Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

1(3)/2018

Włocławek 2018

Rada naukowa
dr hab. Mariusz Wysokiński
dr hab. Joanna Rosińczuk
doc. PhDr. Helena Kudučáková
doc. PhDr. Zuzanna Hukáková
dr Ewa Barczykowska

Kolegium redakcyjne
dr Beata Haor – redaktor naczelny
dr Robert Ślusarz; dr Mariola Głowacka – z-cy redaktora naczelnego
mgr Anna Antczak-Komoterska – sekretarz redakcji
dr Maciej Krzemiński; mgr Marta Lisowska, mgr Marta Waszin – redaktorzy językowi

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
wyd.edu.pl/index.php/zblizenia-cywilizacyjne-civilizations-rapprochements

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN 2451-1846

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2016

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek

http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna. Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie.

Spis treści

Od Redakcji/Editorial……7

Artykuły oryginalne/Original

PAULINA SMYK, MARTA LEWICKA
Zjawisko przemocy rówieśniczej i domowej w opinii dzieci i młodzieży miasta Włocławka ……8

MARTA LEWICKA, PAULINA SMYK
Ocena dostępności do papierosów w opinii dzieci i młodzieży z miasta Włocławka ……24

ADRIANNA FRYDRYSIAK
Wpływ wybranych czynników na sposób postrzegania osób chorych na schizofrenię……39

MARIA GÓRNIAK, GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA
Stres pielęgniarki w opiece nad pacjentem w terminalnym okresie choroby nowotworowej……63

Opis przypadku/Case Report

JULITA SZAMBELAN, MONIKA PIETRZAK, BEATA HAOR
Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki z marskością wątroby w przebiegu choroby Wilsona ……..82

Artykuły poglądowe/Review

ROBERT PIEKARSKI
Niezgodności a zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki długoterminowej……....105

ISSN: 2451-1846

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejny numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences).* Pragniemy poinformować, że nasz kwartalnik został zaindeksowany na liście czasopism naukowych ICI Journals Master List 2016 z punktacją 52.53.

Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Zjawisko przemocy rówieśniczej i domowej w opinii dzieci i młodzieży miasta Włocławka

The phenomenon of peer and domestic violence in the opinion of children and young people in Wloclawek

PAULINA SMYK[1], MARTA LEWICKA[2]

[1] Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu
[2]Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.001
ISSN: 2541-1846

Streszczenie:
Wstęp. Zjawisko przemocy w środowisku szkolnym jest powszechnym zjawiskiem. Przemoc szkolna i domowa może przybierać różne formy. Takie zachowanie ma na celu sprawienie bólu, przykrości, przerażenia. W takich sytuacjach ofiara nie może się bronić, a sprawca ma poczucie bezkarności.
Cel. Celem badania jest ocena powszechności zjawiska przemocy w środowisku szkolnym i domowym oraz wstępna identyfikacja problemu.
Materiał i metody. Badanie zjawiska przemocy rówieśniczej i domowej zostało przeprowadzone w grupie 369 uczniów szkoły podstawowej, klas gimnazjalnych szkoły podstawowej oraz szkoły średniej na terenie miasta Włocławek przy użyciu kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Badanie stanowiło część większych badań dot. zachowań dzieci i młodzieży.
Wyniki. Większość uczniów 67,2% nie doświadcza przemocy w środowisku szkolnym, problem przemocy dotyczy 32,1% dzieci, najczęściej występuje wśród uczniów szkoły podstawowej. Najczęstszą formą przemocy są:

przekleństwa, wyśmiewanie, kłótnie. Zdecydowana większość przebadanych dzieci i młodzieży nie doświadcza przemocy w środowisku domowym. Wśród uczniów, których dotyczył problem przemocy domowej większość nie poinformowała nikogo o stosowanej przemocy.
Wnioski. Badania wskazują niewielki wzrost agresji werbalnej i relacyjnej. W porównaniu do wcześniejszych badań obserwuje się wzrost liczby uczniów deklarujących problem przemocy w szkole. Zjawisko przemocy rówieśniczej powinno być kontrolowane i przerywane przez nauczycieli, z uwagi na późniejsze problemy zdrowotne i emocjonalne, które może spowodować u ofiary.

Słowa kluczowe: przemoc, dzieci, młodzież

Abstract:
Introduction. The problem of violence in the school environment is very common . School violence and domestic violence have different forms. Such behavior aims to cause pain, distress, and terror. In such situations, the victims cannot defend themselves , and the perpetrator has a sense of impunity.
Aim. The aim of the study is tro asses the frequency of peer and domestic violence and the initial identification of the problem.
Materials and methods. The study of peer and domestic violence problem included a group of 369 children of primary school, junior high school and high school in the city of Wloclawek. A questionnaire was used. The study was part of a larger study on the behavior of children and adolescents.
Results. Most students (67.2%)do not experience violence in the school environment, the problem of violence affects 32.1 % of children, most often primary school students. The most common forms of violence are: curses, ridicule, quarrels. The majority of the examined children and youth do not experience violence in the home environment. Most students affected by domestic violence did not inform anyone about the violence exerted.
Conclusions. Research indicates a slight increase in verbal and relational aggression. Compared to the previous surveys, there is an increase in the number of students reporting the problem of violence at school. The problem of peer violence should be controlled and teachers should react to it strongly because of the potential threat of health and emotional problems that the victim may suffer from in the future.

Keywords: violence, children, young people

Wstęp

Pojawianie się niepożądanych zachowań takich jak przemoc, jest zjawiskiem powszechnym. Zjawisko przemocy w środowisku szkolnym sygnalizują zarówno nauczyciele jak i uczniowie, wykazuje ono wyraźnie tendencję rosnącą [1].

Formą zachowania agresywnego jest przemoc występująca wśród uczniów w środowisku szkolnym. Bardzo często przemoc zastępowana jest synonimem zachowania agresywnego, jednak agresja i przemoc wykazują znaczne różnice. Charakterystyczną cechą przemocy jest nierównowaga sił (osoba o przewadze fizycznej lub psychicznej używa przemocy fizycznej lub werbalnej przeciw osobie słabszej). Od pojawienia się chęci skrzywdzenia lub zadania drugiej osobie cierpienia rozpoczyna się przemoc. Występuje kilka form przemocy: przemoc fizyczna, słowna, niewerbalna. Każda z nich może mieć formę bezpośrednią i pośrednią. Do bezpośredniej przemocy fizycznej występującej wśród uczniów w środowisku szkolnym zalicza się: bicie, kopanie, plucie, wymuszanie pieniędzy, niszczenie własności, natomiast do pośredniej włączanie innych osób z otoczenia do atakowania ofiar w różny sposób. Przemoc słowna bezpośrednia może występować poprzez wyzywanie, przezywanie, wyśmiewanie, ośmieszanie, obrażanie i grożenie innej osobie, natomiast pośrednia poprzez namawianie innych do tego typu zachowań, rozpowszechnianie plotek. Niewerbalna forma przemocy bezpośredniej w środowisku szkolnym objawia się poprzez np. grożenie i pokazywanie nieprzyzwoitych gestów, natomiast pośrednia poprzez rozmyślne wykluczanie z grupy czy działań poprzez izolowanie osoby poszkodowanej [2].

Bardziej pobłażliwie jest traktowana przemoc ze strony rówieśników niż przemoc ze strony osób dorosłych. Doświadczanie

przemocy ze strony rówieśników wywiera znaczący wpływ na rozwój psychospołeczny dziecka oraz jego zachowanie w dorosłym życiu. Doświadczenie w życiu przemocy rówieśniczej może powodować problemy takie jak: depresja, samotność, wycofanie, niepokój, a także dolegliwości somatyczne i niedostosowanie społeczne [3].

Przemoc domowa, inaczej zwana jest przemocą rodzinną może mieć charakter fizyczny, psychiczny, seksualny i ekonomiczny. Wbrew powszechnie występującym stereotypom dotyczy nie tylko rodzin z tzw. marginesu społecznego, ale także rodzin dobrze usytuowanych. Przemoc pojawiająca się w rodzinie nie należy do zdarzeń incydentalnych, ma powtarzalny charakter, obserwuje się następujące po sobie fazy: fazę narastania napięcia, ostrej przemocy oraz fazę miodowego miesiąca.

Uwzględniając stan emocjonalny sprawcy przemoc domową dzieli się na: przemoc chłodną (instrumentalną) oraz przemoc gorącą (spontaniczną). Realizowanie specyficznego scenariusza przez sprawcę przemocy jest określane jako przemoc chłodna z premedytacją i zemstą. Sprawcy towarzyszy chłód emocjonalny oraz spokój, emocje są kontrolowane i stłumione. Chłodna przemoc prowadzona przez dorosłych opiekunów wobec dzieci przybiera często formę surowych kar, konsekwentnych metod wychowawczych, sprawiedliwego karania. W przeciwieństwie do przemocy chłodnej, przemocy gorącej towarzyszą gwałtowne, intensywne, negatywne uczucia agresji, złości, gniewu, frustracji, niekiedy rękoczyny, wyzwiska słowne, zadawanie bólu. Przemoc pojawia się nagle i szybko zanika. Konsekwencją występowania przemocy w środowisku rodzinnym jest niska samoocena, niepewność, chwiejność emocjonalna, nieuzasadnione reakcje lękowe, zaburzenia uwagi i koncentracji, poczucie ciągłego zagrożenia. Ofiary przemocy bardzo często popadają w depresję, stosunkowo łatwo uzależniają się od alkoholu, innych substancji psychoaktywnych, odczuwają psychosomatyczne dolegliwości [4].

Głównym celem przeprowadzonego badania była ocena powszechności zjawiska przemocy wśród uczniów włocławskich szkół, form przemocy występującej w środowisku szkolnym, identyfikacja problemu przemocy w środowisku rodzinnym oraz określenie odsetka uczniów, które poinformowały osoby dorosłe o stosowanej wobec nich przemocy.

Materiał i metody

Badanie zjawiska przemocy rówieśniczej i domowej zostało przeprowadzone wśród dzieci i młodzieży ze szkół zlokalizowanych na terenie miasta Włocławek w 2017 r. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, przy użyciu kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. W badaniu uczestniczyło 369 uczniów szkoły podstawowej, klas gimnazjalnych szkoły podstawowej oraz szkoły średniej. Badanie stanowiło część większych badań dotyczących zachowań dzieci i młodzieży. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej w Toruniu.

Najliczniejszą grupę stanowili uczniowie Szkoły Podstawowej – 147 osób (39,8%). Do szkoły średniej uczęszczało 117 osób (31,7%). Najmniej liczną grupą byli uczniowie klas gimnazjalnych w szkole podstawowej – 105 osób (28,5%). Wśród uczestników badania przeważały dziewczęta (213 osób -57,7%), w porównaniu do chłopców (156 osób - 42,3%). Rodziny dzieci ankietowanych najczęściej określano mianem rodzin pełnych (81,6% badanych). Jedynie 3% spośród badanych wskazało, że jedno z rodziców pracuje za granicą. Śmierć obojga rodziców podała 1 osoba (0,3%). Ponad 73% badanych posiadało rodzeństwo. Rodzice zdecydowanej większości uczniów (68,6% osób) są czynni zawodowo; tylko 3,0% badanych wskazało, że oboje rodziców nie pracuje.

Wyniki

Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość uczniów – (67,2%) zadeklarowała brak doświadczania przemocy w szkole. Jednak problem ten dotyczy 32,8% uczniów. Najczęściej przemocy doświadczali uczniowie szkół podstawowych (40,1%), następnie uczniowie klasy gimnazjalnej w szkole podstawowej. Najrzadziej doświadczali przemocy uczniowie szkół średnich (23,9%). Wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy rodzajem szkoły, a zjawiskiem doświadczania przemocy w szkole (p=0,021) (Tabela 1).

Tabela 1. Doświadczanie przemocy w szkole w opinii uczniów.

Rodzaj szkoły		**Szkoła podstawowa**		**Klasa gimnazjalna w szkole podstawowej**		**Szkoła średnia**		**P**
Zagadnienie	**Odpowiedź**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Czy doświadczyłeś /aś kiedykolwiek przemocy w szkole?	Tak	59	40,1	34	32,4	28	23,9	0,021
	Nie	88	59,9	71	67,6	89	76,1	

Źródło: wynik badań własnych

Na pytanie „Czy byłeś kiedykolwiek świadkiem przemocy w szkole?" odpowiedź potwierdzającą udzieliło (69,9%) badanych dzieci, natomiast przeczącej (30,1%). Najczęściej świadkami przemocy są dzieci w szkole podstawowej (81%), natomiast najrzadziej w szkole średniej (52,1%) badanych. Wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy rodzajem szkoły, a uczestnictwem jako świadek przemocy przez dzieci (p=0,000) (Tabela 2).

Tabela 2. Doświadczanie przemocy jako świadek w opinii uczniów.

Rodzaj szkoły		Szkoła podstawowa		klasa gimnazjalna w szkole podstawowej		Szkoła średnia		p
Zagadnienie	**Odpowiedź**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Czy byłeś/aś kiedykolwiek świadkiem przemocy w szkole?	Tak	119	81,0	78	74,3	61	52,1	0,000
	Nie	28	19,0	27	25,7	56	47,9	

Źródło: wynik badań własnych.

Najczęściej występującym źródłem przemocy na terenie szkoły okazał się inny uczeń w każdym z badanych typów szkół. W szkole podstawowej 96,7% badanych wskazało jako sprawcę przemocy innego ucznia, w klasie gimnazjalnej szkoły podstawowej 91,4% badanych, natomiast w szkole średniej 84,7%. Najrzadziej badani wskazali jako źródło przemocy na terenie szkoły nieznaną osobę dorosłą: w szkole podstawowej 0,8%, w klasie gimnazjalnej szkoły podstawowej 2,5% i szkole średniej 4,2% (Tabela 3).

Tabela 3. Źródła przemocy na terenie szkoły w opinii uczniów.

Rodzaj szkoły		Szkoła podstawowa		Klasa gimnazjalna w szkole podstawowej		Szkoła średnia		P
Zagadnienie	**Odpowiedź**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Kto był źródłem przemocy na terenie szkoły?	inny uczeń	119	96,7	74	91,4	61	84,7	0,011
	znana Tobie osoba dorosła	3	2,4	3	3,7	7	9,7	
	nieznana Tobie	1	0,8	2	2,5	3	4,2	

	osoba dorosła							
	inny uczeń i znana Tobie osoba dorosła	0	0,0	2	2,5	1	1,4	

Źródło: wynik badań własnych.

Najczęstszą formą przemocy wśród uczniów były przekleństwa, doświadczane przez 24,5% uczniów. Kłótni (19,9%) i wyśmiewania się (21,4%) doznało w podobnym stopniu procentowym, a gróźb pobicia 9,4% uczniów. Nie wykazano istotnej pod względem statystycznym różnicy (p=0,535) (Tabela 4).

Tabela 4. Formy przemocy wśród opinii uczniów.

Formy przemocy	Liczba	%	P
Przekleństwa	253	24,5	0,535
Kłótnie	206	19,9	
Wyśmiewanie się	221	21,4	
Groźby pobicia	97	9,4	
Pobicie	111	10,7	
Niszczenie rzeczy	86	8,3	
Wymuszenia	49	4,7	
Inne	11	1,1	
Razem	1034	100,0	

Źródło: wynik badań własnych.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że zdecydowana większość uczniów – (63,7%) nie doświadczyło kiedykolwiek żadnej formy przemocy w swojej rodzinie. Natomiast 36,3% uczniów doświadczyło przemocy w rodzinie. Najwięcej dzieci, które odpowiedziały twierdząco na to zagadnienie było uczniami szkoły podstawowej19,2% i szkoły średniej 18,2% (Tabela 5).

Tabela 5. Przemoc w rodzinie w opinii uczniów.

Rodzaj szkoły		Szkoła podstawowa		Klasa gimnazjalna w szkole podstawowej		Szkoła średnia		p
Zagadnienie	**Odpowiedź**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Czy doświadczyłeś /aś kiedykolwiek przemocy w swojej rodzinie?	Nie	172	80,8	130	83,3	302	81,8	0,526
	Tak	41	19,2	26	16,7	67	18,2	

Źródło: wynik badań własnych.

Odsetek dzieci który mówił o stosowanej w domu wobec niego/niej przemocy, 19,5% w szkole podstawowej, 7,7% w klasie gimnazjalnej szkoły podstawowej, 14,9% w szkole średniej. Natomiast odsetek dzieci który nie mówił o stosowanej w domu przemocy – 80,5% w szkole podstawowej, 92,3% w klasie gimnazjalnej szkoły podstawowej oraz 85,1% w szkole średniej (Tabela 6).

Tabela 6. Informowanie dorosłych o stosowanej formie przemocy wśród dzieci w opinii uczniów

Rodzaj szkoły		Szkoła podstawowo		klasa gimnazjalna w szkole podstawowej		Szkoła średnia		p
Zagadnienie	**Odpowiedź**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	
Czy powiedziałeś /aś o stosowanej w domu wobec Ciebie przemocy?	Nie	33	80,5	24	92,3	57	85,1	0,167
	Tak	8	19,5	2	7,7	10	14,9	

Źródło: wynik badań własnych.

Dyskusja

Zjawisko przemocy jest powszechne i obserwowane w szkołach. Zespoły badawcze Instytutu Socjologii UW przeprowadziły sondaże na reprezentatywnych ogólnopolskich próbach. Ich celem było określenie skali problemu przemocy szkolnej oraz zrozumienie tego zjawiska. Wyniki badań zostały opublikowane w postaci raportów: lipiec 2011 [5]oraz maj 2011 [6].

Dokonano także porównań skali zjawiska i dynamiki zmian w ciągu ostatnich lat 2006 vs 2011, przy zastosowaniu tej samej procedury doboru próby, tych samych pytań kwestionariuszowych. Uzyskane dane wskazują, że nie wystąpiły wyraźne zmiany od 2006 roku, z niewielkim wzrostem skali agresji werbalnej, relacyjnej i wymuszeń o charakterze niematerialnym. Większość (63%) uczniów nie uważa, że przemoc jest poważnym problemem w ich szkole, nieco więcej niż jedna czwarta (27%) stwierdza, że przemoc jest poważnym problemem z czego tylko 12% zdecydowanie zgadza się z tym stwierdzeniem [6].

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że większość uczniów – (69,1%) przyznaje, że była świadkiem przemocy w szkole – częściej takie deklaracje składali uczniowie szkół podstawowych (81,0%) i klasy gimnazjalnej szkoły podstawowej (74,3%). Brak przemocy w szkole deklaruje 67,2% uczniów, z kolei występowanie tego zjawiska potwierdza 32,8% uczniów. Porównując uzyskane wyniki z badaniami młodzieży włocławskiej w 2012 roku wynika, że zdecydowana większość uczniów – (78,10%) zadeklarowała brak doświadczania przemocy w szkole. Jednak problem ten dotyczy co piątego ucznia w szkole – (21,90%) [7].

Według przeprowadzonych badań problem przemocy w szkole dotyczy 40,1% uczniów szkoły podstawowej, 32,4% uczniów klasy gimnazjalnej szkoły podstawowej i 23,9% uczniów szkoły średniej. Według badań Przewłocka J. 2015 r. odsetek uczniów deklarujących,

że byli dręczeni w ciągu czterech tygodni poprzedzających badanie wynosi 15% dla uczniów szkoły podstawowej, 10% uczniów gimnazjum i około 6% uczniów szkół średnich [8].

W większości przypadków agresja rówieśnicza jest najbardziej nasilona w gimnazjach, najmniej w szkołach ponadgimnazjalnych. Aktualnie przeprowadzone badania potwierdzają najmniejszą częstotliwość przemocy w szkołach średnich, natomiast największe nasilenie występuje w szkole podstawowej.

Przeprowadzone badania własne (2017) wykazały, że większość uczniów najczęściej doświadcza przemocy ze strony swoich koleżanek i kolegów (92%). Niewielki procent wskazuje na znaną – (4,7%) lub nieznaną – (2,2%) osobę dorosłą.

Dla porównania przeprowadzone w 2012 roku badania wykazały, że większość uczniów najczęściej doświadcza przemocy ze strony swoich koleżanek i kolegów (94,17%). Niewielki procent wskazuje na znaną – (3,27%) lub nieznaną – (2,59%) osobę dorosłą [7].

Według raportu z badania Przewłocka J. 2015 r. najwyższe natężenie zachowań agresywnych notuje się wśród uczniów klas IV-VI szkół podstawowych, niższe dla gimnazjów i znacznie niższe dla szkół ponadpodstawowych, w szczególności liceum. Częściej występuje agresja w sferze słownej i relacyjnej niż agresja fizyczna [8].

Według przeprowadzonych badań najczęstszą formą przemocy wśród uczniów były: przekleństwa, kłótnie i wyśmiewanie. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Komendant-Brodowska A. i wsp. najczęstszą formą agresji była agresja werbalna, którą zadeklarowało 66% chłopców i 60% dziewcząt [9].

Z kolei według badania Przewłocka J. 2015 r około połowy uczniów szkół podstawowych (klasy IV-VI) i gimnazjów oraz co trzeci uczeń szkoły ponadgimnazjalnej doświadczył różnych form agresji relacyjnej, takich jak obgadywanie, izolowanie, nastawianie klasy przeciwko konkretnemu uczniowi. Mniej przebadanych uczniów było wyzywanych, obrażanych. Na trzecim miejscu pod względem

częstotliwości są zachowania związane z ośmieszaniem czy poniżaniem [8].

Na trzecim miejscu według przeprowadzonych badań również znajduje się wyśmiewanie jako forma agresji.

Badania przeprowadzone w 2007 roku przez CBOS w ramach kampanii społecznej Szkoła bez przemocy wskazują, że najczęstszymi formami agresji wśród uczniów jest obrażanie (wymyślanie) (41,5%). Najrzadsze są formy przemocy fizycznej.

Wyniki badań z 2006 r. i 2011 r. w ramach programu Szkoła bez przemocy potwierdzają nasilenie problemu agresji i przemocy w szkole, przybierając coraz to nowsze formy. Według raportu problem przemocy występuje częściej w szkołach gimnazjalnych (ponad 75% gimnazjalistów) doświadczyło różnych form przemocy i agresji, z których dominującą formą była agresja werbalna [10].

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że zdecydowana większość uczniów – (81,8%) nie doświadcza żadnej formy przemocy w swojej rodzinie. Jednak co dziesiąty uczeń – (14,9%) przyznał, że doznał przemocy w środowisku rodzinnym.

Dla porównania wyniki badań z 2012 roku wskazują, że zdecydowana większość uczniów – (88,99%) nie doświadcza żadnej formy przemocy w swojej rodzinie. Jednak co dziesiąty uczeń – (11,01%) przyznał, że doznał przemocy w środowisku rodzinnym [7].
W aktualnych badaniach (2017) uczniowie w zdecydowanej większości – (85,1%) nie poinformowali nikogo o stosowanej w domu wobec nich przemocy a tylko nieznaczny odsetek to uczynił (14,9%).

Z innych badań wynika, że przemocy werbalnej – nie doświadczyło jedynie 37% uczniów. Oznacza to, że niemal dwie trzecie uczniów przynajmniej raz było obrażanych, przezywanych czy też wyśmiewanych. Natomiast zdecydowana większość uczniów była świadkiem tej formy przemocy wobec koleżanek i kolegów [6].

Badania przeprowadzone w 2007 roku przez CBOS w ramach kampanii społecznej Szkoła bez przemocy wskazują, że najczęstszymi

formami agresji wśród uczniów jest obrażanie (wymyślanie) (41,5%). Najrzadsze są formy przemocy fizycznej [11].

W badaniach CBOS 2016 Przemoc psychiczna jest najczęściej osobiście spotykaną formą przemocy –w ciągu ostatniego roku szkolnego doznało jej 21% uczniów, w tym 11% wielokrotnie. Kradzieży pieniędzy lub jakiegoś przedmiotu doświadczyło osobiście 11% uczniów, w tym 2% niejeden raz. Natomiast rozboje (zabranie pieniędzy lub przedmiotu przy użyciu siły lub zagrożeniu jej użyciem) zdarzały się incydentalnie – ich ofiarą padło 2% uczniów. Rzadziej występującymi formami przemocy są: przemoc fizyczna, czyli uderzenie lub pobicie – doznało jej 6% uczniów, oraz przemoc seksualna, której osobiście doświadczyło 2% uczniów. Kolejną częściej spotykaną formą jest cyberprzemoc/ nie badana w tym raporcie/. Obraźliwego SMS-a lub maila od koleżanki/kolegi ze szkoły dostało 8% uczniów i także 8% badanych znalazło się w sytuacji, że opublikowano w internecie informacje/zdjęcia, których nie chcieli ujawnić (w obu przypadkach – połowa z nich zetknęła się z cyberprzemocą niejeden raz). W sumie cyberprzemoc dotknęła 13% uczniów: przy czym 3% zetknęło się z obiema formami tej przemocy, a po 5% badanych – tylko z jedną z nich [12].

Dla porównania wyniki badań z 2012 roku wskazują, że zdecydowana większość uczniów – (88,99%) nie doświadcza żadnej formy przemocy w swojej rodzinie. Jednak co dziesiąty uczeń – (11,01%) przyznał, że doznał przemocy w środowisku rodzinnym [7].

Natomiast z Raportu z badań prowadzonych na obszarze miasta Włocławka w roku 2009 wynika, że wg deklaracji badanych uczniów z nich 27 było świadkiem lub ofiarą agresji w swoim domu; 13 uczniów było świadkami przemocy, 10- ofiarami, a 4 świadkami i ofiarami. Akty agresji, których świadkami byli badani, zwykle miały miejsce sporadycznie, ale występowały częściej niż jeden raz. Źródłem przemocy był jeden z rodziców (lub oboje), brat lub siostra lub inna osoba dorosła [13].

Wnioski

1. Zdecydowana większość uczniów 67,2% zadeklarowała brak doświadczania przemocy w szkole. Problem przemocy dotyczy 32,8% badanych uczniów.
2. Najczęściej przemocy doświadczają uczniowie szkół podstawowych 40,1%, najrzadziej uczniowie szkół średnich 23,9%.
3. Większość uczniów 69,9% przyznaje, że była świadkiem przemocy w szkole – częściej deklaracje składają uczniowie szkół podstawowych 81,0%.
4. Najczęstszą formą przemocy w środowisku szkolnym są: przekleństwa, wyśmiewanie, kłótnie.
5. Zdecydowana większość uczniów 63,7% nie doświadcza żadnej formy przemocy w swojej rodzinie. Odsetek uczniów, którzy zadeklarowali, że doznali przemocy w środowisku rodzinnym wynosi 36,3%.
6. Uczniowie w zdecydowanej większości nie poinformowali nikogo o stosowanej w domu wobec nich przemocy.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Istotny problem w diagnozowaniu przemocy stanowi niechęć niektórych dzieci (uczniów) do przyznania się do bycia ofiarą przemocy/dręczenia. Ofiary przemocy obawiają się jeszcze większej izolacji, nasilenia stopnia przemocy i zemsty. Bardzo ważne jest wstępne identyfikowanie przez personel medyczny i wychowawców uczniów doświadczających przemocy. Jedną z pierwszych osób, która ma możliwość rozpoznania symptomów przemocy jest pielęgniarka szkolna, która uczestniczy w interdyscyplinarnej opiece nad dzieckiem. Pomoc potrzebna jest także uczniom doświadczającym przemocy nie tylko w środowisku szkolnym, ale również w środowisku domowym.

Bibliografia/Bibliography:

1. Poraj G. Doświadczanie agresji i przemocy w szkole. Acta Universitatis Lodziensis Folia Psychologic. 2004; 8: 19-31.

2. Kołodziejczyk J. Agresja i przemoc w szkole. Konstruowanie programu przeciwdziałania agresji i przemocy w szkole. NODN „SOPHIA", Kraków 2004.

3. Włodarczyk J. Przemoc rówieśnicza. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. 2013; 12 (3):63-81.

4. Łepecka-Klusek C., Pawłowska-Muc A.K., Pilewska-Kozak A.B. Stadnicka G., Pałucka K. Przemoc domowa. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(6):169-182.

5. Komendant-Brodowska A., Giza-Poleszczuk A., Baczko-Dombi A. Przemoc w szkole. Raport z badań, lipiec 2011. Instytut Socjologii UW. Retrieved March 24, 2018 from https://panoptykon.org/sites/default/files/sbp2-_szkoly_ost_wersjapdf.pdf

6. Giza-Poleszczuk A., Komendant-Brodowska A., Baczko-Dombi A. Przemoc w szkole. Raport z badań, maj 2011. Instytut Socjologii UW. Retrieved March 24, 2018 from file:///C:/Users/Paulina/Downloads/318-sbp2011-raport-glowny-calosc.pdf

7. Diagnoza lokalnych problemów uzależnień i innych zagrożeń społecznych dla miasta Włocławek, Raport przygotowany na zlecenie Urzędu Miasta Włocławek *Nr PZPS.8141.1.21.2012-1*. Włocławek 2012.

8. Przewłocka Jadwiga. Bezpieczeństwo uczniów i klimat społeczny w polskich szkołach. Raport z badania. Retrieved March 24, 2018

from file:///C:/Users/Paulina/Downloads/IBE-raport-Przemoc-Klimat-w-szkole.pdf

9. Komendant-Brodowska A., Baczko-Dombi A., Giza-Poleszczuk A. Przemoc w szkole. Raport z badań. Retrieved March 24, 2018 from http://www.szkolabezprzemocy.pl/1391,przemoc-w-szkole-maj-2011.

10. Przybysz –Zaremba M., Katkoniene A. Profilaktyka agresji i przemocy w szkole w optyce edukacyjnej. Społeczeństwo i Rodzina 2014, 38 (1): 48-62.

11. Raport CBOS w ramach kampanii społecznej *Szkoła bez przemocy* 2007.

12. Kalka J. Raport z badania sfinansowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomani i Warszawa, 2016 - Badanie „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież – Młodzież 2016. Retrieved March 24, 2018 from file:///C:/Users/Paulina/Downloads/Mlodzież%202016_raport%20z%20badania.pdf

13. Diagnoza lokalnych problemów uzależnień i innych zagrożeń społecznych dla miasta Włocławek, Raport przygotowany przez Inqesta, 2009.

Ocena dostępności do papierosów w opinii dzieci i młodzieży z miasta Włocławka

Assessment of cigarettes availability in the opinion of children and young people from the city of Wloclawek

MARTA LEWICKA [1], PAULINA SMYK[2]

[1] Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy
[2] Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, CM UMK w Toruniu

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.002
ISSN: 2541-1846

Streszczenie:

Wstęp. Palenie tytoniu oraz narażenie na dym nikotynowy niesie za sobą szereg negatywnych skutków zdrowotnych, zarówno w rozumieniu jednostkowym jak i społecznym. Wczesna inicjacja nikotynowa zwiększa ryzyko palenia tytoniu w przyszłości i wykazuje związek z podejmowaniem przez młodzież innych zachowań niekorzystnych dla zdrowia.
Cel. Celem pracy jest ocena dostępności do wyrobów nikotynowych wśród dzieci i młodzieży z miasta Włocławka.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 369 uczniów włocławskich szkół. W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnej.
Wyniki. 1. 84,3% uczniów deklaruje, że nie pali papierosów, 2. Spośród palących badanych 58,6 % deklaruje, że pali w wyjątkowych sytuacjach, a nałogowe (codzienne) palenie zadeklarowało 22,4% badanych. 3. 27,5% badanych zadeklarowało inicjacje palenia w wieku 10 lat i poniżej. 4. 14,4% ankietowanych kupiło papierosy samodzielnie.

Wnioski. 1. Znacząca większość uczniów szkół włocławskich (84,3%) deklaruje, że nie pali papierosów. 2. Uczniowie z włocławskich szkół palący tytoń najczęściej deklarują, że palą w wyjątkowych sytuacjach. Co piąty nastolatek z grupy osób palących pali tytoń nałogowo (codziennie). 3 .Znaczący jest odsetek osób inicjujących palenie w wieku 10 lat i poniżej.

Słowa kluczowe: papierosy, młodzież, dzieci, uzależnienia, substancje psychoaktywne

Abstract:
Introduction. Smoking and smoke- exposure have a number of negative effects on health , both socially and individually. The early onset of smoking is a major risk of smoking initiation and is associated with young people's engagement in other unhealthy behaviors .
Aim. The aim of the study is to assess nicotine products availability for children and young people from the city of Wloclawek.
Material and methods. The study included 369 students from schools in Wloclawek. The study used a method of diagnostic survey using a questionnaire.
Results. 1. 84.3% of students declare that they do not smoke, 2. 58.6% of smokers declare that they smoke in exceptional situations, and addictive (daily) smoking was declared by 22.4% of respondents. 3. 27.5% of respondents declared the initiation of smoking at the age of 10 and under. 4. 14.4% of the respondents bought cigarettes by themselves.
Conclusions. 1. A significant majority of pupils from schools in Wloclawek (84.3%) declare that they do not smoke cigarettes. 2. Students from schools in Wloclawek most often declare that they smoke in exceptional situations. Every fifth teenager from the group of smokers smokes on daily basis. 3. The percentage of people initiating smoking at the age of 10 and under is significant.

Keywords: cigarettes, youth, children, addictions, psychoactive substances

Wstęp

Palenie tytoniu należy do jednych z najważniejszych czynników zagrażających zdrowiu i przedwczesnej śmierci w krajach rozwiniętych. Stanowi nie tylko problem medyczny, ale również społeczny, obyczajowy i ekonomiczny. Z danych epidemiologicznych wynika, że rozpowszechnienie palenia tytoniu w społeczeństwie polskim obejmuje 9 mln ludzi, zaś na świecie ponad miliard, co stanowi jedną czwartą dorosłych osób. Palenie zabija rocznie około 5,2 milionów ludzi w skali całego globu. Szacuje się, że liczba ta może wzrosnąć nawet do 8 milionów w roku 2030 [1,2,3,4].

Palenie tytoniu oraz narażenie na dym tytoniowy niesie za sobą również szereg negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Dowiedziono, że palenie wpływa negatywnie na cały organizm. Osoby palące są szczególnie narażone na: choroby układu oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma, gruźlica, zapalenie płuc), choroby układu krążenia (choroba niedokrwienna serca, tętniak aorty, udar mózgu, miażdżyca) oraz nowotwory gardła, krtani, przełyku, tchawicy, oskrzela i płuc, krwi, żołądka, wątroby, trzustki, nerki i moczowodu, okrężnicy, szyjki macicy, pęcherza, jelita grubego). Ponadto palenie tytoniu jest istotnym czynnikiem innych problemów zdrowotnych (np. ślepota, katarakta, zwyrodnienie plamki żółtej, zapalenie ozębnej, złamanie kości udowej, cukrzyca), ma również negatywny wpływ na układ rozrodczy i zaburzenia płodności u kobiet oraz zaburzenia erekcji u mężczyzn. Palenie uszkadza układ odpornościowy i odpowiada za ogólne pogorszenie stanu zdrowia [5,6].

W połowie lat 90 XX wieku zaobserwowano spadek konsumpcji papierosów w Polsce. Wówczas ich sprzedaż utrzymywała się na poziomie 90-100 miliardów sztuk rocznie. Między rokiem 1995 a 2004 ilość wypalanych papierosów oscylowała w granicach 2724 sztuk rocznie [7]. Zmiany w postawach Polaków były wynikiem wprowadzenia ustawodawstwa i rządowego programu

ograniczającego palenie oraz różnorakich działań edukacyjnych dotyczących zdrowotnych następstw palenia tytoniu [8]. Najnowsze dane przemysłu tytoniowego dotyczące sprzedaży papierosów wskazują, że obecnie proces ten ma charakter malejący. W młodszych grupach wiekowych nawyk regularnego palenia w Polsce inicjuje codziennie około 500 dzieci sięgając po swojego pierwszego papierosa [9,10].

Dane Kantar Public dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego opublikowane w 2017 r. wskazują, że blisko jedna czwarta Polaków (24%) przyznaje się do codziennego (nałogowego) palenia papierosów[11].

W skład dymu tytoniowego wchodzi 6 tysięcy substancji chemicznych, z których wiele zostało zidentyfikowanych, jako związki toksyczne zaś 40 z nich ma udowodnione działanie rakotwórcze [9]. Do najważniejszych związków dymu tytoniowego pod względem toksykologicznym i kancerogennym zalicza się: nikotynę, tlenek węgla, tlenek azotu, amoniak, formaldehyd, aldehyd octowy, cyjanowodór, pirydynę i lotne N-nitrozoaminy [12].

Skutki palenia tytoniu zależą od jego długości i intensywności. W przypadku młodzieży może dochodzić do rozwoju uzależnienia w krótszym czasie i przy znacznie niższych dawkach nikotyny. Wyniki badań wykazują, że wczesna inicjacja nikotynowa zwiększa ryzyko palenia tytoniu w przyszłości i wykazuje związek z podejmowaniem przez młodzież innych zachowań niekorzystnych dla zdrowia [13,14].

Jako element profilaktyki podejmowane są działania mające na celu opóźnianie wieku inicjacji tytoniowej, a w przypadku osób palących – pomoc w rzuceniu palenia lub ograniczeniu liczby wypalanych papierosów. Śledzenie trendów palenia tytoniu w Polsce i na świecie umożliwia ocenę skuteczności prowadzonych działań z zakresu profilaktyki antynikotynowej na różnych jej poziomach. Badanie zależności pomiędzy paleniem tytoniu a wybranymi czynnikami (też socjoekonomicznymi) pozwala z kolei lepiej ukierunkować działania zapobiegawcze [13,15 -17].

Celem pracy jest ocena dostępności do wyrobów nikotynowych wśród dzieci i młodzieży z miasta Włocławka.

Materiał i metody

W badaniu uczestniczyło 369 dzieci uczniów szkoły podstawowej, klas gimnazjalnych szkoły podstawowej oraz szkoły średniej z miasta Włocławka. Najliczniejszą grupę stanowili uczniowie szkoły podstawowej – 147 osób (39,8%), najmniej liczną uczniowie klas gimnazjalnych w szkole podstawowej – 105 osób (28,5%). Wśród uczestników badania przeważały dziewczęta (213 osób -57,7%), w porównaniu do chłopców (156 osób - 42,3%).

Rodziny dzieci ankietowanych najczęściej określano mianem rodzin pełnych (81,6% badanych). Jedynie 3% spośród badanych wskazało, że jedno z rodziców pracuje za granicą. Śmierć obojga rodziców podała 1 osoba (0,3%). Ponad 73% badanych posiadało rodzeństwo. Rodzice zdecydowanej większości uczniów (68,6% osób) są czynni zawodowo; tylko 3,0% badanych wskazało, że oboje rodziców nie pracuje.

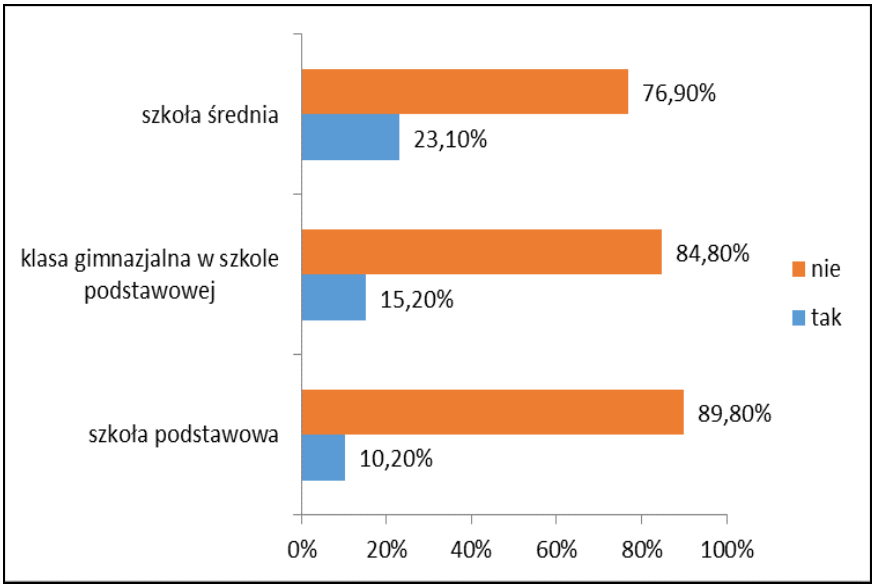
Badania przeprowadzono w 2017 roku. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnej. Warunkiem przeprowadzenia badania było wyrażenie zgody na udział w badaniu. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Kwestionariusze ankiet były rozdawane podczas bezpośredniego kontaktu w placówce oświatowej. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej w Toruniu.

Wyniki

Uczniowie różnego rodzaju szkół, różnili się istotnie w zagadnieniach: czy palisz papierosy, ile miałeś lat, kiedy po raz

pierwszy zapaliłeś/aś papierosa oraz czy kiedykolwiek samodzielnie kupowałeś/ aś w sklepie lub w kiosku papierosy (p<0,05).

Znacząca większość uczniów szkół włocławskich – 84,3% deklaruje, że nie pali papierosów. Stwierdzono zależność istotną statystycznej pomiędzy typem szkoły a paleniem papierosów (p=0,017) (Rycina.1). W grupie palących dominują uczniowie szkół średnich 23,1%, następnie uczniowie klasy gimnazjalnej szkoły podstawowej– 15,2%. Pali także 10,2% uczniów VI klas szkół podstawowych.



Rycina 1. Typ szkoły a palenie papierosów.
Źródło: wynik badań własnych.

Uczniowie szkół włocławskich, którzy palą papierosy, zapytania o powód sięgania po wyrób nikotynowy, najczęściej wskazują, że ma on charakter okolicznościowy, w wyjątkowych sytuacjach – 58,6% deklaracji; kilka razy w tygodniu pali 10,3% badanych, kilka razy w miesiącu 8,6%. W grupie młodzieży, która pali

tytoń niepokój budzi dość wysoki odsetek uczniów palących nałogowo, codziennie 22,4%.

Najwięcej uczniów włocławskich szkół– 31% po raz pierwszy spróbowało papierosów w wieku 13-15 lat, a w wieku 10-12 lat - 22,4% (Tabela 1).

Tabela 1. Wiek, w którym respondent zapalił pierwszego papierosa.

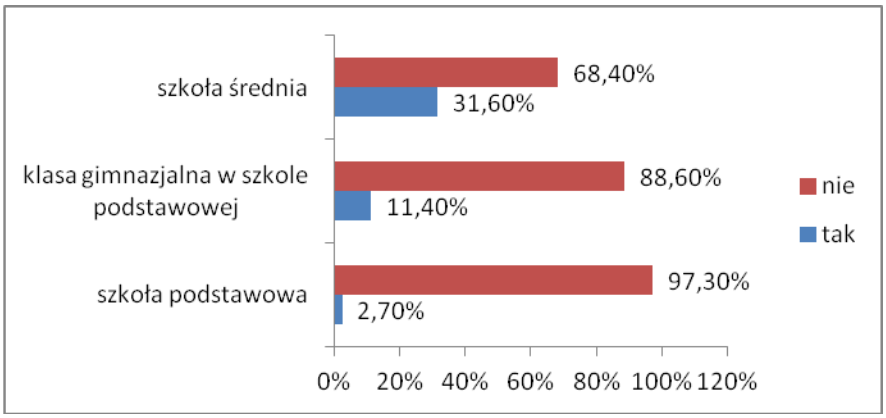
Ile miałeś/łaś lat, kiedy po raz pierwszy zapaliłeś/łaś papierosa?	**%**
mniej niż 7	17,2
7-9	10,3
10-12	22,4
13-15	31,0
16 - 18	13,8
nie pamiętam	5,2

Źródło: wynik badań własnych.

Liczba respondentów, która kupowała w kiosku samodzielnie papierosy wynosi 14,4%.

Stwierdzono zależność istotną statystycznie (p=0,000) pomiędzy typem szkoły a samodzielnym kupowaniem papierosów. Część młodzieży klasy gimnazjalnej szkoły podstawowej mogła być uważana przez sprzedawców za osoby pełnoletnie. Z tego powodu odsetek samodzielnie kupujących papierosy był dość wysoki i wynosił 11,4%. Jednak na uwagę zasługuje także znaczący odsetek uczniów szkoły średniej– 31,6%, którzy samodzielnie zaopatrywali się

w papierosy. Takich zakupów dokonywało także 2,7% uczniów szkól podstawowych (Rycina 2).



Rycina 2. Samodzielne zakupy papierosów a typ szkoły.
Źródło: wynik badań własnych.

Kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie w żadnym z aspektów dotyczących palenia (p>0,05).

Dyskusja

Wpływ różnych czynników i wzorców osobowych z domu czy z szkoły ma wpływ na kształtowanie się zachowań zdrowotnych. Dzieciństwo i młodość decydują w istotnym stopniu o zachowaniach zdrowotnych i stylu życia ludzi dorosłych. Zachowania zdrowotne uważa się obecnie za ważną metodę pomiaru stanu zdrowia populacji [18].

Popularność palenia tytoniu wśród młodzieży pozostaje nadal powszechnym zjawiskiem, pomimo wprowadzania wielu programów profilaktycznych, w tym Narodowego Programu Zdrowia. W badaniach przeprowadzonych w 2012 roku znacząca większość uczniów szkół włocławskich – 82,88% deklarowała, że nie pali papierosów [19]. Zbliżone wyniki uzyskano w 2017 roku – oświadczenie nie palenia

zadeklarowało 84,3% włocławskich uczniów. W badaniach ESPAD 2011 chociaż raz w życiu paliło 57,2% gimnazjalistów i 70,9% uczniów II klas szkół średnich [20]. W badaniach ESPAD 2015 pali papierosy od czasu do czasu 10,9% uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych i 13% III klas gimnazjum, zaś wypala co najmniej paczkę papierosów dziennie 73,2% uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych i 73,3% III klas gimnazjum[21]. Pozwala to zatem wysnuć wniosek, że zjawisko palenia tytoniu w populacji włocławskich uczniów jest niższe niż w skali kraju.

Obecnie (2017) najczęściej uczniowie szkół włocławskich, którzy palą wskazują, że ma to charakter okolicznościowy, w wyjątkowych sytuacjach – 58,6% deklaracji; kilka razy w tygodniu pali 10,3% badanych, kilka razy w miesiącu 8,6%. W grupie młodzieży, która pali tytoń niepokój budzi dość wysoki odsetek uczniów palących nałogowo, codziennie 22,4%.

W 2012 roku najczęściej uczniowie szkół włocławskich, którzy palą wskazują, że ma to charakter okolicznościowy, w wyjątkowych sytuacjach – 50,00% deklaracji; kilka razy w tygodniu pali 14,29% badanych, kilka razy w miesiącu -7,14%. W grupie młodzieży, która pali tytoń niepokój budzi dość wysoki odsetek uczniów palących nałogowo, codziennie -28,57% [19].

Czapiński i wsp. oraz Mazur i wsp. w swoich pracach wskazali zależność pomiędzy częstością palenia a płcią: dziewczęta stały się bardziej narażone na nałóg niż chłopcy [22, 23]. Fakt ten jednak nie został zaobserwowany w badaniach własnych przeprowadzonych wśród młodzieży włocławskiej (2017).

Jak wskazują badania Kowalewskiej i wsp., większość dorosłych palaczy rozpoczyna doświadczenia z tytoniem między 13, a 15. rokiem życia [24], co również potwierdzają badania własne. Najwięcej uczniów – 31% po raz pierwszy spróbowało papierosów w wieku 13-15 lat a w wieku 10-12 lat - 22,4%. Odsetek inicjujących palenie w wieku 10 lat i poniżej jest znaczący i wynosi ogółem 27,5%, z czego 17,2% to dzieci poniżej 7 roku życia. Z tych młodocianych osób

blisko połowa zostanie nałogowymi palaczami [24]. Dla porównania populacji włocławskiej w badaniach w 2012 najwięcej uczniów – 37,59% po raz pierwszy spróbowało papierosów w wieku 13-15 lat a w wieku 10-12 lat -22,70%. Odsetek inicjujących palenie w wieku 10 lat i poniżej jest znaczący i wynosi ogółem 18,44%, z czego 7,09% to dzieci poniżej 7 roku życia [19].

W okresie dojrzewania duży wpływ na podejmowanie palenia tytoniu ma grupa rówieśnicza. Obok niej istotnym czynnikiem są wzorce rodzinne. Postawa obojga rodziców kształtuje postawy dzieci wobec palenia [25]. Palenie tytoniu zwiększa prawdopodobieństwo innych zachowań ryzykownych, jak picie alkoholu. Należy podkreślić, że zjawisko tak zwanego „torowania", czyli uzależnienie od jednego środka psychoaktywnego, ułatwia uzależnienie od innych [26].

Niepełnoletni palacze – podobnie jak dorośli – przechodzą przez kolejne etapy zachowań związanych z paleniem tytoniu, począwszy od stadium przygotowania, poprzez eksperymentowanie, regularne palenie, aż do uzależnienia od tytoniu [10]. Do najważniejszych cech charakteryzujących intensywność nałogu palenia należą: liczba wypalanych dziennie papierosów, wiek rozpoczęcia regularnego palenia tytoniu, czas trwania nałogu, typ palonych papierosów, poziom uzależnienia od nikotyny [10,27].

Pomimo, że w wielu doniesieniach wskazuje się konieczność przeciwdziałania paleniu tytoniu, w szczególności inicjacji tytoniowej [43], to tylko w niewielu jest poruszany problem jak konkretnie należy odzwyczajać uzależnionych od palenia tytoniu [10,28,29].Wyjście z nałogu nie jest łatwe. Potwierdzeniem tego są badania Boudreaux i wsp., w których wykazano, że spośród 25% palącej młodzieży z przedziału wiekowego 17-18 lat, która pragnęła porzucić ten nałóg, udało się to zaledwie 5% z tejże grupy [30]. Choć istnieje wiele środków pomocniczych ułatwiających wyjście z nałogu palenia tytoniu, to ich skuteczność jest ciągle niezadowalająca. Należą do nich: środki farmakologiczne, nikotynowa guma do żucia, plastry nikotynowe, produkty ziołowe. Niewątpliwie w wyjściu z nałogu

najważniejszą rolę ogrywa motywacja i silna wola palącego. Osoby pozbawione takiej silnej motywacji i woli rzucenia palenia często wracają do nałogu. Za przykład może posłużyć grupa wielu milionów palaczy z całego świata, którzy byli silnie zmotywowani do wyjścia z nałogu – aż 90% spośród nich porzuciło ten nałóg samodzielnie, nie korzystając z pomocy innych środków bądź organizacji. Wzmagać motywację mogą również: względy zdrowotne, finansowe, wpływ bliskich osób, zakazy prawne [31]. Dużą rolę odgrywa również zmieniająca się moda. Współcześnie papierosy nie cieszą się tak dużą popularnością jak przed kilkunastoma latami. Działania społeczne mogą wzmacniać motywację do rzuceniu palenia; możemy do nich zaliczyć wszelkiego rodzaju: akcje oświatowe, dni bez papierosa czy konkursy z nagrodami dla osób rzucających palenie. Ogromny wpływ mają również środki masowego przekazu nawołujące za pośrednictwem osób o dużym autorytecie do licznych działań związanych z rzuceniem nałogu palenia tytoniu [10,32].

Wnioski

1. Znacząca większość uczniów szkół włocławskich (84,3%) deklaruje, że nie pali papierosów.
2. Uczniowie z włocławskich szkół palący tytoń najczęściej deklarują, że palą w wyjątkowych sytuacjach – 58,6% deklaracji; kilka razy w tygodniu pali 10,3% badanych, kilka razy w miesiącu 8,6%. W grupie młodzieży, która pali tytoń niepokój budzi dość wysoki odsetek uczniów palących nałogowo, codziennie 22,4%.
3. Odsetek inicjujących palenie w wieku 10 lat i poniżej jest znaczący i wynosi ogółem 27,5%, z czego 17,2% to dzieci poniżej 7 roku życia . Wynik ten sugeruje, że kampanie antynikotynowe powinny być szeroko omawianie począwszy od najwcześniejszych lat nauczania szkolnego, włączając tzw. klasy „zero".

4. Liczba respondentów, która kupowała w kiosku samodzielnie papierosy wynosi 14,4%. W związku z powyższym, świadomość społeczna, reakcja na zachowania powinna być szeroko omawiana wśród lokalnego społeczeństwa miasta Włocławka.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Ochrona dzieci i młodzieży przed skutkami nałogu nikotynowego jest wyzwaniem dla rodziców, opiekunów, nauczycieli, a także pracowników ochrony zdrowia. Należy wykorzystać każdą okazję do kształtowania prawidłowej postawy młodych ludzi ukierunkowanej na zdrowy styl życia.

Bibliografia / Bibliography:

1. Wilmes D.J. Nie!!! Alkoholowi i Narkotykom. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2002.

2. Teesson M., Degenhardt L., Hall W. Uzależnienia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2005.

3. Kłos J., Gromadecka-Sutkiewicz M. Palenie papierosów jako aspekt stylu życia wśród 18-letnich uczniów poznańskich szkół. Przegląd Lekarski 2008; 65: 123–125.

4. Opielak G., Nadulska A., Piotrkowicz J. et.al. Palenie tytoniu wśród młodzieży szkół średnich w świetle aktualnych badań, Forum Medycyny Rodzinnej 2014, tom 8, nr 4, 190–194.

5. CDC's Office on Smoking and Health, Smoking and Tobacco Use; Annual Deaths Attributable to Cigarette Smoking, www.cdc.gov, 31 lipca 2017 [dostęp 2018-03-22].

6. Wojciech Stefan Zgliczyński: Palenie tytoniu w Polsce. Biuro Analiz Sejmowych, 30 listopada 2017. [dostęp 2018-03-22]: 2-3.

7. Roczniki Statystyczne GUS 1928-2005. GUS, Warszawa 2005.

8. Jaworski J.M., Linke D., Przewoźniak K., Zatoński W. Profilaktyka chorób odtytoniowych– ogólnopolskie kampanie zdrowotne. [w:] Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. Zatoński W, Przewoźniak K. (red). Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 1999: 127-63.

9. Wojtczak A. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. PZWL, Warszawa 2009.

10. Wojtyła-Buciora P, Marcinkowski JT. Palenie tytoniu przez licealistów – w opinii młodzieży i ich rodziców, Probl Hig Epidemiol 2011, 92(2): 319-326.

11. Trząsalska A., Staszyńska M., Krassowska U., Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu, Kantar Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Październik 2017: 6.

12. Glover ED, Payne TJ. Treating nicotine dependence. Am J Med 2003, 327: 183-6.

13. Mathers C.D., Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine 2006; 3(11): e442.

14. Mazur J. (red.): Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2015.

15. Kowalewska A. Palenie tytoniu przez dziewczęta w okresie dorastania w kontekście uwarunkowań psychospołecznych. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2013.

16. Moor I., Rathmann K., Lenzi M. et al. Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. European Journal of Public Health 2015; 25(3): 457–463.

17. Pförtner T.K., Moor I., Rathmann K. et al. The association between family affluence and smoking among 15-year-old adolescents in 33 European countries, Israel and Canada: the role of national wealth. Addiction 2015; 110(1): 162–173.

18. Woynarowska B., Mazur J . Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce: wyniki badań HBSC 2002. Zdrowie Publiczne 2004; 114: 159–167.

19. Diagnoza lokalnych problemów uzależnień i innych zagrożeń społecznych dla miasta Włocławek, Raport przygotowany na zlecenie Urzędu Miasta Włocławek Nr PZPS.8141.1.21.2012-1, Włocławek 2012.

20. Sierosławski J. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport ogólnopolski z badan ankietowych realizowanych w 2011 roku. Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 2011.

21. Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r; Europejski Program Badań Ankietowych w szkołach ESPAD, 2015.

22. Czapiński J., Panek T. (red.). Diagnoza społeczna 2007. Warunki i Jakość Życia Polaków. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa 2007.

23. Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A. Wybrane wskaźniki palenia tytoniu przez młodzież 15-letnie w Polsce na tle międzynarodowych statystyk. Przegląd Lekarski 2008; 65: 549–552.

24. Kowalewska A., Woynarowska B., Mazur J. Uzależnienie od nikotyny i gotowość do rzucenia palenia wśród palącej młodzieży 15-letniej. Problemy Higieny i Epidemiologii 2005; 86: 93–98.

25. Obuchowska I. Drogi dorastania. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1996.

26. Muszalik M., Marzec A., Bartuzi Z. Edukacji zdrowotna metodą zapobiegania paleniu papierosów i piciu alkoholu wśród młodzieży szkolnej. Pielęgniarstwo Polskie 2005; 2: 225–229.

27. Zatoński W, Przewoźniak K. Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1996: 148.

28. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2003,35: 1381-95.

29. Daniel J, Cropley M, Fife-Schow C. The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptomsis not caused by distraction. Addiction 2006, 101: 1187-92. 46. Boudreaux ED, Francis JL, Carmack Taylor CL, Scarinci IC, Brantley PJ. Changing multiple health behaviors: Smoking and exercise. Prev Med 2003, 36: 471-8.

30. Boudreaux ED, Francis JL, Carmack Taylor CL, Scarinci IC, Brantley PJ. Changing multiple health behaviors: Smoking and exercise. Prev Med 2003, 36: 471-8.

31. Zatoński W. Demokracja jest zdrowsza. Cud zdrowotny nad Wisłą. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1999: 7-17.

32. Percival J, Bialous SA, Chan S, Sarna L. International efforts in tobacco control. Sem Oncol Nurs 2003, 19: 301-8.

Wpływ wybranych czynników na sposób postrzegania osób chorych na schizofrenię

The influence of selected factors on the perception of people with schizophrenia

ADRIANNA FRYDRYSIAK[1]

[1] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.003
ISSN: 2541-1846

Streszczenie:
Wstęp. Schizofrenia jest chorobą psychiczną, która wymagająca długofalowego leczenia. Brak wsparcia ze strony otoczenia oraz stygmatyzacja potęgują konsekwencje choroby.
Cel. Celem niniejszej pracy jest analiza postrzegania osób chorych na schizofrenię przez studentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo oraz pielęgniarki czynne zawodowo.
Materiał i metody. Dla potrzeb pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Kwestionariusz zawierał dwadzieścia trzy pytania.
Wnioski. W zawodzie pielęgniarki doświadczenie zawodowe nie ma istotnego wpływu na zmianę postrzegania osób chorych na schizofrenię. W zawodzie pielęgniarki poziom wykształcenia ma istotny wpływ na postrzeganie osób chorych na schizofrenię. Częstotliwość spotkań z chorymi na schizofrenię ma istotny wpływ na sposób ich postrzegania.

Słowa kluczowe: schizofrenia, postrzeganie

Abstract:
Introduction. Schizophrenia is a mental disorder that requires long-term treatment. Lack of support from the environment and stigmatisation intensify the consequences of the disease.
Aim. The purpose of this master's dissertation is the analysis of how professionally active nurses and nursing students of bachelor degree perceive patients suffering for schizophrenia.
Material and methods. For this master's dissertation a diagnistic survey and a questionnaire were used. The interviewees had to give answers to questions. The questionnaire contained twenty-three questions.
Conclusions. In nursing profession work experience does not have significant influence on the change of perception of patients suffering from schizophrenia. However, the level of education affects the perception of patients suffering from schizophrenia. The frequency of interaction with schizophrenia patients has got significant impact on how they are perceived.

Keywords: schizophrenia, perception

Wstęp

Zaburzenia psychiczne są istotną kwestią zdrowotną, z których zdaniem specjalistów najpoważniejszą chorobę stanowi schizofrenia. Opisywana jest jako chroniczna choroba psychiczna, wymagająca kompleksowego, długofalowego leczenia, która zakłócając stan równowagi organizmu, odbija się ujemnie na prawidłowym funkcjonowaniu jednostki [1-3]. Schizofrenia stanowi problem kliniczny i społeczny, dotycząc aktualnie do półtora procent populacji generalnej. Brak jest wskaźników różnicujących występowanie schizofrenii pomiędzy poszczególnymi rasami i płciami. Faktem jest, że mężczyźni na schizofrenię zapadają w młodszym wieku (15-25 r. ż.) i mają bardziej burzliwy przebieg choroby. Kobiety przechodzą ją łagodniej, najprawdopodobniej dzięki ochronnej działalności estrogenów. Zapadają na nią w późniejszym wieku, pomiędzy 15-45 r.ż. Incydentalnie choroba zaczyna rozwijać po 45 r.ż. lub

w dzieciństwie [4,5,6]. Dwukrotnie częściej od osób owdowiałych i pozostających w związkach chorują osoby samotne i rozwiedzione. Jednocześnie osoby cierpiące na schizofrenię najczęściej wywodzą się z niższych klas społecznych co wiąże się z ich podwyższoną predyspozycją do degradacji społecznej. Szacuje się, że powyżej 50% chorych na schizofrenię uzależnionych jest od nikotyny, alkoholu lub marihuany [4,7,8].

Przewlekły przebieg choroby, wielokrotnie powtarzające się hospitalizacje generują deficyty w zakresie funkcjonowania społecznego. Brak wsparcia ze strony otoczenia, jego bezradność i stygmatyzacja połączona z przejawami dyskryminacji potęgują konsekwencje choroby [9,10].

Proces spostrzegania, inaczej percepcji określany jest jako proces poznawczy związany z przetwarzaniem informacji sensorycznej pod wpływem zadziałania bodźców. Do świadomości człowieka dociera tylko nikła ilość bodźców, oddziałujących w danej chwili na jednostkę, co wynika z ograniczonych indywidualnych możliwości percepcyjnych. Są to bodźce najsilniejsze, oczekiwane lub związane z subiektywnymi emocjami jednostki. Nie tylko bodźce fizyczne wpływają na spostrzeganie. Może być ono również wynikiem procesów emocjonalnych, intuicji i myślenia [11,12].

Obraz osoby chorej na schizofrenię w opinii społeczeństwa

Na podstawie badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej w 2008 roku osoby chore psychicznie utożsamiane są z osobami upośledzonymi umysłowo lub niedorozwiniętymi (24%). Ankietowani określają je również jako trudne do zniesienia, niebezpieczne, nieprzewidywalne i niepoczytalne (39%). Polacy w kontaktach z chorymi psychicznie rodakami niejednokrotnie odczuwają litość, strach i bezradność, co wynika z pobieżnego przygotowania do spotkania i niewiedzy [13,14]. Jednocześnie 44% badanych nie odczuwa potrzeby jej pogłębienia,

przy 8,5% którzy deklarowali chęć nauki [15,16]. Na podstawie badań przeprowadzonych w 14 krajach europejskich ocena społeczna najniżej z chorób psychicznych plasuje diagnozę schizofrenii. Krzywdzące i niesłuszne stereotypy dotyczące chorujących na schizofrenię doprowadzają do tego, że najbliższa rodzina pozostaje niejednokrotnie jedyną grupą uczestniczącą w życiu osoby chorej. Wspierającą ją ekonomicznie i emocjonalnie. Społeczne wykluczenie dotyczy głównie chorujących na schizofrenię i psychozy ponad 6 lat, niepracujących i pobierających rentę inwalidzką [17,18].

Znaczny wpływ na ukształtowanie stosunku wobec osób chorujących na schizofrenię mają powszechne media. Przedstawiając je jako nieprzewidywalne i niesympatyczne, niezdolne do produktywnej pracy, silnie związane z przemocą. Brak akceptacji opiera się na istnieniu błędnych stereotypów, zgodnie z którymi schizofrenia to choroba nieuleczalna, przebiegająca zawsze niekorzystnie. Zaś osoby na nią chorujące mogą swoim szaleństwem zarażać innych [1,17]. Stygmatyzacja osób chorych na schizofrenię prowadzi do postrzegania jej jako osoby gorszej od ogółu. Dezaprobata i negatywny odbiór tej grupy społecznej prowadzi do coraz większego dystansowania się chorych i ich rodzin [19,20]. Źródłem napiętnowania ze strony społeczeństwa stają się objawy schizofrenii odbijające się na zachowaniu chorego. Można do nich zaliczyć napięcie, wycofanie emocjonalne, halucynacje, podejrzliwość, agresję, czy próby samobójcze. Duże znaczenie w ocenie chorującej jednostki ma również jakość wyglądu zewnętrznego, wpływając pozytywnie lub negatywnie na nadszarpnięte relacje społeczne [18].

Porównując dane z 1999r. z Komunikatem z badań „Osoby chore psychicznie w społeczeństwie" z 2008r., przeprowadzonego przez CBOS można wspomnieć o pogorszeniu się stosunku badanych do chorych psychicznie. Nastąpił spadek liczby osób traktujących ich życzliwie wraz ze wzrostem odczuwających obojętność. Poziom niechęci pozostał na niezmienionym poziomie. Życzliwość wobec chorych psychicznie rośnie wraz z wiekiem. Najniższą odnotowano

u respondentów najmłodszych w wieku 18-24 lata. Pozytywniejszy stosunek deklarują również kobiety, kadra kierownicza oraz osoby zaangażowane w wyznania religijne [21].

Celem niniejszej pracy jest analiza postrzegania osób chorych na schizofrenię przez studentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo oraz pielęgniarki czynne zawodowo.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od 26 kwietnia 2016 roku do 20 lipca 2016 roku w grupie 50 studentów kierunku pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Płocku oraz wśród 44 czynnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy Wojewódzkiego Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gostyninie.

W niniejszej pracy problemem głównym było określenie potencjalnych różnic w postrzeganiu osób chorych na schizofrenię przez pielęgniarki pracujące zawodowo i studentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo.

W ramach przytoczonego problemu głównego, wyodrębniono następujące problemy szczegółowe:

1. Czy w zawodzie pielęgniarki doświadczenie zawodowe wpływa na sposób postrzegania osób chorych na schizofrenię?
2. Czy w zawodzie pielęgniarki wykształcenie wpływa na sposób postrzegania osób chorych na schizofrenię?
3. Czy częsty kontakt z osobami chorymi na schizofrenię zmienia profil ich postrzegania?

Dla potrzeb pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietową, zaś narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który zawierał dwadzieścia trzy pytania.

Badając odpowiedzi każdej z grup respondentów wyznaczono średnią wyników oraz odchylenie standardowe. Dla określenia

wzajemnych powiązań pomiędzy zmiennymi (odpowiedzi grupy studentów i pielęgniarek/pielęgniarzy) wykorzystano znormalizowany współczynnik korelacji przybierający wartości od −1 (zupełna korelacja ujemna), przez 0 (brak korelacji) do +1 (zupełna korelacja dodatnia) oraz test Chi – kwadrat (X^2).

Tabela 1. Podział respondentów ze względu na wiek.

Wiek	Studenci		Pielęgniarki/Pielęgniarze		Ogółem	%
	Liczba	%	Liczba	%		
20 - 29 lat	47	94	3	7	50	53
30 - 39 lat	3	6	9	20	12	13
40 - 49 lat	0	0	24	55	24	26
50 - 59 lat	0	0	8	18	8	8
60 i więcej	0	0	0	0	0	0
suma	50	100	44	100	94	100

Źródło: wynik badań własnych.

Badaniem objęto 94 osoby w wieku od 20 do 59 lat.

Tabela 2. Podział badanych pielęgniarek/pielęgniarzy ze względu na staż pracy.

Staż pracy	Liczba	%
Poniżej roku	0	0
1 - 5 lat	3	7
6 - 10 lat	3	7
11 - 15 lat	7	16
16 - 20 lat	12	27
Powyżej 20 lat	19	43
suma	44	100

Źródło: wynik badań własnych.

Wśród pielęgniarek/pielęgniarzy 43% stanowiły osoby z ponad 20-letnim stażem pracy, 27% ze stażem z przedziału 16-20

lat, zaś 16% z przedziału 11-15 lat. Tylko 14% miało staż pracy mniejszy niż 10 lat. Można, więc stwierdzić, że grupa pielęgniarek i pielęgniarzy charakteryzowała się dużym doświadczeniem zawodowym.

Tabela 3. Podział ankietowanych pielęgniarek/pielęgniarzy uwzględniający wykształcenie.

Ukończona szkoła	Liczba	%
Studium medyczne	15	34
Liceum medyczne	4	9
Studia licencjackie	19	43
Studia magisterskie	6	14
suma	44	100

Źródło: wynik badań własnych

Wśród ankietowanych pielęgniarek/pielęgniarzy najliczniejszą grupę tj. 19 osób (43%) stanowili absolwenci studiów licencjackich, zaś 6 osób tj. 14% uzyskało tytuł magistra. Studium medyczne ukończyło 34% przebadanych pielęgniarek/pielęgniarzy. Tylko 9% zakończyło naukę po uzyskaniu świadectwa liceum medycznego.

Tabela 4. Deklarowany przez respondentów kontakt z osobami chorymi na schizofrenię.

Jak często ma Pani/Pan kontakt z osobami chorymi na schizofrenię?	Studenci		Pielęgniarki/ Pielęgniarze		Ogółem	%
	Liczba	%	Liczba	%		
Codziennie	4	8	6	14	10	11
Kilka razy w tygodniu	0	0	31	70	31	33
Kilka razy w miesiącu	7	14	5	11	12	13
Raz na rok	27	54	1	2	28	30
Nigdy	12	24	1	2	13	14

suma	50	100	44	100	94	100

Źródło: wynik badań własnych.

Wśród studentów przeważały osoby, które nigdy nie miały kontaktu z osobami chorującymi na schizofrenię -24% (12 osób) lub miały kontakt raz na rok 54% (27 osób). Pielęgniarki/pielęgniarze najczęściej zaznaczali odpowiedź świadczącą o częstym kontakcie z wymienionymi chorymi, tj. kilka razy w tygodniu 70% (31 osób) lub codziennie 14% (6 osób).

Wyniki

Tabela 5. Cechy chorego na schizofrenię wymieniane przez respondentów.

Pani/Pana zdaniem cechy chorego na schizofrenię to:	Studenci		Pielęgniarki/ Pielęgniarze		Ogółem	%
	Liczba	%	Liczba	%		
Zachowanie niezrozumiałe	14	28	13	30	27	29
Zagubienie, bezradność	16	32	10	23	26	28
Nadpobudliwość, agresywność	12	24	13	30	25	27
Napięcie, lęk bez powodu	18	36	22	50	40	43
Nieufność, zamknięcie w sobie	24	48	12	27	36	38
Bierność, zobojętnienie wobec własnego losu	9	18	10	23	19	20
Podszywanie się pod inną osobę	4	8	1	2	5	5

Źródło: wynik badań własnych.

Najczęściej zaznaczanymi cechami chorego na schizofrenię były: „napięcie, lęk bez powodu" – 43%wszystkich badanych oraz „nieufność, zamkniecie w sobie" - 38% ogółu respondentów. Pierwszą

z odpowiedzi wybierała przede wszystkim grupa pielęgniarzy/pielęgniarek, zaś drugą grupa studentów. Dość częstymi odpowiedziami były także: „zachowanie niezrozumiałe" i „zagubienie, bezradność" –odpowiednio po 29% i 28% oraz „nadpobudliwość, agresywność"- 27%. Tylko 5% wszystkich badanych określiło „podszywanie się pod inną osobę" jako cechę chorego na schizofrenię.

Tabela 6. Określenia chorych na schizofrenię oznaczane przez respondentów.

Jak określiłaby Pani/Pan osobę chorą na schizofrenię?	Studenci		Pielęgniarki/ Pielęgniarze		Ogółem	%
	Liczba	%	Liczba	%		
To normalny, dotknięty chorobą człowiek	31	62	31	70	62	66
Potencjalny przestępca	0	0	0	0	0	0
Dziwak	3	6	3	7	6	6
Psychol, świrus	3	6	1	2	4	4
Osoba nieprzewidywalna, niebezpieczna	6	12	9	20	15	16
Nie mam zdania	7	14	0	0	7	7
suma	50	100	44	100	94	100

Źródło: wynik badań własnych

2/3 wszystkich respondentów - 66% uznało chorych na schizofrenię za normalnych, dotkniętych chorobą ludzi. Wśród pozostałych odpowiedzi, określenie „osoba nieprzewidywalna, niebezpieczna" uzyskało 16%, „dziwak" - 6%, „psychol, świrus" - 4%. Nie miało na ten temat zdania 7% ankietowanych. Żadna z osób nie zaznaczyła określenia „potencjalny przestępca" .

Tabela 7. Odczucia respondentów wobec osoby, której zachowanie sugeruje, że choruje psychicznie.

Jakie odczucia dominują w Pani/Panu wobec osoby, której zachowanie sugeruje, że choruje psychicznie?	Studenci		Pielęgniarki/ Pielęgniarze		Ogółem	%
	Liczba	%	Liczba	%		
Akceptacja, życzliwość	7	14	12	27	19	20
Chęć niesienia pomocy, przychylność	20	40	20	45	40	43
Współczucie	15	30	10	23	25	27
Obojętność	0	0	0	0	0	0
Lęk, strach	7	14	2	5	9	10
Fascynacja	1	2	0	0	1	1
suma	50	100	44	100	94	100

Źródło: wynik badań własnych.

W odpowiedzi na powyższe pytanie (tabela 7), aż 43% ankietowanych wyraziło chęć niesienia pomocy i przychylność wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Z kolei 27% odczuwało współczucie, a 20% akceptację i życzliwość. Tylko 10% zaznaczyło, że odczuwa strach i lęk, zaś 1osoba - fascynację.

Tabela 8. Optymalne miejsce pobytu osoby chorej na schizofrenię wyznaczone przez ankietowanych.

Jako optymalne miejsce osoby chorej na schizofrenię wyznaczyłaby Pani/Pan?	Studenci		Pielęgniarki/ Pielęgniarze		Ogółem	%
	Liczba	%	Liczba	%		
Rodzinny dom	35	70	31	70	66	70
Samodzielne mieszkanie	0	0	2	5	2	2
Szpital psychiatryczny	12	24	4	9	16	17
Zamkniętą placówkę opieki społecznej	3	6	7	16	10	11
suma	50	100	44	100	94	100

Źródło: wynik badań własnych.

Za optymalne miejsce dla osoby chorej na schizofrenię uznało dom rodzinny 60 (70%) respondentów. Z kolei 17% doszło do wniosku, że powinien to być szpital psychiatryczny, a 11%, że zamknięta placówka opieki społecznej. Tylko 2% badanych twierdziło, że najlepszym miejscem dla w/w chorych jest samodzielne mieszkanie.

Tabela 9. Opinia respondentów na temat problemów osób chorych na schizofrenię.

Pani/Pana zdaniem co najbardziej utrudnia życie osobie chorej na schizofrenię?	Studenci		Pielęgniarki/ Pielęgniarze		Ogółem	%
	Liczba	%	Liczba	%		
Zależność od leków psychotropowych	6	12	13	30	19	20
Nietolerancja, brak zrozumienia społecznego	25	50	18	41	43	46
Samotność, izolacja społeczna	8	16	6	14	14	15
Poczucie bycia innym, stygmatyzacja	7	14	7	16	14	15
Lęk i bariery psychologiczne	4	8	0	0	4	4
suma	50	100	44	100	94	100

Źródło: wynik badań własnych.

Jako cechę najbardziej utrudniającą życie chorym na schizofrenię ankietowani wskazali „nietolerancję, brak zrozumienia społecznego". Odpowiedziało tak 46% wszystkich badanych. Drugą, co do częstości wybieranych odpowiedzi była „zależność od leków

psychotropowych" - 20%. Kolejne cechy to: „poczucie bycia innym, stygmatyzacja" oraz „samotność, izolacja społeczna", które uzyskały po 15% odpowiedzi. Najrzadziej zaznaczaną cechą był „lęk i bariery psychologiczne", którą zaznaczyło tylko 4% badanych.

Analiza statystyczna

Wpływ doświadczenia zawodowego w zawodzie pielęgniarki na postrzeganie osób chorych na schizofrenię

Dla zbadania pierwszej hipotezy podzielono ankietowane pielęgniarki/pielęgniarzy na 6 grup wiekowych i przeanalizowano ich odpowiedzi na trzy pytania (Tabela 6, Tabela 7, Tabela 8). Następnie zbadano korelację oraz poziom istotności między grupami różniącymi się stażem pracy. Wyniki przedstawiono w poniższej tabeli 10.

Tabela 10. Analiza statystyczna wpływu doświadczania zawodowego w zawodzie pielęgniarki na postrzeganie osób chorych na schizofrenię.

Staż pracy	Pytanie 13						Pytanie 14						Pytanie 20				N	Współ. korelacji	Poziom istotności testu Chi - kwadrat
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D			
Poniżej roku	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,634	0,0574
1 - 5 lat	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	2	0	0	1	3		
6 - 10 lat	3	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	1	1	3		
11 - 15 lat	3	0	1	0	3	0	0	2	5	0	0	0	4	0	0	3	7		
16 - 20 lat	9	0	0	1	2	0	4	6	1	0	1	0	11	0	0	1	12		
Powyżej 20 lat	15	0	1	0	3	0	6	9	3	0	1	0	13	2	3	1	19		

Źródło: wynik badań własnych.

Otrzymany testem Chi - kwadrat wynik poziomu istotności jest większy od przyjętego (p>0,05). Cecha badana, jaką jest doświadczenie zawodowe, okazała się nieistotna dla wyników pomiaru. Wyznaczony współczynnik korelacji jest w przedziale korelacji dodatniej przeciętnej (0,634), co wskazuje na przeciętne podobieństwo odpowiedzi grup o różnym stażu pracy.

Wpływ wykształcenia w zawodzie pielęgniarki na postrzeganie osób chorych na schizofrenię

Przy badaniu powyższej hipotezy ankietowana grupa 44 pielęgniarek/pielęgniarzy została podzielona na podgrupy w zależności od wykształcenia. Następnie przeanalizowano odpowiedzi tej grupy na trzy pytania (Tabela 6, Tabela 7, Tabela 8). Wyniki przedstawiono w poniższej tabeli 11.

Tabela 11. Analiza statystyczna wpływu poziomu wykształcenia zawodowego w zawodzie pielęgniarki na postrzeganie chorych na schizofrenię.

Rodzaj ukończonej szkoły	Pyt. 13						Pyt. 14						Pyt. 20				N	Wsp. korelacji	Poziom istotności testu Chi - kwadrat
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D			
Studium medyczne	12	0	1	0	2	0	6	7	2	0	0	0	11	0	2	2	15	0,314	0,018
Liceum medyczne	2	0	0	1	1	0	0	0	3	0	1	0	2	0	1	1	4		
Studia lic.	14	0	1	0	4	0	3	11	5	0	0	0	15	0	0	4	19		
Studia mgr	3	0	1	0	2	0	3	2	0	0	1	0	3	2	1	0	6		

Źródło: wynik badań własnych.

Wynik poziomu istotności testu Chi - kwadrat jest mniejszy od przyjętego (p<0,05) co daje podstawę do odrzucenia hipotezy zerowej. Cecha badana, jaką jest wykształcenie, okazała się istotna dla wyników pomiaru. Współczynnik korelacji jest w przedziale korelacji dodatniej słabej (0,314), co potwierdza małe podobieństwo odpowiedzi grup o różnym wykształceniu. Dodatnia korelacja wskazuje, że im wyższy jest poziom wykształcenia, tym wpływ na postrzeganie osób chorych na schizofrenię jest większy.

Wpływ częstotliwości spotkań z osobami chorymi na schizofrenię na sposób ich postrzegania

Podczas badania powyższej hipotezy podobnie jak w hipotezie I i II przeanalizowano odpowiedzi na trzy pytania (Tabela 6, Tabela 7, Tabela 8). Tym razem zbadano odpowiedzi wszystkich respondentów w odniesieniu do częstotliwości spotkań z osobami chorymi na schizofrenię. Określono korelację oraz poziom istotności między poszczególnymi grupami różniącymi się częstotliwością spotkań z chorymi na schizofrenię. Wyniki przedstawiono w poniższej tabeli 12.

Tabela 12. Analiza statystyczna wpływu częstotliwości spotkań z osobami chorymi na schizofrenię na sposób ich postrzegania.

Częstotliwość spotkań z chorymi	Pytanie 13						Pytanie 14						Pytanie 20				N	Wsp. korelacji	Poziom istotności testu Chi - kwadrat
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D			
Codziennie	9	0	0	1	0	0	3	7	0	0	0	0	9	1	0	0	10	0,446	0,045
Kilka razy w tygodniu	21	0	3	1	6	0	7	15	7	0	2	0	22	1	1	7	31		
Kilka razy w miesiącu	9	0	0	0	1	2	3	2	5	0	1	1	7	0	4	1	12		

Raz na rok	18	0	0	1	5	4	3	10	10	0	5	0	17	0	10	1	28	
Nigdy	5	0	3	1	3	1	3	6	3	0	1	0	11	0	1	1	13	

Źródło: wynik badań własnych.

Wynik poziomu istotności testu chi - kwadrat jest mniejszy od przyjętego (p<0,05), Cecha badana, jaką jest częstotliwość spotkań z chorymi na schizofrenię, okazała się istotna dla wyników pomiaru. Współczynnik korelacji potwierdził wpływ tej cechy na odpowiedzi, gdyż jego wartość znalazła się w przedziale korelacji dodatniej przeciętnej (0,446). Dodatnia korelacja wskazuje, że im częstszy jest kontakt z chorymi na schizofrenię, tym wpływ na ich postrzeganie jest większy.

Dyskusja

Hipoteza 1: W zawodzie pielęgniarki doświadczenie zawodowe wpływa na postrzeganie osób chorych na schizofrenię.

Analiza badań własnych wykazała, że w zawodzie pielęgniarki cecha badana, jaką jest doświadczenie zawodowe, okazała się nieistotna dla wyników pomiaru. Brak jest związku istotnego statystycznie pomiędzy stażem pracy a postrzeganiem chorych na schizofrenię (*p*= 0, 0574). Wyznaczony współczynnik korelacji znalazł się w przedziale korelacji dodatniej przeciętnej (0,634), co wskazało na przeciętne podobieństwo odpowiedzi grup o różnym stażu pracy. Określając osobę chorą na schizofrenię pielęgniarki/pielęgniarze z rożnym doświadczeniem zawodowym najchętniej wybierali przymiotnik: normalny, dotknięty chorobą człowiek. Tylko dziewięcioro spośród 44 badanych określiło ich jako osoby nieprzewidywalne, niebezpieczne. Żadna z badanych osób nie uznała chorego na schizofrenię za potencjalnego przestępcę. Uczucia

ankietowanych pielęgniarek/pielęgniarzy wobec w/w chorych opierały się najczęściej na chęci niesienia pomocy, przychylności i współczuciu. Żadna z osób nie zaznaczyła odpowiedzi fascynacja, a lęk, strach tylko 2 osoby. Jako optymalne miejsce pobytu osoby chorej na schizofrenię pielęgniarki/pielęgniarze wskazywali rodzinny dom, tylko dwie osoby umieściłyby ich w samodzielnym mieszkaniu, a trzy pracujące powyżej 20 lat w szpitalu psychiatrycznym. Ostatecznie doświadczenie zawodowe okazało się nie wpływać istotnie na postrzeganie osób chorych na schizofrenię, czego powodem może być fakt, iż w grupie przebadanych pielęgniarek/pielęgniarzy nie było osób o stażu pracy niższym niż rok, a tylko 6 osób pracowało w zawodzie mniej niż 10 lat.

W komunikacie z badań Centrum Badania Opinii Społecznej z 2008 roku, prawie w każdej z grup społeczno - demograficznych badani najczęściej pozytywnie oceniali własny stosunek do chorych psychicznie, co wiązali z doświadczeniem życiowym. Najmłodsza część badanych osób (od 18 do 24 r.ż.) była najmniej życzliwą grupą, swój stosunek do chorych psychicznie określając na obojętny. Podobnie odpowiedzieli uczniowie i studenci oznaczając niechęć częściej niż pozostali ankietowani. Wraz ze wzrostem wieku badanych obojętność ustępowała życzliwości. Również kobiety dominowały z tą odpowiedzią nad mężczyznami [21].

J. Żebrowska (i inni) badając 228 studentów I roku (fizjoterapii, zdrowia publicznego, pielęgniarstwa, położnictwa) studiów pierwszego stopnia, dowiodła, że 22,4% z nich chorobę psychiczną określało jako niepełnosprawność i był to najwyższy odsetek spośród wszystkich możliwych odpowiedzi. Przy czym aż 39 % ankietowanych nie miało kontaktu z takimi osobami, jednak 26% potrafiło określić stosunek społeczeństwa do osób niepełnosprawnych jako - niedobry, a 22% jako, zły i niewłaściwy [22].

B. Mróz w swoich badaniach porównawczych dotyczących stereotypu chorych psychicznie dowiodła, że świadomość na temat

problemów osób chorych psychicznie w czasie 10 - lecia nieznacznie wzrosła. Obraz samego chorego nie uległ poprawie zmieniła się jednak złożoność jego postrzegania. Pozytywnym nastawieniem do osób chorych psychicznie odznaczają się najczęściej ankietowani zaangażowani w czynności religijne oraz mieszkańcy ponad półmilionowych miast. Podobnie jak w komunikacie z badań CBOS z 2008 roku przychylniejszy stosunek wobec chorych prezentują kobiety niż mężczyźni [23].
Hipoteza 1. W zawodzie pielęgniarki doświadczenie zawodowe wpływa na zmianę postrzegania osób chorych na schizofrenię. Hipoteza nie została potwierdzona.

Hipoteza 2: W zawodzie pielęgniarki wykształcenie wpływa na postrzeganie osób chorych na schizofrenię.

Po analizie badań własnych udowodniono, że cecha badana, jaką jest wykształcenie, wpływa istotnie statystycznie na profil postrzegania chorych na schizofrenię. Wynik poziomu istotności testu Chi - kwadrat jest mniejszy od przyjętego (p=0,018), co daje podstawę do odrzucenia hipotezy zerowej. Współczynnik korelacji znalazł się w przedziale korelacji dodatniej słabej (0,314), co potwierdziło małe podobieństwo odpowiedzi grup o różnym wykształceniu. Dodatnia korelacja wskazuje, że im wyższy jest poziom wykształcenia, tym wpływ na postrzeganie osób chorych na schizofrenię jest większy. Wyższe wykształcenie bardziej różnicuje postrzeganie osób chorujących na schizofrenię. W przypadku ukończenia studiów licencjackich 14 z 19 przebadanych pielęgniarek/pielęgniarzy uznało chorującego na schizofrenię za „normalnego dotkniętego chorobą człowieka" tj. 74%, tylko jedna za „dziwaka" - 5%, a cztery za „osobę nieprzewidywalną i niebezpieczną" – 21%. Podobne wyki uzyskano w przypadku pielęgniarek/pielęgniarzy, którzy ukończyli liceum medyczne.

W przypadku osób, które ukończyły studia magisterskie ten podział był bardziej wyrównany. Połowa (50%) magistrów pielęgniarstwa określiło osobę chorą na schizofrenię, jako „normalnego dotkniętego chorobą człowieka", którego akceptują i najchętniej umieściliby w rodzinnym domu. Pozostali, jako „dziwaka" (17%) pomieszkującego w samodzielnym mieszkaniu oraz „osobę nieprzewidywalną, niebezpieczną"(33%), siejącą strach i lęk, dla której optymalnym miejscem pobytu byłby szpital psychiatryczny.

W komunikacie z badań Centrum Badania Opinii Społecznej z 2008 roku opracowanym przez B. Wciórkę (i in.) ankietowani z wyższym wykształceniem oraz przedstawiciele kadry kierowniczej dominowali nad innymi najczęściej określając na życzliwy swój stosunek do osób chorych psychicznie [21].

E. Jackowska w swojej pracy zamieściła wyniki polskich badań CBOS na podstawie których wykazano, że osoby o niższym wykształceniu, robotnicy niewykwalifikowani mieszkańcy wsi i małych miast niekorzystnie wypowiadają się na temat chorujących na schizofrenię, używając negatywnych epitetów je określających. Jednocześnie wzrost wykształcenia zmienia profil postrzegania w/w chorych na neutralny i pozytywny. Natomiast Bąk przebadała 149 studentów I roku wieczorowych studiów psychologii, którzy określali osobę chorą psychicznie najczęściej (64-80%) używając przymiotników: gwałtowny, nieprzewidywalny, zamknięty w sobie, nieświadomy, agresywny, zagubiony - wybierając cechy negatywne oraz wrażliwy - jako cechę pozytywną [20].

Hipoteza 2. W zawodzie pielęgniarki wykształcenie wpływa na postrzeganie osób chorych na schizofrenię. Hipoteza została potwierdzona.

Hipoteza 3: Częsty kontakt z osobami chorymi na schizofrenię zmienia profil ich postrzegania.

Analiza badań własnych wykazała, że cecha jaką jest częstotliwość spotkań z osobami chorującymi na schizofrenię okazała się istotna dla wyników pomiaru. Wynik poziomu istotności testu chi - kwadrat jest mniejszy od przyjętego ($p<0,05$), Również współczynnik korelacji potwierdził wpływ tej cechy na odpowiedzi. Jego wartość uplasowała się w przedziale korelacji dodatniej przeciętnej (0,446). Oznacza to, że im częstszy jest kontakt z chorymi na schizofrenię, tym wpływ na ich postrzeganie jest większy.

Studenci, którzy nie mieli kontaktu z chorymi na schizofrenię lub ocenili go na sporadyczny - „raz na rok" określali powyższych chorych na ludzi normalnych, dotkniętych chorobą, zagubionych, nieufnych, zamkniętych w sobie, bez powodu generujących lęk i napięcie. Jako miejsce ich pobytu wskazując rodzinny dom (70% badanych). W tym względzie podobnie postrzegały ich pielęgniarki/pielęgniarze opiekujący się nimi na co dzień lub kilka razy w tygodniu. Inaczej sytuacja przejawiała się w aspekcie akceptacji chorujących na schizofrenię. Potwierdziło ten fakt tylko 14% studentów, natomiast niemal dwukrotnie częściej pielęgniarki/pielęgniarze (27%). Jednocześnie strach w odniesieniu do tych osób odczuwało aż 14% studentów, a niemal trzykrotnie mniej pielęgniarek/pielęgniarzy (5%). Życzliwość wobec powyższych chorych w obu grupach oscylowała na poziomie 38-39% badanych. Natomiast obojętność dominowała w grupie studentów (22%) oraz 9% pielęgniarek/pielęgniarzy. Również jako kolejne pod względem procentowym miejsce stałego pobytu osób chorujących na schizofrenię studenci wymieniali szpital psychiatryczny (24% badanych) lub zamkniętą placówkę opieki medycznej (6% respondentów). Natomiast bardziej zróżnicowanie odpowiadały pielęgniarki/pielęgniarze: szpital psychiatryczny wskazało 9% osób, samodzielne mieszkanie 5% respondentów, zamkniętą placówkę opieki medycznej 16% badanych.

B. Mróz dowiodła w swoich badaniach, że obawa o własne zdrowie psychiczne lub osobista znajomość chorego psychicznie

odczucie obojętności wobec chorującego psychicznie przekształca w życzliwość [23].

Podobne wyniki otrzymał Nortd (i in.), który w raporcie z badań 1743 dorosłych obywateli, w tym kilku grup zawodowych: lekarzy psychiatrów, pielęgniarek, fizjoterapeutów i pracowników społecznych, zamieścił swoje wyniki. Autor dowiódł, że badani z ogólnej populacji w ponad 19% pozbawiliby chorych psychicznie możliwości głosowania, natomiast w 65% możliwości zdobycia licencji kierowcy. Odpowiedzi psychiatrów jako grupy zaangażowanej w leczenie uplasowały się na poziomie 3% i 29%. Również pielęgniarki, mając częstszy kontakt z chorymi psychicznie odpowiadały mniej restrykcyjnie (2,8% i 46% badanych) [20].

Abranos (2008r) badając chorwacką młodzież w wieku 17-18 lat porównał ich stygmatyzującą postawę wobec schizofrenii, depresji i zespołu stresu pourazowego. Najbardziej negatywne stanowisko młodzież przyjmowała w stosunku do chorych na schizofrenię zupełnie nie akceptując ich jako małżonka, współlokatora, czy osoby pracującej zawodowo. Uczestnicząca w badaniach populacja ostatniej klasy szkoły medycznej uzyskała wskaźnik niższy od licealistów i uczniów szkoły ekonomicznej, aczkolwiek również negatywny. Autor sugerował, że na wynik pomiaru miał wpływ bezpośredni kontakt tej grupy z pacjentami leczonymi w oddziale psychiatrycznym [20].

Hipoteza 3. Częsty kontakt z osobami chorymi na schizofrenię zmienia profil ich postrzegania. Hipoteza została potwierdzona.

Wnioski

1. W zawodzie pielęgniarki doświadczenie zawodowe nie ma istotnego wpływu na zmianę postrzegania osób chorych na schizofrenię.
2. W zawodzie pielęgniarki poziom wykształcenia ma istotny wpływ na postrzeganie osób chorych na schizofrenię.

3. Częstotliwość spotkań z chorymi na schizofrenię ma istotny wpływ na sposób ich postrzegania.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Prowadzone badania pozwalają na analizę postrzegania osób chorych na schizofrenię przez studentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo oraz pielęgniarki czynne zawodowo.

Istotne znaczenia dla chorych na schizofrenie ma wsparcie i poczucie bezpieczeństwa otrzymywane od społeczeństwa. Ma to bezpośredni wpływ na przebieg terapii oraz efekty prowadzonego leczenia.

Studenci pielęgniarstwa oraz pielęgniarki powinny zwracać szczególną uwagę na komunikację z pacjentami chorymi na schizofrenię. Tym samym budowane zaufanie poprawia relację personel – pacjent i wzmaga efekty prowadzonego leczenia, a także łagodzi konsekwencje choroby.

Bibliografia / Bibliography:

1. De Barbaro B., Ostoja - Zawadzka K., Cechnicki A.: Możesz pomóc - poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005: 131-141.

2. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.: Jakość życia a doświadczanie schizofrenii, Hygeia Public Health 2014, 49(4): 679-684.

3. Tyszkowska M., Jarema M.: Między zdrowiem a schizofrenią. Psychiatria Polska 2013, 47(4): 587-597.

4. Furgał M.: Psychozy schizofreniczne i z kręgu schizofrenii. Psychiatria podręcznik dla studiów medycznych. Heitzman J. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 79-92.

5. Górna K.: Opieka nad pacjentem ze schizofrenią. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wilczek-Rużyczka E. (red): Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007: 135-137.

6. Krzystanek M.: Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe. Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Krupka-Matuszczak I., Matuszczak M. (red). Wydawnictwo Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2007: 35-40.

7. Rybakowski F.: Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne. Podstawy kliniczne. Pielęgniarstwo psychiatryczne. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J (red), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 195-202.

8. Źródło internetowe: http:/www. Raport Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego „Schizofrenia- perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce". Styczeń 2014, dostęp Styczeń 2016: 1-37.

9. Kurowska K., Kaczmarek M.: Rola wsparcia i poczucia koheracji w zmaganiu się ze schizofrenią. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2013, 13(4): 239-249.

10. Skorupska A., Czyżowicz K.: Deficyty funkcjonowania społecznego w schizofrenii - przegląd literatury. Family Medicine & Primary Care Review 9/2007: 1060-1063.

11. Siuta J. (red): Słownik Psychologii. Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2005: 263-264.

12. Śnieciński J. (red): Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku, Tom 4, Wydawnictwo Akademickie ŻAK, Warszawa 2012: 347-348.

13. Jaromin M.: Chory psychicznie w oczach Polaków. Magazyn o Zdrowiu Psychicznym - Psyche Info 1/2006, Wydawnictwo WIATR: 20-21.

14. Szpunar M.: Odgrodzeni od świata poprzez bariery mentalne. Społeczne stereotypy i dystanse wobec chorych psychicznie. Pod wielkim dachem nieba. Granice, migracje i przestrzeń we współczesnym społeczeństwie. Muszyński W, Sikora E. (red.) Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009: 309-320.

15. Całek A.: Internet jako sposób na tabu choroby psychicznej. Kultura Popularna 4/2012: 128-139.

16. Źródło internetowe: http:/www.cbos.pl. Opinia publiczna o chorobach psychicznych. Raport z badani ilościowego typu „Omnibus" dla Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Warszawa 2007, dostęp: styczeń 2016: 3-13.

17. Rasmus P., Nowaczyńska E., Stetkiewicz-Lewandowicz A.: Wykluczenie społeczne i dyskryminacja przewlekle chorych psychicznie w województwie łódzkim. Polski Merkuriusz Lekarski 2013, XXXV: 5-11.

18. Tyszkowska M., Podogrodzka M.: Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych - czynniki bezpośrednio związane w leczeniem psychiatrycznym. Psychiatria Polska 2013, 47(6): 1011-1022.

19. Dziwota E.: Stygmatyzacja osób chorych psychicznie. Current Problems of Psychiatry 2014, 15(1): 18-23.

20. Jackowska E.: Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenią - przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. Psychiatria Polska 2009, 43(6): 655-670.

21. Źródło internetowe: http:/www.cbos.pl. Osoby chore psychicznie w społeczeństwie - komunikat z badań. Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2008, dostęp: styczeń 2016: 3-18, 25-26.

22. Żebrowska J., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.: Postawy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu wobec osób niepełnosprawnych. Problemy Pielęgniarstwa 2012, 20(4): 487-496.

23. Mróz B.: Dyferencjał semantyczny w badaniu stereotypu chorych psychicznie - badania porównawcze po 10 latach. Psychiatria Polska 2014, 48(6): 1269-1281.

STRES PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM W TERMINALNYM OKRESIE CHOROBY NOWOTWOROWEJ

Work-related stress in care for the terminally ill cancer patients.

MARIA GÓRNIAK[1],GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA[2,3]

[1]Centrum Medycyny Paliatywnej MAXMED 1 w Koninie
[2] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu
[3] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Popiełuszki we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.004
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Zapotrzebowanie na opiekę paliatywną/hospicyjną wciąż wzrasta, co pozostaje w ścisłym związku ze starzeniem się naszego społeczeństwa oraz wzrostem zachorowalności i zgonów z powodu chorób nowotworowych. Opieka paliatywna/hospicyjna jest aktywną i całościową opieką świadczoną pacjentom, u których choroba nie reaguje już na leczenie przywracające zdrowie. Specyfika pracy pielęgniarki paliatywnej/hospicyjnej jest bliski i częsty kontakt z człowiekiem umierającym, co może wywołać ogromny stres. Pielęgniarki pracujące w hospicjach są poddawane działaniu bardzo silnych bodźców emocjonalnych. Często posiadana wiedza i doświadczenie nie jest w stanie nadać właściwej perspektywy ich codziennym obserwacjom.

Cel. Celem pracy jest ocena stresu pielęgniarek w opiece nad pacjentem w terminalnym okresie choroby nowotworowej pracujących w Centrum Medycyny Paliatywnej w Koninie.
Materiał i metody. Badaniem objęto 50 pielęgniarek opieki paliatywne/hospicyjnej. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy dotyczący oceny stresu. Wyniki badań uzyskano na podstawie obliczeń wypowiedzi respondentek. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.
Wyniki. Badani podają, że często mają doczynienia z uczuciem stresu (71% II grupa, 67% I grupa). Stres dla pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej i hospicyjnej związany jest zarówno z wykonywaną pracą, jaki i problemami rodzinnymi. Głównymi przyczynami stresu dla ankietowanych okazała się bezradność lub ograniczona możliwość pomocy nieuleczalnie chorym (43% I grupa, 35% II grupa), bliski kontakt z cierpieniem (27% II grupa, 19% I grupa) oraz bliski kontakt ze śmiercią (24% II grupa), a także zbyt duże zaangażowanie emocjonalne w sprawy pacjentów (14% I grupa). Problemy somatyczne występują często w I grupie wiekowej (40%), natomiast w II grupie odpowiedź często, a rzadko nie jest zauważalna.
Wnioski. Analiza ankiet pokazuje, że bardziej podatna na stres zawodowy jest grupa druga, czyli pielęgniarki w wieku 41-55 lat (personel starszy). Ankietowani wskazali w znacznej większości, że mają doczynienia z uczuciem stresu. Znaczna część obu grup wskazała pracę oraz problemy rodzinne jako źródło stresu. Głównymi przyczynami stresu dla ankietowanych okazała się bezradność lub ograniczona możliwość pomocy nieuleczalnie chorym, bliski kontakt z chorym oraz bliski kontakt ze śmiercią, a także zbyt duże zaangażowanie emocjonalne w sprawy pacjentów. U badanych starszych pielęgniarek stres w pracy często powoduje objawy somatyczne wywołane stresem, czyli bóle pleców, żołądka, głowy, zimne stopy, bezsenność.

Słowa kluczowe: stres, pielęgniarka, hospicjum, śmierć

Abstract:
Introduction. There is an icreasing demand for palliative care and it is directly related with an ageing population , increased incididence

of cancer morbidity and cancer deaths. Palliative care is the active , total care of the patient whose disease is not responsive to curative treatement.. The nature of the work in palliative care is characterised by close and frequent contact with dying patients. This may lead to more work pressure and stress. Professionals working in hospice and palliative care settings often face situations that involve high levels of emotional engagement and personal commitment. This higly influnces their working life.

Aim. The aim of the study is to assess the levels of stress among nurses working with the terminally ill cancer patients at a palliative care ward in Konin.

Material and methods. The study comprised 50 palliative care nurses. A questionnaire survey was used to measure stress level. The consent of Bioethics Commitee was obtained for the following study.

Results. Respondents say that they often have to deal with emotional stressors (71% group II, 67% group I). Professionals working in palliative care and hospice often suffer from work-related stress and have to deal with personal problems. The main reason for work-related stress is helplessness and the limited possibility to help the terminally ill (43% group I, 35% group II), contact with suffering (27% group II, 19% group I), contact with death (24% group II) , too strong emotional involvement (14% group I) . Group I reported physical-somatic complaints. Group II rarely reported on these.

Conclusions. The analysis of the survey shows that group II (nurses aged 41-55) is more susceptible to work-related stress. The respondents indicated work and personal problems as the source of stress. The main reason for work-related stress is helplessness and the limited possibility to help the terminally ill. In group II stress is the cause of physical-somatic problems such as back pain, stomach ache, headache , cold feet and insomnia.

Keywords: stress, nurse, hospice, death

Wstęp

Zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i hospicyjną w naszym kraju ciągle wzrasta, co pozostaje w korelacji ze starzejącym się

społeczeństwem i wzrostem zachorowalności oraz coraz większą liczbą zgonów z powodu choroby nowotworowej . Wykonywanie tej trudnej i odpowiedzialnej pracy, jaką jest opieka paliatywna czy hospicyjna wymaga specjalistycznej wiedzy, ale także empatii, zrozumienia, współczucia, umiejętności odnalezienia się w trudnej i stresującej sytuacji życiowej chorego [1].

Życie człowieka jest niepowtarzalne, jedyne w swoim rodzaju. Ta niepowtarzalność rozciąga się także na śmierć człowieka. Choć jest rzeczą oczywistą, że różne choroby różnymi drogami wiodą nas ku naszym ostatnim godzinom, tylko nieliczni zdają sobie sprawę, jak nieskończenie wiele sposobów ma dusza, aby ostatecznie oddzielić się od ciała. Różnorodne rysy śmierci są czymś tak samo indywidualnym jak twarz, którą pokazujemy światu za życia [2].

Pielęgniarka podejmująca decyzję o podjęciu pracy w opiece hospicyjnej musi niejednokrotnie zweryfikować swój system wartości. Musi pogodzić się z faktem, że nie może dać choremu nadziei na powrót do zdrowia, bo każdy jej chory umiera. Sprawując opiekę hospicyjną musi być gotowa na podejmowanie nowych wyzwań [1]. Specyfika pracy pielęgniarek opieki paliatywnej/hospicyjnej różni się od działań wyłącznie pielęgnacyjnych i medycznych. Opieka ta łączy się z towarzyszeniem choremu, której podstawą jest umiejętne i nacechowane empatią komunikowanie się z chorym i jego najbliższymi. Wymaga to od pielęgniarek nie tylko opanowania wiedzy i umiejętności z zakresu łagodzenia dokuczliwych objawów somatycznych, ale również wsparcia psychicznego, socjalnego, duchowego, ofiarowanego choremu i jego rodzinie [3]. Sytuacje te niejednokrotnie stają się powodem niepokoju, lęku, źródłem stresu, negatywnych emocji, z którymi trudno jest się uporać. Trudno jest znaleźć zawód, którego reprezentanci w trakcie wykonywania swoich służbowych obowiązków są trapieni taką ilością problemów natury psychologicznej jak pielęgniarki. Ma ona bowiem nieustanny kontakt z ludźmi ciężko chorymi, umierającymi, z ich rodzinami, które niekiedy mają zastrzeżenia, co do wykonywanej pracy. Przez trudną

sytuację w pracy pielęgniarskiej rozumie się takie skumulowanie problemów zawodowych, które tworzą takie sytuacje stresowe, z którymi pielęgniarka nie radzi sobie lub radzi z ogromnym trudem.

Stres można określić najprościej jako wymagania stawiane przez zewnętrzne lub wewnętrzne środowisko zakłócające jego równowagę; przywrócenie jej nie odbywa się automatycznie, lecz przez działania nakładu sił i energii. Warto wspomnieć, że pojęcie stresu zostało do biologii wprowadzone przez kanadyjskiego uczonego H. Sellyego, według którego stres to określony stan organizmu, charakteryzujący się niespecyficznymi fizjologicznymi zmianami w jego obrębie[4]. Głównym elementem teorii stresu Sellyego jest Ogólny Zespół Adaptacyjny. Według niego nieswoiste cechy choroby są, z punktu widzenia lekarskiego, istotną właściwością stresu. Jest on istotą stresu w koncepcji Selleyego. Generalnie rolą stresu jest mobilizowanie organizmu do podjęcia działań mających na celu redukcję napięcia wynikającego z oddziaływania stresora[5].

W oparciu o powyższą teorię stresu biologicznego Selyego, powstała koncepcja stresu psychologicznego. Autorami tejże koncepcji są R. Lazarus oraz S. Folkman. Stres psychiczny jest to szczególny rodzaj relacji między człowiekiem a otoczeniem, które to otoczenie człowiek ocenia jako nadwyrężające lub przekraczające jego zasoby i zagrażające jego dobrostanowi. Podstawowym mechanizmem psychologicznym odpowiedzialnym za różnice w indywidualnym radzeniu sobie ze stresem jest ocena poznawcza[6].

Dobre przystosowanie do pracy oznacza uzyskanie stanu równowagi między potrzebami osoby a wymaganiami stawianymi jej przez pracę. Jest to możliwe przez zaspokojenie potrzeb psychicznych, społecznych, organizacyjnych i finansowych z jednej strony, z drugiej przez zapewnienie możliwości sprostania wymaganiom wynikającym z sytuacji pracy. Jeśli równowaga pomiędzy tymi elementami ulega zachwianiu, dochodzi do reakcji stresowej[7].

Wśród wielu potrzeb warunkujących stan dobrego przystosowania zawodowego wymienia się często zadowolenie

z pracy. Można mówić o nim wtedy, gdy zachowana jest odpowiednia proporcja pomiędzy tym, co nazywamy idealnym wzorcem pracy, a jej konkretną realizacją. Jeśli różnica pomiędzy tymi dwiema zmiennymi jest zbyt mała, pojawia się stan znudzenia i braku satysfakcji, jeśli zaś zbyt duża występuje niezadowolenie, poczucie winy, przeciążenia i typowe reakcje stresowe[8].

Specyfika zawodu pielęgniarskiego sprawia, że w spełnieniu obowiązków zawodowych pielęgniarka przejmuje odpowiedzialność nad chorym, ale także odpowiedzialność osobistą przed własnym sumieniem [9].

Sytuacja przeciążenia, w bardzo wielkim stopniu wiąże się bezpośrednio z pracą pielęgniarki. Istnieją wtedy kiedy jednostka wykonuje określone czynności na granicy swoich możliwości fizycznych i psychicznych, bowiem czynności te wymagają zbyt wiele wysiłku. Jeśli sytuacja zagrożenia jest typowa dla osób chorych to sytuacja przeciążeniowa jest typowa dla pracy pielęgniarek. Okazjonalnie pojawiające się przeciążenie powoduje zmęczenie, natomiast przeciążenie utrzymujące się stale powoduje stan chronicznego napięcia emocjonalnego objawiającego się brakiem równowagi emocjonalnej [4].

Praca z osobami umierającymi jest pracą przepełnioną sytuacjami stresującymi. Stresorami dla personelu medycznego są problemy pacjenta i jego rodziny, mogą także wynikać z postawy wewnętrznej pielęgniarki w stosunku do różnych elementów swojej pracy[10].

Źródłem stresu może stać się także wysoko postawiona poprzeczka wymagań wobec siebie jako pielęgniarki. Wyraża się ona przekonaniem, że sprawowana opieka medyczna musi zawsze być w każdym przypadku jednakowo dobra – bez względu na własną kondycję psychofizyczną.

Pewne zagrożenie reakcją stresu stanowi także silne zaangażowanie emocjonalne pielęgniarki w sprawy pacjenta. Każdy człowiek ma swoje, indywidualne granice bezpiecznego

zaangażowania. Przekroczenie ich grozi stresem, z którym trudno sobie poradzić.

Pomimo wielu czynników stresujących praca pielęgniarki może i powinna być wykonywana w sposób nie naruszający równowagi fizycznej i psychicznej. Dzieje się tak dzięki strategiom obronnym i postawom sprzyjającym przystosowaniu do pracy. Poza strategiami obronnymi dużą rolę odgrywają postawy, które oznaczają względnie trwałe nastawienie całej osobowości do jakiegoś zjawiska lub problemu. W zależności o przyjętej strategii i postawy praca pielęgniarki pracującej z umierającym pacjentem jest mniej lub bardziej stresująca. W skrajnych przypadkach może dojść do sytuacji w których stres zdominuje całkowicie i nie pozwoli normalnie funkcjonować.

Rzeczą niezwykle istotną w pracy pielęgniarek mających nieustanny kontakt z pacjentem umierającym jest wczesne rozpoznanie objawów przeciążenia stresem i niezwłocznie podjęcie działań w kierunku przeciwdziałania ich rozwojowi. Ważny jest nawyk samoanalizy pozwala na poznanie siebie i swoich zachowań w stresujących sytuacjach [11].

Długotrwały stres powoduje utratę równowagi psychicznej, obniża zdolność do pracy i prawidłowego funkcjonowania, oddziałuje na zdrowie, a w skrajnych przypadkach jest powodem chorób i śmierci . Bardzo często konsekwencją długotrwałego stresu jest choroba określana jako, załamanie w funkcjonowaniu człowieka, wynikające z niepowodzeń w przeciwdziałaniu stresowi. Załamanie to może dotyczyć zarówno poziomu somatycznego, psychicznego i społecznego, a więc może przejawiać się symptomami choroby – choroby psychosomatyczne, nerwice, psychozy, a także dewiacje społeczne: alkoholizm, narkomania, przestępczość i samobójstwa[12].

Śmierć każdego pacjenta można nazwać wydarzeniem krytycznym, czy inaczej sytuacją graniczną . Wydarzenia krytyczne skutkują reakcją stresową i mogą prowadzić do zaburzeń posttraumatycznych. W hospicjum jedna śmierć może następować

po drugiej. To skutkuje napięciem psychicznym i stresem. Jednym ze sposobów który ma pomóc pielęgniarkom w przechodzeniu przez wydarzenia związane ze śmiercią pacjentów jest tworzenie grup wsparcia. Duże znaczenie ma odpowiednie przygotowanie do pomocy umierającym, do towarzyszenia im w ostatnich miesiącach czy dniach życia [2].

Praca pielęgniarki w hospicjum z pacjentem umierającym wymaga pewnego przystosowania, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Warunkiem dobrego przystosowania do pracy, gdzie dominuje stres jest indywidualne dopasowanie organizacji pracy. Poza profilaktyką „indywidualną" należy także wspomnieć o działaniach zespołowych. Do nich należy stworzenie możliwości dzielenia się doświadczeniami z koleżankami, wspólne omawianie problemów i związanych z nimi trudnych sytuacji. Zespołowe spotkania spełniają swoją rolę jako środki profilaktyczne .Od strony praktycznej skuteczniejsze są spotkania mało formalne niż zebrania z góry zaplanowane, ze sztywnym porządkiem. W sytuacji kryzysowej zdecydowanie lepsze są kontakty i działania indywidualne, z jedną wybraną osobą[13].

Ważne jest, żeby w konkretnej stresowej sytuacji znaleźć sobie swój indywidualny sposób radzenia sobie ze stresem i korzystać z niego. Bowiem stres pielęgniarki udziela się pacjentowi umierającemu. W chwili śmierci człowieka nie należy zapominać, że:

„Jesteś ważny, bo ty to ty.
Jesteś ważny do ostatniej chwili swojego życia i zrobimy
wszystko, co w naszej mocy, nie tylko aby ci pomóc
spokojnie odejść, ale także byś żył w pełni aż do końca".
(Cicely Saunders)

Celem pracy jest zapoznanie się z sytuacjami stresującymi w pracy pielęgniarek w opiece paliatywnej / hospicyjnej. Badania te mają służyć wyjaśnieniu przyczyn stresu pielęgniarki związanego z pacjentem umierającym w hospicjum.

Dla celów analizy założono ,że personel młodszy podatny jest bardziej na stres zawodowy, niż personel starszy, który natomiast wykazuje większą zdolność do adaptowania się w sytuacjach stresowych bez szkody dla osoby chorej, wykazując zarazem większe skłonności do nie radzenia sobie ze stresem ze szkodą dla chorych ,niż personel młodszy.

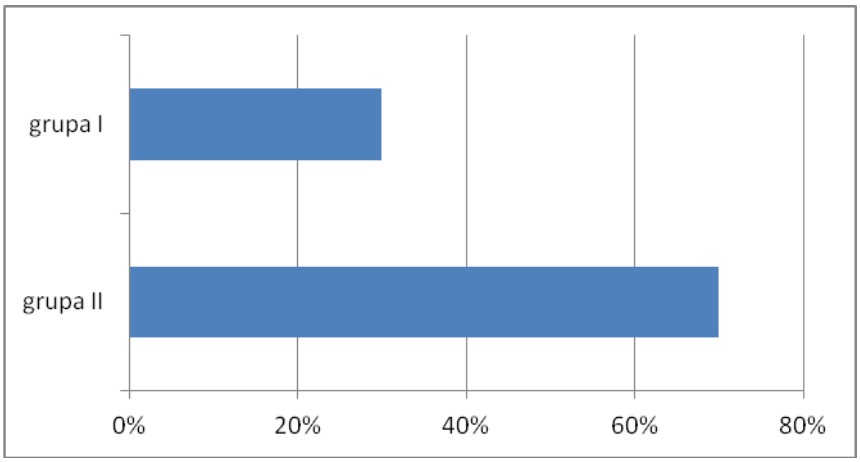
Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród osób pracujących w zawodzie pielęgniarki w Centrum Medycyny Paliatywnej MAXMED1 w Koninie. Rozprowadzono 50 ankiet i uzyskano zwrot 50 ankiet. Osoby te wyraziły zgodę na udział w badaniu. 30% ankietowanych (15 pielęgniarek) określiło swój wiek w przedziale 20 – 40 lat, oznaczono jako grupę wiekową I, natomiast 35 pielęgniarek w przedziale 41 – 55 lat (70% badanych) oznaczono jako grupa wiekowa II. Pielęgniarki biorące udział w badaniu to zdecydowanie osoby mające staż pracy do 5 lat (30 pielęgniarek) ,co stanowi 60 % badanych. 10 badanych pielęgniarek zaznaczyło przedział 6 – 10 lat– 20% badanych, 7 pielęgniarek wybrało przedział 11 – 15 lat – 14 % badanych, zaś 3 pielęgniarki wybrały przedział wiekowy 16 – 20 lat – 6% badanych.

W czasie przeprowadzonych badań posłużono się kwestionariuszem własnej ankiety. Podczas opracowywania danych statystycznych posłużono się testem zgodności chi-kwadrat. Oprócz testu chi-kwadrat do opracowania badań posłużono się także: ilorazem wiarygodności, testem związku liniowego, N ważnych obserwacji. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

Wyniki

70% ankietowanych to kobiety w wieku 41 – 55 lat, określone jako grupa wiekowa II, natomiast 30% to kobiety z przedziału wiekowego 21- 40 lat, określone jako grupa wiekowa I.



Rycina 1. Liczba ankietowanych według przedziału wiekowego.
Źródło: wyniki badań własnych.

Poniższa tabela pokazuje, że osoby z grupy wiekowej I, w większej ilości, bo aż 67% twierdzi, że ma do czynienia z uczuciem stresu często, zaś 33% pytanych, odpowiedziało, że rzadko. W grupie wiekowej II różnica ta jest trochę większa, bowiem 71% odpowiedzi to odpowiedź często, natomiast 29% to odpowiedź rzadko.

Tabela 1. Częstość występowania stresu psychicznego pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w hospicjum.

Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan do czynienia z uczuciem stresu?				
Wyszczególnienie	**Grupa I**		**Grupa II**	
	Liczba	**%**	**Liczba**	**%**
często	10	67	25	71
rzadko	5	33	10	29
nigdy	–		–	
Razem	15	100	35	100

Źródło: wyniki badań własnych.

W grupie wiekowej I udzielono takiej samej liczby odpowiedzi (po 40%) na odpowiedzi, że praca to źródło stresu, ale źródłem stresu są także problemy związane z rodziną oraz głównym źródłem stresu są problemy rodzinne, ale też, chociaż w mniejszym stopniu są to sytuacje w pracy. 13% pytanych stwierdziło, że źródłem ich stresu są tylko problemy rodzinne, a 7% uważa natomiast, że praca to jedyny powód ich stresu. Grupa wiekowa II w 49% odpowiedziała, że praca to źródło stresu, ale źródłem stresu są także problemy związane z życiem rodzinnym; 40% uważa, że głównym źródłem stresu są problemy rodzinne, ale też, chociaż w mniejszym stopniu, stresują mnie sytuacje w pracy. 11% odpowiedzi to odpowiedź, że jedynym źródłem ich stresu jest praca.

Tabela 2. Związek pracy ze stresem psychicznym pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w hospicjum.

Czy odczuwany przez Panią/Pana stres jest związany z pracą?				
Wyszczególnienie	**Grupa I**		**Grupa II**	
	Liczba	**%**	**Liczba**	**%**
Tak, praca to jedyne źródło mojego stresu	1	7	4	11
Praca to źródło stresu, ale źródłem stresu są także problemy związane z życiem rodzinnym	6	40	17	49
Głównym źródłem stresu są problemy rodzinne, ale też, chociaż w mniejszym stopniu, stresują mnie sytuacje w pracy	6	40	14	40
Źródłem stresu są wyłącznie problemy w życiu rodzinnym	2	13	–	–
Razem	15	100	35	100

Źródło: wyniki badań własnych.

Dla pielęgniarek będących w I grupie wiekowej bezradność lub ograniczona możliwość pomocy nieuleczalnie chorym wpływa na ich obciążenie psychiczne (43%), 19% pytanych uważa, za taki czynnik bliski kontakt z cierpieniem, dla 14% ankietowanych takim czynnikiem jest zbyt duże zaangażowanie emocjonalne w sprawy pacjentów. Na następujące czynniki udzielono po 5% odpowiedzi: bliski kontakt ze śmiercią, strach przed popełnieniem błędu, duża odpowiedzialność związana z podawaniem leków i wykonywaniem zabiegów oraz nieumiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami.
Pielęgniarki z grupy wiekowej II, uważają w 35%, że bezradność lub ograniczona możliwość pomocy nieuleczalnie chorym wpływa na ich obciążenie psychiczne, 27% twierdzi, że jest to bliski kontakt z cierpieniem, 24% pytanych, że bliski kontakt ze śmiercią. Po 4% odpowiedzi udzielono na: zbyt duże zaangażowanie

emocjonalne w sprawy pacjentów, presja czasu, strach przed popełnieniem błędu. Zaś 2% pielęgniarek wykazuje nieumiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, co powoduje obciążenia psychiczne.

Tabela 3. Czynniki wpływające na obciążenie psychiczne, jako źródło stresu psychicznego pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w hospicjum.

Które z wymienionych czynników wpływających na obciążenie psychiczne, uważa Pani/Pan za źródło stresu psychicznego pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w Hospicjum?				
Wyszczególnienie	**Grupa I**		**Grupa II**	
	Liczba	**%**	**Liczba**	**%**
bliski kontakt z cierpieniem	4	19	14	27
bezradność lub ograniczona możliwość pomocy nieuleczalnie chorym	9	43	18	35
bliski kontakt ze śmiercią	1	5	12	24
zbyt duże zaangażowanie emocjonalne w sprawy pacjentów	3	14	2	4
presja czasu	–	–	2	4
konieczność maksymalnego skupienia i ciągłej gotowości do szybkiej reakcji	1	5	–	–
strach przed popełnieniem błędu	1	5	2	4
duża odpowiedzialność związana z podawaniem leków i wykonywaniem zabiegów	1	5	–	–
negatywny stosunek pielęgniarek/pielęgniarzy do pracy	–	–	–	–
nieumiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami	1	5	1	2
Razem	21	100	51	100

Źródło: wyniki badań własnych.

Pielęgniarki z grupy wiekowej I często - 40% odpowiedzi, odczuwają somatyczne objawy związane ze stresem, po 27% uzyskały odpowiedzi dość skrajne, bo bardzo często i rzadko, natomiast 7% udzielonych odpowiedzi to bardzo rzadko. Pielęgniarki z grupy wiekowej II udzieliły dość wyrównanych odpowiedzi. 37% pytanych rzadko odczuwa somatyczne objawy stresu, 34% ankietowanych często odczuwa takie objawy. 14% pielęgniarek bardzo rzadko ma somatyczne objawy stresu, zaś 11% bardzo często. Na odpowiedź nigdy przypada 3% odpowiedzi.

Tabela 4. Występowanie objawów somatycznych wywołanych stresem (bóle pleców, żołądka, głowy, zimne stopy, bezsenność) u pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w hospicjum.

Czy odczuwa Pani/Pan somatyczne objawy wywołane stresem (bóle pleców, żołądka, głowy, zimne stopy, bezsenność)?				
Wyszczególnienie	**Grupa I**		**Grupa II**	
	Liczba	**%**	**Liczba**	**%**
bardzo często	4	27	4	11
często	6	40	12	34
rzadko	4	27	13	37
bardzo rzadko	1	7	5	14
nigdy	–	–	1	3
Razem	15	100	35	100

Źródło: wyniki badań własnych.

Dyskusja

Przeprowadzone badania ukazały częstość występowania stresu u pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej i hospicyjnej, czynniki wywołujące stres, związek miejsca pracy z występowaniem stresu oraz występowanie objawów somatycznych wywołanych stresem u pielęgniarki pracującej w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

Analizując wyniki badania ankietowego można stwierdzić, że pielęgniarki pracujące w opiece paliatywnej i hospicyjnej są dość odporne na stres związany z wykonywaną przez siebie pracą, a przede wszystkim związany z umieraniem pacjentów.

Stres jest nieodłącznym elementem życia każdego człowieka. Bardzo często spotykamy się ze stresem związanym z wykonywanym zawodem. Przeprowadzone badania ukazały skalę problemu. Stres w pracy pielęgniarki jest dość powszechny. Wynika on z dużej odpowiedzialności profesjonalnej za zdrowie i życie człowieka.

Badania wykazały, że pielęgniarki pracujące w opiece paliatywnej i hospicyjnej mają do czynienia ze stresem, ale potrafią sobie z nim poradzić. Grupa badanych liczyła 50 osób. Natomiast w magazynie „Zdrowie Publiczne" przedstawiono badania przeprowadzone przez Barbarę Gugałę na temat trudnych sytuacji w środowisku pielęgniarek oraz umiejętności radzenia sobie z nimi. Badania te przeprowadzono w 2001 roku wśród 100 pielęgniarek aktywnych zawodowo pracujących w oddziałach kardiologii i intensywnej opiece kardiologicznej. Pielęgniarki te mają codziennie do czynienia z osobami umierającymi i ich rodzinami. Analiza zebranych danych wykazała, że pielęgniarki uznają iż ich środowisko pracy nacechowane jest stresem, wynikającym z specyfiki sytuacji trudnych. Ponad połowa badanych przekroczyła przeciętny poziom stresu kwalifikując się do grupy, gdzie skutki stresu mogą manifestować się zaburzeniami somatycznymi. Różnica w wynikach przeprowadzonych badań może wynikać z miejsca pracy, Oddział hospicjum i opieka paliatywna są nastawione na uśmierzanie bólu pacjenta, na przebywanie z nim w ostatnich chwilach jego życia, na wsparcie pacjenta i jego rodziny. Natomiast oddział kardiologii i intensywnej opieki kardiologicznej są oddziałami, gdzie za wszelką cenę ratuje się życie ludzkie. Są tam trudne przypadki medyczne, co wiąże się z większym stresem i większymi oczekiwaniami ze strony pacjenta czy rodziny.

W roku 2009 przeprowadzono badania wśród 102 pielęgniarek pracujących w stacjonarnej opiece medycznej na terenie województwa podlaskiego. Metodą statystyczną był sondaż diagnostyczny. Celem owych badań była ocena narażenia na stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek. W badanej populacji 72,6% pielęgniarek było narażonych na stres w miejscu pracy. Wypalenie zawodowe we wszystkich wymiarach najbardziej odczuwały pielęgniarki oddziału internistycznego. Na podstawie wyników badań stwierdzono, że wysoki poziom stresu wpływał na niski poziom wypalenia zawodowego, natomiast występowanie stresu zależało od miejsca pracy badanych pielęgniarek.

Wnioski

Niniejsza praca ocenia skalę problemu jakim jest stres pielęgniarek w opiece nad pacjentem w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Analiza ankiet pokazuje, że bardziej podatna na stres zawodowy jest grupa druga, czyli pielęgniarki w wieku 41-55 lat (personel starszy). Ankietowani wskazali w znacznej większości, że mają do czynienia z uczuciem stresu. Znaczna część obu grup wskazała pracę oraz problemy rodzinne jako źródło stresu. Głównymi przyczynami stresu dla ankietowanych okazała się bezradność lub ograniczona możliwość pomocy nieuleczalnie chorym, bliski kontakt z chorym oraz bliski kontakt ze śmiercią, a także zbyt duże zaangażowanie emocjonalne w sprawy pacjentów. U badanych pielęgniarek stres w pracy bardzo często lub często powoduje objawy somatyczne wywołane stresem, czyli bóle pleców, żołądka, głowy, zimne stopy, bezsenność.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Opieka nad pacjentem w terminalnej fazie choroby nowotworowej stanowi olbrzymie wyzwanie dla personelu pielęgniarskiego.

Warunkiem dobrego przystosowania do pracy, gdzie dominuje stres jest indywidualne dopasowanie organizacji pracy. Dlatego pogłębianie wiedzy, nauka zachowań w stosunku do chorych, a także edukacja w zarządzaniu emocjami są istotą uzyskania wysokiej jakości opieki.

Bibliografia/Bibliography:

1. de Walden - Gałuszko K.: Założenia i podstawy ruchu hospicyjnego [w:] de Walden - Gałuszko K. Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL Warszawa 2005: 13-14.

2. Kolek B.: Sens życia i umierania. Wydawnictwo Impuls Kraków 2009: 69-2.

3. Boloz W.: Bioetyka i prawa człowieka. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Warszawa 2007: 20/

4. Formański J.; Psychologia. PZWL Warszawa 2003: 364-366.

5. Dolańska-Zygmunt G.: Podstawy psychoonkologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytet Wrocławski. Wrocław 2001: 75.

6. Terlak J.F.: Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta. Warszawa 2001: 51-53.

7.Lanowski J., Majkowicz M., Lamperska E.: Ocena jakości życia chorych na schizofrenię-wprowadzenia w problematykę. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii. Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 2003: 42-50.

8. Bachmiński J.: Elementy psychologii. PZWL 2012: 25.

9. Pyszkowska J., Kaptacz A.: Rola pielęgniarki w łagodzeniu bólu cierpienia [w:]de Walden -Galuszko K.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL Warszawa 2005: 61-68.

10. Frys T., Johston M.: Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Makmed Lublin 2009: 159-163.

11. de Walden –Gałuszko K.: Stres pracy personelu medycznego [w:] de Walden - Gałuszko K.: Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2000: 127.

12. Hazon B.: Stres. Wydawnictwo WAB Warszawa 2004: 153-154.

13. Auczewska M., Roszczyńska J.: Jak uniknąć objawów wypalenia w pracy z chorymi. Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa 2004: 26-38.

Opis przypadku/Case report

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki z marskością wątroby w przebiegu choroby Wilsona

Selected aspects of nursing care for a patient with liver cirrhosis in the course of Wilson's disease

JULITA SZAMBELAN[1], MONIKA PIETRZAK[1] , BEATA HAOR[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.005
ISSN: 2541-1846

Streszczenie:
Wstęp. Choroba Wilsona stanowi realne zagrożenie dla jakości życia pacjentów. Prowadzi bowiem do istotnych deficytów neurologicznych, zaburzeń o podłożu psychiatrycznym a głównie poważnych dysfunkcji wątroby.
Cel pracy. Celem opracowania analiza wybranych aspektów opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki w przebiegu choroby Wilsona, z wykorzystaniem terminów zaczerpniętych z ICNP®.
Prezentacja przypadku. Opis przypadku dotyczy pacjentki w młodym wieku hospitalizowanej w związku z zaostrzeniem objawów choroby Wilsona.
Dyskusja. Choroba Wilsona dotyczy głównie osób młodych. Niezbędne jest zatem projektowanie takiej opieki pielęgniarskiej, która poza rozwiązywaniem somatycznych problemów chorego, nie narusza

ich autonomii i minimalizuje deficyty w zakresie dotychczas pełnionych ról społecznych.
Wnioski. Zastosowanie ICNP® w planowaniu opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki w przebiegu choroby Wilsona może istotnie sprzyjać wdrażaniu systematycznych działań służących poprawie jakości jej życia.

Słowa kluczowe: Choroba Wilsona, proces pielęgnowania, ICNP®, marskość wątroby

Abstract:
Introduction. Wilson's disease is a real threat to patients' quality of life. It leads to significant neurological deficits, psychiatric disorders and mainly severe liver dysfunctions.
Aim. The aim of the study is to analyse selected aspects of nursing care for a patient in the course of Wilson's disease, using terms derived from ICNP®.
Case study. The case report concerns a patient at a young age ,hospitalised due to exacerbation of Wilson's disease symptoms.
Discussion. Wilson's disease mainly affects young people. Therefore, it is necessary to design such nursing care, which, apart from solving the somatic problems of the patient, does not affect their autonomy and minimizes deficits in the scope of social roles performed so far.
Conclusions. The use of ICNP® in the planning of nursing care for a patient in the course of Wilson's disease may significantly support the implementation of systematic actions aimed at improving the quality of her life.

Keywords: Wilson's disease, nursing process, ICNP®, liver cirrhosis

Wstęp

Choroba Wilsona (zwyrodnienie wątrobowo- soczewkowe) jest chorobą o podłożu genetycznym, dziedziczoną autosomalnie recesywnie. Efektem tej mutacji genów jest ubytek białka transportującego miedź zlokalizowanego w błonie hepatocytów, przez co miedź gromadzi się w tkankach [14]. Przez upośledzenie wydalania miedzi z żółcią następuje odkładanie się jej głównie

w wątrobie, mózgu, nerkach i rogówce, doprowadzając do ich wtórnego uszkodzenia [13].

Dane epidemiologiczne wskazują iż choroba Wilsona występuje na całym globie z częstością 1-3/100000. Początek choroby następuje w wieku dziecięcym lub młodzieńczym między 5 35 r.ż. rzadko w wieku późniejszym [14].

Na przełomie ostatniego stulecia nastąpił ogromny postęp w diagnostyce, leczeniu i zapobieganiu rozwojowi choroby Wilsona. Rozwój nauki i medycyny pozwolił wszystkim chorym na przedłużenie życia a także pozytywne rokowania przy dożywotnim stosowaniu penicylaminy lub trójetylotetraminy oraz cynku [1].

W obrazie klinicznym choroby Wilsona dostrzega się różnorodność symptomów. Zasadnicze to objawy kliniczne: wątrobowe, neurologiczne oraz psychiatryczne. Statystycznie przyjmuje się, że 40-50% pacjentów rozpoczyna chorobę zasadniczą od objawów wątrobowych, które także są bardzo zróżnicowane. Wyróżnia się bowiem następujące postacie:

- asymptomatyczne klinicznie uszkodzenie wątroby z tylko nieprawidłowościami biochemicznymi (enzymy wątrobowe podwyższone),
- ostre zapalenie wątroby,
- piorunującą niewydolność wątroby,
- przewlekłe zapalenie wątroby z marskością [2].

Wątroba jest narządem, który uczestniczy prawie we wszystkich szlakach metabolicznych, dzięki czemu dokonuje przemian cukrów, tłuszczów, białek, hormonów, substancji odżywczych, leków i toksyn [3]. Wydalanie z żółcią miedzi jest jedyną drogą fizjologiczną w organizmie człowieka. Największy narząd gruczołowy odgrywa istotne rolę w procesach życiowych. Jego 95% masy stanowią hepatocyty czyli komórki wątrobowe [4]. Żyła wrotna i tętnica wątrobowa właściwa unaczyniają wątrobę. W przypadku, zamknięcia lub zahamowania przepływu krwi w układzie żyły

wrotnej tworzy się nadciśnienie wrotne. Prowadzi ono do zwiększenia ciśnienia w żyle śledzionowej, co powoduje przekrwienie i powiększenie się śledziony. W następstwie pojawia się niedokrwistość hemolityczna, leukopenia i trombocytopenia [5].

Zgodnie z definicją marskość wątroby to uszkodzenie macierzy komórkowej wątroby które jest rozpoznawane przez wystąpienie w obrazie histopatologicznym guzków regeneracyjnych z przegrodami łącznotkankowymi. Badania mikroskopowe wątroby wykazują patologie w obrębie układu beleczkowego hepatocytów, które zastępowane są labilnymi skupiskami guzków regeneracyjnych, pomiędzy nimi zaś występują szerokie przegrody łącznotkankowe które często zawierają komórki zapalne i poliferujące przewodziki żółciowe [13]. Z danych epidemiologicznych National Institutes of Health (NIH) częstość występowania marskości wątroby w Stanach Zjednoczonych szacuje się na 0,15%, jest to około 400 tysięcy chorych osób. Dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wykazują, iż współczynnik umieralności z powodu marskości i chorób wątroby w Polsce w 2010 roku liczył około 0,9/ 10 000 mieszkańców [14].

Do czynników etiologicznych włóknienia i marskości wątroby należą:

- czynniki wirusowe- HCV (ang. Hepatitis C Virus), HBV (ang. Hepatitis B Virus), HDV (ang. Hepatitis D Virus);
- autoimmunologiczne - autoimmunologiczne zapalenie wątroby, pierwotna marskość żółciowa, pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych, autoimmunologiczne zapalenie dróg żółciowych;
- metaboliczne- niealkoholowa choroba stłuszczeniowa wątroby, wrodzona hemochromatoza, choroba Wilsona, niedobór α1- antyproteazy, porfirie;
- toksyczne - alkoholowa choroba wątroby, toksyny przemysłowe, leki np.: metotreksat, tamoksyfen, amiodaron, azatiopryna, witamina A;

- naczyniowe- zespół Budda- Chiariego, zespół niedrożności sinusoidów;
- zaburzenia odpływu żółci z wątroby- nowotworowe i łagodne zwężenia dróg żółciowych [13].

Marskość wątroby stanowi jedną z najczęstszych przyczyn nadciśnienia wrotnego i jest także procesem nieodwracalnym. Stopnień zaawansowania zmian zależny jest od etapu zwłóknienia i uszkodzenia czynnej masy komórkowej wątroby i przebiega w różnym tempie. Zazwyczaj postęp zmian patologicznych prowadzących do wystąpienia nadciśnienia wrotnego albo niewydolności wątroby trwa kilka miesięcy. Regresja natomiast pozwala pacjentowi dobrze funkcjonować przez kilka lat. Etapem, który świadczy o daleko rozwiniętej marskości wątroby są powikłania nadciśnienia wrotnego i objawy niewydolności wątroby, a także rak wątrobowo – komórkowy [6].

W Polsce liczba zgonów z powodu przewlekłych chorób wątroby utrzymuje się w ostatnich latach na stałym poziomie i wynosi około 15 na 100 000 mieszkańców [7].

Prezentacja przypadku

Pani Katarzyna lat 24, studentka studiów dziennych, przyjęta do szpitala dnia w trybie nagłym z powodu zaostrzenia objawów Choroby Wilsona.

Wykonano badania laboratoryjne:

- aminotransfeazy – zwiększenie aktywności
- ceruloplazminy- 0,2g/L
- dobowe wydalanie miedzi – 100 µg/24h.

Badania obrazowe:

- USG wątroby potwierdziło powiększenie wątroby z cechami marskości.

- RM (Rezonans Magnetyczny) i TK (Tomografia Komputerowa) dostrzeżono zmiany w jądrach podstawy mózgu.

Z wywiadu wynika, iż u chorej 10 lat temu zdiagnozowano chorobę Wilsona. Pacjentka jest jedynaczką. Mieszka z rodzicami, warunki mieszkaniowe dobre. Chora potwierdza, że rodzice wspierają ją w chorobie, towarzyszą w czasie każdej hospitalizacji. Pacjentka przyznaje, że ostatnio nie stosowała się do zaleceń dietetycznych, spożywała posiłki z domieszką czekolady, orzechów, sałaty, pieczywa z pełnymi ziarnami. Spożywała w nadmiarze produkty wysokobiałkowe, nie zwracała uwagi na zawartość soli w diecie. W wywiadzie chora przyznaje także, że czasem zapomina o regularnym przyjmowaniu zleconych leków.

W dniu przyjęcia wynik pomiaru ciśnienia tętniczego (RR) - 130/95 mmHg; tętno-86 ud./min. Pacjentka zdenerwowana, niespokojna, przejawia trudności w nawiązywaniu kontaktu z zespołem terapeutycznym, jest wycofana i niechętnie odpowiada na pytania, asymiluje się od innych chorych na sali. Nastrój chorej obniżony, odczuwa lęk przed śmiercią; mówi że „przechodzi załamanie nerwowe".

W chwili obecnej pacjentka skarży się na zaburzenia połykania, ślinotok oraz dystonię języka. Zaobserwowała także spadek masy ciała. Zgłasza także dosyć często nawracające bóle brzucha.

Chora jest osłabiona, szybko męczy się w czasie wykonywania czynności samoobsługowych; chętnie korzysta w tym zakresie z pomocy innych osób. Niechętnie przemieszcza się z powodu zaburzeń chodu związanych z ataksją, co doprowadziło już kilkakrotnie do upadków pacjentki w środowisku domowym.

Kobieta została zakwalifikowana do II kategorii opieki pielęgniarskiej. Planowany model opieki pielęgniarskiej – model D. Orem.

Poniżej zaprezentowano plan opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki z marskością wątroby w przebiegu choroby Wilsona w oparciu o terminy z klasyfikacji ICNP® - wersja z 2017r. [19].

Problem pacjenta	**Diagnoza negatywna wg ICNP®**
Lęk przed śmiercią spowodowany nagłym pogorszeniem stanu zdrowia.	Strach przed śmiercią [10037834].
Cel działań pielęgniarskich: • Zmniejszenie lęku. • Akceptacja aktualnej sytuacji zdrowotnej.	
Działania pielęgniarskie	**Interwencje pielęgniarskie wg ICNP®**
• Ocena poziomu lęku przed śmiercią na podstawie rozmowy z pacjentką, jej odczuć. • Konsultowanie stanu pacjentki z lekarzem. • Nawiązanie kontaktu z chorą, słuchanie, zdobycie zaufania i zapewnienie wsparcia emocjonalnego. • Wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa poprzez zapewnienie	• Ocenianie strachu przed śmiercią [10026093]. • Współdziałanie z lekarzem [10023565] • Ocenianie statusu psychologicznego [10030734]. • Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]. • Zapewnianie ciągłości opieki [10006966] • Demonstrowanie technik relaksacyjnych

o zapewnieniu profesjonalnej, opieki oraz informowanie chorej o podejmowanych działaniach, które mają na celu poprawę jej sytuacji zdrowotnej. • Zaproponowanie i omówienie różnych technik relaksacyjnych np. ćwiczenia oddechowe. • Wzmacnianie uczucia nadziei poprzez umożliwienie kontaktu z osobami w podobnej sytuacji zdrowotnej. • Zapewnienie wsparcia psychicznego, umożliwienie kontaktu z psychologiem oraz najbliższymi.	[10024365]. • Nauczanie techniki relaksacyjnej [10038669]. • Nauczanie technik oddechowych [10039213]. • Promowanie wsparcia rodziny [10036078]. • Współdziałanie z rodziną [10035887]. • Wspieranie statusu psychologicznego [10019161].
Ocena działań	**Diagnoza pozytywna wg ICNP®**
Lęk przed śmiercią zmniejszył się. Nastrój uległ poprawie. Pacjentka akceptuje podejmowane działania, które dotyczą poprawy jej sytuacji zdrowotnej.	Zredukowany strach [10027889].

Problem pacjenta	**Diagnoza negatywna wg ICNP®**
Niestosowanie się do zaleceń farmakoterapii.	Nieprzestrzeganie reżimu leku [10021682].
Cel działań pielęgniarskich: **Tabela I.** Zmobilizowanie pacjentki do stosowania się do reżimu farmakoterapii.	
Działania pielęgniarskie	**Interwencje pielęgniarskie wg ICNP®**
Ryc 1. Ocena czasu, zakresu niestosowania się pacjentki do zaleceń w zakresie farmakoterapii. **Ryc 2.** Konsultowanie zachowań pacjentki z lekarzem. **Ryc 3.** Wyjaśnienie chorej konsekwencji niestosowania się do zaleceń w zakresie farmakoterapii. **Ryc 4.** Edukacja chorej i jej rodziny w zakresie zasad zaleconej farmakoterapii. **Ryc 5.** Udostępnienie materiałów i zastosowanie pomocy dydaktycznych (np. pojemnik na tabletki, ulotki, książki) w celu promowania zachowań służących przestrzeganiu zaleceń.	• Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185]. • Współdziałanie z lekarzem [10023565] • Nauczanie o leku [1019470]. • Promowanie przestrzegania zaleceń przyjmowania leków [10038051]. • Nauczanie o reżimie terapii [10024625]. • Nauczanie rodziny o reżimie terapii [10024656]. • Promowanie przestrzegania zaleceń dotyczących leków z wykorzystaniem pojemnika na tabletki [10021703]. • Wspieranie statusu

Ryc 6. Zapewnienie motywacji i wsparcia w utrzymaniu zaleceń w zakresie farmakoterapii. **Ryc 7.** Zaangażowanie rodziców do wspierania chorej w przestrzeganiu zaleceń dotyczących farmakoterapii	psychologicznego [10019161]. ● Współdziałanie z opiekunem przy zarządzaniu reżimem leku [10043163].
Ocena działań	**Diagnoza pozytywna wg ICNP®**
Pacjentka deklaruje stosowanie się do zaleceń farmakoterapii i stosowania się do założeń reżimu w tym zakresie. Rodzina deklaruje gotowość wspierania chorej.	Przestrzeganie reżimu leku [10030192].

Problem pacjenta	**Diagnoza negatywna wg ICNP®**
Niestosowanie się do zaleceń w zakresie dietoterapii.	Nieprzestrzeganie reżimu diety [10022117].

Cel działań pielęgniarskich:

Tabela II. Zmobilizowanie pacjentki do stosowania się do reżimu w zakresie dietoterapii.

Działania pielęgniarskie	**Interwencje pielęgniarskie wg ICNP®**

Ryc 8. Obserwacja pacjentki w zakresie popełnianych błędów żywieniowych oraz niekonsekwencji przyjmowania leków. **Ryc 9.** Konsultowanie zachowań pacjentki z dietetykiem. **Ryc 10.** Umożliwienie chorej konsultacji z dietetykiem. **Ryc 11.** Wyjaśnienie konsekwencji w przypadku niestosowania się do zaleceń. **Ryc 12.** Edukacja chorej i rodziny w zakresie zasad dietoterapii. **Ryc 13.** Zapewnienie motywacji i wsparcia w utrzymaniu diety. **Ryc 14.** Zaangażowanie rodziców do wspierania chorej w przestrzeganiu zaleceń dotyczących	• Ocenianie przestrzegania zaleceń [10024185]. • Współdziałanie z dietetykiem [10040435]. • Nauczanie o reżimie terapii [10024625]. • Nauczanie rodziny o reżimie terapii [10024656]. • Nauczanie o odżywianiu [10024618]. • Wspieranie statusu psychologicznego [10019161]. • Współdziałanie przy reżimie diety [10026190]. • Współdziałanie z rodziną [10035887].
Ocena działań	**Diagnoza pozytywna wg ICNP®**
Pacjentka deklaruje stosowanie się do zaleceń dietoterapii i stosowania się do założeń reżimu w tym zakresie. Rodzina deklaruje gotowość wspierania chorej.	Przestrzeganie reżimu diety [10030159].

Problem pacjenta	**Diagnoza negatywna wg ICNP®**
Kłopoty z połykaniem posiłków spowodowane zaburzeniami neurologicznymi w przebiegu choroby.	Zaburzone połykanie [10001033].
Cel działań pielęgniarskich: 1. Ułatwienie przyjmowania pokarmów. 2. Zmniejszenie ryzyka zakrztuszenia się pokarmem.	
Działania pielęgniarskie	**Interwencje pielęgniarskie wg ICNP®**
• Ocena i obserwacja nasilania się deficytów neurologicznych u pacjentki w zakresie połykania, ślinotoku dystonii języka. • Obserwacja sposobu przyjmowania posiłków. • Zapewnienie odpowiedniego ułożenia pacjentki - pozycja siedząca w trakcie posiłku i 15-30 min. Po jego spożyciu. • Zapewnienie posiłków o temperaturze pokojowej i odpowiedniej konsystencji (płynnej, półpłynnej, produkty miękkie) w celu	• Ocenianie statusu neurologicznego [10036772]. • Monitorowanie statusu neurologicznego [10035326]. • Monitorowanie przyjmowania pokarmów [10036614. • Nauczanie o wzorcu przyjmowania pokarmu [10032918] + technika połykania [10019352]. • Współdziałanie z rodziną [10035887].

łatwiejszego połykania. • Edukacja w zakresie przyjmowania posiłków (małe kęsy, dokładne przeżuwanie, spożywanie posiłków bez pośpiechu, zdenerwowania, z przerwami, płyny przyjmowane przez słomkę, dozownik). • Wdrożenie rodziny do wspierania chorej w przestrzeganiu zaleceń i zapewnieniu bezpieczeństwa w czasie spożywania posiłków.	
Ocena działań	**Diagnoza negatywna wg ICNP®**
Pacjentka przestrzega zaleceń w czasie spożywania posiłków. Kłopoty z połykaniem utrzymują się, ale nie doszło do zakrztuszenia się pokarmem.	Zaburzone połykanie 10001033].

Problem pacjenta	**Diagnoza negatywna wg ICNP®**
Ryzyko upadku i urazu w związku z zaburzeniami chodu	Ryzyko urazu w wyniku upadku [10038521] + chodzenie [10020886].

Cel działań pielęgniarskich: • Zminimalizowanie ryzyka urazu i upadku. • Poprawa bezpieczeństwa w czasie przemieszczanie się chorej.	
Działania pielęgniarskie	**Interwencje pielęgniarskie wg ICNP®**
• Ocena ryzyka upadku wg skali Tinetti – 23 pkt. (ryzyko upadku). • Współdziałanie z fizjoterapeutą w zakresie planu usprawniania, ćwiczeń adekwatnych do sytuacji chorej. • Obserwacja pacjentki w zakresie poruszania się oraz obiektów znajdujących się w okolicy w celu oceny potencjalnego ryzyka upadku. • Rozmowa z chorą na temat zakresu posiadanej wiedzy o upadku tj. przyczyn oraz konsekwencji. • Zapobieganie upadkom poprzez pomoc w poruszaniu się. • Zapewnienie odpowiednich urządzeń	• Ocenianie ryzyka upadków [10023520]. • Współdziałanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10046047] + usługa fizjoterapeuty [10014567]. • Monitorowanie ryzyka upadku [10037442]. • Ocenianie wiedzy o prewencji upadków [10039780]. • Prewencja upadków [10040211]. • Zastosowanie urządzenia zabezpieczającego [10002472]. • Nauczanie o prewencji upadków [10040253] + technika chodzenia [10002222]. • Nauczanie o środkach bezpieczeństwa [10024687]. • Demonstrowanie metod

m.in. laska, czy kule, balkonik, zakładanie antypoślizgowego obuwia. • Edukacja pacjentki o zapobieganiu upadkom. Pokazanie metod ich zapobiegania poprzez m.in. zastosowanie odpowiednich urządzeń oraz nauczanie techniki bezpiecznego upadania. • Monitorowanie chorej w wykonywaniu zleconych przez fizjoterapeutę ćwiczeń czynnych i biernych w celu zwiększenia zakresu ruchomości oraz tolerancji aktywności. • Obserwacja pacjentki pod kątem tolerancji podczas wykonywanych ćwiczeń. • Przedstawienie chorej oraz jej najbliższym rodzaju oraz sposobu wykonywania ćwiczeń samodzielnie i/lub z pomocą. • Zapewnienie chorej	prewencji upadków [10040248]. • Ocenianie zachowań w zakresie ćwiczeń [10024251]. • Współdziałanie z rodziną [10035887]. • Współdziałanie z pacjentem [10035873]. • Zapewnianie ciągłości opieki [10006966].

bezpieczeństwa w czasie przemieszczania się poprzez asekurację ze strony pielęgniarki/rodziny.	
Ocena działań	**Diagnoza pozytywna wg ICNP®**
Nie doszło do upadku i tym samym urazu pacjentki. Chora i rodzina zna zasady prewencji upadków.	Bez urazu w wyniku upadku [10038545].

Problem pacjenta	**Diagnoza negatywna wg ICNP®**
Zaburzone samodzielne wykonywanie czynności z zakresu samoopieki spowodowane osłabieniem chorej.	Deficyt samoopieki [10023410].
Cel działań pielęgniarskich: • Zaspokojenie potrzeb pacjentki. • Zwiększenie samodzielności chorej w czynnościach z zakresu samoopieki.	
Działania pielęgniarskie	**Interwencje pielęgniarskie wg ICNP®**
• Ocena samodzielności chorej wg skal PADL oraz IADL (II kategoria opieki pielęgniarskiej) • Obserwacja pacjentki oraz rozmowa na temat czynności, które	• Ocenianie samoopieki [10021844]. • Nauczanie o bezpiecznym korzystaniu z urządzeń [10044944]. • Asystowanie

powodują utrudnienia w samoopiece. • Zapewnienie odpowiednich środków/ urządzeń pomocniczych podczas wykonywania czynności z zakresu samoopieki i nauczanie chorej o zasadach jego wykorzystania np. krzesło antypoślizgowe, maty, balkonik. • Asystowanie chorej w czasie wykonywania czynności z zakresu samoopieki. • Zachęcanie chorej do samodzielnego wykonywania czynności z zakresu samoopieki. • Zachęcanie rodziny do mobilizowania chorej do aktywnego udziału w czynnościach z zakresu samoopieki. • Edukacja chorej i rodziny w zakresie bezpiecznego, sprawnego wykonywania czynności z zakresu samoopieki.	w samoopiece [10035763]. • Towarzyszenie pacjentowi [10042613]. • Zapewnianie ciągłości opieki [10006966]. • Promowanie samoopieki [10026347]. • Współdziałanie z rodziną [10035887]. • Współdziałanie z pacjentem [10035873]. • Nauczanie o samoopiece [10045014] • Wspieranie statusu psychologicznego [10019161].

• Zapewnienie motywacji i wsparcia chorej w radzeniu sobie w czynnościach z zakresu samoopieki.	
Ocena działań	**Diagnoza negatywna wg ICNP®**
Utrzymują się kłopoty chorej w samodzielnym wykonywaniu czynności z zakresu samoopieki (w związku z osłabieniem). Pacjentka i rodzina pozytywnie nastawiona do samodzielnego radzenia sobie z czynnościami z zakresu samoopieki.	Deficyt samoopieki [10023410].

Dyskusja

Zwyrodnienie soczewkowo - wątrobowe należy do chorób występujących rzadko. Pacjenci są obciążeni mutacjami genu ATP7B, który koduje ATP-azę i odpowiedzialny jest za transport miedzi w organizmie [13]. Sytuacja gromadzenia miedzi i zaburzonego jej wydalania destrukcyjnie wpływa na pracę najważniejszych narządów człowieka takich jak wątroba, nerki, mózg, a w końcowej fazie może doprowadzić do śmierci. Natomiast jeśli choroba jest leczona, a stan zdrowia odpowiednio monitorowany, to nie wpływa ona na długość życia pacjenta. Zdiagnozowanie choroby Wilsona bywa trudnym zadaniem ze względu na szerokie spektrum objawów [14].

Podczas hospitalizacji działania zespołu terapeutycznego skupiają się na ocenie zaburzeń występujących w czasie pobytu w szpitalu. W opisanym wyżej przypadku chorej, doszło do rozwoju marskość wątroby, której przyczyną było częściowe zaniechanie

leczenia, zła dieta oraz lekceważenie przez pacjentkę pojawiających się objawów pogarszania stanu zdrowia.

Marskość wątroby w przebiegu choroby Wilsona cechuje spektrum powikłań, które są poważnym zagrożeniem życia. Przewlekły i postępujący proces choroby charakteryzuje się zniszczeniem prawidłowej struktury zrazików i naczyń wątroby, co istotnie wpływa na niepomyślny przebieg choroby [8].

Ochrona uszkodzonej wątroby jest priorytetem w stwarzaniu warunków do jej regeneracji. W tym celu konieczne jest zastosowanie leczenia dietetycznego, którego zadaniem jest łagodzenie lub eliminowanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego [16]. Problematyka żywienia u pacjentów z marskością wątroby dotyczy zwłaszcza samokontroli [9]. Konsekwentne przestrzeganie diety, jest możliwe gdy pacjent jest świadomy jej znaczenia zwłaszcza w okresie progresu choroby. W chorobach wątroby należy przestrzegać podaży białka, którego podaż jest modyfikowana w zależności od zaostrzenia objawów [10]. Z kolei Choroba Wilsona wymaga redukcji miedzi w diecie. Pacjent powinien unikać takich produktów jak orzechy, ryby, grzyby, drożdże, wątróbka, produkty z pełnych ziaren zbóż, czekolada i sałata.

Ból to negatywne doznanie sensoryczne i emocjonalne które wynika z aktualnego lub prawdopodobnego uszkodzenia tkanki. Jest on przyczyną zaniepokojenia, obaw i lęku a czasem izolowania się pacjentów od społeczeństwa [17]. Bóle brzucha mogą towarzyszyć chorobie Wilsona.

Udział pielęgniarki w terapii i monitorowaniu bólu jest jedną z fundamentalnych ról, których wykonywanie oparte jest o wystandaryzowane narzędzia - skale bólu. Właściwa analiza dolegliwości bólowych wyrażona w skali wzrokowej skali analogowej (Visual Analogue Scale – VAS) czy też skali numerycznej (Numerical Rating Scale – NRS), pozwala na relatywne wyrażenie przez pacjenta subiektywnego odczucia bólu. Zdolności i umiejętność

prawidłowej oceny natężenia i charakteru bólu oraz zdiagnozowania miejsca i źródła jego przyczyny, dają możliwość zaproponowania choremu odpowiedniej terapii [11].

Postępująca choroba Wilsona obejmuje szereg deficytów neurologicznych; jest także przyczyną zaburzeń połykania (dysfagii). Trudności w przyjmowaniu i przemieszczaniu pokarmów z jamy ustnej do gardła i przełyku są poważnym problemem dla pacjenta i destabilizują jakość jego życia. Dysfagia może przejawiać się poprzez m.in.: krztuszenie się, kaszel, łzawienie, kichanie. Istotną rolę w zmniejszeniu przykrych dla chorego objawów odgrywa weryfikacja diety, warunków spożywania posiłków, dobór sprzętu do rodzaju karmienia, znajomość technik połykania i nauczanie ich pacjenta, podobnie jak ćwiczenia wzmacniające pracę mięśni jamy ustnej, gardła i krtani oraz trening oddechowy [12].

Zwiększanie poczucia bezpieczeństwa pacjenta z zaburzeniami chodu w przebiegu choroby Wilsona można osiągnąć poprzez zmniejszenie ryzyka upadków. Edukacja pacjentów na temat redukcji czynników wpływających na występowanie upadków jest podstawą bezpiecznego pobytu chorych w szpitalu, ale także ich funkcjonowania w środowisku domowym. Pacjent powinien zostać oceniony pod kątem zagrożenia upadkiem przy użyciu skali (skala Tinetti). W prezentowanym opisie przypadku chora klasyfikuje się do grupy ryzyka zagrożenia upadkiem, a plan opieki pielęgniarskiej uwzględnia działania podejmowane w tym zakresie np. edukację pacjentki o zasadach bezpieczeństwa oraz udostępnianie sprzętu wspomagającego poruszanie się.

Pielęgniarka pracuje z pacjentami w różnym wieku i w różnym stanie zdrowia realizując świadczenia wobec chorych zgodnie z teoriami pielęgnowania i modelami opieki. Aktualny stan pacjentki spełnia założenia teorii deficytu samoopieki D. Orem z uwagi na brak samodzielności chorej w zaspokajaniu własnych potrzeb. Chora częściowo wymaga asystowania pielęgniarki lub członków rodziny przy ich realizacji [18].

Motywowanie pacjentów do podejmowania świadomej odpowiedzialności za własne zdrowie jest rolą zawodową i obowiązkiem pielęgniarki, a obecność i towarzyszenie personelu pielęgniarskiego ułatwia choremu radzenie sobie z przykrymi i bolesnymi doznaniami [2].

Bibliografia/Bibliography:

1. Tarnacka B., Członkowska A. Choroba Wilsona. Polski Przegląd Neurologiczny. 2008;4, 3: 125–128.

2. Litwin T., Członkowska A. Choroba Wilsona – obraz kliniczny, diagnostyka i leczenie Postępy Nauk Medycznych. 2012; XXV,1: 34-44.

3. Damjanov I. Choroby wątroby i dróg żółciowych W: Damjanov I. Patofizjologia. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010: 273–278.

4. Szczeklik A., Gajewski P. Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych. Medycyna Praktyczna, Kraków 2014:1049.

5. Maśliński S., Ryżewski J. Patofizjologia Podręcznik dla studentów medycyny. Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012:811.

6. Habior A., Kraszewska E, Goś-Zając A. i wsp. Minimalna encefalopatia u chorych z marskością wątroby – ocena metod diagnostycznych i częstości występowania. Postępy Nauk Medycznych. 2008;11: 769-778.

7. Habior A. Choroby wątroby zagrożeniem Europy w XXI wieku. Postępy Nauk Medycznych. 2009;2: 77-83.

8. Jurkowska G., Łagoda K. Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011:219- 226.

9. Sarnowska A. Pielęgniarstwo Internistyczne w praktyce szpitalnej. Wydawnictwo Tekst sp. z o.o., Piła 2009:133-135.

10. Ciechaniewicz W. (red.). Pielęgniarstwo ćwiczenia. Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2014:545-546.

11. Mędrzycka-Dąbrowska W., Ogrodniczuk M., Dąbrowski S. Udział pielęgniarki w procesie monitorowania i terapii bólu pooperacyjnego. Anestezjologia i Ratownictwo. 2014; 8: 200-205.

12. Nowakowska H., Grabowska H., Mielnik M. Terapie wspomagające opiekę pielęgniarską nad pacjentami z zaburzeniami połykania. Problemy Pielęgniarstwa. 2012: 20, 1:126-132.

13. Dąbrowski A. Wielka interna – gastroenterologia. Część 1. Medical Tribune Polska, Warszawa 2010: 552- 562.

14. Szczeklik A. Wielka interna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014:1088-1090.

15. Jurczyk K. Zakażenia bakteryjne u chorego z marskością wątroby. Hepatologia. 2014;14: 94-101.

16. Talarska D. Zozulińska- Ziółkiewicz D. (red.). Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2017:198-199.

17. Korzeniowska K., Szałek E. Ból. Farmacja Współczesna. 2010;3:9-14.

18. Płaszewska –Żywko l. (red.) Modele opieki nad chorym dorosłym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 17-25.

19. http://www.icn.ch/what-we-do/ICNP-Browser[dostęp 29.03.2018]

Artykuły poglądowe/Review

Niezgodności a zdarzenia niepożądane jako element oceny jakości opieki długoterminowej

Nonconformities and adverse events as a component of quality assesment of long-term care

ROBERT PIEKARSKI[1]

[1] Kujawsko-Pomorski Oddział Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.006
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Na wstępie porównano terminologię działań naprawczych i zapobiegawczych w procesie zarządzania jakością ze względu na różne źródła normatywne definicji „niezgodności" i „zdarzenia niepożądanego". Pojęcia działań naprawczych lub zapobiegawczych zostały również zawarte w dokumentach legislacyjnych (projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta), co może stanowić przełom w podejściu do zagadnień nie tyle niezgodności, ale samego procesu rejestracji zdarzeń niepożądanych.
Przegląd. Bliskoznacznymi terminami do omawianych w tym artykule są „zdarzenie medyczne" i „błąd medyczny". Dla uproszczenia, ze względu na obszerność interpretacji prawnych oraz z uwagi na większą przejrzystość i wzbogacenie dobrej praktyki zarządzania, analiza źródeł skupiła się na umiejscowieniu „niezgodności" i „zdarzeń niepożądanych" względem siebie w systemach zarządzania jakością. Trzeba zaznaczyć, że temat nie jest

nowy i znane są różne propozycje do katalogu rejestrowanych zdarzeń niepożądanych. Szczególnie w obszarze praktyki pielęgniarskiej są zidentyfikowane i powtarzalne z różnym prawdopodobieństwem i częstością zdarzenia. Zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej są regulowane obecnie w wielu aktach prawnych. Promowanie inicjatyw projakościowych wiązałoby się z wprowadzeniem wymagań jakościowych i systematyczną oceną ich spełnienia.
Wnioski. Systemowe podejście do jakości w opiece zdrowotnej wymaga oceny „niedostatecznej i nie akceptowalnej jakości" oraz wprowadzenia rozwiązań poprawiających jakość usług. Wdrożenie rozwiązań prawno-organizacyjnych ma za zadanie kompleksowo i w sposób skoordynowany realizować priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości. Zakres projektowanej regulacji prawnej zakłada wprowadzenie rozwiązań w zakresie m.in. systemowego monitorowania zdarzeń niepożądanych (system monitorowania zdarzeń niepożądanych).

Słowa kluczowe: zdarzenia niepożądane, zarządzanie jakością, analiza przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych, ocena

Abstract:
Introduction. Firstly , in view of various definitions of nonconformities and adverse events , the terminology of corrective and preventive measures in the process of quality management was compared. The concept of corrective or preventive action has also been included in the legislative documents (Health Care Quality Act and Patient Safety Act) what may be a breakthrough with regard to not noncomformities but rather the registration process of adverse events.
Overview. The "medical event" and "medical error" are very similar terms to those discussed in this article. For reasons of simplification , due to the number and volume of the interpretation of the legislation as well as the greater clarity and improving good management practice, the analysis of the sources focused on the location of "noncomformities " and "adverse events" in relation to one another in quality management systems. It should be noted that the subject is not new and there are various proposals for the catalogue of registered adverse events. E In the field of nursing they are identified and repetitive events with a different degree of probability and frequency .

Quality issues in health care are regulated in many legal acts. Promoting pro-quality initiatives would entail the introduction of quality requirements and a systematic assessment of their fulfillment.
Conclusions. A systematic approach to quality in health care requires intorducing such terms of assesment as “unsatisfactory” and “unacceptable quality "and the introduction of solutions to improve quality of health care. Implementation of legal and organizational solutions aims at intorducing policy priorities in the area of healthcare quality , comprehensively and in a coordinated way. The scope of the proposed legal regulation assumes the introduction of solutions in the field of systematic monitoring of adverse events (system of monitoring adverse events).

Keywords: Adverse events, quality management, Root Cause Analysis (RCA), assessment of the quality of care, assessment

Wstęp

Jednym z kryteriów oceny jednostek świadczących opiekę zdrowotną w Polsce przez płatnika (NFZ) jest posiadanie certyfikatów w zakresie usług medycznych.

Podmioty lecznicze, zarówno te publiczne jak i niepubliczne, coraz chętniej wdrażają system zarządzania jakością zgodne z normami serii ISO oraz programami akredytacji, co pozwala na wyróżnienie się i osiągnięcie korzyści dla szpitala zarówno finansowych, jak i pozafinansowych.

Ze względu na specyfikę podmiotów leczniczych norma PN-EN ISO 9001:2015-10 (dotycząca Systemu Zarządzania Jakością) [1] ze względu na dużą popularność musiała być rozszerzona o elementy specyficzne dla branży medycznej. Opracowano więc i opublikowano normę polską (wzorowaną na europejskiej) PN-EN 15224:2013 - Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia [2]. Norma PN-EN 15224:2013 uwzględnia wymagania systemu zarządzania jakością PN-EN ISO 9001:2015-10, zalecenia Rady Unii Europejskiej (2009/C 151/01) w sprawie bezpieczeństwa

pacjentów (także w opiece długoterminowej), w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, wytyczne EN/TS dotyczące usług medycznych [3,4] oraz wytyczne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia [5]. Dzięki temu podmioty lecznicze będą mogły lepiej zarządzać bezpieczeństwem pacjenta, (w tym w opiece długoterminowej) i eliminować pojawiające się zagrożenia, mogące prowadzić do niezgodności.

Bardzo ważnym elementem norm są analizy rodzajów ryzyka i zagrożeń bezpieczeństwa pacjenta, plany zapewnienia bezpieczeństwa oraz nadzór nad zdarzeniami niepożądanymi. Mogą one dotyczyć zarówno spraw medycznych związanych z realizowanymi procesami klinicznymi czy ze świadczeniem usług medycznych, (w tym w opiece długoterminowej), jak i polityki zdrowotnej, spraw organizacyjnych, prawnych czy personalnych. Wyniki analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych stanowią częściową ocenę jakości opieki.

Norma PN-EN ISO 9001:2015-10 i PN-EN 15224:2013 oraz Program Akredytacji Szpitali [5] przygotowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia to swoista hybryda, która w rzeczywistości spełniała swe zadanie, ale przy stosowaniu dobrej praktyki zarządzania, z uwzględnieniem wymagań modnej i potrzebnej obecnie normy PN-EN ISO/IEC 27001:2017-06 (Technika informatyczna - Techniki bezpieczeństwa - Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji - Wymagania) [6] z elementami RODO [7], czyli nowego unijnego rozporządzenia dotyczącego ochrony danych osobowych.

Przegląd literatury

Zdarzenie niepożądane

Zdarzenie niepożądane to szkoda wywołana w trakcie lub w wyniku leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby

lub stanem zdrowia pacjenta [5] lub zdarzenie wywołane w trakcie lub w efekcie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, niezwiązane z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia, powodujące lub mogące spowodować negatywne skutki u pacjenta, w tym zgon, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji lub jej przedłużenie, trwały lub znaczny uszczerbek na zdrowiu lub chorobę, wadę wrodzoną lub uszkodzenie płodu [8].

Niezgodności i działania korygujące

Niezgodność to niespełnienie wymagań [9]. Może być związane z określonymi normami, dokumentacją jakości, przepisami prawnymi, wymaganiami stron kontraktu, klienta oraz innych zainteresowanych. Jako niezgodność można potraktować tylko to, co faktycznie zostało stwierdzone, czyli poparte dowodem obiektywnym.

W sytuacji, gdy wystąpi niezgodność, w tym taka, która wynika z reklamacji, organizacja powinna [9]:

a) zareagować na niezgodność i jeżeli ma to zastosowanie:
- podjąć działania mające na celu jej kontrolę i skorygowanie jej,
- zająć się konsekwencjami,

b) ocenić potrzebę działań eliminujących przyczyny niezgodności, w celu uniknięcia jej ponownego wystąpienia w tym samym lub innym miejscu poprzez:
- dokonanie przeglądu i analizy niezgodności,
- ustalenie przyczyn niezgodności,
- ustalenie, czy występują lub czy mogłyby wystąpić podobne niezgodności,

c) wdrożyć wszelkie niezbędne działania,

d) dokonać przeglądu skuteczności podjętych działań korygujących,

e) zaktualizować ryzyka i szanse określone podczas planowania, jeśli jest to konieczne,

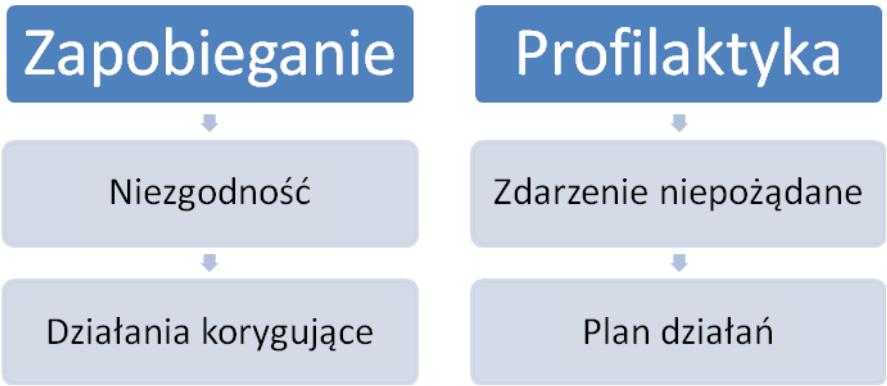
f) wprowadzić zmiany w systemie zarządzania jakością, jeśli są konieczne.

Działania korygujące powinny być dostosowane do skutków stwierdzonych niezgodności. Organizacja powinna przechowywać udokumentowane informacje jako dowód [1]:

a) charakteru niezgodności i wszelkich podjętych w ich następstwie działań,

b) wyników podjętych działań korygujących.

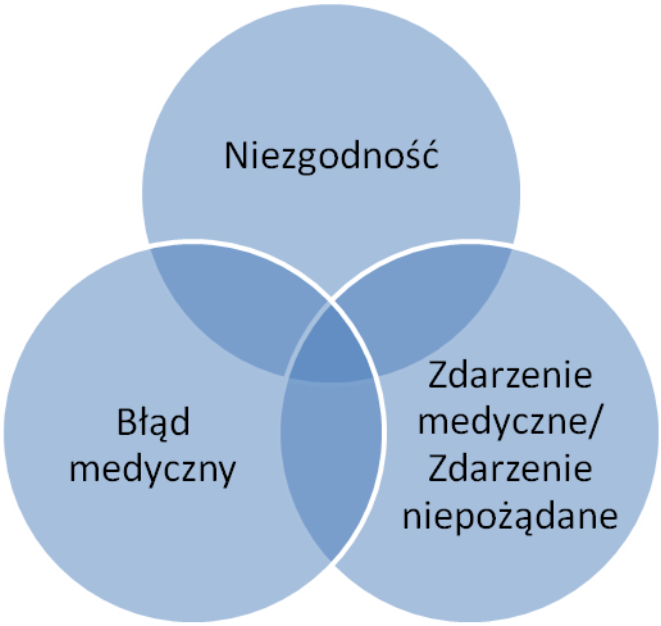
Działania naprawcze lub zapobiegawcze (wg projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta [8] przedstawia poniższa rycina 1.



Rycina 1. Porównanie terminologii działań naprawczych i zapobiegawczych w procesie zarządzania jakością w normie PN-EN ISO 9001:2015-10 [3] i w zapisach w Projekcie założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta [8].

Bliskoznaczne terminy związane z niezgodnościami i zdarzeniami niepożądanymi przedstawia rycina 2.



Rycina 2. Porównanie bliskoznacznych terminów dotyczących niezgodności i zdarzeń niepożądanych.
Źródło: opracowanie własne.

Zdarzeniem medycznym są: [10]
- zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,
- uszkodzenie ciała pacjenta,
- rozstrój zdrowia pacjenta,
- śmierć pacjenta,
- jeżeli nastąpiły wskutek niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

- diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
- leczenia w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
- zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Zdarzenie medyczne tłumaczone jest w orzecznictwie [11] jako niepożądane następstwo zabiegu, spowodowane szczególnymi okolicznościami objętymi tzw. ryzykiem medycznym. Pojęcie to nie odnosi się natomiast wprost do błędu ludzkiego, koncentruje się w głównej mierze na organizacji procesu leczenia i w tym zakresie wiąże się z pojęciem winy organizacyjnej [12]. Błąd medyczny oraz „błąd w sztuce" są pojęciami, które dotyczą działalności danej osoby wykonującej zawód medyczny i odnoszą się do uchybień popełnionych przez nią w procesie leczenia, naruszenia reguł postępowania ocenianych w kontekście nauki i praktyki medycznej. Najlepszym sposobem niedopuszczenia do zdarzenia niepożądanego, a w następstwie często do niezgodności, jest podejmowanie działań profilaktycznych (zapobiegawczych), co przedstawia poniższa rycina 3.

Rycina 3. Sekwencja: działania zapobiegawcze, korekcyjne i korygujące.
Źródło: opracowanie własne.

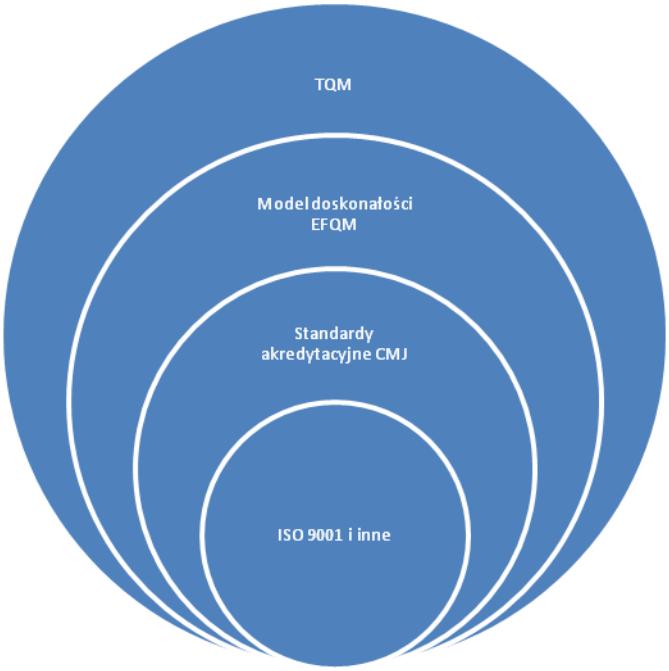
Wyspecyfikowano propozycję do katalogu rejestrowanych zdarzeń niepożądanych w obszarze praktyki pielęgniarskiej [13]:

1. Niewłaściwy pacjent.
2. Odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego.
3. Sepsa po zabiegu operacyjnym.
4. Upadki w szpitalu.
5. Wypadnięcie z łóżka.
6. Komplikacje wywołanie nieprawidłowym podnoszeniem pacjenta.
7. Samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala.
8. Błędy związane z pobieraniem próbek krwi, rozbieżności wykryte podczas kontroli zgodności krwi, obcogrupowe przetoczenie krwi.
9. Niewłaściwy lek, niewłaściwa droga podania, niewłaściwy pacjent, niewłaściwe połączenie z innym lekiem.
10. Samobójstwo.
11. Inne zgodnie z definicją.

Standardy jakości (zarządzania jakością) w ochronie zdrowia

Projekt założeń do ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta określa, że [8]:
- system monitorowania jakości i bezpieczeństwa ma być standardem jakości w ochronie zdrowia,
- w pierwszej kolejności obejmie szpitale, a w przyszłości pozostałe podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Standardy jakości (zarządzania jakością) w ochronie zdrowia przedstawia rycina 4.



Rycina 4. Modele (standardy) kompleksowych, zintegrowanych systemów zarządzania jakością.
Źródło: opracowanie własne.

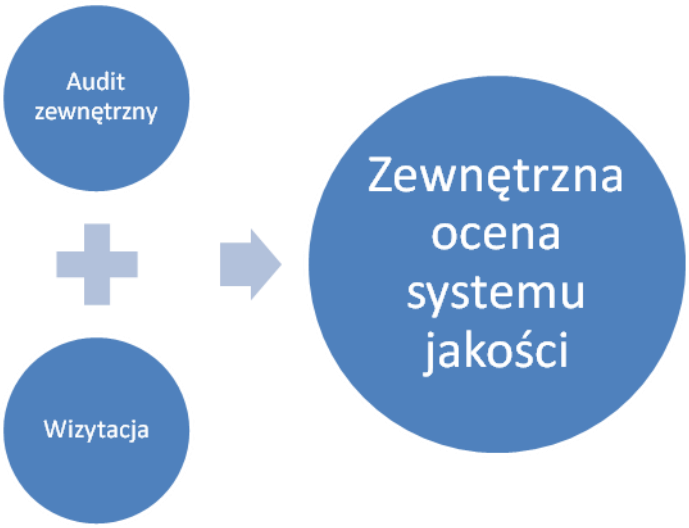
Projekt założeń do ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta [8]:
- w sposób kompleksowy ujmuje różne zagadnienia dotyczące jakości,
- wprowadza wiele zmian, które wpływają na funkcjonowanie placówek, a także wzrost poczucia bezpieczeństwa przez pacjentów, tj. obowiązek monitorowania i raportowania wartości wskaźników jakości leczenia czy także nowy system monitorowania zdarzeń niepożądanych,
- podmioty prowadzące działalność leczniczą, które - aby świadczyć usługi medyczne finansowane ze środków publicznych - będą musiały uzyskać tzw. autoryzację; pojawia się pytanie co jest obecnie, przed autoryzacją?

- jej elementem stanie się wewnętrzny system monitorowania jakości i bezpieczeństwa; pojawia się kolejne pytanie jakie są wewnętrzne systemy?

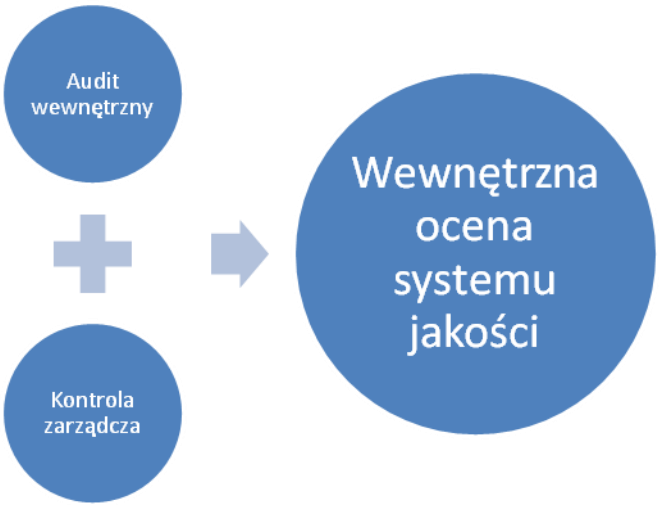
Akredytacja (Autoryzacja)

Na początku systemem akredytacji (autoryzacji) mają zostać objęte wszystkie podmioty lecznicze oferujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, które mają zawarte umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (z okresem przejściowym), a z czasem również pozostałe. Podmiot objęty systemem autoryzacji będzie wnosił coroczną opłatę za uczestnictwo w systemie (do dnia 31 stycznia) w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. System akredytacji nie jest niczym nowym w polskiej ochronie zdrowia. Z powodzeniem funkcjonuje już od kilkunastu lat w formie standardów akredytacyjnych i realizowanych na ich podstawie wizytacji. Kolejną ważną zmianą jest wprowadzenie wzrostu poziomu finansowania ze środków publicznych w wymiarze dodatkowego 1% wartości umowy ze względu na fakt posiadania certyfikatu akredytacyjnego. Przy czym udział w systemie akredytacji w dalszym ciągu pozostanie dobrowolny.

Zewnętrzną i wewnętrzną ocenę jakości przedstawiają rycina 5 i rycina 6.



Rycina 5. Zewnętrzna ocena systemu zarządzania jakością.
Źródło: opracowanie własne.



Rycina 6. Wewnętrzna ocena systemu zarządzania jakością.
Źródło: opracowanie własne.

EN 15224:2012 jest europejskim, resortowym standardem systemu zarządzania jakością w branży medycznej (wydano odpowiednik normy polskiej PN-EN 15224:2013). Ma on zastosowanie we wszystkich organizacjach medycznych: badawczych, kształceniowych oraz tych, które realizują procesy kliniczne bezpośrednio związane z pacjentem, czyli :

- laboratoriach,
- pracowniach diagnostycznych,
- klinikach,
- szpitalach,
- ambulatoriach,
- specjalistycznych i podstawowej opiece zdrowotnej.

Wymagania tego standardu opierają się na wymaganiach ISO 9001 - System zarządzania jakością.

Norma PN-EN 15224:2013 bazuje na zasadach wynikających z teorii zarządzania, kontroli zarządczej oraz w dużej mierze na standardach akredytacyjnych. Zarządzanie ryzykiem klinicznym jest podstawowym składnikiem systemu zarządzania jakością w ochronie zdrowia.

Rozwiązania w ustawie (projekcie) mają [8]:

- zapewnić podmiotom leczniczym, instytucjom nadzorującym oraz pacjentom dostęp do wiarygodnej, obiektywnej i porównywalnej informacji o jakości świadczonej opieki,
- dać możliwość leczenia się w placówkach, w których opieka, jakość i bezpieczeństwo usług jest na wysokim poziomie.

Pojawia się pytanie jaki jest poziom tych usług obecnie? Wykładniki akceptowalnego poziomu jakości prezentuje rycina 7.

Rycina 7. Wykładniki systemu zarządzania jakością.
Źródło: opracowanie własne.

Obecne niektóre kluczowe problemy funkcjonowania systemów zarządzania jakością w podmiotach leczniczych oraz otoczenia warunkującego poprawę tego poziomu jakości to [8]:

1. Niewystarczające regulacje prawne i problem z ich egzekwowaniem.
2. Brak dostatecznej wiedzy o poziomie jakości.
3. Niedostateczne zdefiniowanie odpowiedzialności za niewłaściwą jakość.
4. Niedostateczna motywacja do poprawy jakości.
5. Niedostateczne wdrożenie procedur postępowania i niewłaściwe zarządzanie.
6. Niewystarczające monitorowanie i kontrola podmiotów, które wykonują działalność leczniczą.

Wiedza o poziomie jakości wskazuje na następujące sposoby rozwiązania problemu [8]:
- Wprowadzenie obowiązku monitorowania i raportowania klinicznych wskaźników jakości oraz zdarzeń niepożądanych.
- Dostęp osób z poza systemu do wyników monitorowania i wskaźników klinicznych.
- Motywowanie do zgłaszania zdarzeń niepożądanych przez personel bez konsekwencji dyscyplinarnych, zawodowych i karnych.
- Możliwość zgłaszania zdarzeń przez np. pacjentów.

Pojawia się pytanie w jaki sposób pacjenci będą mogli to zgłaszać?
Odpowiedzialność za niewłaściwą jakość wymaga następującego rozwiązania problemu [8]:
-Wprowadzenie nowych zasad i trybu funkcjonowania systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych i określenie odpowiedzialności w tym zakresie.
-Określenie wewnętrznego systemu autoryzacji i systemu monitorowania jakości i bezpieczeństwa wraz z odpowiedzialnością w tym zakresie.

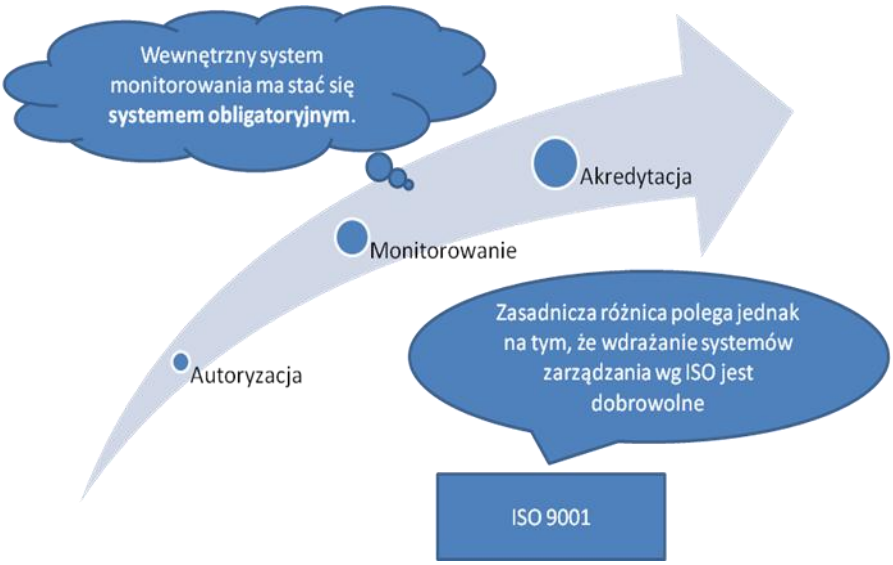
Podstawowe elementy zapewniania jakości w placówce ochrony zdrowia to [14]:
- Kontrola jakości (Quality Control) – polega zwykle na monitorowaniu oraz stwierdzeniu określonych cech produktu lub usługi. Przykładem kontroli jakości może być program kontroli zakażeń szpitalnych, obejmujący jedynie aktywne monitorowanie zakażeń na podstawie wyników posiewów, badań radiologicznych, zleceń antybiotyków czy też kart gorączkowych, bez wdrażania działań zmniejszających ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych, takich jak system szkoleń pracowników czy też szpitalna polityka antybiotykowa [14].
- Ocena jakości (Quality Assessment) – opiera się na realnym poznaniu jakości usług świadczonych w danym podmiocie leczniczym. Najczęstszą formą oceny jakości są badania satysfakcji

pacjentów, które mogą być powiązane z efektami procedur medycznych poddawanych ocenie [14].

- Poprawa jakości (Quality Improvement) – poza analizą sytuacji bieżącej, obejmuje określenie przyczyn występowania określonych dysfunkcji oraz propozycje metod poprawy a następnie monitorowanie uzyskanych rezultatów. Przykładem zastosowania tego podejścia w szpitalu może być poprawa opieki nad pacjentami na oddziale chirurgicznym, polegająca na skróceniu czasu oczekiwania na zabieg, aby minimalizować stres związany z poddaniem się zabiegowi oraz zmniejszyć ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych, a przez to – zwiększyć satysfakcję pacjenta i jednocześnie ograniczyć koszty jego pobytu w placówce [14].
- Zapewnienie jakości (Quality Assurance) – to część zarządzania jakością, ukierunkowana na zwiększenie zdolności do spełniania wymagań dotyczących jakości [9], która zwraca szczególną uwagę na zapobieganie ewentualnym problemom związanym z realizacją usługi medycznej. Zapewnienie jakości wiąże się więc z koniecznością wdrażania różnego rodzaju programów np. programu zapewnienia jakości bezpiecznego napromieniowania, obejmującego: systematyczną kontrolę parametrów fizycznych i technicznych aparatury do radioterapii, opracowanie zaleceń formalnoprawnych dokumentacji, procesu świadczenia usług oraz procedur reagowania w sytuacjach awaryjnych [9].
- Zarządzanie jakością (Quality Management) – polega na systematycznym działaniu wszystkich pracowników danej organizacji, które ma na celu poprawę jakości opieki nad pacjentem. Zarządzanie jakością nie jest jedynie kontrolą – obejmuje planowanie jakości przez specjalny zespół pracowników zatrudnionych w danym podmiocie leczniczym, doskonalenie jakości (analizę przyczyn powstałych dysfunkcji oraz wdrożenie rozwiązań powstałych problemów), a także pomiar jakości, a więc ocenę organizacji w odniesieniu do jej wszystkich jednostek organizacyjnych [14].

Cztery główne filary systemu zapewnienia jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta [8] to:
- system autoryzacji,
- system monitorowania zbierania zdarzeń niepożądanych,
- system monitorowania klinicznych wskaźników jakości,
- system akredytacji.

Fundament funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce prezentuje rycina 8.



Rycina 8. Fundament funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce.
Źródło: opracowanie własne na podstawie projektu założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta [8] oraz normy PN-EN ISO 9001:2015-10 [1].

Kryteria autoryzacji oraz metodologia oceny ich spełniania będą obejmowały rożne obszary działania [8], tj.
- sposób zarządzania majątkiem,
- sterylizację,
- politykę lekową,
- personel,
- sposób określania i monitorowania wskaźników działalności klinicznej.

Szczegółowy zakres oceny określi w rozporządzeniu Minister Zdrowia. Będzie on obligatoryjny od 1 stycznia 2020r.

System monitorowania zdarzeń niepożądanych zakłada następujące aspekty [8]:
- Poprawę poziomu jakości i bezpieczeństwa – poprzez prowadzenie wewnętrznego systemu monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
- Będą nim objęte podmioty lecznicze prowadzące szpital, niezależnie od faktu korzystania ze środków publicznych (w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne).
- System monitorowania ma polegać na identyfikowaniu i analizie zdarzeń niepożądanych oraz poznawaniu ich przyczyn, na podstawie których podejmowane będą działania naprawcze lub zapobiegawcze.

System ma być oparty na dwóch poziomach nadzoru:
- zewnętrznym – prowadzonym przez agencję (zdarzenia o wysokim ryzyku),
- wewnętrznym – prowadzonym przez szpital (wszystkie zdarzenia niepożądane).

Zgłaszane zdarzenia niepożądane będą punktowane na podstawie stopnia ich dolegliwości dla pacjenta i prawdopodobieństwa występowania. W oparciu o zgłoszenia Agencja do Spraw Jakości Opieki Zdrowotnej i Bezpieczeństwa Pacjenta opracuje raporty i wytyczne poprawy jakości, bezpieczeństwa pacjenta w formie ogólnodostępnych komunikatów jakości. Swobodę w zgłaszaniu przez szpital zdarzeń do rejestru ma

ułatwić wprowadzenie rozwiązań o niesankcjonowaniu osób, które zgłaszają zdarzenia, przez zwolnienie ich z odpowiedzialności dyscyplinarnej, zawodowej i karnej, jeśli tylko zdarzenie nie powstało na skutek winy umyślnej lub zaniedbania. Oprócz informacji czerpanych bezpośrednio od podmiotów leczniczych agencja będzie mogła się dowiedzieć o zjawiskach niezgodnych ze standardami bezpieczeństwa również od pacjentów, rodziny, osób bliskich czy obywateli. W tym celu stworzy aplikację internetową [8].

Istnieją jednak obawy, czy pojawienie się kolejnego rejestru, do którego należy przesyłać dane, obok wielu już istniejących, nie przełoży się na i tak już dużą biurokrację. Obawę tę może uzasadniać fakt, że mimo wzorowania się twórców projektu na światowych praktykach trudno znaleźć w nim rozwiązania oparte na budowaniu wewnętrznej kultury bezpieczeństwa (tzw. safe culture) popularnej w Europie i Stanach Zjednoczonych.

Wnioski

Zdarzenia niepożądane najlepiej weryfikuje się stosując analizy przyczyn źródłowych (RCA-Root Cause Analysis), tj. analizy przyczyn jako powodu wystąpienia zdarzenia niepożądanego. Analiza przyczyn jako metoda jest również stosowana przy określaniu tzw. zdarzeń jeszcze nie zaistniałych (ang. near misses), jako działanie zapobiegawcze, co mogłoby wpłynąć na zdrowie pacjenta [15]. RCA to bardzo użyteczne narzędzie do analiz przyczyn źródłowych w zintegrowanych systemach zarządzania w szpitalach posiadających akredytację i certyfikację zgodności z norami międzynarodowymi serii ISO (szczególnie PN-EN ISO 9001:2015-10) oraz normy PN-EN 15224:2013. Zdarzenia niepożądane więc są wplecione w procedurę nadzoru nad niezgodnościami ze wszelkimi przejawami podejmowanych działań zapobiegawczych jak również korekcyjnych i korygujących wg normy PN-EN ISO 9001:2015-10.

Analiza przyczyn źródłowych jest to proces ustalania i wyjaśniania, zbierania i analizowania danych jakościowych

i ilościowych, a także dodatkowych czynników mogących mieć wpływ na niepożądanych skutek. RCA wiąże się z zaleceniami podjęcia działań, które mają przynieść konkretną poprawę bezpieczeństwa [15]. Nie określa pracowników lub osób biorących udział w zdarzeniu odpowiedzialnych za wystąpienie zdarzenia niepożądanego; nie służy ich ujawnieniu i identyfikacji. Najważniejsze są aspekty organizacyjne, procesy wewnętrzne, komunikacja w szpitalu oraz technologie i sprzęt medyczny.

Wyniki analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego są częścią wewnętrznej dokumentacji szpitala w obszarze poprawy jakości jednak nie stanowią elementu historii choroby (nie są udostępniane).

Utrzymywanie takich podstaw podejścia systemowego w analizie przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego stanowi o jej powodzeniu i skuteczności. By zachować systemowe podejście do zdarzenia niepożądanego, określając przebieg zdarzenia, nie wspomina się nigdy o rzeczywistych pracownikach (lub biorących udział w zdarzeniu), nie podaje danych osobowych, ani funkcji w strukturze organizacyjnej, najlepiej również gdy nie określa się dat zdarzenia [15].

Bibliografia/Bibliography:

1. PN-EN ISO 9001:2015-10 - wersja polska. Systemy zarządzania jakością – Wymagania. PKN, Warszawa 2016.

2. PN-EN 15224:2017-02 - wersja angielska. Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia. PKN, Warszawa 2017.

3. Sprawozdanie pt „Najważniejsze ustalenia i zalecenia dotyczące systemów zgłaszania zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa pacjentów i wyciągania wniosków z takich zdarzeń w Europie”

(Sprawozdanie Podgrupa ds. Zgłaszania Zdarzeń i Wyciągania Wniosków PSQCWG Komisji Europejskiej maj 2014 r.), http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm, 29.03.2018r.

4. Zalecenia Rady Europy 2009/C151/01 w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:32009H0703(01), 29.03.2018r.
5. Program Akredytacji. Szpitale. Zestaw standardów. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009 (wydanie wznowione 2016).

6. PN-EN ISO/IEC 27001:2017-06 - wersja angielska. Technika informatyczna - Techniki bezpieczeństwa - Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji – Wymagania. PKN, Warszawa 2017.

7. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

8. Projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta z 20.01.2017, https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12294407, 29.03.2018r.

9. PN-EN ISO 9000:2015, *Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia,* 2016, Polski Komitet Normalizacyjny, Warszawa 2016.

10. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.0.1318).

11. Wyrok z dnia 11 grudnia 2002 roku, sygn. akt I CKN 1386/00, Sąd Najwyższy; Wyrok z dnia 18 kwietnia 2002 roku, sygn. akt I ACa

214/02, Sąd Apelacyjny w Krakowie; Wyrok z dnia 13 września 1937 roku, Sąd Najwyższy; Wyrok z dnia 14 grudnia 1973 roku, sygn. akt II CR 692/73, Sąd Najwyższy; Wyrok z dnia 11 maja 1983 roku, sygn. akt IV CR 118/83, Sąd Najwyższy; Wyrok z dnia 10 grudnia 1952 roku, sygn. akt 584/52, Sąd Najwyższy, http://www.pociecha.com.pl , 29.03.2018r.

12. Orzeczenie Sądu Okręgowy w Katowicach Sygn. akt IC 46/11 (Zarządzenie, uzasadnienie z dnia 24.01.2014r., https://orzeczenia.ms.gov.pl/content/$N/151520000000403_I_C_000046_2011_Uz_2014-01-24_001, 29.03.2018r.

13. Kruk-Kupiec G. Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa „Dla dobrej praktyki pielęgniarskiej bezpieczny szpital – bezpieczny pacjent. Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych. Projekt bezpiecznej praktyki medycznej". 2011, arch.nipip.pl/index.php/prawo/opiniekk/w-dz-pielegniarstwa/1753-bezpieczny-pacjent, 29.03.2018r.

14. Staszewski, R., Kautsch M. Jakość certyfikowana. W: Kautsch M. (red.), Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

15. Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H., Tombarkiewicz M. Analiza przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych (Root Cause Analysis – RCA). Przewodnik dla zespołów jakości, lekarzy, pielęgniarek, oraz innych osób przeprowadzających RCA. Adaptacja na podstawie opracowania Duńskiego Towarzystwa Bezpieczeństwa Pacjentów (DanskSelskab for Patientsikkerhed). Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, Kraków 2015, http://bezpiecznypacjent.cmj.org.pl/wp-content/uploads/2016/02/Broszura-zdarzenia-niepo%C5%BC%C4%85dane.pdf, 29.03.2018r.