences between score means were tested with Student *t* test. Secondly, concerning correlation between positive score percent and mean score using Pearson’s *r* correlation coefficient. Thirdly, concerning internal consistency reliability – Cronbach’s α (acceptable reliability at 0.70 or more).⁵ The methodology applied for calculating positive responses was identical to the methodology used by the AHRQ.⁶ The level of statistical significance was set at $p \leq 0.05$.

Results

None of the 103 respondents commented in any way on the correctness of the form of the questions (Table 1). The RR was high (88%). Most of the 103 respondents had worked more than 21 years at the hospital considered in the study, and half of them had worked more than 21 years in their current ward/unit. Almost half of the respondents ($n = 48$) worked 20–39 h per week; the same number worked 40–59 h per week. More than half of the 103 respondents had a university education, while 32% had nursing-school diplomas. More than 90% of the respondents had direct interaction or contact with patients. The majority of the respondents (82%) had worked as a nurse/midwife more than 21 years (Table 2). Most of the respondents worked on interventional wards/units – i.e., obstetrics, surgery and the ICU (Table 3).

Only 1 respondent gave their work unit a failing grade in global safety; 2 said it was poor; 39.2% ($n = 40$) said it was acceptable; 54.9% ($n = 56$) rated it very good; and 2.9% ($n = 3$) said it was excellent. Most of the respondents (80.1%, $n = 81$) had not reported any unsafe events in previous 12 months; 14.9% ($n = 15$) had reported 1–2 incidents; and 5% ($n = 5$) had reported 3–5.

The mean percentage of positive responses ranged from 35.1% (“Nonpunitive response to errors”) to 72.3% (“Teamwork within units”) (Table 4). The dimensions computed as simple means (on a scale of 1–5) were similar to the distribution of the mean percentages of positive re-

sponses. The results from these 2 methods (Table 4) were highly correlated ($r = 0.89$; $t = 6.30$; $p < 0.0001$).

Cronbach’s α scores (Table 4) ranged from 0.37 to 0.89. Only 4 dimensions received reliability scores above 0.70. Based on the Cronbach’s α calculations, the author established that when question C6 was deleted from the “Communication openness” dimension, the score increased from 0.38 to 0.43; when question F4 was deleted from the “Teamwork across units” dimension, the score increased from 0.42 to 0.57; when question A7 was deleted from the “Staffing” dimension, the score increased from 0.45 to 0.55; and when question F11 was deleted from the “Handoffs & transitions” dimension, the score increased from 0.47 to 0.50.

In the case of the “Safety grade” (a single-item outcome variable), 7 out of 10 safety process dimension scores were significantly higher among respondents from the “excellent” or “very good” group vs the rest. The effect size ranged from 0.21 to 0.37 (small and medium-size effect). In the case of “Reported an incident in the past 12 months” (another single-item outcome variable), 8 out of 10 safety process dimension scores were non-significant and only 2 dimension scores were significant (“Organizational learning – continuous improvement” and “Handoffs & transitions”); surprisingly, in the case of “Handoffs & transitions” dimension, in such a way that in this dimension the higher score was given by respondents who have not reported adverse events in the last 12 months (Table 5).

Discussion

This pilot study provided basic information about the Polish-language version of the HSOPSC questionnaire.⁵ Based on Cronbach’s α , the internal consistency of the Polish-language version was much lower than the original US version,⁵ many other European versions^{1,7–12} and the Chinese version.¹³ The degree to which the questionnaire is comprehensible and easy to fill out for respondents in a Polish hospital setting was assessed with the response rate, which was high (88%). The response rate in this study was higher than in studies of versions of the questionnaire used in France (74%), Scotland (22%), Norway (55%), the USA (55%), and China (77%).^{1,5,7,10,13} However, both the response rate and the Cronbach’s α data were from only 1 hospital, which may affect both the high response rate and low Cronbach’s α . A low Cronbach’s α coefficient does not necessarily mean poor reliability,¹ so it is worth assessing the test–retest reliability coefficient of the questionnaire in a larger study.

The mean scores of the process dimensions in subgroups of respondents – those who rated the safety grade “very good” or “excellent” as opposed to “good”, “fair” or “poor”, and those who had reported at least 1 incident in the previous 12 months as opposed to those who had not

Table 1. Polish-language version of questions from the original HSOPSC questionnaire (42 items)

Tabela 1. Polska wersja językowa pytań z oryginalnego (anglojęzycznego) kwestionariusza HSOPSC (42 pytania)

Item	PL/USA	Contents of question
A1	PL	Ludzie pomagają sobie nawzajem w moim miejscu pracy.
	USA	People support one another in this unit.
A2	PL	Mamy wystarczającą liczbę pracowników w stosunku do obciążenia pracą.
	USA	We have enough staff to handle the workload.
A3	PL	Kiedy mamy do wykonania dużo czynności wymagających szybkiej interwencji, to potrafimy pracować jak zespół.
	USA	When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done.
A4	PL	W tym oddziale ludzie traktują się wzajemnie z szacunkiem.
	USA	In this unit, people treat each other with respect.
A5	PL	Pracownicy pracują po godzinach pracy tak długo, że może to być ze szkodą dla pacjenta.
	USA	Staff in this unit work longer hours than is best for patient care.
A6	PL	Aktywnie działamy na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta.
	USA	We are actively doing things to improve patient safety.
A7	PL	Zatrudnionych jest więcej pracowników tymczasowych i/lub z firm zewnętrznych niż jest to konieczne dla zapewnienia pacjentowi możliwie najlepszej opieki.
	USA	We use more agency/temporary staff than is best for patient care.
A8	PL	Pracownicy są przekonani, że ich błędy są lub będą wykorzystane przeciwko nim.
	USA	Staff feel like their mistakes are held against them.
A9	PL	Zaistniałe błędy doprowadziły do pozytywnych zmian.
	USA	Mistakes have led to positive changes here.
A10	PL	To czysty przypadek, że nie zdarzają się tu poważne błędy.
	USA	It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here.
A11	PL	Kiedy jakaś część oddziału jest bardziej obciążona pracą, pracownicy z pozostałych części pomagają się z nią uporać.
	USA	When one area in this unit gets really busy, others help out.
A12	PL	Kiedy raportowane jest zdarzenie niepożądane, to ma się odczucie, jakby to wina danej osoby była ważniejsza niż treść i okoliczności samego zdarzenia.
	USA	When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem.
A13	PL	Po wprowadzeniu zmian mających na celu poprawę oceniamy ich skuteczność.
	USA	After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness.
A14	PL	Pracujemy w „trybie kryzysowym” – próbujemy wykonać zbyt wiele zadań i zbyt szybko.
	USA	We work in “crisis mode” trying to do too much too quickly.
A15	PL	Nigdy nie wykonujemy większej liczby zadań kosztem bezpieczeństwa pacjenta.
	USA	Patient safety is never sacrificed to get more work done.
A16	PL	Pracownicy niepokoją się tym, że informacje o błędach przechowywane są w ich aktach.
	USA	Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file.
A17	PL	Występują u nas problemy z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom.
	USA	We have patient safety problems in this unit.
A18	PL	Nasze procedury i organizacja pracy skutecznie zapobiegają występowaniu błędów.
	USA	Our procedures and systems are good at preventing errors from happening.
B1	PL	Przełożony/kierownik chwali nas za pracę wykonaną zgodnie z procedurami dotyczącymi bezpieczeństwa pacjentów.
	USA	My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures.
B2	PL	Przełożony/kierownik poważnie rozważa nasze sugestie dotyczące bezpieczeństwa pacjenta.
	USA	My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety.
B3	PL	W trudnych sytuacjach przełożony/kierownik wymaga od nas, abyśmy pracowali szybciej, nawet jeśli oznaczałoby to „pójście na skróty”.
	USA	Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts.
B4	PL	Przełożonemu/kierownikowi zdarza się przymykać oczy na problemy związane z bezpieczeństwem pacjentów, mimo że powtarzają się one „w kółko”.
	USA	My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over.

Table 1 cont. Polish-language version of questions from the original HSOPSC questionnaire (42 items)

Tabela 1 cd. Polska wersja językowa pytań z oryginalnego (anglojęzycznego) kwestionariusza HSOPSC (42 pytania)

Items	PL/USA	Contents of question
C1	PL	Jesteśmy informowani o zmianach wdrożonych w odpowiedzi na zgłaszane zdarzenia niepożądane.
	USA	We are given feedback about changes put into place based on event reports.
C2	PL	Personel bez ogródek wyraża swoją opinię, jeśli dostrzeże, że coś może negatywnie wpłynąć na opiekę nad pacjentem.
	USA	Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care.
C3	PL	Jesteśmy informowani o błędach zaistniałych w naszym oddziale.
	USA	We are informed about errors that happen in this unit.
C4	PL	Personel czuje się swobodnie w kwestionowaniu decyzji lub działań zwierzchników.
	USA	Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority.
C5	PL	W naszym oddziale dyskutujemy na temat możliwych rozwiązań zaistniałych błędów w celu niedopuszczenia do nich w przyszłości.
	USA	In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again.
C6	PL	Obawiamy się zadawać pytania w sytuacji, gdy wydaje się nam, że coś jest nie tak jak powinno.
	USA	Staff are afraid to ask questions when something does not seem right.
D1	PL	Jak często zgłasza się błędy, które choć popełniono, ale ze względu na to, że zostały w porę zauważone i skorygowane, nie wyrządziły szkody pacjentowi?
	USA	When a mistake is made, but is caught and corrected before affecting the patient, how often is this reported?
D2	PL	Jak często zgłaszane są popełnione błędy, które nie mają potencjalnego wpływu na powstanie szkody u pacjenta?
	USA	When a mistake is made, but has no potential to harm the patient, how often is this reported?
D3	PL	Jak często zgłaszane są popełnione błędy, które z dużym prawdopodobieństwem mogłyby spowodować szkodę u pacjenta, jednak tym razem jej nie spowodowały?
	USA	When a mistake is made that could harm the patient, but does not, how often is this reported?
E	PL	Proszę ocenić stopień zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi w swoim miejscu pracy/oddziale/klinice.
	USA	Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety.
F1	PL	Dyrekcja szpitala tworzy atmosferę pracy, która sprzyja bezpieczeństwu pacjenta.
	USA	Hospital management provides a work climate that promotes patient safety.
F2	PL	Współpraca pomiędzy oddziałami w szpitalu nie jest odpowiednio skoordynowana.
	USA	Hospital units do not coordinate well with each other.
F3	PL	Kiedy pacjentów przenosi się między oddziałami, zdarza się że niektóre sprawy „umykają uwadze”.
	USA	Things “fall between the cracks” when transferring patients from one unit to another.
F4	PL	Współpraca jest dobra pomiędzy tymi oddziałami, które ze względu na swój profil muszą współpracować.
	USA	There is good cooperation among hospital units that need to work together.
F5	PL	Ważne informacje na temat opieki nad pacjentem często nie są przekazywane podczas zdawania dyżuru.
	USA	Important patient care information is often lost during shift changes.
F6	PL	Współpraca z personelem z innych oddziałów szpitala często pozostawia wiele do życzenia.
	USA	It is often unpleasant to work with staff from other hospital units.
F7	PL	Często zdarzają się problemy z wymianą informacji pomiędzy różnymi oddziałami szpitala.
	USA	Problems often occur in the exchange of information across hospital units.
F8	PL	Działania dyrekcji szpitala pokazują, że bezpieczeństwo pacjenta jest głównym priorytetem.
	USA	The actions of hospital management show that patient safety is a top priority.
F9	PL	Dyrekcja szpitala wydaje się być zainteresowana bezpieczeństwem pacjenta dopiero wtedy, gdy dojdzie do zdarzenia niepożądanego.
	USA	Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens.
F10	PL	Oddziały w szpitalu dobrze współpracują między sobą, aby zapewnić pacjentowi najlepszą możliwą opiekę.
	USA	Hospital units work well together to provide the best care for patients.
F11	PL	Przekazywanie dyżuru następnej zmianie stwarza problemy dla pacjentów.
	USA	Shift changes are problematic for patients in this hospital.
G	PL	Ile raportów dotyczących zdarzeń niepożądanych w ostatnich 12 miesiącach zostało przez Ciebie opisanych i zgłoszonych osobiście/pisemnie (anonimowo lub jawnie/imiennie)?
	USA	In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?

Table 2. Characteristics of the respondents

Tabela 2. Charakterystyka respondentów

Item	PL/USA	Contents of question	Answer	n	%
H1	PL	Jak długo pracujesz w szpitalu, w którym wręczono Ci tę ankietę?	less than 1 year	4	3.9
			1 to 5 years	3	2.9
			6 to 10 years	7	6.9
			11 to 15 years	4	3.9
	USA	How long have you worked in this hospital?	16 to 20 years	10	9.8
			21 years or more	74	72.5
			total	102	100.0
H2	PL	Jak długo pracujesz w obecnym miejscu pracy, w którym wręczono Ci ankietę – oddziale/klinice?	less than 1 year	4	3.9
			1 to 5 years	5	4.9
			6 to 10 years	19	18.6
			11 to 15 years	11	10.8
	USA	How long have you worked in your current hospital work area/unit?	16 to 20 years	10	9.8
			21 years or more	53	52.0
			total	102	100.0
H3	PL	Średnio ile godzin tygodniowo pracujesz w tym szpitalu, w którym wręczono Ci ankietę?	less than 20 h per week	0	0.0
			20 to 39 h per week	48	47.5
			40 to 59 h per week	48	47.5
			60 to 79 h per week	3	3.0
	USA	Typically, how many hours per week do you work in this hospital?	80 to 99 h per week	1	1.0
			100 h per week or more	1	1.0
			total	101	100.0
H4	PL	Jaka jest Twoja pozycja zawodowa w szpitalu, w którym wręczono Ci ankietę? Wybierz JEDNĄ odpowiedź najlepiej opisującą Twoją pozycję zawodową.	nurse – non-university education	33	32.4
			Bachelor of Nursing or Master of Nursing	50	49.0
			nurse with specialization	3	2.9
			midwife – vocational secondary education	4	3.9
	USA	What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.	Bachelor of Midwifery or Master of Midwifery	10	9.8
			midwife with specialization	2	2.0
			total	102	100.0
H5	PL	Ze względu na swoją pozycję zawodową w tym szpitalu, w którym wręczono Ci ankietę, czy masz zazwyczaj bezpośredni kontakt z pacjentem?	YES, I typically have direct interaction or contact with patients	92	92.8
			NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients	7	7.2
	USA	In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?	total	101	100.0
H6	PL	Jak długo pracujesz w obecnym zawodzie?	less than 1 year	3	3.0
			1 to 5 years	1	1.0
			6 to 10 years	4	4.0
			11 to 15 years	2	2.0
	USA	How long have you worked in your current specialty or profession?	16 to 20 years	9	8.0
			21 years or more	83	82.0
			total	102	100.0

– show a low level of construct validation. In terms of the safety grade ratings, 7 out of 10 dimensions proved to be statistically significant (p -value 0.05–0.001) with small and medium Cohen's d effect sizes (0.21–0.37). The 3 dimensions that lacked statistical significance were “Non-punitive response to errors”, “Handoffs & transitions”

and “Staffing”. In the case of “Nonpunitive response to errors”, despite the insignificant result, the score was higher among those respondents who rated safety “good”, “fair” or “poor” than among those who rated it “excellent” or “very good”. Overall, this is not a bad result but it does not inspire enthusiasm in terms of the construct valida-

Table 3. Type of work area

Tabela 3. Oddziały, na których pracują respondenci

Type of ward	<i>n</i>	%
Obstetrics	15	14.6
Intensive care unit (any type)	14	13.6
General surgery	13	12.6
Orthopedic surgery	11	10.7
Pediatrics	10	9.7
Neonatology	10	9.7
Internal medicine	10	9.7
Cardiology	6	5.8
Many different hospital units or no specific unit	5	4.9
Operating block	5	4.9
Hospital emergency ward	3	2.9
Nurse management	1	1.0
Total	103	100.0

tion of the survey. The situation is even worse when looking at respondents who had or had not reported incidents in the previous 12 months. Only 2 out of 10 dimensions – “Handoffs & transitions” and “Organizational learning/Continuous improvement” – proved to be statistically significant (p -values 0.05 and 0.04, respectively) with small and medium Cohen’s d effects (0.25 and 0.37, respectively). Other dimensions have failed in achieve statistical significance. Furthermore, in the case of “Handoffs & transitions”, the result was the opposite of the expected outcome: The respondents who had reported incidents had lower scores, not higher ones. It is worth mentioning that similar results can be found in other studies.^{5,11,14} For this reason, other authors suggested that incident-reporting behavior should not be used for construct validation.⁵

When it comes to recommendations for the management of the hospital under consideration in the study, it can be said that efforts to improve patient safety are particularly needed in the 4 dimensions that received the lowest score from the respondents: “Nonpunitive re-

Table 4. Descriptive statistics and results of reliability analysis of 12 dimensions of the questionnaire

Tabela 4. Statystyka opisowa oraz wyniki analizy rzetelności poszczególnych wymiarów kwestionariusza

Dimensions	Number of item	Missing data		Percentage of positive responses		Mean score (1–5)		Cronbach’s α reliability	Correlation between the percentage of positive responses and mean score
		<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Teamwork within units	4	6	1.5	72.3	15.7	3.70	0.91	0.73	$r = 0.89$; $t = 6.30$; $p < 0.0001$
Supervisor/manager expectations & actions promoting patient safety	4	5	1.2	65.6	13.5	3.59	0.84	0.73	
Organizational learning – continuous improvement	3	11	3.6	67.1	16.3	3.58	0.85	0.38	
Management support for patient safety	3	7	2.3	44.7	7.2	3.20	0.98	0.68	
Overall perceptions of patient safety	4	11	2.7	54.1	8.8	3.36	0.99	0.50	
Feedback & communication about errors	3	11	3.6	69.5	3.4	4.02	1.01	0.84	
Communication openness	3	9	2.9	53.3	16.3	3.56	1.07	0.38 (delete C6 then 0.43)	
Frequency of events reported	3	12	3.9	53.5	7.9	3.53	1.27	0.89	
Teamwork across units	4	10	2.4	44.5	19.0	3.21	0.80	0.42 (delete F4 then 0.57)	
Staffing	4	16	3.9	50.7	31.3	3.17	1.01	0.45 (delete A7 then 0.55)	
Handoffs & transitions	4	8	1.9	62.4	28.4	3.53	0.82	0.47 (delete F11 then 0.50)	
Nonpunitive response to errors	3	7	2.3	35.1	7.4	2.92	1.06	0.61	

n – sample size; M – mean; SD – standard deviation.

sponse to errors” (average 2.92 points on a scale of 1–5), “Staffing” (average 3.17 points), “Management support for patient safety” (3.20 points), and “Teamwork across units” (3.21 points). The 2 highest scores were given to “Feedback & communication about errors” (4.02) and “Teamwork within units” (3.70). To sum up, it can be said that the hospital in the study had not established a culture and climate of reporting adverse events, and that there is a problem with insufficient staff. From the author’s experience, these 2 problems are typical of most if not all hospitals in Poland.

Considering the limitations of this study, 3 things should be said. Firstly, this study was conducted in only 1 multi-site hospital, which may affect the value of the results, especially in terms of construct validation, which is why the author did not carry out a full psychometric analysis. It is worth mentioning that the author’s attention was focused on the grammatical and logical correctness of the questions, and also on the response rate, both of which proved to be strong points of this study. Secondly, there is no data about the non-respondents, which may affect the results of the study. However, 12% non-response rate is not a high percentage. Thirdly, this study was conducted during at a single time period, and it would be worthwhile to perform the investigation on the same respondents over time (test–retest) to show the real reliability coefficient for the Polish-language version of the HSOPSC.

Conclusions

The Polish-language version of the HSOPSC – ASBP – is less psychometrically sound than the English-language original. The internal consistency (Cronbach’s α) of the ASBP is even lower than many European versions of the HSOPSC. This pilot study provided evidence that the logical and grammatical construction of translated questions is comprehensible for Polish respondents, which provides grounds for the use of the Polish-language version in a study involving a larger population of health workers in Poland in order to fully assess the psychometric properties of the ASBP.

ORCID iD

Rafał Szpakowski  <https://orcid.org/0000-0003-3820-8950>

References

1. Perneger TV, Staines A, Kundig F. Internal consistency, factor structure and construct validity of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(5):389–397. doi:10.1136/bmjqs-2013-002024
2. The Health Foundation. Measuring Safety Culture. February 2011. <http://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>. Accessed on July 7, 2019.
3. Arain M, Campbell MJ, Cooper CL, Lancaster GA. What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Med Res Methodol.* 2010;10:67. doi:10.1186/1471-2288-10-67
4. Fan W, Yan Z. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Comput Human Behav.* 2010;26(2):132–139. doi:10.1016/j.chb.2009.10.015
5. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:199. doi:10.1186/1472-6963-10-199
6. Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User’s Guide. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>. Accessed on July 7, 2019.
7. Sarac C, Flin R, Mearns K, Jackson J. Hospital survey on patient safety culture: Psychometric analysis on a Scottish sample. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(10):842–848. doi:10.1136/bmjqs.2010.047720
8. Smits M, Dingelhoff IC, Wagner C, Wal Gv, Groenewegen PP. The psychometric properties of the ‘Hospital Survey on Patient Safety Culture’ in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:230. doi:10.1186/1472-6963-8-230
9. Robida A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: A psychometric evaluation. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(4):469–475. doi:10.1093/intqhc/mzt040
10. Olsen E. Reliability and validity of the hospital survey on patient safety culture at a Norwegian hospital. In: Øvretveit J, Sousa P, eds. *Quality and Safety Improvement Research*. Lisbon, Portugal: National School of Public Health; 2008:173–186.
11. Pfeiffer Y, Manser T. Development of the German version of the hospital survey on patient safety culture: Dimensionality and psychometric properties. *Saf Sci.* 2010;48(10):1452–1462. doi:10.1016/j.ssci.2010.07.002
12. Waterson PE, Griffiths P, Stride C, Murphy J, Hignett S. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety: Findings from the UK. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(5):e2. doi:10.1136/qshc.2008.03162
13. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:228. doi:10.1186/1472-6963-13-228
14. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:45. doi:10.1186/1472-6963-11-45

Analiza składu ciała młodych dorosłych pod kątem częstości występowania tzw. ukrytej otyłości – badanie pilotażowe

Analysis of the body composition of young adults and the frequency of occurrence of so-called normal weight obesity: A pilot study

Agata Maria Kawalec^{A–D}, Anna Maria Kawalec^{C–E}

Katedra i Zakład Higieny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław, Polska

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. 2019;9(3):167–171

Adres do korespondencji

Agata Maria Kawalec
e-mail: agata_kawalec@wp.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.08.2018 r.

Po recenzji: 19.09.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 1.11.2018 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. U osób z prawidłową masą ciała oraz zwiększoną zawartością trzewnej tkanki tłuszczowej występują te same zaburzenia metaboliczne co u osób otyłych, w tym insulinooporność i cechy zespołu metabolicznego.

Cel pracy. Analiza poszczególnych komponentów ciała młodych dorosłych pod kątem występowania tzw. ukrytej otyłości (otyłości metabolicznej z prawidłową masą ciała) oraz występowania nadmiernej zawartości tkanki tłuszczowej przy prawidłowym wskaźniku BMI.

Materiał i metody. Badanie ankietowe oraz pomiary antropometryczne (aparatem TANITA MC-780) przeprowadzono wśród 100 studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (48 mężczyzn, 52 kobiety) w wieku 18–26 lat.

Wyniki. W badanej grupie średnie BMI kobiet było wyższe niż mężczyzn, ale różnica nie była istotna statystycznie ($p > 0,05$). Nie stwierdzono różnic w występowaniu niedowagi, prawidłowej masy ciała i otyłości w zależności od płci ($p > 0,05$). Problem nadwagi (BMI wynoszące 25–29,99) istotnie częściej dotyczył studentek ($p = 0,0039$) niż studentów. Średnia procentowa zawartość tkanki tłuszczowej była nieistotnie statystycznie wyższa u kobiet ($p > 0,05$). Wśród 7 osób, u których procentowa zawartość tkanki tłuszczowej była wyższa od pożądanej, prawidłowe BMI stwierdzono u 2, a BMI wskazujące na nadwagę u 4. Wskaźnik tkanki trzewnej dla wszystkich badanych był na średnim poziomie (0–13).

Wnioski. Większość młodych dorosłych (73%) ma prawidłowe BMI. Nadwaga częściej występuje u kobiet. Procentowa zawartość tkanki tłuszczowej była wyższa od pożądanej u 7% badanych. Wyodrębnienie osób z podwyższonym ryzykiem rozwoju otyłości i zespołu metabolicznego umożliwia opracowanie i zaplanowanie działań profilaktycznych adresowanych do młodych dorosłych.

Słowa kluczowe: otyłość, tkanka tłuszczowa, masa ciała, dorośli, wskaźnik masy ciała

Cytowanie

Kawalec AM, Kawalec AM. Analiza składu ciała młodych dorosłych pod kątem częstości występowania tzw. ukrytej otyłości – badanie pilotażowe. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):167–171. doi:10.17219/pzp/99508

DOI

10.17219/pzp/99508

Copyright

© 2019 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. In people with normal body mass and increased content of visceral fat, the same metabolic disorders occur as in obese people, including insulin resistance or metabolic syndrome features.

Objectives. The aim of the study was to analyze the components of the body composition of young adults, the occurrence of so-called normal weight obesity (metabolic obese normal-weight – MONW) and the presence of excessive body fat in individuals with normal BMI.

Material and methods. The survey and anthropometric measurements (TANITA MC-780) were conducted in a group of 100 students of Wrocław Medical University (48 men, 52 women) aged 18–26.

Results. In the study group, the average BMI of women was higher than men, but the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). There were no differences in the incidence of underweight, normal body weight and obesity depending on sex ($p > 0.05$). The occurrence of overweight (BMI from 25 to 29.99) was significantly higher in female students ($p = 0.0039$). The average percentage of adipose tissue was statistically insignificantly higher in women ($p > 0.05$). Among 7 people in whom the percentage of adipose tissue was higher than desired, the correct BMI was found in 2 people and BMI indicating overweight in 4 people. In 100% the participants of the study had the medium level of visceral fat (0–13).

Conclusions. Most of young adults (73%) have a correct BMI. Overweight is more common in women. The percentage of adipose tissue was higher than desired in 7% of respondents. Identifying the people with an increased risk of obesity and metabolic syndrome enables the development and planning of preventive measures addressed to young adults.

Key words: obesity, adults, fatty tissue, body mass, body mass index

Wprowadzenie

W ostatnich latach obserwuje się coraz częstsze występowanie niekorzystnych nawyków żywieniowych oraz siedzącego trybu życia, skutkujących narastającą epidemią otyłości wśród dzieci, młodzieży i dorosłych.^{1–3}

Mimo że otyłość może mieć charakter wtórny, tzn. mieć podłoże genetyczne, być wynikiem zaburzeń endokryologicznych czy zażywania leków, najczęstszym problemem jest otyłość prosta, w której dominującą rolę przypisuje się indywidualnym zachowaniom składającym się na styl życia człowieka.^{2,4}

Wśród zmian stylu życia przyczyniających się do otyłości wymieniana jest rezygnacja z aktywności fizycznej – spędzanie wolnego czasu przed ekranem telewizora i komputera.² Zauważa się częstsze korzystanie z samochodów wśród osób mieszkających na terenach zurbanizowanych, nawet w przypadku konieczności pokonania trasy nieprzekraczającej 5 km.² Podkreśla się ponadto rolę wysokokalorycznej, wysokotłuszczowej diety ubogiej w warzywa i owoce, rozpowszechnienia żywności typu fast food, podjadania między posiłkami, przejadania się wieczorami, zamawiania gotowych posiłków do domu i pracy.²

Z uwagi na to, że wymienione zmiany stylu życia są wynikiem rozwoju techniki i postępu, otyłość jest uważana za chorobę cywilizacyjną.⁴

Zjawisko występowania coraz większej liczby osób z nadwagą i otyłością ma charakter ogólnoświatowy, co znajduje odzwierciedlenie w raportach Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), która patronuje badaniom epidemiologicznym i zwraca uwagę społeczeństwa na ten problem m.in. podczas

obchodzonego 24 października Światowego Dnia Walki z Otyłością.⁴

Skutki otyłości obejmują każdy wymiar zdrowia: fizyczny, psychiczny oraz społeczny. Ludzie otyli często cierpią z powodu niskiej samooceny, negatywnego obrazu własnej osoby, obniżonego poczucia własnej wartości, zaburzeń nastroju.⁵ Występuje u nich także wyższe ryzyko zaburzeń gospodarki węglowodanowej (np. cukrzycy typu 2) oraz lipidowej, kamicy pęcherzyka żółciowego, niealkoholowej choroby tłuszczycy wątroby, szklwienia kłębuszków nerkowych czy powikłań ze strony układu oddechowego (m.in. obturacyjnego bezdechu sennego, astmy oskrzelowej) i kostno-stawowego.⁶ U dzieci z nadmierną masą ciała obserwuje się zaburzenia dojrzewania płciowego.⁶ W populacji osób otyłych dużo częściej występuje tzw. zespół metaboliczny, na który składa się współistnienie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, takich jak: otyłość brzuszna oraz zaburzenia lipidowe (podwyższone stężenie trójglicerydów i obniżone stężenie cholesterolu frakcji HDL), większe stężenie glukozy i podwyższone nadciśnienie tętnicze.⁶ Powikłania, zwłaszcza ze strony układu sercowo-naczyniowego, prowadzą do zwiększonego ryzyka zgonów.⁶

Udowodniono, że u osób z prawidłową masą ciała oraz zwiększoną zawartością trzewnej tkanki tłuszczowej występują te same zaburzenia metaboliczne, co u osób otyłych, w tym insulinooporność i cechy zespołu metabolicznego.^{2,7}

Przeprowadzone badanie miało na celu scharakteryzowanie poszczególnych komponentów ciała młodych dorosłych, oszacowanie częstości występowania tzw. ukrytej otyłości (otyłości metabolicznej z prawidłową masą ciała, ang. *metabolically obese normal-weight* – MONW) w badanej populacji oraz częstości występowania nad-

miernej zawartości tkanki tłuszczowej przy prawidłowym wskaźniku masy ciała (ang. *body mass index* – BMI) w badanej grupie.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowiło 100 studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (48 mężczyzn, 52 kobiety) w wieku 18–26 lat: średnia (M) = 21,75 roku; odchylenie standardowe (SD) = 1,53, mediana (Me) = 22 lata.

Dobór uczestników miał charakter losowy, każdy chętny student Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu mógł wziąć udział w badaniu pod warunkiem wyrażenia na nie zgody. Badanie składało się z 3 części: pytań o podstawowe informacje (wiek, płeć), pomiarów antropometrycznych (wzrost, masa ciała), pomiarów składu ciała z użyciem analizatora składu ciała TANITA – użyto analizy MC-780.

Wyniki

W badanej grupie średnie BMI kobiet było wyższe niż mężczyzn, ale różnica nie była istotna statystycznie (wynik testu t Studenta: $p > 0,05$), co przedstawiono w tabeli 1. Nie stwierdzono różnic w występowaniu niedowagi, prawidłowej

masę ciała i otyłości między studentkami a studentami ($p > 0,05$). Problem nadwagi (BMI wynoszące 25–29,99) istotnie częściej dotyczył jednak studentek ($p = 0,0039$).

Analiza składu ciała wykazała, że średnia procentowa zawartość tkanki tłuszczowej (ang. *fat percent* – FAT%) jest wyższa u kobiet, ale różnica była nieistotna statystycznie ($p > 0,05$; $p > 0,05$). Szczegółową analizę przedstawiono w tabeli 2. Za prawidłowe uznaje się wartości wynoszące 21–33% masy ciała. Zarówno studentki, jak i studenci w większości (>50%) mieli mniejszą procentową zawartość tkanki tłuszczowej. Wśród 7 osób (4 kobiety, 3 mężczyzn), u których procentowa zawartość tkanki tłuszczowej była większa od pożądanej, prawidłowe BMI stwierdzono u 2 z nich, a BMI wskazujące na nadwagę u 4.

Wskaźnik tkanki trzewnej (ang. *visceral fat rating* – VFR) dla wszystkich badanych był na poziomie średnim (0–13). Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic pomiędzy studentkami i studentami. Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 3.

Omówienie

Zmiany stylu życia społeczeństwa obserwowane w ciągu ostatnich dekad wywierają duży wpływ na zdrowie, przyczyniając się do wzrostu częstości występowania

Tabela 1. BMI w badanej grupie z uwzględnieniem płci badanych

Table 1. BMI in the study group, taking into account the sex of the participants of the study

BMI	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<18,5	3	5,769231	4	8,333333	7	7
18,5–24,99	36	69,23077	37	77,08333	73	73
25–29,99	12	23,07692	6	12,5	18	18
≥30	1	1,923077	1	2,083333	2	2
<i>M</i>	22,97	–	21,95	–	22,48	–
<i>SD</i>	3,078140276	–	3,229276225	–	3,163236	–
<i>Me</i>	23,10	–	21,70	–	22,25	–
<i>Min.–max.</i>	17,5–30,5	–	15,9–34,0	–	15,9–34,0	–

n – liczebność badanej cechy w próbie; *min.* – wartość minimalna; *max.* – wartość maksymalna.

Tabela 2. FAT% w badanej grupie z uwzględnieniem płci badanych

Table 2. FAT% in the study group, taking into account the sex of the participants of the study

FAT%	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<21,0	30	57,69	27	56,25	57	57
21,0–33,0	18	34,62	18	37,5	33	33
>33,0	4	7,69	3	6,25	7	7
<i>M</i>	20,92	–	19,55	–	20,26	–
<i>SD</i>	6,6315857	–	6,985884	–	6,787159	–
<i>Me</i>	20,00	–	20,55	–	20,20	–
<i>Min.–max.</i>	12,4–39,5	–	6,50–34,40	–	6,5–29,50	–

Tabela 3. VFR w badanej grupie z uwzględnieniem płci badanych

Table 3. VFR in the study group, taking into account the sex of the participants of the study

VFR	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Średni (<13)	52	100	48	100	100	100
Wysoki (13–18)	0	0	0	0	0	0
Bardzo wysoki (>18)	0	0	0	0	0	0
<i>M</i>	2,17	–	2,00	–	2,09	–
<i>SD</i>	1,5898857	–	1,827559	–	1,712078	–
<i>Me</i>	2,00	–	1,00	–	1,00	–
<i>Min.–max.</i>	1,00–9,00	–	1,00–11,00	–	1,00–11,00	–

otyłości, zespołu metabolicznego oraz chorób sercowo-naczyniowych. Niewłaściwe nawyki żywieniowe, wysokokaloryczne przekąski, pokarmy bogate w tłuszcze i cukry proste, większe porcje spożywanych posiłków, niedostateczne spożycie warzyw i owoców to dietetyczne czynniki powodujące przyrost masy ciała.³ Długotrwała nadmierna podaż kalorii w połączeniu ze zmniejszeniem wydatkowania energii (przewaga siedzącego trybu życia i ograniczenie aktywności fizycznej) prowadzą do dodatniego bilansu energetycznego i jego skutków.⁷

Otyłość i zaburzenia metaboliczne występujące u dzieci i młodzieży wiążą się z istotnie większym ryzykiem wystąpienia otyłości i jej powikłań w życiu dorosłym. Zwraca się uwagę, że działania prewencyjne powinny obejmować dzieci, młodzież oraz młode osoby dorosłe.^{2,6}

W celach praktycznych w diagnostyce otyłości zastosowanie znajduje BMI, za normę przyjmuje się wartość 18,5–24,9 kg/m².^{8,9} Wskaźnik ten ma ograniczenia, nie dostarcza danych na temat zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie, która produkuje wiele substancji czynnych (m.in. leptynę, kachektynę, angiotensynę i reninę), przyczyniając się do rozwoju insulinooporności czy nadciśnienia tętniczego.

Wykazano, że u osób z prawidłową masą ciała i dużą zawartością trzewnej tkanki tłuszczowej występują takie same zaburzenia metaboliczne, jak u osób otyłych.¹⁰

W celu lepszego monitorowania masy ciała proponuje się kliniczne zastosowanie analizy impedancji bioelektrycznej/analizy bioimpedancyjnej (ang. *bioelectrical impedance analysis* – BIA).¹¹

W badaniu do oceny budowy ciała, oprócz BMI, zostały uwzględnione pomiary uzyskane metodą BIA, takie jak FAT% oraz VFR. Dzięki temu można ocenić częstość występowania MONW w badanej populacji.

Większość uczestników badania miała prawidłowe BMI, co jest zbieżne z wynikami badań przeprowadzonych wśród młodych dorosłych.^{12,13}

Można przypuszczać, że z uwagi na to, że uczestnicy badania byli studentami uczelni medycznej, ich świadomość zdrowotna dotycząca czynników ryzyka otyłości oraz wiedza na temat prawidłowego odżywiania, roli re-

gularnej aktywności fizycznej w zapobieganiu chorobom cywilizacyjnym jest wyższa niż w populacji ogólnej.

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują na większą częstość występowania wyższego BMI wśród kobiet.

Podobne wyniki uzyskali Kawalec-Kajsutra et al. w badaniu przeprowadzonym wśród 18-latków – wyższe niż prawidłowe BMI miało 15% kobiet i 4,9% mężczyzn.¹² Większa średnia zawartość procentowa tkanki tłuszczowej u kobiet niż u mężczyzn została zaobserwowana także przez innych autorów.¹²

W przeprowadzonych dotychczas badaniach stosowano różne kryteria rozpoznania tzw. ukrytej otyłości. Jednym ze stosowanych kryteriów rozpoznania MONW u osób z prawidłowym BMI może być odsetek masy tłuszczowej >30%.¹⁴

Wyniki islandzkiego badania przeprowadzonego wśród 18-latków sugerują, że osoby otyłe z prawidłową masą ciała w porównaniu do osób z prawidłowym BMI i zawartością tłuszczu w organizmie miały wyższe ryzyko wystąpienia zespołu metabolicznego.¹⁵

Ograniczeniem przeprowadzonej analizy jest to, że nie były oceniane składowe zespołu metabolicznego, budowa ciała i zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie w badanej grupie wiekowej młodych dorosłych w odniesieniu do czynników środowiskowych oraz stylu życia, zwłaszcza diety oraz aktywności fizycznej.

W przyszłości należałoby uwzględnić w badaniu rolę „obesogennego” środowiska, czyli takiego, które skłania do zachowań prowadzących się do rozwoju otyłości. Za jeden z najistotniejszych czynników przyczyniających się do wzrostu ryzyka otyłości jest bowiem uznawana urbanizacja.

Charakterystyka okolicy miejsca zamieszkania oraz nauki czy pracy wpływa na decyzje o podejmowaniu aktywności fizycznej oraz wybory żywieniowe. Znaczenie mają dostępność ścieżek rowerowych, parków, pływalni, boisk, siłowni czy innych obiektów sportowych oraz elementy związane z poczuciem bezpieczeństwa.

Brakuje badań, w których uwzględnione byłyby powyższe aspekty, wchodzące w skład podstawowych potrzeb, których zaspokojenie wpływa na decyzję o pieszym do-

tarcu do miejsca docelowego (zgodnie z modelem hierarchii potrzeb do chodzenia, ang. *hierarchy of walking-needs model*) czy ogólnie na podjęcie aktywności fizycznej (charakterystyka mikrośrodowiska – domu, sąsiedztwa, miejsca nauki lub pracy), a także innych czynników środowiskowych mających potencjalny związek z otyłością.¹⁶ W rezultacie możliwa byłaby charakterystyka środowiskowych, socjoekonomicznych i behawioralnych czynników najsilniej związanych z występowaniem otyłości, ukrytej otyłości, insulinooporności oraz składowych zespołu metabolicznego u młodych dorosłych.

Wnioski


Wyodrębnienie osób z podwyższonym ryzykiem rozwoju otyłości i zespołu metabolicznego umożliwi opracowanie i zaplanowanie działań profilaktycznych adresowanych do młodych dorosłych, co niewątpliwie przełożyłoby się na korzystny wpływ na ich stan zdrowia w następnych latach życia oraz pozytywne efekty dla całego społeczeństwa.

Chociaż wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że większość młodych dorosłych (73%) ma prawidłowe BMI, można zaobserwować, że nadwaga częściej występuje u kobiet, a procentowa zawartość tkanki tłuszczowej była wyższa od pożądanej u 7% badanych.

W przyszłości poza pomiarami antropometrycznymi warto byłoby w badaniach uwzględnić charakterystykę okolicy miejsca zamieszkania oraz nauki czy pracy i określić, jak wpływa ona na decyzje o podjęciu aktywności fizycznej oraz wybory żywieniowe.

ORCID iDs

Agata Maria Kawalec  <https://orcid.org/0000-0002-5030-9546>

Anna Maria Kawalec  <https://orcid.org/0000-0002-8948-3242>

Piśmiennictwo

- Sosnowska-Bielicz E, Wrótniak J. Nawyki żywieniowe a otyłość dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*. 2015;32:149–165. <http://www.journals.umcs.pl/lrp/article/download/1093/877>. Dostęp 18.06.2019.
- Szymocha M, Bryła M, Maniecka-Bryła I. Epidemia otyłości w XXI wieku. *Zdr Publ*. 2009;119(2):207–212.
- Stelmach W, Bielecki W, Bryła M, et al. Wpływ czynników socjoekonomicznych, stylu życia i odczuwania stresu na występowanie otyłości u ludzi w wieku poprodukcyjnym. *Wiad Lek*. 2005;58.9–10:481–490.
- Jung A. Otyłość – choroba cywilizacyjna. *Pediatrya i Medycyna Rodzinna*. 2014;10(3):226–232. doi:10.15557/PiMR.2014.0025
- Jaruć A, Bogdański P. Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2010;1(4):210–219. https://journals.viamedica.pl/forum_zaburzen_metabolicznych/article/view/28713. Dostęp 18.06.2019.
- Gawlik A, Zachurzk-Buczyńska A, Małecka-Tendera E. Powikłania otyłości u dzieci i młodzieży. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2009;(5)1:19–27. <https://journals.viamedica.pl/eoizpm/article/view/26020>. Dostęp 18.06.2019.
- Pacholczyk M, Ferenc T, Kowalski J. Zespół metaboliczny. Część II: patogeneza zespołu metabolicznego i jego powikłań. *Post Hig Med Dosw.(online)* 2008;62:543–558.
- Mazic S, Djelic M, Suzic J, et al. Overweight in trained subjects – are we looking at wrong numbers? (Body mass index compared with body fat percentage in estimating overweight in athletes). *Gen Physiol Biophys*. 2009;28:200–204.
- Przybylska D, Kurowska M, Przybylski P. Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. *Hygeia Public Health*. 2012;47(1):28–35. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2012/hyg-2012-1-028.pdf>. Dostęp 18.06.2019.
- Conus F, Allison DB, Rabasa-Lhoret R, et al. Metabolic and behavioral characteristics of metabolically obese but normal-weight women. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89(10):5013–5020. doi:10.1210/jc.2004-0265
- Haroun D, Croker H, Viner RM, et al. Validation of BIA in obese children and adolescents and re-evaluation in a longitudinal study. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(12):2245–2250. doi:10.1038/oby.2009.98
- Kawalec-Kajsutra E, Malinowska-Lipień I, Brzostek T. The diagnosis of excessive body mass and body fat in 18-year-old youth – assessment of comparability of results obtained on the basis of BMI and BIA methods. *Pol J Public Health*. 2014;124(3):120–124. doi:10.2478/pjph-2014-0027
- Wronka I, Suliga E, Pawlińska-Chmara R. Socioeconomic determinants of underweight and overweight in female Polish students in 2009. *Anthropol Anz*. 2012;69(1):85–96.
- Bucyk B, Tupikowska M, Bednarek-Tupikowska G. Kryteria rozpoznania zespołu metabolicznej otyłości z prawidłową masą ciała (MONW). *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2009;5(4):226–232. <https://journals.viamedica.pl/eoizpm/article/viewFile/25997/20807>. Dostęp 18.06.2019.
- Olafsdottir AS, Torfadottir JE, Arngrimsson SA. Health behavior and metabolic risk factors associated with normal weight obesity in adolescents. *PLoS One*. 2016 25;11(8):e0161451. doi:10.1371/journal.pone.0161451
- Kawalec A, Pawlas K. Environmental risk factors contributing to childhood overweight and obesity. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*. 2017;20(2):7–12. doi:10.19243/2017201

Edukacja żywieniowa jako element poprawiający zachowania żywieniowe oraz wybrane parametry antropometryczne w grupie dzieci w wieku 12 lat

Nutritional education as an element improving nutritional behavior and selected anthropometric parameters in the group of children aged 12 years

Małgorzata Kwiatkowska^{1,A–D,F}, Agata Wawrzyniak^{2,A–C,E,F}

¹Zespół Szkół nr 1 im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie, Koszalin, Polska

²Katedra Żywności Człowieka, Wydział Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Warszawa, Polska

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. 2019;9(3):173–182

Adres do korespondencji

Małgorzata Kwiatkowska

e-mail: malgorzata1kwiatkowska@wp.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 2.01.2019 r.

Po recenzji: 7.04.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 15.05.2019 r.

Cytowanie

Kwiatkowska A, Wawrzyniak M. Edukacja żywieniowa jako element poprawiający zachowania żywieniowe oraz wybrane parametry antropometryczne w grupie dzieci w wieku 12 lat. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):173–182. doi:10.17219/pzp/109373

DOI

10.17219/pzp/109373

Copyright

© 2019 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 3.0 Unported License (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Streszczenie

Wprowadzenie. Niewłaściwie ukształtowane w dzieciństwie zachowania żywieniowe mogą przyczynić się do zaburzeń stanu odżywienia oraz wielu chorób, m.in.: cukrzycy typu 2, otyłości, nadciśnienia tętniczego, a nawet nowotworów. Aby poprawić zachowania żywieniowe dzieci, należy prowadzić edukację żywieniową, która powinna być skierowana zarówno do dzieci, jak i do rodziców/opiekunów.

Cel pracy. Ocena zachowań żywieniowych oraz wybranych parametrów antropometrycznych w grupie dzieci 12-letnich przed wdrożeniem programu edukacji żywieniowej i po nim.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 160 dzieci 12-letnich z Koszalina. Dzieci podzielono na 2 grupy: w pierwszej z nich wdrożono program edukacji żywieniowej, a w drugiej nie. Badania wykonano dwukrotnie: przed edukacją i po upływie 6 miesięcy po zakończeniu edukacji w grupie edukowanej. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, w którym pytano o: częstotliwość spożycia różnych grup produktów spożywczych, liczbę i częstotliwość posiłków w ciągu dnia, częstotliwość spożycia wybranych napojów, najczęściej pojadane produkty spożywcze. Dokonano także pomiarów wzrostu i masy ciała u dzieci i obliczono wskaźnik Cole'a, określając na tej podstawie stan odżywienia dzieci.

Wyniki. W grupie edukowanej w drugim pomiarze odnotowano zwiększenie częstotliwości spożycia I i II śniadania ($p < 0,001$). Dodatkowo w tej grupie dzieci po zakończonym procesie edukacji zwiększyła się częstotliwość spożycia mleka i przetworów mlecznych zarówno wśród dziewczynek ($p = 0,049$), jak i chłopców ($p = 0,047$), ryb i przetworów z ryb w grupie dziewczynek ($p = 0,070$) i w grupie chłopców ($p = 0,008$) oraz warzyw wśród dziewczynek ($p = 0,034$) i wśród chłopców ($p = 0,030$). W grupie edukowanej po zakończeniu programu odnotowano ponadto spadek odsetka dzieci spożywających słodzone napoje gazowane – w grupie dziewczynek o 28% ($p < 0,010$), a w grupie chłopców o 34% ($p < 0,05$). W końcowej ocenie w grupie edukowanej odnotowano wzrost odsetka osób, których stan odżywienia był w normie – w grupie dziewczynek o 35%, a w grupie chłopców o 13%.

Wnioski. Edukacja żywieniowa może korzystnie wpływać na zachowania żywieniowe dzieci oraz na poprawę wybranych parametrów antropometrycznych.

Słowa kluczowe: dzieci, wskaźniki antropometryczne, edukacja żywieniowa, zwyczaje żywieniowe

Abstract

Background. Improperly shaped eating behavior in childhood may contribute to disturbances of nutritional status and many diseases, including type 2 diabetes, obesity, hypertension, and even cancers. In order to improve children's eating behavior, nutritional education addressed to children as well as to their legal guardians should be conducted.

Objectives. The aim of the study was to assess nutritional behaviors and selected anthropometric parameters in the group of 12-year-old children before and after the program of nutritional education was implemented.

Material and methods. The study was conducted among 160 12-year-old children from Koszalin. Children were divided into 2 groups: a group subjected to nutritional education and a group not subjected to such program. The research was carried out twice: before the educational program was started and 6 months after its completion. The tool was the author's questionnaire, which asked about the frequency of consumption of food products, the frequency of meals consumed during the day, the frequency of consumption of selected beverages, and the habit of snacking. In addition, the height and weight of children were measured and the Cole index was calculated, and then on this basis the nutritional status of the children was determined.

Results. In the educated group in the second measurement, an increase in the frequency of consumption of I and II breakfasts was recorded ($p < 0.001$). In addition, in this group after the education process the frequency of consumption of milk and milk products increased in girls ($p = 0.049$), and boys ($p = 0.047$), of fish and fish products in girls ($p = 0.070$) and in boys ($p = 0.008$), as well as of vegetables in girls ($p = 0.034$) and in boys ($p = 0.030$). In the educated group, there was also a decrease in the percentage of children consuming sweetened soda in girls by 28% ($p < 0.010$) and in boys by 34% ($p < 0.05$). In the final assessment, an increase in the percentage of children with normal nutritional status was noted: in girls by 35% and in boys by 13%.

Conclusions. Nutritional education can positively influence children's nutritional behavior and improve their selected anthropometric parameters.

Key words: children, anthropometric parameters, nutrition education, nutritional habits

Wprowadzenie

Zachowania żywieniowe człowieka kształtują się od pierwszych lat życia podczas wielokrotnego wykonywania tych samych czynności wg wyuczonego wzorca, a ukształtowane w dzieciństwie mają znaczący wpływ na stan zdrowia w życiu dorosłym.¹ W ostatnich 3 dekadach obserwuje się znaczny wzrost występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w wielu krajach na świecie.² Główną przyczyną tej sytuacji są błędy żywieniowe popełniane przez dzieci i młodzież: spożywanie zbyt małej ilości owoców i warzyw, a także przetworów mlecznych oraz zbyt wielu produktów wysoko przetworzonych, zawierających znaczne ilości tłuszczu oraz cukru.^{3,4} Nie bez znaczenia dla stanu odżywienia dzieci i młodzieży pozostaje sedenteryjny styl życia. Skutkiem niewłaściwych nawyków żywieniowych oraz braku aktywności fizycznej jest rozwój niezakaźnych chorób dietozależnych, takich jak: otyłość, cukrzyca typu 2, choroby układu krążenia, układu ruchu, próchnica czy nowotwory.⁵ Choroby te mogą się rozwinąć zarówno w młodym wieku, jak i w wieku dorosłym. Aby zapobiegać negatywnym skutkom zdrowotnym nieprawidłowego stylu życia w grupie dzieci i młodzieży, należy prowadzić edukację żywieniową. Powinna ona być skierowana zarówno do młodego pokolenia, jak i do rodziców czy opiekunów.⁶ W Polsce są prowadzone programy edukacji żywieniowej, np. *Wiem, co jem* – kampania samorządu warszawskiego oraz rządowy *Program dla szkół*, ale nie ma badań potwierdzających skuteczność edukacji żywieniowej w wybranych grupach dzieci.

Celem niniejszej pracy była ocena zachowań żywieniowych oraz wybranych parametrów antropometrycznych w grupie dzieci 12-letnich przed wdrożeniem programu edukacji żywieniowej i po nim.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w latach 2015–2016 wśród uczniów wybranych szkół podstawowych z miasta Koszalin (100 tys. mieszkańców) w województwie zachodniopomorskim. Klasy do badań były wybierane losowo. Badanie przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej przy Instytucie Żywności i Żywienia w Warszawie (zгода z dnia 7.01.2015 r.) u dzieci, których rodzice/opiekunowie prawni wyrazili pisemną zgodę na badanie. Łącznie badaniem objęto 160 osób (80 chłopców, 80 dziewcząt) w wieku 12 lat.

Uczniowie zostali podzieleni na 2 grupy: pierwszą liczącą 120 osób (60 chłopców, 60 dziewcząt), objętą programem edukacji żywieniowej oraz drugą składającą się z 40 osób (20 chłopców, 20 dziewcząt), w której nie wdrożono takiego programu (dzieci nieedukowane na temat żywienia należały do tych samych klas, co dzieci zakwalifikowane do programu edukacji żywieniowej).

W grupie edukowanej osoby wykwalifikowane, tj. dyplomowani żywieniowcy, dietetycy, prowadziły zajęcia dydaktyczne z zakresu korzyści ze spożywania owoców i warzyw, przetworów mlecznych, ryb. Poruszane były ponadto zagadnienia wyboru tzw. „zdrowych” przekąsek i napojów oraz podkreślano korzyści zdrowotne ze spoży-

wania śniadań przez dzieci. Łącznie edukacja żywieniowa trwała 8 godzin w każdej edukowanej klasie i odbywała się metodą wykładową oraz warsztatową z wykorzystaniem surowców spożywczych. Podczas eksperymentu rodzice/opiekunowie prawni uczniów z grupy edukowanej mogli skorzystać z konsultacji dotyczących zasad prawidłowego komponowania jadłospisu dla dzieci w wieku szkolnym. Badania oceny zwyczajów żywieniowych i wybranych parametrów antropometrycznych zostały przeprowadzone 2-krotnie: na początku eksperymentu w grupie edukowanej i nieedukowanej (I etap eksperymentu) oraz po 6 miesiącach – także w obu grupach (II etap eksperymentu). Za pomocą autorskiego kwestionariusza zebrano dane dotyczące ilości i częstotliwości spożywanych posiłków w ciągu dnia, częstotliwości spożycia wybranych grup produktów przez dzieci, spożycia wybranych napojów, najczęściej pojadanych ciągu dnia produktów spożywczych. W ocenie prawidłowości ilości spożywanych posiłków oraz częstotliwości spożycia wybranych grup produktów spożywczych odniesiono się do zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ).⁷ Przeprowadzono ponadto pomiary masy ciała i wysokości ciała wśród dzieci zgodnie z metodyką zastosowaną przez badaczy z projektów OLA i OLAF.^{8,9} Pomiary masy ciała wykonano z dokładnością do 100 g, przy użyciu wagi elektronicznej SECA 875 (Niemcy), a wysokości ciała z wykorzystaniem wzrostomierza SECA 213 (Niemcy) z dokładnością do 0,1 cm. Na podstawie zebranych pomiarów obliczono wartości wskaźnika masy ciała (ang. *body mass index* – BMI), niezbędnego do wyliczenia wskaźnika Cole'a, co pozwoliło na ocenę stopnia nadwagi, otyłości lub niedowagi u dzieci wg klasyfikacji w skali McLarena i Reda.¹⁰ Kryteria włączenia do badań były następujące: uczniowie musieli mieć 12 lat (w momencie rozpoczęcia badania), grupa miała składać się z dzieci obu płci, wymagana była zgoda rodzica (opiekuna prawnego) na udział dziecka w badaniu oraz zgoda ucznia na udział w badaniu. Z kolei kryteriami wykluczenia były: występowanie u ucznia cho-

roby przewlekłej, np. cukrzycy, stosowanie diet alternatywnych, brak uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego z powodów zdrowotnych, brak zgody rodzica (opiekuna prawnego) na udział dziecka w badaniu, brak zgody ucznia na udział w badaniu. Analizę statystyczną przeprowadzono z użyciem programu IBM SPSS Statistics w wersji 24. Do oceny statystycznej otrzymanych wyników zastosowano test McNemara w przypadku danych dotyczących cech jakościowych. W przypadku danych ilościowych zbadano normalność rozkładu za pomocą testu Shapiro–Wilka i zastosowano test Wilcoxona do oceny statystycznej uzyskanych wyników. We wszystkich obliczeniach przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki

W I etapie badań ok. 55–65% badanych dzieci spożywało 4–5 posiłków w ciągu dnia. Natomiast w II etapie w grupie edukowanej (po edukacji żywieniowej) odnotowano poprawę wyników – liczba spożywanych w ciągu dnia posiłków zwiększyła się (tabela 1). Zaobserwowano, że po edukacji spożywanie 4–5 posiłków dziennie deklarowało aż 88% dziewczynek i 83% chłopców. Odsetek dzieci w grupie edukowanej spożywających zbyt małą liczbę posiłków, tj. 1–3 dziennie, zmalał o 22% w przypadku dziewczynek ($p = 0,001$) oraz o 24% w przypadku chłopców ($p = 0,003$). W grupie nieobjętej programem edukacji nie odnotowano istotnych zmian w liczbie spożywanych posiłków w ciągu dnia w 2. pomiarze w stosunku do I etapu badań.

W przypadku dzieci szkolnych ważne jest spożywanie I i II śniadania. Dzięki wdrożonemu programowi edukacji żywieniowej u dziewczynek z grupy edukowanej istotnie statystycznie zwiększyła się częstość spożywania: z 5–6 razy na tydzień do prawie codziennie I śniadania ($p = 0,001$) i kolacji ($p = 0,024$); z 3–4 razy na tydzień do 5–6 razy na

Tabela 1. Liczba spożywanych posiłków w grupie dzieci 12-letnich ($N = 160$)

Table 1. Number of meals consumed in the group of 12-year-old children ($N = 160$)

Grupa dzieci	Liczba posiłków	Dziewczynki ($N = 80$)			Chłopcy ($N = 80$)		
		przed eksperymentem [%]	po eksperymentie [%]	p^a	przed eksperymentem [%]	po eksperymentie [%]	p^a
Grupa edukowana ($n = 60$)	1–2	3	0	0,001	3	0	0,003
	3	27	8		35	14	
	4–5	63	88		57	83	
	≥6	7	4		5	3	
Grupa nieedukowana ($n = 20$)	1–2	5	5	NS	5	5	NS
	3	30	25		35	35	
	4–5	65	70		55	60	
	≥6	0	0		5	0	

^a Test McNemara: $p \leq 0,05$ – różnice istotne statystycznie, NS – różnice nieistotne statystycznie.

N – liczebność próby.

Tabela 2. Liczba spożywanych posiłków w grupie dzieci 12-letnich (N = 160)

Table 2. Number of meals consumed in the group of 12-year-old children (N = 160)

Grupa dzieci	Posiłki ^a	Dziewczyny (N = 80)			Chłopcy (N = 80)		
		przed eksperymentem [%]	po eksperymencie [%]	<i>p</i> ^b	przed eksperymentem [%]	po eksperymencie [%]	<i>p</i> ^b
Grupa edukowana (n = 60)	I śniadanie	4,28 ±1,16	4,83 ±0,42	0,001	4,28 ±1,23	4,85 ±0,39	<0,001
	II śniadanie	3,43 ±1,43	4,05 ±0,79	<0,001	3,07 ±1,50	4,01 ±0,79	<0,001
	obiad	4,84 ±0,45	5,00 ±0,00	0,023	4,88 ±0,47	4,98 ±0,12	NS
	podwieczorek	2,45 ±1,29	3,50 ±0,89	<0,001	2,26 ±1,43	3,46 ±0,94	<0,001
	kolacja	4,51 ±0,92	4,83 ±0,46	0,024	4,68 ±0,85	4,95 ±0,21	0,007
Grupa nieedukowana (n = 20)	I śniadanie	4,53 ±0,73	4,53 ±0,73		4,35 ±0,75	4,40 ±0,69	
	II śniadanie	3,40 ±0,89	3,48 ±0,65		3,33 ±0,90	3,30 ±0,98	
	obiad	5,00 ±0,00	4,96 ±0,05	NS	5,00 ±0,00	5,00 ±0,00	NS
	podwieczorek	2,80 ±1,23	2,80 ±1,23		2,88 ±1,31	2,80 ±1,23	
	kolacja	4,40 ±0,69	4,48 ±0,60		4,35 ±0,56	4,40 ±0,49	

^a Skala: 1 – nie jadam, 2 – jadam 1–2 razy na tydzień, 3 – jadam 3–4 razy na tydzień, 4 – jadam 5–6 razy na tydzień, 5 – jadam codziennie.

^b Test Wilcoxon: *p* ≤ 0,05 – różnice istotne statystycznie, NS – różnice nieistotne statystycznie.

tydzień II śniadania (*p* < 0,001); z 1–2 razy na tydzień do 3–4 razy na tydzień podwieczorku (*p* < 0,001) – tabela 2. W grupie edukowanych chłopców wzrosła częstość spożywania z 5–6 razy na tydzień do prawie codziennie I śniadania (*p* < 0,001) i kolacji (*p* = 0,007). Częstość spożywania II śniadania w tej grupie chłopców wzrosła z 3–4 razy na tydzień do 5–6 razy na tydzień (*p* < 0,001), a podwieczorku z 1–2 razy na tydzień do 3–4 razy na tydzień (*p* < 0,001). W grupach nieobjętych programem edukacji żywieniowej nie zaobserwowano istotnych zmian w częstości spożycia poszczególnych posiłków w II etapie badań w stosunku do I zarówno u chłopców, jak i u dziewczynki.

W wyniku przeprowadzonej edukacji w grupie edukowanej zaobserwowano zmiany w częstości spożycia wybranych grup produktów spożywczych. W grupie edukowanych dziewczynki do ponad 5–6 razy na tydzień zwiększyła się częstość spożycia mleka i produktów mlecznych (*p* = 0,049) oraz warzyw i przetworów z warzyw (*p* = 0,034) – tabela 3. Zwiększyła się także częstość spożycia ryb i przetworów z ryb do ok. 1–2 razy na tydzień (*p* = 0,070) oraz częstość spożycia owoców i przetworów z owoców do ponad 5–6 razy na tydzień (*p* = 0,071). W przypadku grupy edukowanych chłopców zwiększyła się częstość spożycia mleka i produktów mlecznych do ok. 5–6 razy na tydzień (*p* = 0,047), podobnie jak warzyw i przetworów z warzyw (*p* = 0,030). Odnotowano ponadto zwiększenie spożycia ryb i przetworów z ryb do ok. 1–2 razy/tydzień (*p* = 0,008) oraz zmniejszenie częstości spożycia słodczy (*p* = 0,002) w okresie po edukacji w grupie edukowanych chłopców. W grupach niepoddanych edukacji nie odnotowano istotnych zmian częstości spożycia wybranych grup produktów w II etapie badań w stosunku do pierwszego okresu badań.

Następnie analizowano spożycie poszczególnych rodzajów napojów w badanych grupach 12-latków (tabela 4).

Zwyczajowo najczęściej spożywanym napojem wśród młodych respondentów była herbata, którą na początku eksperymentu piło 88% dziewczynki w grupie edukowanej i 90% w grupie nieedukowanej oraz 75% chłopców w grupie edukowanej i 85% w grupie nieedukowanej. Tylko 63% dziewczynki w grupie edukowanej i 60% w grupie nieedukowanej oraz 58% chłopców w grupie edukowanej i 70% w grupie nieedukowanej na początku badań piło wodę niegazowaną, która powinna być podstawowym napojem w każdej grupie wiekowej. Niepokojące jest natomiast spożycie napojów słodzonych, prawie połowa chłopców z grupy edukowanej i ok. 60% chłopców z grupy nieedukowanej oraz ponad jedna trzecia dziewcząt z grupy edukowanej i ok. połowa dziewcząt z grupy nieedukowanej deklarowała spożycie słodkich napojów gazowanych i niegazowanych w okresie przed rozpoczęciem programu edukacyjnego. Dodatkowo w grupie 12-latków odnotowano w tym okresie spożycie napojów energetyzujących (10% dziewczynki i 15% chłopców z grupy edukowanej oraz 30% chłopców z grupy nieedukowanej). Dzięki przeprowadzonemu programowi edukacyjnemu w grupach edukowanych nastąpił wzrost odsetka dziewczynki spożywających wodę niegazowaną o 20% (*p* = 0,021), napoje mleczne o 16% (*p* = 0,049) i soki owocowe o 13% (*p* = 0,065) oraz spadek odsetka dziewczynki wybierających słodkie napoje gazowane – o 14% (*p* = 0,039) i niegazowane – również o 14% (*p* = 0,079), a także napoje energetyzujące o 8% (*p* = 0,090). W grupie edukowanych chłopców w II etapie badań odnotowano zwiększenie odsetka dzieci pijących wodę niegazowaną o 30% (*p* < 0,001) i kawę zbożową o 12% (*p* = 0,057). Dodatkowo w grupie edukowanych chłopców zaobserwowano spadek odsetka dzieci spożywających słodkie napoje gazowane o 16% (*p* = 0,041), słodkie napoje niegazowane o 18% (*p* = 0,049) oraz napoje energetyzujące o 11% (*p* = 0,048). W grupach nieobjętych programem eduka-

Tabela 3. Częstotliwość spożycia wybranych grup produktów w grupie dzieci 12-letnich (N = 160)

Table 3. Frequency of consumption of selected product groups in the group of 12-year-old children (N = 160)

Grupa dzieci	Grupy produktów ^a	Dziewczynki (N = 80)			Chłopcy (N = 80)		
		przed eksperymentem [%]	po eksperymencie [%]	p ^b	przed eksperymentem [%]	po eksperymencie [%]	p ^b
Grupa edukowana (n = 60)	mleko/produkty mleczne	3,84 ±1,04	4,32 ±0,86	0,049	3,52 ±0,82	3,84 ±0,7	0,047
	jaja	2,26 ±0,88	2,15 ±0,45	NS	2,03 ±0,5	2,09 ±0,42	NS
	mięso/przetwory mięsne	3,26 ±1,17	3,20 ±0,86	NS	3,87 ±0,95	3,58 ±0,75	0,015
	ryby/przetwory z ryb	1,77 ±0,77	1,91 ±0,59	0,070	1,53 ±0,5	1,74 ±0,47	0,008
	produkty zbożowe	4,47 ±0,54	4,79 ±0,40	0,058	4,84 ±0,4	4,96 ±0,17	NS
	warzywa/przetwory z warzyw	3,35 ±1,12	4,16 ±0,67	0,034	3,11 ±0,96	3,88 ±0,8	0,030
	owoce/przetwory z owoców	4,05 ±1,09	4,30 ±0,63	0,071	3,44 ±0,98	3,82 ±0,79	NS
Grupa nieedukowana (n = 20)	słodycze	2,98 ±1,39	2,83 ±0,99	NS	2,83 ±1,32	2,50 ±1,01	0,002
	mleko/produkty mleczne	3,68 ±0,74	3,68 ±0,74	NS	3,66 ±0,98	3,70 ±0,90	NS
	jaja	2,00 ±0,37	2,10 ±0,58		1,77 ±0,44	1,82 ±0,52	
	mięso/przetwory mięsne	3,66 ±0,89	3,60 ±0,92		4,11 ±0,78	4,26 ±0,33	
	ryby/przetwory z ryb	1,60 ±0,50	1,60 ±0,50		1,44 ±0,52	1,50 ±0,46	
	produkty zbożowe	4,80 ±0,25	4,75 ±0,35		4,88 ±0,33	4,80 ±0,25	
	warzywa/przetwory z warzyw	3,06 ±0,96	3,15 ±0,80		2,89 ±1,13	2,95 ±1,05	
owoce/przetwory z owoców	3,66 ±0,97	3,58 ±1,08	3,22 ±0,97		3,30 ±0,95		
słodycze	3,25 ±1,03	3,32 ±0,99	3,11 ±1,16	3,21 ±1,12			

^a Skala: 1 – nie jadam, 2 – jadam 1–2 razy na tydzień, 3 – jadam 3–4 razy na tydzień, 4 – jadam 5–6 razy na tydzień, 5 – jadam codziennie.

^b Test Wilcoxon: $p \leq 0,05$ – różnice istotne statystycznie, $0,05 \leq p \leq 0,1$ – tendencje statystyczne, NS – różnice nieistotne statystycznie.

Tabela 4. Ocena spożycia wybranych napojów w grupie dzieci 12-letnich (N = 160)

Table 4. Evaluation of consumption of selected beverages in the group of 12-year-old children (N = 160)

Grupa dzieci	Spożywane napoje	Dziewczynki (N = 80)			Chłopcy (N = 80)		
		przed eksperymentem [%]	po eksperymencie [%]	p ^a	przed eksperymentem [%]	po eksperymencie [%]	p ^a
Grupa edukowana (n = 60)	woda niegazowana	63	83	0,021	58	88	<0,001
	soki owocowe	77	90	0,065	63	68	NS
	soki warzywne	28	37	NS	13	18	NS
	napoje mleczne	27	43	0,049	27	37	NS
	napoje słodkie niegazowane	37	23	0,079	48	30	0,049
	napoje słodkie gazowane	37	23	0,039	43	27	0,041
	napoje energetyzujące	10	2	0,090	15	4	0,048
	herbata	88	93	NS	75	73	NS
	kawa zbożowa	18	23	NS	18	30	0,057
Grupa nieedukowana (n = 20)	woda niegazowana	60	60	NS	70	65	NS
	soki owocowe	70	75	NS	65	65	
	soki warzywne	20	20	NS	0	5	
	napoje mleczne	25	25	NS	5	5	
	napoje słodkie niegazowane	60	65	NS	65	70	
	napoje słodkie gazowane	40	45	NS	55	60	
	napoje energetyzujące	0	0	–	30	35	
	herbata	90	85	NS	85	85	
kawa zbożowa	0	5	NS	5	5		

^a Test McNemara: $p \leq 0,05$ – różnice istotne statystycznie, $0,05 \leq p \leq 0,1$ – tendencje statystyczne, NS – różnice nieistotne statystycznie.

Tabela 5. Ocena zwyczaju pojadania w grupie dzieci 12-letnich (N = 160)

Table 5. Assessment of the habit of snacking in a group of 12-year-old children (N = 160)

Grupa dzieci	Grupy produktów	Dziewczynki (N = 80)			Chłopcy (N = 80)		
		przed eksperymentem [%]	po eksperymencie [%]	<i>p</i> ^b	przed eksperymentem [%]	po eksperymencie [%]	<i>p</i> ^b
Grupa edukowana (n = 60)	nie pojadam	10	7	NS	14	10	NS
	pojadam	90	93	NS	86	90	NS
	słodycze ^a	40	33	NS	50	25	0,001
	chipsy/chrupki ^a	30	10	0,013	47	27	0,002
	pizza/hot-dogi/zapiekanki ^a	7	2	NS	10	4	NS
	bułki z nadzieniem ^a	23	15	NS	30	37	NS
	kanapki ^a	30	23	NS	27	32	NS
	owoce/warzywa ^a	43	67	0,008	37	60	0,001
	soki owocowe/warzywne ^a	40	58	0,078	33	53	0,023
	napoje słodkie gazowane i niegazowane ^a	43	32	NS	50	43	NS
Grupa nieedukowana (n = 20)	nie pojadam	15	10		5	10	
	pojadam	85	90		95	90	
	słodycze ^a	55	60		60	65	
	chipsy/chrupki ^a	40	35		50	55	
	pizza/hot-dogi/zapiekanki ^a	10	15		15	20	
	bułki z nadzieniem ^a	30	30	NS	35	30	NS
	kanapki ^a	40	45		35	30	
	owoce/warzywa ^a	40	40		35	35	
	soki owocowe/warzywne ^a	30	30		45	50	
	napoje słodkie gazowane i niegazowane ^a	40	45		55	60	

^a Odsetek dzieci w grupie pojadających.

^b Test McNemara: $p \leq 0,05$ – różnice istotne statystycznie, $0,05 < p \leq 0,1$ – tendencje statystyczne, NS – różnice nieistotne statystycznie.

cji nie odnotowano istotnych zmian w liczbie dzieci, które zmieniłyby zwyczaje żywieniowe dotyczące wyboru napojów spożywanych w ciągu dnia.

Średnio ok. 90% uczniów 12-letnich pojadło zarówno przed, jak i po przeprowadzonej edukacji żywieniowej. W I etapie badań dziewczynki w grupie edukowanej najczęściej piły słodkie napoje gazowane i niegazowane (43%) oraz pojadały owoce i warzywa (43%), a w grupie nieedukowanej słodycze (55%) – tabela 5. Chłopcy natomiast przed wdrożeniem programu edukacji żywieniowej najchętniej pojadali w grupie edukowanej słodycze (50%) i pili słodkie napoje gazowane i niegazowane (50%), a w grupie nieedukowanej słodycze (60%). Dzięki edukacji w grupach edukowanych zmienił się profil pojadanych produktów. W grupie dziewczynek odnotowano wzrost odsetka dzieci pojadających owoce i warzywa o 24% ($p = 0,008$), soki owocowe i warzywne o 18% ($p = 0,078$) oraz spadek odsetka dzieci pojadających chipsy/chrupki o 20% ($p = 0,013$). Natomiast w grupie edukowanych chłopców zaobserwowano zwiększenie odsetka dzieci pojadających owoce i warzywa o 23% ($p = 0,001$), soki owocowe i warzywne o 20% ($p = 0,023$) oraz spadek odsetka dzieci pojadających słodycze o 25%

($p = 0,001$), a także chipsy/chrupki o 20% ($p = 0,002$). W grupach nieobjętych programem edukacji żywieniowej nie odnotowano istotnych zmian w pojadanych produktach w II etapie badań w stosunku do pierwszego okresu badań.

Wynikiem zmian zachowań żywieniowych w grupie 12-letnich dzieci były zmiany wybranych parametrów antropometrycznych. W I etapie badań ok. jedna trzecia dziewczynek i prawie 40% chłopców charakteryzowało się stanem odżywienia w normie na podstawie wskaźnika Cole'a, a ok. połowa dziewczynek i ponad 40% chłopców miało nadmierną masę ciała (tabela 6). W II etapie badań w grupie edukowanych dziewczynek wzrósł odsetek dzieci z prawidłową masą ciała o 35% oraz zmalał odsetek dzieci z nadmierną masą ciała o 29% i dzieci ze zbyt niską masą ciała o 10% ($p = 0,040$). W grupie edukowanych chłopców w II etapie badań zwiększył się odsetek dzieci z prawidłową masą ciała o 13%, a zmniejszył odsetek dzieci z nadmierną masą ciała o 4% i dzieci ze zbyt niską masą ciała o 9% ($p = 0,001$). W grupie respondentów nieobjętych programem edukacji żywieniowej w II etapie badań również odnotowano zmiany stanu odżywienia, jednak nie były one istotne statystycznie.

Tabela 6. Ocena stanu odżywienia w grupie dzieci 12-letnich na podstawie wskaźnika Cole'a (N = 160)

Table 6. Evaluation of nutritional status in the group of 12-year-old children based on the Cole index (N = 160)

Grupa dzieci	Wskaźnik Cole'a	Dziewczynki (N = 80)			Chłopcy (N = 80)		
		przed eksperymentem [%]	po eksperymencie [%]	<i>p</i> ^a	przed eksperymentem [%]	po eksperymencie [%]	<i>p</i> ^a
Grupa edukowana (n = 60)	niedożywienie	18	8	0,040	17	8	0,001
	norma	28	63		40	53	
	nadwaga	13	15		12	13	
	otyłość	41	14		31	26	
Grupa nieedukowana (n = 20)	niedożywienie	15	15	NS	10	10	NS
	norma	40	35		45	30	
	nadwaga	15	20		20	35	
	otyłość	30	30		25	25	

^a Test McNemara: $p \leq 0,05$ – różnice istotne statystycznie, NS – różnice nieistotne statystycznie.

Omówienie

W badaniach koszalińskich dzieci wykazano nieprawidłowości w zachowaniach żywieniowych dotyczących liczby konsumowanych posiłków, gdyż tylko 55–65% 12-latków spożywało zalecane przez IŻŻ 4–5 posiłków w ciągu dnia.⁷ Podobne wyniki otrzymali badacze w grupie dzieci 11–12-letnich z powiatu kaliskiego, wśród których zalecaną liczbę posiłków spożywało ok. 53%.¹¹ Natomiast w grupie dzieci z Białegostoku tylko 65% uczniów 13–15-letnich i 70% uczniów 10–12-letnich jadło 4–5 posiłków dziennie.¹²

Spożywanie zbyt małej liczby posiłków może przyczynić się do zmniejszenia koncentracji, wystąpienia trudności w nauce oraz senności w czasie pobytu dzieci w szkole.¹³ W badaniach własnych tylko ok. 60% 12-latków spożywało I śniadanie codziennie. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) z 2014 r., w których wykazano, że 71% 11-latków, ok. 62% 13-latków i 59% 15-latków jadło I śniadanie systematycznie każdego dnia.¹⁴ W badaniach dzieci i młodzieży z Warszawy śniadanie spożywało 86% uczniów,¹⁵ a w badaniach Wawrzyniak et al.¹⁶ I śniadanie jadło 70% dzieci w wieku 11–13 lat z miasteczka <5 tys. mieszkańców i 48% dzieci z miasta >100 tys. mieszkańców z województwa mazowieckiego. W badaniach własnych II śniadanie zwyczajowo spożywało ok. 50% 12-latków. Gorsze wyniki uzyskano wśród dzieci w wieku 13–16 lat z Bytowa, gdzie II śniadanie jadło 37% badanych, a nieco lepsze wśród dzieci warszawskich w wieku 10–13 lat, z których spożycie II śniadania codziennie deklarowało 66% respondentów.^{17,18} Z kolei w badaniach z Białegostoku II śniadanie spożywało 81% dzieci z prawidłową masą ciała i 64% dzieci z nadwagą.¹⁹ Należy mieć na uwadze, że I oraz II śniadanie są niezwykle ważnymi posiłkami, które wpływają na wyniki dzieci w nauce, co zostało potwierdzone u dzieci z Walii, gdzie spożycie śniadań było dodatnio powiązane z wyższymi wynikami testów rozwiązywanych przez

dzieci.²⁰ Edukacja żywieniowa może wpływać na poprawę częstotliwości spożycia śniadania, czego dowodem są badania przeprowadzone wśród dzieci 9–11-letnich z Wielkiej Brytanii, wśród których na skutek działań edukacyjnych odnotowano 4-krotne zwiększenie spożycia liczby właściwie zbilansowanych śniadań ($p < 0,01$). Ponadto odnotowano 5-krotny wzrost ($p < 0,01$) liczby dzieci spożywających posiłek w szkole (II śniadanie) co najmniej 2 dni w tygodniu.²¹

Zgodnie z zaleceniami IŻŻ mleko i przetwory mleczne powinny być spożywane codziennie.⁷ W badaniach własnych mleko i przetwory mleczne dzieci spożywały z częstością 5–6 razy na tydzień. Z kolei w badaniach Ambroży et al.²² mleko co najmniej raz dziennie spożywało 49% dzieci w wieku 11–13 lat z miasta w województwie śląskim, a w badaniach Wojtyły-Bucior¹¹ 48% dzieci kaliskich. Znacząco gorsze wyniki dotyczące częstości spożycia mleka i przetworów mlecznych przedstawia Stefańska et al.¹² – mleko codziennie spożywało 29% dzieci w wieku 10–12 lat oraz 32% dzieci mających 13–15 lat. Badania dowodzą, że skuteczne w przypadku poprawy częstości spożycia mleka i produktów mlecznych mogą być programy żywieniowe. Dzięki programowi *Smart Lunchbox* przeprowadzonemu wśród dzieci 8–9-letnich w Wielkiej Brytanii uzyskano wzrost częstości spożycia produktów mlecznych o 18% w porównaniu z grupą kontrolną ($p < 0,05$) po nauczeniu dzieci i rodziców prawidłowego komponowania posiłków do szkoły.²³ Badania przeprowadzone wśród dzieci i młodzieży dowodzą korzyści zdrowotnych wynikających ze spożycia mleka i jego przetworów. Badacze pokazują dodatnią zależność pomiędzy spożyciem mleka i wapnia a masą ciała i kompozycją składu ciała u dzieci i nastolatków. Mleko i jego przetwory są ponadto źródłem wapnia, witaminy D, fosforu i potasu w diecie.²⁴

IŻŻ zaleca spożywanie 5 porcji owoców i warzyw codziennie.⁷ Częstość spożycia owoców i warzyw w badaniach własnych wynosiła średnio 3–4 razy na tydzień,

a po zakończeniu programu edukacyjnego w grupach edukowanych 5–6 razy na tydzień. Badania HBSC przeprowadzone wśród 4516 uczestników pokazały, że owoce co najmniej raz dziennie spożywało 41% badanych 11-latków i 33% 13-latków. W przypadku warzyw spożycie co najmniej raz dziennie deklarowało 34% osób w grupie 11-latków i 28% 13-latków.¹⁴ W Polsce w latach 2009–2017 prowadzony był program *Owoce i warzywa w szkole*, współfinansowany przez UE, w ramach którego dzieci z klas I–III szkoły podstawowej otrzymywały w szkole porcje owoców i warzyw. W 2017 r. IŻŻ przedstawił wyniki tego programu (ewaluacja obejmuje lata 2011–2016). Z raportu można się dowiedzieć, że wśród dzieci biorących udział w programie spożycie owoców wzrosło tylko o 18% w stosunku do dzieci nieuczestniczących w programie, nie odnotowano natomiast istotnych różnic w przypadku spożycia warzyw przez dzieci.²⁵ W metaanalizie przeprowadzonej przez Evans et al.²⁶ widać skuteczność programów interwencyjnych prowadzonych w USA i Europie wśród dzieci w wieku 5–12 lat w kontekście spożycia warzyw i owoców. Dzieci biorące udział w programach wykazywały większe spożycie warzyw i owoców o 20–30 g na dzień w porównaniu z grupą kontrolną ($p < 0,01$). Spożycie owoców i warzyw w związku z zawartymi w nich witaminami, składnikami mineralnymi, antyoksydantami i błonnikiem wpływa korzystnie na przeciwdziałanie wielu chorobom, m.in. nadciśnieniu, otyłości oraz nowotworom.²⁷

Jak pokazują badania własne, spożycie ryb przez uczniów z Koszalina w I etapie badań wyniosło średnio poniżej raza na tydzień. Jest to mniejsze spożycie niż zalecane przez IŻŻ 1–3 razy na tydzień.⁷ W innym badaniu przeprowadzonym wśród dzieci z Koszalina odsetek osób, które nie spożywały ryb, wyniósł 26%.²⁸ Badania prowadzone wśród 12-latków z Piekar Śląskich wskazują, że ryby raz w tygodniu spożywało ok. 55% respondentów,²⁹ a 35% dzieci kaliskich jadło je raz w tygodniu.¹¹ Po zakończonym programie edukacji żywieniowej częstość spożycia ryb zwiększyła w grupie edukowanych dziewczynek o 4% ($p = 0,070$), a w grupie chłopców o 5% ($p = 0,008$). Podobne wyniki odnotowano po zakończonym projekcie edukacji żywieniowej *AVall Study* u dzieci z Hiszpanii, podczas którego odbywały się warsztaty kulinarne i prelekcje – w grupie edukowanej spożycie ryb utrzymało się na podobnym poziomie, z kolei w grupie kontrolnej odnotowano spadek spożycia ryb o 13% w porównaniu z początkowym pomiarem ($p = 0,024$).³⁰

W badaniach własnych dzieci spożywały słodkie średnio 3–4 razy/tydzień. W badaniu HBSC z 2014 r. słodkie co najmniej raz dziennie jadło 24% 11-latków i 31% 13-latków. Stwierdzono ponadto, że dziewczęta chętniej sięgały po słodkie niż chłopcy ($p = 0,001$).¹⁴ W badaniach Ponczek i Olszowej³¹ słodkie codziennie spożywało 35% młodzieży z Chełma, zaś aż 75% gimnazjalistów z Warszawy deklarowało spożycie słodkiego codziennie.³² W badaniach Koryby i Wróblewskiej³³ codziennie słodkie jadło 23% uczniów klas III–V, a w badaniach przepro-

wadzonych wśród dzieci z Lublina codzienne spożycie słodkiego deklarowało 23% uczniów klasy I i 35% uczniów klasy III szkoły podstawowej ($p = 0,013$). Edukacja żywieniowa wśród dzieci może być skuteczna w kontekście zmniejszenia częstotliwości spożycia słodkiego i cukru. Przykładem powyższego mogą być badania przeprowadzone wśród nastolatków z Finlandii – nauczyciele prowadzili edukację żywieniową, podczas której poruszane były tematy związane ze spożyciem cukru, błonnika, owoców i warzyw. W wyniku tych działań w grupie edukowanej odnotowano zmniejszenie częstości spożycia słodkiego o 12% oraz zwiększenie częstości spożycia słodkiego w grupie kontrolnej o 10% ($p = 0,006$).³⁴

Spożycie słodzonych napojów (zarówno gazowanych, jak i niegazowanych) w grupie dzieci i młodzieży jest powszechne. Są one wybierane ze względu na smak, kolor, interesującą etykietę. W badaniach własnych 41% dzieci zwyczajowo spożywało napoje słodzone, dodatkowo ok. 10% piło napoje energetyzujące. Podobne wyniki uzyskano w grupie gimnazjalistów z Bydgoszczy, gdzie 36% uczniów spożywało napoje słodzone³⁵, oraz w badaniach młodzieży z województwa śląskiego, gdzie 44% uczniów zadeklarowało regularne spożycie napojów słodzonych, przy czym częściej wybierali je chłopcy niż dziewczęta ($p < 0,001$). Dodatkowo 58% badanych spożywało regularnie napoje energetyzujące.³⁶ Jak podają autorzy, spożycie napojów słodzonych jest znaczącym źródłem kalorii w diecie, prowadzącym do przyrostu masy ciała i wystąpienia chorób z tym związanych.³⁷ Następnym spożycia napojów słodzonych może być rozwój otyłości, chorób sercowo-naczyniowych, cukrzyca typu 2 i zespół metaboliczny.³⁸ Edukacja żywieniowa może być skuteczna w przypadku zmniejszenia spożycia napojów słodzonych w grupie dzieci, czego dowodem są badania przeprowadzone w grupie 12–13-latków z Rio de Janeiro. Po 7 miesiącach edukacji żywieniowej spożycie napojów słodzonych zmalało 4-krotnie w grupie edukowanej w porównaniu z grupą kontrolną ($p = 0,03$), jednocześnie wzrosło spożycie soków owocowych w obu grupach ($p = 0,08$). Interwencja nie wpłynęła znacząco na redukcję BMI.³⁹

Program edukacji żywieniowej prowadzony przez osoby wykwalifikowane w Koszalinie wpłynął na parametry antropometryczne badanych dzieci. W grupie edukowanej odnotowano po 6 miesiącach wzrost odsetka osób charakteryzujących się stanem odżywienia w normie – w grupie dziewczynek o 35%, a w grupie chłopców o 13%. Korzyści edukacji żywieniowej w kontekście poprawy parametrów antropometrycznych przedstawiają również badacze z Niemiec, którzy sprawdzali skuteczność edukacji żywieniowej w grupie dzieci. Po 18 miesiącach edukacji w grupie edukowanej odsetek dzieci z nadwagą był o 4% niższy w porównaniu z grupą kontrolną ($p = 0,053$). Z kolei odsetek dzieci otyłych w grupie edukowanej był o 2% mniejszy niż w grupie kontrolnej ($p = 0,058$), przy czym odsetek dzieci z zaburzeniami stanu odżywienia na początku edukacji był na podobnym


poziomie.⁴⁰ Silveira et al.⁴¹ porównali wyniki 8 badań dotyczących zmian parametrów antropometrycznych na skutek edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej. Średni efekt redukcji BMI wśród dzieci wynosił 0,33 kg/m² ($p = 0,003$) dla programów trwających od 4 miesięcy do 3 lat i 0,48 kg/m² ($p < 0,01$) dla programów, które trwały krócej niż rok.

Wnioski

Nawyki żywieniowe dzieci koszańskich nie były właściwe, jednak na skutek działań edukacyjnych odnotowano poprawę częstości spożycia wybranych grup produktów spożywczych (mleko i przetwory, ryby, owoce i warzywa) w grupie edukowanej żywieniowo. Ponadto w II etapie badań w grupie edukowanej zaobserwowano zmniejszenie częstości spożycia niepożądanych w diecie dzieci produktów (słodczy, napojów słodzonych). Zmiana nawyków żywieniowych także wpłynęła na poprawę parametrów antropometrycznych w grupie dzieci edukowanych. Należy zatem prowadzić działania edukacyjne wśród dzieci oraz ich rodziców/opiekunów związane z właściwymi wyborami żywieniowymi.

ORCID iDs

Małgorzata Kwiatkowska  <https://orcid.org/0000-0001-5697-6887>

Agata Wawrzyniak  <https://orcid.org/0000-0002-8452-0526>

Piśmiennictwo

- Jessa J, Hozyasz KK. Ocena sposobu żywienia dzieci kierowanych do oddziału pediatrycznego oraz wiedzy żywieniowej ich opiekunów – wyniki badania pilotażowego. *Pediatr Pol.* 2016;91(3):208–213. doi:10.1016/j.pepo.2016.02.005
- Gurnani M, Birken C, Hamilton J. Childhood obesity. *Pediatr Clin North Am.* 2015;62(4):821–840. doi:10.1016/j.pcl.2015.04.001
- Woźniak A, Artych M, Wawrzyniak A. Nutritional behaviours and boy self perception in Polish pupils attending middle-school. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2014;65(4):331–336. http://wydawnictwa.pzh.gov.pl/roczniki_pzh/nutritional-behaviours-and-body-self-perception-in-polish-pupils-attending-middle-school?lang=pl. Dostęp 30.07.2019.
- Dolipska A, Majerczyk M, Góra A, Janion K, Szczepańska E. Eating behaviours of primary school pupils from Śląskie, Małopolskie and Opolskie voivodeships in Poland. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2018;69(2):193–201. http://wydawnictwa.pzh.gov.pl/roczniki_pzh/eating-behaviours-of-primary-school-pupils-from-slaskie-malopolskie-and-opolskie-voivodeships-in-poland?lang=pl. Dostęp 30.07.2019.
- Edwardson CL, Gorely T, Davies MJ, et al. Association of sedentary behaviour with metabolic syndrome: A meta-analysis. *PLoS One.* 2012;7(4):e34916. doi:10.1371/journal.pone.0034916
- Zalewska M, Maciorkowska E. Rola edukacji żywieniowej w populacji dzieci i młodzieży. *Med Og Nauk Zdr.* 2013;19(3):375–378. <http://agro.icm.edu.pl/agro/element/bwmeta1.element.agro-5c39c046-c341-4ead-aef3-7bdf09544eec/c/fulltext475.pdf>. Dostęp 30.07.2019.
- Jarosz M, red. *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*. Warszawa, Polska: Instytut Żywności i Żywienia; 2017.
- Kułaga Z, Litwin M, Tkaczyk M, et al. Polish 2010 growth referents for school-aged children and adolescents. *Eur J Pediatr.* 2011;170(5):599–609. doi:10.1007/s00431-010-1329-x
- Kułaga Z, Litwin M, Zajączkowska MM, et al; Zespół Badaczy OLAF. Porównanie wartości obwodów talii i bioder dzieci i młodzieży polskiej w wieku 7–18 lat z wartościami referencyjnymi dla oceny ryzyka sercowo-naczyniowego – wyniki wstępne projektu badawczego OLAF (PL0080). *Stand Med Pediatr.* 2008;5:473–485. <http://www.standarty.pl/artykuly/id/542#>. Dostęp 30.07.2019.
- Książyk J. Antropometryczna ocena stanu odżywienia. *Stand Med.* 2007;4:499–503.
- Wojtyła-Buciora P, Żukiewicz-Sobczak W, Wojtyła K, Marcinkowski JT. Sposób żywienia uczniów szkół podstawowych w powiecie kaliskim – w opinii dzieci i ich rodziców. *Probl Hig Epidemiol.* 2015;96(1):245–253. <http://phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-1-245.pdf>. Dostęp 30.07.2019.
- Stefańska E, Falkowska A, Ostrowska L. Wybrane zwyczaje żywieniowe dzieci i młodzieży w wieku 10–15 lat. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2012;63(1):91–98. http://wydawnictwa.pzh.gov.pl/roczniki_pzh/wybrane-zwyczaje-zywieniowe-dzieci-i-mlodziezy-w-wieku-10-15-lat?lang=pl. Dostęp 30.07.2019.
- Całuniuk B, Ambroży J, Bester J, Czuchraj W, Dostał K, Dubiel M. Nawyki żywieniowe oraz częstość spożycia wybranych produktów przez dzieci w wieku 10–13 lat zamieszkałe na terenach miejskich i wiejskich. *Ann Acad Med Siles.* 2013;67(4):231–237. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.psjd-4b36ab49-788f-443d-bec3-2e534e111e61>. Dostęp 30.07.2019.
- Mazur J, red. *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Warszawa, Polska: Instytut Matki i Dziecka; 2015.
- Ramotowska A, Szypowski W, Kunecka K, Szypowska A. Ocena czynników wpływających na konsumpcję śniadań wśród warszawskiej młodzieży w wieku szkolnym – rola w prewencji otyłości. *Pediatr Endocrinol.* 2017;16(1)58:33–40. doi:10.18544/EP-01.16.01.1661
- Wawrzyniak A, Sadurska J, Hamułka J. Ocena spożycia śniadań oraz spożycia energii z produktami kupowanymi w sklepikach szkolnych przez uczniów. *Probl Hig Epidemiol.* 2015;96(1):254–258. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-1-254.pdf>. Dostęp 30.07.2019.
- Sińska B, Kucharska A, Michota-Katulska E, Zegan M. Śniadania uczniów szkół podstawowych – ocena jakościowa. *Pielęg Pol.* 2015;3(57):273–277. <http://www.pielęgarnstwo.ump.edu.pl/article.php?id=152>. Dostęp 30.07.2019.
- Platta A, Martul A. Ocena wiedzy rodziców w zakresie wpływu nieprawidłowych zachowań żywieniowych na rozwój otyłości prostej u dzieci. *Bromat Chem Toksykol.* 2012;45(3):1087–1091. <https://ptfarm.pl/pub/File/Bromatologia/2012/3/1087-1091.pdf>. Dostęp 30.07.2019.
- Stefańska E, Falkowska A, Ostrowska L, Waszczeniuk M. Wartość odżywcza całodziennych posiłków 10 letnich dzieci o zróżnicowanej masie ciała. *Rocz Panstw Zakł Hig.* 2011;62(4):419–425. http://wydawnictwa.pzh.gov.pl/roczniki_pzh/wartosc-odzywacza-calodziennych-posilkow-10-letnich-dzieci-o-zroznicowanej-masie-ciala?lang=pl. Dostęp 30.07.2019.
- Littlecott HJ, Moore GF, Moore L, Lyons RA, Murphy S. Association between breakfast consumption and educational outcomes in 9–11-year-old children. *Pub Health Nutr.* 2015;19(9):1575–1582. doi:10.1017/S1368980015002669
- Murphy S, Moore GF, Tapper K, et al. Free healthy breakfasts in primary schools: A cluster randomised controlled trial of a policy intervention in Wales. *UK Public Health Nutrition.* 2011;14(2):219–226. doi:10.1017/S1368980010001886
- Ambroży J, Bester J, Czuchraj W, Dostał K, Dubiel M. Nawyki żywieniowe oraz częstość spożycia wybranych produktów przez dzieci w wieku 10–13 lat zamieszkałe na terenach miejskich i wiejskich. *Ann Acad Med Siles.* 2013;67(4):231–237. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.psjd-4b36ab49-788f-443d-bec3-2e534e111e61>. Dostęp 30.07.2019.
- Evans CEL, Greenwood DC, Thomas JD, Cleghorn CL, Kitchen MS, Cade JE. SMART lunch box intervention to improve the food and nutrient content of children's packed lunches: UK wide cluster randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health.* 2010;64:970–976. doi:10.1136/jech.2008.085837
- Spence LA, Cifelli CJ, Miller GD. The role of dairy products in healthy weight and body composition in children and adolescents. *Current Nutrition & Food Science.* 2011;7:40–49. doi:10.2174/157340111794941111

25. Krajowy Ośrodek Wsparcia Rolnictwa. <http://www.kowr.gov.pl>. Dostęp 30.07.2019.
26. Evans CEL, Christian MS, Cleghorn CL, Greenwood DC, Cade JE. Systematic review and meta-analysis of school-based interventions to improve daily fruit and vegetable intake in children aged 5 to 12 years. *Am J Clin Nutr*. 2012;96(4):889–901. doi:10.3945/ajcn.111.030270
27. Slavin JL, Lloyd B. Health benefits of fruits and vegetables. *Adv Nutr*. 2012;3(4):506–516. doi:10.3945/an.112.002154
28. Dymkowska-Malesa M, Walczak Z, Zakrzewski J. Ocena poziomu spożycia ryb wśród uczniów klas 4–6 szkół podstawowych w Koszalinie. *Probl Hig Epidemiol*. 2014;95(1):82–185. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2014/phe-2014-1-182.pdf>. Dostęp 30.07.2019.
29. Jończyk P, Potempa M, Kajdaniuk D. Charakterystyka nawyków żywieniowych i aktywności fizycznej wśród dzieci szkolnych w wieku od 11 do 13 lat w mieście Piekary Śląskie. *Med Metabol*. 2015;19(2):42–53. <http://www.medycyna-metaboliczna.pl/arttykul?tytul=Charakterystyka+nawyk%C3%B3w+%C5%BCywniowych++aktywno%C5%Bci+fizycznej+w%C5%9Br%C3%B3d+dzieci+szkolnych+w+wieku+od+11+do+13+lat+w+mie%C5%9Bcie+Piekary+%C5%9A%C4%85skie&did=266567329&ak=key-CwLpuWsU8vli95ZgK8sS>. Dostęp 30.07.2019.
30. Llargues E, Franco R, Recasens A, et al. Assessment of a school-based intervention in eating habits and physical activity in school children: The AVall study. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(10):896–901. doi:10.1136/jech.2009.102319
31. Ponczek D, Olszowy I. Ocena stylu życia młodzieży i świadomości jego wpływu na zdrowie. *Hygeia Public Health*. 2012;47(2):174–182. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2012/hyg-2012-2-174.pdf>. Dostęp 30.07.2019.
32. Kowalczke K. Wybrane zachowania żywieniowe i sposób żywienia gimnazjalistów warszawskiego Ursynowa. W: Wolska-Adamczyk A, red. *Znaczenie racjonalnego żywienia w edukacji zdrowotnej*. Warszawa, Polska: Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie; 2015:117–124.
33. Koryba J, Wróblewska I. Analiza zachowań żywieniowych dzieci klas III–V szkoły podstawowej. *Puls Uczelni*. 2014;8(3):11–15. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-1bbc35b5-f032-4815-a1a5-acb01f2a133a/c/32585.pdf>. Dostęp 30.07.2019.
34. Hoppu U, Lehtisalo J, Kujala J, et al. The diet of adolescents can be improved by school intervention. *Public Health Nutrition*. 2010;13(6A):973–979. doi:10.1017/S1368980010001163
35. Łoboda D, Gawęcki J. Udział płynów w żywieniu wybranej grupy gimnazjalistów a skład ich ciała. *Probl Hig Epidemiol*. 2011;92(1):83–88. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2011/phe-2011-1-083.pdf>. Dostęp 30.07.2019.
36. Marcinkowska U, Gałeczka M, Kukowka K, Kania M, Lau K, Joško-Ochojska J. Zmiany w konsumpcji napojów wśród młodzieży. *Probl Hig Epidemiol*. 2014;95(4):907–911. <http://phie.pl/pdf/phe-2014/phe-2014-4-907.pdf>. Dostęp 30.07.2019.
37. Kłosiewicz-Latoszek L, Cybulska B. Cukier a ryzyko otyłości, cukrzycy i chorób sercowonaczyniowych. *Probl Hig Epidemiol*. 2011;92(2):181–186. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2014/phe-2014-4-907.pdf>. Dostęp 30.07.2019.
38. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Hu FB. Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk. *Circulation*. 2010;121(11):1356–1364. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.876185
39. Craddock AL, McHugh A, Mont-Ferguson H, et al. Effect of school district policy change on consumption of sugar-sweetened beverages among high school students, Boston, Massachusetts 2004–2006. *Prev Chronic Dis*. 2011;8(4):A74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3136975/>. Dostęp 30.07.2019.
40. Bayer O, von Kries R, Strauss A, et al. Short- and mid-term effects of a setting based prevention program to reduce obesity risk factors in children: A cluster-randomized trial. *Clin Nutr*. 2009;28(2):122–128. doi:10.1016/j.clnu.2009.01.001
41. Silveira JAC, Taddei JA, Guerra PH, Nobre M. The effect of participation in school-based nutrition education interventions on body mass index: A meta-analysis of randomized controlled community trials. *Prev Med*. 2013;56(3–4):237–243. doi:10.1016/j.yjmed.2013.01.011

Samoocena wiedzy nauczycieli w zakresie przygotowania do sprawowania opieki nad dzieckiem z cukrzycą typu 1 w szkole

Self-assessment of teachers' knowledge regarding their preparation for caring for a child with type 1 diabetes at school

Lucyna Sochocka^{1,A–D}, Ewa Ledwoń^{1,A,B}, Sławomir Rak^{2,B}, Katarzyna Szwamel^{1,C–F}

¹ Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole, Polska

² Oddział Pediatrii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Opole, Polska

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. 2019;9(3):183–190

Adres do korespondencji

Lucyna Sochocka
e-mail: l-sochocka@wp.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.08.2018 r.

Po recenzji: 7.09.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 26.09.2018 r.

Cytowanie

Sochocka L, Ledwoń E, Rak S, Szwamel K. Samoocena wiedzy nauczycieli w zakresie przygotowania do sprawowania opieki nad dzieckiem z cukrzycą typu 1 w szkole. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):183–190. doi:10.17219/pzp/96327

DOI

10.17219/pzp/96327

Copyright

© 2019 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. Współczynnik zapadalności na cukrzycę w Polsce jest uważany za jeden z najwyższych w Europie. Środowiskiem, w którym dziecko w wieku szkolnym spędza najwięcej czasu jest dom oraz szkoła. Gwarancją poczucia bezpieczeństwa, zarówno chorych dzieci, jak i ich rodziców, mogą być nauczyciele przygotowani do sprawowania opieki nad dzieckiem w zakresie akceptowalnym przez polskie prawo.

Cel pracy. Poznanie samooceny nauczycieli w zakresie stopnia ich przygotowania do sprawowania opieki nad dzieckiem chorującym na cukrzycę typu 1 w szkole.

Materiał i metody. Badania były prowadzone w okresie od listopada 2017 do lutego 2018 r. metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Zbadano 272 nauczycieli z 23 placówek oświatowych zlokalizowanych na terenie województwa opolskiego.

Wyniki. Zdaniem ponad połowy respondentów (57,93%; $n = 157$) poziom przygotowania nauczycieli do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę jest niski. Ocena ta nie była zależna od lokalizacji szkoły ($p = 0,169$), stażu pracy w zawodzie nauczyciela ($p = 0,124$) ani od rodzaju placówki oświatowej, w której zatrudniony był nauczyciel ($p = 0,979$). Grupa 34,20% ($n = 93$) ankietowanych podała, iż nauczyciel może, bez porozumienia z rodzicem, zbadać dziecku choremu na cukrzycę stężenie glukozy we krwi. Większość (97,79%; $n = 266$) stwierdziła, iż nauczyciele pracujący w szkole, do której uczęszcza chore dziecko powinni odbyć szkolenie na temat zasad opieki nad dzieckiem zmagającym się z cukrzycą.

Wnioski. Konieczna jest realizacja na skalę masową programu edukacyjnego mającego na celu przygotowanie nauczycieli do objęcia opieką uczniów chorujących na cukrzycę w czasie ich pobytu w szkole.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 1, dziecko, nauczyciele, szkoła

Abstract

Background. The incidence rate for diabetes in Poland is considered one of the highest in Europe. Home and school create the environment in which the school-age child spends the most time. Teachers prepared to taking care of a child within the scope acceptable by Polish law may be a guarantee of the sense of security for both sick children and their parents.

Objectives. To investigate the teachers' self-assessment regarding their preparation for caring for a child with type 1 diabetes at school.

Material and methods. The research was conducted from November 2017 to February 2018. The method of diagnostic survey and survey technique were applied. The author's questionnaire was used. The group of 272 teachers from 23 educational institutions located in the Opolskie voivodeship were examined.

Results. More than half of respondents (57.93%; $n = 157$) claimed that the level of teachers' preparation for caring for a child with diabetes is low. This assessment was not dependent on the location of the school ($p = 0.169$), seniority in the teaching profession ($p = 0.124$) or the type of educational institution, in which the teacher was employed ($p = 0.979$). A group of 34.20% ($n = 93$) of the respondents reported that the teacher could examine the level of blood glucose in the child with diabetes without receiving parent's agreement. The majority (97.79%, $n = 266$) stated that teachers working at school with a sick child should receive training on the principles of care for a child with diabetes.

Conclusions. Broad implementation an educational program aimed at preparing teachers for taking care of the pupils with diabetes during their stay at school is necessary.

Key words: diabetes mellitus type 1, child, teachers, school

Wprowadzenie

Cukrzyca typu 1 to choroba autoimmunologiczna, do powstania której przyczyniają się czynniki genetyczne, środowiskowe i immunologiczne. Istotą choroby jest bezwzględny niedobór insuliny, do którego dochodzi na skutek zniszczenia komórek β trzustki. Jest ona obecnie najczęstszą przewlekłą chorobą metaboliczną występującą u dzieci.^{1,2}

Międzynarodowa Federacja ds. Cukrzycy (International Diabetes Federation – IDF) w swoim ostatnim raporcie z 2017 r. podała, że na świecie żyje 1 106,5 tys. dzieci w wieku 0–19 lat z cukrzycą typu 1, a każdego roku diagnozuje się 132 600 tys. nowych przypadków tej choroby.³ Średnia światowa zapadalność dzieci, u których dopiero co rozpoznano cukrzycę typu 1 zwiększa się co roku o 3–4%.⁴ Według IDF liczbę chorych mających 0–19 lat żyjących z 1 typem cukrzycy w Polsce w 2017 r. oszacowano na 14 544. Na 100 tys. dzieci w tym wieku każdego roku rozpoznaje się średnio 18,4 nowych przypadków tej choroby.³ Wyniki badań prowadzonych w Polsce (na przełomie ostatnich 20 lat) w ramach projektu Epidemiology and Prevention of Diabetes Study (EURODIAB) wskazują na 300% zwiększenie liczby zachorowań, przy czym najwyższą dynamikę wzrostu zachorowań odnotowuje się u dzieci w wieku 0–4 i 5–9 lat. Przewiduje się, iż do 2025 r. liczba zachorowań w Polsce wzrośnie 4-krotnie i dotyczyć będzie zwłaszcza dzieci mających 0–9 lat.^{5,6} Powyższe dane epidemiologiczne dają podstawy do wysunięcia tezy, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat w Polsce w każdym przedszkolu i szkole uczyć się będą dzieci chorujące na cukrzycę typu 1. W tej sytuacji przyjęcie do placówki dziecka z cukrzycą przestanie być rzeczywistym i wystarczającym powodem obaw ze strony nauczycieli, czego dziś jeszcze doświadczają niektórzy dzieci i ich rodzice.⁷

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, obciążoną ryzykiem wystąpienia powikłań, zarówno ostrych – zagrażających bezpośrednio życiu dziecka, takich jak hipoglikemia czy śpiączka ketonowa, jak i mogących mieć wpływ na jakość życia w przyszłości (mikro- i makroangiopatie).⁷ Cukrzyca nie zaburza rozwoju umysłowego dziecka (o ile w przebiegu powikłań nie doszło do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego), ale jak każda choroba przewlekła utrudnia jego funkcjonowanie na wielu płaszczyznach, w tym: poznawczej, emocjonalnej i społecznej.⁸ Przeciężenie leczeniem i uciążliwościami związanymi z codzienną kontrolą utrudniają rozwój emocjonalny dziecka. Z drugiej zaś strony cukrzyca nieleczona w sposób prawidłowy może stanowić czynnik ryzyka dla prawidłowego funkcjonowania poznawczego dziecka na skutek obniżenia się pamięci operacyjnej, selektywności uwagi, szybkości psychoruchowej i analizy złożonych informacji. Ograniczenia, jakie na dziecko nakłada choroba, restrykcyjny lub dyrektywny styl wychowawczy rodziców i mniejszy dostęp do aktywności podejmowanych przez zdrowych rówieśników to czynniki, które implikują trudności w funkcjonowaniu społecznym dziecka.⁸ W związku z wyżej wymienionymi trudnościami w funkcjonowaniu dziecka chorego na cukrzycę konieczne jest objęcie takiego ucznia szczególną opieką w szkole udzielaną zarówno przez nauczycieli, jak i pedagoga i psychologa szkolnego. Ważna jest również współpraca między kadrą pedagogiczną a rodzicami, bowiem podstawowym warunkiem skutecznego leczenia dziecka jest aktywna współpraca wszystkich członków zespołu terapeutycznego, zwłaszcza lekarza prowadzącego i pielęgniarki diabetologicznej z rodziną, nauczycielami, wychowawcami i pozostałymi osobami, które na co dzień sprawują opiekę nad dzieckiem, a także z jego rówieśnikami.^{8,9}

Biorąc pod uwagę to, że dziecko w wieku szkolnym spędza znaczną część swojego czasu w szkole, nauczyciele mogą odgrywać kluczową rolę w monitorowaniu cukrzycy swoich uczniów.¹⁰ Personel szkoły, w szczególności nauczyciele, powinni mieć wiedzę na temat problemów związanych z opieką nad dzieckiem zmagającym się cukrzycą typu 1 w celu zapewnienia mu środowiska promującego bezpieczeństwo i optymalizację zarządzania chorobą w szkole. Dziecko chorujące na cukrzycę powinno mieć zapewnioną taką opiekę w placówce, do której uczęszcza, aby było w stanie w pełni uczestniczyć we wszystkich zajęciach szkolnych, czyli mieć stworzone odpowiednie warunki do oznaczania poziomu glikemii, podawania insuliny oraz zgodnego z aktualnym zapotrzebowaniem przyjmowania posiłków.¹¹ Nauczyciel nigdy nie powinien zakładać, że dziecko ma pełną świadomość choroby i potrafi w pełni sobie z nią radzić.¹²

Niejednokrotnie obawa nauczycieli przed dziećmi chorymi na cukrzycę wynika z ich niewiedzy o chorobie, a także strachu przed odpowiedzialnością. Można tak wnioskować chociażby z badań przeprowadzonych w małopolskich szkołach w 2013 r., z których jednoznacznie wynika, że głównymi powodami trudności w opiece nad takim dzieckiem w szkole, na jakie wskazywali badani dyrektorzy szkół, były brak informacji o postępowaniu z dzieckiem zmagającym się z cukrzycą i brak regulacji prawnych.¹³ Należy więc właściwie przygotować nauczycieli do opieki nad chorymi dziećmi. Dostarczanie tej grupie zawodowej odpowiedniej wiedzy na temat właściwego zarządzania cukrzycą poprzez szkolenia może przyczynić się do zniwelowania błędnych przekonań na temat funkcjonowania dzieci chorujących na cukrzycę w szkole oraz lęku wobec chorób przewlekłych w ogóle. Dodatkowo właściwe postępowanie z dzieckiem zmagającym się z cukrzycą może zwiększyć współczynnik jego frekwencji w szkole i ostatecznie przyczynić się do wzrostu wskaźników sukcesu tych dzieci, np. w postaci uzyskiwania lepszych ocen.¹⁰

Wobec powyższego zasadne jest zbadanie poziomu przygotowania nauczycieli do sprawowania opieki w szkole nad dzieckiem chorującym na cukrzycę typu 1. W pracy założono, że poziom przygotowania nauczycieli do sprawowania opieki nad takimi dziećmi w szkole jest niski oraz że staż pracy nauczyciela, rodzaj placówki oświatowej oraz lokalizacja placówki (wieś, miasto) nie determinują poziomu wiedzy nauczycieli na temat przygotowania do sprawowania opieki nad dzieckiem zmagającym się z cukrzycą typu 1 w szkole.

Celem pracy było: poznanie samooceny nauczycieli w zakresie stopnia ich przygotowania do sprawowania opieki nad dzieckiem chorującym na cukrzycę typu 1 w szkole oraz zbadanie, czy zmienne takie jak staż pracy nauczyciela, rodzaj placówki oświatowej oraz lokalizacja placówki determinują istotnie poziom wiedzy badanych na temat ich przygotowania do sprawowania opieki nad takim dzieckiem.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 272 nauczycieli z 23 placówek oświatowych zlokalizowanych na terenie województwa opolskiego. Zdecydowana większość respondentów – 86,03% ($n = 234$) – była płci żeńskiej, mężczyźni stanowili 12,87% ($n = 38$) badanej grupy. Mediana wieku nauczycieli wyniosła 45 lat (wartość minimalna [*min.*] – wartość maksymalna [*max.*] – 23–65 lat), a mediana stażu pracy 20 lat (*min.*–*max.* – 1–38 lat). Studia I stopnia ukończyło 2,94% ($n = 8$) respondentów, dyplom ukończenia studiów II stopnia zdobyła grupa 95,95% ($n = 261$) ankietowanych. Większość nauczycieli była pracownikami szkół podstawowych (56,99%; $n = 155$) zlokalizowanych głównie w miastach powiatowych (40,81%; $n = 111$) i wojewódzkich (30,15%; $n = 82$) – tabela 1.

Badanie prowadzono w okresie od listopada 2017 do lutego 2018 r. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, przeprowadzono je po uzyskaniu zgody dyrektorów placówek. Przed badaniem każdy z uczestników został poinformowany o celu i metodologii badania oraz o możliwości odstąpienia od niego każdym etapem bez konieczności podawania przyczyny. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką badań było ankietowanie, narzędzie stanowił kwestionariusz stworzony na potrzeby pracy przez jej autorów. Kwestionariusz ankiety zawierał metryczkę oraz pytania szczegółowe pozwalające poznać opinię nauczycieli na temat poziomu ich przygotowania do sprawowania opieki nad dzieckiem zmagającym się z cukrzycą typu 1 w szkole. Respondenci wypełniali kwestionariusz przed rozpoczęciem warsztatów, które były prowadzone w ramach programu *Uczeń z cukrzycą w szkole*, w obecności prowadzącego, bez możliwości zadawania pytań dotyczących odpowiedzi. Wypełnienie ankiety było jednoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w badaniach. Dyskusja na temat pytań zawartych w kwestionariuszu i poprawnych odpowiedzi odbyła się w czasie trwania warsztatów.

Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu STATISTICA v. 12 (StatSoft, Inc., Tulsa, USA) oraz Microsoft Excel 2013 (Microsoft Corp., Redmond, USA). Dla zmiennych mierzalnych obliczono statystyki opisowe, natomiast dla zmiennych jakościowych – liczebności i odsetki. Wszystkie badane zmienne typu ilościowego sprawdzono testem Shapiro–Wilka dla ustalenia typu rozkładu. Do weryfikacji hipotez posłużono się testem χ^2 , natomiast w przypadku niespełnienia założeń do tego testu stosowano dokładny test *F* Fishera. Za istotne statystycznie uznano wyniki, dla których $p \leq 0,05$.

Wyniki

Zdaniem ponad połowy respondentów – 57,93% ($n = 157$) – poziom przygotowania nauczycieli do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę jest

Tabela 1. Zmienne socjodemograficzne badanych

Table 1. Sociodemographic variables of the respondents

Zmienne		n	%	
Płeć	kobiety	234	86,03	
	mężczyźni	35	12,87	
	b.d.	3	1,10	
	ogółem	272	100	
Wiek [lata]	M	43,97		
	SD	9,24		
	Q ₁ -Q ₂ -Q ₃	37,00-45,00-52,00		
	min.-max.	23,00-65,00		
Staż pracy [lata]	M	20,00		
	SD	9,89		
	Q ₁ -Q ₂ -Q ₃	12,00-20,00-28,00		
	min.-max.	1,00-38,00		
Wykształcenie	studia licencjackie	8	2,94	
	studia magisterskie	261	95,96	
	b.d.	3	1,10	
	ogółem	272	100,00	
Rodzaj placówki oświatowej	przedszkole	18	6,62	
	szkoła podstawowa	155	56,99	
	gimnazjum	14	5,15	
	szkoła średnia	18	6,62	
	przedszkole i szkoła podstawowa	4	1,47	
	szkoła podstawowa i gimnazjum	35	12,87	
	gimnazjum i szkoła średnia	9	3,31	
	szkoła podstawowa i szkoła średnia	5	1,84	
	wszystkie wymienione typy szkół	11	4,04	
	b.d.	3	1,10	
	ogółem	272	100	
	Miejsce pracy	wieś	72	26,47
		miasto powiatowe	111	40,81
miasto wojewódzkie		82	30,15	
b.d.		7	2,57	
ogółem		272	100,00	

n – liczebność badanej cechy w próbie; b.d. – brak danych;
M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Q₁ – kwartył dolny (25. percentyl); Q₂ – kwartył środkowy (mediana); Q₃ – kwartył górny (75. percentyl).

niski, a według 39,11% ($n = 106$) – odpowiedni. O wysokim poziomie przygotowania nauczycieli do sprawowania opieki nad dzieckiem zmagającym się z cukrzycą mówiło zaledwie 2,95% ($n = 8$) badanych. Powyższa samoocena nie była zależna w sposób istotny statystycznie od lokalizacji szkoły ($p = 0,169$), stażu pracy w zawodzie nauczyciela ($p = 0,124$) ani od rodzaju placówki oświatowej, w której zatrudniony jest nauczyciel ($p = 0,979$) – tabele 2–4.

Niski poziom przygotowania respondentów do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę zdają się potwierdzać odpowiedzi badanych na pytania merytoryczne zawarte w kwestionariuszu. I tak 34,20% ($n = 93$) ankietowanych podało, że nauczyciel może bez porozumienia z rodzicem zbadać dziecku choremu na cukrzycę poziom glikemii we krwi, 44,90% ($n = 122$) zaznaczyło, że nie może tego zrobić, a 21% ($n = 57$) nie miało zdania na ten temat. Grupa 43% ($n = 117$) uznała, iż nauczyciel może bez porozumienia z rodzicem podać dziecku glukagon w sytuacji hipoglikemii, 32,70% ($n = 89$) stwierdziło odwrotnie, a 24,30% ($n = 66$) nie miało zdania na ten temat. Nauczyciele pracujący w miastach wojewódzkich istotnie częściej w porównaniu do tych zatrudnionych w miastach powiatowych i na wsiach udzielali odpowiedzi prawidłowej. Zdania na powyższy temat najczęściej nie mieli nauczyciele zatrudnieni na wsi, a nauczyciele pracujący w miastach powiatowych udzielali głównie odpowiedzi nieprawidłowych ($\chi^2 = 18,701$; $p = 0,001$). Staż pracy w zawodzie nauczyciela nie miał istotnego wpływu na rodzaj udzielanych odpowiedzi ($\chi^2 = 4,292$; $p = 0,637$).

Za stwierdzeniem, że nauczyciel może bez porozumienia z rodzicem podać dziecku choremu na cukrzycę insulinę, opowiedziało się 18,40% ($n = 50$) badanych, 58,80% ($n = 160$) odpowiedziało „nie” na zadane pytanie, z kolei 22,80% ($n = 62$) nie zajęło jednoznacznego stanowiska.

Wszyscy ankietowani – 100% ($n = 272$) byli zgodni co do tego, iż rodzice powinni przekazać informację o chorobie dziecka dyrektorowi placówki i wychowawcy klasy, do której uczęszcza dziecko. Ponadto zdecydowana większość badanych – 97,79% ($n = 266$) stwierdziła, że nauczyciele pracujący w szkole, do której uczęszcza chore dziecko, powinni odbyć szkolenie na temat zasad opieki nad dzieckiem zmagającym się z cukrzycą. I w tym przypadku lokalizacja szkoły ($p = 0,247$), rodzaj placówki oświatowej, w której nauczyciel był zatrudniony ($p = 0,636$) ani staż pracy w zawodzie nauczyciela ($p = 0,223$) nie różnicowały odpowiedzi respondentów.

Zdaniem badanych osób optymalnie byłoby, aby takie szkolenie przeprowadzili: lekarz z poradni diabetologicznej wraz z pielęgniarką zatrudnioną w takiej poradni lub w medycynie szkolnej (30,1%; $n = 82$), wyłącznie lekarz pracujący w poradni diabetologicznej (28,3%; $n = 77$), wyłącznie pielęgniarka diabetologiczna (19,9%; $n = 54$), pielęgniarka diabetologiczna wraz z pielęgniarką medycyny szkolnej (4,00%, $n = 11$), wyłącznie pielęgniarka medycyny szkolnej (3,3%, $n = 9$). Były także odpowiedzi sugerujące, aby takie szkolenie było przeprowadzone przez lekarza

Tabela 2. Samoocena nauczycieli w zakresie przygotowania do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę w szkole vs lokalizacja szkoły**Table 2.** Self-assessment of teachers in the field of preparation for caring for a child with diabetes at school vs place of school location

Pytanie ankiety i odpowiedź		Lokalizacja szkoły ^a			Wynik dokładnego testu <i>F</i> Fishera	
		wieś	miasto powiatowe	miasto wojewódzkie		
Jak Pani/Pan ocenia poziom przygotowania nauczycieli do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę?	wysoki	<i>n</i>	3	3	2	<i>p</i> = 0,169
		%	4,20	2,70	2,40	
	odpowiedni	<i>n</i>	36	41	27	
		%	50,00	36,90	32,90	
	niski	<i>n</i>	33	67	53	
		%	45,80	60,40	64,60	

p – poziom istotności statystycznej.

^a liczba odpowiedzi nie sumuje się do 272 z powodu braków odpowiedzi.

Tabela 3. Samoocena nauczycieli w zakresie przygotowania do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę w szkole vs. staż pracy nauczycieli**Table 3.** Self-assessment of teachers in the field of preparation for caring for a child with diabetes at school vs job seniority

Pytanie ankiety i odpowiedź		Staż pracy w zawodzie nauczyciela ^a				Wynik dokładnego testu <i>F</i> Fishera	
		≤7 lat	8–17 lat	18–28 lat	>28 lat		
Jak Pani/Pan ocenia poziom przygotowania nauczycieli do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę?	wysoki	<i>n</i>	2	3	2	1	<i>p</i> = 0,124
		%	5,30	4,20	2,40	1,30	
	odpowiedni	<i>n</i>	11	34	37	23	
		%	28,90	47,20	44,60	30,70	
	niski	<i>n</i>	25	35	44	51	
		%	65,80	48,60	53,00	68,0	

^a liczba odpowiedzi nie sumuje się do 272 z powodu braków odpowiedzi.

Tabela 4. Samoocena nauczycieli w zakresie przygotowania do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę w szkole vs rodzaj placówki oświatowej, w której zatrudniony jest nauczyciel**Table 4.** Self-assessment of teachers in the field of preparation for caring for a child with diabetes at school vs type of educational institution in which the teacher is employed

Pytanie ankiety i odpowiedź		Miejsce zatrudnienia nauczyciela (rodzaj placówki oświatowej) ^a							Wynik dokładnego testu <i>F</i> Fishera	
		przedszkole	szkoła podstawowa	gimnazjum	szkoła średnia	szkoła podstawowa i gimnazjum	gimnazjum i szkoła średnia	wszystkie wymienione typy szkół		
Jak Pani/Pan ocenia poziom przygotowania nauczycieli do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę?	wysoki	<i>n</i>	0	5	0	0	2	0	1	<i>p</i> = 0,124
		%	0,00	3,20	0,00	0,00	5,70	0,00	9,10	
	odpowiedni	<i>n</i>	6	64	6	7	13	4	4	
		%	33,30	41,30	42,90	38,90	37,10	44,40	36,40	
	niski	<i>n</i>	12	86	8	11	20	5	6	
		%	66,70	55,50	57,10	61,10	57,10	55,60	54,50	

^a liczba odpowiedzi nie sumuje się do 272 z powodu braków odpowiedzi.

poradni diabetologicznej i rodzica dziecka chorego na cukrzycę (3,3%; *n* = 9), pielęgniarkę i rodzica chorego dziecka (1,1%; *n* = 3) albo samego rodzica (1,1%; *n* = 3). Grupa 23 nauczycieli (8,5%) opowiadała się za tym, aby wszystkie

wyżej wymienione osoby zaangażować do prowadzenia takiego szkolenia. Tylko 1 osoba (0,4%) była zdania, iż nie jest ono w ogóle potrzebne. Nauczyciele szkół zlokalizowanych w miastach wojewódzkich uważali, że szkolenia powinien

przeprowadzać lekarz poradni diabetologicznej, nauczyciele pracujący w szkołach znajdujących się w miastach powiatowych częściej wskazywali na zespół pielęgniarki i lekarza, a ci zatrudnieni na wsiach wybierali pielęgniarkę poradni diabetologicznej lub medycyny szkolnej ($\chi^2 = 14,140$; $p = 0,028$). Co więcej, 82,7% ($n = 225$) nauczycieli biorących udział w badaniu podało, że również uczniowie z klasy, w której uczy się chore dziecko, powinni być przeszkoleni na temat objawów, a także metod kontroli i leczenia cukrzycy oraz udzielania pomocy. Część respondentów (15,4%; $n = 42$) opowiedziała się za tym, że w przypadku dziecka chorującego na cukrzycę warto rozważyć prowadzenie nauczania indywidualnego, co może potwierdzać, jak poważnym problemem dla nauczycieli jest zajęcie się w szkole dzieckiem zmagającym się z cukrzycą.

Omówienie

Zadaniem nauczyciela jest zapewnienie wszystkim dzieciom, w tym chorym na cukrzycę, poczucia bezpieczeństwa i stworzenie warunków do pełnej integracji z klasą. Aby nauczyciel mógł wywiązać się z tego zadania, powinien posiadać wiedzę zarówno na temat przyczyn, objawów i powikłań towarzyszących cukrzycy, jak i sposobów terapeutycznego postępowania z dzieckiem. Umiejętność rozpoznawania objawów zbliżającej się hipoglikemii, znajomość czynników mogących do niej doprowadzić oraz umiejętność udzielenia dziecku pierwszej pomocy są nauczycielom niezbędne.¹² Zdaniem Fichny powyższe oczekiwania związane z cukrzycą mogą się jednak wydać nauczycielom bardzo trudne, wręcz przekraczające ich kompetencje i zakres obowiązków.¹⁴ W badaniu Boden et al. personel szkoły podstawowej również wyraził wiele obaw związanych z badaniem stężenia glukozy we krwi, wykonywaniem wstrzyknień u dzieci zmagających się z cukrzycą, zdolnością dzieci do samoopieki oraz reakcjami rodziców na decyzje podejmowane w szkolne w sprawach zdrowotnych.¹⁵

Wyniki badań własnych potwierdziły hipotezę o niskim poziomie przygotowania większości nauczycieli (57,93%; $n = 157$) do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę bez względu na staż nauczyciela, rodzaj placówki, w której był zatrudniony i jej lokalizację. Podobne wyniki otrzymali Aycan et al. (2012) na podstawie badania przeprowadzonego w Turcji wśród 1054 nauczycieli – 47,6% osób miało średni, a 32,4% niski poziom wiedzy na ten temat. W badaniu autorów niniejszej pracy 94% respondentów podało prawidłową definicję cukrzycy, ale 10,1% nauczycieli nie chciało podjąć się nauczania dzieci chorych na cukrzycę. Grupa 24,3% osób była przekonana, że nie powinno się pozwalać chorym dzieciom na uczęszczanie na zajęcia wychowania fizycznego, nie dostrzegając tym samym korzystnego wpływu ćwiczeń na regulację stężenia glukozy we krwi.¹⁰ Z ba-

dań przeprowadzonych w 2013 r. wśród 2239 dyrektorów małopolskich szkół wynika, że 39,8% ankietowanych ($n = 891$) potwierdziło, że do „ich” szkoły uczęszcza dziecko chore na cukrzycę. Tymczasem w 40% szkół personel nie potrafił zmierzyć stężenia cukru we krwi, zareagować w przypadku objawów silnego niedocukrzenia czy rozpoznać objawów hipoglikemii. W 57,5% szkół nikt z pracowników nie był szkolony z zakresu postępowania z dzieckiem zmagającym się z cukrzycą, chociaż grupa 59,3% ankietowanych wskazała, że byłaby takim szkoleniem zainteresowana.¹³ Wyniki badań własnych zdają się korespondować częściowo z powyższymi – tu jednak zdecydowanie większa grupa (97,79%; $n = 266$) stwierdziła, że nauczyciele pracujący w szkole, do której uczęszcza chore dziecko, powinni odbyć szkolenie na temat zasad opieki nad dzieckiem zmagającym się z cukrzycą.

W badaniach własnych część ankietowanych podawała, że nauczyciel może bez porozumienia z rodzicem zbadać dziecku choremu na cukrzycę stężenie glukozy we krwi i podać insulinę, a w sytuacji hipoglikemii – glukagon. Zgodnie z zaleceniami klinicznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego członkowie rodziny, opiekunowie, nauczyciele dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę powinni być zaznajomieni ze sposobem podawania glukagonu.¹⁶ W obecnym systemie prawnym brakuje jednoznacznych uregulowań dotyczących obowiązków nauczyciela wobec dziecka chorego na cukrzycę w szkole. Braki legislacyjne w tym zakresie oraz brak informacji o postępowaniu z dzieckiem zmagającym się z cukrzycą zostały wskazane przez nauczycieli jako główne powody trudności w opiece w szkole nad uczniami chorującymi na tę przypadłość we wspomnianym wyżej badaniu przeprowadzonym w szkołach województwa małopolskiego.¹³ Z jednej strony w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowotnego to m.in. nauczyciel albo dyrektor placówki są zobowiązani do niesienia pomocy przedmedycznej w zakresie posiadanych umiejętności.¹⁷ Co więcej, nauczyciel, tak jak każdy obywatel, jest zobowiązany do udzielania pierwszej pomocy, co wynika z przepisu art. 162 *Ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks karny*.¹⁸ Z drugiej strony w aktualnym systemie ochrony zdrowia oraz istniejącym stanie prawnym jednostki systemu oświaty, w tym przedszkola i szkoły, osoby te nie posiadają stosownych uprawnień do realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Sekretarz Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej (MEN) w odpowiedzi na interpelację w sprawie uczniów chorych na cukrzycę z 2012 r., odnosząc się do spraw dotyczących podawania leków dzieciom w placówce systemu oświaty oraz wykonywania przez nauczycieli czynności przedmedycznych wobec uczniów, poinformował, że działania takie mogą być prowadzone na zasadzie dobrowolnego wyrażonego w formie pisemnej zobowiązania się nauczyciela wobec rodziców lub opiekunów prawnych dziecka.¹⁷ Zgodnie ze stanowiskiem MEN z 2014 r. dotyczącym zapewnienia opieki dzieciom przewlekle chorym

w szkole (placówce) oprócz pielęgniarki specjalistyczne zabiegi polegające na podawaniu insuliny czy bieżącej kontroli stężenia cukru we krwi za pomocą glukometru może wykonywać również inna osoba, w tym także nauczyciel, o ile odbył specjalistyczne szkolenie z tego zakresu. W tym dokumencie MEN wskazuje, że posiadanie wykształcenia medycznego nie jest wymogiem koniecznym.¹⁹

W kwietniu 2018 r. na wniosek Ministra Zdrowia powstał projekt ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami (obecnie jest on na etapie konsultacji). Zgodnie z art. 22 tego projektu to pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna będzie realizowała zadania polegające m.in. na rozpoznawaniu i podejmowaniu działań w sytuacjach nagłych wynikających z choroby przewlekłej lub niepełnosprawności, podawaniu leków lub nadzorowaniu ich właściwego zażywania, wykonywaniu lub kontrolowaniu samodzielnego wykonywania niezbędnych czynności podejmowanych podczas pobytu ucznia przewlekle chorego w szkole.²⁰ Wobec powyższego pojawia się pytanie, kto powinien pomóc dziecku chorującemu na cukrzycę w pomiarze glikemii lub podać insulinę, jeśli w placówce oświatowej nie ma pielęgniarki, która mogłaby to zrobić? Driscoll et al., podobnie jak autorzy niniejszej pracy, stoją na stanowisku, że szkolenie personelu pozamedycznego (w tym przypadku nauczycieli) mogłoby zwiększyć bezpieczeństwo dzieci chorych na cukrzycę w sytuacji, gdy pielęgniarka nie jest dostępna w placówce szkolnej.²¹

Przewlekle chore dzieci na ogół spotykają się z życzliwością ze strony nauczycieli i rówieśników. Wszelkim przejawom pogardy czy wręcz dyskryminacji zdaje się zapobiegać przekaz wiedzy o chorobie przewlekłej między rodzicem i uczniem a środowiskiem nauczycieli. Według Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej informacja o chorobie nie powinna być upubliczniana, jednak dla dobra i bezpieczeństwa dziecka rodzice powinni ten fakt zgłosić nauczycielowi/wychowawcy. Wyniki prezentowane w pracy zdają się odpowiadać powyższym założeniom, wszyscy ankietowani nauczyciele (100%; $n = 272$) zgodnie bowiem stwierdzili, iż rodzice powinni przekazać informację o chorobie dziecka dyrektorowi placówki i wychowawcy klasy, do której uczęszcza dziecko. Zdaniem Fichny et al. należy zachęcać starszych uczniów, aby o swoim problemie zdrowotnym sami opowiedzieli rówieśnikom.¹⁴ Z badań Nowak et al. wynika, iż ponad 50% badanych uczniów deklaruje przekazanie wiadomości o swojej chorobie rówieśnikom, a w innych badaniach można przeczytać, że 85% gimnazjalistów poinformowało kolegów o swojej chorobie.²²

Uregulowanie sytuacji prawnej dziecka zmagającego się z cukrzycą w szkole oraz zobligowanie nauczycieli do odbycia szkolenia z zakresu zasad opieki nad dzieckiem przewlekle chorym w szkole można uznać za pierwszy krok w kierunku zapewnienia poczucia bezpieczeństwa dzieciom, ich rodzicom i nauczycielom.²³

Wnioski

Poziom przygotowania nauczycieli do sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na cukrzycę jest niski, a staż pracy nauczyciela, lokalizacja szkoły (wieś, miasto) i rodzaj placówki oświatowej, w której zatrudniony jest nauczyciel, nie determinują poziomu tej wiedzy. Wobec powyższego zasadna wydaje się realizacja na skalę masową programu edukacyjnego mającego na celu przygotowanie nauczycieli do objęcia opieką ucznia chorego na cukrzycę w czasie jego pobytu w szkole.

ORCID iDs

Lucyna Sochocka  <https://orcid.org/0000-0002-8158-6140>

Katarzyna Szwamel  <https://orcid.org/0000-0001-8186-9979>

Piśmiennictwo

1. Elsamahy MH, Elhenawy YI, Altayeb N. Long-term prognosis of type 1 diabetes in relation to the clinical characteristics at the onset of diabetes. *Gaz Egypt Pediatr Assoc.* 2017;65(3):90–94. doi:10.1016/j.epag.2017.04.004
2. Gajewski P. *Interna Szczeklika – mały podręcznik 2014/2015*. Kompendium wiedzy praktycznej. Kraków, Polska: Medycyna Praktyczna; 2014:739.
3. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas – 8th edition. Resources 2017. <http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>. Dostęp 10.08.2017.
4. Bratina N, Forsander G, Annan F, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines management and support of children and adolescents with type 1 diabetes in school. *Pediatr Diabetes.* 2018;19(Suppl 27):287–301. doi:10.1111/pedi.12743
5. Jarosz-Chobot P, Polańska J, Szadkowska A, et al. Rapid increase in the incidence of type 1 diabetes in Polish children from 1989 to 2004, and predictions for 2010 to 2025. *Diabetologia.* 2011;54(3):508–515. doi:10.1007/s00125-010-1993-4
6. Chobot A, Polanska J, Brandt A, et al. Updated 24-year trend of Type 1 diabetes incidence in children in Poland reveals a sinusoidal pattern and sustained increase. *Diabet Med.* 2017;34(9):1252–1258. doi:10.1111/dme.13345
7. Noczyńska A, Sochocka L. Cukrzyca typu 1. Aspekt kliniczny i pielęgniarski. W: Sochocka L, Wojtyłko A, red. *Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego*. T 1. Opole, Polska: Wydawnictwo Studio Impreso Przemysław Biliczak; 2012:131–152.
8. Pietrzak M, Rybacka A. Specyficzne problemy edukacyjne dziecka z cukrzycą. *Remedium.* 2016;5:10–11. https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/48987/38557. Dostęp 10.08.2017.
9. Cyranka K. Psychologiczne aspekty funkcjonowania rodziny dziecka chorego na cukrzycę typu 1. *Psychoterapia.* 2012;1(160):51–63. http://www.psychoterapiaptp.pl/uploads/PT_1_2012/Cyranka51_Psychoter_1_12.pdf. Dostęp 10.08.2017.
10. Aycan Z, Önder A, Çetinkaya S, et al. Assessment of the knowledge of diabetes mellitus among school teachers within the scope of the managing diabetes at school program. *J Clin Res Pediatr E.* 2012;4(4):199–203. doi:10.4274/Jcrpe.756
11. Edwards D, Noyes J, Lowes L, Haf Spencer L, Gregory JW. An ongoing struggle: A mixed-method systematic review of interventions, barriers and facilitators to achieving optimal self-care by children and young people with type 1 diabetes in educational settings. *BMC Pediatr.* 2014;14:228. doi:10.1186/1471-2431-14-228
12. Brzozowska E. Dziecko z cukrzycą typu 1 na zajęciach wychowania fizycznego. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne.* 2016;2:52–55.
13. Zamarlik M, Pańkowska E, Mazur J, et al. Dziecko z cukrzycą w placówce oświatowej. <http://www.przyjaznediabetekom.pl/Graphics/Aktualnosci/Raport.pdf>. Dostęp 11.08.2018.
14. Fichna P, Skowrońska B, Stankiewicz W. Leczenie cukrzycy w wieku rozwojowym. *Klinika Pediatryczna.* 2005;13,2:286–295. <https://journals.viamedica.pl/eoizpm/article/viewFile/26092/20902>. Dostęp 10.08.2017.

15. Boden S, Lloyd CE, Gosden C, Macdougall C, Brown N, Matyka K. The concerns of school staff in caring for children with diabetes in primary school. *Pediatr Diabetes*. 2012;13(6):e6–13. doi:10.1111/j.1399-5448.2011.00780.x
16. Diabetologia Praktyczna. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2018. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetol Prakt*. 2018;4(1):1–94. https://journals.viamedica.pl/diabetologia_praktyczna/article/download/57129/42992
17. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej – z upoważnienia Ministra na interpelację nr 1039 w sprawie uczniów chorych na cukrzycę. <http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/interpelacjatresc.xsp?key=1aae4013>. Dostęp 12.08.2018.
18. Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny. DzU z 1997 r. Nr 88, poz 553 ze zm.
19. Kuratorium oświaty w Katowicach. Zapewnienie opieki dzieciom przewlekle chorym. Stanowisko Ministerstwa Edukacji Narodowej w sprawie zapewnienia opieki dzieciom przewlekle chorym w szkole/placówce. 31 grudnia 2014. <http://www.kuratorium.katowice.pl/index.php/ksztalcenie-i-wychowanie/ksztalcenie-integracyjne-i-specjalne/zapewnienie-opieki-dzieciom-przewlekle-chorym/>. Dostęp 12.08.2018.
20. Biuletyn informacji publicznej Rządowego Centrum Legislacji. Projekt ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12310607/katalog/12502778#12502778>. Dostęp 12.08.2018.
21. Driscoll KA, Volkening LK, Haro H, et al. Are children with type 1 diabetes safe at school? Examining parent perceptions. *Pediatr Diabetes*. 2015;16(8):613–620. doi:10.1111/pedi.12204
22. Nowak A, Jarosz-Chobot P, Krajewska-Siuda E, et al. Percepcja własnej choroby przez dzieci i młodzież chorującą na cukrzycę typu 1. *Endokrynol Pediatr*. 2006;3(16):41–47. doi:10.18544/EP-01.05.03.0063
23. Sochocka L, Noczyńska A. Dziecko z cukrzycą typu 1 w szkole – aspekt społeczny oraz psychologiczny. W: Steciwko A, Kurpas D, Sochocka L, red. *Dziecko i jego środowisko*. Wyzwania pediatrii w XXI wieku – problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym. Wrocław, Polska: Wydawnictwo Continuo; 2010:26–36.

Zjawisko samoleczenia w chorobach przewlekłych na przykładzie chorych na stwardnienie rozsiane

The phenomenon of self-care in chronic diseases on the example of patients with multiple sclerosis

Justyna Jeżewska^{A–D}, Monika Wójta-Kempa^{A,D–F}

Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

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. 2019;9(3):191–203

Adres do korespondencji

Monika Wójta-Kempa
e-mail: monika.wojta-kempa@umed.wroc.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 8.11.2018 r.

Po recenzji: 13.12.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 9.09.2019 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Zwiększająca się liczba osób zmagających się z chorobami przewlekłymi stanowi wyzwanie dla specjalistów zdrowia publicznego. Ograniczenia występujące w leczeniu chorób o nieznannej etiologii skłaniają chorych do podejmowania samoleczenia. W zależności od polityki państwa, prowadzonej edukacji oraz panującej kultury zjawisko to może być szansą lub zagrożeniem w kontekście funkcjonowania ochrony zdrowia.

Cel pracy. Głównym celem pracy była ocena powszechności zjawiska samoleczenia wśród przewlekle chorych, określenie powodów i czasu jego podejmowania. Przedmiotem zainteresowania autorek niniejszej pracy były również metody samoleczenia oraz przekonania chorych o ich skuteczności.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono metodą CAWI wśród 176 osób chorujących na SM lub u których podejrzewa się występowanie tej choroby. Kwestionariusz ankiety utworzono w serwisie ankieta.pl i rozpowszechniono w kilku wirtualnych grupach pacjentów skupiających osoby chore na SM. Na populację objętą badaniem składały się głównie kobiety (77%), osoby chorujące na SM od kilku miesięcy do 20 lat (77%). Średni wiek respondentów wynosił 36 lat.

Wyniki. Niemal trzy czwarte badanych stosowało samoleczenie, głównie z powodu „chęci zrobienia czegoś dla siebie” (65%) oraz przekonania, że metody konwencjonalne nie są skuteczne (38%). Najpopularniejszym rodzajem samoleczenia było zażywanie suplementów diety (90%). Jednak ta forma samoleczenia najbardziej rozczarowuje osoby chore na SM. Za mało skuteczną respondenci uznali również medycynę konwencjonalną opłacaną z NFZ. Najlepiej oceniono skuteczność komercyjnych zabiegów medycznych opłacanych przez pacjentów z własnej kieszeni. Pozytywna ocena skuteczności leczenia konwencjonalnego w SM jest zatem uzależniona od zabiegów rehabilitacji, a nie farmakoterapii.

Wnioski. Stosowanie samoleczenia należy zaliczyć do najważniejszych sposobów zaspokajania potrzeb zdrowotnych osób już chorujących lub z podejrzeniem ciężkiej, nieprzewidywalnej i często prowadzącej do niepełnosprawności choroby, jaką jest SM. Najczęstszym powodem jego wprowadzenia jest spełnienie wewnętrznej potrzeby dbałości o zdrowie w momencie wystąpienia kryzysu zdrowotnego lub podejrzenia choroby. Dzięki podejmowanym działaniom chorzy realizują przekonanie, że uda się „zatrzymać” lub spowolnić postęp choroby, by jak najdłużej utrzymać sprawność funkcjonalną organizmu.

Słowa kluczowe: suplementy diety, samoleczenie, stwardnienie rozsiane

Cytowanie

Jeżewska J, Wójta-Kempa M. Samoleczenie w stwardnieniu rozsianym. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):191–203.
doi:10.17219/pzp/12226

DOI

10.17219/pzp/112226

Copyright

© 2019 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution 3.0 Unported License
(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

Background. The growing percentage of people struggling with chronic diseases is a challenge for public healthcare system. Limitations occurring in the treatment of diseases of unknown etiology induce patients to undertake self-treatment. Depending on the policy of the state, education carried out and the dominant culture this phenomenon can be a chance or a hazard in regard to the functioning of healthcare system.

Objectives. The main aim of the study was to assess the prevalence of self-care among chronically ill patients, and to determine the reasons and time of its undertaking. Authors of the study were also interested in the methods of self-healing and convictions among patients about their effectiveness.

Material and methods. The study was conducted employing the CAWI method among 176 people with a diagnosis of multiple sclerosis (MS) or suspicion of MS. The questionnaire was distributed in a few virtual groups of patients gathering people with MS. The population covered by the study consisted mainly of women (77%) and people suffering from MS in a timespan from a few months to 20 years (77%). Mean age of the respondents was 36 years.

Results. Nearly $\frac{3}{4}$ of respondents practised self-care, mainly because of "wanting to do something for themselves" (65%) and the belief that conventional methods are not effective (38%). The most popular type of self-care was the use of dietary supplements (90%). However, this form of self-healing is also the most disappointing for people suffering from MS. The respondents also considered conventional medicine covered by the NFZ to be ineffective. The effectiveness of commercial medical treatments paid for by patients out of their own pocket was rated best. Positive evaluation of the effectiveness of conventional treatment in MS is therefore dependent on rehabilitation and not on pharmacotherapy.

Conclusions. The use of self-care should be included among the most important ways to meet the needs of people diagnosed with or suspected of having a severe and chronic illness (SM). The most common reason for undertaking it is to meet the internal need for healthcare when a health crisis or suspected illness occurs. Through self-treatment the patients can become convinced that the progress of the illness can be "halted" or decelerated to keep the organism in good condition as long as possible.

Key words: sclerosis multiplex, dietary supplements, self-care

Wprowadzenie

Samoleczenie jest zjawiskiem społecznym, kształtowanym przez kulturę, politykę zdrowotną państwa, własne doświadczenia pacjentów i dostęp do rzetelnej wiedzy.¹ Światowa Organizacja Zdrowia posługuje się pojęciami: *self-care* (samoopieka) i *self-medication* (samoordynacja leków). Samoopieka odnosi się do szerokiego zakresu działań utrzymujących i utralających własne zdrowie. Można wśród nich wyróżnić m.in.: przestrzeganie zasad higieny, właściwej diety, zachowywanie prozdrowotnego stylu życia oraz racjonalne stosowanie leków – *self-medication*.² W przypadku terapii przewlekłych i nawracających schorzeń *self-medication* klasyfikuje się również jako „okresowe lub ciągłe stosowanie preparatów zaleconych przez lekarza”.³

Samoleczenie jest szczególnie istotnym zachowaniem wśród osób przewlekle chorych z uwagi na to, że choroby te odpowiadają za 85% wszystkich zgonów w Europie.⁴ Ponad połowa Polaków (54%) skarży się na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające co najmniej 6 miesięcy. Częściej są one zgłaszane przez kobiety (57% kobiet vs 47% mężczyzn). Odsetek osób cierpiących z powodu długotrwałych problemów zdrowotnych zwiększa się wraz z wiekiem.^{5,6} Niepokojące jest to, że u jednej czwartej dzieci w wieku 0–14 lat rozpoznaje się co najmniej 1 chorobę przewlekłą, co stwarza wyzwanie dla zdrowia publicznego w zakresie profilaktyki zdrowotnej.⁵

Należy zauważyć, że tematyką samoleczenia w dużej mierze interesują się osoby zmagające się z chorobami,

których leczenie z wykorzystaniem konwencjonalnych terapii nie ma pewności powodzenia. Wynika to z niewyjaśnionej etiologii schorzeń, przedłużającego się procesu diagnostycznego, a także braku dostępu do skutecznych i nieobarczonych skutkami ubocznymi metod leczenia. Samoleczenie i samoopieka mogą być wyrazem „radzenia sobie” chorego w sytuacji dużej niepewności co do przebiegu choroby i jej skutków (np. niepełnosprawności). Chory stawia tu siebie w roli podmiotu (współ)decydującego o stosowaniu leków/ziół/substancji pozostających w zasięgu jego możliwości i kontrolującego objawy choroby. W tym kontekście samoleczenie może być postrzegane jako strategia chorego wynikająca z braku efektywnej profilaktyki chorób i edukacji⁷ oraz braku dostępu do rzetelnej informacji. Samoleczenie może również akcentować pozytywny wymiar chorowania, gdzie choroba wzbogaca wiedzę i zwiększa możliwości sprawcze osoby chorującej, przyczyniając się w pewnym sensie do osiągnięcia „sukcesu” w trudnej sytuacji. Chodzi tu zarówno o zdobycie informacji (np. o jakimś nowym sposobie leczenia), jak i skorzystanie z terapii (np. sprowadzenie leku z zagranicy).

Przykładem choroby przewlekłej o nie do końca poznanej przyczynie jest stwardnienie rozsiane (łac. *sclerosis multiplex* – SM). Przypuszcza się, że na jej wystąpienie wpływa wiele czynników.⁸ Choroba ta stopniowo uszkadza ośrodkowy układ nerwowy, co bardzo często doprowadza do powstania niepełnosprawności. Chory na SM często odczuwa takie objawy, jak: niedowład piramidowy, zaburzenia czucia czy koordynacji.⁹ Grupą szcze-

gólnie narażoną na wystąpienie SM są kobiety. Przedział wiekowy, w którym następuje szczyt zachorowań, przypada w 20.–40. r.ż.¹⁰ Mediana wieku zachorowania to 23,5 roku, a średni wiek – 30 lat.

Samoleczenie zyskuje szczególnie interesujący wymiar w odniesieniu do chorób przewlekłych. W tym przypadku chory sam może ocenić skuteczność leczenia zaleconego przez lekarza, ma też możliwość (i często przyzwolenie) modyfikacji dawek i częstości stosowania wypisanych leków. Poprzez kontrolowanie objawów i obserwację reakcji na leki chory może też samodzielnie włączać leki nieprzepisane przez lekarza, suplementować oraz zmieniać dietę i styl życia. W tym miejscu możemy mówić już o nieprzewidywalnych i niepożądanych skutkach włączenia dodatkowych leków, ziół, suplementów diety do leczenia ustalonego przez lekarza. Należą do nich:

- osłabienie skuteczności leczenia konwencjonalnego,
- odrzucanie decyzji o zmianie leczenia konwencjonalnego,
- niepożądane reakcje łączonych terapii (m.in. osłabienie wchłaniania substancji czynnych, dublowanie dawki, interakcje podnoszące ryzyko uszkodzenia zdrowych organów lub układów itp.),
- podniesienie autorytetu wiedzy potocznej (ang. *lay referral system*), a nawet ignorowanie wiedzy medycznej (zaleceń lekarza).

Autorki artykułu założyły, że zjawisko samoleczenia wśród chorych na SM jest szczególnie popularne. Przemawia za tym przewlekły i nieprzewidywalny charakter schorzenia, częstsze występowanie wśród kobiet (które chętniej korzystają z pomocy lekarskiej niż mężczyźni i wykazują odpowiedzialność za dbałość o zdrowie swoje i rodziny), a także chęć złagodzenia chorób i objawów współistniejących, takich jak: depresja, spastyczność mięśni, ból, zaburzenia poznawcze, nieprawidłowa praca zwieraczy czy dysfunkcje seksualne.^{7,11} Brak kompleksowej (systemowej) opieki nad osobami chorymi na SM skłania je do samodzielnego radzenia sobie z chorobą. Zauważenie tego problemu stanowiło podstawę do podjęcia próby usystematyzowania powodów i sposobów samoleczenia wśród osób chorujących na SM.

Głównym celem pracy było określenie powszechności zjawiska samoleczenia oraz powodów jego stosowania wśród chorych przewlekłe na przykładzie osób, u których zdiagnozowano SM lub w przypadku których toczy się postępowanie mające potwierdzić bądź wykluczyć tę chorobę. Najważniejszym aspektem pracy była próba zgromadzenia wiedzy na temat częstości i rodzaju samodzielnie podejmowanych zabiegów nakierowanych na poprawę lub przywrócenie zdrowia oraz zbadanie subiektywnej oceny chorych na temat ich skuteczności. Dzięki takiej wiedzy specjaliści z zakresu ochrony zdrowia mogą określić potrzeby pacjentów zmagających się z chorobami przewlekłymi w zakresie edukacji zdrowotnej oraz będą w stanie ocenić skalę ryzyka wystąpienia u tych osób zagrożeń zdrowotnych, którym należałoby przeciwdziałać.

Materiał i metody

Pierwszą część projektu badawczego stanowiła kwerenda literatury polsko- i angielskiej na temat SM. Druga część składała się z badania, które przeprowadzono w okresie luty–kwiecień 2016 r. Grupa badana, dobrana nieprobabilistycznie, liczyła 176 osób. Byli to respondenci chorujący na SM lub u których podejrzewa się występowanie tej choroby. Ankietowani, u których rozpoznano SM, stanowili 77% (135 osób) badanej grupy. Brak oficjalnych rejestrów chorych na SM uniemożliwia stworzenie grupy reprezentatywnej. Z tej przyczyny autorzy zrezygnowali z przeprowadzenia wnioskowania statystycznego. Mimo tego ograniczenia warto zauważyć, iż próba badawcza odzwierciedla epidemiologiczny obraz populacji chorujących na SM, której większość stanowią kobiety. Badanie przeprowadzono metodą sondażu CAWI (ang. *computer-assisted web interview*) z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza utworzonego w serwisie ankieta.pl.

Kwestionariusz udostępniono przez portal Facebook. Grupa docelowa została wyselekcjonowana poprzez dołączenie badaczy do zamkniętych grup skupiających osoby chore i zainteresowane tematyką SM, tj.: *SM to nie wyrok, to choroba jak wiele innych, Pogoda ducha w SM, Przez Stwardnienie Rozsiane Konopiami, Neuro-Pozytywni, SM – Wrocław i okolice*. Podstawowym działaniem mającym na celu zgromadzenie respondentów było zamieszczenie prośby o wypełnienie ankiety na stronie głównej grupy. Ponadto w celu efektywniejszego rozpowszechnienia ankiety wysłano poszczególnym członkom grup ok. 500 prywatnych wiadomości z prośbą o wypełnienie kwestionariusza, który składał się z 9 części zawierających 59 pytań. Umieszczono w nim przede wszystkim pytania zamknięte, umożliwiające zebranie informacji o częstości i rodzajach stosowanego samoleczenia. Pierwszą część kwestionariusza stanowiło 15 pytań metryczkowych. Kolejna dotyczyła zjawiska samoleczenia. Sześć następnych części zawierało pytania o: stosowanie suplementów i leków bez recepty, diet, ziół i terapii roślinnych, konopi i produktów pochodnych, zabiegów medycyny: niekonwencjonalnej oraz konwencjonalnej wykupionych samodzielnie. Respondenci byli również proszeni o ocenę skuteczności każdego rodzaju samoleczenia. Ostatni panel ankiety zawierał pytania o samoocenę stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz poziomu jakości życia. W formularzu umieszczono także pytania otwarte, umożliwiające wpisywanie komentarzy i ocen poziomu skuteczności podejmowanych praktyk samoleczniczych. Na 6 tego typu pytań uzyskano 96 spontanicznych odpowiedzi. Niektóre z nich zostały zaprezentowane poniżej. W podsumowaniu kwestionariusza umieszczono prośbę o ocenę kwestionariusza. Uzyskano 26 odpowiedzi zwrotnych, w których respondenci docenili ważność podjętej w badaniach problematyki.

Wyniki

Charakterystyka próby

Próbę badawczą będącą podstawą badania stanowiły osoby, które zadeklarowały chorobę lub podejrzenie SM. Kobiety stanowiły 77% badanej grupy ($n = 136$), a mężczyźni 23% ($n = 40$). Średni wiek respondentów wyniósł 36,5 roku (kobiety 36,1 roku; mężczyźni 37,7 roku), a mediana przypadała na 33,5 r.ż. Ponad połowa ankietowanych poinformowała, że w ich przypadku SM ma postać rzutowo-remisyjną (60,2%), a 19,3% chorych podało, że rozpoznano u nich postać postępującą. Podejrzenie choroby wystąpiło u 5,1% respondentów. U 66,5% zdiagnozowanych pacjentów czas trwania choroby wynosi do 10 lat. Ponad jedna trzecia uczestników badania (37%) zadeklarowała występowanie innej choroby przewlekłej (choroby układu krążenia, choroby tarczycy, depresji). Charakterystykę próby badawczej przedstawiono na ryc. 1–6.

Popularność samoleczenia

Niemal trzy czwarte badanych przyznało się do podejmowania samoleczenia (74%). Kobiety i mężczyźni w jednakowym stopniu stosowały samoleczenie. Nie zaobserwowano istotnych różnic, biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania (samoleczenie podejmowało 48% mieszkańców wsi i 83% mieszkańców miast liczących >500 tys. mieszkańców) oraz wykształcenie (samoleczenie stosowało 58% osób mających wykształcenie zawodowe i 84% mających wykształcenie wyższe). Wiek kobiet wybierających samoleczenie jest niższy od średniego wieku w próbie i wynosi 35,6 roku (mężczyzn: 36,1 roku). Samoleczenie chętniej stosują zatem osoby młodsze, mieszkające w wielkich miastach i z wyższym wykształceniem (tabela 1).

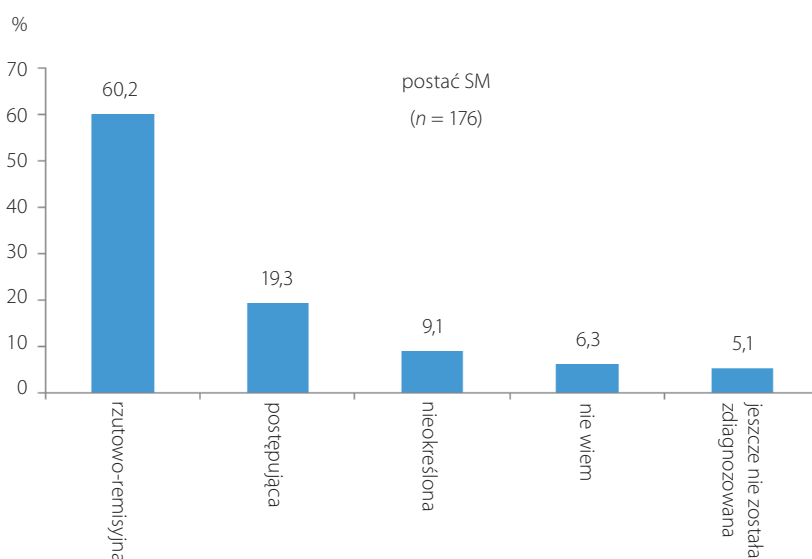
Powody podjęcia samoleczenia

Decydującym powodem podjęcia samoleczenia było zaspokojenie indywidualnych potrzeb, definiowanych jako „chęć zrobienia czegoś dla siebie” (64,9%). Wśród niemal 40% badanych istniało przekonanie, że metody konwencjonalne nie pomogą w poprawie funkcjonowania chorego (38,2%). Kolejnym bodźcem do stosowania samoleczenia były błędy komunikacyjne – brak wyczerpujących informacji od lekarza (27,5%) – ryc. 7. Ważnymi powodami były również wysokie koszty leczenia konwencjonalnego oraz ich uciążliwość (skutki uboczne).

Pytanie o powody podjęcia samoleczenia wskazało zróżnicowanie motywacji poszczególnych osób. Najważniejszym aspektem okazuje się jednak silna emocjonalna potrzeba „zrobienia czegoś dla siebie”, będąca elementem adaptacji do nowych uwarunkowań zdrowotnych, gdy chory wierzy, że jest w stanie kontrolować objawy i przebieg choroby. Ta potrzeba występuje niezależnie od czasu trwania choroby i w przekonaniu autorek niniejszej pracy należy wiązać ją z najczęściej występującymi u chorych dolegliwościami (zmęczeniem, obniżeniem koncentracji, zaburzeniami koordynacji ruchowej itd.).

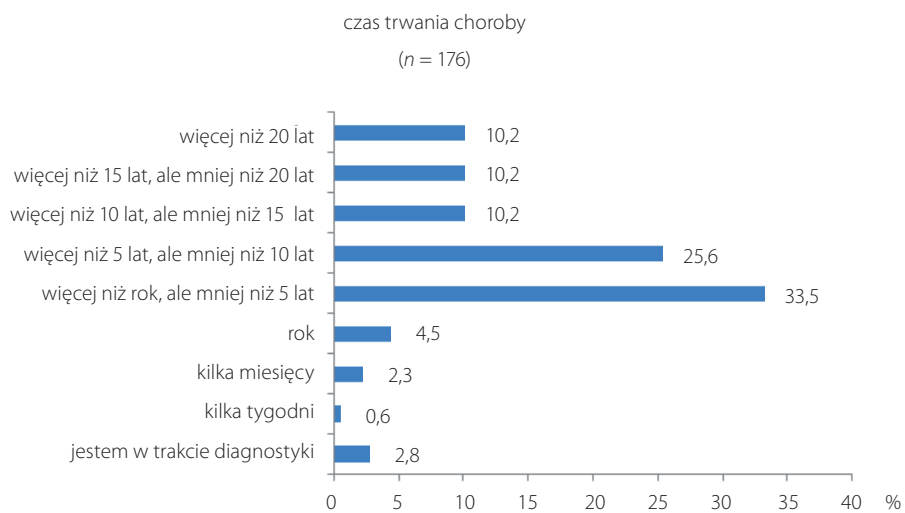
Rodzaje samoleczenia

Najpopularniejszym rodzajem samoleczenia wśród osób z podejrzeniem lub rozpoznaniem SM było stosowanie suplementów diety (90,1%). Około 62% respondentów stosowało specjalną dietę, a kolejne 55% samodzielnie opłacało zabiegi oferowane w ramach leczenia konwencjonalnego (ryc. 8). Prawie 45% stosujących samoleczenie jednocześnie korzystało z metod medycyny komplementarnej i alternatywnej (ang. *complementary and alternative medicine* – CAM), ziołolecznictwa (44%) oraz pochodnych konopi (29%).



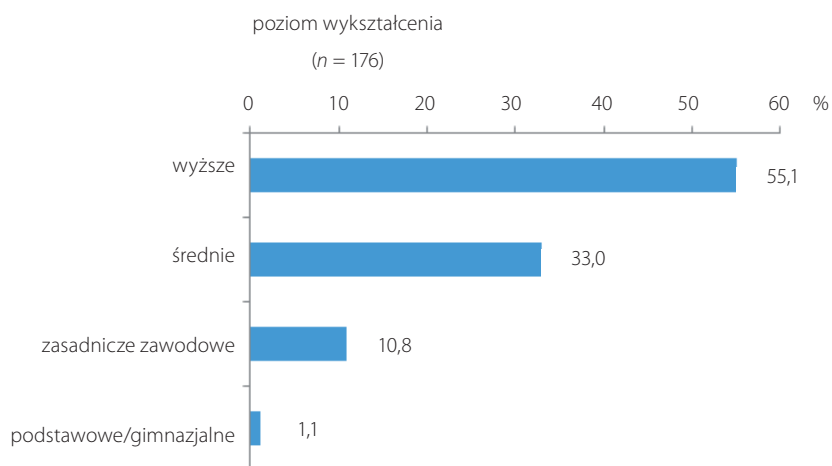
Ryc. 1. Charakterystyka próby: postać SM

Fig. 1. Study sample characteristics: form of MS



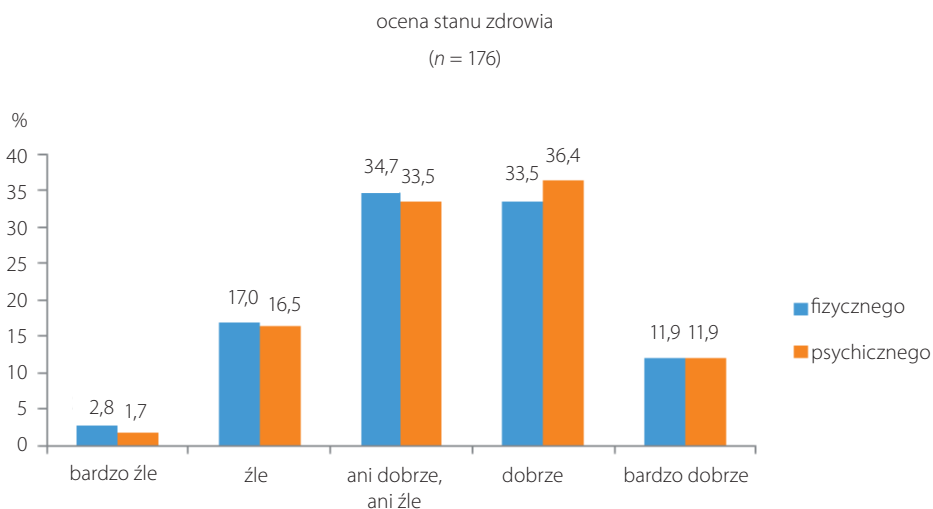
Ryc. 2. Charakterystyka próby: czas trwania choroby

Fig. 2. Study sample characteristics: duration of the disease



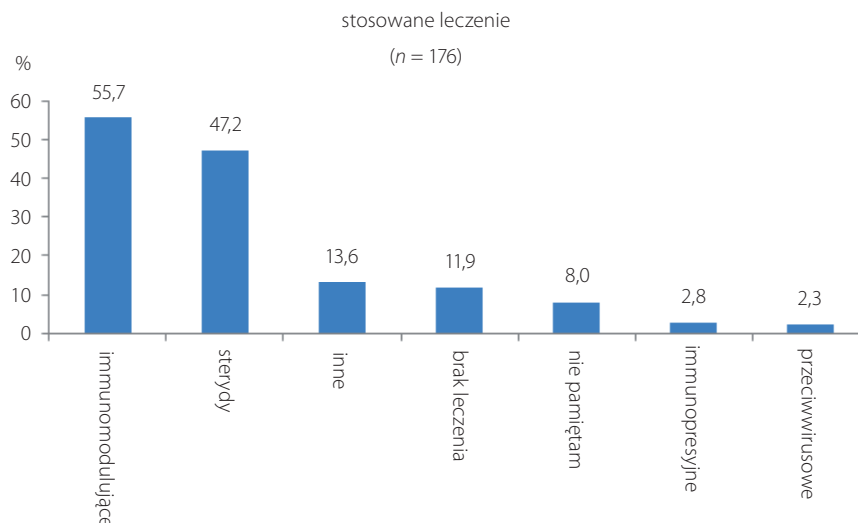
Ryc. 3. Charakterystyka próby: wykształcenie

Fig. 3. Study sample characteristics: level of education



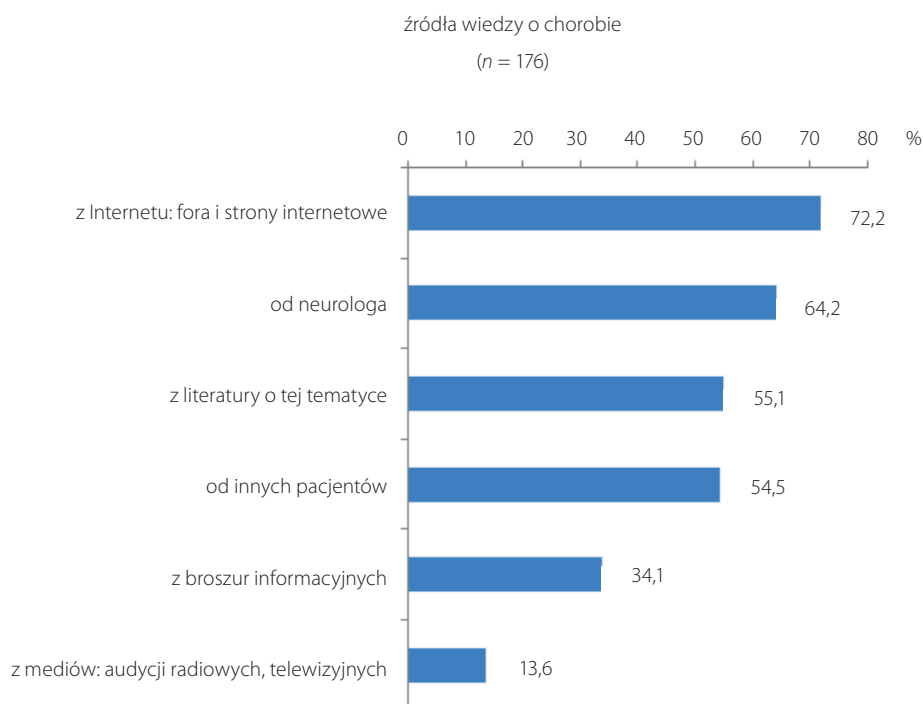
Ryc. 4. Charakterystyka próby: ocena stanu zdrowia

Fig. 4. Study sample characteristics: health assessment



Ryc. 5. Charakterystyka próby: stosowane leczenie

Fig. 5. Study sample characteristics: treatment implemented



Ryc. 6. Charakterystyka próby: źródła wiedzy o chorobie

Fig. 6. Study sample characteristics: sources of knowledge about the disease

Suplementy diety i leki OTC

Suplementy diety i leki OTC stanowiły podstawę prowadzonego samoleczenia wśród chorych. Respondenci w głównej mierze stosowali: witaminę D (87,3%), magnez (72,9%) oraz witaminy z grupy B (69,5%). Popularne były również preparaty zawierające kwasy n-3 i n-6, oleje oraz witaminy: K₂, A i E (ryc. 9).

Prawie jedna piąta osób (17%) sprowadzała leki OTC lub suplementy diety z zagranicy.

Źródłem wiedzy o suplementach są przede wszystkim inni chorzy. Niemal co drugi pacjent przyznał, że znaczącą rolę przy podjęciu decyzji o takiej formie samoleczenia miał inny chory na SM (49,2%). Następnie wymieniano osoby z forum internetowego dla chorych na SM (43,2%), a dopiero na trzecim miejscu podawano samodzielnie znaną i zastosowaną terapię (30,5%).

Pacjenci łączą suplementację z innymi formami samoleczenia. W grupie respondentów zażywających leki OTC

Tabela 1. Respondenci stosujący samoleczenie wg wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz czasu trwania choroby
Table 1. Respondents undertaking self-treatment with regard to age, level of education, place of residence, and duration of the disease

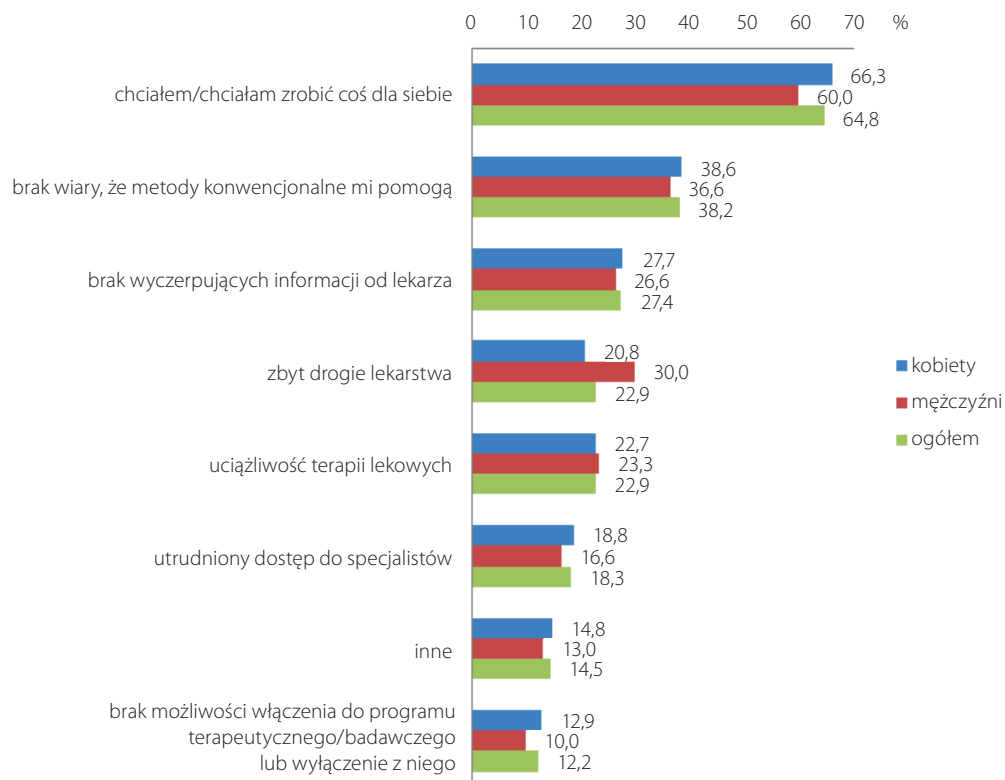
Cecha	Osoby stosujące samoleczenie (n = 131)	
	kobiety ^a [%] (n = 101)	mężczyźni ^b [%] (n = 30)
Wykształcenie		
podstawowe	0,0	0,0
zasadnicze zawodowe	50,0	80,0
średnie	66,7	62,5
wyższe	84,6	84,2
Miejsce zamieszkania		
wieś	42,1	62,0
miasto <20 tys. mieszkańców	75,0	50,0
miasto 20–100 tys. mieszkańców	75,0	100,0
miasto 100–500 tys. mieszkańców	75,0	87,0
miasto >500 tys. mieszkańców	85,4	75,0
Czas trwania choroby		
w trakcie diagnostyki	100,0	0,0
do roku	70,0	60,0
więcej niż rok, ale mniej niż 5 lat	77,3	86,7
więcej niż 5 lat, ale mniej niż 10 lat	77,1	70,0
więcej niż 10 lat, ale mniej niż 15 lat	61,5	60,0
więcej niż 15 lat, ale mniej niż 20 lat	76,5	100,0
więcej niż 20 lat	54,5	71,4

^a Średnia wieku: 35,6 roku.

^b Średnia wieku: 36,1 roku.

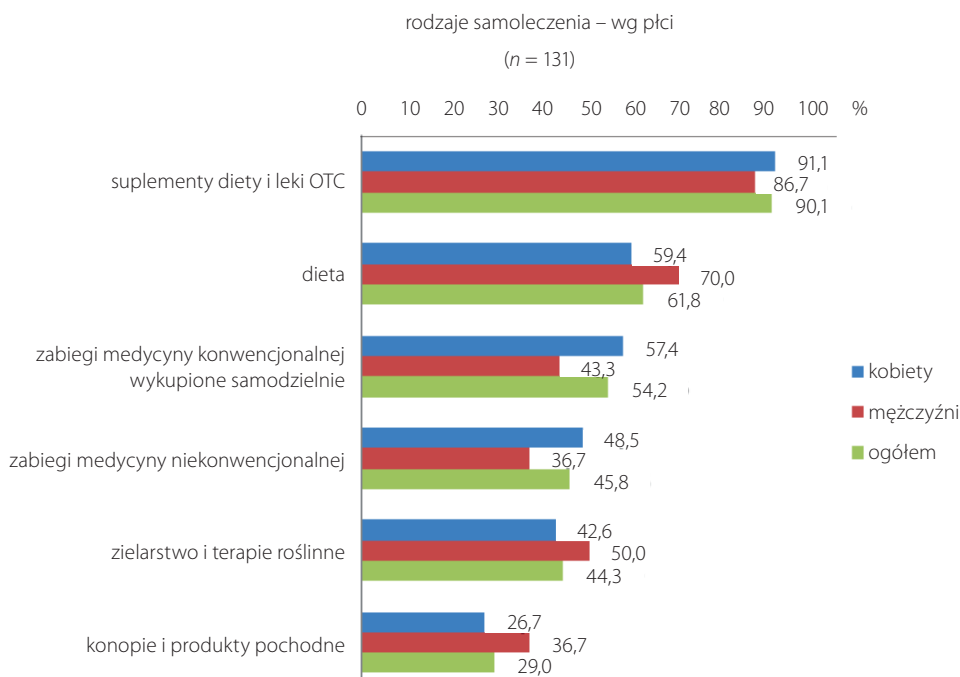
n – liczebność badanej cechy w próbie.

powody podjęcia samoleczenia – wg płci i ogółem
(n = 131)



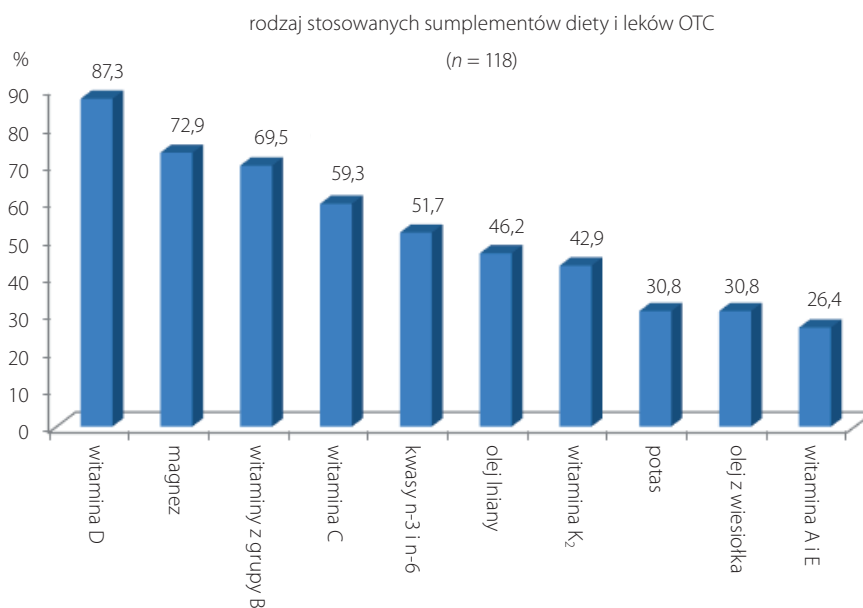
Ryc. 7. Powody podjęcia samoleczenia

Fig. 7. Reasons of unertaking self-treatment



Ryc. 8. Rodzaje samoleczenia

Fig. 8. Methods of self-treatment



Ryc. 9. Rodzaj stosowanych suplementów diety i leków OTC

Fig. 9. Types of diet supplements and OTC drugs used

i suplementy diety większość (64%) stosowała jednocześnie dietę oraz medycynę konwencjonalną (53%) sfinansowaną samodzielnie.

Dietoterapia

Drugim z wymienianych najczęściej sposobów samoleczenia była dieta. Jej stosowanie zadeklarowało 62% uczestników badań. Ponad 44% wybrało dietę

bezglutenową, jedna trzecia respondentów ograniczała w swojej diecie spożycie cukru (34,5%), a 32,1% stosowało inne diety, niewyróżnione w kwestionariuszu. Wymieniono m.in.: dietę dr Wahls, dietę paleo oraz dietę dr Ewy Dąbrowskiej. Jedynie co trzeci badany stosujący dietę (34,6%) miał stwierdzoną nietolerancję pokarmową lub alergię m.in. na gluten lub nabiał. W celu utrzymania stanu zdrowia lub złagodzenia objawów SM ankietowani spożywają: warzywa i owoce (85,5%), nasiona i orzechy (72,8%)

oraz przyprawy (63%), takie jak: kurkuma, czosnek, imbir, pieprz cayenne, cynamon itp. Aż 93% respondentów stosujących dietę jednocześnie przyjmowało leki OTC i suplementy diety.

Medycyna konwencjonalna – zabiegi sfinansowane samodzielnie

Ponad połowa respondentów (54,2%) stosujących samoleczenie korzysta z medycyny konwencjonalnej opłacanej z własnych środków. Większość finansuje sobie rehabilitację ruchową (77,5%), masaż (70,4%), a prawie połowa zabiegi krioterapii (46,5%). Aż 87% korzystających z medycyny konwencjonalnej sfinansowanej samodzielnie stosowało w tym samym czasie leki OTC i suplementy diety. Najprawdopodobniej zabiegi rehabilitacyjne zalecane przez lekarzy okazują się niewystarczające, by utrzymać oczekiwany poziom kontroli nad postępami choroby. Wiele osób stara się na własną rękę zapobiegać postępowi choroby lub opóźnić je, ponieważ nieuchronnie prowadzi one do niepełnosprawności i niesamodzielnosci chorych.

Medycyna niekonwencjonalna

O ile samodzielne korzystanie i opłacanie zabiegów konwencjonalnych może świadczyć o nieprawidłowościach w opiece nad chorymi na SM (niewystarczająca liczba refundowanych zabiegów), o tyle korzystanie z terapii niekonwencjonalnych może być wyrazem zaniedbań systemu usług medycznych w pozaklinicznych wymiarach choroby, takich jak komfort funkcjonowania, jakość życia, społeczny i duchowy aspekt choroby nieuleczalnej.

Do stosowania tej formy samoleczenia przyznało się 46% badanych. Kobiety częściej niż mężczyźni wybierały terapie niekonwencjonalne (48% kobiet i 37% mężczyzn stosujących samoleczenie). Około trzy czwarte badanych preferowało masaż, a niemal połowa praktykowanie jogi (45%) oraz bioenergoterapię (43%). Kobiety znacznie częściej wybierały masaż i jogę, natomiast mężczyźni masaż i bioenergoterapię. Niemal wszystkie osoby stosujące medycynę niekonwencjonalną stosowały również leki OTC i suplementy diety (93%). Dane te przedstawia ryc. 10.

Zielarstwo i terapie roślinne

Z zielarstwa i terapii roślinnych korzystało łącznie 44,3% respondentów. Tę metodę chętniej stosowali mężczyźni (50% mężczyzn vs 42% kobiet). Ankietowani najczęściej wybierali: czystek (67,2%), zieloną herbatę (56,9%), imbir (55,2%) oraz miętę (46,6%). Dane przedstawiono na ryc. 11. W grupie preferującej tę metodę respondenci zażywali także leki OTC i suplementy diety (93%) oraz stosowali dietoterapię (74%).

Konopie i produkty pochodne

Niemal co trzeci badany spożywa konopie i produkty pochodne (29%). Nieco częściej na ten rodzaj samoleczenia decydują się mężczyźni (36,7% mężczyzn vs 26,7% kobiet). Niespełna 6% wszystkich respondentów spożywa je stale lub często. Połowa ankietowanych stosuje konopie indyjskie i produkty pochodne w postaci suszu. Ponad jedna czwarta deklaruje spożycie oleju konopnego (26,3%) oraz haszyszu (26,3%). Mężczyźni częściej wybierają konopie w formie suszu (20%) i haszyszu (7,5%). Nie wielki odsetek kobiet preferuje susz (8,1%) oraz olej konopny (5,9%). W badaniu zaobserwowano, że im wyższe wykształcenie mają respondenci, tym większe jest spożycie konopi indyjskich i produktów pochodnych. Badanie wykazało również, że z tej formy terapii częściej korzystali młodszy respondenci. Średni wiek osoby stosującej konopie wynosił 31,8 roku, a osoby, która nie korzystała z tej formy leczenia – 37,3 roku.

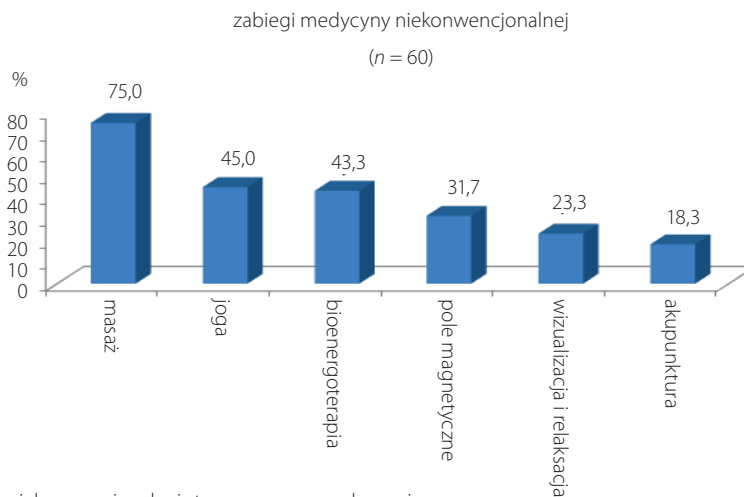
Badani stosujący konopie i produkty pochodne w większości (95%) jednocześnie zażywali leki OTC i suplementy diety oraz wprowadzali dietoterapię (79%).

Ocena skuteczności leczenia

Porównanie ocen skuteczności rozmaitych form leczenia SM (tabela 2) przynosi interesujące rezultaty. Przy dość niskiej ocenie skuteczności konwencjonalnej farmakoterapii zaobserwowano wysokie oceny skuteczności zabiegów konwencjonalnych (poza farmakologicznych). Może to stanowić wsparcie dla tezy, że samodzielne podejmowanie decyzji terapeutycznych (dotyczących metody leczenia) wpływa na ocenę skuteczności leczenia. Respondenci wysoko oceniają skuteczność tych terapii, które samodzielnie dla siebie wybrali i za które zapłacili z własnej kieszeni. Równie zasadne jest stwierdzenie, że program leczenia SM w Polsce (jak również innych rzadkich czy kosztownych schorzeń) pozostawia wiele do życzenia i słabo uwzględnia potrzeby chorych (chodzi głównie o brak nieodpłatnej rehabilitacji opóźniającej wystąpienie niepełnosprawności).

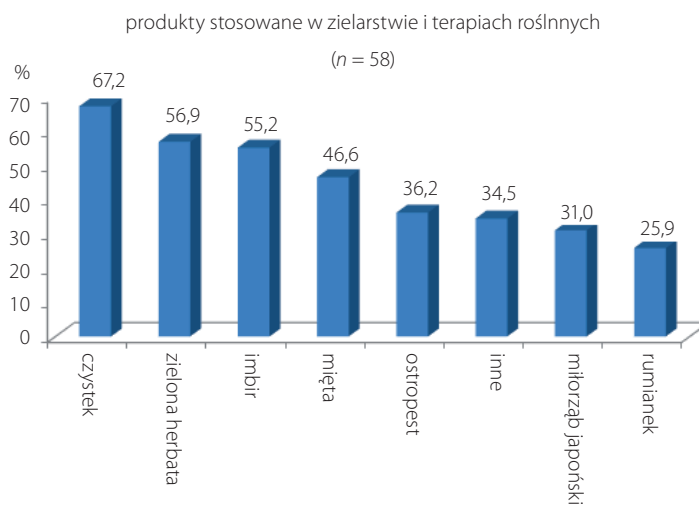
Respondenci najlepiej ocenili skuteczność komercyjnych zabiegów medycznych, głównie rehabilitacji ruchowej i masażu (44% osób stosujących te zabiegi obserwuje znaczącą poprawę stanu zdrowia). Zabiegi konwencjonalne, które chorzy postrzegają za konieczne, aby utrzymać dobry stan zdrowia, a które muszą opłacić samodzielnie, są oceniane jako bardziej wartościowe i skuteczne. Wygląda na to, że pozytywna ocena skuteczności leczenia konwencjonalnego w SM uzależniona jest od zabiegów rehabilitacji, a nie farmakoterapii. Ta forma samoopieki umożliwia też ochronę tożsamości chorego, jako osoby kontrolującej objawy i postęp choroby (zapobieganie niepełnosprawności).

Najpopularniejsza metoda samoleczenia – suplementacja i leki OTC – została oceniona jako mało skuteczna. Wiele osób nie umie ocenić ich realnego wpływu na



Ryc. 10. Zabiegi medycyny niekonwencjonalnej stosowane w samoleczeniu

Fig. 10. Alternative medicine procedures employed in self-treatment



Ryc. 11. Produkty stosowane w ziołolecznictwie i terapiach roślinnych

Fig. 11. Products used in herbal medicine and hortitherapy

Tabela 2. Samoobserwacja poprawy stanu zdrowia w stosunku do wybranych form samoleczenia

Table 2. Self-observation of health improvement regarding selected forms of self-treatment

Forma leczenia	Ocena skuteczności			
	tak, zdecydowanie zaobserwowałem/ zaobserwowałam poprawę [%]	zaobserwowałem/ zaobserwowałam niewielką poprawę [%]	nie zauważyłem/ zauważyłam poprawy [%]	trudno powiedzieć [%]
Medycyna konwencjonalna – zabiegi opłacone samodzielnie (n = 71)	43,7	42,2	4,2	9,8
Medycyna niekonwencjonalna (n = 60)	40,0	31,6	6,6	21,6
Dietoterapia (n = 81)	30,8	37,0	8,6	23,4
Konopie i produkty pochodne (n = 38)	39,5	26,3	23,7	10,5
Ziołarstwo i terapie roślinne (n = 58)	22,4	37,9	22,4	17,2
Suplementy diety i leki OTC (n = 118)	22,9	32,2	12,7	32,2

samopoczucie (32%), co najprawdopodobniej wynika ze stosowania preparatów o nieudowodnionej skuteczności (w odniesieniu do dolegliwości związanych z SM), niskiej jakości (tanich, z obiegu pozaaptecznego) i niejasnym wskazaniu czasu trwania suplementacji. Ponieważ suplementy nie stanowią środka terapeutycznego, zaobserwowanie ich skuteczności może być subiektywnie trudne, szczególnie przy złym stanie ogólnym chorego.

Znaczącą poprawę samopoczucia odnotowało niemal 44% osób stosujących medycynę niekonwencjonalną i 40% korzystających z terapii konopiami indyjskimi. Wysoką ocenę skuteczności mają zatem te rodzaje samoleczenia, których stosowanie nie jest popierane przez środowisko medyczne. Warto zauważyć, że w Polsce dopiero w listopadzie 2018 r. wprowadzono do obiegu pierwszy lek wykonany z marihuany medycznej ze wskazaniem stosowania go m.in. w SM.

Omówienie

Stosowanie samoleczenia deklarowało niemal trzy czwarte badanej grupy. Podobne wyniki otrzymała Mirowska-Guzel et al.⁷ Na podstawie przeprowadzonych badań zaobserwowała, że samoleczenie zadeklarowało 68% ankietowanych. Zróżnicowane formy samoleczenia stosowane przez uczestników opisywanych w niniejszym artykule badań są skutkiem niskiej oceny skuteczności leczenia konwencjonalnego, ograniczonego do farmakoterapii i trudno dostępnej rehabilitacji. Podejmowanie różnych form samoleczenia to efekt zauważalnych i/lub potwierdzonych postępów w leczeniu choroby, ale również chęć „zrobienia czegoś dla siebie”, rozumianych zapewne jako działania zmierzające do poprawy komfortu życia i zapobieganie (opóźnienie) niepełnosprawności i niesamodzielności, zaspokajające potrzebę kontroli choroby.

Powody podjęcia samoleczenia można podzielić na te wynikające z organizacji systemu ochrony zdrowia i panujących w nim błędów komunikacyjnych oraz mające podłoże w przekonaniach i potrzebach chorych. Powody podjęcia samoleczenia wynikające z błędów systemowych ochrony zdrowia to: utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz wysoki koszt terapii konwencjonalnej. Natomiast do błędów w komunikacji na linii personel medyczny – pacjent zalicza się przedmiotowe traktowanie i niedostosowanie komunikatu do odbiorcy.¹² Za powody samoleczenia wywołane przekonaniem pacjenta uważa się: uznanie samoleczenia jako środka szybszego i bardziej skutecznego oraz ocenienie dolegliwości jako błahych.¹³ Negatywna ocena skuteczności publicznego systemu ochrony zdrowia, brak satysfakcji z usług medycznych, ograniczenie zaufania do lekarzy itp. należą do powodów wynikających z niespełnienia potrzeb pacjenta.^{14–16} Istotnymi motywami podjęcia samoleczenia są również chęć wsparcia leczenia konwencjonalnego choroby przewlekłej czy eliminacji działań niepożądanych le-

ków przepisanych przez lekarza, a także zdobycie wiedzy, samodzielna diagnoza schorzenia, niekiedy presja otoczenia i podatność na reklamy środków leczniczych.

Zarówno w badaniach Mirowskiej-Guzel et al.⁷, jak i w badaniach opisywanych przez autorki niniejszej pracy zbieżne są również główne powody prowadzenia samoleczenia wśród chorych na SM, czyli spełnienie indywidualnych potrzeb – „chęć zrobienia czegoś dla siebie” oraz „chęć złagodzenia objawów choroby”. Kolejne miejsce zajmowały powody wynikające z własnych przekonań: brak wiary w skuteczność leczenia konwencjonalnego vs brak poprawy mimo leczenia konwencjonalnego.

Według skandynawskich badań przeprowadzonych wśród chorych na SM najpopularniejszymi metodami leczenia były: akupunktura, terapia żywieniem, homeopatia oraz uzdrowienie duchowe.¹⁷ W badaniu Mirowskiej-Guzel et al.⁷ wskazano, że najczęściej stosowaną metodą komplementarną i alternatywną było ziołolecznictwo. Najpopularniejszymi preparatami były: olej z nasion z wiesiołka (56%), czepota puszysta, czyli tzw. koci pazur – vilcacora (16%) oraz Padma (17%). Drugie miejsce zajmowało zażywanie preparatów witaminowych (50%), następnie stosowanie diety (22%) i uczęszczanie na masaż (34%). Niemal co piąty respondent stosował akupunkturę (19%) oraz bioenergoterapię (19%). Rzadziej korzystano z homeopatii (14%), hipoterapii (12,5%), refleksoterapii (3%) oraz jogi (3%). W badaniu będącym podstawą niniejszego artykułu pierwsze miejsce zajmują suplementy diety i leki OTC, a co czwarty respondent stosuje ziołolecznictwo. Różnica między autorskim badaniem a badaniami Mirowskiej-Guzel et al. wynika z klasyfikacji produktów. W autorskim badaniu preparaty takie jak olej z nasion wiesiołka czy Padma zostały przypisane do suplementów diety i leków OTC, a w przywołanym badaniu uznano je za używane w ziołolecznictwie.

Podobne wyniki wskazujące na częstsze korzystanie z ziołolecznictwa i preparatów witaminowych zostały przedstawione w kanadyjskim badaniu rodziców dzieci chorych na nowotwory. Ziołolecznictwo było najczęściej wymienianą metodą niekonwencjonalną stosowaną wśród dzieci, a kolejne pozycje zajmowały: preparaty witaminowe, leczenie dietetyczne, preparaty niekonwencjonalne, homeopatia i leczenie ozonem. Najczęstszymi metodami komplementarnymi były: relaksacja i obrazowanie, masaż, leczenie dotykiem, chiropraktyka i hipnoza.¹⁵

Stosowanie konopi indyjskich i produktów pochodnych jest dopuszczone w ramach oficjalnego leczenia w takich krajach, jak: Kanada, Stany Zjednoczone (w niektórych stanach), Czechy czy Holandia. Jednak środowisko lekarskie w Polsce nie podziela optymistycznych poglądów co do stosowania tzw. marihuany medycznej w oficjalnym leczeniu SM. Mimo to wielu zmagających się z chorobą przewlekłą jest w stanie zrobić wszystko, co możliwe (nawet powziąć działania będące w kolizji z prawem) i podejmuje nawet bardzo kontrowersyjne metody leczenia, by osłabić dolegliwości lub powstrzymać rozwój choroby.

Mimo legalizacji medycznej marihuany w Polsce (od 1.11.2017 r.) i umożliwienia sprzedawania jej w polskich aptekach korzystanie z legalnej terapii jeszcze pozostaje poza zasięgiem chorych (stan na dzień: 20.09.2019 r.). Nie ma zatem mowy o refundacji terapii, a same założenia ustawy są trudne do spełnienia. Leki z konopi mają przygotowywać farmaceuci na podstawie recepty wydanej przez lekarza. W Polsce niewielu lekarzy i farmaceutów ma doświadczenie w stosowaniu takiej terapii. Procedura włączenia terapii konopiami nie jest łatwa, a Ministerstwo Zdrowia otrzymało opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wg której terapia marihuaną jest mało skuteczna.^{18,19} W czerwcu 2018 r. do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wpłynęła pierwsza oferta na sprowadzenie suszu z Kanady. Obecnie do wiadomości publicznej została podana informacja o pozytywnym rozpatrzeniu wniosku i przewidywanym czasie dostępności produktu na koniec listopada 2018 r.

Wnioski

Mimo upływu ponad 10 lat od przeprowadzenia badania przez Mirowską-Guzel et al.,⁷ w autorskich badaniach potwierdzono niezmienną popularność stosowania samoleczenia wśród osób chorych na SM. Zbieżne okazały się również powody i metody stosowania leczenia komplementarnego i alternatywnego. Prawdopodobnie wynika to z nieprzerwanego od lat braku kompleksowej opieki nad osobą chorą oraz wciąż nieistniejącej skutecznej i nieobarczonej skutkami ubocznymi metody leczenia. Stosowane w Polsce metody samoleczenia wśród chorych na SM różnią się od deklarowanych w krajach skandynawskich, natomiast są podobne do kanadyjskiego badania przeprowadzonego wśród rodziców dzieci chorych na nowotwory.

Do ograniczeń prezentowanego badania należy zaliczyć niereprezentatywność próby badawczej. Próba odzwierciedla jednak populację chorych, z których większość to kobiety. Brak doboru probabilistycznego skutkowało decyzją o odstąpieniu od wnioskowania statystycznego. Wyniki i wnioski mają zatem charakter poglądowy i mogą służyć jako inspiracja do dalszych badań oraz stanowią ważną przesłankę skłaniającą do konieczności tworzenia baz chorych.

Stosowanie samoleczenia należy zaliczyć do najważniejszych sposobów zaspokajania potrzeb zdrowotnych osób, u których rozpoznano lub podejrzewa się ciężką, nieprzewidywalną i często prowadzącą do niepełnosprawności chorobę, jaką jest SM. Dzięki podejmowanym działaniom chorzy wierzą, że uda się „zatrzymać” lub spowolnić postęp choroby, by jak najdłużej utrzymać sprawność funkcjonalną organizmu. Podejmowanie samodzielnych działań „naprawczych” jest sposobem na wyzbycie się niepewności występującej pomiędzy naprzemiennym następowaniem nadziei i desperacji.²⁰ Stanowią one swo-

isty bufor bezpieczeństwa, pozwalający na zachowanie choremu kontroli nad swoim życiem. Istotnym elementem ograniczenia niepewności są także społeczne interakcje pojawiające się w trakcie szukania informacji na temat tego, jak inni chorzy radzą sobie w sytuacji choroby. To czerpanie wiedzy z doświadczeń „znaczących innych” (a takim stają się osoby chorujące na tę samą chorobę, członkowie wirtualnych grup pacjentów) pozwala na rozładowanie negatywnych emocji i umiejscowienie siebie we właściwej grupie odniesienia (którą przestają być osoby zdrowe, a stają się właśnie inni chorzy).

W schorzeniach o zmiennym i trudnym do przewidzenia przebiegu, gdzie stany zdrowia i choroby (rzutów i remisji) przenikają się, stosowanie samoleczenia może być objawem „wysiłku ukierunkowanego na przygotowanie się do tego, co nieprzewidywalne”²¹ i jest przejawem strategii adaptacyjnych w procesie radzenia sobie z chorobą, lękiem i frustracją. Samoleczenie i poszukiwanie nowych rozwiązań jest dobrą sytuacją, kiedy chorzy są (jeszcze) na siłach walczyć z chorobą. W miarę postępowania choroby (kolejnych rzutów, nowych objawów) chorzy „nawracają się” na medycynę konwencjonalną, najbardziej adekwatną w sytuacji wystąpienia kryzysu. Chory w tej sytuacji nie jest „ofiara choroby”,²¹ a staje się podmiotem, nadal zachowującym wolność, mimo okoliczności, na które nie ma wpływu. Dzięki zdobyciu unikalnego doświadczenia (np. stosowaniu konopi) chory może prowadzić swoją „opowieść o chorobie”, stając się ważnym dla innych chorych. W ten sposób kompensuje sobie obniżenie statusu społecznego wynikającego z ograniczeń choroby. Ważne jest to również dla społecznego otoczenia jednostki, które może wyszukiwać dla „swojego” chorego nowe propozycje i pozostawać w aktywności i zaangażowanych relacjach. Samoleczenie dokonywane w sieciach społecznych chorego ma również funkcję integracyjną i wzmacniającą (wsparcie społeczne).


Osoby stosujące samoleczenie najlepiej oceniały zabiegi medycyny konwencjonalnej wykupione *out of pocket*. Należy jednak pamiętać, że zabiegi medycyny konwencjonalnej mogą być również niebezpieczne. Jeśli pacjenci bez porozumienia z lekarzem prowadzącym podejmują nawet terapie konwencjonalne, stwarza to ryzyko niekorzystnego nakładania się efektów terapii. Takie zagrożenia występują w kontekście braku edukacji i dostępu do rzetelnej informacji wśród chorych na SM.

Gorsza ocena leczenia SM finansowanego przez NFZ może mieć związek z powszechnym negatywnym ocenianiem dostępu i jakości świadczeń zdrowotnych oraz zaniedbaniem pozaklinicznych aspektów choroby (komfortu życia, łagodzenia objawów, bólu, lęku przed niesamodzielnością, potrzeb emocjonalnych i duchowych pacjentów). Wynika z tego, że najlepszym sposobem na poprawienie niekorzystnej oceny leczenia konwencjonalnego finansowanego przez państwo byłoby uznanie pacjenta jako osoby partycypującej w procesie leczenia oraz zapewnienie mu większego dostępu do takich zabiegów, jak: rehabi-

litacja ruchowa, masaż czy zabiegi krioterapii. Ważnym wnioskiem z przeprowadzonych badań jest również konieczność szerokiej edukacji osób chorych przewlekle stosujących samoleczenie.

ORCID iDs

Justyna Jeżewska  <https://orcid.org/0000-0003-1292-756X>

Monika Wójta-Kempa  <https://orcid.org/0000-0002-0027-1033>

Piśmiennictwo

1. Wagner A. Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu – komunikowanie między lekarzem i pacjentem w perspektywie socjologicznej. *Zeszyty Prasoznawcze*. 2015;58(2):222:213–223. doi:10.4467/2299-6362PZ.15.017.4127
2. World Health Organization. *The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication*. Haga, Holandia: World Health Organization; 1998. <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/>. Dostęp 20.09.2019.
3. Bochenek T. Medyczne, społeczne i ekonomiczne aspekty samoleczenia oraz samoopieki. Samoleczenie a problematyka kosztów w systemie ochrony zdrowia. W: Krajewski-Siuda K, red. *Samoleczenie*. Warszawa, Polska: Instytut Sobieskiego; 2012:99–102.
4. Consumers Health and Food Executive Agency. *Choroby przewlekłe – wyzwanie na miarę czasów*. Luksemburg, Luksemburg; 2014.
5. Piekarczyńska M, Wieczorkowski R, Zajenkowska-Kozłowska A. *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r.* Warszawa, Polska: Główny Urząd Statystyczny; 2016. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html>. Dostęp 20.09.2019.
6. Topór-Mądry R. Choroby przewlekłe – obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. *Zdr Publ Zarz*. 2011;9(1):44. doi:10.4467/20842627OZ.11.002.0339
7. Mirowska-Guzel D, Głuszkiewicz M, Członkowski A, Członkowska A. Metody niekonwencjonalne stosowane u chorych ze stwardnieniem rozsianym. *Farmakoter Psychiatr Neurol*. 2005;1:44. <http://www.fpn.ipin.edu.pl/archiwum/2005-zeszyt-1/metody-niekonwencjonalne-stosowane-u-chorych-ze-stwardnieniem-rozsianym.html>. Dostęp 20.09.2019.
8. Rosiak K, Zagożdżon P. Czynniki środowiskowe w epidemiologii stwardnienia rozsianego. *Probl Hig Epidemiol*. 2012;93(4):627–631. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2012/phe-2012-4-627.pdf>. Dostęp 20.09.2019.
9. Zakrzewska-Piewska B. *Stwardnienie rozsiane – nowy poradnik dla pacjenta*. Poznań, Polska: Termedia; 2010.
10. Potemkowski A. Stwardnienie rozsiane w Świecie i w Polsce – ocena epidemiologiczna. *Aktualn Neurol*. 2009;9(2):91–97. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.psjd-13c48912-07ce-4e2d-8fc1-524e884a12a2>. Dostęp 20.09.2019.
11. Malec-Milewska M. Ból u chorych na stwardnienie rozsiane. *Med Palliat Prakt*. 2014;8(1):29–40. https://journals.viamedica.pl/palliative_medicine_in_practice/article/view/38614/33692. Dostęp 20.09.2019.
12. Majewska M. Słowo też jest lekiem, czyli o komunikacji lekarza z pacjentem. *Zeszyty Prasoznawcze*. 2015;58(2):222:224–237. doi:10.4467/2299-6362PZ.15.018.4128
13. Wdowiak L, Kapka L. Samoleczenie a zdrowie publiczne. W: Krajewski-Siuda K, red. *Samoleczenie*. Warszawa, Polska: Instytut Sobieskiego; 2012:13–18.
14. Centrum Badania Opinii Społecznej. *Prestiż zawodów – komunikat z badań*. Warszawa, Polska: Centrum Badania Opinii Społecznej; 2013.
15. Dulęba K, Wysocki M, Styczyński J. Complementary and alternative medicine in children with cancer – facts and myths. *Adv Clin Exp Med*. 2006;15(4):695–703. <http://www.advances.umed.wroc.pl/en/article/2006/15/4/695/>. Dostęp 20.09.2019.
16. Puchalski K. Potoczne myślenie o zdrowiu i chorobie. *Zeszyty Prasoznawcze*. 2015;58(2):222:255–275. doi:10.4467/2299-6362PZ.15.020.4130
17. Salamsen A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiple sclerosis: Possible public health implications. *Eur J Pub Health*. 2016;26(2):225–229. doi:10.1093/eurpub/ckv184
18. Karwowska A. Chorzy wciąż czekają na medyczną marihuanę. Leki z konopi legalne, ale niedostępne. *Gazeta Wyborcza*. <http://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/7,137474,23812211,chorzy-wciaz-czekaja-na-medyczna-marihuane-leki-z-konopi-legalne.html>. Dostęp 20.09.2019.
19. Rynek Zdrowia. Prawo jest, ale medycznej marihuany jak nie było, tak nie ma. Retrieved October 17, 2018. <http://www.rynekzdrowia.pl/Farmacja/Prawo-jest-ale-medycznej-marihuany-jak-nie-bylo-tak-nie-ma,185602,6,2.html>. Dostęp 20.09.2019.
20. Bury M. On chronic illness and disability. W: Bird CE, Conrad P, Fremont AM, red. *Handbook of Medical Sociology*. New Jersey, NJ: Prentice Hall; 2000:173–183.
21. Strauss AL, Corbin JM. *Shaping a New Health Care System: The explosion of Chronic Illness as a Catalyst for Change*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1988.

Samobójstwo wspomagane w opinii pielęgniarek pracujących w placówkach paliatywno-hospicyjnych

Physician-assisted suicide in the opinion of nurses who work in palliative and hospice institutions

Wiktoria Chilmończyk^{1,A–D}, Ewa Kobos^{2,A,C,E,F}

¹ Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

² Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

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. 2019;9(3):205–213

Adres do korespondencji

Wiktoria Chilmończyk
e-mail: chilmonczyk2@onet.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 8.07.2018 r.

Po recenzji: 4.09.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 26.09.2018 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Nieuleczalna choroba i cierpienie mogą doprowadzić do podjęcia decyzji o PAS. Procedura ta polega na dostarczeniu choremu przez lekarza środków niezbędnych do dokonania aktu zakończenia życia. Pielęgniarki są często pierwszymi osobami, które słyszą prośbę pacjenta o PAS lub eutanazję.

Cel pracy. Poznanie opinii pielęgniarek pracujących w hospicjach na temat PAS.

Materiał i metody. Do badania wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 33 stwierdzeń sklasyfikowanych w 4 kategoriach: aspekty moralne, wartość życia, aspekty praktyczne oraz aspekty prawne. W badaniu wzięły udział 92 osoby. W hospicjum domowym pracowało 42% badanych, a w stacjonarnym 58%. Analizy statystyczne wykonano przy użyciu programu STATISTICA v. 12, do oceny korelacji zastosowano analizę korelacji *R* Spearmana.

Wyniki. Pielęgniarki uważają, że to zdecydowanie niemoralne oczekiwać od kogokolwiek pomocy w samobójstwie (52%). Według nich lekarstwem na cierpienie powinna być naturalna śmierć (30%), a PAS, bez względu na okoliczności, nie jest etycznie uzasadnione (24%), nawet w przypadku pacjentów starszych (46%) oraz śmiertelnie chorych lub cierpiących (46%). Czterdzieści procent badanych jest przeciwnych wprowadzeniu prawa zezwalającego chorym na poproszenie lekarza, aby pomóc im zakończyć życie, nawet gdyby lekarze wyznaczeni przez sąd zgodzili się na to po ustaleniu, że pacjenta nie można wyleczyć. Taki sam procent ankietowanych zdecydowanie nie poparłby zalegalizowania PAS, nawet gdyby nie brał udziału w tej procedurze.

Wnioski. Około jedna piąta pielęgniarek jest proszona przez pacjenta lub jego rodzinę o podanie leku lub wykonanie innego czynu powodującego jego śmierć. Pielęgniarki pracujące w hospicjum wysoko cenią wartość życia, nie popierają PAS i nie są skłonne do brania w nim udziału.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, opieka paliatywna, hospicjum, samobójstwo wspomagane

Cytowanie

Chilmończyk W, Kobos E. Samobójstwo wspomagane w opinii pielęgniarek pracujących w placówkach paliatywno-hospicyjnych. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):205–213.
doi:10.17219/pzp/96325

DOI

10.17219/pzp/96325

Copyright

© 2019 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. An incurable illness and suffering can lead to making a decision on physician-assisted suicide (PAS). In such procedure the doctor provides the patient with means necessary to make an act of ending life. Nurses are often the first to hear a patient's request for PAS or euthanasia.

Objectives. Getting to know the opinions of nurses working in hospices about assisted suicide.

Material and methods. The author's own questionnaire consisting of 33 statements, divided into 4 categories: moral aspects, the value of life, practical aspects, and legal aspects, were used in the study. Ninety-two people participated in the study. Forty-two percent of the respondents worked in the home hospice and 58% in the stationary one. Statistical analyses were performed using the STATISTICA v. 12 program; the Spearman *R* correlation analysis was used to assess the correlation.

Results. Nurses believe that it is definitely immoral to expect help from anyone in suicide (52%). The cure for suffering is natural death (30%), and assisted suicide, regardless of the circumstances, is not ethically justified (24%), even for older patients (46%) and terminally ill or suffering (46%). Forty percent of respondents oppose the introduction of a law permitting patients to ask a doctor to help them end their lives, even if the doctors appointed by the court have agreed that the patient cannot be cured. The same percentage of nurses would definitely not support the legalization of PAS, even if they would not participate in this procedure.

Conclusions. About 1/5 of nurses are asked by the patient or his family to administer lethal medication or to perform another act to cause death. Nurses working in hospices highly value life and do not support assisted suicide and are not willing to take part in it.

Key words: nurse, palliative care, hospice, physician-assisted suicide

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich 50 lat postęp medycyny doprowadził do wydłużenia życia, czego skutkiem jest zwiększający się odsetek wystąpienia nieuleczalnych chorób, powodujących cierpienie i utratę autonomii pacjentów. W niektórych obszarach medycyna nadal jest bezsilna, a choroba staje się jednym z czynników ryzyka samobójstwa.¹ Chorzy mogą czuć się zobowiązani do zaakceptowania przedłużającej życie interwencji medycznej, ponieważ jest ona dostępna i uznana społecznie, a akceptowanie śmierci, gdy opcje leczenia nie zostały jeszcze wyczerpane, jest postrzegane jako społeczne i moralne tabu.²

Choroba może doprowadzić do podjęcia decyzji o wspomaganym samobójstwie (ang. *physician-assisted suicide* – PAS). Procedura ta polega na dostarczeniu choremu przez lekarza środków niezbędnych do dokonania aktu zakończenia życia.³ PAS jest legalny w takich krajach, jak: Belgia, Szwecja, Holandia, Luksemburg, Szwajcaria oraz w niektórych stanach Stanów Zjednoczonych. PAS stanowi w tych państwach ok. 0,1–2,9% wszystkich zgonów.⁴ W Polsce PAS jest obecnie czynem zabronionym. Według art. 151 *Ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks karny* (k.k.): kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.⁵ W istotny sposób determinuje to postawy osób badanych. Odpowiadając na pytania zawarte w ankiecie, wypowiadają się bowiem na temat czynu prawnie zabronionego, od ponad 70 lat trwale w polskim prawodawstwie objętego normą prawnokarną (por. art. 227 *Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 11.07.1932 r. – Kodeks karny*).⁶ Należy wziąć pod uwagę, że w Polsce nie toczy się jakkolwiek istotna publicznoprawna debata w kwestii depenalizacji PAS. Zarówno kompleksowa

nowelizacja k.k. z 1997 r., jak i każda kolejna nowela nie zawierały zmian w tej kwestii. Jednak zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich, gdzie PAS jest czynem prawnie zabronionym, pojawia się zjawisko „turystyki samobójczej”. Przykładem kraju docelowego jest Szwajcaria, która jako jedyne państwo oferuje pomoc w samobójstwie nie tylko swym obywatelom. Szacuje się, że każdego roku 200 „turystów” przybywa do tego kraju w celu zakończenia swojego życia, a liczba ta stale się zwiększa.⁷

Na całym świecie PAS budzi skrajne emocje. Debata na ten temat zazwyczaj koncentruje się na perspektywie lekarzy. W żadnym z państw prawnie nie określono roli pielęgniarki w procesie zakończenia życia poprzez PAS. Jednak badania z krajów, które zalegalizowały PAS, wykazują, że pielęgniarki odgrywają aktywną rolę w tym procesie. Są często pierwszymi osobami, które słyszą prośbę pacjenta o PAS lub eutanazję i mogą być zaangażowane zarówno w proces decyzyjny, spełnienie prośby, jak i przygotowywanie i podanie leków w celu zakończenia życia.^{8,9} W porównaniu z pielęgniarkami innych specjalizacji pielęgniarki opieki paliatywnej mają większą wiedzę i doświadczenie w zakresie leczenia bólu oraz polepszenia jakości życia chorego. W rezultacie wiele z nich postrzega śmierć jako akt, który można kontrolować, a cierpienie jako proces, nad którym można panować. Mają one wyraźne wyobrażenie o tym, co oznaczałoby dla pacjentów zalegalizowanie PAS.

Celem tej pracy było poznanie opinii pielęgniarek pracujących w hospicjach na temat PAS.

Materiał i metody

Do badania wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 33 stwierdzeń, które zostały skla-

syfikowane w 4 kategoriach: aspekty moralne, wartość życia, aspekty praktyczne oraz aspekty prawne. Osoby badane udzielały odpowiedzi w skali 1–5, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie się zgadzam”, a 5 „zdecydowanie się nie zgadzam”. Przed przystąpieniem do badań uzyskano informację o braku zastrzeżeń do ich realizacji od Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Analizy statystyczne zostały wykonane przy użyciu programu STATISTICA v. 12 (StatSoft, Inc.). Rozkłady wyników testowano z wykorzystaniem testu Kołmogorowa–Smirnowa (K–S), do oceny korelacji zastosowano analizę korelacji *R* Spearmana.

W badaniu wzięły udział 92 osoby, w tym 83 pielęgniarki oraz 9 pielęgniarzy. Kryterium włączenia do badań był staż pracy ogółem w zawodzie >4 lat oraz staż pracy w hospicjum >2 lat. W hospicjum domowym pracowało 42% badanych, a w hospicjum stacjonarnym 58%. Średnia wieku respondentów wynosiła 44 lata \pm 10 lat, staż pracy ogółem w zawodzie 21 lat \pm 11 lat, staż pracy w obecnym miejscu zatrudnienia 8 lat \pm 5 lat. Wykształcenie wyższe licencjackie miało 50% badanych, 78% ukończyło co najmniej 1 z kursów z zakresu opieki paliatywnej. Wyznanie katolickie deklarowało 98% ankietowanych. Średnia liczba pacjentów będących pod opieką badanych, którzy zmarli w ciągu ostatniego miesiąca od daty badania, wynosiła 4 osoby \pm 3 osoby.

W badanej grupie 21% respondentów było poproszonych przez pacjenta, a 14% przez członka rodziny o po-

danie leku lub wykonanie innego czynu w celu spowodowania jego śmierci. Uczestnicy badania doświadczali rozmów z pacjentem, który mówił im o tym, że chciałby już umrzeć (74%) oraz przewlekłych chorób lub cierpienia członków własnej rodziny (66%).

Wyniki

Opinie respondentów w poszczególnych aspektach PAS

W kategorii „aspekty moralne” PAS badani zdecydowanie nie zgadzali się ze stwierdzeniami, że to moralne oczekiwać od członków rodziny, przyjaciela, personelu medycznego pomocy w samobójstwie (52%) oraz że są sytuacje, w których ankietowani skłonni byłiby do wzięcia udziału w PAS (52%). Ze stwierdzeniem, że naturalna śmierć jest lekarstwem na cierpienie, zdecydowanie zgodziło się 30% badanych, a 24% uważało, że PAS nigdy, bez względu na okoliczności, nie jest etycznie uzasadnione (tabela 1).

Analiza korelacji między poszczególnymi stwierdzeniami w kategorii „aspekty moralne” wykazała, że osoby, które zdecydowanie nie zgadzają się z akceptacją PAS w przypadku, gdy stracono nadzieję na poprawę sytuacji, nie zgadzają się również, że moralne jest oczekiwać od innych osób pomocy w samobójstwie ($R = 0,62$) oraz że śmierć w wyniku samobójstwa to godna śmierć ($R = 0,69$).

Tabela 1. Opinia badanych na temat PAS – „aspekty moralne”

Table 1. Opinions of the respondents on PAS – “moral aspect”

Aspekty moralne	Zdecydowanie tak [%]	Raczej tak [%]	Trudno powiedzieć [%]	Raczej nie [%]	Zdecydowanie nie [%]	Test K–S
AM1 Osoba terminalnie chora ma prawo zdecydować o zakończeniu życia	11	7	37	17	28	$p < 0,01$
AM2 Moralne jest oczekiwać od członków rodziny, przyjaciela, personelu medycznego pomocy w samobójstwie	2	0	25	21	52	$p < 0,01$
AM3 Naturalna śmierć jest lekarstwem na cierpienie	30	15	30	11	13	$p < 0,01$
AM4 PAS daje osobie szansę na godną śmierć	4	3	25	29	38	$p < 0,01$
AM5 PAS jest aktem humanitarnym	0	3	30	25	41	$p < 0,01$
AM6 PAS powinno być stosowane, gdy dana osoba cierpi na śmiertelną chorobę	3	2	21	36	38	$p < 0,01$
AM7 PAS jest akceptowalne w przypadkach, gdy stracono całą nadzieję na poprawę sytuacji	2	3	24	28	42	$p < 0,01$
AM8 PAS nigdy, bez względu na okoliczności, nie jest etycznie uzasadnione	24	8	30	20	18	$p < 0,01$
AM9 Są sytuacje, w których byłabym/byłbym skłonna/sklonny do wzięcia udziału w PAS	0	5	18	24	52	$p < 0,01$
AM10 Przepisanie leków pacjentowi w celu umożliwienia mu zakończenia życia jest dopuszczalne	1	7	21	29	42	$p < 0,01$
AM11 PAS powinno być akceptowane w dzisiejszym społeczeństwie	2	5	25	26	41	$p < 0,01$
AM12 PAS powinno być rozważane wyłącznie na gruncie medycznym, a nie moralnym	3	4	29	27	35	$p < 0,01$

Ankietowani, którzy istotnie częściej nie zgadzali się, że PAS powinno być stosowane, gdy dana osoba cierpi na śmiertelną chorobę, zdecydowanie częściej nie zgadzali się również z poszczególnymi stwierdzeniami z kategorii „aspekty moralne”. Wraz z brakiem akceptacji dla poszczególnych stwierdzeń z kategorii „aspekty moralne” badani nie zgadzali się z przepisywaniem pacjentowi leku w celu zakończenia jego życia ($R = 0,73$) oraz z akceptacją PAS przez społeczeństwo ($R = 0,80$).

Respondenci zdecydowanie nie zgadzali się na PAS w przypadku pacjentów starszych (46%) oraz na poparcie prośby o PAS, jeśli osoba śmiertelnie chora lub cierpiąca byłaby coraz bardziej zaniepokojona pogorszeniem swego stanu zdrowia (46%). Połowa badanych zdecydowanie zgadzała się z tym, że jedną z kluczowych zasad etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia jest utrzymanie i zachowanie życia, a nie jego zakończenie (tabela 2).

Brak zgody na PAS dla osób starszych istotnie wiązał się z brakiem poparcia prośby o PAS przez osobę śmiertelnie chorą lub cierpiącą zaniepokojoną pogorszeniem swego stanu zdrowia ($R = 0,79$). Ankietowani niezgadzający się z tym, że zasadą etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia jest utrzymanie i zachowanie życia, częściej byli

skłonni poprzeć prośbę osoby chorej i cierpiącej zaniepokojonej pogarszaniem się jej stanu zdrowia o PAS ($R = -0,51$).

W kategorii „aspekty praktyczne” 36% respondentów zdecydowanie zgadzało się ze stwierdzeniem, że praktykowanie PAS może prowadzić do nadużyć. Najwyższy odsetek badanych (37%) zdecydowanie nie zgodził się ze stwierdzeniem, że w przypadku pacjenta cierpiącego na nieuleczalną chorobę lekarz ma prawo zakończyć jego życie bezboleśnie, jeśli pacjent lub jego rodzina tego żądają, oraz że PAS powinno być praktykowane tylko w celu wyeliminowania bólu fizycznego, nie zaś emocjonalnego (tabela 3).

Im częściej pielęgniarki i pielęgniarze nie zgadzali się z tym, że istnieje kilka przypadków, w których PAS jest dopuszczalne, tym częściej nie zgadzali się również z praktykowaniem PAS w celu wyeliminowania bólu fizycznego, nie zaś emocjonalnego ($R = 0,46$) oraz z prawem, aby zakończyć życie pacjenta bezboleśnie, jeśli pacjent lub jego rodzina tego zażądają ($R = 0,48$). Respondenci, którzy nie zgadzali się ze stwierdzeniem, że praktykowanie PAS może prowadzić do nadużyć, częściej zgadzali się, że PAS powinno być praktykowane tylko w celu wyeliminowania bólu fizycznego ($R = -0,48$).

Tabela 2. Opinia badanych na temat PAS – „wartość życia”

Table 2. Opinions of the respondents on PAS – “value of life”

Wartość życia	Zdecydowanie tak [%]	Raczej tak [%]	Trudno powiedzieć [%]	Raczej nie [%]	Zdecydowanie nie [%]	Test K-S
WZ1 PAS jest akceptowalne, jeśli dana osoba jest starsza	0	0	26	28	46	$p < 0,01$
WZ2 Jedną z kluczowych zasad etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia jest utrzymanie i zachowanie życia, a nie jego zakończenie	51	12	21	13	3	$p < 0,01$
WZ3 Jeśli osoba śmiertelnie chora lub cierpiąca jest coraz bardziej zaniepokojona pogorszeniem swego stanu zdrowia, poprę jej prośbę o PAS	0	1	27	26	46	$p < 0,01$

Tabela 3. Opinia badanych na temat PAS – „aspekty praktyczne”

Table 3. Opinions of the respondents on PAS – “practical aspects”

Aspekty praktyczne	Zdecydowanie tak [%]	Raczej tak [%]	Trudno powiedzieć [%]	Raczej nie [%]	Zdecydowanie nie [%]	Test K-S
APrak1 Kiedy dana osoba cierpi na chorobę, której nie można wyleczyć, lekarze powinni mieć prawo, aby zakończyć życie pacjenta bezboleśnie, jeśli pacjent lub jego rodzina tego zażądają	4	5	32	22	37	$p < 0,01$
APrak2 Praktykowanie PAS może prowadzić do nadużyć	36	29	16	14	4	$p < 0,01$
APrak3 Osoba nie powinna być utrzymywana przy życiu przez maszynę	12	17	43	13	14	$p < 0,01$
APrak4 Pacjenci poważnie chorzy, lecz otrzymujący wysokiej jakości opiekę paliatywną, NIE proszą o pomoc w zakończeniu ich życia	14	18	35	23	10	$p < 0,01$
APrak5 PAS powinno być praktykowane tylko w celu wyeliminowania bólu fizycznego, nie zaś emocjonalnego	3	0	30	29	37	$p < 0,01$
APrak6 Istnieje bardzo niewiele przypadków, w których PAS jest dopuszczalne	2	5	43	22	27	$p < 0,01$

Aż 40% ankietowanych było przeciwnych wprowadzeniu prawa zezwalającego śmiertelnie chorym pacjentom na poproszenie lekarza prowadzącego, aby pomógł im zakończyć życie nawet w przypadku, gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd zgodził się na to po ustaleniu, że pacjenta nie można wyleczyć. Spośród badanych 26% osób zdecydowanie zgadzało się ze stwierdzeniem, iż PAS nie powinno być zgodne z prawem (tabela 4).

Pielęgniarki, które nie zgadzały się z tym, że są sytuacje, w których PAS mogłoby być legalne, częściej nie wyrażały aprobaty dla zakończenia życia w przypadku, gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd zgodził się na to po ustaleniu, że pacjenta nie można wyleczyć ($R = 0,91$).

Korelacje pomiędzy stwierdzeniami w poszczególnych aspektach PAS

Badani niepopierający PAS u osób śmiertelnie chorych zaniepokojonych swoim stanem zdrowia również istotnie częściej nie zgadzali się ze wszystkimi stwierdzeniami w kategorii „aspekty moralne”, m.in. z tymi, że: moralne jest oczekiwać pomocy w samobójstwie od personelu czy bliskich ($R = 0,65$), dopuszczalne jest przepisanie leków w celu umożliwienia zakończenia życia ($R = 0,75$), PAS nie powinno być akceptowane w społeczeństwie ($R = 0,67$). Pielęgniarki i pielęgniarze zgadzający się ze stwierdzeniem, że kluczową zasadą etyki zawodowej jest utrzymanie i zachowanie życia, nie zgadzają się natomiast, że są sytuacje, w których byłoby skłonni do wzięcia udziału w PAS ($R = -0,54$) oraz że przepisanie leku pacjentowi w celu zakończenia jego życia jest niedopuszczalne ($R = -0,45$) – tabela 5.

Pielęgniarki i pielęgniarze pracujący w hospicjum nie zgadzający się z tym, że lekarze powinni mieć prawo do zakończenia życia, jeśli cierpiący pacjent lub jego rodzina tego zażądają, nie są skłonni uczestniczyć w PAS ($R = 0,64$) i istotnie częściej uważają, że: jest to akt niehumanitarny ($R = 0,65$), PAS jest szansą na godną śmierć ($R = 0,58$), przepisanie leków w celu umożliwienia zakończenia życia pacjentowi cierpiącemu na śmiertelną chorobę jest niedo-

puszczalne ($R = 0,74$). Badani uważający, że PAS powinno być praktykowane tylko w celu wyeliminowania bólu fizycznego, nie zaś emocjonalnego, nie zgadzają się, by PAS było akceptowane w społeczeństwie ($R = 0,65$). Ankietowani zgadzający się, że PAS może prowadzić do nadużyć, istotnie częściej nie zgadzają się na branie udziału w tej procedurze ($R = -0,51$) – tabela 5.

Respondenci niezgadzający się z akceptacją PAS w społeczeństwie zdecydowanie częściej nie zgadzali się z tym, że są sytuacje, w których PAS mogłoby być legalne ($R = 0,72$), z aprobatą dla zakończenia życia pacjenta, gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd uznał, że pacjenta nie można wyleczyć ($R = 0,71$) oraz że potrzebne są przepisy umożliwiające praktykę PAS ($R = 0,65$) – tabela 5.

Brak akceptacji PAS wobec osób starszych ($R = 0,63$) oraz brak poparcia dla prośby pacjenta o PAS ($R = 0,74$) istotnie częściej występował u ankietowanych, którzy nie zgadzali się z tym, że lekarze powinni mieć prawo do bezbolesnego zakończenia życia pacjenta, jeśli cierpiący na nieuleczalną chorobę człowiek tego zażąda. Respondenci niezgadzający się z tym, że jedną z kluczowych zasad etyki zawodowej pracowników ochrony zdrowia jest utrzymanie i zachowanie życia, a nie jego zakończenie, nie zgadzali się też z tym, że praktykowanie PAS może prowadzić do nadużyć ($R = 0,69$). Pielęgniarki i pielęgniarze niepopierający prośby chorych zaniepokojonych pogorszeniem swego stanu zdrowia o pomoc w samobójstwie istotnie częściej nie zgadzali się na ustawodawstwo, które pozwoliłoby lekarzowi przepisać lek pacjentowi, aby mógł go użyć w celu zakończenia życia, nawet gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd zgodził się, że pacjenta nie można wyleczyć ($R = 0,64$) – tabela 6.

Ankietowani niezgadzający się z tym, że lekarze powinni mieć prawo do zakończenia życia pacjenta, istotnie częściej nie zgadzali się ze stwierdzeniami z kategorii „aspekty prawne”. Niezgodność z powyższym stwierdzeniem najsilniej oddziaływała na mniejszą aprobatę dla zakończenia życia pacjenta, gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd uznał, że pacjenta nie można wyleczyć ($R = 0,77$) – tabela 7.

Tabela 4. Opinia badanych na temat PAS – „aspekty prawne”

Table 4. Opinions of the respondents on PAS – “legal aspects”

Aspekty prawne	Zdecydowanie tak [%]	Raczej tak [%]	Trudno powiedzieć [%]	Raczej nie [%]	Zdecydowanie nie [%]	Test K-S
APraw1 Byłabym/byłbym zwolennikiem ustawodawstwa zezwalającego śmiertelnie chorym pacjentom na poproszenie lekarza prowadzącego, aby pomóc im zakończyć życie	3	8	24	25	40	$p < 0,01$
APraw2 Potrzebne są przepisy umożliwiające praktykę PAS	11	5	27	27	29	$p < 0,01$
APraw3 PAS nie powinno być zgodne z prawem	26	8	34	18	14	$p < 0,01$
APraw4 Są sytuacje, w których PAS mogłoby być legalne	4	11	29	18	37	$p < 0,01$
APraw5 Wyraziłabym/wyrziłbym aprobatę dla zakończenia życia pacjenta, gdyby zespół lekarzy wyznaczony przez sąd zgodził się, że pacjenta nie można wyleczyć	2	9	29	20	40	$p < 0,01$

Tabela 5. Opinie badanych w kategorii „aspekty moralne” a opinie w kategoriach „wartość życia” i „aspekty praktyczne”

Table 5. Opinions of the respondents in the category of “moral aspects” collated with their opinions in the categories of the “value of life” and “practical aspects”

Aspekty moralne	Wartość życia			Aspekty praktyczne						Aspekty prawne				
	WZ1	WZ2	WZ3	APrak1	APrak2	APrak3	APrak4	APrak5	APrak6	APraw1	APraw2	APraw3	APraw4	APraw5
AM1	0,43 ^a	-0,21 ^a	0,64 ^b	-0,27 ^a	-0,03	0,02	0,53 ^a	0,46 ^a	0,46 ^a	0,47 ^a	0,56 ^a	-0,19	0,57 ^a	0,55 ^a
AM2	0,54 ^a	-0,49 ^a	0,50 ^a	-0,53 ^a	-0,10	-0,17	0,39 ^a	0,33 ^a	0,33 ^a	0,42 ^a	0,45 ^a	-0,27 ^a	0,52 ^a	0,53 ^a
AM3	-0,11	0,37 ^a	-0,03	0,31 ^a	0,41 ^a	0,22 ^a	-0,12	-0,23 ^a	-0,23 ^a	-0,16	-0,16	0,21 ^a	-0,09	-0,10
AM4	0,48 ^a	-0,26 ^a	0,58 ^b	-0,32 ^a	0,18	-0,15	0,50 ^a	0,36 ^a	0,36 ^a	0,48 ^a	0,56 ^a	-0,35 ^a	0,53 ^a	0,47 ^a
AM5	0,58 ^a	-0,36 ^a	0,65 ^b	-0,46 ^a	-0,06	-0,10	0,59 ^b	0,42 ^a	0,42 ^a	0,47 ^a	0,58 ^a	-0,33 ^a	0,60 ^b	0,57 ^a
AM6	0,63 ^b	-0,36 ^a	0,68 ^b	-0,45 ^a	0,05	-0,02	0,62 ^b	0,45 ^a	0,45 ^a	0,55 ^a	0,66 ^b	-0,32 ^a	0,62 ^b	0,62 ^b
AM7	0,65 ^b	-0,37 ^a	0,72 ^b	-0,46 ^a	0,09	-0,04	0,62 ^b	0,49 ^a	0,49 ^a	0,65 ^b	0,65 ^b	-0,38 ^a	0,63 ^b	0,62 ^b
AM8	-0,01	0,23 ^a	0,04	0,21 ^a	0,05	0,45 ^a	-0,02	0,10	0,10	0,001	0,15	0,11	0,06	-0,09
AM9	0,63 ^b	-0,54 ^a	0,64 ^b	-0,51 ^a	-0,08	-0,14	0,46 ^a	0,36 ^a	0,36 ^a	0,55 ^a	0,48 ^a	-0,33 ^a	0,57 ^a	0,59 ^b
AM10	0,62 ^b	-0,45 ^a	0,74 ^b	-0,47 ^a	-0,03	-0,05	0,55 ^a	0,40 ^a	0,40 ^a	0,56 ^a	0,57 ^a	-0,40 ^a	0,66 ^b	0,65 ^b
AM11	0,65 ^b	-0,32 ^a	0,76 ^b	-0,48 ^a	0,07	-0,04	0,65 ^b	0,46 ^a	0,46 ^a	0,65 ^b	0,65 ^b	-0,29 ^a	0,72 ^b	0,71 ^b
AM12	0,65 ^b	-0,25 ^a	0,63 ^b	-0,38 ^a	-0,01	0,02	0,45 ^a	0,42 ^a	0,42 ^a	0,44 ^a	0,48 ^a	-0,42 ^a	0,52 ^a	0,54 ^a

Współczynniki korelacji R Spearmana: ^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$.

Tabela 6. Opinie badanych w kategorii „wartość życia” a opinie w kategoriach „aspekty praktyczne” i „aspekty prawne”

Table 6. Opinions of the respondents in the category of the “value of life” collated with their opinions in the categories of the “practical aspects” and “legal aspects”

Aspekty praktyczne		APrak1	APrak2	APrak3	APrak4	APrak5	APrak6
Wartość życia	WZ1	0,63 ^b	-0,51 ^a	-0,07	-0,07	0,49 ^a	0,40 ^a
	WZ2	-0,34 ^a	0,69 ^b	0,27 ^a	0,39 ^a	-0,38 ^a	-0,19
	WZ3	0,74 ^b	-0,58 ^a	0,02	-0,11	0,54 ^a	0,38 ^a
Aspekty prawne		APraw1	APraw2	APraw3	APraw4	APraw5	
Wartość życia	WZ1	0,44 ^a	0,42 ^a	-0,24 ^a	0,41 ^a	0,50 ^a	
	WZ2	-0,35 ^a	-0,25 ^a	0,37 ^a	-0,25 ^a	-0,37 ^a	
	WZ3	0,56 ^a	0,54 ^a	-0,45 ^a	0,40 ^a	0,64 ^b	

Współczynniki korelacji R Spearmana: ^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$.

Doświadczenia badanych a opinie w poszczególnych aspektach PAS

Wykazano, że istotnie częściej respondenci potwierdzający, że byli proszeni przez pacjenta o podanie leku lub wykonanie innego czynu w celu spowodowania jego śmierci, doświadczali też tożsamej prośby ze strony członka rodziny pacjenta oraz rozmów z pacjentem, który mówił im o tym, że chciałby już umrzeć.

Ankietowani, którzy słyszeli od pacjenta, że ten chciałby już umrzeć, zdecydowanie częściej zgadzali się z tym, że nie ma sytuacji, w których byliby skłonni do wzięcia udziału w PAS ($R = -0,47$). Pielęgniarki i pielęgniarze, którzy byli proszeni przez pacjenta o podanie leku lub wykonanie innego czynu w celu spowodowania jego śmierci, istotnie częściej nie zgadzali się z tym, żeby PAS było rozważane wyłącznie na gruncie medycznym, pomijając kwestie moralne ($R = -0,36$). Istnienie chorych przewlekłe i/lub cierpiących osób w rodzinie uczestników badania odpowiadało częstszemu zgodzie ze stwierdzeniem, iż naturalna śmierć jest lekarstwem na cier-

pienie ($R = 0,23$) oraz brakiem zgody ze stwierdzeniem, że moralnie jest oczekiwać od członków rodziny, przyjaciela, personelu medycznego pomocy w samobójstwie ($R = -0,37$).

Ankietowani, którzy doświadczali utraty pacjenta z powodu samobójstwa, istotnie częściej nie zgadzali się ze

Tabela 7. Opinia badanych w kategorii „aspekty praktyczne” a opinia w kategorii „aspekty prawne”

Table 7. Opinions of the respondents in the category of the “practical aspects” collated with their opinions in the category of “legal aspects”

Aspekty praktyczne	Aspekty prawne				
	APraw1	APraw2	APraw3	APraw4	APraw5
APrak1	0,67 ^b	0,68 ^b	-0,27 ^a	0,53 ^a	0,77 ^b
APrak2	-0,32 ^a	-0,28 ^a	0,31 ^a	-0,21 ^a	-0,38 ^a
APrak3	0,12	0,14	0,22 ^a	0,001	0,09
APrak4	-0,05	-0,04	0,39 ^a	0,17	-0,06
APrak5	0,55 ^a	0,64 ^b	-0,20	0,43 ^a	0,63 ^b
APrak6	0,60 ^b	0,59 ^b	-0,27 ^a	0,33 ^a	0,48 ^a

Współczynniki korelacji R Spearmana: ^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$.

stwierdzeniem, że utrzymanie i zachowanie życia jest kluczową zasadą etyki zawodowej ($R = 0,21$). Respondenci doświadczający próśby pacjenta o spowodowanie jego śmierci częściej zgadzali się z tym, że PAS jest akceptowane u osób starszych ($R = -0,25$) oraz poparciem próśby pacjenta o PAS ($R = -0,28$).

Pielęgniarki/pielęgniarze, którzy nie byli proszeni przez pacjentów ($R = 0,41$) i ich rodziny ($R = 0,45$) o podanie leku lub wykonanie innego czynu w celu spowodowania śmierci pacjenta uważali, że człowiek może być utrzymywany przy życiu przez maszynę. Badani, którzy nie doświadczali utraty pacjenta z powodu samobójstwa, istotnie częściej zgadzają się z tym, że chorzy otrzymujący wysokiej jakości opiekę paliatywną nie proszą o pomoc w zakończeniu ich życia ($R = 0,23$).

Respondenci, którzy w rodzinie lub otoczeniu mieli osoby chore przewlekle i/lub cierpiące, istotnie częściej aprobowali zakończenie życia pacjenta, jeśli zespół lekarzy wyznaczony przez sąd uznał, że pacjenta nie można wyleczyć ($R = -0,32$). Ankietowani, którzy nie byli proszeni przez pacjenta o podanie leku lub wykonanie innego czynu w celu spowodowania jego śmierci, istotnie częściej zgadzali się, że PAS powinno być zgodne z prawem ($R = 0,32$).

Omówienie

Zrozumienie przez pielęgniarki cierpienia i znajomość jego składowych może przyczynić się do wczesnego wykrywania jego objawów, takich jak: negatywne uczucia, obawy o przyszłe cierpienie, zmęczenie, utrata autonomii, znaczenia społecznego i aktywności, bezcelowość i zmęczenie życiem oraz zapobiec cierpieniu, które staje się nie do zniesienia. Badanie przeprowadzone w Holandii mające na celu zorientowanie się, jaki rodzaj cierpienia sprawił, że pacjenci zażądali PAS, wykazało, że z punktu widzenia chorych cierpienie jest wynikiem intensywnego procesu będącego skutkiem objawów choroby lub starzenia się. Na odczuwanie cierpienia mają wpływ czynniki medyczne, psychologiczne, społeczno-środowiskowe oraz egzystencjalne. Pacjenci uważali cierpienie fizyczne za mniej ważne, co może sugerować, że przed prośbą o PAS zostało ono złagodzone dzięki opiece paliatywnej. Niekontrolowane objawy fizyczne, takie jak zmęczenie i ból neurologiczny znacznie przyczyniły się do nieżnośnego cierpienia poprzez jego negatywny wpływ na motywację do życia. Obniżony nastrój wiązał się z 4-krotnie większym ryzykiem złożenia wniosku o PAS.¹⁰ Lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy ochrony zdrowia powinni być w stanie wcześniej zrozumieć cierpienie egzystencjalne, psychologiczne oraz emocjonalne pacjenta, aby zapobiec cierpieniu, które staje się nie do zniesienia.

W badaniu własnym jedynie 14% pielęgniarek opieki paliatywnej zdecydowanie zgadzało się, że pacjenci poważnie chorzy, lecz otrzymujący wysokiej jakości opiekę

paliatywną nie proszą o pomoc w zakończeniu ich życia. Dla porównania 70% belgijskich pielęgniarek środowiskowych uważa, że optymalna opieka paliatywna zapobiega prośbom o eutanazję lub PAS.⁹ Ta wiara w zapobiegawczą siłę opieki paliatywnej może odzwierciedlać ich przekonanie, że ból i fizyczne cierpienie są głównymi powodami, dla których pacjenci chcą umrzeć. W Belgii, gdzie procedura PAS jest legalna, badane pielęgniarki opieki paliatywnej potwierdziły, że wiele wniosków o eutanazję wycofano, kiedy pacjent zaczął odczuwać korzyści z wysokiej jakości opieki.¹¹ Niedopuszczalne byłoby wykonywanie eutanazji lub PAS bez wcześniejszego zaoferowania pacjentowi opieki paliatywnej o najwyższej jakości. Należy jednak pamiętać, że oporne na leczenie objawy i niekontrolowane, nieżnośne cierpienie, nawet przy zapewnieniu doskonałej opieki paliatywnej, są częstym doświadczeniem chorych.¹² Pielęgniarki hospicyjne i pracownicy socjalni w Oregonie potwierdzili poglądy lekarzy, że pacjenci domagają się pomocy w samobójstwie, ponieważ chcą kontrolować okoliczności śmierci i zachować niezależność oraz uważają swoją jakość życia za złą. Chociaż nie wszystkie pielęgniarki hospicyjne i pracownicy socjalni popierają akt „śmierci z godnością”, wszyscy są gotowi zaopiekować się pacjentami, którzy dokonują takiego wyboru.¹³

Polskie społeczeństwo w ramach badania opinii na temat eutanazji twierdzi, że stosunek do alternatywnej dla eutanazji opieki paliatywnej nie wpływa na opinie o prawnej regulacji PAS. Ci, którzy uważają, że hospicja to „umieralnie” (64%) oraz że są to miejsca, gdzie chory ma zapewnioną profesjonalną opiekę (62%), są za legalizacją „śmierci na życzenie”.¹⁴ Z badania własnego wynika, że zaledwie 3% pielęgniarek jest zwolennikiem ustawodawstwa zezwalającego śmiertelnie chorym na poproszenie lekarza, aby pomóc im zakończyć życie, a jedynie 1% twierdzi, że przepisanie leku pacjentowi w celu popełnienia samobójstwa jest dopuszczalne. Można zatem stwierdzić, że są one zarówno przeciwko eutanazji, jak i PAS. Francuskie pielęgniarki znacznie częściej popierały legalizację eutanazji niż PAS, przy niewielkiej liczbie popierających legalizację PAS, ale nie eutanazji. Podobny wynik uzyskano w grupie włoskich lekarzy. Przeciwnie rezultaty uzyskano w kilku amerykańskich badaniach, w których wykazano, że pielęgniarki i lekarze mają bardziej pozytywne nastawienie do PAS niż do eutanazji. Prawdopodobnie wynika to z tego, że PAS wymaga mniej osobistego zaangażowania niż eutanazja i dlatego może być uznane za bardziej akceptowalne przez pracowników ochrony zdrowia. Mogą oni również uważać, że mają obowiązek pomagać pacjentom, którzy chcą umrzeć, zamiast pozostawić ich samych z zabójczą receptą.¹⁵

Warto zauważyć, że w badaniu własnym 16% pielęgniarek i pielęgniarzy (8% zdecydowanie tak, 8% raczej tak) jest za dekryminalizacją PAS, przy czym nie braliby udziału w procedurze w ramach swojego zawodu, nawet gdyby prawo na to zezwalało, a 52% twierdzi, iż niemoral-

ne jest prosić kogokolwiek o pomoc w popełnieniu samobójstwa. W innych badaniach ponad połowa pielęgniarek z Andaluzji wyraziła poparcie dla hiszpańskiej ustawy o PAS, a prawie 50% stwierdziło, że weźmie udział w tej procedurze, gdy stanie się ona legalna. Połowa respondentów uważała, że poważnie chorzy pacjenci powinni mieć prawo do otrzymywania pomocy od pracowników ochrony zdrowia w celu zakończenia życia, gdyby złożyli oni wielokrotnie wnioski w tej sprawie.¹² W Turcji prawie dwie trzecie pytanym pielęgniarek zgodziło się, że pacjenci powinni mieć prawo do podejmowania decyzji dotyczących własnej śmierci, a połowa stwierdziła, że pomoc w przyspieszeniu śmierci powinna być zalegalizowana. Jednak tylko 15% tureckich pielęgniarek byłoby chętnych do czynnego udziału w procedurze.¹⁶

Prawie 80% uczestników badania własnego ukończyło co najmniej 1 kurs z zakresu opieki paliatywnej, co może wskazywać, że badani są kompetentni, by móc sprawować profesjonalną opiekę nad umierającym. Biorąc pod uwagę brak zgody na wprowadzenie ustawodawstwa zezwalającego na bierną pomoc lekarza w popełnieniu samobójstwa, można stwierdzić, że przeszkolenie w opiece paliatywnej, opiece onkologicznej, leczeniu bólu oraz opiece długoterminowej może wpływać na opinie na temat PAS. W grupie francuskich pielęgniarek oraz lekarzy ci, którzy popierają legalizację PAS, są mniej doświadczeni w opiece terminalnej, rzadziej szkoleni w opiece paliatywnej i wykazują dyskomfort i słabą komunikację podczas kontaktu z terminalnie chorymi pacjentami.¹⁵

Z badań własnych (21% pielęgniarek) oraz innych autorów wynika, że proszenie pielęgniarek przez pacjentów i ich rodziny o pomoc w przyspieszeniu śmierci jest dość częstym doświadczeniem, mimo że eutanazja oraz PAS są w Polsce nielegalne. W Grecji około 4% pielęgniarek otrzymało bezpośrednią prośbę od terminalnie chorych pacjentów dotyczącą zakończenia ich życia. Taki sam procent badanych doświadczył bezpośredniej prośby o przepisanie lub podanie leków przez pielęgniarkę lub lekarza w celu przyspieszenia śmierci.¹⁷ W Hiszpanii natomiast 20% pielęgniarek przyznało, że otrzymało przynajmniej 1 wniosek o eutanazję od pacjentów lub ich krewnych, a zaledwie 8% wnioski o PAS.¹²

Procedura PAS jest znana od dziesięcioleci w krajach zachodnich. Mimo to niemal połowa polskiego społeczeństwa uznaje, iż PAS jest tożsame z eutanazją.¹⁸ Poziom akceptacji śmierci na życzenie jest zdecydowanie najwyższy wśród osób młodych, niepraktykujących żadnej religii oraz deklarujących przekonania lewicowe.¹⁴ Ponad połowa badanych pielęgniarek i pielęgniarczy, która doświadczyła w rodzinie obecności osób cierpiących i/lub przewlekle chorych, jest przeciwna PAS. Można przypuszczać, że wynika to z lęku przed utratą bliskiej osoby oraz identyfikacji z rodzinami osób chorych.

Niemal wszyscy badani (98%) deklarowali wyznanie katolickie, z tego 71% (raczej nie 29%, zdecydowanie nie 42%) nie popiera PAS. Może to potwierdzać doniesienia

innych autorów, że jednym z czynników mających wpływ na postawę wobec tych trudnych zagadnień są poglądy religijne. Przegląd światowego piśmiennictwa potwierdza hipotezę, że na postawę pielęgniarek wobec PAS oraz eutanazji mają wpływ religie i światopogląd. Wyznawanie religii głoszącej wiarę w Boga, który jest jedynym panem życia i śmierci, zostało uznane za negatywnie wpływające na zaakceptowanie PAS i eutanazji. Niechęć katolików do poparcia pomocy w zakończeniu życia można wytłumaczyć jednoznacznie stanowiskiem Kościoła rzymskokatolickiego, które głosi, że wszyscy chrześcijanie mają obowiązek szanować życie, a nie zabijać.¹⁹ W przeprowadzonym badaniu wykazano, że polskie pielęgniarki hospicyjne nie popierają legalizacji PAS. Aby zweryfikować, czy na opinie pielęgniarek dotyczące PAS ma wpływ ich wyznanie oraz kontekst społeczno-kulturowy, należałoby powtórzyć badanie na większej liczbie osób z uwzględnieniem innych niż katolickie wyznań.

Wnioski

Pielęgniarki pracujące w hospicjum wysoko cenią wartość życia, nie są skłonne do brania udziału w PAS, nie popierają ustawodawstwa zezwalającego na tę procedurę. Na opinie pielęgniarek na temat PAS kluczowy wpływ miało doświadczenie informacji od pacjenta, że chciałby już umrzeć, prośby pacjenta lub jego rodziny o spowodowanie śmierci pacjenta oraz obecność w rodzinie chorych przewlekle i/lub cierpiących. W rezultacie badanie wykazało poparcie personelu pielęgniarskiego dla wartości życia i jego ochrony przy jednoczesnym znaczącym odsetku odpowiedzi „trudno powiedzieć” i pojawiających się sprzecznościach w poglądach osób badanych. Dalsza pogłębiona zarówno pod względem przedmiotowym (szerszy katalog pytań), jak i podmiotowym (personel pielęgniarski innych specjalizacji) kwerenda badawcza może pozwolić na rozszerzenie wyników badań. Przyczyni się także do większego upodmiotowienia tego segmentu polskiego personelu medycznego.

ORCID iDs

Wiktoria Chilmończyk  <https://orcid.org/0000-0002-6279-2555>

Ewa Kobos  <https://orcid.org/0000-0001-7231-8411>

Piśmiennictwo

1. Kye SY, Park K. Suicidal ideation and suicidal attempts among adults with chronic diseases: A cross-sectional study. *Compr Psychiatry*. 2017;73:160–167. doi:10.1016/j.comppsy.2016.12.001
2. Evans L. Nurses' attitudes to assisted suicide: Sociodemographic factors. *Br J Nurs*. 2015;24(12):629–632. doi:10.12968/bjon.2015.24.12.629
3. De Lima L, Woodruff R, Pettus K, et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and physician-assisted suicide. *J Palliat Med*. 2017;20(1):8–14. doi:10.1089/jpmp.2016.0290
4. Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: Systematic literature review. *Med Care*. 2013;51(10):938–944. doi:10.1097/MLR.0b013e3182a0f427

5. Art 151. Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks Karny. DzU z 2018 r., poz 652, 1010).
6. Art. 227. Ustawa z 11.07.1932 r. – Kodeks Karny (DzU z 1932 r., nr 60, poz 571).
7. Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, Bartsch C. Suicide tourism: A pilot study on the Swiss phenomenon. *J Med Ethics*. 2015;41(8):611–617. doi:10.1136/medethics-2014-102091
8. Van Bruchem-van de Scheur GG, van der Arend AJ, Abu-Saad HH, Spreuwenberg C, van Wijmen FC, ter Meulen RH. The role of nurses in euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *J Med Ethics*. 2008;34(4):254–258. doi:10.1136/jme.2006.018507
9. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ*. 2010;182(9):905–910. doi:10.1503/cmaj.091881
10. Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, Vissers KC, van Weel C. "Unbearable suffering": A qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *J Med Ethics*. 2011;37(12):727–734. doi:10.1136/jme.2011.04549
11. Gielen J, van den Branden S, van Iersel T, Broeckaert B. Flemish palliative care nurses' attitudes toward euthanasia: A quantitative study. *Int J Palliat Nurs*. 2009;15(10):488–497. doi:10.12968/ijpn.2009.15.10.44886
12. Tamayo-Velazquez MI, Simon-Lorda P, Cruz-Piqueras M. Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nurs Ethics*. 2012;19(5):677–691. doi:10.1177/0969733011436203
13. Ganzini L, Harvath TA, Jackson A, Goy ER, Miller LL, Delorit MA. Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. *N Engl J Med*. 2002;347(8):582–588. doi:10.1056/NEJMsa020562
14. Centrum Badania Opinii Społecznej. Opinia społeczna o eutanazji – komunikat z badań BS/142/2009. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_142_09.PDF. Dostęp 27.06.2018.
15. Bendiane MK, Bouhnik AD, Galinier A, Favre R, Obadia Y, Peretti-Watel P. French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: A national phone survey. *J Med Ethics*. 2009;35(4):238–244. doi:10.1136/jme.2008.025296
16. Tepehan S, Ozkara E, Yavuz MF. Attitudes to euthanasia in ICUs and other hospital departments. *Nurs Ethics*. 2009;16(3):319–327. doi:10.1177/0969733009102693
17. Parpa E, Mystakidou K, Tsilika E, et al. Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy*. 2010;97(2–3):160–165. doi:10.1016/j.healthpol.2010.04.008
18. Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja. Komunikat z badań CBOS, BS/3/2013, www.cbos.pl Dostęp 27.06.2018.
19. Gielen J, van den Branden S, Broeckaert B. Religion and nurses' attitudes to euthanasia and physician assisted suicide. *Nurs Ethics*. 2009;16(3):303–318.

Wpływ makijażu na samopoczucie i samoocenę u kobiet

Influence of makeup on the well-being and self-esteem of women

Andżelika Kosmala^{A–D}, Iwona Wilk^{E,F}, Krzysztof Kassolik^A

Katedra Kosmetologii, Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Wrocław, Polska

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. 2019;9(3):215–220

Adres do korespondencji

Andżelika Kosmala
e-mail: andzelikakosmala@wp.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 22.02.2019 r.

Po recenzji: 7.03.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 18.03.2019 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Współczesny świat „bombarduje” nas obrazem „idealnej kobiety”, co sprawia, że coraz więcej kobiet porównuje się z medialnym obrazem i odczuwa narastające niezadowolenie z własnego wyglądu. Podejmowane są liczne próby jego modyfikacji w celu osiągnięcia pożądanego wizerunku. Z pomocą przychodzi makijaż, który znacząco wpływa na samopoczucie i samoocenę u kobiet.

Cel pracy. Ocena wpływu makijażu na samopoczucie i samoocenę u kobiet.

Materiał i metody. Badana grupa liczyła 790 losowo wybranych kobiet w różnym wieku, które wypełniły autorski kwestionariusz złożony z 20 pytań jednokrotnego wyboru dotyczący wpływu makijażu na samopoczucie i samoocenę u kobiet. Badania przeprowadzono w okresie od października do grudnia 2018 r.

Wyniki. Makijaż wpływa korzystnie na samoocenę 56,1% badanych kobiet. Wśród ankietowanych odnotowano znaczącą różnicę w postrzeganiu własnego wyglądu bez makijażu i po jego nałożeniu: 55,2% badanych przyznało, że makijaż pozytywnie działa na ich samopoczucie, a w przypadku 58,4% wpływa na wzrost pewności siebie. Ponad połowa (55,7%) ankietowanych uważa, że makijaż podnosi atrakcyjność fizyczną kobiet.

Wnioski. Makijaż można zaliczyć do grupy zabiegów upiększających, które pozytywnie wpływają na psychikę kobiet. Poprawia ich samopoczucie oraz wpływa na pewność siebie. Makijaż podnosi ponadto samoocenę. Kobiety uważają, że wpływa również na wzrost ich atrakcyjności fizycznej.

Słowa kluczowe: samoocena, samopoczucie, makijaż, atrakcyjność fizyczna

Cytowanie

Kosmala A, Wilk I, Kassolik K. Wpływ makijażu na samopoczucie i samoocenę u kobiet. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):215–220. doi:10.17219/pzp/105811

DOI

10.17219/pzp/105811

Copyright

© 2019 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution 3.0 Unported License
(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

Background. The modern world bombards us with the image of “ideal woman” and because of this more and more women compare themselves with the media ideal and feel growing dissatisfaction with their appearance. Women try to modify their own appearance because they want to look better, like the media ideal. Makeup has become the solution to this problem because it affects the well-being and self-esteem of women.

Objectives. The aim of the study was to assess the effect of makeup on well-being and self-esteem in women.

Material and methods. The study group consisted of 790 randomly selected women of different ages, who filled out the author’s questionnaire containing of 20 single-choice questions about influence of makeup on the well-being and self-esteem in women. The research have been carried out from October to December 2018.

Results. In research, 56.1% of respondents women answered that makeup has a positive effect on their self-esteem. Among the respondents, there was a significant difference in the perception of their appearance without makeup and after applying it. In addition, 55.2% of surveyed women admitted that makeup has a positive effect on their well-being and in 58.4% of women it affects their self-confidence. Moreover, 55.7% of respondents think that makeup enhances physical attractiveness of women.

Conclusions. Makeup can be included to the group of beauty treatments that positively affect the woman’s psyche. It improves the well-being of women and affects their self-confidence. In addition, use of makeup raise self-esteem. Women think that it also increases their physical attractiveness.

Key words: self-esteem, well-being, makeup, physical attractiveness

Wprowadzenie

W dzisiejszych czasach środki masowego przekazu „bombardują” nas idealnym obrazem kobiety, pokazując, że powinna być atrakcyjna fizycznie, uczuciowa, troskliwa, zadbana, a ponadto mieć czas dla siebie, domu i rodziny. Coraz więcej kobiet ocenia własny wygląd i porównuje go z tym kreowanym przez media, wskutek czego odczuwa narastające niezadowolenie. Cierpi na tym ich samoocena, która jako cecha oddziałuje na samopoczucie psychiczne, poziom osiągnięć życiowych i zdrowie jednostki. Ocena swojego wyglądu w dużym stopniu warunkuje poziom samooceny ogólnej. Dowiedziono, że obraz ciała znacząco wpływa na samopoczucie i samoocenę u dziewczynek,¹ a u dorosłych kobiet wygląd fizyczny zajmuje wyższą pozycję w hierarchii wartości niż u mężczyzn.²

Już w 1989 r. podczas badań międzykulturowych odkryto, że duża atrakcyjność fizyczna partnerki jest najbardziej pożądaną cechą przez mężczyznę, a świadome tego kobiety zaczynają nadmiernie koncentrować się na własnym wyglądzie.³ W innym badaniu wykazano, że liczba niezadowolonych z własnego wyglądu kobiet jest 4-krotnie wyższa od liczby niezadowolonych z tego powodu mężczyzn.⁴ Niezadowolenie niesie za sobą niską samoocenę, a ta powoduje obniżenie samopoczucia. Kobiety dążą zatem do tego, aby wyglądać jak „medialny ideał” i podejmują liczne próby modyfikacji wizerunku. Z pomocą przychodzi kosmetologia i medycyna estetyczna, które oferują coraz szerszą gamę zabiegów – wszystko po to, aby zaspokoić oczekiwania klientek.⁵ Mniej inwazyjną metodą poprawiającą wygląd jest makijaż. Odkryto nierozzerwalny związek pomiędzy wyglądem a zdrowiem psychicznym oraz udowodniono, że poprawa wyglądu zewnętrznie zwiększa pewność siebie, co korzystnie oddziałuje na nasz nastrój.⁶

Gawron w swoich badaniach potwierdziła tezę, że zabiegi upiększające wpływają pozytywnie na ocenę własnego wyglądu u kobiet oraz poprawiają ich samopoczucie.¹ Kobieta, koncentrując się na sobie, dokonuje licznych obserwacji, na podstawie których kształtuje poziom własnej wartości, czyli samoocenę.⁷

Poziom samooceny człowieka ma ogromny wpływ na wiele aspektów jego życia. Ludzie o wysokiej samoocenie wyróżniają się lepszym zdrowiem, samopoczuciem i większymi osiągnięciami życiowymi. Niska samoocena świadczy natomiast o braku akceptacji własnego „ja”, czemu towarzyszą negatywne emocje, nieradzenie sobie ze stresem oraz złe samopoczucie.⁷ Samoocena oddziałuje na samopoczucie człowieka, ale ma także wpływ na mniej oczywiste aspekty jego życia. W przeprowadzonym w 2008 r. badaniu zaobserwowano, że samoocena kobiety wpływa na zadowolenie z relacji z partnerem. Kobieta o wyższej samoocenie doświadcza większego zadowolenia ze związku niż ta, której samoocena jest niższa.⁸

Atrakcyjność fizyczna jest jednym z najważniejszych czynników w relacjach międzyludzkich, zwłaszcza tych nowo zawartych. Potwierdzono, że bezpośrednio wpływa na to, czy dana osoba chce się umówić z drugą, ale odgrywa również istotną rolę w istniejącym już związku.⁹

Wygląd fizyczny nie jest cechą stałą, jednostki mają na niego wpływ i mogą go zmieniać. Już w 1986 r. stwierdzono, że najatrakcyjniejsza jest twarz młodzieńcza, z jędrną skórą, pełnymi ustami i dużymi oczami.¹⁰ Makijaż nałożony w odpowiedni sposób może nas przybliżyć do pożądanego wyglądu. Dzięki kolorowym kosmetykom można manipulować swoją atrakcyjnością fizyczną, a ponadto oddziałują one na psychikę, podnosząc pewność siebie.¹¹ Kobiety, które są nieusatysfakcjonowane z wyglądu twarzy oraz ciała, częściej używają kosmetyków.¹² W jednym z badań wykazano znaczącą rolę nałożonych na twarz kosmetyków w pozytywnym postrzeganiu ko-

biety przez mężczyznę. Poproszono mężczyzn o ocenę atrakcyjności różnych kobiet w i bez makijażu. Wyniki potwierdziły, że kobiety pomalowane zostały uznane jako bardziej atrakcyjne. Skonfrontowano także, który z czynników – makijaż czy zadbane włosy – bardziej przyczyni się do pozytywnej ogólnej oceny kobiety. Makijaż otrzymał więcej głosów, co oznacza, że bardziej wpływa na ocenę osobowości danej kobiety.¹³

Mulhern et al. w 2003 r. przeprowadzili badanie, w którym sfotografowano ochotniczki w 5 odsłonach: bez makijażu, z nałożonym podkładem, tylko z makijażem oczu, tylko z makijażem ust oraz w pełnym makijażu. Wyniki jednoznacznie wskazały, że najatrakcyjniejsza jest twarz w pełnym makijażu, zarówno w ocenie kobiet, jak i mężczyzn.¹⁴ Przeprowadzone dotychczas badania naukowe potwierdzają pozytywny wpływ makijażu na atrakcyjność fizyczną kobiet,^{10–12} a także korzystne oddziaływanie zabiegów kosmetycznych na poprawę ich samopoczucia i samooceny.¹ Chcąc połączyć te 2 tematy w innej konfiguracji, autorzy postanowili przedstawić w niniejszym artykule wyniki badań własnych dotyczące wpływu makijażu na samopoczucie, samoocenę i atrakcyjność fizyczną u kobiet.

Materiał i metody

W 2018 r. przygotowano i przeprowadzono ankietę składającą się z 20 zamkniętych pytań jednokrotnego wyboru. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz, a materiał do badań został zebrany w okresie od października do grudnia 2018 r. W badaniu uczestniczyło 790 losowo wybranych kobiet z 5 grup wiekowych (<19 lat, 19–25 lat, 26–35 lat, 36–45 lat, >45 lat). Kobiety wypełniły ankietę za pośrednictwem Internetu. Ankietowanym zapewniono pełną anonimowość oraz dobrowolność udziału w badaniu, o czym zostały poinformowane przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariusza, co wpłynęło na wiarygodność zebranych danych. Dobór grupy badanej pod względem płci był celowy, natomiast wiek respondentek – losowy. Pierwsza część pytań kwestionariusza dotyczyła danych socjodemograficznych ankietowanych, takich jak: wiek, stan cywilny, aktualna pozycja w społeczeństwie oraz posiadanie potomstwa, co pozwoliło na scharakteryzowanie badanej grupy. Kolejne pytania miały na celu określić postawę kobiety wobec makijażu – od jak dawna go wykonuje oraz z jaką częstotliwością w ciągu tygodnia. Pytania zawarte w ostatniej części kwestionariusza miały za zadanie zbadać, czy makijaż wpływa na sposób, w jaki kobieta postrzega swój wygląd lub czy przyczynia się do zmiany jej samopoczucia. Uczestniczki badań poproszono także o samoocenę własnego wyglądu zarówno przed nałożeniem makijażu, jak i po jego wykonaniu. Metodą badawczą była analiza danych zastanych. Dokonano analizy ilościowej zebranego materiału.

Wyniki

W przeprowadzonym badaniu najliczniejszą grupą uczestniczek były kobiety w wieku 19–25 lat (69,1%). Na drugim miejscu znalazły się ankietowane w przedziale wiekowym 26–35 lat (21,8%), zatem grono respondentek w 90,9% stanowiły kobiety w wieku 19–35 lat. Ten czas wiąże się z 2 etapami w życiu kobiety. Pierwszy z nich, tj. 19–25 r.ż., łączy się z kontynuacją edukacji, co zadeklarowało 43,2% respondentek. Drugim etapem jest pełnoetatowa praca i taki statut zaznaczyło 42,7% badanych. Tylko 8,4% ankietowanych zadeklarowało, że na co dzień zajmuje się własnym domem lub przebywa na urlopie macierzyńskim. Najmniej liczną grupą uczestniczek badania zostały rencistki i emerytki, które stanowiły 0,4% badanych, a 5,4% kobiet należało do innych grup społecznych. Znaczna część respondentek – 79,5% – była w związku, z czego 17,2% stanowiły żonaty, a 62,3% było w nieformalnych związkach. Większość z ankietowanych (85,1%) nie miała dzieci. Spośród badanych kobiet 94% zaczęło malować się na co dzień przed 26. r.ż. Aż 70,7% zadeklarowało, że wykonuje makijaż minimum 5 razy w tygodniu. Zaledwie 3,4% kobiet nie malowało się w ogóle. Znaczna część respondentek (72%) poproszona o ocenę własnego wyglądu bez makijażu w skali 1–5 pkt (im większa liczba, tym lepsze postrzeganie własnego ciała) przyznała sobie 1–3 pkt (tabela 1), co świadczy o niskiej samoocenie kobiet bez makijażu. Maksymalną liczbę punktów w tym pytaniu przyznała sobie zaledwie 5,6% kobiet. Kolejne pytanie dotyczyło oceny własnego wyglądu po nałożeniu makijażu (takiego, jaki każda z nich wykonuje na co dzień) – 89,8% kobiet przyznało sobie 4–5 pkt (tabela 1). Te 2 pytania udowadniają, że makijaż korzystnie wpływa na samoocenę u kobiet, dzięki czemu pozytywnie zmieniają one sposób postrzegania własnego ciała.

Ponad połowa ankietowanych (53,7%) zapytana o możliwość wyjścia z domu do sklepu lub pracy bez makijażu zadeklarowała, że nie miałyby z tym problemu. Pozostałe respondentki argumentowały swój odmienny wybór złym samopoczuciem lub wstydem spowodowanym własnym wyglądem bez makijażu. Co ciekawe, proporcje te zmieniają się wśród odpowiedzi na pytanie dotyczące wyjścia bez makijażu na spotkanie rodzinne lub ze znajomymi. Większość kobiet nie chciałaby znaleźć się w takich okolicznościach nieumalowana, ponieważ sytuacja ta wiązałaby się ze złym samopoczuciem, wstydem z powodu własnego wyglądu oraz obawą przed negatywną opinią innych na swój temat. Zdecydowany wpływ makijażu na poprawę samopoczucia przyznało 55,2% ankietowanych kobiet (tabela 2), natomiast 56,1% uważało, że zwiększa on samoocenę. Zdaniem 55,7% respondentek makijaż zdecydowanie podnosi atrakcyjność fizyczną, natomiast 41,8% stwierdziło, że poprawia ją tylko czasami (tabela 3). Aż 97,5% kobiet jest przeświadczonych o korzystnym oddziaływaniu makijażu na atrakcyjność fizyczną. W przeprowadzonym badaniu 58,4% kobiet zadeklarowało, że

Tabela 1. Wpływ makijażu na samoocenę u kobiet

Table 1. Influence of makeup on the self-esteem of women

Pytanie	Możliwe odpowiedzi	Wybrane odpowiedzi	
		n	%
Proszę wyobrazić sobie siebie bez makijażu i dokonać samooceny. Ile punktów Pani sobie przyzna? (skala 1–5, im więcej punktów, tym lepsze postrzeganie własnego ciała)	5 pkt	44	5,6
	4 pkt	177	22,4
	3 pkt	372	47,1
	2 pkt	151	19,1
	1 pkt	46	5,8
Proszę wyobrazić sobie siebie w makijażu codziennym, takim, jaki Pani wykonuje na co dzień, i dokonać samooceny. Ile punktów Pani sobie przyzna? (skala 1–5, im więcej punktów, tym lepsze postrzeganie własnego ciała)	5 pkt	277	35,1
	4 pkt	432	54,7
	3 pkt	63	8,0
	2 pkt	13	1,6
	1 pkt	5	0,6

n – liczebność badanej cechy w próbie.

Tabela 2. Wpływ makijażu na samopoczucie kobiet

Table 2. Influence of makeup on the well-being of women

Pytanie	Możliwe odpowiedzi	Wybrane odpowiedzi	
		n	%
Czy zauważyła Pani, że makijaż wpływa korzystnie na Pani samopoczucie?	zdecydowanie tak, zawsze	436	55,2
	czasami tak	313	39,6
	bardzo rzadko	20	2,5
	zdecydowanie nie	14	1,8
	nie wiem	7	0,9

Tabela 3. Wpływ makijażu na atrakcyjność fizyczną kobiet

Table 3. Influence of makeup on the physical attractiveness of women

Pytanie	Możliwe odpowiedzi	Wybrane odpowiedzi	
		n	%
Czy uważa Pani, że makijaż wpływa na podniesienie atrakcyjności fizycznej kobiet?	zdecydowanie tak, zawsze	440	55,7
	czasami tak	330	41,8
	bardzo rzadko	8	1,0
	zdecydowanie nie	2	0,3
	nie wiem	10	1,3

Tabela 4. Wpływ makijażu na pewność siebie u kobiet

Table 4. Influence of makeup on the self-confidence of women

Pytanie	Możliwe odpowiedzi	Wybrane odpowiedzi	
		n	%
Czy makijaż dodaje Pani więcej pewności siebie?	zdecydowanie tak, zawsze	461	58,4
	czasami tak	303	38,4
	bardzo rzadko	15	1,9
	zdecydowanie nie	11	1,4
	nie wiem	10	1,3

makijaż zdecydowanie poprawia ich pewność siebie, podczas gdy dla 38,4% dzieje się tak tylko czasami (tabela 4). Zaledwie 1,9% badanych stwierdziło, że makijaż nie wpływa na polepszenie ich pewności siebie.

Omówienie

Wyniki przeprowadzonego badania pozwalają zaliczyć makijaż do gamy zabiegów, które pozytywnie wpływają na kobiecą samoocenę oraz samopoczucie. W badaniu z 2013 r. stwierdzono, że dzięki zabiegom upiększającym kobiety zaczęły postrzegać się lepiej i czuć się pewniej.¹ Kobięca samoocena nie jest stała przez całe życie. U większości ankietowanych zmieniała się ona pozytywnie (61,6%), natomiast u innych – na niekorzyść (17,1%).

W jednym z badań opisano zmiany w postrzeganiu siebie u kobiet w różnym wieku.⁵ Życie kobiety podzielono na 3 etapy. Pierwszy z nich następuje ok. 18. r.ż., kiedy to zauważalna jest koncentracja głównie na wyglądzie zewnętrznym, czemu towarzyszy niepewność, wstyd i wszelkiego rodzaju obawy. Przyczyną tych odczuć jest porównywanie własnego ciała do „ciała idealnego” kreowanego przez media.⁵ Czasami uruchamia to chęć samoulepszenia, dzięki czemu widoczne jest dążenie do korzystnych zmian w swoim wyglądzie, aby jak najbardziej zminimalizować różnicę między własnym ciałem a „ciałem idealnym”.¹⁵ W badaniach własnych większość ankietowanych zadeklarowała, że zaczęła malować się przed 19. r.ż. Już w tym wieku kobiety skupiają się na wyglądzie zewnętrznym i dążą do uzyskania „wyglądu idealnego” promowanego przez media. Mimo możliwych negatywnych odczuć kobiet w owym przedziale wiekowym, okres ten jest najbardziej satysfakcjonujący, ponieważ ciało jest w najlepszej formie i najbliższe mu do idealnego obrazu. Następnie ok. 25. r.ż. kobieta przechodzi w etap rozwoju psychospołecznego, który związany jest z rozpoczęciem aktywności zawodowej oraz chęcią założenia rodziny.⁵ Utrata jędrności skóry, zwiększenie masy ciała i trudność w powrocie do dawnej sylwetki to przykładowe konsekwencje tego wieku. Satysfakcja z własnego wyglądu stopniowo maleje, co potwierdziły odpowiedzi na pytanie o zmianę samooceny na przestrzeni ostatnich 5–10 lat. Zaobserwowano, że negatywna zmiana najbardziej jest widoczna u kobiet w wieku 19–35 lat, czyli wtedy, kiedy kobietę pochłania najpierw życie studenckie, następnie zawodowe, a później rodzinne. Ostatnim etapem jest wiek ok. 40. r.ż., kiedy kobieta przykłada mniejszą wagę do własnego ciała, a bardziej skupia się na swoim intelekcie, umiejętnościach i relacjach interpersonalnych. Prawdopodobnie jest to wynikiem rozwoju tożsamości.⁵ Ponadto wiek średni to czas, w którym ludzie często rozliczają swoje marzenia i oceniają dotychczasowe życie na podstawie tego, czy je zrealizowali, czy też nie.¹⁶

Przytoczony 3-etapowy podział potwierdzają wyniki otrzymane w innym badaniu przeprowadzonym w 2015 r., w którym zaobserwowano, że młodsze kobiety oceniły się jako bardziej witalne, a ich samopoczucie w odniesieniu do atrakcyjności fizycznej było lepsze.¹⁷ Kobiety starsze wykazały się większą samoakceptacją psychiczną oraz akceptacją własnego życia takim, jakie jest. Obszar moralny jest jedynym, w którym dojrzałe kobiety wykazały się wyższym poziomem samooceny. W zakres tego obszaru wchodzi ocena słuszności swojego postępowania i zadowolenia z wyznawanych przekonań. W badaniu zaobserwowano, że kobiety starsze są bardziej zdolne do poświęcania się na rzecz najbliższych, a dbanie o własne potrzeby często kończy się u nich poczuciem winy z tego powodu. Poświęcenie dla innych wiąże się u nich również z tym, że bardziej niż młodsze kobiety potrzebują uznania ze strony innych. Ich zachowanie może wynikać z wychowania w dzieciństwie.¹⁷ U kobiet młodszych dostrzeżono natomiast, że są one bardziej przeświadczone o własnej niedoskonałości i mocniej wyczuwane na punkcie własnego zachowania, ponieważ dążą do tego, czego oczekuje od nich świat – niezależności, pewności siebie i wysokiej samooceny.¹⁷ Kobiety, chcąc skorygować atrakcyjność własnej twarzy, decydują się na użycie kolorowych kosmetyków. W przeprowadzonym badaniu ankietowym wysoki procent kobiet (70,7%) zadeklarował, że wykonuje go minimum 5 razy w tygodniu, a stosunkowo mała liczba ankietowanych (zaledwie 3,4%) nie nakładała makijażu codziennie.

Kobiety są świadome, że makijaż podnosi ich atrakcyjność fizyczną,¹¹ co również potwierdziło się w przeprowadzonych badaniach. Hipotezę, że pomalowane twarze są atrakcyjniejsze, potwierdził także eksperyment z użyciem neuroobrazowania mózgu. Przedstawiano każdemu uczestnikowi ponad 100 zdjęć twarzy i odkryto, że mózg uaktywnia się bardziej, gdy osoba patrzy na pomalowaną, a tym samym atrakcyjniejszą twarz.¹⁸

Poza udowodnionym wpływem makijażu na atrakcyjność fizyczną^{11,18} postanowiono sprawdzić, jak makijaż wpływa na sferę pracy zawodowej. Wśród ankietowanych kobiet, które pracują, 77,5% ma bezpośredni kontakt z klientem. W poprzednich latach przeprowadzono badanie, w którym poproszono grupę mężczyzn oraz kobiet o ocenę tych samych twarzy przedstawionych bez makijażu i w nim na dwóch oddzielnych fotografiach. Uczestnicy wybrali te pomalowane i stwierdzili, że ich właścicielki mogą pracować w bardziej prestiżowych miejscach pracy.¹⁹ Wyniki te dowodzą, że kobiety stosujące kosmetyki mogą manipulować sposobem ich oceny,¹¹ a to może być przydatne w sytuacjach społecznych, w których mogą być oceniane pod względem aparacji, na przykład podczas rozmowy kwalifikacyjnej.¹⁹

W pracy sprawdzono również, jak wygląd kelnerki, a konkretniej jej makijaż, wpłynie na klientów płci męskiej. Eksperyment przeprowadzono w restauracji. Kelnerki zostały podzielone na te z makijażem i bez. Poinstruowano je, jak mają się zachowywać, aby zminimalizować wpływ zachowania

na końcową ocenę dokonaną przez klienta. Wyniki pokazały, że pomalowane kelnerki zyskały więcej przychylności ze strony mężczyzn, która skutkowała większymi napiwkami. Nie zauważono jednak tej zależności u klientek.²⁰

Wnioski


Z przeprowadzonego badania nasuwają się 2 wnioski. Makijaż jako zabieg upiększający znacząco poprawia samopoczucie kobiet i są one tego świadome. Zwiększa ponadto ich samoocenę i atrakcyjność fizyczną. Stał się nieodłącznym elementem towarzyszącym kobietom w uroczystościach rodzinnych i życiu towarzyskim.

Na podstawie wyników przeprowadzonej ankiety można zatem bez wahania zaliczyć makijaż do zabiegów upiększających wpływających nie tylko na wygląd, ale również na samopoczucie i samoocenę u kobiet.

ORCID iDs

Andżelika Kosmala  <https://orcid.org/0000-0003-1328-2679>

Iwona Wilk  <https://orcid.org/0000-0003-4914-8391>

Krzysztof Kassolik  <https://orcid.org/0000-0003-2836-3703>

Piśmiennictwo

- Gawron D. Wpływ zabiegów upiększających na ocenę własnego wyglądu i nastroj u kobiet w wieku średnim. *Psychologia Jakości Życia*. 2013;12(2):97–110. doi:10.5604/16441796.1090783
- Johnston C, Hunt O, Burden D, Stevenson, Hepper P. Self-perception of dentofacial attractiveness among patients requiring orthognathic surgery. *Angle Orthod*. 2010;80(2):361–366. doi:10.2319/051209-252.1
- Buss DM. Sex differences in human mate preferences. Evolutionary hypotheses testing in 37 culture. *Behav Brain Sci*. 1989;12(1):1–49. doi:10.1017/S0140525X00023992
- Knauss Ch, Paxton SJ, Alsaker FD. Body dissatisfaction in adolescent boys and girls: Objectified body consciousness, internalization of the media body ideal and perceived pressure from media. *Sex Roles*. 2008;59(9–10):633–643. doi:10.1007/s11199/008-9474-7
- Kochan-Wójcik M, Piskorz J. Zmiany w zakresie postrzegania i oceny własnego ciała wśród kobiet o okresie dojrzewania do dorosłości. *Psychologia rozwojowa*. 2010;15(3):21–32. <http://www.ejournals.eu/Psychologia-Rozwojowa/Tom-15-2010/Numer-3/art/611/>. Dostęp 25.07.2019.
- Korichi R, Pelle-de-Queral D, Gazano G, Aubert A. Why women use makeup: Implication of psychological traits in makeup functions. *J Cosmet Sci*. 2008;59(2):127–137. doi:10.1111/j.1468-2494.2008.00452_3.x
- Solomon S, Greenberg J, Pyszczynski T. A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Adv Exp Soc Psychol*. 1991;24:93–159. doi:10.1016/S0065-2601(08)60328-7
- Kryształowicz I. Ocena atrakcyjności fizycznej własnej i partnera, taktyki wywierania wpływu a satysfakcja kobiet ze związku. *Psychologia jakości życia*. 2008;7(1–2):117–138.
- Hadjistavropoulos T, Genest M. The underestimation of the role of physical attractiveness in dating preferences: Ignorance or taboo? *Can J Behav Sci*. 1994;26(2):298–318. doi:10.1037/0008-400X.26.2.298
- Cunningham MR. Measuring the physical in physical attractiveness: Quasi-experiments on the sociobiology of female facial beauty. *J Per Soc Psychol*. 1986;50(5):925–935. doi:10.1037/0022-3514.50.5.925
- Miller LC, Cox CL. For appearances' sake: Public self-consciousness and make-up use. *Pers Soc Psychol Bull*. 1982;8(4):748–751. doi:10.1177/0146167282084023
- Cash TF, Cash DW. Women's use of cosmetics: Psychosocial correlates and consequences. *J Cosmet Sci*. 1982;4(2):1–14. doi:10.1111/j.1467-2494.1982.tb00295.x

13. Graham JA, Jouhar AJ. The effects of cosmetics on person perception. *Int J Cosmet Sci.* 1981;3(5):199–210. doi:10.1111/j.1467-2494.1981.tb00283.x
14. Mulhern R, Fieldman G, Hussey T, Lévêque JL, Pineau P. Do cosmetics enhance female Caucasian facial attractiveness? *Int J Cosmet Sci.* 2003;25(4):199–205. doi:10.1046/j.1467-2494.2003.00188.x
15. Helgeson V, Mickelson K. Motives for social comparison. *Pers Soc Psychol Bull.* 1995;21(11):1200–1209. doi: 0.1177/01461672952111008
16. Kałużna-Wielobób A. Cechy osobowości a marzenia u kobiet w wieku średnim. *Psychologia Jakości Życia.* 2009;8(1):59–81.
17. Mącik D. Wpływ wczesnych nieadaptacyjnych schematów na samoocenę i ocenę swojego życia – badania porównawcze kobiet młodszych i starszych. *Przeegl Psychol.* 2015;58(3):341–363. https://www.kul.pl/files/714/3.58.2015_art.5.pdf. Dostęp 25.07.2019.
18. Ueno A, Ito A, Kawasaki I, et al. Neural activity associated with enhanced facial attractiveness by cosmetic use. *Neurosci Lett.* 2014;566:142–146. doi:10.1016/j.neulet.2014.02.047
19. Nash R, Fieldman G, Hussey T, Lévêque JL, Pineau P. Cosmetics: They influence more than Caucasian female facial attractiveness. *J Appl Soc Psychol.* 2006;36(2):493–504. doi:10.1111/j.0021-9029.2006.00016.x
20. Jacob C, Guéguen N, Boulbry G, Ardicioni R. Waitresses facial cosmetics and tipping: A field experiment. *International Int J Hosp Manag.* 2010;29(1):188–190. doi:10.1016/j.ijhm.2009.04.003

Ryzyko kardiometaboliczne w zespole policystycznych jajników

Cardiometabolic risk in polycystic ovary syndrome

Anna Brończyk-Puzoń^{1,A–D}, Aneta Koszowska^{2,C,E,F}, Joanna Bieniek^{3,B,E,F}

¹ Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji, Ustroń, Polska

² Śląska Wyższa Szkoła Medyczna w Katowicach, Wydział Ochrony Zdrowia, Katowice, Polska

³ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

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. 2019;9(3):221–227

Adres do korespondencji

Anna Brończyk-Puzoń
e-mail: anna.puzon@op.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 5.01.2018 r.

Po recenzji: 11.03.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 17.06.2019 r.

Streszczenie

PCOS jest jedną z najczęściej rozpoznawanych endokrynopatii u kobiet i jednocześnie jednym z najbardziej heterogennych zespołów endokrynologicznych. Schorzenie jest najczęstszą przyczyną niepłodności u kobiet i zwiększa ryzyko występowania chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń tolerancji glukozy oraz cukrzycy typu 2. Również inne czynniki ryzyka, takie jak otyłość, dodatni wywiad rodzinny w kierunku cukrzycy typu 2 i hiperandrogenizmu mogą przyczynić się do zwiększenia ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w grupie kobiet, u których rozpoznano PCOS. W codziennej praktyce lekarskiej ocena ryzyka zaburzeń metabolicznych wśród kobiet chorujących na PCOS powinna być powszechnie zalecana. Dzięki niej można dokładnie określić cele interwencji żywieniowej u kobiet zmagających się z tym schorzeniem. Artykuł jest przeglądem piśmiennictwa bazy medycznej PubMed (National Center for Biotechnology Information) oraz Polskiej Bibliografii Lekarskiej z lat 1996–2019. Do analizy kwalifikowano artykuły zarówno w języku polskim, jak i angielskim, wyszukiwane za pomocą następujących słów oraz ich wzajemnych powiązań: „PCOS”, „nadwaga”, „otyłość”, „insulinooporność”, „hiperandrogenizm”, „nadciśnienie tętnicze”, „zaburzenia lipidowe”, „cukrzyca”, „ryzyko kardiometaboliczne”, „choroby sercowo-naczyniowe”, „modyfikacje stylu życia”.

Słowa kluczowe: otyłość, zespół policystycznych jajników, ryzyko kardiometaboliczne

Cytowanie

Brończyk-Puzoń A, Koszowska A, Bieniek J.
Ryzyko kardiometaboliczne w zespole policystycznych jajników. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):221–227.
doi:10.17219/pzp/110089

DOI

10.17219/pzp/110089

Copyright

© 2019 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution 3.0 Unported License
(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

PCOS is one of the most frequently diagnosed endocrinopathies in women, and also one of the most heterogeneous endocrine disorders. In addition to being the most frequent cause of female infertility, PCOS is also said to increase the risk of cardiovascular disease, glucose intolerance and type 2 diabetes. Also other risk factors such as obesity, a positive family history of type 2 diabetes and hyperandrogenism may contribute to an increased risk of cardiovascular disease among women affected by PCOS. Metabolic disturbances risk assessment should be commonly recommended for PCOS patients in everyday medical practice. It makes possible to precisely determine the goals of nutritional interventions among PCOS women. The following work constitutes a review of articles from 1996–2019 available in the PubMed (National Center for Biotechnology Information) database and the Polish Medical Bibliography (Polska Bibliografia Lekarska). For this purpose, the following controlled vocabulary has been used: "PCOS", "overweight", "obesity", "insulin resistance", "hyperandrogenism", "hypertension", "lipid disorders", "diabetes", "cardiometabolic risk", "cardiovascular disease", and "lifestyle modifications".

Key words: obesity, polycystic ovary syndrome, cardiometabolic risk

Wprowadzenie

Nadmierna masa ciała może być skutkiem działania czynników genetycznych, biologicznych, środowiskowych, żywieniowych, farmakologicznych oraz psychologicznych. Otyłość wtórna, która stanowi zaledwie kilka procent przyczyn nadmiernej masy ciała, występuje w rzadkich zespołach uwarunkowanych genetycznie, chorobach organicznych podwzgórza i endokrynopatiach. Może być także efektem stosowania niektórych leków. Do endokrynopatii związanych z otyłością zalicza się m.in. zespół policystycznych jajników (ang. *polycystic ovary syndrome* – PCOS), który obok hiperandrogenemii i/lub hiperandrogenizmu, zaburzeń miesiączkowania oraz obrazu policystycznych jajników w badaniu ultrasonograficznym charakteryzuje się zwiększonym ryzykiem kardiometabolicznym. Szacuje się, że PCOS podwyższa o 55% ryzyko choroby niedokrwiennej serca oraz udaru. Należy również podkreślić, że wyższa wartość wskaźnika masy ciała (ang. *body mass index* – BMI) nie jest jedyną przyczyną zwiększonego ryzyka sercowo-naczyniowego w tym zespole.¹ Nowe doniesienia naukowe skłaniają do skupienia się nad PCOS nie tylko w kontekście zaburzeń ginekologiczno-endokrynologicznych, ale także ze względu na zwiększone ryzyko powikłań metabolicznych, również w aspekcie chorób układu krążenia.

Ryzyko kardiometaboliczne w PCOS

Związek między nadmiarem androgenów i zaburzeniami płodności z towarzyszącymi powikłaniami metabolicznymi jest znany pod nazwą zespołu Acharda–Thiersa, opisanego jako „cukrzyca brodatych kobiet” (franc. *diabète des femmes à barbe*), który został opublikowany przez Acharda i Thiersa w 1921 r.² Raport Burgheña et al., który ukazał się w 1980 r.,³ potwierdził związek między PCOS a hiperinsulinemią, co dodatkowo umocniło przekonanie, że zespół ten oprócz zaburzeń płodności charakteryzuje się również powikłaniami metabolicznymi.

Wśród kobiet, u których rozpoznano PCOS, częściej stwierdza się nadwagę i otyłość, szczególnie otyłość wisceralną. W populacji europejskiej 35–38% kobiet zmagających się z tym schorzeniem jest otyłych. Odsetek ten jest niższy u kobiet zamieszkujących kraje śródziemnomorskie i wyższy w populacji amerykańskiej.⁴ W badaniu Gluecka et al. otyłość rozpoznano aż u 92,6% białych kobiet ze Stanów Zjednoczonych chorujących na PCOS, podczas gdy w jednym z badań przeprowadzonych na populacji włoskiej odsetek otyłych kobiet zmagających się z PCOS był dużo niższy i wyniósł 38%.^{5,6} Z kolei Lim et al. na podstawie metaanalizy badań z różnych krajów świata stwierdzili występowanie otyłości wśród 12,5–100% kobiet (średnio u 49%), u których rozpoznano to schorzenie. Odsetek ten był istotnie wyższy wśród kobiet rasy kaukaskiej ze Stanów Zjednoczonych i Europy niż w grupie kobiet pochodzenia azjatyckiego. Stosowane różne kryteria rozpoznania PCOS nie miały wpływu na częstość występowania otyłości w badanych populacjach, biorąc pod uwagę badania włączone do metaanalizy. Odsetek kobiet otyłych oraz otyłych z centralną dystrybucją tkanki tłuszczowej był podobny zarówno u respondentek, u których zdiagnozowano PCOS z użyciem kryteriów National Institutes of Health (NIH), jak i u kobiet, w przypadku których do rozpoznania choroby wykorzystano kryteria European Society for Human Reproduction and Embryology / American Society for Reproductive Medicine (ESHRE/ASRM).⁷ Warto jednak zaznaczyć, że odsetek rozpoznania otyłości u kobiet zmagających się z PCOS jest istotnie wyższy niż w populacji kobiet zdrowych, bez względu na miejsce zamieszkania i pochodzenie.⁸ Ponadto u kobiet chorujących na PCOS obserwuje się często predyspozycję do gromadzenia tkanki tłuszczowej w obrębie jamy brzusznej, co dodatkowo wiąże się z wyższymi wartościami glukozy na czczo oraz insulinoopornością.^{9,10}

U prawie 50% kobiet zmagających się z PCOS diagnozuje się otyłość wisceralną.⁷ Jednak niezależnie od otyłości w tej grupie kobiet występuje zwiększony poziom LDL (ang. *low-density lipoprotein*) oraz VLDL (ang. *very low-density lipoprotein*). Z kolei przy współistniejącej otyłości obserwuje się zwiększenie stężenia trójglicerydów ze

zmniejszeniem stężenia HDL (ang. *high-density lipoprotein*). Taki profil lipidowy obecny jest w stanach zaburzeń gospodarki węglowodanowej i insulinooporności.¹¹

W badaniach przeprowadzonych przez Dewailly'ego et al. wśród 841 osób populacji francuskiej w wieku 16–40 lat, wykorzystując pomiar obwodu talii według kryteriów International Diabetes Federation (IDF), otyłość brzuszna rozpoznano u 60,8% badanych kobiet.¹² Podobne wyniki otrzymano również w badaniu Bernasconi et al., w którym kobiety populacji włoskiej, u których stwierdzono otyłość centralną i PCOS, stanowiły 61,5% badanych osób.¹³ Prawidłowa wartość BMI nie wyklucza obecności otyłości wisceralnej w PCOS. U kobiet zmagających się z tym schorzeniem, podobnie jak w populacji ogólnej, insulinooporność odgrywa kluczową rolę w rozwoju zaburzeń gospodarki węglowodanowej.¹⁴ Insulinooporność i hiperinsulinemia występują u ok. 50% kobiet zmagających się z PCOS i częściej dotyczą osoby otyłe.^{15,16} Podobnie jak ma to miejsce w przypadku otyłości, odsetek otyłych kobiet pochodzenia azjatyckiego z brzuszną dystrybucją tkanki tłuszczowej jest niższy niż w populacji amerykańskiej i europejskiej.⁷ Wśród kobiet zmagających się z PCOS insulinooporność częściej występuje u tych niemających owulacji niż regularnie miesiączkujących.¹⁷ Jeśli chodzi o ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2, stwierdzono, że w przypadku osób chorujących na PCOS jest ono 7-krotnie wyższe w porównaniu z populacją ogólną. Wiadomo również, że u ponad 20% otyłych kobiet zmagających się z tym schorzeniem po 30. r.ż. rozwinie się nietolerancja glukozy.¹⁸ Do czynników ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2 w PCOS zalicza się: otyłość, dodatni wywiad rodzinny w kierunku cukrzycy, zaburzenia działania insuliny (insulinooporność lub dysfunkcja komórek β wysp trzustki) oraz *oligomenorrhoea*.¹⁴ Mimo że otyłość zwiększa znacząco ryzyko wystąpienia nietolerancji glukozy oraz cukrzycy typu 2, zaburzenia te występują również u szczupłych kobiet chorujących na PCOS. Zespół ten jest zatem niezależnym czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2 u osób w średnim wieku.¹⁸ W badaniu Elting et al. przeprowadzonym wśród 346 kobiet populacji holenderskiej, u których rozpoznano PCOS, cukrzycę stwierdzono u 2,3% respondentek.¹⁹ Z kolei w innym badaniu, w którym grupę badaną stanowiły 122 kobiety z populacji amerykańskiej chorujące na PCOS, cukrzycę stwierdzono u 10% badanych osób.²⁰ Większą częstość rozpoznania cukrzycy w tej populacji można tłumaczyć wyższym odsetkiem otyłości w większości krajów kontynentu amerykańskiego.

PCOS jest także główną przyczyną zaburzeń gospodarki lipidowej u kobiet w wieku rozrodczym.²¹ Ryzyko wystąpienia dyslipidemii u osób chorujących na to schorzenie jest blisko 2-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej.²²

Wśród kobiet zmagających się z PCOS obserwuje się zwiększone stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, trójglicerydów oraz mniejsze stężenia cholesterolu frakcji HDL.^{4,22,23} Niezależnie od wielkości

masy ciała u osób chorujących na PCOS odnotowuje się zwiększony udział cholesterolu frakcji LDL oraz cholesterolu nie-HDL.²² W badaniu przeprowadzonym przez Cascellę et al. stwierdzono istotnie statystycznie wyższe wartości stężenia cholesterolu całkowitego oraz cholesterolu frakcji LDL, a także istotnie niższe wartości stężenia cholesterolu frakcji HDL w grupie kobiet, u których rozpoznano PCOS w porównaniu z grupą kontrolną.²⁴ Również w innych badaniach przeprowadzonych m.in. na populacji azjatyckiej i amerykańskiej zauważono się istotne różnice stężeń cholesterolu całkowitego, trójglicerydów oraz poszczególnych lipoprotein między kobietami chorującymi na PCOS a osobami zdrowymi.^{25,26} Większe stężenia androgenów wiążą się z wyższymi wartościami trójglicerydów u kobiet zmagających się z PCOS.⁴ Warto zauważyć, że u tych kobiet, u których występuje hirsutyzm, ale mających regularne miesiączki, rzadziej obserwuje się zaburzenia gospodarki lipidowej. Natomiast w przypadku kobiet zmagających się z hirsutyzmem, ale mających nieregularne miesiączki, odnotowuje się niższe wartości cholesterolu frakcji HDL oraz wyższe wartości trójglicerydów.²⁷

Zaobserwowano, że nadciśnienie tętnicze częściej występuje w grupie respondentek chorujących na PCOS niż w populacji ogólnej.²¹ W badaniu przeprowadzonym wśród 69 kobiet chorujących na PCOS zamieszkujących Brazylię nadciśnienie tętnicze rozpoznano u 20,3% badanych osób.²⁸ Lo et al. zwrócili uwagę, że rasa oraz pochodzenie etniczne mają wpływ na wartości ciśnienia tętniczego u kobiet zmagających się z PCOS. Częstość występowania nadciśnienia tętniczego była najmniejsza wśród Azjatek i Latynosok, a największa wśród czarnoskórych kobiet.²⁹ Wydaje się, że wartość ciśnienia tętniczego u kobiet zmagających się z tym schorzeniem nie jest bezpośrednio związana z wartością masy ciała. Wykazano, że ambulatoryjny całonocny pomiar wartości ciśnienia tętniczego w PCOS jest wyższy niż w populacji ogólnej, niezależnie od wartości BMI oraz dystrybucji tkanki tłuszczowej.³⁰ Etiopatogenezę nadciśnienia tętniczego w PCOS, oprócz częściej występującej otyłości w tym schorzeniu, wiąże się również z hiperinsulinizmem i opornością insulinową, hiperandrogenizmem lub zwiększoną aktywnością układu współczulnego. W przebiegu insulinooporności obserwuje się wzrost kurczliwości i reaktywności mięśni gładkich na czynniki presyjne, np. angiotensynę i aminy katecholowe.¹¹ Wartość ciśnienia rozkurczowego krwi jest niższa w grupie kobiet zmagających się z PCOS bez towarzyszącej insulinooporności w porównaniu z kobietami, u których rozpoznano zarówno to schorzenie, jak i stwierdzono insulinooporność.³¹ Dodatkowo hiperinsulinemia jest odpowiedzialna za wzrost resorpcji sodu i zaburzenie natriurezy poprzez aktywację układu renina – angiotensyna – aldosteron.^{11,32} Stężenie całkowitego i wolnego testosteronu, który w zespole PCOS jest nadmiernie wydzielany, koreluje z wartościami skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi,

niezależnie od wieku, insulinooporości, otyłości i dyslipidemii.³³

Kobiety zmagające się z PCOS wykazują także zwiększone ryzyko sercowo-naczyniowe poprzez nasilenie miażdżycy subklinicznej oraz występowania podwyższonych markerów stanu zapalnego, m.in.: interleukiny 6 (IL-6), czynnika martwicy nowotworu (ang. *tumor necrosis factor* α – TNF- α), homocysteiny, białka C-reaktywnego (ang. *C-reactive protein* – CRP).^{11,34} Wskaźnikiem, który obrazuje nasilenie miażdżycy, jest ocena sztywności naczyń. Soares et al. zaobserwowali, że pacjentki chorujące na PCOS mają istotnie statystycznie wyższy wskaźnik sztywności tętnicy szyjnej wspólnej w porównaniu ze zdrową grupą kobiet ($3,72 \pm 0,96$ vs $3,36 \pm 0,96$; $p = 0,04$), ale zmiany te były niezależne od masy ciała i obecności nadciśnienia tętniczego.³⁴ Meyer et al. w przeprowadzonej metaanalizie wykazali większą grubość kompleksu śródbłonek – błona środkowa naczyń (ang. *carotid artery intima-media thickness* – CIMT) u kobiet zmagających się z PCOS w porównaniu z grupą kontrolną. Ocena kompleksu CIMT umożliwia rozpoznanie i monitorowanie chorób o podłożu miażdżycowym, ponieważ każdy wzrost CIMT o 0,1 mm zwiększa ryzyko udaru mózgu o 18%, a zawału mięśnia sercowego o 15%.^{11,35}

Aktywność tkanki tłuszczowej w PCOS

Należy podkreślić, że całokształt obrazu klinicznego pacjentek zmagających się z PCOS może wskazywać na zwiększone ryzyko występowania zespołu metabolicznego, w którego powstaniu może odgrywać ogromną rolę sama tkanka tłuszczowa.³⁶ Adipocyty tkanki tłuszczowej mogą syntetyzować i uwalniać wiele biologicznie czynnych substancji o działaniu autokrynnym, parakrynnym oraz endokrynnym.³⁷ Nadmiar tkanki tłuszczowej nie jest postrzegany wyłącznie jako defekt kosmetyczny. W świetle najnowszych badań naukowych syntetyzuje ona wiele związków biologicznie aktywnych, które mogą wpływać na zwiększenie ryzyka metabolicznego. Są to m.in.: leptyna, wisfatyna, waspina oraz cytokiny prozapalne, przykładowo IL-6, które odgrywają ogromną rolę w patomechanizmach powstawania insulinooporności. Ich wysokie stężenia mogą wpływać na zwiększenie występowania ryzyka sercowo-naczyniowego.³⁶ Tkanka tłuszczowa poprzez syntezę adipocytów może oddziaływać na funkcjonowanie mózgu, jajników i macicy, wpływając tym samym na płodność i cechy metaboliczne kobiet chorujących na PCOS.³⁸

Istotnym hormonem tkanki tłuszczowej jest leptyna, odgrywająca ważną rolę w mechanizmie poboru pokarmu. Zauważono jej ogromny udział w regulacji procesów immunologicznych, wpływ na modulację gospodarki węglowodanowej i lipidowej organizmu oraz procesy rozrodcze.^{36,37} Receptory dla leptyny znajdują się w wielu

tkankach i narządach organizmu, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym, tkance szkieletowej, mięśniowej, komórkach β trzustki, a nawet jajnikach, dlatego staje się ona interesującym obiektem badań u pacjentek zmagających się z PCOS. Zwiększona zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie koreluje ze zwiększonym stężeniem leptyny.³⁶ W niektórych badaniach wykazano, że u pacjentek chorujących na PCOS występuje hiperleptynemii, która negatywnie koreluje ze współczynnikiem płodności.³⁷ Należy jednak podkreślić, że zależności między stężeniami leptyny a jej rolą w powstawaniu PCOS są nadal niejasne i wymagają dalszych badań.³⁷

W metaanalizie oceniającej stężenia takich markerów zapalnych, jak: CRP, IL-6, TNF- α u pacjentek zmagających się z PCOS w porównaniu z odpowiednio dobraną grupą kontrolną wykazano, że kobiety chorujące na PCOS mają podwyższone CRP w porównaniu z grupą kontrolną, niezależnie od występowania otyłości, co podkreśla występowanie przewlekłego stanu zapalnego w tej grupie pacjentek.³⁹ Podobnych korelacji istotnych statystycznie nie zaobserwowano dla pozostałych markerów stanu zapalnego.³⁹ W wielu badaniach naukowych wykazano, że mechanizm wydzielania hormonów tkanki tłuszczowej u pacjentek chorujących na PCOS jest zmieniony, zaobserwowano u nich zwiększone stężenia leptyny, cytokin prozapalnych oraz zmniejszone stężenia adiponektyny.³⁶ Nieprawidłowe funkcjonowanie adipocytów oraz zmieniona synteza hormonów tkanki tłuszczowej u kobiet chorujących na PCOS odgrywają ważną rolę w patomechanizmie powstawania insulinooporności i zespołu metabolicznego w tej grupie chorych.³⁶ Lepsze poznanie wzajemnych relacji między adipokinami w PCOS mogłoby być pomocne w zmniejszaniu ryzyka sercowo-naczyniowego w tej grupie pacjentek.³⁶

W polskim badaniu Bika et al. u 148 kobiet (z których 81 chorowało na PCOS) dokonano oceny stężeń leptyny, rezystyny i adiponektyny.³⁷ Grupę kobiet chorujących na PCOS podzielono na: pacjentki z BMI <25 kg/m² (średnie BMI $22,35$ kg/m² $\pm 2,35$ kg/m²) oraz BMI ≥ 25 kg/m² (średnie BMI $30,1$ kg/m² $\pm 4,8$ kg/m²). BMI w grupie kontrolnej wynosiło $21,96$ kg/m² $\pm 1,80$ kg/m². Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami jeśli chodzi o stężenie rezystyny, natomiast zaobserwowano większe stężenie adiponektyny w grupie kontrolnej ($11,92$ ng/ml $\pm 6,72$ ng/ml) niż w grupie osób chorujących na PCOS (BMI <25 kg/m², adiponektyna: $9,50$ ng/ml $\pm 4,8$ ng/ml; BMI ≥ 25 kg/m², adiponektyna: $8,11$ ng/ml $\pm 4,68$ ng/ml). Z kolei największe stężenie leptyny stwierdzono w grupie kobiet zmagających się z PCOS, których BMI wynosił ≥ 25 kg/m² (stężenie leptyny: $22,98$ ng/ml $\pm 8,83$ ng/ml). U kobiet z PCOS mających BMI <25 kg/m² wynosiło ono $11,21$ ng/ml $\pm 4,99$ ng/ml, a w grupie kontrolnej – $12,24$ ng/ml $\pm 6,17$ ng/ml.³⁷

Zheng et al. przeanalizowali 238 badań oceniających stężenie leptyny u pacjentek chorujących na PCOS i zaobserwowali, że zwiększone stężenia leptyny były czę-

ściej odnotowywane wśród pacjentek zmagających się z PCOS niż w grupach kontrolnych. Autorzy podkreślili również, że zwiększone stężenia leptyny mogą odgrywać istotną rolę w insulinooporności, zespole metabolicznym, niepłodności, zwiększać ryzyko sercowo-naczyniowe.⁴⁰ Dokładne zrozumienie zależności między hormonami tkanki tłuszczowej a występowaniem PCOS jest dobrym tematem do kolejnych badań.³⁸

Wybrane modyfikacje stylu życia w PCOS

Ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia można ograniczyć poprzez stosowanie właściwej diety i aktywności fizycznej. Redukcja masy ciała prowadzi do poprawy wrażliwości na insulinę, zmniejszenia oporności na insulinę, polepszenia profilu lipidowego oraz wpływa na regularność owulacji i tym samym płodność kobiet, u których rozpoznano PCOS.⁴¹ Zmniejszenie masy ciała (zaledwie o 5–10% wyjściowej) pozwala na obniżenie stężenia insuliny oraz ograniczenie hiperandrogenizmu w tej grupie pacjentek.⁴² W przeglądzie systematycznym i metaanalizie autorstwa Haqq et al. dowiedziono, że stosowanie diety ubogoenergetycznej i aktywności fizycznej poprawia stężenie hormonu folikulotropowego (ang. *follicle-stimulating hormone* – FSH), globuliny wiążącej hormony płciowe (ang. *sex hormone-binding globulin* – SHBG), testosteronu całkowitego oraz androstendionu.⁴³ Istnieją ponadto dowody naukowe na całkowite, a przynajmniej częściowe zmniejszenie objawów PCOS u otyłych kobiet zmagających się z tym schorzeniem po redukcji masy ciała w wyniku stosowania diety o obniżonej kaloryczności.⁴⁴ Z kolei Hollmann et al. wykazali u 80% badanych otyłych pacjentek mających zaburzenia miesiączkowania poprawę owulacji oraz u 29% z nich wzrost współczynnika ciąży w przypadku 10% utraty wyjściowej masy ciała.⁴⁵

Oprócz bilansu kalorycznego diety wydaje się ważne wzięcie pod uwagę również proporcji samych makroskładników. Wiele badań skupia się na zawartości węglowodanów i ich wpływie na stężenie insuliny i występowanie insulinooporności w grupie kobiet chorujących na PCOS. Badanie Moran et al. polegające na porównaniu diety wysokobiałkowej i ubogowęglowodanowej (40% węglowodanów, 30% białka i 30% tłuszczu) z dietą niskobiałkową i wysokowęglowodanową (55% węglowodanów, 15% białka i 30% tłuszczu) udowodniło taką samą skuteczność poprawy wyników badań w obu przypadkach diet w zakresie wskaźników gospodarki węglowodanowej oraz hormonalnej.⁴⁶

W badaniu Stamets et al. podobnie nie otrzymano różnic w zakresie skuteczności w redukcji masy ciała i poprawy wybranych wyników badań dotyczących zaburzeń metabolicznych i hormonalnych, a także stężenia leptyny między kobietami zmagającymi się z PCOS stosującymi diety ubogoenergetyczne o różnej zawartości

makroskładników (40% węglowodanów, 30% białka i 30% tłuszczu vs 55% węglowodanów, 15% białka i 30% tłuszczu).⁴⁷

Ponadto w badaniu Toscani et al. redukcja samej zawartości tkanki tłuszczowej, obwodu talii, wybranych pomiarów fałdów skórno-tłuszczowych nie różniła się między grupami kobiet, które stosowały diety o różnej zawartości białka.⁴⁸ W badaniu Marsh et al. przeprowadzonym wśród kobiet chorujących na PCOS wykazano natomiast istotne zwiększenie insulinooporności oraz regularności cykli menstruacyjnych u kobiet stosujących dietę o niskim indeksie glikemicznym (IG) w porównaniu z grupą kobiet stosujących dietę opierającą się na zasadach zdrowego żywienia z ograniczoną podażą tłuszczu i wyższą zawartością błonnika z produktów zbożowych. Co ciekawe, obie diety zawierały taki sam odsetek makroskładników, różniąc się jedynie wartością IG i ładunku glikemicznego.⁴⁹

W innym badaniu, oceniającym wpływ wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z rodziny n-3, zaobserwowano istotne zmniejszenie stężenia testosteronu całkowitego w grupie kobiet zmagających się z PCOS przyjmujących dziennie 3,5 g kwasów n-3 pozyskiwanych z oleju sojowego przez okres 6 tygodni. W tym samym badaniu wśród kobiet przyjmujących taką samą dawkę kwasów n-3, ale z oleju rybiego i lnianego, stwierdzono istotny wpływ na zmniejszenie stężenia trójglicerydów we krwi.⁵⁰

W diecie kobiet chorujących na PCOS ważną jest także właściwa podaż fitoestrogenów. W badaniu Khani et al. zaobserwowano istotne zmniejszenie stężenia testosteronu, siarczanu dehydroepiandrosteronu (DHEAS), a także hormonu luteinizującego, trójglicerydów i cholesterolu frakcji LDL w grupie kobiet chorujących na PCOS przyjmujących 18 mg genisteiny z soi 2 razy dziennie w porównaniu z grupą kontrolną, przyjmującą taką samą dawkę celulozy na dobę.⁵¹

Obok zaleceń żywieniowych w PCOS należy zwrócić uwagę na aktywność fizyczną. W jakościowym przeglądzie systematycznym badań naukowych Harrison et al. wykazali, że aktywność fizyczna wpływa na zmniejszenie masy ciała, poprawę wskaźników insulinooporności, a także owulację bez względu na rodzaj, częstość oraz czas jej trwania. Ci sami autorzy zalecają, aby kobiety zmagające się z PCOS wykonywały regularnie ćwiczenia tlenowe (przez 90 min w tygodniu) o średniej intensywności (60–70% VO_{2max}) w celu zmniejszenia ryzyka kardiometabolicznego, a także polepszenia płodności.⁵²


Podsumowanie

U kobiet chorujących na PCOS istnieje zwiększone ryzyko nietolerancji glukozy, rozwoju cukrzycy typu 2, dyslipidemii, miażdżycy oraz nadciśnienia tętniczego. Wielu badaczy uważa PCOS za wczesny wariant zespołu metabolicznego, nazywając go „zespołem XX”, podkreślając

tym samym ryzyko wpływu tego schorzenia na wystąpienie chorób sercowo-naczyniowych.⁵³ W wielu zaleceniach i algorytmach leczenia kobiet chorujących na PCOS podkreśla się, że modyfikacja stylu życia uwzględniająca dietę i aktywność fizyczną powinna być pierwszym etapem leczenia niepłodności u tych pacjentek, a także zaburzeń metabolicznych u kobiet zmagających się z PCOS z jednocześnie rozpoznaną nadmierną masą ciała.^{54,55} Konieczne zatem wydaje się wdrażanie leczenia PCOS opierającego się zarówno na działaniach krótkofalowych, np. z zakresu medycyny rozrodczej, jak i długofalowych, składających się z działań promocji i profilaktyki zdrowia, obejmujących wprowadzenie indywidualnej diety i aktywności fizycznej oraz innych elementów zdrowego stylu życia w celu zmniejszenia ryzyka sercowo-naczyniowego w tej grupie pacjentek w późniejszych latach ich życia.

ORCID iDs

Anna Brończyk-Puzoń  <https://orcid.org/0000-0002-1063-9487>

Aneta Koszowska  <https://orcid.org/0000-0001-5565-9847>

Joanna Bieniek  <https://orcid.org/0000-0001-5174-5916>

Piśmiennictwo

- de Groot PC, Dekkers OM, Romijn JA, Dieben SW, Helmerhorst FM. PCOS, coronary heart disease, stroke and the influence of obesity: A systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2011;17(4):495–500. doi:10.1093/humupd/dmr001
- Navarro G, Allard C, Xu W, Mauvais-Jarvis F. The role of androgens in metabolism, obesity, and diabetes in males and females. *Obesity (Silver Spring).* 2015;23(4):713–719. doi:10.1002/oby.21033
- Burghen GA, Givens JR, Kitabchi AE. Correlation of hyperandrogenism with hyperinsulinism in polycystic ovarian disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 1980;50(1):113–116. doi:10.1210/jcem-50-1-113
- Nandi A, Chen Z, Patel R, Poretsky L. Polycystic ovary Syndrome. *Endocrinol Metab Clin N Am.* 2014;43(1):123–147. doi:10.1016/j.ecl.2013.10.003
- Glueck C, Morrison J, Goldenberg N, Wang P. Coronary heart disease risk factors in adult premenopausal white women with polycystic ovary syndrome compared with a healthy female population. *Metabolism.* 2009;58(5):714–721. doi:10.1016/j.metabol.2009.02.005
- Carmina E, Legro SR, Stamets K, Lowell J, Lobo RA. Difference in body weight between American and Italian women with polycystic ovary syndrome: Influence of the diet. *Human Reprod.* 2003;18(11):2003. doi:10.1093/humrep/deg440
- Lim SS, Davies MJ, Norman RJ, Moran LJ. Overweight, obesity and central obesity in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Hum. Reprod.* 2012;18(6):618–637. doi:10.1093/humupd/dms030
- Baldani DP, Skrgatic L, Ougouag R. Polycystic ovary syndrome: Important underrecognised cardiometabolic risk factor in reproductive-age women. *Int J Endocrinol.* 2015;2015:786362. doi:10.1155/2015/786362
- Lim SS, Norman RJ, Davies MJ, Moran LJ. The effect of obesity on polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Review.* 2013;14(2):95–109. doi:10.1111/j.1467-789X.2012.01053.x
- Faloia E, Canibus P, Gatti C, et al. Body composition, fat distribution and metabolic characteristics in lean and obese women with polycystic ovary syndrome. *J Endocrinol Invest.* 2004;27(5):424–429. doi:10.1007/BF03345285
- Walczak-Gałęzewska M, Kręgielska-Narożna M, Bogdański P. Kobieta z zespołem policystycznych jajników – pacjent podwyższonego ryzyka kardiometabolicznego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych.* 2016;7(2):79–83. https://journals.viamedica.pl/forum_zaburzen_metabolicznych/article/view/47520. Dostęp 23.07.2019.
- Dewailly D, Contestin M, Gallo C, Catteau-Jonard S. Metabolic syndrome in young women with the polycystic ovary syndrome: Revisiting the threshold for an abnormally decreased high-density lipoprotein cholesterol serum level. *BJOG.* 2010;117(2):175–180. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02386.x
- Bernasconi D, Del Monte P, Meozzi M, et al. The impact of obesity on hormonal parameters in hirsute and nonhirsute women. *Metabolism.* 1996;45(1):72–75.
- Kuligowska-Jakubowska M, Dardzińska J, Rachoń D. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej u kobiet z zespołem wielotorbielowatych jajników (PCOS). *Diabetol Klin.* 2012;1:185–195. https://journals.viamedica.pl/clinical_diabetology/article/viewFile/19669/16001. Dostęp 23.07.2019.
- Ovalle F, Azziz R. Insulin resistance, polycystic ovary syndrome, and type 2 diabetes mellitus. *Fertil Steril.* 2002;77(6):1095–1105. doi:10.1016/s0015-0282(02)03111-4
- Dunaif A. Insulin resistance and the polycystic ovary syndrome: mechanism and implications for pathogenesis. *Endocr Rev.* 1997;18(6):774–800. doi:10.1210/edrv.18.6.0318
- Robinson S, Kiddy D, Gelding SV, et al. The relationship of insulin sensitivity to menstrual pattern in women with hyperandrogenism and polycystic ovaries. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1993;39(3):351–355.
- Daniilidis A, Dinas K. Long term health consequences of polycystic ovarian syndrome: A review analysis. *Hippokratia.* 2009;13:90–92. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683463/>. Dostęp 23.07.2019.
- Elting MW, Korsen TJM, Bezemer PD, Schoemaker J. Prevalence of diabetes mellitus, hypertension and cardiac complaints in a follow-up study of a Dutch PCOS population. *Hum. Reprod.* 2001;16:556–560. doi:10.1093/humrep/16.3.556
- Ehrmann DA, Barnes RB, Rosenfield RL, et al. Prevalence of impaired glucose tolerance and diabetes in women with polycystic ovary syndrome. *Diabetes Care.* 1999;22(1):141–146. doi:10.2337/diacare.22.1.141
- Walczak-Gałęzewska M, Kręgielska-Narożna M, Bogdański P. Kobieta z zespołem policystycznych jajników – pacjent podwyższonego ryzyka kardiometabolicznego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych.* 2016;7(2):79–83. https://journals.viamedica.pl/forum_zaburzen_metabolicznych/article/view/47520. Dostęp 23.07.2019.
- Wild RA, Rizzo M, Clifton S, Carmina E. Lipid levels in polycystic ovary syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2011;95(3):1073–9.e1–11. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.12.027
- Legro RS, Kunesman AR, Dunaif A. Prevalence and predictors of dyslipidemia in women with polycystic ovary syndrome. *Am J Med.* 2001;111:607–613. doi:10.1016/s0002-9343(01)00948-2
- Cascella T, Palomba S, Tauchmanova L, et al. Serum aldosterone concentration and cardiovascular risk in women with polycystic ovarian syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91(11):4395–4400. doi:10.1210/jc.2006-0399
- Sravan KP, Ananthanarayanan PH, Rajendiran S. Cardiovascular risk markers and thyroid status in young Indian women with polycystic ovarian syndrome: A case-control study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40:1361–1367. doi:10.1111/jog.12346
- Pirwany IR, Fleming R, Greer I, Packard CJ, Sattar N. Lipids and lipoprotein subfractions in women with PCOS: Relationship to metabolic and endocrine parameters. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2001;54:44–453.
- Taponen S, Martikainen H, Jarvelin MR, et al; Northern Finland Birth Cohort 1966 Study. Metabolic cardiovascular disease risk factors in women with self-reported symptoms of oligomenorrhea and/or hirsutism: Northern Finland Birth Cohort 1996 Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89(5):2114–2118. doi:10.1210/jc.2003-031720
- Barcellos CR, Rocha MP, Hayashida SA, Mion Jr D, Lage SG, Marcondes JAM. Impact of body mass index on blood pressure levels in patients with polycystic ovary syndrome. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2007;51:1104–1109. doi:10.1590/S0004-27302007000700013
- Lo JC, Feigenbaum SL, Yang J, Pressman AR, Selby JV, Go AS. Epidemiology and adverse cardiovascular risk profile of diagnosed polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91:1357–1363. doi:10.1210/jc.2005-2430
- Holte J, Gennarelli G, Berne C, Bergh T, Lithell H. Elevated ambulatory day-time blood pressure in women with polycystic ovary syndrome:

- A sign of a pre-hypertensive state? *Hum Reprod.* 1996;11:23–28. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a019028
31. da Silva AM, de Andrade AC, Dias BH, da Silva Medeiros MA, Rao VS, das Chagas Medeiros F. Elevated diastolic blood pressure in insulin-resistant polycystic ovarian syndrome patients. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289:119–122. doi:10.1007/s00404-013-2953-2
 32. Aviv A. The roles of cell Ca^{2+} , protein kinase C and the $\text{Na}^{(+)}\text{-H}^{+}$ antiport in the development of hypertension and insulin resistance. *J Am Soc Nephrol.* 1992;3:1049–1063.
 33. Chen MJ, Yang WS, Yang JH, Chen CL, Ho HN, Yang YS. Relationship between androgen levels and blood pressure in young women with polycystic ovary syndrome. *Hypertension.* 2007;49:1442–1447. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.106.083972
 34. Soares GM, Vieira CS, Martins WP, et al. Increased arterial stiffness in nonobese women with polycystic ovary syndrome (PCOS) without comorbidities: One more characteristic inherent to the syndrome? *Clin Endocrinol. (Oxf).* 2009;71:406–411. doi:10.1111/j.1365-2265.2008.03506.x
 35. Meyer ML, Malek AM, Wild RA, Korytkowski MT, Talbott EO. Carotid artery intima-media thickness in polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2012;18:112–126. doi:10.1093/humupd/dmr046
 36. Carmina E. Obesity, adipokines and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome. *Front Horm Res.* 2013;40:40–50. doi:10.1159/000341840
 37. Bik W, Baranowska-Bik A, Wolińska-Witort E, Martynańska L, Baranowska B. Adiponektyna, leptyna i rezystyna u kobiet z zespołem policystycznych jajników (PCO). *Post Nauk Med.* 2011;24(4):352–357. http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2014/09/pnm_2011_352_357.pdf. Dostęp 23.07.2019.
 38. Chen X, Jia X, Qiao J, Guan Y, Kang J. Adipokines in reproductive function: A link between obesity and polycystic ovary syndrome. *J Mol Endocrinol.* 2013;50(2):21–37. doi:10.1530/JME-12-0247
 39. Escobar-Morreale HF, Luque-Ramírez M, González F. Circulating inflammatory markers in polycystic ovary syndrome: A systematic review and metaanalysis. *Fertil Steril.* 2011;95(3):1048–1058.e1–2. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.11.036
 40. Zheng SH, Du DF, Li XL. Leptin levels in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review. *Reprod Sci.* 2017;24(5):656–670. doi:10.1177/1933719116670265
 41. O'Connor A, Gibney J, Roche HM. Metabolic and hormonal aspects of polycystic ovary syndrome: The impact of diet. *Proc Nutr Soc.* 2010;69(4):628–635. doi:10.1017/S0029665110002016
 42. Ionescu CA, Popescu I, Banacu M, Dimitriu M. Lifestyle changes and weight loss: Effects in PCOS. W: Agrawal NK, Singh K, red. *Debatable Topics in PCOS Patients.* Londyn, Anglia: IntechOpen; 2018. doi:10.5772/intechopen.73298
 43. Haqq L, McFarlane J, Dieberg G, Smart N. Effect of lifestyle intervention on the reproductive endocrine profile in women with polycystic ovarian syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Endocr Connect.* 2014;28;3(1):36–46. doi:10.1530/EC-14-0010
 44. Pasquali R, Gambineri A, Cavazza C, et al. Heterogeneity in the responsiveness to long-term lifestyle intervention and predictability in obese women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol.* 2011;164(1):53–60. doi:10.1530/EJE-10-0692
 45. Hollmann M, Runnebaum B, Gerhard I. Effects of weight loss on the hormonal profile in obese, infertile women. *Hum Reprod.* 1996;11(9):1884–1891. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a019512
 46. Moran LJ, Noakes M, Clifton PM, Tomlinson L, Galletly C, Norman RJ. Dietary composition in restoring reproductive and metabolic physiology in overweight women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(2):812–819. doi:10.1210/jc.2002-020815
 47. Stamets K, Taylor DS, Kunselman A, Demers LM, Pelkman CL, Legro RS. A randomized trial of the effects of two types of short-term hypocaloric diets on weight loss in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril.* 2004;81(3):630–637. doi:10.1016/j.fertnstert.2003.08.023
 48. Toscani MK, Mario FM, Radavelli-Bagatini S, Wiltgen D, Matos MC, Spritzer PM. Effect of high-protein or normal-protein diet on weight loss, body composition, hormone, and metabolic profile in southern Brazilian women with polycystic ovary syndrome: A randomized study. *Gynecol Endocrinol.* 2011;27(11):925–930. doi:10.3109/09513590.2011.564686
 49. Marsh KA, Steinbeck KS, Atkinson FS, et al. Effect of a low glycaemic index compared with a conventional healthy diet on polycystic ovary syndrome. *Am J Clin Nutr.* 2010;92:83–9292. doi:10.3945/ajcn.2010.29261
 50. Vargas ML, Almario RU, Buchan W, Kim K, Karakas SE. Metabolic and endocrine effects of long-chain versus essential omega-3 polyunsaturated fatty acids in polycystic ovary syndrome. *Metabolism.* 2011;60:1711–1718. doi:10.1016/j.metabol.2011.04.007
 51. Khani B, Mehrabian B, Khalesi E, Eshraghi A. Effect of soy phytoestrogen on metabolic and hormonal disturbance of women with polycystic ovary syndrome. *J Res Med Sci.* 2011;16:297–302.
 52. Harrison CHL, Lombard CB, Moran LJ, et al. Exercise therapy in polycystic ovary syndrome: A systematic review. *Hum Reprod Update.* 2011;17(2):171–183. doi:10.1093/humupd/dmq045
 53. Sam S, Dunaif A. Polycystic ovary syndrome: Syndrome XX? *Trends Endocrinol Metab.* 2003;14:365–370. doi:10.1016/j.tem.2003.08.002
 54. Australian Government National Health and Medical Research Council. Centre of research excellence in polycystic ovary syndrome. Clinical Practice Guidelines: Evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. 2011. <https://www.clinicalguidelines.gov.au/portal/1966/evidence-based-guideline-assessment-and-management-polycystic-ovary-syndrome>. Dostęp 23.07.2019.
 55. Moran LJ, Pasquali R, Teede HJ, Hoeger KM, Norman RJ. Treatment of obesity in polycystic ovary syndrome: A position statement of the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. *Fertil Steril.* 2009;92:1966–1982. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.09.018

Społeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu

Social determinants of health inequalities

Agata Wypych-Ślusarska^{A,D}, Joanna Głogowska-Ligus^E, Jerzy Słowiński^{E,F}

Zakład Epidemiologii, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom, Polska

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. 2019;9(3):229–236

Adres do korespondencji

Agata Wypych-Ślusarska
e-mail: awypych@sum.edu.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.12.2017 r.

Po recenzji 16.01.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 3.12.2018 r.

Streszczenie

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie należy rozpatrywać wielowymiarowo, uwzględniając również aspekty psychiczne i społeczne funkcjonowania człowieka. W wymiarze populacyjnym coraz większą wagę przykłada się do społecznych uwarunkowań stanu zdrowia, które generują nierówności społeczne i nierówności w zdrowiu. Te ostatnie można zdefiniować jako „potencjalnie dające się uniknąć różnice w stanie zdrowia pomiędzy grupami osób, które są mniej lub bardziej społecznie uprzywilejowane”. Występują one na całym świecie i mają powszechny oraz trwały charakter. Nierówności w zdrowiu stały się w ostatnim czasie istotnym problemem zdrowia publicznego. Do ich zrozumienia niezbędna jest analiza społecznych determinantów zdrowia, a także perspektywa wykraczająca poza tzw. standardowe czynniki ryzyka (tj. przyczynę przyczyn). Ubóstwo, poziom wykształcenia, wykonywana praca, a także sytuacja społeczno-polityczna państwa mogą kształtować profil zdrowotny poszczególnych populacji. Oddziaływanie tych czynników będzie miało swój namacalny wymiar we współczynnikach epidemiologicznych, takich jak umieralność, w tym umieralność niemowląt, czy przeciętne dalsze trwanie życia. W artykule omówiono koncepcję nierówności w zdrowiu. Szczególną uwagę zwrócono na wybrane społeczne uwarunkowania zdrowia, takie jak ubóstwo, poziom wykształcenia i praca.

Słowa kluczowe: status społeczno-ekonomiczny, nierówności w zdrowiu, przyczyna przyczyn

Cytowanie

Wypych-Ślusarska A, Głogowska-Ligus J, Słowiński J.
Społeczne uwarunkowania nierówności w zdrowiu
Piel Zdr Publ. 2019;9(3):229–236. doi:10.17219/pzp/100468

DOI

10.17219/pzp/100468

Copyright

© 2019 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

According to the definition of the World Health Organization, health should be considered in a multidimensional way, taking into account also the psychological and social aspects of human being. In the population dimension, more and more weight is attached to the social determinants of health, which generate social and health inequalities. They can be defined as “potentially avoidable differences in health between groups of people who are more or less socially privileged”. They occur all over the world and have a universal and lasting character. Health inequalities have recently become an important public health problem. To understand them, it is necessary to analyze social determinants of health, as well as a perspective going beyond the so-called standard risk factors (i.e. cause of causes). Poverty, level of education, work performed, as well as the socio-political situation of the state can influence the health profile of populations. The impact of these factors will have its tangible dimension in epidemiological rates, such as mortality, including infant mortality, and life expectancy. The article discusses the concept of health inequality. Particular attention was paid to selected social determinants of health, such as poverty, level of education and work.

Key words: socioeconomic status, health inequality, cause of causes

Wprowadzenie

Zdrowie jest szczególnym bogactwem wpływającym na rozwój społeczny i ekonomiczny populacji. Definicja zdrowia zawarta w *Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia* podkreśla, że należy je rozpatrywać również w kontekście społecznym, psychicznym, a nie wyłącznie biologicznym, jako brak choroby czy niepełnosprawności.¹

Wśród definicji można wyróżnić również takie, które kładą nacisk na znaczenie subiektywnego postrzegania zdrowia oraz wpływ kontekstu społeczno-kulturowego. Wiele z nich określa zdrowie jako nie tylko brak choroby, ale również odpowiedni poziom dobrostanu i przystosowania, jaki jest możliwy do osiągnięcia przez jednostkę w określonych warunkach społecznych.² Te ostatnie wynikają również z możliwości, jakie stwarza dane państwo swoim obywatelom.³ W praktyce istnienie wielu grup społecznych i nierówny dostęp do ogólnie cenionych dóbr wynikający z czynników osobniczych i zewnętrznych niezależnych od jednostki, takich jak uwarunkowania polityczne, gospodarcze, społeczno-kulturowe, sprawiają, że nie każda jednostka jest w stanie w sposób optymalny dbać o swoje zdrowie, chronić je i umacniać.

W niniejszym artykule omówiono wybrane społeczne uwarunkowania, które mogą przyczyniać się do powstania nierówności w zdrowiu.

Nierówności w zdrowiu wywodzą się od nierówności społecznych, które są skutkiem przynależności do różnych grup, zajmowania rozmaitych pozycji społecznych i pełnienia wielu ról. Najprościej ujmując, nierówności społeczne to nierówności dostępu (lub szans dostępu) do społecznie cenionych dóbr.⁴ Należy jednak zaznaczyć, że nie wynikają one z różnorodności w społeczeństwie, tylko są efektem łatwiejszego lub trudniejszego dostępu do określonych społecznie cenionych dóbr. Te ostatnie to dobra, których ludzie pragną, bo zaspokajają pewne ważne potrzeby, aspiracje oraz przynoszą satysfakcję. Ich zasób jest jednak ograniczony i nie każdy członek społeczeństwa ma szansę równego ich wykorzystania. Są to przede wszystkim dobra materialne, wykształcenie, praca, władza i prestiż. Podkreśla się, że wykształcenie jest war-

tością instrumentalną, konieczną do zdobycia pozostałych dóbr oraz jednym z najważniejszych mechanizmów awansu społecznego.

W definicjach nierówności w zdrowiu wskazuje się, że są one spowodowane przede wszystkim czynnikami społecznymi.⁵ Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) określa je jako „potencjalnie dające się uniknąć różnice w stanie zdrowia pomiędzy grupami osób, które są mniej lub bardziej społecznie uprzywilejowane”.⁶ Bardziej rozbudowana definicja mówi o nierównościach w zdrowiu, gdy „grupy społeczne zajmujące gorszą pozycję charakteryzuje systematycznie gorszy stan zdrowia oraz są narażone na większe ryzyko utraty zdrowia niż grupy bardziej uprzywilejowane, co dotyczy w szczególności tych różnic w stanie zdrowia, które należy uznać za możliwe do uniknięcia, krzywdzące i niesprawiedliwe”.⁶ Publikacje podejmujące powyższą tematykę wskazują na 3 cechy tego zjawiska, a mianowicie: powszechność, pochodzenie społeczne oraz niesprawiedliwość.⁷

Nierówności w zdrowiu występują na całym świecie i – co więcej – są trwałe. Są one przede wszystkim efektem społecznych nierówności i stoją w opozycji do sprawiedliwości i równości, przez co są również niezgodne z *Deklaracją praw człowieka*.⁷ W literaturze anglojęzycznej można spotkać pewne problemy terminologiczne, takie jak rozróżnienie pojęcia *health inequalities* od pojęcia *health inequities*. W dosłownym tłumaczeniu wskazywać się będzie na nierówności w zdrowiu, które wynikają z różnych czynników, w tym również tych niepodlegających modyfikacji, oraz niesprawiedliwości w zdrowiu, które powinny być możliwie szybko wyeliminowane, gdyż godzą w prawa człowieka. W praktyce jednak przyjęto, że oba te sformułowania używane są zamiennie i traktowane jako synonimy.⁷

Nierówności w zdrowiu są istotnym zagadnieniem zdrowia publicznego i zostały wspomniane w wielu dokumentach. Po raz pierwszy zwrócono na nie uwagę na Międzynarodowej Konferencji WHO w Alma-Acie w 1978 r., wskazując, że „istniejące nierówności w stanie zdrowia ludzi są politycznie, społecznie i ekonomicznie

niedopuszczalne”.⁸ Jednak za jeden z bardziej znaczących dokumentów z zakresu nierówności w zdrowiu podaje się raport opracowany przez Sir Douglasa Blacka w 1980 r., który wraz z grupą ekspertów zauważył, iż stan zdrowia oraz wskaźniki umieralności ludności z najniższej klasy społecznej w Wielkiej Brytanii znacząco różnią się od stanu zdrowia ludności z klasy uprzywilejowanej. Idea wpływu społecznych czynników na stan zdrowia nie była nowa, ale raport ten przyniósł niepodważalne dowody, że ubóstwo i deprivacja materialna są głównymi determinantami chorób, złego samopoczucia, a nawet wczesnej śmierci. Dodatkowo raport wskazywał, że nierówności w Wielkiej Brytanii pogłębiły się i nie było to skutkiem dysfunkcyjności systemu ochrony zdrowia, tylko wynikało z wpływu nierówności społecznych na stan zdrowia.⁹ Temat nierówności w zdrowiu pojawił się również w 2005 r. w Bangkoku podczas VI Międzynarodowej Konferencji na temat Promocji Zdrowia, podczas której uznano, że nierówności społeczne są jedną z głównych determinant zdrowia.¹⁰

W Polsce nierówności w zdrowiu zostały uwzględnione w aktualnym Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020, którego głównym celem jest „wydłużenie życia, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”.¹¹ Idea równości zawarta jest również w *Deklaracji praw człowieka* z 1948 r. i pośrednio można odnieść ją do prawa równości w zdrowiu. W art. 25 ust. 1 tego aktu stwierdzono, że „każdy człowiek ma prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt jemu i jego rodzinie, włączając w to wyżywienie, odzież, mieszkanie, opiekę lekarską i niezbędne świadczenia socjalne oraz prawo do zabezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia w sposób od niego niezależny”.¹²

Jak już podkreślono, nierówności w zdrowiu są efektem kompleksu interakcji pomiędzy indywidualnymi, społecznymi, ekonomicznymi i środowiskowymi czynnikami. Istotne jest jednak, że uwarunkowania biologiczne oraz społeczne wzajemnie na siebie oddziałują i mogą się wzmacniać. Do zrozumienia właściwej oceny i ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu konieczne jest zatem poznanie mechanizmów prowadzących do ich powstawania. Punktem wyjścia są tutaj społeczne determinanty zdrowia (czyli całościowy kształt warunków bytowania ludzi) – podstawowy czynnik równości w zdrowiu.

Jednym z modeli przedstawiających wzajemne powiązanie i oddziaływanie na siebie czynników makro- i mikrosocjalnych jest model opracowany przez Dahlgrena i Whitehead.¹³ Jest to graficzne przedstawienie poszczególnych stref życia człowieka za pomocą symbolicznych półokręgów. Najbardziej skrajnym polem są uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe, które warunkują pozostałe sfery działalności i bytowania człowieka. Kolejna sfera, czyli warunki życia i pracy, uwzględnia pozycję społeczną jednostki, zatrudnienie

oraz możliwości dbania o swoje zdrowie i umacniania go, które są zależne od wykształcenia, zatrudnienia, dochodu, opieki medycznej, a także warunków egzystencjalnych. Niezwykle istotne w społecznym funkcjonowaniu człowieka jest wsparcie społeczne mierzone za pomocą sieci wsparcia, czyli liczby osób, na które jednostka może liczyć w trudnych i przełomowych dla siebie momentach życiowych. Wykluczenie społeczne, stygmatyzacja, a na końcu dyskryminacja są również istotnymi determinantami zdrowia. Wymienione wyżej grupy czynników wpływają na styl życia jednostki oraz kształtują zachowania zdrowotne. Podkreśla się więc, że osobnicze wybory i zachowania powinny być analizowane także z perspektywy społeczno-kulturalnej oraz uwzględniać czynniki makrosocjalne. Na samym dole modelu wskazuje się na czynniki niemodyfikowalne, które również powodują nierówności w zdrowiu, takie jak wiek, płeć, predyspozycje genetyczne.

Koncepcja cyklu życia i przyczyna przyczyn

Jako przyczyny mechanizmów powodujących nierówności w zdrowiu podaje się przede wszystkim uwarunkowania społeczno-ekonomiczne. Największym zagrożeniem dla zdrowia ludności są ubóstwo i niski poziom wykształcenia. Te 2 czynniki powodują również powstawanie społecznych i zdrowotnych nierówności. W najnowszych koncepcjach zauważalne jest odwołanie do perspektywy cyklu życia, co wskazuje, iż wydarzenia oraz kumulacja różnych czynników, które miały miejsce w okresie życia prenatalnego, we wczesnym dzieciństwie oraz w okresie dorastania mogą wpływać na późniejszy stan zdrowia.^{14,15} Przykładem są długofalowe badania przeprowadzone w latach 1995–2013 przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, które wykazały, że warunki społeczno-ekonomiczne we wczesnym dzieciństwie mają wpływ na późniejsze zdrowie i jakość życia.¹⁵ Niepokojące wyniki przedstawia też projekt *Wzmocnić szansę i osłabić transmisję biedy wśród mieszkańców miast województwa łódzkiego* – WZLOT realizowany w latach 2007–2013.¹⁶ Autorzy raportu wskazują na tworzenie się tzw. gett biedy oraz dziedziczenie ubóstwa przez kolejne pokolenia. Podkreślają również, że mieszkańcy łódzkich enklaw biedy rzadko stają się beneficjentami usług społecznych, rzadko też korzystają z programów profilaktyki zdrowotnej i społecznej. W efekcie pogłębiają się różnice w zdrowiu między biedniejszymi a bardziej zamożnymi mieszkańcami województwa łódzkiego.

Kolejnym kierunkiem jest zbadanie przyczyn tradycyjnych czynników ryzyka, czyli szukanie przyczyny przyczyn (ang. *causes of causes*). Metoda ta polega na wykraczaniu poza tzw. tradycyjne czynniki ryzyka i szukanie przyczyn choroby w szerszym kontekście, który uwzględnia również sytuację społeczną, gospodarczą, polityczną

i ich wpływ na wybory i zachowania jednostki. W przypadku chorób układu krążenia tradycyjne czynniki ryzyka, jak palenie tytoniu, nadwaga i otyłość, zaburzenia lipidowe itp. będą analizowane z poziomu makrospołecznego (ogólne relacje między ludźmi, sytuacja społeczna w kraju, status społeczny), mezospołecznego (sieci wsparcia, relacje w pracy i społeczności lokalnej) oraz mikrospołecznego (indywidualne zachowania).¹⁵ Niepewność ekonomiczna kraju może wpływać na możliwości zatrudnienia, relacje międzypracownicze, pojawienie się chronicznego stresu i zwiększenie bezrobocia. Sytuacja taka często powoduje uwalnianie się zachowań kompulsywnych, szkodzących zdrowiu, jak choćby palenie tytoniu, które jest już wymieniane wśród tradycyjnych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Podsumowując, aby w pełni zrozumieć mechanizmy powstawania i pogłębiania się nierówności w zdrowiu, należy uwzględnić te 2 wyżej wspomniane perspektywy.

Ubóstwo

Wieloaspektowość zagadnienia nierówności w zdrowiu sprawia, że powinny być one domeną wielu polityk, których podstawowym zadaniem byłoby niwelowanie nierówności na poziomie edukacji, zatrudnienia czy dochodu. Jedną z głównych przyczyn omawianego zjawiska jest ubóstwo. Deprywacja materialna wiąże się z innymi czynnikami, które również wpływają na powstawanie nierówności w zdrowiu bądź są ich efektem. Ubóstwo oznacza najczęściej niski poziom wykształcenia, brak możliwości nabywania określonych dóbr, korzystania ze wszystkich usług społecznych bądź uczestnictwa w życiu kulturalnym. To również stygmatyzacja i dyskryminacja, a także wykluczenie społeczne. W aspekcie zdrowotnym należy wspomnieć o ograniczonym dostępie do świadczeń zdrowotnych i pozostawaniu na końcu kolejki beneficjentów programów profilaktycznych.

Według raportu z realizacji Milenijnych Celów Rozwoju (Millennium Development Goals – MDGs) liczba ludności na świecie żyjącej w skrajnym ubóstwie znacząco się zmniejszyła – z 36% w 1990 r. do 15% w 2011 r.¹⁷ Dane wskazują, że pod koniec 2015 r. liczba mieszkańców świata żyjących za mniej niż 1 dolara dziennie zmniejszyła się do 12%. W przekroju regionalnym widać jednak znaczące różnice. Najmniejszy odsetek osób żyjących w skrajnym ubóstwie w krajach rozwijających się występuje w Afryce Północnej (1%), Azji Zachodniej (3%) oraz Azji Środkowej (2%). W krajach Afryki Subsaharyjskiej natomiast nadal 41% ludności cierpi z powodu skrajnej biedy. Należy nadmienić, iż region ten jest jedynym, w którym pierwszy z Milenijnych Celów Rozwoju (eliminacja skrajnego ubóstwa i głodu) nie został osiągnięty. Dodatkowo niepokojące jest, że w 2011 r. prawie 60% ludności żyjącej w skrajnym ubóstwie mieszkało w 5 państwach świata, a mianowicie w Indiach, Nigerii, Chinach, Bangladeszu i Demokratycznej Republice Konga (dawny Zair).¹⁷ Na

ten stan rzeczy mają również wpływ uwarunkowania polityczno-gospodarcze. Dla przykładu Demokratyczna Republika Konga w latach 60. XX w. była jednym z najlepiej prosperujących krajów pod względem gospodarczym. Jednak I (1996–1997) oraz II (1998–2003) wojna kongijska przyczyniły się do osłabienia ekonomicznego, zadłużenia kraju, a także klęski głodu. Problemem są również wojny z Rwandą oraz ataki fanatycznej Armii Bożego Oporu (Lord's Resistance Army – LRA), która działa w Ugandzie, ale dokonuje również napaści na tereny kongijskie.

Ubóstwo bardzo często staje się motorem ciągu zdarzeń i zachowań, które negatywnie wpływają na zdrowie. Dodatkowo niekorzystna sytuacja najbardziej pokrzywdzonych grup społecznych może być pogłębiona poprzez określone działania i decyzje na szczeblu państwowym. Dla przykładu długotrwała susza, która nawiedziła Zambię w 2000 r., wywołała ciąg zdarzeń wpływających na epidemiologię zakażeń HIV w tym regionie świata.¹⁸ Prezydent Zambii Levy Patrick Mwanawasa nie przyjął amerykańskiej oferty pomocy humanitarnej dla kraju zagrożonego klęską głodu. W rezultacie doszło do migracji ludności z regionów wiejskich do dużych miast w celu poszukiwania zatrudnienia i pożywienia. Jednym z miast docelowych było Chirundu, położone przy głównej trasie tranzytowej w południowej części Afryki. Ruch tranzytowy, głód i brak możliwości zatrudnienia sprawiły, że jedynym opłacalnym i najszybszym sposobem zarobku dla kobiet stała się prostytutka. Ryzyko zakażenia się wirusem HIV w obliczu realnej śmierci głodowej nie wpływało na decyzję o zaprzestaniu prostytutki. Przedstawiona sytuacja Zambii jest modelowym przykładem obrazującym wpływ uwarunkowań politycznych, społecznych i kulturowych na stan zdrowia populacji.

Ubóstwo jest jednym z podstawowych czynników wpływających na stan zdrowia ludności. Również zamożniejsze rejony świata borykają się z tym problemem i powodowanymi przez niego nierównościami w zdrowiu. W krajach Unii Europejskiej ok. 17% ludności żyje w ubóstwie, a prawie jedna czwarta populacji zagrożona jest ubóstwem i wykluczeniem społecznym.¹⁹ O nierównościach powodowanych przez ubóstwo można mówić, porównując sytuację w poszczególnych krajach członkowskich. Co prawda takie porównanie nie uwzględnia różnic w standardzie życia, dlatego też osoba mniej zamożna w kraju o wysokim standardzie życia i bogatym zapleczu socjalnym będzie doświadczała deprywacji w mniejszym stopniu niż osoba mieszkająca w kraju uboższym. W takiej sytuacji porównanie skali ubóstwa pomiędzy poszczególnymi państwami będzie bardziej wskazywać na nierówności społeczne, które implikują nierówności w zdrowiu.

Według danych Eurostatu w Bułgarii i Rumunii zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem społecznym może dotyczyć nawet 40% populacji, podczas gdy w krajach takich jak Luksemburg, Holandia, Austria i Szwecja ten odsetek jest znacznie mniejszy – 15–18%. W Polsce sytuacja taka występuje u 24,5% ludności.²⁰ Nierówności widoczne są

również pomiędzy poszczególnymi grupami. Najbardziej zagrożone ubóstwem są dzieci i młodzież <18. r.ż. (27%), następnie osoby dorosłe mające <64 lat (24,3%), a najmniej osoby starsze (20,5%). W przekroju między państwowym również widoczne są znaczące różnice. W Rumunii, Bułgarii i na Łotwie zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym jest 40–52% dzieci i młodzieży, podczas gdy w krajach skandynawskich ta sytuacja dotyczy 13–17% dzieci.²⁰ Dane te nie uwzględniają jednak najbardziej zagrożonych grup, jak imigranci, w tym nielegalni, mniejszości etniczne, osoby mieszkające w instytucjach pomocowych. Biorąc pod uwagę obecną sytuację w Europie, związaną z napływem imigrantów ekonomicznych i uchodźców, odsetek osób żyjących w ubóstwie oraz nim zagrożonych zwiększy się, a tym samym nierówności w zdrowiu mogą stać się coraz bardziej widoczne i większe. Najnowsza metaanaliza wskazuje na wyraźną zależność pomiędzy poziomem deprivacji a stanem zdrowia.²¹ Autorzy niniejszej pracy wskazują, że to właśnie dzieci, a nie dorośli, znajdujące się w niekorzystnej sytuacji materialnej są obciążone większym ryzykiem zachorowania na infekcje przewodu pokarmowego niż ich lepiej sytuowani rówieśnicy.

W Polsce widoczne jest również wojewódzkie różnicowanie poziomu ubóstwa. W 2014 r. największą stopę ubóstwa skrajnego odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (14,8%) oraz świętokrzyskim (12,2%), a najniższą w województwach śląskim (4,7%) i dolnośląskim (5,6%).²² W omawianym roku stopa ubóstwa skrajnego dla Polski wynosiła 7,4%. Niepokojącym zjawiskiem jest to, że ryzyko ubóstwa zwiększa się wraz z liczbą dzieci w rodzinie. W 2014 r. w rodzinach wielodzietnych (z co najmniej 4 dzieci) stopa ubóstwa skrajnego wynosiła 26,9%, a w rodzinach z 1 dzieckiem – 2,7%. Wskaźniki te pośrednio informują o możliwościach rozwoju i zapewnienia dzieciom wszystkich cenionych społecznie dóbr. W tym przypadku ubóstwo może oznaczać niższy poziom wykształcenia ze względu na ograniczone możliwości finansowania edukacji, gorsze warunki pracy oraz pracę mniej płatną. Nierzadko taka sytuacja prowadzi do utrwalania pewnych schematów, zachowań i tzw. dziedziczenia ubóstwa. Wśród grup zagrożonych ubóstwem w Polsce wymienia się również osoby niepełnosprawne, mieszkańców wsi oraz osoby młode (<18. r.ż.).

Edukacja

Zagrożenie ubóstwem nieodłącznie związane jest z wykształceniem. Niski poziom wykształcenia często bowiem oznacza gorsze warunki zatrudnienia, bezrobocie, ubóstwo, zwiększone ryzyko zachowań ryzykownych. Stanowi również przeszkodę w rozwoju osobistym oraz jest wymieniane jako jedna z przyczyn nierówności społecznych.^{23,24}

W skali globalnej problem przyjmuje szerszy wymiar i powinien być rozpatrywany z uwzględnieniem sytuacji politycznej, uwarunkowań społeczno-kulturowych, a tak-

że społecznego postrzegania roli płci. Co prawda zaobserwowano zwiększenie liczby dzieci kształcących się na poziomie podstawowym w każdym rejonie świata – liczba dzieci nieuczęszczających do szkoły podstawowej zmniejszyła się ze 100 mln w 2000 r. do 57 mln w 2015 r. Również w regionie Afryki Subsaharyjskiej współczynnik skolaryzacji na poziomie podstawowym wzrósł z 52% w 1990 r. do 78% w 2012 r., jednak według szacunków nawet 43% dzieci na świecie, które nie uczęszczają do żadnej szkoły, nigdy nie podejmie nauki.¹⁷ W poszczególnych częściach świata odsetek ten może być jeszcze większy. Na przykład w Azji Południowej może wynosić nawet 57%, a w Afryce Subsaharyjskiej 50%.¹⁷ Społeczne postrzeganie płci również tutaj ma kluczowe znaczenie. W krajach rozwijających się to właśnie zdobycie wykształcenia choćby na poziomie podstawowym jest szansą na lepsze warunki życia, zatrudnienie. Wykształcenie matek pozytywnie wpływa także na stan zdrowia ich dzieci. Niestety, bardzo często jest tak, że to przyjęte wzorce wyznaczają kobietom rolę żony, matki, opiekunki ogniska domowego lub osoby odpowiedzialnej za dostarczenie wody do gospodarstwa domowego. W tym przypadku kultura i tradycja będą przyczyniały się do pogłębiania nierówności pomiędzy płciami, a w dalszej kolejności nierówności te będą uwidaczniały się w stanie zdrowia. Szacuje się, że w krajach rozwijających się aż 48% dziewcząt nieuczęszczających do żadnej szkoły nigdy nie podejmie nauki. Podobna sytuacja dotyczy mniejszego odsetka, bo 37% chłopców.¹⁷ Z drugiej jednak strony wskazuje się, że to właśnie chłopcy częściej niż dziewczęta przerywają podjętą już naukę.

Toczące się w wielu regionach świata wojny również stanowią przeszkodę w zdobywaniu wykształcenia. W Afryce Północnej znacząco zwiększyła się liczba dzieci nieuczęszczających do szkół – z 28% w 1999 r. do 49% w 2012 r., a w Azji Południowej odpowiednio z 21% do 42%. Dramatyczna sytuacja ma miejsce także w Syryjskiej Republice Arabskiej. W 2013 r. współczynnik skolaryzacji zmniejszył się z 34% do 12%.¹⁷ Dane te nie odzwierciedlają jednak obecnej sytuacji związanej z migracjami Syryjczyków do Europy. Biorąc pod uwagę rozmiar migracji, można spodziewać się pogłębienia się nierówności społecznych związanych w tym przypadku również z niskim poziomem wykształcenia i niemożnością zdobycia odpowiedniej pracy.

Dane europejskie również wskazują na różnice pomiędzy grupami charakteryzującymi się różnym poziomem wykształcenia. Dla przykładu badanie kohortowe przeprowadzone w Danii wykazało, że wśród osób mających podstawowe wykształcenie częściej występowały: otyłość, zachowania antyzdrowotne (palenie), zła samoocena zdrowia, a odsetek zgonów był wyższy. Niski poziom wykształcenia wiązał się ponadto z gorszą sytuacją materialną lub koniecznością korzystania z pomocy instytucjonalnej.²⁵ Również w Polsce istnieją znaczące różnice w zagrożeniu ubóstwem w zależności od wykształcenia. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS)

z 2014 r. stopa skrajnego ubóstwa w gospodarstwach domowych, w których osoby je tworzące miały wykształcenie co najwyżej gimnazjalne, wynosiła 18%, a w sytuacji, gdy głowa rodziny zdobyła wykształcenie wyższe – niecały 1%.²²

Niestety, niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna związana z niskim poziomem wykształcenia przekazywana jest często z pokolenia na pokolenie, prowadząc do tzw. „dziedziczenia biedy”.²³ Podkreślają to również autorzy projektu WZLOT, wskazując, że ubóstwo staje się swoistego rodzaju „kapitałem” przekazywanym kolejnym pokoleniom.¹⁶ Niski poziom wykształcenia to również ograniczenie rozwoju i możliwości pełnego korzystania z wszystkich przysługujących świadczeń. Nierzadko dochodzi do paradoksalnych sytuacji, kiedy z kształcenia ustawicznego i doszkalania się korzystają osoby lepiej wykształcone. Osoby z niższym poziomem wykształcenia rzadziej też korzystają z profilaktyki, co pokazują m.in. wyniki projektu *Wzmocnienie kompetencji nisko wykształconych pracowników w zakresie ich wyborów zdrowotnych w kontekście zmian na rynku pracy (Strengthening transversal competences of low educated employees concerning their health choices in the context of changing labour market – LEECH)*.^{23,27} Widać to na przykładzie korzystania z opieki stomatologicznej i badań mammograficznych.²³ Jak pokazuje analiza danych z projektu LEECH, osoby z niższym wykształceniem rzadziej analizują swój styl życia w kontekście zdrowia, co może tłumaczyć niechęć do korzystania z programów profilaktycznych. Grupa ta nie jest również zainteresowana edukacją zdrowotną w tradycyjnej formie (ulotka, wykład). Często ze względu na występowanie problemów materialnych problematyka zdrowia nie jest podejmowana, a pojawia się jedynie w przypadku wystąpienia choroby.²⁶ Sytuacja taka powoduje powiększanie się różnic społecznych, a tym samym nierówności w zdrowiu.

Praca

Praca jest kolejnym cenionym społecznie dobrem, które niestety nie dla wszystkich jest dostępne. W kontekście nierówności w zdrowiu aspekt pracy może być rozważany wielowymiarowo: posiadanie pracy lub jej brak, strata pracy, a także oddziaływanie środowiska pracy. Te wszystkie płaszczyzny w różny sposób warunkują stan zdrowia poszczególnych populacji, a także wpływać na powstawanie nierówności w zdrowiu.

Uwzględnienie pracy w determinantach zdrowia ma długą tradycję. W okresie rewolucji przemysłowej zwrócono uwagę na zdrowie robotników zatrudnionych w kopalniach czy zakładach przemysłowych, wskazując na niekorzystne wskaźniki zdrowotne w tych grupach.²⁷ Zatrudnienie jest ponadto bezpośrednio związane z edukacją i dochodem. To poziom zdobytego wykształcenia będzie wpływał na możliwości zatrudnienia, a te z kolei na dochód. Zatrudnienie jest zatem wyznacznikiem pozy-

cji społeczno-ekonomicznej jednostki oraz nieodzownym czynnikiem uwzględnianym w analizach stanu zdrowia populacji. To bowiem w pracy spędza się znaczną część swojego życia.

Badanie Oregon Sudden Unexpected Death Study przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wśród przedstawicieli różnych zawodów wykazało, że największe ryzyko nagłego zgonu z powodu chorób układu krążenia mają przedstawiciele tzw. białych kołnierzyków, czyli zawodów niewykonujących pracy fizycznej.^{28,29} Takie ryzyko ciąży także na pracownikach służby publicznej, m.in. na strażakach i policjantach.²⁹ Być może jest to po części spowodowane oddziaływaniem stresu i uwalnianiem mechanizmów, jakie powoduje nagromadzenie zdarzeń stresowych. Udowodniono mianowicie, że u osób, które doświadczają stresu, dochodzi do określonych reakcji fizjologicznych: przyspieszenia rytmu serca, wzrostu skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi, zwiększenia przepływu krwi, a tym samym nasilenia zużycia tlenu przez serce.

Związek między pracą zawodową a chorobami układu oddechowego wykazany został również w badaniu kliniczno-kontrolnym The Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP).³⁰ Grupę ponad 1300 osób, u których wystąpił zawał serca, porównano z grupą kontrolną 1697 osób wybranych z rejestru mieszkańców. Wykazano, że sytuacje konfliktowe w pracy są jednym z największych czynników zwiększających ryzyko zawału, szczególnie w grupie mężczyzn. Również sytuacje, takie jak bardzo nagły termin, pochwała od szefa czy presja konkurencji powodowały wzrost ryzyka zawału serca.

Wyniki badania kohortowego Health, Alcohol and Psychological factors in Eastern Europe (HAPIEE) wskazują, że większym ryzykiem chorób układu krążenia zagrożone są osoby bezrobotne oraz pochodzące z grup ekonomicznie deprivowanych.³¹

Środowisko pracy nie tylko bezpośrednio wpływa na stan zdrowia, ale powoduje również powstawanie nierówności zdrowotnych. Na przykład w Wielkiej Brytanii współczynnik umieralności osób pracujących na najwyższych stanowiskach jest aż o 70% niższy niż w przypadku osób z najniższych klas zawodowych.³² Nie do końca jednak jest jasne, czy związek ten może być tłumaczony bezpośrednim wpływem wykonywanego zawodu na stan zdrowia. Należałoby wziąć również pod uwagę inne okoliczności, które będą warunkować taki stan rzeczy. Wiadomo bowiem, że silnie oddziałują także czynniki społeczno-demograficzne, wykształcenie, stan zdrowia (tzw. efekt zdrowego pracownika), które również wpływają na możliwości zatrudnienia. Sytuacja taka uwidacznia istniejące już nierówności społeczne i nierówności w zdrowiu. Niższy poziom ekonomiczny może wiązać się z możliwościami wyboru edukacji, a ta wpływa na możliwości zatrudnienia. Nierówności w zdrowiu widoczne na płaszczyźnie zawodowej są zatem odbiciem nierówności tkwiących na innych płaszczyznach społecznych.³³

Podsumowanie

Nierówności w zdrowiu są wypadkową nierówności społecznych, a ich zminimalizowanie staje się obecnie priorytetem zdrowia publicznego. Przy próbie wyjaśnienia przyczyn powstawania nierówności w zdrowiu uwzględnia się już nie tylko tradycyjne społeczne czynniki ryzyka zdrowotnego, ale sięga się dalej, do koncepcji przyczyny przyczyn. Takie przenikanie nauk społecznych do nauk medycznych, zdrowia publicznego czy też epidemiologii jest pozytywnym zjawiskiem, a zarazem koniecznością obecnych czasów. Jest też powrotem do całościowego ujmowania środowiska życia człowieka, wraz z aspektem społecznym, który również oddziałuje na stan zdrowia populacji.

Odniesienie do społecznych uwarunkowań zdrowia i do nierówności społecznych w programach profilaktycznych jest również wyznacznikiem decydującym o sukcesie danego programu. Jak pokazuje raport z realizacji Milenijnych Celów Rozwoju, całkowita likwidacja nierówności w zdrowiu wydaje się celem odległym, ale konsekwentne i zintegrowane działania na poziomie międzynarodowym stopniowo doprowadzają do minimalizacji wspomnianych nierówności.

ORCID iDs

Agata Wypych-Ślusarska  <https://orcid.org/0000-0002-3741-574X>

Joanna Głogowska-Ligus  <https://orcid.org/0000-0002-5003-9187>

Jerzy Słowiński  <https://orcid.org/0000-0003-2470-2296>

Piśmiennictwo

1. Constitution of the World Health Organization. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Dostęp 20.09.2017.
2. Marcinkowski T. Medycyna społeczna XIX–XX wieku. W: Brzeziński T, red. *Historia medycyny*. Warszawa, Polska: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1988:466.
3. Szewczyk T. Edukacyjne i ekologiczne konteksty promocji zdrowia. W: Głowacka MD, red. *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. Poznań, Polska: Wydawnictwo Wolumin; 2000:180.
4. Sztompka P. *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków, Polska: Znak; 2003:331–355.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Společne nierówności w zdrowiu w Polsce*. World Health Organization; 2012. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raportspolnierownosci_20130529.pdf. Dostęp 20.09.2017.
6. Mazur J. Nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży z perspektywy całego życia. *Studia BAS*. 2014;2(38):65–87. http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/156D818DC04184E2C1257D07003F40D7?%24File/Stroony%20odStudia_BAS_38-4.pdf. Dostęp 20.09.2017.
7. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129(supl 2):19–31. doi:10.1177/003335491412915206
8. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: USSR, 6–12 September 1978. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Dostęp 20.09.2017.
9. Gray AM. Inequalities in health. The Black Report: A summary and comment. *Int J Health Serv*. 1982;12:349–380. doi:10.2190/XXMM-JMQU-2A7Y-HX1E
10. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (11 August 2005). http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/. Dostęp 20.09.2017.
11. Prezes Rady Ministrów. Uchwała Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020. <http://www.legislacja.gov.pl/docs//2/12270850/12281779/12281780/dokument164277.pdf>. Dostęp 20.09.2017.
12. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka. http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf. Dostęp 20.09.2017.
13. Komisja Europejska. *Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej*. Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej; 2011.
14. Mazur J, Małkowska-Szkutnik A, Tabak I. Changes in family socioeconomic status as predictors of self-efficacy in 13-year-old Polish adolescents. *Int J Public Health*. 2014;59:107–115. doi:10.1007/s00038-013-0458-1
15. Skrzypek M. Społeczna geneza choroby wieńcowej z perspektywy cyklu życia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. 2011;9(2):127–137. doi:10.4467/20842627OZ.11.001.0338
16. Warzywoda-Kruszyńska W, Golczyńska-Gondas A, red. *Wzmocnić szansę i osłabić transmisję biedy wśród mieszkańców miast województwa łódzkiego – projekt WZLOT (raport końcowy + rekomendacje)*. Łódź, Polska: Uniwersytet Łódzki; 2010. <http://www.wzlot.uni.lodz.pl/pub/dokumenty/123230.pdf>. Dostęp 20.09.2017.
17. *The Millenium Development Goals Report 2015*. Nowy Jork, NY, USA: United Nations; 2015. [https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf). Dostęp 20.09.2017.
18. Leszczyński A. *Naznaczeni – Afryka i AIDS*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo TRIO; 2003:35–42.
19. Ubóstwo i nierówności w Unii Europejskiej. *Przewodnik EAPN*. 2014;6. http://www.eapn.org.pl/wp-content/uploads/2014/12/2014-Poverty-Explainer_PL.pdf. Dostęp 20.09.2017.
20. Eurostat Statistics Explained. People at risk of poverty or social exclusion. December 2015. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion. Dostęp 20.09.2017.
21. Adams NL, Rose TC, Hawker J, et al. Relationship between socioeconomic status and gastrointestinal infections in developed countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;23;13(1):e0191633. doi:10.1371/journal.pone.0191633
22. Główny Urząd Statystyczny. *Ubóstwo ekonomiczne w Polsce w 2014 r.* Warszawa, Polska: Główny Urząd Statystyczny; 2015. http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5487/14/2/1/ubostwo_2014.pdf. Dostęp 20.09.2017.
23. Korzeniowska E, Puchalski K, red. *Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej*. Łódź, Polska: Instytut Medycyny Pracy im. Prof. dra J. Noflera; 2010. http://promocjazzdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2011/04/ksiazka_pl.pdf. Dostęp 20.09.2017.
24. Eurostat European Commission. *Sustainable Development in the European Union: 2009 Monitoring Report of the EU Sustainable Development Strategy*. Luksemburg, Luksemburg: Office for Official Publications of the European Communities; 2009. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5703739/KS-78-09-865-EN.PDF/7ccc9240-03ae-40da-b2d8-2cc8a28df320>. Dostęp 20.09.2017.
25. Ullits LR, Ejlskov L, Mortensen RL, et al. Socioeconomic inequality and mortality: A regional Danish cohort study. *BMC Public Health*. 2015;15:490. doi:10.1186/s12889-015-1813-3
26. Puchalski K, Korzeniowska E. Zróźnicowanie stosunku do edukacji zdrowotnej a wykształcenie – Polacy na tle pracowników z Hiszpanii, Łotwy i Słowenii. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. 2011;2:85–96. doi:10.4467/20842627OZ.11.001.0338
27. Lynch J, Kaplan G. Socioeconomic position. W: Brekman LF, Kawachi I, red. *Social Epidemiology*. Nowy Jork, NY, USA: Oxford University Press; 2000:13–35.
28. Zhang L, Narayanan K, Suryadevara V, et al. Occupation and risk of sudden death in a United States community: A case-control analysis. *BMJ Open*. 2015;5:e009413. doi:10.1136/bmjopen-2015-009413
29. Chugh SS, Reinier K, Singh T. Determinants of prolonged QT interval and their contribution to sudden death risk in coronary artery disease: The Oregon Sudden Unexpected Death Study. *Circulation*. 2009;119(5):663–670. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.797035
30. Peter R, Siegrist J, Hallqvist J, et al. Psychosocial work environment and myocardial infarction: Improving risk estimation by combining two complementary job-stress models in the SHEEP Study.

- J Epidemiol Community Health*. 2002;56(4):294–300. doi:10.1136/jech.56.4.294
31. Tillmann T, Pikhart H, Peasey A, et al. Psychosocial and socioeconomic determinants of cardiovascular mortality in Eastern Europe: A multicentre prospective cohort study. *PLoS Med*. 2017 Dec 6;14(12):e1002459. doi:10.1371/journal.pmed.1002459
 32. Smith GD, Hart C, Hole D, et al. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:153–160. <https://jech.bmj.com/content/52/3/153>. Dostęp 20.09.2017.
 33. Ravesteijn B, van Kippersluis H, van Doorslaer E. The contribution of occupation to health inequality. *Res Econ Inequal*. 2013;21:311–332. doi:10.1108/S1049-2585(2013)0000021014

Idea opieki domowej bł. Hanny Chrzanowskiej realizowana w hospicjum domowym

The concept of home hospice care introduced by blessed Hanna Chrzanowska

Grzegorz Godawa^{A–F}

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, Kraków, Polska

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. 2019;9(3):237–241

Adres do korespondencji

Grzegorz Godawa
e-mail: xgodawa@wp.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 26.09.2018 r.

Po recenzji: 26.11.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 13.12.2018 r.

Streszczenie

Początek profesjonalnej domowej opieki nad chorym człowiekiem w Polsce jest związany z postacią Hanny Chrzanowskiej (1902–1973). Jej działalność pielęgniarska na terenie Krakowa była w dużym stopniu innowatorska. Wyrażała się to poprzez umiejętność zauważenia problematyki pomocy obłożnie chorym osobom poza szpitalem i domem pomocy społecznej. Udzielenie pomocy było poprzedzone rzetelną oceną środowiska rodzinnego i zasobów lokalnej społeczności. Kolejnym krokiem było rozpoznanie potrzeb chorego człowieka i dostosowanie do nich działań pomocowych. Chrzanowska organizowała pomoc zespołową dzięki wolontaryjnemu i zawodowemu zaangażowaniu pielęgniarek oraz osób przygotowujących się do tego zawodu. Jej zasługą były inicjatywy polegające na organizowaniu wyjazdowych rekolekcji dla chorych. Chrzanowska pomagała ludziom pokonać bariery fizyczne i socjalne, co ułatwiało integrację. Zapoczątkowana przez nią opieka pielęgniarska sprawowana w domu chorego człowieka miała głębokie uzasadnienie religijne. Była także wyrazem bezinteresownej pomocy, niezależnie od wyznania i zasobów materialnych chorego. Działalność domowych hospicjów w Polsce można uznać za swoistą kontynuację działalności Chrzanowskiej, choć geneza opieki hospicyjnej jest szersza. Zasadne wydaje się przedstawienie teoretycznych założeń i praktycznych rozwiązań problemów osób nieuleczalnie chorych, objętych domową opieką hospicyjną. Wykorzystanie spuścizny Chrzanowskiej może być pomocne w przezwyciężaniu trudności, jakie pojawiają się w czasie realizacji domowej opieki hospicyjnej.

Słowa kluczowe: chory, hospicjum, opieka domowa, Hanna Chrzanowska

Cytowanie

Godawa G. Idea opieki domowej bł. Hanny Chrzanowskiej realizowana w hospicjum domowym. *Piel Zdr Publ.* 2019;9(3):237–241. doi:10.17219/pzp/100717

DOI

10.17219/pzp/100717

Copyright

© 2019 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 development of professional home care for ill people in Poland is connected with Hanna Chrzanowska (1902–1973) and her activity. To a significant extent, her nursing work was innovative, which resulted from the fact that she was able to recognize the need to care for the ill outside hospitals and nursing homes. An accurate diagnosis of the family environment and local community resources was the first step to provide support. The next step was to assess the needs of an ill person and to offer appropriate support. Chrzanowska organized teams which consisted of both professional nurses and the ones in training. She based teamwork on their voluntary and professional involvement. One of her greatest achievements was organizing spiritual retreat for ill people. She helped them overcome physical and social barriers to integration. Nursing home care initiated by Chrzanowska was deeply rooted in religion. It also reflected her willingness to help people regardless of their faith or financial resources. The work of home hospices in Poland may be regarded as a continuation of Chrzanowska's activity. However, the origins of hospice care are more complex. It seems necessary to present theoretical assumptions and practical solutions to the problems of the terminally ill in home hospice care. Chrzanowska's legacy may help to overcome obstacles in the process of providing hospice care.

Key words: ill patient, hospice, home care, Hanna Chrzanowska

Wprowadzenie

Domowa opieka hospicyjna stanowi dziś powszechnie stosowaną formę opieki nad terminalnie chorym człowiekiem. Jest praktykowana na całym świecie i dynamicznie rozwija się również w Polsce, uważanej za pioniera i lidera opieki paliatywnej w Europie Środkowo-Wschodniej.¹ Swoisty charakter opieki sprawowanej w domu chorego człowieka sprawia, że zaspokaja ona codzienne potrzeby pacjentów i ich rodzin.

Celem opieki hospicyjnej jest „zapobieganie i przyniesienie ulgi w bólu oraz cierpieniu poprzez wczesne rozpoznanie i bezbłędną ocenę oraz leczenie bólu i rozwiązywanie innych problemów fizycznych, psychosocjalnych i duchowych”.² Podczas sprawowania opieki są przestrzegane założenia i standardy, które obejmują: ocenę objawu, wyjaśnienie jego przyczyny, indywidualizację leczenia, monitorowanie stanu pacjenta przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na szczegóły w przebiegu procesu leczenia.³ Schemat postępowania zakłada określenie przyczyny bólu i przeciwdziałanie mu, co jest możliwe m.in. dzięki współpracy specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Współpraca ta polega na profesjonalnym udzielaniu pomocy z zastosowaniem najnowszych osiągnięć medycyny, np. w zakresie leczenia bólu. Najczęściej stosowaną formą pomocy hospicyjnej jest opieka stacjonarna i opieka domowa.

Współczesna domowa opieka hospicyjna łączy w sobie ideę pomocy człowiekowi cierpiącemu w domu z możliwościami współczesnej medycyny, zwłaszcza opieki paliatywnej. Domowa opieka hospicyjna „wyrasta” z praktycznej realizacji idei pomagania chorej osobie i teoretycznej refleksji nad jej istotą. W dużej mierze opiera się na założeniach chrześcijańskiej koncepcji miłości bliźniego. Przykładem realizacji tych założeń jest działalność Hanny Chrzanowskiej (1902–1973), uznawanej za prekursorkę modelu opieki hospicyjnej, który funkcjonuje na terenie Polski do dzisiaj.⁴ W pełni zasadne jest zatem przedstawienie koncepcji pomocy realizowanej przez Chrzanowską. Odniesienie tej koncepcji do działalności Cicely Saunders (1918–2005), twórczyni współczesnego ruchu

hospicyjnego, poszerzyło rozumienie zagadnienia. Obie pielęgniarki żyły w podobnym czasie, lecz uwarunkowania prowadzonej przez nich działalności na rzecz cierpiących ludzi były diametralnie różne. Warto podkreślić, że obie przyczyniły się do powstania i rozwoju opieki hospicyjnej.

Prekursorki opieki hospicyjnej

Działalność pierwszej z wymienionych kobiet jest powszechnie znana. W 1967 r. Saunders założyła w Londynie hospicjum,⁵ które rozpoczęło działania w kierunku łagodzenia bólu totalnego (ang. *total pain*), jakiego doświadcza nieuleczalnie chory człowiek. Wychodząc od osobistych doświadczeń w opiece nad chorymi ludźmi, od rozmów z nimi i obserwacji, założycielka współczesnego ruchu hospicyjnego zaproponowała koncepcję bólu totalnego. Idea pomagania jest ukierunkowana na przeciwdziałanie jego destrukcyjnemu działaniu poprzez zastosowanie leczenia objawowego, zmniejszającego przykre dolegliwości i ból. Opieka hospicyjna zaspokaja nie tylko potrzeby somatyczne, ale także psychiczne oraz wpływa na sferę duchową i socjalną. Przy Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie rozwinął się również model opieki domowej oraz szpitalnych grup wsparcia.⁶ Rozwój ruchu hospicyjnego na zachodzie Europy zaowocował dostępnością tej formy leczenia dla coraz większej liczby pacjentów. Warto zaznaczyć, iż Saunders odwiedziła Polskę, przedstawiając ideę opieki paliatywnej, co przyczyniło się do powstania pierwszych polskich hospicjów w Krakowie i Gdańsku⁷ oraz kolejnych w następnych miastach.

Biorąc pod uwagę Europę, postać Chrzanowskiej jest znacznie mniej znana w porównaniu z Saunders, jednak jej wpływ na kształt opieki domowej w Polsce jest znaczący. Chrzanowska urodziła się 7.10.1902 r. w Warszawie, w rodzinie zasłużonej dla polskiej kultury, nauki oraz pielęgniarstwa. Po przeniesieniu się do Krakowa ukończyła w 1920 r. gimnazjum prowadzone przez siostry urszulanki.⁸ Po maturze przeszła kurs pielęgniarstwa, aby nieść pomoc ofiarom wojny polsko-bolszewickiej. Chcąc pogłębić swo-

ją wiedzę i umiejętności, ukończyła w 1924 r. Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa. Następnie wyjechała na stypendia do Francji i Belgii. Podjęła pracę jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie. Od 1929 r. do wybuchu II wojny światowej Chrzanowska redagowała poczytne czasopismo zawodowe „Pielęgniarka Polska”.⁹ Z Kulczyńską współredagowała pierwszy podręcznik pielęgniarstwa *Zabiegi pielęgniarские*.¹⁰

Podczas wojny, która zabrała jej ojca i brata, angażowała się w pomoc uchodźcom, więźniom i osobom przesiedlonym, troszcząc się zwłaszcza o dzieci, także dzieci żydowskie. Jej pragnienie pomagania potrzebującym skłaniało ją do działania na rzecz chorych również po odzyskaniu wolności przez Polskę. Pracowała w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarsko-Położniczej i podejmowała inicjatywy pomocy chorym ludziom przebywającym w domach. W tym czasie odbyła staż w Stanach Zjednoczonych oraz prowadziła liczne kursy dla pielęgniarek, poszerzające jej wiedzę i umiejętności w zakresie otwartej opieki zdrowotnej.¹¹ Ten rodzaj wsparcia rozumiała jako świadczenia „udzielane ludności w jej zwykłych warunkach bytowania”,¹² a więc dostosowane do warunków mieszkaniowych chorego i jego bliskich.

Szczególnym okresem jej działalności pomocowej był czas po przejściu na wcześniejszą emeryturę w 1957 r. Zdecydowała się wtedy na podjęcie, wraz z Szendlak, inicjatywy domowej opieki pielęgniarskiej, którą związała z działalnością Kościoła krakowskiego.¹³ Pomocy chorym poświęciła resztę swojego życia, które zakończyło się w 1973 r. Kościół katolicki ogłosił ją błogosławioną 28.04.2018 r.

Opieka nad chorymi przebywającymi w domach jest ma kilka cech, które wyróżniają ją spośród innych nielicznych inicjatyw na rzecz chorych. Głębsza analiza działalności Chrzanowskiej pozwoli na scharakteryzowanie domowej opieki nad chorym człowiekiem sprawowanej w Polsce.

Rozpoznanie środowiska chorego człowieka

Chrzanowska zwracała dużą uwagę na potrzebę dogłębnego rozpoznania i analizy środowiska, w którym przebywa chory człowiek, dlatego dużą rolę przywiązywała do pierwszej wizyty w jego domu. We wskazaniach skierowanych do pielęgniarek podkreślała, iż ocena środowiska rodzinnego jest warunkiem optymalnej opieki nad chorym. Zwracała uwagę, że praca pielęgniarek jest ukierunkowana nie tylko na dobro chorego, ale także na dobro jego rodziny. Będąc świadoma trudności w tym względzie, Chrzanowska podkreślała, że poznanie drugiego człowieka jest procesem, a nie pojedynczym wydarzeniem. W związku z tym używała określenia „poznanie”, któremu przeciwstawiała „poznanie”. Stąd wagi nabrała umiejętność poznawania bliskich chorego, ich wzajemnych więzi i relacji, emocjonalnej atmosfery wo-

kół chorej osoby. Ważne było stopniowe poznawanie zwyczajów panujących w rodzinie i sąsiedztwie, co pomagało w dokonywaniu ewentualnych korekt, które okazywały się niezbędne, by móc skutecznie wspierać chorego człowieka.¹⁴

Ocena środowiska chorego obejmuje także poznanie zasobów społecznych osób spoza rodziny. Ważne jest także rozpoznanie ogólnego stanu materialnego rodziny, a szczególnie poznanie mieszkania traktowanego jako miejsce pracy pielęgniarki. Higiena mieszkania, o którą powinna troszczyć się rodzina, jest ważnym elementem w procesie opieki nad chorym.¹² Oprócz obserwacji podstawowym narzędziem diagnostycznym dla Chrzanowskiej była umiejętność stawiania pytań. Uważała ona, że im więcej pielęgniarka będzie wiedzieć, tym lepiej pomoże choremu. Umiejętnie sformułowane pytania stanowią źródło cennej wiedzy, ale należy pamiętać, że jej pozyskiwanie nie może ograniczyć wolności człowieka ani uchybić jego godności.¹⁵

Chrzanowska przykładła dużą wagę do uporządkowania i systematyzacji wyników oceny środowiska, w którym przebywa chory. Zalecała, aby pielęgniarki solidnie prowadziły kartoteki chorych i ich rodzin, uważając, że sprawozdawczość to „podstawa do udowodnienia wartości naszej pracy, do wyciągania wniosków, do jej poszerzania, pogłębiania”.¹⁴

Pielęgnacja i towarzyszenie choremu

Rzetelna ocena środowiska rodzinnego jest wstępem do zapoznania się z jego osobistą sytuacją zdrowotną i zakresem jego potrzeb. Uzyskanie informacji na temat chorób, z jakimi zmagają się chory, i stosowanych leków są podstawą diagnozy. Powinna ona jednak pójść dalej. Choć Chrzanowska uważała, że człowiek zdrowy nie jest w stanie w pełni zrozumieć potrzeb człowieka obłożnie chorego, zalecała zrobienie wszystkiego, co jest w mocy pielęgniarki, by poznanie cierpiącego człowieka pozwalało na udzielenie mu jak najbardziej skutecznego wsparcia: „Stopniowe poznawanie prowadzi do coraz większego zrozumienia chorego człowieka i wzmacnia, pogłębia naszą do niego życzliwość. Chorzy mówią o nas: «To mój prawdziwy przyjaciel»”.¹⁴ Chrzanowska uważała jednak, że to zaszczytne określenie nie jest w pełni adekwatne, gdyż przyjaźń zakłada obustronne zwierzenia, a taka postawa pielęgniarki byłaby nieprofesjonalna.

Chrzanowska miała świadomość, że przekroczenie progu mieszkania chorego człowieka może być niekiedy bardzo trudne. Przestrzegała swoje uczennice: „Wchodząc do domu, musicie być gotowe na szok”.¹⁵ Wywoływał go stan chorego, który nie zawsze był należycie pielęgnowany, a także warunki, w których przebywał (przykładowe opisy niektórych dramatycznych przypadków zostały zamieszczone w artykule *Pacjenci domowi* opublikowanym

w „Tygodniku Powszechnym”¹⁶). Umiejętność opanowania pierwszej reakcji jest kluczowa w pracy pielęgniarki, dlatego niezbędna jest duża samoświadomość osób udzielających pomocy. Udzielane przez nich wsparcie powinno być zgodne z wyznaczonymi standardami postępowania, ale jednocześnie kreatywne i otwarte na nieprzewidziane sytuacje. Dzięki tej postawie pielęgniarka, która wychodzi poza szpitalną przestrzeń powtarzalnych czynności, jest w stanie dostosować swoje działania do sytuacji niestandardowych.

Chrzanowska świadczyła pomoc stosowną do koncepcji traktowania osoby, która zakłada jej niezbywalną godność. Niezależnie od stanu zdrowia, wyglądu i rokowań, chory człowiek pozostawał dla niej osobą, której należy się szacunek. Opierając swoje przekonania na chrześcijańskiej koncepcji osoby, domagała się poszanowania szerokiego zakresu potrzeb chorego, obejmujących obok potrzeb cielesnych także potrzeby psychiczne czy duchowe. Jej celem było integralne spojrzenie na człowieka oraz zapewnienie mu adekwatnej opieki, pozbawionej znamion redukcjonizmu.¹¹

Zespołowy charakter opieki

W dążeniu Chrzanowskiej do rozwinięcia idei pomocy nieuleczalnie chorym przebywającym w domach można dostrzec wyraźne ukierunkowanie na zbudowanie zespołu świadczącego pomoc. Aby zrealizować to zamierzenie, niezbędna jest współpraca pielęgniarek między sobą, a także z osobami przeszkolonymi do opieki nad chorym człowiekiem. Chrzanowska miała świadomość, że próba zaspokojenia szerokiego zakresu potrzeb chorego człowieka wymaga podjęcia działań, które wykraczają poza kompetencje pielęgniarki. Starła się zatem przede wszystkim, by każda pielęgniarka współpracowała z lekarzem. Chrzanowska podkreślała wagę tej współpracy, gdyż podporządkowanie się decyzjom lekarza oraz zachowanie lojalności jest wymaganiem, które zapobiega nadużyciom oraz buduje poczucie zaufania.¹⁴

Błogosławiona pielęgniarka zwracała uwagę na konieczność włączenia do współpracy również sektora wsparcia społecznego. W tym celu niezbędna jest znajomość struktur tej formy wsparcia oraz umiejętność wykorzystania jego zasobów. Chrzanowska pragnęła, aby w pomoc chorym włączyły się organizacje pozarządowe i Kościół. Autorka *Zagadnień etycznych* sugeruje, że zadaniem pielęgniarki jest inicjowanie i organizowanie działań, w które są włączane również osoby pracujące wolontaryjnie, zwłaszcza kobiety, młodzież, studenci. Jeśli pomoc jest świadczona umiejętnie, osoby jej udzielające także czerpią z niej korzyści: „Chociaż celem bezpośrednich działań pielęgniarki jest dobro chorego, powinna też mieć na względzie dobro samego aktywu, tj. jego członków. Specjalnie ważne są grupy młodzieży, dla których zetknięcie się z chorymi i potrzebującymi może mieć wpływ niezmier-

nie dodatni, jeśli jest prowadzona ta akcja ze znajomością ich psychiki i możliwości”.¹⁴ Poczucie odpowiedzialności za osoby niewykwalifikowane jest szczególnie istotne.

Osobą, która może wzmocnić działania zespołu, jest duchowny. Zaproszenie go do domu chorego wymaga niekiedy pokonania oporów i lęku. Chrzanowska zalecała zachowanie pełnej delikatności w tym względzie, gdyż miała świadomość, że wizyta duchownego może być dla chorego trudna. Zamiast nakłaniania chorego do spowiedzi i przyjęcia sakramentu chorych, proponowała czujność i rozmowę, która pozwala rozładować napięcie wewnętrzne i dodaje otuchy. Delikatność i wycucie sprawiają, że „na propozycję sprowadzenia księdza i przyjęcia sakramentów św. – jakże często godzą się z ochotą i radością ci, których rzekomo miało to przestraszyć”.¹⁴ Warto podkreślić, że Chrzanowska wprowadziła w świat osób cierpiących ks. Karola Wojtyłę, który w 1960 r., już jako biskup krakowski, razem z nią odwiedził w Wielkim Poście 35 chorych. Później stało się to corocznym rytuałem wielkopostnym oraz stałym punktem podczas wizytacji parafii.¹⁷

Pokonywanie barier

Począwszy od pierwszej połowy lat 60. ubiegłego wieku Chrzanowska organizowała wyjazdy rekolekcyjne dla chorych. Był to wyraz jej troski o duchowy i religijny rozwój cierpiących osób, które na co dzień nie miały okazji korzystać z sakramentów. Wyjazdy te miały również znaczenie integracyjne, ponieważ zdrowi opiekunowie mieli okazję do zetknięcia się z ludźmi chorymi oraz pomagania im. Kontakt ten miał szczególne znaczenie rozwojowe dla pomagających, a dla niepełnosprawnych był niezwykle okazją do nawiązania nowych relacji i wzmocnienia więzi. Budował w nich także poczucie własnej godności i przywracał wiarę w innych, na co wskazuje wypowiedź jednej z uczestniczek rekolekcji: „W 68’ roku znalazł mnie prawdziwy Człowiek, tj. śp. p. Chrzanowska, a później inni, jej podobni. Oni sprawili, że przestałam się czuć przedmiotem niepotrzebnym nikomu. Zaczęłam wierzyć, że jestem człowiekiem – z dużym defektem, co prawda, ale jednak człowiekiem. A także uwierzyłam, że istnieją jeszcze prawdziwi ludzie”.¹⁸

Dla wielu chorych udział w rekolekcjach był jedyną możliwością wyjazdu z domu, w którym przebywali niekiedy wiele lat.¹⁹ Nie dziwi więc, że na propozycję wyjazdu chory reagowali z niedowierzaniem. Jednak pełne zaangażowanie ze strony organizatorów i podopiecznych powodowało, że wszelkie bariery architektoniczne, psychologiczne i społeczne zostały przełamane.

Podsumowanie

Analiza działalności pielęgniarskiej, pisarskiej i organizatorskiej Chrzanowskiej pozwala zauważyć, że wy-

pracowana przez nią metodyka działań pomocowych ma realne przełożenie na współczesny model opieki nad nieuleczalnie chorym człowiekiem. Choć Chrzanowska nie posługiwała się wszystkimi pojęciami i metodami, których używa się w dzisiejszej opiece hospicyjnej, ukazała znaczenie podstawowych prawd i założeń. Zachowując profesjonalny charakter pracy pielęgniarki, pozostała otwarta na nowości i dostrzegała potrzebę nieustannego rozwoju. Wcielając w życie przyjęte idee, inspirowała innych do zaangażowania się w pomoc drugiemu człowiekowi. Słusznie więc nazywa się ją prekursorką domowej opieki hospicyjnej, co nie oznacza, że można jej przypisać całokształt tworzenia tej opieki. Działalność Chrzanowskiej wpisuje się w nurt działań podejmowanych przez inne osoby zaangażowane na rzecz pomocy cierpiącym. Stanowi cenne źródło inspiracji do świadczenia pomocy drugiemu człowiekowi, poparte osobistym przykładem. Warto tutaj wymienić współczesne pielęgniarstwo środowiskowe czy działalność hospicjów domowych. Szczególnym śladem jej działalności są obozy dla osób niepełnosprawnych i rekolekcje dla pielęgniarek, organizowane również obecnie. Jej postać na tyle wyraźnie utrwaliła się w świadomości kolejnych pokoleń, że powstało wiele placówek o charakterze opiekuńczym i organizacji pozarządowych noszących jej imię.

Nie przypadkiem przedstawienie życia i działalności Chrzanowskiej rozpoczęto od przypomnienia postaci Saunders. Choć nie ma dowodów na to, że obie kobiety kiedykolwiek się spotkały, realizowane przez nie idee są sobie bardzo bliskie. W jednym ze swoich kluczowych tekstów Chrzanowska podkreśliła tę jedność, konkludując wskazówki skierowane do pielęgniarek: „Uspokajające działanie troski o chorego, łagodzenie bólu, szczerza rozmowa, taktowne i mądre przybliżenie chorym świadomości odejścia i pogodzenie się z tym – to również założenia, które stały u początków Hospicjum św. Krzysztofa – domu dla nieuleczalnie chorych i umierających w Anglii”¹⁴. Nawiązanie to oznacza, iż Chrzanowska miała świadomość, że prowadzone przez nią dzieła są równie potrzebne chorym w ubogiej Polsce, jak i osobom umierającym w znacznie lepszych warunkach ekonomicznych. Zaznaczone różnice nie dotyczą bowiem istoty życia ludzkiego, jego wartości i sensu. Pomoc choremu człowiekowi stała się celem jej życia, choć wymagało to od niej wiele wysiłku. Przyjęcie roli prekursora oznaczało konieczność wykazania się kreatywnością, odpornością, hartem ducha, nadzieją, a nade wszystko miłością do ludzi chorych. Te cechy dobrze charakteryzują Chrzanowską i są wskazówką dla wszystkich, którzy angażują się w pomoc cierpiącemu człowiekowi.

ORCID iD

Grzegorz Godawa  <https://orcid.org/0000-0002-2283-3965>

Piśmiennictwo

1. Kurczewska U, Jasińska M, Orszulak-Michalak D. Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej. *Farm Pol.* 2010;66(2):93–100. <http://ptfarm.pl/pub/File/Farmacja%20Polska/2010/02-2010/04%20%20Opieka%20paliatywna.pdf>. Dostęp 14.06.2019.
2. Travers E, Mitchell D. Zagadnienia strategiczne i ogólne w opiece paliatywnej. W: Kinghorn S, Gaines S, red. Walden-Gałuszko K de, Gaworska-Krzemińska A, red. wyd. pol. Trelewicz-Sosnowska J, Wenecka B, tłum. *Opieka paliatywna*. Wrocław, Polska: Elsevier Urban & Partner; 2012:1–8.
3. Kaptacz I. Znaczenie badań opartych na dowodach naukowych w leczeniu objawowym w opiece paliatywnej z uwzględnieniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP. W: Krzyżanowski DM, Payne M, Fal AM, red. *Ból i cierpienie – ujęcie interdyscyplinarne. Życie godnie do końca*. T 3. Wrocław, Polska: Presscom; 2013:21–28.
4. Kowalik G. Idea opieki paliatywno-hospicyjnej – rys historyczny. *Stud Med.* 2013; 29(2):188–194. doi:10.5114/ms.2013.36892
5. Górecki M. Geneza i rozwój opieki hospicyjnej – paliatywnej. W: Górecki M, red. *Prawda umierania i tajemnica śmierci*. Warszawa, Polska: Żak; 2010:226–257.
6. Boulay S du, Rankin M. Sumera I, tłum. *Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego*. Kraków, Polska: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak; 2009.
7. Szot L. Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego. *Studia Warmińskie*. 2009;46:221–236. http://bazhum.muzhp.pl/media/files/Studia_Warmińskie/Studia_Warmińskie-r2009-t46/Studia_Warmińskie-r2009-t46-s221-236/Studia_Warmińskie-r2009-t46-s221-236.pdf. Dostęp 14.06.2019.
8. Klich AE. Służyć Chrystusowi wprost – Sługa Boża Hanna Chrzanowska. *Sosnowieckie Studia Teologiczne*. 2016/2017;13:253–265. https://www.osu.pl/uploadfiles/materialy/sluzyc_chrystusowi_hanna_chrzanowska_klich.pdf. Dostęp 14.06.2019.
9. Miller E, Jantos P. Błogosławiona Hanna Chrzanowska. Życiorys. <https://hannachrzanowska.pl/sample-page/>. Dostęp 17.09.2018.
10. Łukasz-Paluch K, Franek GA. Rodowód czasopisma „Pielęgniarka Polska” – życie i działalność redaktor naczelnej. *Probl Pielęg.* 2007; 15(2–3):86–90. <https://www.termedia.pl/Rodowod-czasopisma,134,35332,0,0.html>. Dostęp 14.06.2019.
11. Kubik K. *Hanna Chrzanowska. Błogosławiona pielęgniarka*. Kraków, Polska: SPES; 2018.
12. Chrzanowska H, Skobyłko K. *Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej*. Warszawa, Polska: PZWL; 1975.
13. Chrzanowska H. Pamiętnik. W: Chrzanowska H, Rumun A, Florkowska M, oprac. *Pamiętniki, listy, notatki*. Kraków, Polska: Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej; 2018:17–158.
14. Chrzanowska H. Zagadnienia etyczne w pielęgniarstwie domowym. W: Chrzanowska H. *Pamiętniki, listy, notatki*. Rumun A, Florkowska M, oprac. Kraków, Polska: Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych im. Hanny Chrzanowskiej; 2018:159–222.
15. Zuchniewicz P. *Siostra naszego Boga. Niezwykła historia Hanny Chrzanowskiej*. Kraków, Polska: Znak; 2017.
16. Chrzanowska H. Pacjenci domowi. *Tygodnik Powszechny*; 21.01.1976;5.
17. Rumun A. Hanna Chrzanowska. W: Bejze B, red. *Chrześcijaństwo*. T 3. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej; 1978:346–438.
18. Chorzy o Hannie Chrzanowskiej (w dziesiątą rocznicę śmierci). *Tygodnik Powszechny*. 1983;20:8.
19. Wadas T. Hanna Chrzanowska (1902–1973) wybitna pielęgniarka, nauczycielka i opiekunka chorych. *Małopolskie Pielęgniarki i Położne*. 2018;30:6–8. http://www.moipip.org.pl/media/doc/mpip/mpip_nr_30.pdf. Dostęp 14.06.2019.

Fenomenologiczne i hermeneutyczne założenia filozofii i etyki pielęgniarstwa – analizy, porównania, rekonceptualizacje pojęć

Phenomenological and hermeneutical assumptions of ethics and philosophy in nursing: Analyses, comparisons, reconceptualizations of notions

Daniel Wiśniewski^{1,A–D}, Kinga Flaga-Gieruszyńska^{2,E,F}

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Prawa Medycznego Katedry Medycyny Społecznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Szczecin, Polska

² Zakład Prawa Medycznego, Katedra Medycyny Społecznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Szczecin, Polska

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. 2019;9(3):243–251

Adres do korespondencji

Daniel Wiśniewski

e-mail: d.wisniewski1984@wp.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.04.2018 r.

Po recenzji: 29.10.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 11.12.2018 r.

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie sposobu, w jaki określone założenia fenomenologii i hermeneutyki inspirowały konkretne teorie pielęgniarstwa. Rozważane były mianowicie teorie Betty Neuman i Patricii Benner, w mniejszym zakresie także Carol Gilligan, Madeleine Leininger, Jean Watson, Philipa Warelowa, Barbary Carper, Anneli Sarvimäki, Colina Holmesa i Afaf Meleis. Wspomniano też o teoriach Marthy Rogers i Rosemarie Rizzo Parse. Analizy poprzedza ustalenie filozoficznych znaczeń pojęć. Autorzy wykraczają poza przywołanie definicji i rekonstruują obszerniejsze konteksty teorii filozoficznych, w których zostały one sformułowane. W dalszej części artykułu nastąpiło określenie ich wzajemnych relacji znaczeniowych w analizowanych teoriach. Jednocześnie inspiracje fenomenologiczne i hermeneutyczne potraktowano jako środek do omówienia znacznie szerszego problemu badawczego, jakim jest ukazanie ewolucji filozofii i etyki pielęgniarstwa, zarówno w Polsce, jak i na świecie. Problem filozofii, rzadko podejmowany przez badaczy pielęgniarstwa i niechętnie goszczący na łamach czasopism branżowych i naukowych, ma duże znaczenie w określeniu dystynkcji naukowych badań pielęgniarstwa na tle modelu medycznego. Istotą rozróżnienia jest uwzględnianie kontekstu humanistycznego w przedmiocie badań pielęgniarstwa. Tak zdefiniowane kryterium otwiera kontrowersyjną, ale – w mniemaniu autorów – interesującą dyskusję na temat naukowego i metodologicznego statusu pielęgniarstwa.

Słowa kluczowe: etyka, pielęgniarstwo, fenomenologia, filozofia, hermeneutyka

Cytowanie

Wiśniewski D, Flaga-Gieruszyńska K. Fenomenologiczne i hermeneutyczne założenia filozofii i etyki pielęgniarstwa – analizy, porównania, rekonceptualizacje pojęć.

Piel Zdr Publ. 2019;9(3):243–251. doi:10.17219/pzp/100661

DOI

10.17219/pzp/100661

Copyright

© 2019 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 aim of the article is to determine the way in which specific assumptions of phenomenology and hermeneutics have inspired specific theories of nursing. Betty Neuman's and Patricia Benner's theories are considered, and – to a lesser extent – also Carol Gilligan's, Madeleine Leininger's, Jean Watson's, Philip Warelów's, Barbara Carper's, Anneli Sarvimäki's, Colin Holmes's, and Afaf Maleis's. Martha Rogers's and Rosemarie Rizzo Parse's theories are barely mentioned. The analysis follows determination of the philosophical meanings of specific concepts. The authors go beyond just recalling the definitions and reconstruct broader contexts of the philosophical theories in which they have been formulated. In the further part of the article, mutual significance relations of these concepts in the abovementioned theories are analyzed. At the same time, phenomenological and hermeneutical inspirations lead to a much wider research problem which is to show the evolution of philosophy and the ethics in nursing both in Poland and in the rest of the world. The problem of philosophy, rarely undertaken by nursing researchers and sparsely addressed in branch magazines, is important for determining the distinction of scientific nursing research against the background of the medical model. The essence of this distinction is to take into account the humanistic context in the subject of nursing research. Such a criterion opens up a controversial but – in the authors' opinion – an interesting discussion about the scientific and methodological status of nursing.

Key words: ethics, nursing, phenomenology, philosophy, hermeneutics

Fenomenologia i hermeneutyka a zróżnicowanie nauk o moralności

Podział na opisowe i normatywne nauki o moralności jest nieprecyzyjny.¹ Zwłaszcza w przypadku fenomenologii granica między filozofią a naukami społecznymi i humanistycznymi zaciera się, ponieważ wielu socjologów nie tylko chętnie nawiązuje do niej, ale nawet wyodrębnia z nauki socjologii socjologię fenomenologiczną.^{2–7} Niezależnie od tego kierunkiem, który również jest popularny w naukach społecznych i humanistycznych, jest hermeneutyka. Powodem jej niesłabnącego powodzenia jest model interpretacyjny określany jako spirala hermeneutyczna. Ten popularny model interpretacji przeniknął do nauk społecznych takich jak socjologia i pedagogika, a wśród humanistycznych zwłaszcza do literaturoznawstwa, które nobilitowało go do cenniejszej metody badawczej.^{8,9} Należy zaraz uściślić, że ani fenomenologia, ani hermeneutyka nie są teoriami homogenicznymi, lecz wprost przeciwnie, wykazują wiele dalszych odmian. Trudno np. postawić znak równości między teoriami etycznymi Maurice'a Merleau-Ponty'ego i Maxa Schelera, i nie chodzi bynajmniej tylko o konkretne twierdzenia etyczne, lecz o różne rozłożenie akcentów nawet w wyjściowych założeniach epistemologicznych. Mimo to obie kwalifikowane są do wspólnego typu fenomenologii.^{10–12} Trudności klasyfikacyjne potęgują się od zmiany w myśli nawet pojedynczego autora. Na przykład u Martina Heideggera wyodrębni się kilka etapów refleksji filozoficznej, jednak mimo że mają one odrębne cele cząstkowe dążą zbudowania spójnego systemu filozoficznego, co filozofię autora pozwala zgodnie kwalifikować do fenomenologii.^{13–15} Artykuł nie pomieści jej wszystkich niuansów. Zamiast tego analizy będą bazować na wspólnym dla wszystkich odmian rdzeniu teorii. Jednocześnie mają one charakter metateoretyczny, ściślej – metaetyczny.

Stan piśmiennictwa i kryteria przeglądu

Choć Polska Bibliografia Lekarska dowodzi co najwyżej umiarkowanego zainteresowania filozofią i etyką pielęgniarstwa, ich popularność na świecie rośnie. W Polsce najczęściej filozoficzne problemy pielęgniarstwa rozważane są na łamach zaledwie kilku czasopism prowadzących ich względnie systematyczny przegląd. W pozostałych mają one tylko charakter incydentalny. Zbadaliśmy niektóre przykłady refleksji w ramach filozofii i etyki pielęgniarstwa we współczesnym piśmiennictwie światowym. Kryteriami selekcji były czas i miejsce wydania. Na ich podstawie wybraliśmy publikacje możliwie najnowsze i z wielu różnych kontynentów. Kryterium porównań są założenia teoretyczne fenomenologii i hermeneutyki.

Nauki o moralności – podstawy teoretyczne

Zasadniczy podział nauk o moralności obejmuje nauki opisowe (empiryczne) i spekulatywne. Kryterium dowiedzenia pozwala wyodrębnić etykę od socjologii czy psychologii moralności, z typowym dla pierwszej myśleniem spekulatywnym. Nośnikiem treści etyki są powinności ujęte w formie nakazów i zakazów, ogólniej zasad. W odróżnieniu od etyki ani psychologia, ani socjologia moralności nie formułują normatywnych wytycznych postępowania, lecz analizują zewnętrzne (socjologia) lub wewnętrzne (psychologia) determinanty zachowań moralnych. Kluczowym pojęciem regulującym ich zakres przedmiotowy jest moralność.^{15–19} Trudność definicji moralności pokazują burzliwe dyskusje teoretyczne wśród przedstawicieli nauk opisowych, czasem prowadzące nawet do zakwestionowania samego pojęcia. Wyrazem empirycznego charakteru moralności jest uznanie, że nie istnieje jedna wspólna moralność, lecz wiele róż-

nych, które charakteryzującą grupy społeczne, a nawet jednostki.^{16–20} Z kolei zawężenie moralności do jednostek czy grup wydaje się nie do przyjęcia na gruncie etyki. Wprawdzie istnieje wiele różnych systemów etycznych, każdy jednak zachowuje uniwersalność zasad rozumianą jako niezmiennosc ze względu na osobę wykonawcy.^{21,22}

W porównaniu do nauk opisowych pojęcie działania w sensie etycznym formułowane jest bardzo ogólnikowo. Kryteria wolności i świadomości zaczerpnięto jeszcze z tradycji filozoficznej arystotelizmu – działanie w sensie etycznym musi być świadome i wynikać z dobrowolności po stronie wykonawcy działania. Nie jest więc kwalifikowane etycznie działanie wynikające z przymusu albo bezwiedne, np. we śnie, w transie. Także działanie podejmowane pod presją ma ograniczone znaczenie na gruncie etyki. Oprócz specyficznego instrumentarium pojęciowego, etyka korzysta ze swoistego modelu generowania twierdzeń. Charakterystyczny dla etyki sposób polega bowiem na dedukcji. Dodatkowo, ponieważ pojęcie zasady, o czym już zdążyliśmy napisać, jest niezmiennie ze względu na wykonawcę, wyodrębnienie podsystemów etyk zawodowych (deontologii) może być wyłącznie konwencjonalne. Ze ściśle filozoficznego punktu widzenia nie istnieje zatem żadna etyka określana przymiotnikową nazwą zawodu. Wspólność zasad uniemożliwia bowiem wykazanie specyficznego puli norm właściwych tylko jednej profesji. Można oczywiście (tak też się czyni) wyróżniać na gruncie etyki pewne dziedziny zachowań, są to jednak bardziej dziedziny życia prywatnego, a nawet intymnego niż zawodowego.

Choć nie jest możliwe wykazanie różnicy w statusie normy ze względu na wykonawcę, etyka nie zapominała o nim całkowicie. Sporo uwagi poświęcił mu nawet kantyzm, przecież bardzo restrykcyjny system etyczny.²³ Właściwością kantyzmu było wykazywanie subiektywnych stanów psychicznych jednostek, ale na tle całkowitej nienaruszalności zasady. Najsilniej ku jednostce zwróciły się systemy XX-wieczne, nadal jednak nie za cenę rozmycia pojęcia zasady.²⁴ Systemami najpełniej odzwierciedlającymi indywidualność były egzystencjalizm, hermeneutyka i fenomenologia. Dowodem jest to, że zwłaszcza 2 ostatnie istotnie wpłynęły na nauki społeczne.^{25–27}

Zwrot ku podmiotowi w filozofii pielęgniarstwa na świecie a inspiracje hermeneutyczne i fenomenologiczne

Współczesne światowe piśmiennictwo o filozofii i etyce pielęgniarstwa odnosi się do podmiotowo zorientowanych nurtów etyki (fenomenologia, hermeneutyka).^{26–34} Mimo że akceptuje kluczowe założenia etyki tradycyjnej o świadomości i dobrowolności czynu (arystotelizm, tomizm), zwraca się ku myśleniu indukcyjnemu, do którego najbliższe

jest właśnie młodym etykom: fenomenologii, hermeneutyce, a także egzystencjalizmowi. Fenomenologiczny model generowania twierdzeń opiera się na założeniu, że kompetencja poznawcza jednostki zdolna jest objąć esencjalną prawdę o rzeczywistości.²⁵ Model hermeneutyki (model, nie nauka) to schemat interpretacyjny o początkach sięgających jeszcze tekstów starożytnych: filozoficznych, prawnych, religijnych i rapsodii.⁹ W późniejszym okresie hermeneutyka rozszerzyła się na inne dziedziny, nadal zachowując model interpretacji określanej jako spirala hermeneutyczna. Polegał on na odpowiedności (relacji) sensów elementu i całości, wzajemne relacje znaczeniowe wyznaczały więc zarówno sens całości, jak i sensy elementów. Dynamiczny charakter interpretacji zmienia hierarchiczną zależność całości i składowej, bowiem sens nawet najmniejszej części wpływa na znaczenie całości (i odwrotnie).⁹

Pielęgniarstwo jako nauka humanistyczna i styl działania – koncepcje Philipa Warelowa, Barbary Carper, Anneli Sarvimäki i Colina Holmesa

Warelow wykazuje wpływ filozofii niepozytywistycznych na zmianę paradygmatu etyki pielęgniarstwa.³⁵ Do takich filozofii zalicza on fenomenologię, humanizm i holizm. Pojęcie filozofii niepozytywistycznej autor definiuje w aspekcie nauko- i teoriopoznawczym, a także metodologicznym, czyli jako:

- zmianę nauki z określonej za pomocą praw i prawidłowości na naukę, która nie jest zbudowana ze zwartych teorii,
- zmianę statusu wiedzy wąsko pojętej jako derywat intersubiektywnego doświadczenia na wiedzę odchodzącą od uchwytanych obserwacji,
- zmianę modelu postępowania badawczego poddanego rygorom miary i kwantyfikacji na postępowanie odchodzące od kwantyfikacji.³⁵

O wyodrębnieniu nauk humanistycznych od matematyczno-przyrodniczych decyduje czynnik *Verstehen*. Zostaje on zdefiniowany za pomocą kategorii empatii i w opozycji do pozytywistycznej kategorii obiektywizmu. Czynnikiem *Verstehen* nie buduje jednostkowych wyjaśnień, lecz pozwala sięgnąć w głąb badanego zjawiska, poszerzając rozumienie. Kryteriami *Verstehen* są bowiem rozumienie zjawiska, a także spójność wiedzy w obrębie doświadczenia społecznego jako kontekstu poznania. Istotą podejścia jest pojmowanie zjawiska tylko w ramach społecznych, ponieważ żadne zjawisko nie jest od nich oderwane. Obecnie w miejsce już dziś przestarzałej, bo jeszcze postkantowskiej kategorii *Verstehen* wielu filozofów nauk społecznych zaleca interpretację znaczeń lub hermeneutyczne rozumienie.³⁵ Jednocześnie podkreślają

oni spójność tych podejść z humanistyką postmodernistyczną czy holizmem.³⁵

Szerzej problem źródeł uzasadnień praktyki pielęgniarstwa analizuje Carper. Wyodrębnia ona 4 źródła: empirię (naukę), sztukę pielęgniarstwa, doświadczenie osobiste i etykę. Autorka twierdzi, że żadne z nich nie funkcjonuje samodzielnie, dlatego postuluje nie rozdzielać ich w kształceniu studentów pielęgniarstwa. Według niej tylko kom-pleksowe ujęcie wyznacza epistemologiczną podstawę pielęgniarstwa.³⁵ Z Carper zgadza się Sarvimäki, z tą różnicą, że proponuje ona pewne zmiany terminologiczne. Mianowicie podejście kompleksowe rekonceptualizuje jako wieloparadygmatyczne, źródła poznania według Carper nazywając paradygmatami. Sarvimäki uzupełnia je jeszcze odrębnym źródłem współpracy z chorym, co z kolei wydaje się zgodne z Habermasowską teorią działania komunikacyjnego. Trzeba nadmienić, że właśnie podejście Jürgena Habermasa nie ogranicza się tylko do praktycznie rozumianego współdziałania, lecz ma jeszcze walor poznawczy. Otóż z naturalnej potrzeby ludzie, współpracując, wytwarzają wiedzę. Z innej jednak strony zjawisko wyłaniania się wiedzy z działania powoduje zakwalifikowanie jej raczej do sztuki niż do nauki.³⁵

Według Holmesa rezygnacja z pozytywistycznego modelu nauki wcale nie musi być szkodliwa, a nawet wyznacza optymalny kierunek rozwoju teorii pielęgniarstwa. Holmes sprzeciwia się pozytywistycznemu paradygmatowi klinicznemu. Wywodzące się z niego teorie kwestionuje on jako analityczne, mechaniczne i reaktywne, i poleca zastępować je humanistycznymi, skoncentrowanymi na pacjencie, zatem podkreślającymi element dialogiczny, interaktywny, holistyczny i humanistyczny skupiony w paradygmacie ochrony zdrowia.

Zdaniem Meleis paradygmat kliniczny – ten sam, którego przeciwdziałają teorie pielęgniarstwa – polega na empirycznym pozytywizmie. Meleis uznaje go za redukcjonistyczny z powodu ograniczenia rygorami obiektywizmu, miary, walidacji i kwantyfikacji. Zarzuca mu też, że wciąż nadmiernie oddziałuje on na teorie pielęgniarstwa.³⁵

Choć metafizyka i klasyczna etyka, a z drugiej strony również podejście antypozytywistyczne przez scjentyistów uznawane są za poznawczo bezwartościowe, teorie pielęgniarstwa, o ile rezygnują z kontekstu humanistycznego, odnotowują tylko bardzo ograniczone sukcesy. Mimo że nie dorównują one teoriom medycznym ocenianym na podstawie kryteriów pozytywistycznych, jednak uwzględnianiem tego kontekstu ostatecznie wygrywają z nimi, dlatego Warelow uznaje je nawet za wartościowsze. Kontekst humanistyczny autor definiuje przy pomocy kategorii wartości, tradycji, subiektywności, historii i intuicji.³⁵ Podkreśla też, że lepiej niż teorie kliniczne odpowiada on istocie pielęgniarstwa jako troskliwej opieki nad chorym. Te spośród teorii pielęgniarstwa, które realizują wzorce pozytywistyczne, zamazują istotę pielęgniarstwa, ponieważ ograniczają się tylko do wąskiego zakresu problemów w teoriach klinicznych. Rozwiązania tych proble-

mów zgodnie z zasadą racjonalności ekonomicznej przekładają się na dochodowe procedury medyczne. Zupełnie inaczej jednak powyższe kwestie rozpatruje się w podejściu fenomenologicznym (szerzej: humanistycznym) skupionym w paradygmacie holistycznym. Sprzeciwia się ono wyraźnie protekcyjnym stosunkowi do pacjenta i nakazuje traktować jego doświadczenia jako równoprawne z pielęgniarstkiem.³⁴ Dystynkcją podejścia humanistycznego jest też znacznie silniejsze respektowanie kontekstu historycznego, społeczno-kulturowego czy politycznego.^{33,35} Wydają się one niejako zapisane już w samej genezie teorii pielęgniarstwa. Osiągnięcia Florence Nightingale bardzo wzmocniły pozycję społeczną kobiety w świadomości Anglików okresu wiktoriańskiego – zamiast Florence. Akceptacja statusu Nightingale rzutowała na przyjęcie pielęgniarek w środowisku medycznym w roli wykraczającej tylko poza podporządkowanie lekarzowi. Radykalne dowartościowanie kobiet w redefiniowanym statusie skutkowało profesjonalizacją pielęgniarstwa i w efekcie powołaniem akademickiego systemu kształcenia pielęgniarstwa.³⁵

Konsekwencje koncepcji humanistycznych dla rozwoju pielęgniarstwa naukowego na świecie

Odzyskiwanie kontekstu humanistycznego dla teorii pielęgniarstwa wpływało na zmiany w sposobie teoryzowania począwszy od lat 70. ubiegłego wieku. Silnie przeniknięte paradygmatem klinicznym teorie z lat 50. i 60. albo zaczęły być zastępowane humanistycznymi, albo jeszcze przez własnych autorów były zmieniane w nowym duchu. Przykładem tego ostatniego jest Martha Rogers. Według Warelowa nadanie nowej postaci teorii Rogers zainspirowało też Rosemarie Rizzo Parse do poszukiwania podstaw jej własnej teorii w fenomenologiczno-egzystencjalnych koncepcjach Heideggera i Merleau-Ponty'ego, choć akurat zaliczenie ich przez Warelowa do grona egzystencjalistów wydaje się problematyczne.³⁵

Rogers wywarła wpływ nie tylko na Parse, ale również na Betty Neuman. Jej teoria ma za cel pielęgniarstwa wzmacnianie zdrowia pierwotnie zawarty u Rogers i tak jak ona łączy go z jednostką zdefiniowaną jako niepodzielna całość oddziałująca na środowisko. Skutkiem jest zmiana modelu pielęgniarstwa akcentująca zamiast leczenia chorób pogłębianie świadomości pacjenta.³⁵ Konsekwentnie rozwijany model Neuman prowadzi do wniosku, że za chorobę odpowiadają wzorce życia pacjenta i że ona sama odzwierciedla się w jego świadomości. W systemie pojęciowym Neuman kluczowe role grają czas, ruch i przestrzeń. Razem budują one dynamiczny model jednostki zawarty między pojęciami.³⁵ Ujęcie przestrzeni prowokuje do refleksji nad sposobem wykorzysta-

nia przez podmiot, który dopiero poprzez ruch nadaje jej realność. U Neuman ruch stanowi dynamiczną strukturę świadomości (figurę) będąc centralnym elementem systemu pojęciowego. Ponieważ to ruch tworzy świadomość, właśnie on odzwierciedla dynamiczny charakter zdrowia. Struktura świadomości jest też odbiorcą oddziaływań pielęgniarzkich, nie są nim jednak zewnętrzne wzorce zachowań. Można co najwyżej napisać, że zmieniają się one w zależności od zmian świadomości pacjenta, a pośrednio ze względu na oddziaływania pielęgniarzkie, ponieważ zmiany świadomościowe to konieczny warunek i etap pośredni zmian stylu życia. Takie ujęcie ma co najmniej 2 zalety: po pierwsze dobrze odpowiada wiedzy psychologicznej – przekonania i emocje wiąże z trzecim składnikiem postaw – zachowaniami, a po drugie zapobiega redukcji do zachowań podmiotowości pacjenta.

Fenomenologiczne inspiracje koncepcji humanistycznych w pielęgniarstwie – Neuman i Patricia Benner

Kategoria poczucia koherencji silnie upodabnia koncepcję Neuman do fenomenologii. Podobieństwo polega na centralnej funkcji świadomości wobec jednostkowego systemu regulacji zachowań. Etyka fenomenologiczna tym różni się od klasycznej, że przewiduje rolę świadomości w odkrywaniu wartości, a nie kreowaniu.^{25,26} Także dla Neuman świadomość jest warunkiem zachowań i – przynajmniej tak się wydaje – bliższe jest jej rozumienie wartości zdrowia jako odkrywanej, nie kreowanej. Poza tym ruch określający relacje jednostki do czasu i przestrzeni mocno przypomina koncepcję *Dasein* Heideggera. Zgodnie z nią egzystencja z czasem i ze światem tworzą całość.³⁵ Z tego jasno wynika, że pojęcia modelu jednostki Neuman są czysto analityczne i w rzeczywistości nie dają się rozdzielić.

Założenia fenomenologiczne odgrywają ważną rolę również u Benner. W koncepcji kompetencji praktycznej twierdzi ona, że doświadczenie ma kluczową funkcję w przekształcaniu wiedzy teoretycznej w sprawność zawodową.³⁵ U fenomenologów ta kwestia jest jednak dużo bardziej zniuansowana. Według nich każda wiedza pochodzi ze wspólnego działania emocji i intelektu. W strukturze aktu poznawczego jest więc miejsce zarówno dla intelektu, jak i dla emocji. Emocje ściśle sprzęgają się z elementem poznawczym, w efekcie więc nie ma poznania czysto intelektualnego. Twierdzenie, że sprawność zawodowa wyłania się z doświadczenia, jak najbardziej więc zgadza się ze stanowiskiem fenomenologów, z tą różnicą, że zjawisko to analizują oni przy pomocy szczegółowej teorii. Ponieważ finałem zdobywania sprawności praktycznej powinna być zdolność rozumienia sytuacji, Benner można przypisać jeszcze zbieżność z hermeneu-

tyką. Porównania są uprawnione, ponieważ definiuje ona rozumienie sytuacji jako całość, a nie sumę składników.

W ujęciu Benner wiedza teoretyczna silnie łączy się ze sprawnością zawodową. Jednocześnie obie dziedziny traktowane są autonomicznie. Zdaniem Benner zdarzają się sytuacje, w których wiedza teoretyczna nie wystarcza do rozwiązania problemu praktycznego. Wtedy bezcenna okazuje się sprawność zawodowa.³⁵ Jest jeszcze jeden powód niemożności utożsamienia wiedzy ze sprawnością zawodową. Jeśli wiedza teoretyczna odpowiada *know-that*, to umiejętności można określić jako *know-how*.³⁵ Nawet wyodrębnienie wiedzy praktycznej nie wystarcza jednak do pełnego zrozumienia różnicy. *Know-that* ma kontynuację w umiejętności, nie wywołuje jej jednak automatycznie, mimo że jest warunkiem koniecznym.³⁵ Podobna interpretacja występuje jeszcze w socjologii fenomenologicznej. Przykładem jest model pojęciowy Alfreda Schütza, który również wyodrębnia wiedzę praktyczną, z tą różnicą, że przypisuje jej regulację całości zachowań społecznych.^{2,3} Istotna różnica dotyczy więc zakresu umiejętności podporządkowanej wiedzy, choć sama definicja wiedzy praktycznej pozostaje wspólna. Nawiązanie do Schütza nie wydaje się nadużyciem, ponieważ koncepcja *Lebenswelt* jest podobna do koncepcji rozumienia sytuacji Benner. Po pierwsze tak samo jak ona autor nie dzieli sytuacji na elementy składowe: większość stanowią proste sytuacje odpowiedzialne za powstanie nawyków, po drugie warunkiem sprawności komunikacyjnej u współdziałających jednostek jest właśnie rozumienie sytuacji.^{2,3} Element rozumienia sytuacji, tak bardzo istotny dla Benner, powtarza się więc w socjologii fenomenologicznej.^{5,6} Aspekt rozumienia stale towarzyszy koncepcji Benner. Pojawia się mianowicie w analizie relacji pielęgniarzek do teorii. Według Benner nie ogranicza się ona tylko do odtwarzania, lecz uzupełnia o interpretację teorii. W tej koncepcji pielęgniarzki są kimś znacznie więcej niż odtwórczyniami, urastają do rangi interpretatorek, a nawet zmieniają teorię w zależności od wymagań sytuacji.

Czynnik doświadczenia zawodowego ma jeszcze większe znaczenie w koncepcji Watson. O ile bowiem dla Benner doświadczenie jest warunkiem koniecznym sprawności zawodowej, o tyle Watson idzie o krok dalej i nobilituje je do roli dystynkcji nauki.³⁴ Twierdzi, że w akademickim podziale dyscyplin troska odróżnia pielęgniarstwo od medycyny. Fenomenologicznym założeniem jest definicja poznania jako synchronii intelektu, intuicji i wartości moralnych. Według Benner różnica epistemologiczna nie prowadzi do zakwalifikowania pielęgniarstwa jako nauki humanistycznej, lecz udowadnia tylko możliwość autonomicznego wobec medycyny interpretowania praktyki klinicznej.³⁵

U Heideggera troska ma aspekt ontologiczno-egzystencjalny, ściśle wiążąc się z koncepcją *Dasein*. W jego języku teoretycznym jest ona sposobem bycia człowieka. Unikatowość tego sposobu polega na typie realności od-

miennym niż u rzeczy. Tej unikatowości nie zauważają nauki przyrodnicze, dlatego badacz przyrodnik reifikuje badanego. Narzucane modelami biomedycznymi techniczne rozumienie opieki musi więc zakłócać aspekt podmiotowy, a właśnie takie rozumienie było prezentowane w pierwszych teoriach pielęgniarstwie, na co zwrócili już uwagę autorzy niniejszej pracy. Nie oznacza to jednak, że z nadejściem nowych teorii zostało ono zapomniane. Powodami stałej obecności aspektu technicznego są: głębokie zakorzenienie w mentalności niektórych pielęgniarek, rutyna, a także niekorzystna organizacja pracy w wielu szpitalach.³⁰ Anne Bruce, Lori Rietze i Angela Lim wśród barier akademickich wymieniają jeszcze antyintelektualizm, neoliberalizm i instrumentalizm.²⁹

Założenia fenomenologiczne i hermeneutyczne a krytyka dyskursu neoliberalnego w pielęgniarstwie

Powody obecności aspektu podmiotowego w pielęgniarstwie wymagają dłuższego omówienia, ponieważ są jednocześnie punktami wyjścia znacznie szerszej dyskusji. Antyintelektualizm stanowi zbiór postaw wśród pielęgniarek klinicystek polegający na faworyzowaniu wiedzy praktycznej (*know-how*) kosztem akademickiej (*know-that*). Sztywny podział na *know-how* i *know-that* jest oczywiście niemożliwy, chodzi o umowne rozróżnienie.²⁹ Typowymi dla antyintelektualizmu. Typowe dla antyintelektualizmu są następujące przekonania: pielęgniarstwo jako kierunek praktyczny nie wymaga studiów magisterskich; pielęgniarstwo nie potrzebuje odrębnych badań, kształcenie studentów odbywa się bowiem poprzez zajęcia praktyczne; tylko pielęgniarki zatrudnione w szkołach wyższych stawiają wiedzę akademicką nad praktyczną. Z kolei dyskurs neoliberalny głosi wydajność, produktywność i utowarowienie wiedzy.²⁹ Kierunkowskazem są wartości rynkowe. Zdominowana nimi perspektywa obejmuje wszystkie dziedziny, w tym pielęgniarstwo. Znane są badania wykazujące marginalizację jednostek, a nawet grup, pod względem dostępności do usług pielęgniarstwie. Co ciekawe, powodem jest nie tylko bieda, lecz też postawy niektórych pielęgniarek, u których jakość opieki nie wynika już z imperatywu (lecz wysokości pensji). Neoliberalizm dyktuje zarówno scenariusze ról zawodowych pielęgniarek, jak i programy nauczania akademickiego. Miejsce krytycznego myślenia zajmują indywidualizm i współzawodnictwo, a wiedzę sprowadza się do wymiaru zbieżnego tylko z aktualnymi wymaganiami rynku pracy. Ostatecznie wymóg przygotowania praktycznie wykwalifikowanych absolwentów ogranicza dyskurs akademicki w pielęgniarstwie.²⁹

Ewolucja filozofii pielęgniarstwa w Polsce i pozostałych krajach świata

Konkretne inspiracje filozoficzne wyróżniają ośrodki pielęgniarstwa na świecie. W przypadku Krakowa były to (wymieniając od najwcześniejszych) chrześcijański humanizm, marksizm, filozofie Carol Gilligan, Madeleine Leininger i Jean Watson.³⁶ Wprawdzie idea troski pozostawała niezmienna, ale jej konkretne treści podlegały zmianie historycznej. W przypadku chrześcijańskiego humanizmu wypełnieniem była kategoria *caritas*, wywodząca się jeszcze z augustianizmu. U św. Augustyna *caritas* uszczegóławiała kategorię życia moralnego. Była prapoczątkiem idei już dobrze znanej w kręgach cywilizacji zachodniej.³⁶ Zakorzeniając się w dużo pojemniejszej koncepcji życia moralnego, była jej centralną kategorią. W rozważaniach św. Augustyna nad statusem ludzkiej woli w relacji do dobra i zła *caritas* była aktem woli zwróconym ku dobru. Koncepcja aktu woli jako działania świadomego i dobrowolnego wyrażała podstawowy sens etyki. Taka interpretacja wyraźnie przesuwiała pielęgniarstwo w przestrzeń zainteresowań etyki i antropologii filozoficznej. U św. Augustyna troska konstytuowała człowieka. Jako właściwość ontologiczna odzwierciedlała ideę Boga, była w nim wyrażona w akcie stworzenia i decydowała o ludzkim przeznaczeniu. Marksizm, kwestionując teocentryzm, w całości anulował tę koncepcję, a wariant antropocentryzmu, który wprowadził, był specyficzny. Odrzucając koncepcję idei pochodzących od Boga, musiał zrezygnować także z założenia o ich uniwersalności. Odtąd każda jednostka była zupełnie odrębną strukturą. Ponieważ człowiek został kryterium moralności, marksizm wprowadził też zasadę harmonizującą jednostkowe moralności. Celem było pogodzenie potencjalnie przeciwstawnych dążeń indywidualnych.³⁶ Koniec dominacji filozofii marksistowskiej zapoczątkował pluralizm inspiracji filozoficznych w pielęgniarstwie. Jak już wspomniano powyżej, głównymi źródłami inspiracji były filozofie Gilligan, Leininger i Watson, i każda z nich swoiście wypełniała ideę troski. Zdaniem Gilligan, realizacją idei było zaangażowanie zwłaszcza kobiet w relacje przeniknięte życzliwością. U Leininger, która wzmocniła to stanowisko, pojawił się jeszcze aspekt kulturowego zróżnicowania treści opieki.³⁶ Zauważyła ona bowiem, że każdy system kulturowy w typowy dla siebie sposób definiuje troskę. Najgłębszej jednak dywersyfikacji filozoficznych źródeł pojęcia troski dokonała Watson. W jej koncepcji wybrzmiały elementy filozofii Georga Wilhelma Friedricha Hegla, Alfreda Whiteheada, Pierre'a Teilharda de Chardin, a także feministycznej duchowości New Age. Utworzona z nich rama pojęciowa odpowiadała za ontologiczne ujęcie troski jako siły duchowej, wiążącej człowieka z kosmosem, a także uzdalniającej go do najwyższego człowieczeństwa, harmonii i piękna.³⁶ Pozostałe inspiracje Watson, m.in. Immanuelem Kantem, Sørenem

Kierkegaardem czy Gabrielem Marcellem, pozwoliły lepiej zniuansować to ujęcie. Watson uznała, że oprócz elementów ontologicznych troska ma też egzystencjalne. Chodziło ściślej o aspekt dotyczący wartości podporządkowanej naturze ludzkiej, którego realizacja głębiej wiążywała człowieka z naturą, samo zaś pielęgniarstwo z istotą humanizmu. Zdefiniowanie pielęgniarstwa przy pomocy powyższych wartości doskonale tłumaczy oryginalne rozstrzygnięcia Watson w kwestii akademickiego statusu pielęgniarstwa. Opowiedziała się ona mianowicie za komplementarnym rozumieniem pielęgniarstwa jako nauki i sztuki: istotą pielęgniarstwa jest rozwój naukowy tylko w powiązaniu ze specyficzną duchowością.³⁶ Podwójne ujęcie Watson nie jest wcale najradykałniejsze. Leininger na przykład idzie jeszcze dalej, twierdząc, że pielęgniarstwo jest odrębną dyscypliną medycyny, co zawdzięcza właśnie uwzględnianiu idei troski.³⁶

W rozwoju polskiej filozofii pielęgniarstwa zaznacza się potrzeba wypełnienia treścią uniwersalnej idei troski. W zależności od okresu bywała ona różna. Obok elementów swoistych pojawiały się cechy wspólne ze światowym pielęgniarstwem (różnicą było szerokie zastosowanie marksizmu jako uzasadnienia teoretycznego). Elementami wspólnymi były chęć zakorzenienia pielęgniarstwa jako pełnoprawnej dyscypliny naukowej w systemie wiedzy oraz instytucjonalnym kształceniu akademickim. Kwestia naukowego ugruntowania, szczególnie istotna dla Watson i Benner, a spośród współczesnych autorów także dla Warelowa, Bruce, Rietze czy Lim, kierunkuje wysiłki również polskich teoretyków. Także u nich pojawia się niepewność o status pielęgniarstwa naukowego wobec niedowierzania, a nawet aktywnego sprzeciwu ze strony części świata medycznego.^{37,38} Widać, że także u nich pojawia się niepewność o status pielęgniarstwa naukowego wobec niedowierzania czy nawet aktywnego sprzeciwu ze strony części świata medycznego. Zastanawiające, że u naukowców wywodzących się z odmiennych tradycji kulturowych i akademickich występuje podobne rozpoznanie problemów. Skupia się ono przede wszystkim na konieczności uzasadnienia autonomicznych badań pielęgniarskich. Pojawia się przy tym wyraźna determinacja, aby je prowadzić oraz świadomość, że stawką jest status naukowy dyscypliny. Już z przeglądu badań pielęgniarskich z lat 80. ubiegłego wieku wynika, że pielęgniarstwo osiągnęło próg dojrzałości naukowej. Pogłębiła się świadomość metodologiczna, wyodrębniono zestaw ściśle pielęgniarskich problemów badawczych (głównie z zakresu pielęgniarstwa klinicznego). Równoległe rodząca się w latach 80. tendencją było zapotrzebowanie na analizy filozoficzne i historyczne. Coraz chętniej podejmowano badania na podstawie teorii pielęgniarskich.³⁷ Z tego wynika, że rozwój filozofii pielęgniarstwa można podzielić na co najmniej 2 okresy, a cezurą było pojawienie się dojrzałych metodologicznie badań. W pierwszym istotą filozofii pielęgniarstwa było uzasadnienie praktyki. W drugim natomiast wysiłki poszły w stronę poszukiwania ogólnej ramy teoretycznej uza-

sadniającej status pielęgniarstwa jako dyscypliny naukowej. Według Barbary Ślusarskiej pożądaną postacią współczesnej filozofii pielęgniarstwa jest pewna ogólna rama metodologiczna, a nawet naukopoznawcza, wyodrębniająca sposoby odkrywania wiedzy swoiście pielęgniarskiej, a także umożliwiająca określenie celów i natury pielęgniarstwa, w tym w kontekście preferowanych wartości.³⁷ Można więc podsumować, że refleksja o humanistycznych ideałach służby człowiekowi zlokalizowana w obszarze etyki przekształciła się w filozofię pielęgniarstwa naukowego.³⁸ Jest to oczywiście tylko uproszczenie. W rzeczywistości nadal pojawiają się prace analizujące moralny wymiar pielęgniarstwa jako służby. Można jednak pokusić się o generalną ocenę, że przełomem było okrzepnięcie pielęgniarstwa jako nauki, wcześniej refleksja nie miała bowiem możliwości rozwijać się w obrębie dyscypliny naukowej.³⁷

Szerzej ramy problemowe filozofii pielęgniarstwa formułują Zygmunt Pucko i Beata Dobrowolska. Autorzy przypominają tradycyjny podział filozofii na ontologię, epistemologię i etykę i zgodnie grupują problemy filozofii pielęgniarstwa. Do ontologicznych kwalifikują pytania o przedmiot, naturę i cele pielęgniarstwa, a także bardziej szczegółowych zjawisk tworzących przedmiot. Z kolei problemy epistemologiczne stanowi grupa pytań o sposób, w jaki go można poznać, a etyczne – o zalecane w pielęgniarstwie wartości i o ideę troski. U autorów kwestie metodologiczne są tylko podgrupą problemów epistemologicznych.³⁸ Przypomnijmy, że dla Ślusarskiej w całości wypełniały one filozofię pielęgniarstwa. Szerszy zakres problemów nie ułatwia jednak wnikliwości analiz, punktem odniesienia Ślusarskiej była zaś popularna w Stanach Zjednoczonych Ameryki filozofia pragmatyzmu. Już w latach 90. ubiegłego wieku pielęgniarstwa zaproponowali pragmatyzm jako perspektywę zdolną odpowiedzieć na zdecydowaną większość problemów dyscypliny.³⁷ Sami autorzy dodają zaś, że w przeciwieństwie do pielęgniarstwa amerykańskiego polskie nie wypracowało całościowej filozofii integrującej ontologię, epistemologię i etykę.³⁷ Z tego wynika, że ich projekt kompleksowego ujęcia pozostaje tylko postulatem.

Praktyczne konsekwencje dyskusji – rola i zadania pielęgniarki

Refleksja filozoficzna w pielęgniarstwie z warstwy wysoce ogólnych stwierdzeń przechodzi na grunt praktyki. Zadaniem pielęgniarki jest uwalnianie pacjenta od blokad uniemożliwiających pełne uczestnictwo w życiu. W „pełnym uczestnictwie” chodzi w szczególności o doświadczenie jego znaczących elementów zgodnie z jednostkowymi priorytetami. Pielęgniarka musi umieć je rozpoznać. Kluczowe jest umiejętne wsłuchiwanie się w narrację pacjenta, rolą pielęgniarki jest też zmotywowanie do narracji. Jednocześnie tylko partnerstwo w dialogu jest w stanie zbudować sposobność.³⁴ Sprzeciwia się ono

zarazem postrzeganiu pacjenta tylko przez pryzmat choroby i opieki zredukowanej do czynności technicznych.³¹ Kristine Rørtveit et al. wskazują na następujące cechy i właściwości osobowościowe pielęgniarki warunkujące zdolność do nawiązania relacji: umiejętności komunikacyjne, kompetencje, umiejętności praktyczne, podejście nieoceniające, życzliwość, ciepło i cierpliwość.³² Uzupełnieniem perspektywy relacyjnej jest dokooptowanie rodziny pacjenta jako kolejnych partnerów relacji. Podejście hermeneutyczne akcentuje rolę języka jako narzędzia komunikacji i czynnika zmiany życia. W konsekwencji pielęgniarstwo zostaje przekształcone w działalność komunikacyjną.²⁸

Wnioski

Filozofia i etyka pielęgniarstwa przeszły ewolucję od wysoce intuicyjnych modeli pojęciowych i refleksji etycznej do filozofii pielęgniarstwa naukowego. Cezurą były pierwsze naukowe badania pielęgniarstwa.

Celem filozofii pielęgniarstwa na świecie jest uzasadnienie autonomii pielęgniarstwa od modelu medycznego.

Ewolucja nie wyeliminowała całkowicie refleksji etycznej. Nadal jest ona obecna, choć zmienił się jej status. Różnicuje on też wyraźnie pielęgniarstwo światowe od polskiego. W Polsce badacze próbują nadrobić okres PRL-u przede wszystkim rozwojem filozofii pielęgniarstwa naukowego.

Cechą wspólną jest definiowanie idei troski jako nieustannie towarzyszącej pielęgniarstwu jeszcze od czasów Nightingale.

Idea troski jest w podobnej mierze konstruktem społecznym, co wynikiem samodzielnej refleksji filozoficznej. Podwójny aspekt nie zawsze ma jednak odzwierciedlenie w piśmiennictwie.

Częściej społeczny kontekst filozofii pielęgniarstwa uwzględniają badacze zachodni.

Specyfiką polską jest przywiązanie do arystotelizmu i tomizmu. Nowsze inspiracje filozoficzne również lokują się w myśleniu silnie związanym religijnie – personalizmie.

Na świecie częściej wykorzystuje się inspiracje filozofiami niereligijnymi, relacyjnymi, wolnościowymi, m.in. fenomenologią, hermeneutyką, pragmatyzmem (USA).

Innym kryterium podziału jest ukazywanie specyfiki badań pielęgniarstwa poprzez odwołania do kontekstu humanistycznego (postpozytywizm). W efekcie światowym badaniom pielęgniarstwu bliżej jest do nauk społecznych, a nawet humanistycznych niż do przyrodniczych, podczas gdy w Polsce pielęgniarstwo i nauki medyczne nadal stosują podobne instrumentarium pojęciowe i metodologiczne.


Inspiracje hermeneutyczne teorii Benner polegają na elemencie rozumienia sytuacji jako warunku sprawności zawodowej. Poza tym Benner twierdzi, że wiedza teore-

tyczna doznaje ciągłych reinterpretacji pod wpływem nowych sytuacji zawodowych. W efekcie zarówno ona, jak i doświadczenie praktyczne stają się przedmiotem stałych procesów interpretacyjnych.

Teorię Neuman z fenomenologią łączy potrójna funkcja świadomości: integracyjna wobec doświadczeń jednostki, regulacji zachowań i rozpoznawania wartości.

ORCID iDs

Daniel Wiśniewski  <https://orcid.org/0000-0001-7015-6965>

Kinga Flaga-Gieruszyńska  <https://orcid.org/0000-0001-5177-4450>

Piśmiennictwo

1. Nawrocka A. Etos pielęgniarek w ujęciu historycznym. *Ann Acad Med Siles.* 2009;63(1):59–72. <http://psjd.icm.edu.pl/psjd/element/bwmeta1.element.psjd-220cfc88-aab9-4f82-a80a-9eacbb708d14>. Dostęp 27.06.2019.
2. Schütz A. Husserl's importance for the social sciences. W: Natanson M, red. *Collected Papers.* Haga, Holandia, Boston, MA, USA, Londyn, Anglia: Martinus Nijhoff Publisher; 1973:140–149.
3. Schütz A. *O wielości światów – szkice z socjologii fenomenologicznej.* Kraków, Polska: Nomos; 2012.
4. Garfinkel H. *Studia z etnometodologii.* Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
5. Goffman E. *Człowiek w teatrze życia codziennego.* Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
6. Hałas E. *Interakcjonizm symboliczny – społeczny kontekst znaczeń.* Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012.
7. Manterys A. *Sytuacje społeczne.* Kraków, Polska: Nomos; 2008.
8. Dybel P. *Granice rozumienia i interpretacji – o hermeneutyce Hansa-Georga Gadamera.* Kraków, Polska: Universitas; 2004.
9. Gadamer HG. *Prawda i metoda – zarys hermeneutyki filozoficznej.* Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2018.
10. Scheler M. *Wolność, miłość, świętość – pisma wybrane z filozofii religii.* Kraków, Polska: Znak; 2004.
11. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia percepcji.* Warszawa, Polska: Aletheia; 2017.
12. Wojtyła K. *Zagadnienie podmiotu moralności.* Lublin, Polska: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2001.
13. Heidegger M. *Podstawowe problemy fenomenologii.* Warszawa, Polska: Aletheia; 2016.
14. Heidegger M. *Contributions to Philosophy (From Enowning).* Bloomington, IN, USA: Indiana University Press; 1999.
15. Heidegger M. *Znaki drogi.* Warszawa, Polska: KR; 2006.
16. Mariański J, ed. *Leksykon socjologii moralności. Podstawy – teorie – badania perspektywy.* Kraków, Polska: Nomos; 2015.
17. Mariański J. *Socjologia moralności.* Lublin, Polska: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2006.
18. Ossowska M. *Socjologia moralności. Zarys zagadnień.* Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
19. Pharo P. *Moralność a socjologia – sens i wartości między naturą a kulturą.* Warszawa, Polska: Oficyna Naukowa; 2008.
20. Wojciszke B, Baryła B. Potoczne rozumienie moralności – pięć kodów etycznych i narzędzie ich pomiaru. *Przegląd Psychologiczny.* 2000;43(4):395–421. <https://www.kul.pl/files/714/media/4.43.2000.art.2.pdf>. Dostęp 27.06.2019.
21. Darowski R. *Filozofia człowieka – zarys problematyki. Antologia tekstów.* Kraków, Polska: WAM; 2008.
22. Krąpiec MA. *Ja – człowiek.* Lublin, Polska: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2005.
23. Cwiękała-Lewis JK, Parkyn HB, Modliszewska K. Patient decision making process: Conceptual paper. *Pielęg Pol.* 2015;4(58):433–436. http://www.pielęgriarstwo.ump.edu.pl/uploads/2015/4/433_4_58_2015.pdf. Dostęp 27.06.2019.
24. Renouvier C. *Personalizm.* Lublin, Polska: Czas; 1999.
25. Husserl E. *Idea fenomenologii.* Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
26. Brentano F. *Psychology from an Empirical Standpoint.* Londyn, Anglia: Routledge; 1995.

27. Husserl E. *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy*. Haga, Holandia, Boston, MA, USA, Londyn, Anglia: Martinus Nijhoff Publisher; 1982.
28. Bright LA. *Presence in Nursing Practise: A Critical Hermeneutic Analysis. Doctoral Dissertation*. San Francisco, CA, USA: The University of San Francisco Repository; 2012.
29. Bruce A, Rietze L, Lim A. Understanding philosophy in a nurse's world: What, where and why? *Nurs Health*. 2014;2(3):65–71. doi:10.13189/nh.2014.020302
30. Das Gracias EM, dos Santos GF. Nursing care methodology in the phenomenological approach. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):192–199. doi:10.1590/S0080-62342009000100026
31. Jonsdottir H, Litchfield M, Dexheimer Pharris M. The relational core of nursing practice as partnership. *J Adv Nurs*. 2004;47(3):241–250.
32. Rørtveit K, Hansen BS, Leiknes I, et al. Patient's experiences of trust in the patient-nurse relationship – a systematic review of qualitative studies. *Open J Nurs*. 2015;5:195–209. doi:10.4236/ojn.2015.53024
33. Salviano MEM, Nascimento PDFS, Paula MA, et al. Epistemology of nursing care: A reflection on its foundation. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(6):1172–1177. doi:10.1590/0034-7167-2016-0331
34. Sitvast J. Importance of patient's narrative and dialogue in health-care. *Int J Emerg Ment Health*. 2017;19(2):1–3.
35. Warelow PJ. Changing philosophies: A paradigmatic nursing shift from Nightingale. *Aust J Adv Nurs*. 2013;31(1):36–45. <http://www.ajan.com.au/Vol31/Issue1/5Warelow.pdf>. Dostęp 27.06.2019.
36. Pucko Z. On variability of semantic range of the idea of care in the philosophy of Cracovian nursing. *Prog Health Sci*. 2011;1(1):144–147. https://www.umb.edu.pl/photo/pliki/progress-file/phs/phs_2011_1/144-147_pucko.pdf. Dostęp 27.06.2019.
37. Poznańska S. Filozofia pielęgniarstwa. W: Ślusarka B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. *Podstawy pielęgniarstwa – podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*. T 1. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013:155–166.
38. Dobrowolska B, Pucko Z. Filozofia pielęgniarstwa. W: Zarzycka D, Ślusarska B, red. *Podstawy pielęgniarstwa*. T 1. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017:138–158.

Pielęgniarstwo
i Zdrowie Publiczne
Nursing and Public Health

