Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

4(2)/2017

Włocławek 2017

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

EWA SZCZECH, MARIOLA RYBKA, ROBERT ŚLUSARZ
Doświadczanie bólu i wiedza na temat jego patomechanizmu oraz metod leczenia w grupie pielęgniarek anestezjologicznych……8

EWA SZCZECH, ANNA RASZKA, AGNIESZKA PIERNIKOWSKA, KLAUDIA DASZUTA
Aspekty doświadczania bólu w grupie pielęgniarek anestezjologicznych w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych……22

JOANNA BLUMA, AGNIESZKA KRÓLIKOWSKA, TERESA SIEMIANOWSKA, IWONA CZARNIECKA
Opinia pacjentów w aspekcie radzenia sobie z bólem po zabiegach operacyjnych…….....32

ALEKSANDRA JAGODZIŃSKA, LEOKADIA REZMERSKA
Czynniki wpływające na podnoszenie poziomu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w ramach kształcenia podyplomowego……..44

Opis przypadku/Case Report

JOANNA SOLARZ-BOGUSŁAWSKA
Współpraca zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem z rozpoznaniem choroby Alzhaimera. Prezentacja przypadku……62

Artykuły poglądowe/Review

KAROLINA FILIPSKA, ROBERT ŚLUSARZ
Przymus bezpośredni w aspekcie etycznym……76

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

Doświadczanie bólu i wiedza na temat jego patomechanizmu oraz metod leczenia w grupie pielęgniarek anestezjologicznych

The experience of pain, its pathomechanism and methods of reatment – nurse anaesthetists

EWA SZCZECH[1], MARIOLA RYBKA[2], ROBERT ŚLUSARZ[2]

[1] Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.019
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Dolegliwości bólowe pełnią w życiu każdego człowieka funkcję ostrzegawczo - ochronną. Alarmują one organizm przed zagrażającym na skutek choroby czy urazu uszkodzeniem tkanek. Powodują także odruchową oraz behawioralną odpowiedź, mającą na celu zminimalizowanie następstw tego uszkodzenia. Ocena piątego parametru życiowego, jakim jest ból to nieodzowny element oceny stanu zdrowia człowieka.
Cel. Celem prowadzonych badań było poznanie charakteru dolegliwości bólowych występujących w grupie pielęgniarek anestezjologicznych oraz ich wiedzy na temat patomechanizmu oraz metod leczenia bólu.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 70 pielęgniarek anestezjologicznych pracujących w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

Wyniki. Pielęgniarki anestezjologiczne najczęściej doświadczają dolegliwości bólowych kręgosłupa, głowy oraz układu kostno-stawowego. Opisują one charakter bólu jako pulsujący, kłujący lub uczucie tępego ucisku. Wśród czynników nasilających ich dolegliwości pielęgniarki najczęściej wskazują nadmierny wysiłek fizyczny oraz stres. W łagodzeniu własnego bólu badane korzystają głównie z farmakoterapii. Pielęgniarki wśród uznanych i skutecznych metod leczenia dolegliwości bólowych najczęściej wskazywały na farmakoterapię oraz takie metody niefarmakologiczne jak: masaż, krioterapia, stosowanie prądów TENS oraz laseroterapia.
Wnioski. Pielęgniarki anestezjologiczne doświadczają dolegliwości bólowych, które dotyczą najczęściej kręgosłupa, głowy oraz układu kostno-stawowego. Dysponują wiedzą na temat bólu, jego patomechanizmu oraz skutecznych metod jego leczenia.

Słowa kluczowe: ból, pielęgniarka anestezjologiczna, wiedza

Abstract:
Introduction. Pain is fundamental to the daily life of every human being as its role is to warn and protect. It warns us about disease or damage to the tissues. It causes bahavioral and instinctive reaction to minimalise the consequences due to the damage. Pain is a crucial component of the reading of vital signs.
Aim. The aim of the study was to understand the nature of pain in the group of nurse anaesthetists and to learn about pain pathomechanism and methods of treatment.
Material and methods. The study comprised 70 nurse anaesthetists working in Specialist Hospital of dr Wladyslaw Bieganski in Grudziądz. The consent of Bioethics Commitee was obtained for the following study.
Results. Nurse anaesthetists experience backpain, headaches and osteo-articular disorders. The pain is described as throbbing, stabbing or dull preassure. Physiscal overload and stress are main factors increasing the symptoms. Pharmacotherapy is most often used to relieve the pain and reduce the symptoms.Nurse anaesthetists considered pharmacotherapy as a recognized option for pain relief,together with massage, cryotherapy, electrostimulation and laser therapy as the most effective treatment.
Conclusions. Nurse anaesthetists experience backpain, headaches and osteo-articular disorders. They posses the expertise knowledge how to cope with

these disorders.. They are familira with the nature of pain and best methods of treatment.

Keywords: pain, anaesthetists nurse, expertise knowledge

Wstęp

Ból jest nie tylko problemem dotykającym pacjentów, ale dotyczy również personelu medycznego a szczególnie pielęgniarek. Jeżeli związany jest on z działaniami zawodowymi podejmowanymi w środowisku pracy to najczęściej stanowi efekt nieodpowiednich warunków pracy, wykonywania wielu czynności w wymuszonych pozycjach ciała, niedostosowania pomieszczeń do wymogów ergonomii, braku sprzętu do podnoszenia i transportowania chorych. Należy także wspomnieć o czasie pracy i stanie zdrowia pielęgniarek, których średnia wieku w Polsce zbliża się do granicy pięćdziesiątego roku życia.

Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (International Association for the Study of Pain - IASP) określa ból jako nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne [1,2].

Doznania bólowe można sklasyfikować wg kryterium czasu trwania, mechanizmu powstawania, miejsca występowania oraz etiologii. Walka z dolegliwościami bólowymi była jednym z motorów rozwoju nauk medycznych. Obecnie istnieje wiele sposobów uśmierzania bólu, począwszy od farmakoterapii po metody niefarmakologiczne [3].

Farmakoterapia należy do podstawowych metod leczenia bólu, jednakże zgodnie z zaleceniami Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu, powinna być częścią programu rehabilitacyjnego, uwzględniającego nie tylko zniesienie odczuwanych dolegliwości bólowych, ale również podniesienie poziomu jakości życia pacjentów. Podstawowym i najważniejszym schematem, porządkującym leczenie farmakologiczne bólu jest opracowana przez Światową Organizację

Zdrowia w 1986 r. tzw. drabina analgetyczna. Odpowiednio stosowany jej schemat umożliwia skuteczne leczenie dolegliwości bólowych u około 90% pacjentów.

Główną zaletą metod niefarmakologicznych w zwalczaniu bólu jest to, że w porównaniu do farmakoterapii powodują znacznie mniej skutków ubocznych i z tego powodu coraz częściej są wdrażane do praktyki. Do niefarmakologicznych metod uśmierzania bólu można zaliczyć: techniki nieinwazyjne, techniki inwazyjne, psychologiczne narzędzia do zwalczania dolegliwości bólowych, fizykoterapię i leczenie manualne [4,5]. Wśród technik nieinwazyjnych uśmierzających dolegliwości bólowe można wyróżnić: TENS, czyli przezskórną elektrostymulację nerwów, akupunkturę oraz wibrację. TENS należy do najczęściej stosowanych metod nieinwazyjnego uśmierzania bólu.

W ramach fizykoterapii optymalne metody walki z dolegliwościami bólowymi to: krioterapia, termoterapia, laseroterapia, masaż i gimnastyka lecznicza [6].

Ból jest zjawiskiem wielowymiarowym, dotykającym poza sferą fizyczną człowieka także i wymiar jego emocjonalnego funkcjonowania. Znacząco bowiem wpływa on na obniżenie samopoczucia i jakości życia. Psychoterapia w kontekście zwalczania dolegliwości bólowych ma na celu zminimalizowanie nasilenia bólu i objawów współwystępujących, takich jak: lęk, zaburzenia snu, naukę skutecznych metod radzenia sobie z doznaniami bólowymi oraz pozytywne nastawienie chorego w związku ze stopniową poprawą samopoczucia. Do psychologicznych metod walki z bólem zalicza się przede wszystkim metody autoregulacyjne takie jak: trening autogenny Schultza, wizualizacje, biofeedback, hipnozę. Poza tym stosuje się również edukację oraz techniki behawioralne [7].

Ze względu na wielowymiarowość i subiektywizm charakteryzujący odczuwanie bólu, jego ocena jest procesem złożonym. Istotnego znaczenia nabiera wywiad i przeprowadzenie badania fizykalnego [8]. Najczęściej stosowanymi w codziennej praktyce skalami do oceny bólu są: słowna, numeryczna, wizualno-

analogowa i obrazkowa [9]. Do pomiaru bólu najczęściej wykorzystuje się następujące kwestionariusze: Melzacka, Geriatric Pain Measure, DOLOTest, wskaźnik niesprawności Oswestry (ODI) oraz skalę MIDAS, Kwestionariusz Melzacka, inaczej MPQ (McGill pain questionnaire) [10,11,12,13,14].

Korzystanie z technik kontroli poznawczej powoduje zmniejszenie negatywnych emocji przed, w trakcie i po odczuciu doznań. Badania dowodzą, że brak poczucia kontroli, potęguje odczuwane dolegliwości bólowych oraz prowadzi do osłabienia motywacji i poczucia bezradności [3].

Praca pielęgniarki na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym i fizycznym. Specyfika oddziału i opieki realizowanej nad pacjentami hospitalizowanymi na OIOM-ie wymaga od personelu pielęgniarskiego nie tylko wysokospecjalistycznej, interdyscyplinarnej wiedzy oraz umiejętności z zakresu anestezjologii, intensywnej terapii, leczenia bólu, medycyny ratunkowej i transplantologii czy zdolności umiejętnego radzenia sobie ze stresem, ale również wytrzymałości fizycznej [15]. Charakter wykonywanej pracy może zatem przyczyniać się one do występowania chorób zawodowych i związanych z nimi rożnego rodzaju dolegliwości bólowych, przede wszystkim dotyczących układu mięśniowo-szkieletowego. Doznania bólowe spowodowane są najczęściej ręcznym transferem pacjentów, aparatury medycznej, częstym przyjmowaniem wymuszonej pozycji ciała podczas wykonywania prac na bloku operacyjnym takich jak: przygotowanie stanowiska do znieczulenia, układanie chorego na stole operacyjnym, nadzorowanie znieczulenia czy przeprowadzanie prac porządkowych po skończonych zabiegach. Oprócz dolegliwości bólowych ze strony układu ruchu w grupie pielęgniarek anestezjologicznych często obserwuje się występowanie bólów głowy. Praca pielęgniarki anestezjologicznej i intensywnej opieki wiąże się z dużym obciążeniem psychofizycznym i stresem, spowodowanym zaburzeniami snu i rytmu dobowego w przebiegu zmianowej pracy,

wykonywaniem wielu czynności pod presją czasu, chronicznym zmęczeniem, czy większym spożyciem kawy, mocnej herbaty [16, 17].

Celem prowadzonych badań było poznanie charakteru dolegliwości bólowych występujących w grupie pielęgniarek anestezjologicznych oraz ich wiedzy na temat patomechanizmu oraz metod leczenia bólu.

Materiał i metody

W badaniu zastosowano sondaż diagnostyczny oraz metodę szacowania. Do realizacji postawionego celu badań zastosowano kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej.

Poza respondentami zgodę na przeprowadzenie badań uzyskano od Dyrekcji Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu oraz Komisji Bioetycznej, funkcjonującej przy CM w Bydgoszczy.

Uzyskane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej.

Wyniki

Pielęgniarki i pielęgniarze biorący udział w badaniu pracowali w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla dzieci lub dorosłych w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu. Respondenci wyrazili zgodę na udział w anonimowym badaniu. Przebadano grupę 70 pielęgniarek i pielęgniarzy. Grupę badaną w przeważającej ilości stanowiły kobiety (44 respondentki) oraz 2 mężczyzn. Średni wiek ankietowanych to 42 lata, jednakże najliczniejszą grupę stanowili respondenci w przedziale wiekowym 41- 45 lat. Zdecydowana większość pielęgniarek posiadała wykształcenie wyższe (74,3% badanych). Ponadto 31 pielęgniarek posiadało ukończony kurs kwalifikacyjny

w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii a 6 osób specjalizację w przedmiotowej dziedzinie pielęgniarstwa.

Głównym elementem poddanym analizie był zakres subiektywnych doświadczeń pielęgniarek dotyczących bólu, wiedza na temat jego patomechanizmu oraz metod leczenia. Respondenci charakteryzowali własne dolegliwości bólowe, ich rodzaj, charakter, częstość występowania, czas trwania oraz czynniki wyzwalające. Ponadto respondenci wskazywali na rodzaje metod stosowanych w celu uśmierzania bólu.

Występowanie jednej dolegliwości bólowej wskazało 40 osób, dwóch - 27 osób, a trzech - 3 osoby. Łącznie odnotowano 103 odpowiedzi. Zarówno na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii jak i na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci najwięcej ankietowanych wskazało na występowanie bólów kręgosłupa (42 osoby – 40,8%), a najmniej bólów kostno-stawowych (27 osób – 26,2%). Bóle głowy lub migreny podały 34 osoby (33%).

Respondenci niezależnie od miejsca zatrudnienia wskazali, że występujące u nich dolegliwości bólowe występują najczęściej raz na kilka miesięcy (34 osoby - 48,6 %) lub kilka razy w miesiącu (23 osoby – 32, 9%). Najmniej respondentów stwierdziło, że doznania bólowe występują u nich codziennie (3 osoby -4,3 %).

Największa liczba ankietowanych zaznaczyła, że dolegliwości bólowe trwają kilka godzin (52 osoby -74,3%). Kilka dni utrzymujący się ból podało 17 osób (24,3%). Jeden respondent wskazał, że doznania bólowe trwają w jego przypadku 1 dzień (1,4%). Największa grupa respondentów zaznaczyła, że występujące u nich doznania bólowe mają charakter ucisku (44 osoby - 43,6%) a tylko 4 ankietowanych (4%), że ból ma charakter stały. Wśród czynników, które wyzwalają odczuwanie dolegliwości bólowych respondenci najczęściej wskazywali nadmierny wysiłek fizyczny (55 osób – 46,2%), stres (31 osób – 26,1%) lub zmiany pogody (29 osób – 24,4%). Tylko 4 badanych (3,4%) podkreśliło wpływ zbyt dużej ilości wypijanej kawy na nasilenie bólu.

Natomiast w zakresie analizy reakcji wywołanych wystąpieniem dolegliwości bólowych respondenci mieli do wyboru sześć stwierdzeń: drażliwość, zaburzenia snu, zaburzenia depresyjne, spowolnienie reakcji, astenię. Najwięcej badanych wskazało na spowolnienie reakcji psychoruchowych (50 osób - 39,1%). W następnej kolejności ankietowani wskazywali drażliwość (38 osób - 29,7%), zaburzenia snu (23 osoby – 18%), zaburzenia depresyjne (13 osób – 10,2%). Najmniej badanych wskazało na astenię (4 osoby - 3,1%).

Pielęgniarki stosowały w walce z bólem zróżnicowane metody. Najwięcej ankietowanych zaznaczyło, że w łagodzeniu dolegliwości wykorzystują zarówno farmakoterapię jak i metody niefarmakologiczne (52 osoby – 74,3%). Wyłącznie sięga po leki 1 osób (24,3%). Tylko jedna osoba (1,4%) wskazała, że w walce z bólem stosuje wyłącznie metody niefarmakologiczne.

Respondentów poproszono o wskazanie najczęściej stosowanych w odniesieniu do własnej osoby leków przeciwbólowych, które to w trakcie analizy statystycznej zostały uporządkowane w ramach sześciu grup: NLPZ, paracetamol, opioidy, paracetamol i NLPZ, NLPZ i opioidy oraz opioidy i paracetamol. Niezależnie od miejsca zatrudnienia badani najczęściej wskazywali, że w walce z bólem jako pojedynczy środek stosują leki z grupy NLPZ (36 osób – 52,2%) oraz paracetamol (18 osób – 26,1%) Najmniejsza liczba pielęgniarek stosuje opioidy jako pojedynczy środek przeciwbólowy (2 osoby – 2,9%) lub opioidy w połączeniu z paracetamolem (2 osoby – 2,9%).

Respondenci wśród najczęściej stosowanych niefarmakologicznych metod leczenia bólu wymieniali metody fizykalne (37 osób – 71,2%) oraz neuromodulację (10 osób -19,2%) Tylko jedna osoba wykorzystuje połączenie obu wymienionych wyżej metod. Z kolei po 2 respondentów wskazywało na stosowanie metod psychologicznych i nieinwazyjnych (odpowiednio po 3,8%).

Najwięcej respondentów na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz na Oddziale Anestezjologii Intensywnej Terapii dla Dzieci stwierdziło, że w walce z bólem z metod niefarmakologicznych najczęściej stosuje metody fizykalne. Jako pojedynczą tę metodę wskazało 37 osób (71,2%), a w połączeniu z neuromodulacją 1 osoba (1,9%). Najmniej ankietowanych na wyżej wymienionych oddziałach wskazało, że stosuje metody psychologiczne i nieinwazyjne (po 2 osoby).

Wśród niefarmakologicznych metod leczenia bólu znanych respondentom, najczęściej wymieniane były: krioterapia (70 osób– 9,1%), masaż i gimnastyka lecznicza (odpowiednio po 69 osób – po 8,9%), laseroterapia i elektroterapia (odpowiednio po 68 osób – po 8,8%). W najmniejszym zakresie badani wskazywali na Biofeedback termiczny oraz trening autogenny Schulza (odpowiednio po 34 osoby – po 4,4%).

Respondenci odpowiadając na pytanie o znajomość niefarmakologicznych metod leczenia bólu, zaznaczali po kilka stwierdzeń. Łącznie odnotowano 773 odpowiedzi. Znajomość trzech metod wskazały 2 osoby, pięciu i sześciu metod po 1 osobie, siedem metod - 4 osoby, osiem metod - 11 osób, dziewięć metod - 5 osób, dziesięć metod - 10 osób, jedenaście metod - 3 osoby, a czternaście metod - 33 osoby. W opinii respondentów najskuteczniejsze metody leczenia bólu to farmakoterapia (67 osób -13,9%), masaż (57 osób – 11,9%), krioterapia (54 osoby – 11,2%), laseroterapia i TENS (odpowiednio po 53 osoby – po 11,0%). W najmniejszym zakresie badani wskazywali na Biofeedback EMG, Biofeedback termiczny, wibracje, hipnozę (odpowiednio po 2 osoby – po 0,4%).

Dyskusja

Na występowanie dolegliwości bólowych w bardzo dużym stopniu są narażeni pracownicy sektora opieki zdrowotnej,

w szczególności pielęgniarki. Praca zawodowa pielęgniarek jest zaliczana do najbardziej odpowiedzialnych i najtrudniejszych, stąd odnotowuje się coraz częstsze występowanie problemu obciążenia zawodowego, co przyczynia się do powstawania dolegliwości bólowych układu kostno- stawowego czy bólów głowy [15].

W poddanej badaniu grupie 70 pielęgniarek anestezjologicznych, najczęściej występującymi dolegliwościami bólowymi okazały się bóle kręgosłupa, głowy i kostno-stawowe. Najczęstszą przyczyną ich występowania podaną przez respondentów był nadmierny wysiłek fizyczny. Podobne wyniki uzyskali Bilski B. i Sykutera L., którzy prowadzili badania wśród 230 pielęgniarek z czterech poznańskich szpitali, z których większość również zmagała się z bólami kostno-stawowymi i bólami kręgosłupa, spowodowanymi obciążeniem fizycznym [4]. Ankietowani biorący udział w prowadzonym badaniu, musieli wykazać się również znajomością różnych metod zwalczania bólu oraz wskazać, które z nich są w ocenie najskuteczniejsze i najczęściej stosowane. Respondenci podobnie jak w badaniach własnych uznali farmakoterapię oraz metody fizykalne (krioterapia, laseroterapia) za najbardziej skuteczne i najchętniej przez nich stosowane w łagodzeniu bólu. W badaniach przeprowadzonych przez Kosińską M. i Kułagowską E. i wsp. oraz Dobrowolną P. i Hagnera W również wykazano, że czynne zawodowo pielęgniarki w walce z doznaniami bólowymi najczęściej stosują leki przeciwbólowe [18, 19]. Z kolei Rok S., Wytrążek M. i Bliski B. przebadali grupę 102 pielęgniarek, kontynuujących kształcenie na studiach pomostowych na Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, które zmagały się z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa i u których zastosowano fizykoterapię jako metodę uśmierzenia bólu. Zastosowane metody fizykoterapeutyczne, nie tylko złagodziły dolegliwości bólowe o 4 punkty w skali VAS, ale także zmniejszyły ilość zażywanych przez ankietowanych leków przeciwbólowych [20]. Z kolei Skalska- Izdebska R., Fatyga P., Goraj- Szczypiorowska i wsp. w badaniach dotyczących grupy 40 chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, u których

zastosowano zabiegi fizykoterapeutyczne, wykazały ich dużą skuteczność w łagodzeniu dolegliwości bólowych. Wspomniane zabiegi wpłynęły także na zmniejszenie obrzęków okołostawowych w podanej grupie pacjentów [21].

Wnioski

1. Pielęgniarki anestezjologiczne doświadczają dolegliwości bólowych, które dotyczą najczęściej kręgosłupa, głowy oraz układu kostno-stawowego.

2. Pielęgniarki anestezjologiczne dysponują wiedzą na temat bólu, jego patomechanizmu oraz skutecznych metod jego leczenia.

Bibliografia/Bibliography:

1. Adamczyk A.: Ból u chorego na nowotwór W: Opieka paliatywna. Buczkowski K., Krajnik M. (red). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2009, 14- 30.

2. Demczyszak I., Wrzosek Z., Sutkowska E.: Współczesna fizykoterapia w walce z bólem występującym w przebiegu wad postawy. Medycyna Manualna 2009, 7, 1-4.

3. Baczewska B., Kropornicka B., Dobrzyńska K.: Strategie radzenia sobie z bólem pacjentów z przewlekłą chorobą internistyczną. Journal of Education, Health and Sport 2016, 6 (11), 281-298.

4. Bilski B., Sykutera L.: Uwarunkowania obciążeń układu ruchu i ich konsekwencje zdrowotne wśród pielęgniarek czterech poznańskich szpitali. Med Pr 2004, 55 (5), 411-416.

5. Maciuk M., Krajewska- Kułak E., Klimaszewska K.: Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek. Probl Hig Epidemiol 2012, 93 (4), 728-738.

6. Kołłątaj M.: Psychologiczna terapia bólu oparta na dowodach naukowych. Ból 2012, 13 (3), 30-32.

7. Jachimowicz- Wołoszynek D., Jakubowska M., Leźnicka M. Analiza zachowań i przeżyć związanych z pracą na przykładzie pielęgniarek. Probl Hig Epidemiol 2011, 92 (4), 725-732.

8. Czarnecka M., Tylka J.: Cechy osobowości a ocena i strategie radzenia sobie z bólem. Ból 2010, 11, (1), 9.

9. Dębska G., Pasek M., Wilczek- Rużyczka E.: Obciążenia psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych. Hygeia Public Health 2014, 49 (1), 113-119.

10. Dobrogowski J., Przeklasa- Muszyńska A., Kocot- Kępska M.: Farmakologiczne leczenie bólu przewlekłego. Przew Lek 2010, 2, 112-120.

11. Kloc W., Libionka W., Skrobot W i wsp.: Neurochirurgiczne leczenie bólu – część IV. Zabiegi uszkadzające w bólu przewlekłym. Ból 2015, 16 (4), 59-63.

12. Suchocka M.: Ocena warunków pracy pielęgniarek anestezjologicznych. Przedsiębiorczość i Zarządzanie 2012, 13 (11), 109-124.

13. Kurowska K., Ligas I.: Poczucie koherencji a strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów z przewlekłym bólem neuropatycznym. Anest Ratow 2016, 10, 254-264.

14. Głowacka M., Orzoł A., Soleta A.: Obciążenia zawodowe w praktyce pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej opieki. J Publ Health Nurs Med Rescue 2012, 4, 5-13.

15. Kułagowska E.: Obciążenie układu mięśniowo szkieletowego podczas prac wykonywanych przez pielęgniarkę anestezjologiczną. Med Pr 2008, 59 (4), 287- 292.

16. Kołłątaj M., Dobrogowski J.: Psychologiczne metody leczenia bólu. W: Leczenie bólu. Wordliczek J., Dobrogowski J. (red). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011, 191-205.

17. Kosińska M., Kułagowska E., Winkler T. i wsp.: Wymuszone pozycje ciała w pracypielęgniarskiej. Ann UMCS Sect. D 2003, 28 (121), 76-80.

18. Dobrowolna P., Hagner W.: Epidemiologia zespołów bólowych kręgosłupa u pielęgniarek w szpitalu uniwersyteckim im. A. Jurasza w Bydgoszczy oraz biomechaniczna analiza problemu. Med Biological Sc 2007, 21 (4), 53-63.

19. Kosińska M., Kułagowska E., Winkler T. i wsp.: Wymuszone pozycje ciała w pracypielęgniarskiej. Ann UMCS Sect. D 2003, 28 (121), 76-80.

20. Rok S., Wytrążek M., Bliski B.: Ocena skuteczności ćwiczeń leczniczych w dolegliwościach bólowych dolnego odcinka kręgosłupa u pielęgniarek. Med Pr 2005, 56 (3), 235- 239.

21. Skalska- Izdebska R., Fatyga P., Goraj- Szczypiorowska B. i wsp.: Ocena skuteczności fizykoterapii w leczeniu reumatoidalnego

zapalenia stawów. Young Sport Science of Ukraine 2012, 3, 205-215.

Aspekty doświadczania bólu w grupie pielęgniarek anestezjologicznych w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych

The experience of pain in the group of nurse anaesthetists depending on selected socio-demographic variables

EWA SZCZECH[1], ANNA RASZKA[2,3], AGNIESZKA PIERNIKOWSKA[4], KLAUDIA DASZUTA[4]

[1] Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu
[2] 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy
[3] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Studia doktoranckie
[4] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.020
ISSN: 2541-1846

Streszczenie:
Wstęp. Dolegliwości bólowe towarzyszą człowiekowi na każdym etapie jego życia. Szacuje się, że w Polsce każdego roku z powodu bólu cierpi 34 miliony osób, z czego aż u 7 milionów odczuwane doznania bólowe mają charakter przewlekły. Na subiektywną ocenę dolegliwości bólowych ma wpływ min. postawa wobec bólu, wcześniejsze doznania bólowe, indywidualne cechy osobowości, stan emocjonalny, sytuacja życiowa.
Cel. Celem niniejszej pracy była analiza charakteru pojawiających się dolegliwości bólowych w grupie pielęgniarek anestezjologicznych w odniesieniu do wybranych zmiennych socjodemograficznych.

Materiał i metody. W badaniu uczestniczyło 70 pielęgniarek zatrudnionych w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu. W procedurze badawczej wykorzystany został autorski kwestionariusz ankiety. Wyniki badań poddano analizie statystycznej.
Wyniki. Wraz zaawansowaniem wieku oraz długością stażu pracy dolegliwości bólowe w badanej grupie pielęgniarek pojawiały się z większą częstotliwością (kilka razy w miesiącu). Ponadto wraz ze stażem pracy wzrastał także czas trwania dolegliwości bólowych, utrzymujących się przez kilka godzin.
Wnioski. Wiek i staż pracy istotnie wpływają na pojawianie się dolegliwości bólowych w grupie pielęgniarek anestezjologicznych.

Słowa kluczowe: staż pracy, wiek, ból, pielęgniarka anestezjologiczna

Abstract:
Introduction. Pain is present and accompanies people at all stages of life. The estimated number of people suffering from pain is 34 million yearly. 7 milion out of this number claim the pain to be chronic pain. Subjective pain assesment is influenced by attitude towards pain, previous experience with pain, personal features, emotional state and life situations.
Aim. The aim of the study was to analyse the nature of pain in the group of nurse anaesthetists in raltion to selected socio-demographic variables.
Material and methods. The study comprised 70 nurses from Specialist Hospital of dr Wladyslaw Bieganski in Grudziądz. The study instrument was self -created survey questionnare. The results were subjected to statistical analysis.
Results. Pain occurs more often (a few times a month) with advanced age and job tenure. Pain was experienced for loger periods of time with longer job tenure.
Conclusions. Age and job tenure significantly affect the occurrence of pain among nurse anaesthetists.

Keywords: job tenure, age, pain, nurse anaesthetists

Wstęp

Na występowanie dolegliwości bólowych wpływa wiele elementów, do których można zaliczyć czynniki związane z jednostką chorobową (objawy choroby zasadniczej, powikłania dotyczące prowadzonego leczenia), czynniki zewnętrzne, inaczej określane społeczne, których przykładem są sytuacje życiowe, społeczno-ekonomiczne czy wsparcie rodziny oraz czynniki wewnętrzne, nazywane również psychologicznymi, do których można zaliczyć przyjętą postawę wobec bólu, wcześniejsze doznania bólowe, posiadane cechy osobowości czy stan emocjonalny [1]. Ocena piątego parametru życiowego, jakim jest ból powinna być nieodzownym elementem oceny stanu zdrowia każdego chorego.

Ból jest nie tylko problemem dotykającym hospitalizowanych pacjentów, ale również coraz częściej dotyczy on personelu medycznego.

Dolegliwości bólowe są najczęstszym symptomem występującym w medycynie. Pełnią w życiu każdego człowieka funkcję ostrzegawczo - ochronną. Alarmują one organizm przed zagrażającym (na skutek choroby czy urazu) uszkodzeniem tkanek i powodują odruchową oraz behawioralną odpowiedź, mającą na celu zminimalizowanie następstw tego uszkodzenia [2].

Celem badań była analiza charakteru pojawiających się dolegliwości bólowych w grupie pielęgniarek anestezjologicznych w odniesieniu do wybranych zmiennych socjodemograficznych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 70 pielęgniarek anestezjologicznych pracujących na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu, z zastosowaniem metody

sondażu diagnostycznego i kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej. Udział w badaniach był dobrowolny. Zgodę na ich przeprowadzenie uzyskano od respondentów, Dyrekcji Szpitala oraz Komisji Bioetycznej. Wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Wyniki

Badana grupa to w większości kobiety, stanowiły one 97,1% respondentów. Z analizy danych wynika, że mężczyźni pracują tylko na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i stanowią oni 4,3% poddanej badaniu grupy (2 osoby). Średnia wieku respondentów wynosiła 42 lata. Odchylenie standardowe stanowi ponad 16,4% wartości średniej, co świadczy o nieznacznym zróżnicowaniu wiekowym w badanej grupie pielęgniarek. Starszymi okazali się badani z OIT, ze średnią wieku ponad 52 lata, natomiast średnia wieku respondentów z OITP wynosiła niespełna 41 lat. Wiek minimalny w obu grupach był zbliżony, niższy - w grupie OIT (24 lata). Maksymalny wiek był zróżnicowany, wyższy również w grupie OIT (58 lat). Respondentów podzielono na trzy grupy wiekowe: do 40 lat, 41 - 45 lat oraz 46 - 58 lat. Najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 41-45 lat (29 osób - 41,4%), a najmniej liczną w wieku 46-58 lat (19 osób -27,1%). W grupie respondentów do 40 roku życia znalazły się 22 osoby (31,4%). Z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii najliczniejszą grupę stanowili ankietowani w wieku 41-45 lat (18 osób -39,1%). W pozostałych grupach wiekowych znalazło się po 14 osób (odpowiednio po 30,4%). Podobnie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 41-45 lat (11 osób -45,8%). Najmniej liczną grupą byli respondenci w wieku 46-58 lat (5 osób - 20,8%). W grupie respondentów do 40 roku życia znalazło się 8 osób (33,3%).

Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby legitymujące się posiadaniem tytułu licencjata pielęgniarstwa (52 osoby - 74,3%), a najmniej liczną pielęgniarki dyplomowane (2 osoby

-2,9%). Tytuł magistra pielęgniarstwa posiadało 16 osób (22,9%). Zarówno na oddziale OIT jaki i na OITP najliczniejszą grupę tworzyły pielęgniarki z tytułem licencjata pielęgniarstwa, a najmniej liczną ankietowani, którzy ukończyli Liceum Medyczne lub Studium Medyczne.

Pod względem kwalifikacji zawodowych najliczniejszą grupę stanowili ankietowani, którzy ukończyli kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (31 osób - 44,3%). Tylko 1 osoba nie ukończyła żadnego kursu kwalifikacyjnego. Z kolei 15 osób (32,6%) ukończyło specjalizację z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki a 8 osób było w trakcie jej realizacji (17,4%). W oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii najliczniejszą grupę tworzyli absolwenci kursu kwalifikacyjnego z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (23 osoby - 50,0%). Z kolei w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci najliczniejszą grupą były pielęgniarki posiadające specjalizację z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (9 osób (37,5%) lub w trakcie jej realizacji (6 osób – 25%).

Kolejną zmienną socjodemograficzną, która posłużyła do scharakteryzowania badanej grupy pielęgniarek był staż pracy. Średni staż pracy ankietowanych wynosił niespełna 20 lat. Odchylenie standardowe stanowi ponad 36,5% wartości średniej, co świadczy o bardzo dużym zróżnicowaniu grupy pod tym względem. Dłuższym stażem pracy charakteryzowali się respondenci z oddziału OIT, ze średnią długością pracy ponad 20 lat, w stosunku do średniej długości stażu pracy badanych z OITP, która wynosiła niespełna 19 lat. Minimalna długość stażu jest identyczna dla obu grup i wynosi 2 lata, a maksymalna jest zróżnicowana i wyższa w grupie OIT (35 lat).

Najliczniejszą grupę stanowili respondenci, których długość stażu pracy mieściła się w przedziale od 21-25 lat (26 osób -37,1%), a najmniej liczną pielęgniarki, których staż mieścił się w granicach 26 do 35 lat (12 osób -37,1%). W OIT, najliczniejszą grupę tworzyli ankietowani, których staż pracy wynosił 21 do 25 lat (17 osób -

(37,0%), a najmniej liczną z kolei ci, których staż mieścił się w granicach 26 do 35 lat (9 osób -19,6%). Podobne wyniki dotyczyły respondentów z OITP - odpowiednio 9 osób (37,5%) oraz 3 osoby (12,5%).

Sprawdzono czy uzyskane wyniki pozostają w korelacjach z wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi takimi jak miejsce pracy, wiek, wykształcenie respondentów, staż pracy oraz posiadane kwalifikacje zawodowe. Do analizy zastosowano test U- Manna-Whitneya, służący do porównywania dwóch niezależnych od siebie grup. Rozpatrując zmienne demograficzne takie jak wiek i staż pracy badanych wykorzystano test korelacji rang Spearmana. Z kolei do analizy kwalifikacji zawodowych wykorzystano test rang Kruskala-Wallisa, służący do porównania wielu niezależnych od siebie grup. Jednocześnie przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$ jako istotny statystycznie oraz ustanowiono hipotezę zerową (H_0), że nie ma różnicy wśród badanych grup.

Przeprowadzona korelacja pomiędzy częstością występowania dolegliwości bólowych, a miejscem pracy respondentów wykazała istotne różnice statystyczne. Ze względu na ustalony poziom istotności ($p<0,05$), odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy częstością występowania dolegliwości bólowych, a miejscem pracy ankietowanych. Doznania bólowe wśród respondentów pojawiają się najczęściej raz na kilka miesięcy (62,5% badanych) i dotykają istotnie częściej pielęgniarek pracujących na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, niż pielęgniarek z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Wiek respondentów pozostawał w istotnej statystycznie współzależności pomiędzy wynikami częstości występowania dolegliwości bólowych ($p<0,05$). Najwięcej ankietowanych w wieku do 40 lat zaznaczyło, że dolegliwości bólowe występują u nich raz na kilka miesięcy (15 osób – 88,2%). Najmniej stwierdziło, że ma to miejsce codziennie (1 osoba – 4,5%). Najwięcej badanych w wieku 41-45 lat wskazało, że doznania bólowe występują u nich kilka razy w miesiącu

(14 osób – 48,3%). Tylko jedna pielęgniarka w tej grupie wiekowej (3,4%) stwierdziła, że odczuwa ból codziennie. Wśród respondentów w wieku 46-58 lat, najwięcej osób stwierdziło, że dolegliwości bólowe występują u nich raz na kilka miesięcy (8 osób – 42,1%) lub kilka razy w tygodniu (7 osób -36,8%). Tylko jedna osoba (5,3%) wskazała, że odczuwa ból codziennie.

W zakresie wykształcenia nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do badanej grupy a odczuwanych doznań bólowych oraz sposobów radzenia sobie z bólem, znajomości skutecznych metod jego leczenia.

Natomiast staż pracy respondentów pozostawał w istotnej statystycznie ($p<0,05$) korelacji pomiędzy częstością występowania i czasem trwania dolegliwości bólowych w objętej badaniami grupie pielęgniarek.

Najwięcej ankietowanych, których staż pracy wynosił do 15 lat stwierdziło, że dolegliwości bólowe występują u nich raz na kilka miesięcy (11 osób -73,3%). Pozostali respondenci w tej grupie wskazali, że odczuwają ból kilka razy w miesiącu (4 osoby -26,7%). Najwięcej badanych, których staż pracy wynosił 16-20 lat potwierdziło, że doznania bólowe występują u nich kilka razy w miesiącu (8 osób - 47,1%), a najmniej, że codziennie lub kilka razy w tygodniu (po 1 osobie – odpowiednio po 5,9%). Pielęgniarki posiadające staż pracy od 21 do 25 lat stwierdziły, że dolegliwości bólowe występują u nich raz na kilka miesięcy (11 osób - 42,3%) lub kilka razy w miesiącu (10 osób -38,5%), a tylko 1 osoba (3,8%), że ma to miejsce codziennie. Najliczniejsza grupa pielęgniarek anestezjologicznych ze stażem pracy od 26 do 35 lat stwierdziła, że doznania bólowe występują u nich kilka razy w tygodniu (5 osób - 41,7%) lub raz na kilka miesięcy (4 osoby - 33,3%). Tylko 1 osoba (8,3%) w tej grupie wskazała, że ból towarzyszy jej codziennie. Analizując powyższe dane, można stwierdzić, że wraz ze wzrostem okresu stażu pracy, wzrasta czas trwania dolegliwości bólowych.

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między posiadanymi przez respondentów kwalifikacjami zawodowymi a charakterem odczuwanych doznań bólowych i podejmowanymi działaniami na rzecz ich łagodzenia. Wynik odnoszący się do występujących na skutek dolegliwości bólowych reakcji oraz znajomości najbardziej skutecznych metod leczenia bólu znajduje się na granicy istotności statystycznej.

Dyskusja

Ból od niepamiętnych czasów stanowi przedmiot zainteresowania badaczy. Jest doznaniem wielowymiarowym, gdyż oddziałuje na sferę bio-psycho-społeczną oraz subiektywnym, ponieważ uwarunkowany jest wcześniejszymi doświadczeniami z bólem, stopniem pobudzenia emocjonalnego i wiedzy na temat jego przyczyn i konsekwencji jakie za sobą niesie [3].

W analizie wyników badań własnych wykazano korelację pomiędzy częstością występowania dolegliwości bólowych a miejscem pracy, wiekiem i długością stażu pracy badanych. Doznania bólowe częściej występowały u pielęgniarek anestezjologicznych pracujących na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.

Współzależność pomiędzy miejscem pracy respondentów a częstością występowania doznań bólowych wykazali w swoich badaniach Bilski B. i Sykutera L., którzy stwierdzili, że dolegliwości bólowe częściej dotykają personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach zabiegowych i intensywnej opieki [4].

W przeprowadzonych badaniach wyniki wskazują, że wraz ze wzrostem stażu pracy i wieku badanych wzrasta częstość występowania i czas trwania dolegliwości bólowych. Podobne wyniki osiągnęli Baumgart M., Radzimińska A, Szpinda M. i wsp., którzy badali grupę 60 pielęgniarek, pracujących na różnych oddziałach szpitalnych w województwie kujawsko- pomorskim, pod kątem występowania

doznań bólowych. Wspomniani autorzy dowiedli, że dolegliwości bólowe nasilają się wraz ze wzrostem stażu pracy [5]. Podobne wyniki odnoszące się do wpływu wieku i długości stażu pracy pielęgniarek na odczuwanie doznań bólowych wykazali Pop T. i wsp. w badaniach dotyczących 170 osób (pielęgniarek, lekarzy i fizjoterapeutów), pracujących w oddziałach szpitalnych i przychodniach przyszpitalnych. Wykazali, że wraz ze wzrostem długości stażu pracy i wieku wzrasta odczuwanie bólu [6].

Wnioski

Analiza wyników badań własnych umożliwiła wyciągnięcie następujących wniosków:

1. W grupie pielęgniarek anestezjologicznych wraz ze wzrostem stażu pracy i ich wieku wzrastała częstość występowania i czas trwania dolegliwości bólowych.
2. Doznania bólowe istotnie częściej dotyczą pielęgniarek pracujących na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, niż pielęgniarek z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Bibliografia / Bibliography:

1. Kowalczuk K., Krajewska- Kułak E., Jankowiak B i wsp.: Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. Probl Hig Epidemiol 2008, 89 (2), 211-215.

2. Mielimąka M., Murzyn A.: Zastosowanie techniki hipnozy w terapii bólu. Psychoonkologia 2011, 1, 16-24.

3. Andruszkiewicz A., Wróbel B., Marzec A. i wsp.: Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. Probl Pielęg 2008, 16 (3), 237–240.

4. Bilski B., Sykutera L.: Uwarunkowania obciążeń układu ruchu i ich konsekwencje zdrowotne wśród pielęgniarek czterech poznańskich szpitali. Med Pr 2004, 55 (5), 411-416.

5. Baumgart M., Radzimińska A., Szpinda M. i wsp.: Dolegliwości bólowe kręgosłupa wśród personelu pielęgniarskiego. Journal of Education, Health and Sport 2015, 5 (9), 633- 643.

6. Pop T., Przysada G., Świder B.: Stopień niesprawności personelu medycznego mierzony kwestionariuszem Oswestry. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2008, 2, 135-141.

Opinia pacjentów w aspekcie radzenia sobie z bólem po zabiegach operacyjnych

Coping with pain after surgical procedure - patients' experience

JOANNA BLUMA[1], AGNIESZKA KRÓLIKOWSKA[2], TERESA SIEMIANOWSKA[3], IWONA CZARNIECKA[3]

[1] Szpital Wielospecjalistyczny im. Dra Ludwika Błażka w Inowrocławiu

[2] 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy

[3] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.021
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Ból określa się jako stan patofizjologiczny, wymagający specjalistycznego postępowania terapeutycznego, a dobór właściwych środków przeciwbólowych zależy od wiedzy na temat jego mechanizmów. Przeprowadzanie badań na temat strategii radzenia sobie z bólem pooperacyjnym przez pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii daje możliwość na modyfikację dotychczasowych działań i wdrożenie takich rozwiązań przez zespół terapeutyczny, które są najwyżej oceniane przez odbiorców świadczeń.

Cel. Celem pracy jest zbadanie opinii pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym w aspekcie radzenia sobie z bólem. Analiza obejmuje ocenę przekonań i strategii radzenia sobie z bólem w zależności od przeprowadzonego zabiegu operacyjnego.

Materiał i metody. Badaniem objęto wśród 60 pacjentów (kobiety i mężczyźni w wieku ≥18 lat) Oddziału Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologicznej i Chemioterapii w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. Dra Ludwika Błażka w Inowrocławiu. Pomiaru dokonano przy użyciu testu t-Studenta oraz testu ANOVA Kruskala Wallisa. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica 10.0. Przyjęto poziom istotności p≤ 0,05.
Wyniki. Zaprezentowane wyniki badań przedstawiają różnice w ocenie przekonań i strategii radzenia sobie z bólem biorąc pod uwagę rodzaj przeprowadzonego zabiegu operacyjnego.
Wnioski. Rodzaj zabiegu operacyjnego nie wpływał na istotne różnice w wyborze strategii i sposobów radzenia sobie z bólem przez badanych poddanych określonym zabiegom chirurgicznym.

Słowa kluczowe: ból, strategie radzenia sobie z bólem, ból pooperacyjny

Abstract:
Introduction. Pain is defined as a pathophysiological mechanism and requires expertise theraupetic meassures. Careful selectiona and the right choice of pain relief depends on the knowlege of the nature of pain. Study devoted to strategies of pain management among hospitalized patients from surgery department enable the modification of current meassures and the implementation of such activities that are highly assesed by patients.
Aim. The aim of the study is to asses the opinion of patients who underwent a surgery and their views on coping with pain.The study includes the assement of patients' views and strategies of pain management depending on surgery.
Material and methods. The study comprised of 60 patients (men and women aged ≥18) from general and oncological surgery as well as chemotherapy department in Multi-Specialist Hospital of Dr Ludwik Błażek in Inowrocław. Meassuerments were taken by means of t-Student test and ANOVA Kruskal Wallis's test.Sttistical analysis comprised Statistica 10.0 programme. The level of significance was set at p≤ 0,05.
Results. Presented results show different views and strategies of pain management depending on surgery.

Conclusions. The nature of surgical procedure does not sygnificantly affect the choice of pain managent strategies among patients who underwent a given surgery.

Keywords: pain, pain management strategies, postsurgical pain

Wstęp

Ból określany jest jako stan patofizjologiczny, który wymaga wykwalifikowanego postępowania terapeutycznego. Natomiast dobór właściwych środków przeciwbólowych zależy od wiedzy na temat jego mechanizmów [34]. Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu (IASP, International Association for the Study Of Pain), podaje że ból to „przykre i negatywne wrażenie zmysłowe i emocjonalne, powstające pod wpływem bodźców uszkadzających tkanki lub zagrażających ich uszkodzeniem" [1].

Ból po zabiegach operacyjnych spowodowany jest śródoperacyjnym uszkodzeniem tkanek i narządów. Intensywność odczuwanego przez pacjenta bólu jest zwykle wprost proporcjonalna do rozległości zabiegu operacyjnego. Ważnym aspektem, który warto dostrzec jest fakt, że istnieją indywidualne różnice osobnicze w odpowiedzi na doznania bólowe, wynikające z wielu czynników, takich jak: uwarunkowania genetyczne, kulturowe, wiek czy też płeć. Stopień odczuwania bólu zależy także od ogólnego stanu zdrowia, poprzednich doświadczeń bólowych oraz stanu emocjonalnego przed zabiegiem operacyjnym [2].

Mimo różnorodności stosowanych metod leczniczych, w tym dużych możliwości uśmierzania i walki z bólem, często te techniki stosowane są w znikomym zakresie. Leczenie bólu w Polsce wymaga szeregu zmian, z uwagi na to Polskie Towarzystwo Badania Bólu rozpoczęło prace nad wprowadzeniem standardów leczenia bólu pooperacyjnego. W czerwcu 2008 Towarzystwo

opracowało zalecenia uśmierzania bólu, które aktualizowano w 2011 roku. Obecne zalecenia zawierają założenia EBM (Evidence-Based Medicine) czyli medycyny, która oparta jest na dowodach naukowych. Terapia bólu pooperacyjnego opiera się na współpracy w zespole interdyscyplinarnym, w tym z anestezjologiem, a także lekarzem prowadzącym (np. chirurgiem), według indywidualnej karty zleceń lekarskich. W przypadkach doraźnych pielęgniarka może podać lek przeciwbólowy, nawet bez zlecenia lekarskiego [3,4,5]. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że badania prowadzone przez polskich naukowców sugerują, że pielęgniarki nie zawsze mają wiedzę z zakresu postępowania przeciwbólowego oraz ubocznych skutków działania leków, co powinno ulec zmianie [3].

Celem pracy jest zbadanie opinii pacjentów poddanych zabiegom operacyjnym w aspekcie radzenia sobie z bólem. Analiza obejmuje ocenę przekonań i strategii radzenia sobie z bólem w zależności od wieku badanych.

Materiał i metody

Badaniem objęto wśród 60 pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologicznej i Chemioterapii w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. Dra Ludwika Błażka w Inowrocławiu. W badanej grupie 30 osób (50%) stanowili mężczyźni, a 30 osób (50%) – kobiety

W badanej grupie z przepukliną pachwinową znajdowało się 15 (50%) mężczyzn i 15 (50%) kobiet. Podobnie w grupie 30 osób z kamicą znajdowało się 15 (50%) mężczyzn i 15 (50%) kobiet. Wśród badanych znajdowało się 20 (33.3%) osób w wieku 25-45 lat, 20 osób (33.3%) było w wieku 45-60 lat i 20 osób (33.3%) miało powyżej 60 lat.

W grupie 30 osób z przepukliną pachwinową znajdowało się 13 (43%) osób w wieku 25-45 lat, 13 (43%) było w wieku 45-60 lat (43%), a 4 osoby (14%) miały powyżej 60 lat.

W grupie 30 osób z kamicą pęcherzyka żółciowego znajdowało się 7 (23%) osób w wieku 25-45 lat, 7 (23%) było w wieku 45-60 lat (43%), a 16 osób (54%) miało powyżej 60 lat.

Pomiaru dokonano przy użyciu testu t-Studenta oraz testu ANOVA Kruskala Wallisa. Natomiast w celu poznania czynników socjo-demograficznych chorych do badania włączono ankietę własną. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica 10.0. Przyjęto poziom istotności p≤ 0,05.

Wyniki

Na podstawie badań własnych można dostrzec, że największą liczbę punktów uzyskali respondenci w skali wskazującej na przekonanie, że ból kontrolowany jest przez czynniki wewnętrzne (M = 18.90 ± 5.014). Najczęściej wybieranymi odpowiedziami, dotyczącymi strategii radzenia sobie z bólem w tej grupie osób były: deklarowanie radzenia sobie (M = 16.33± 3.999), katastrofizowanie (M = 15.68 ± 5.366) i zwiększona aktywność behawioralna (M = 15.65 ± 3.999). Najmniej punktów badani uzyskali w skali ignorowanie doznań (M = 14.32 ± 3.657). W tabeli 1 przedstawiono przekonania na temat bólu i strategie radzenia sobie z nim.

Tabela 1. Przekonania na temat bólu i strategie radzenia sobie z bólem w grupie badanej.

zmienna		M	SD	Min	Percentyl 10	Me	Percentyl 90	Max
przekonania na temat bólu	kontrolowany przez czynniki wewnętrzne	18.90	5.014	7.00	11.50	20.00	24.50	30.00
	kontrolowany przez lekarzy	15.33	4.433	5.00	8.00	16.00	20.00	24.00
	kontrolowany	14.	3.2	8.0	9.50	16.	19.00	21.

	przez czynniki zewnętrzne	97	62	0		00		00
strategie radzenia sobie z bólem	przewartościowanie doznań bólu	14.68	4.168	4.00	10.00	15.00	20.00	27.00
	ignorowanie doznań	14.32	3.657	7.00	10.00	14.00	20.00	23.00
	deklarowanie radzenia sobie	16.33	3.999	7.00	11.00	16.00	22.00	24.00
	odwracanie uwagi	15.07	3.468	8.00	11.00	15.00	20.00	23.00
	zwiększona aktywność behawioralna	15.65	3.999	9.00	11.00	15.00	21.00	27.00
	modlenie się/ pokładanie nadziei	15.32	4.470	5.00	9.50	15.50	20.50	27.00
	katastrofizowanie	15.68	5.366	6.00	9.00	15.00	23.00	28.00
	kontrola bólu	3.28	1.379	0.00	2.00	3.00	5.00	6.00
	zdolność zmniejszenia bólu	2.97	1.314	0.00	1.00	3.00	5.00	6.00

Źródło: wynik badań własnych

Badania przeprowadzono wśród pacjentów po zabiegu kamicy pęcherzyka żółciowego oraz przepukliny pachwinowej. W grupie respondentów z kamicą pęcherzyka żółciowego, badani największą liczbę punktów uzyskali w skali wskazującej na przekonanie, że ból kontrolowany jest przez czynniki wewnętrzne (M = 19.03 ± 4.752). Najczęściej wybieranymi strategiami radzenia sobie z bólem w tej grupie osób były: deklarowanie radzenia sobie

(M = 16.93± 4.299), odwracanie uwagi (M = 15.77 ± 3.014) o zwiększona aktywność behawioralna (M = 15.53 ± 4.032). Najmniej punktów badani z kamicą pęcherzyka żółciowego w skali katastrofizowanie (M = 14.50 ± 1.848).

W grupie osób z przepukliną pachwinową, badani największą liczbę punktów uzyskali w skali wskazującej na przekonanie, że ból kontrolowany jest przez czynniki wewnętrzne (M = 18.77 ± 4.341). Najczęściej wybieranymi strategiami radzenia sobie z bólem w tej grupie osób były: katastrofizowanie (M = 16.87± 5.673), zwiększona aktywność behawioralna (M = 15.77 ± 4.032) oraz deklarowanie radzenia sobie (M = 15.73 ± 3.648). Najmniej punktów badani z przepukliną pachwinową wybierali strategię ignorowanie doznań (M = 14.50 ± 1.848).

Na podstawie badań można dostrzec, że rodzaj zabiegu nie okazał się istotnym czynnikiem różnicującym wyniki uzyskane przez respondentów w badanych skalach. W tabeli 2 przedstawiono przekonania i strategie radzenia sobie z bólem przez badanych poddanych leczeniu operacyjnemu w zależności od rodzaju zabiegu.

Tabela 2. Przekonania i strategie radzenia sobie z bólem przez badanych poddanych leczeniu operacyjnemu w zależności od rodzaju zabiegu.

Zmienna		kamica pęcherzyka żółciowego N = 30		przepuklina pachwinowa N = 30		t	P
		M	SD	M	SD		
przekonania na temat bólu	kontrolowany przez czynniki wewnętrzne	19.03	4.752	18.77	5.341	0.20	0.839

	kontrolowany przez lekarzy	14.70	4.260	15.97	4.582	-1.11	0.272
	kontrolowany przez czynniki zewnętrzne	15.03	3.045	14.90	3.517	0.16	0.876
strategie radzenia sobie z bólem	przewartościowanie doznań bólu	14.60	4.538	14.77	3.839	-0.15	0.878
	ignorowanie doznań	14.67	3.960	13.97	3.358	0.74	0.463
	deklarowanie radzenia sobie	16.93	4.299	15.73	3.648	1.17	0.248
	odwracanie uwagi	15.77	3.014	14.37	3.792	1.58	0.119
	zwiększona aktywność behawioralna	15.53	4.032	15.77	4.032	-0.22	0.823
	modlenie się/ pokładanie nadziei	14.97	4.694	15.67	4.286	-0.60	0.549
	katastrofizowanie	14.50	4.848	16.87	5.673	-1.74	0.088
	kontrola bólu	3.57	1.431	3.00	1.287	1.61	0.112
	zdolność zmniejszenia bólu	2.93	0.944	3.00	1.619	-0.19	0.846

Źródło: wynik badań własnych

Dyskusja

Opieka pooperacyjna nad pacjentem obejmuje holistyczne i zindywidualizowane podejście do problemów pacjenta. Badania prowadzone nad strategią radzenia sobie z bólem w oddziale chirurgii są wyjątkowo istotne, gdyż, dają możliwość na zmianę podejmowanych działań i wdrożenie takich rozwiązań, które są najwyżej oceniane przez odbiorców świadczeń. Umiejscowienie kontroli zdrowia, które mierzy siłę indywidualnych przekonań dotyczących kontrolowania sytuacji osobiście (czynniki wewnętrzne), przez wpływ lekarzy (siła innych) czy też przez przypadkowe zdarzenia ma bezpośredni wpływ na rodzaj strategii radzenia sobie z bólem. Pacjenci często tworzą indywidualne strategie radzenia sobie z bólem, bazując na dotychczasowych doświadczeniach oraz osobistych przekonaniach Uświadomienie choremu jego zasobów związanych z możliwością kontroli i oceny tego doznania, ułatwi sposób identyfikacji jego potrzeb oraz dostosowanie odpowiedniego rodzaju terapii. Umożliwi również edukację pacjenta oraz uświadomienie jego wpływu na swoje własne zdrowie.

Przeprowadzone badania w zakresie porównania umiejscawiania kontroli bólu i strategii radzenia sobie z bólem, rodzaj wykonanego zabiegu nie okazał się istotnym czynnikiem różnicującym wyniki uzyskane przez respondentów w powyższych aspektach. Pacjenci po operacji kamicy pęcherzyka żółciowego najczęściej deklarowali wybór strategii: deklarowanie radzenia sobie i odwracanie uwagi. Natomiast w przypadku przepukliny pachwinowej były to katastrofizowanie i zwiększona aktywność behawioralna.

Zielazny i współpracownicy badali przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego. Badano 60 pacjentów Kliniki Neurologii w Gdańsku poddanych różnym zabiegom operacyjnym. Najczęściej osoby badane deklarowały radzenie sobie

z bólem oraz wykorzystywały w tym zakresie strategię: modlenie się/pokładanie nadziei. Najrzadziej z kolei wskazywały na strategie: przewartościowywanie doznań oraz katastrofizowanie. Jednak były to bardzo małe różnice na granicy istotności statystycznej [6].

Szczudłowski zbadał 60 pacjentów po zabiegach chirurgicznych (pomostowanie naczyń wieńcowych, operacje naprawcze lub wymianę zastawek serca). Wyniki wykazały różne natężenia bólu wśród badanych pacjentów, a także małe różnice odnośnie strategii i sposobów radzenia sobie z bólem. Dominowało jednak katastrofizowanie oraz odwracanie uwagi (nieistotnie statystycznie) mając na uwadze płeć i wiek badanych [7].

Różnice w każdym z powyższych badań w korelacji z autorskimi wynikami badań mogą wynikać z różnorodności zmiennych branych pod uwagę oraz liczebności grup poddanych badaniom. Analizując te badania można określić wpływ poszczególnych czynników na strategie radzenia sobie z bólem pooperacyjnym. Literatura pozwala na porównanie czynników warunkujących reakcje pacjenta na ból pooperacyjny, tym samym dając informacje zwrotną o konieczności wdrażania nowych procedur w opiece nad pacjentem chirurgicznym.

Wnioski

Badania zostały przeprowadzone na grupie pacjentów po zabiegu kamicy pęcherzyka żółciowego oraz po zabiegu przepukliny pachwinowej. Obydwie grupy zostały skorelowane na podstawie strategii i przekonań radzenia sobie z bólem po zabiegu operacyjnym. Na podstawie przeprowadzonych badań można wywnioskować, że rodzaj zabiegu operacyjnego nie wpływał na istotne różnice w wyborze strategii i sposobów radzenia sobie z bólem przez badanych poddanych określonym zabiegom chirurgicznym.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Badania prowadzone wśród pacjentów po zabiegach operacyjnych pozwalają na analizę możliwości radzenia sobie z bólem pooperacyjnym. Dodatkowo zmierzają do aktualizowania i poszerzania dotychczasowej wiedzy na opisywany temat. Opieka pooperacyjna nad pacjentem powinna opierać się na wiedzy, umiejętnościach oraz prezentowanej postawie zawodowej.

Pielęgniarki spośród wszystkich pracowników zespołu interdyscyplinarnego, sprawującego opiekę nad pacjentem mają najczęstszy z nim kontakt, stąd też istotna jest ich rola w skutecznym zwalczaniu bólu pooperacyjnego. Opieka pielęgniarska powinna być holistyczna, a jednocześnie zindywidualizowana na potrzeby pacjenta. Ponadto oczekuje się od personelu pielęgniarskiego wsparcia emocjonalnego i zapewnienia poczucia bezpieczeństwa.

Bibliografia / Bibliography:

1. Boon, N., Colledge, N., Davidson, B.: Choroby wewnętrzne. Tom 1. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009, s. 20-69.

2. Diener, H., Maier, Ch., Kubler, A.: Leczenie bólu. Wyd. I. Urban & Partner, Wrocław 2005: s. 283-421.

3. Dobrogowski, J., Mayzner-Zawadzka, E., Drobnik, L., Kusza, K. Woroń, J., Wordliczek, J.: Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia. Ból 2008; 9: 9-22.

4. Mędrzycka-Dąbrowska, W. , Ogrodniczuk, M., Dąbrowski, S.: Udział pielęgniarki w procesie terapii bólu pooperacyjnego – część I. Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 332-338.

5. Misiołek, H., Mayzner-Zawadzka, E., Dobrogowski, J., Wordliczek, J.: Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym. Ból 2011; 12: 9-33.

6. Zielazny, P., Uzdrowska, B., Błaszczyk, A., Zarzeczna-Baran, M. Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa Postępy Psychiatrii i Neurologii 2013; 22: 251–258.

7. Szczudłowski, B., Płaszewska- Żywko, L.: Lokalizacja i natężenie bólu u chorych po zabiegach kardiochirurgicznych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; 4: 161-166.

Czynniki wpływające na podnoszenie poziomu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w ramach kształcenia podyplomowego

Factors affecting the improvement of professional qualifications of nurses in the course of postgraduate education

ALEKSANDRA JAGODZIŃSKA[1], LEOKADIA REZMERSKA[2]

[1] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.022
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Intensywny rozwój kształcenia podyplomowego pielęgniarek nastąpił po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Powstała wówczas potrzeba dostosowania poziomu wykonywania praktyki zawodowej w dziedzinie pielęgniarstwa do standardów europejskich. Obecnie system kształcenia pielęgniarek w Polsce odbywa się na zasadzie systemu bolońskiego z możliwością wykorzystania szerokiej oferty w ramach dokształcania i doskonalenia zawodowego. Kształcenie podyplomowe daje dużą możliwość systematycznego podnoszenia kwalifikacji i kompetencji zawodowych pielęgniarek.

Cel. Celem badań była analiza czynników wpływających na podnoszenie poziomu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w toku kształcenia podyplomowego.
Materiał i metody. Badania wykonano wśród 71 osób będących studentami na kierunku pielęgniarstwo w Kujawskiej Szkole Wyższej we Włocławku. Badania przeprowadzono w styczniu 2017 roku. Badanymi osobami w zdecydowanej większości były kobiety, a dominujący wiek osób badanych to 36-50 lat. Dla wykonania badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji.
Wyniki. Wyniki badań zostały poddane opracowaniu i analizie statystycznej oraz przedstawione graficznie w tabelach i na wykresach wraz z ich opisem.
Wnioski. 1. Czynnikami wpływającymi na podnoszenie poziomu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w toku kształcenia podyplomowego są: chęć uzyskania wyższego wynagrodzenia, korzystniejsze warunki zatrudnienia, podjęcie pracy zawodowej za granicą. 2. Czynniki wpływające na podnoszenie poziomu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w ramach kształcenia podyplomowego nie zależą od stażu pracy osób badanych, od wykształcenia zawodowego oraz zajmowanego stanowiska w pracy osób badanych.

Słowa kluczowe: kwalifikacje zawodowe, pielęgniarka, kształcenie podyplomowe

Abstract:
Introduction. Intensive development of postgraduate education of nurses took place after Poland's accession to the European Union. At that time, there was a need to adjust the level of professional practice in nursing to European standards. At present, the nurses' education system in Poland is based on the Bologna system with the possibility of using a wide range of professional training and development. Postgraduate education offers a great opportunity to systematically improve the qualifications and professional competences of nurses.
Aim. The aim of the research was to analyse factors affecting the improvement of professional qualifications of nurses in the course of postgraduate education.

Material and methods. The study comprised of 71 people, nursing students at the Kujawska Szkoła Wyższa in Włocławek. The study was carried out in January 2017. The majority of respondents were women, and the dominant age of the respondents was 36-50 years. In order to carry out the research, the method of a diagnostic survey was applied with the use of a self-created questionnaire.
Results. The research results were processed and analyzed statistically and presented graphically in tables and graphs along with their description.
Conclusions. 1. The factors affecting the improvement of professional qualifications of nurses in the course of postgraduate education are: willingness to obtain higher remuneration, more favorable employment conditions, continuing professional career abroad. 2. The factors affecting the improvement of professional qualifications of nurses in the course of postgraduate education depend on the seniority of the respondents, but they do not depend on professional education or the job position of the respondents.

Keywords: professional qualifications, nurse, postgraduate education

Wstęp

Dokonująca się na przestrzeni ostatnich lat zmiana ustrojowa dotyczyła wielu dziedzin społecznych, w tym również w ochronie zdrowia. Zakłady opieki zdrowotnej musiały zareagować na zmiany i rozwój otoczenia. Pojawiła się nieznana do tej pory konkurencja w służbie zdrowia. Ministerstwo Zdrowia poprzez Kasy Chorych, a później Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadziło system płatności za procedury lecznicze u danego pacjenta, co za tym idzie ilość otrzymywanych funduszy uzależniona została od ilości hospitalizowanych pacjentów. Zakłady opieki zdrowotnej zaczęły konkurować o pacjenta. To pacjent teraz mógł wybrać jednostkę służby zdrowia, w której chciał rozpocząć proces leczenia. Drugim etapem rozwoju służby zdrowia był dostęp do zagranicznej technologii medycznej. Nowoczesny specjalistyczny sprzęt zaczął docierać do naszych szpitali i przychodni. Kolejnym etapem zmian w służbie zdrowia było podejście do pracownika. Zauważono, że nie tylko

rozwój technologii medycznej ma wpływ na proces dojścia do zdrowia pacjenta, ale także, a może przede wszystkim jakość opieki wobec chorego w jednostce służby zdrowia. Główny filar procesu opieki nad pacjentem stanowi personel pielęgniarski. To ta grupa zawodowa ma największy kontakt z pacjentem wykonując procesy pielęgnacji i opieki oraz zlecenia lekarskie. Aby personel pielęgniarski mógł sprostać tym zadaniom musi ciągle podnosić wiedzę i umiejętności poprzez udział w różnego rodzaju kursach, szkoleniach, konferencjach naukowych oraz studiach medycznych. Pracodawcy bardzo często aby zachęcić pracowników do dokształcania i doskonalenia zawodowego wprowadzają systemy motywacyjne, które najczęściej dotyczą gratyfikacji finansowej, ale również prestiżu, awansu zawodowego i wielu innych korzyści.

W zakresie oferty kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek istnieją studia podyplomowe oraz kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne i specjalizacje zawodowe w pielęgniarstwie. Specjalizacja trwa dwa lata i obejmuje średnio około 1000 godzin zajęć dydaktycznych. Można ją uzyskać z wielu różnych dziedzin, które są określone przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2013 roku, które dotyczy wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne. Kursy kwalifikacyjne mają na celu uzyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Warunkiem uczestnictwa w kursie jest posiadanie prawa wykonywania zawodu [1,2].

Celem badań własnych była analiza czynników wpływających na podnoszenie poziomu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w ramach kształcenia podyplomowego.

Materiał i metody

Badania wykonano wśród 71 osób będących studentami na kierunku pielęgniarstwo w Kujawskiej Szkole Wyższej we Włocławku. Badania przeprowadzono w styczniu 2017 roku. Badanymi osobami w zdecydowanej większości były kobiety, a dominujący wiek osób badanych to 36-50 lat. Dla przeprowadzenia badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej w Toruniu – OIL-67/KB/149/2016. Dla opracowania wyników badań utworzono bazę danych programu Excel. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistica 21.0. Wyniki badań poddano analizie statystycznej, opisowej i graficznej. Zależności statystyczne pomiędzy analizowanymi cechami zbadano używając testu chi kwadrat dla prób niezależnych. Przyjęto ryzyko błędu wnioskowania na poziomie 5%. Wartość prawdopodobieństwa $p<0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

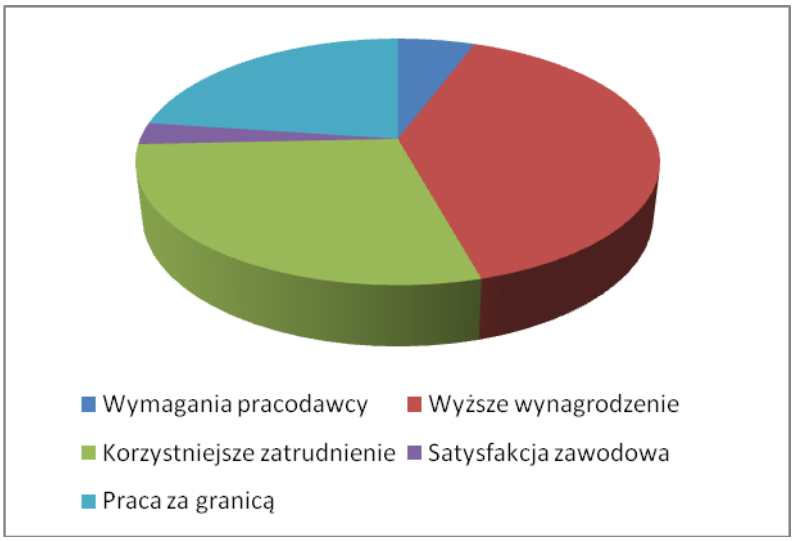
Uzyskane wyniki z badań własnych dotyczące głównych motywów decydujących o podjęciu dokształcania i doskonalenia zawodowego wśród pielęgniarek przedstawia poniższa tabela 1 i rycina 1.

Tabela 1. Motywy podjęcia kształcenia podyplomowego wśród pielęgniarek.

Motywy	n	%
Wyższe wynagrodzenie	29	39,4
Korzystniejsze zatrudnienie	20	28,2
Praca za granicą	16	22,5
Wymagania pracodawcy	4	6,6

Satysfakcja zawodowa	2	3,3
Razem	71	100,0

Źródło: wynik badań własnych



Rycina 1. Rozkład motywów podjęcia kształcenia podyplomowego wśród pielęgniarek.
Źródło: wynik badań własnych

Dokonując analizy powyższych danych uzyskanych z badań należy stwierdzić, że dla 39,4% respondentów głównym czynnikiem wpływającym na decyzję o rozpoczęciu procesu dokształcania było perspektywiczne otrzymanie wyższego wynagrodzenia. Dla 28,2% respondentów czynnikiem decydującym o podjęciu decyzji w zakresie rozpoczęcia dokształcania była możliwość zdobycia bardziej korzystnego zatrudnienia. W przypadku 22,5% osób badanych na ich decyzję wpłynęła możliwość wyjazdu i podjęcia pracy zarobkowej za granicą. W bardzo niedużym zakresie, bo tylko dla 6,6% respondentów na decyzję o podjęciu procesu dokształcania wpłynął nacisk

i wymagania pracodawcy. W znacznie mniejszym zakresie, czyli 3,3% badanych rozpoczęło proces dokształcania w związku z własną satysfakcją zawodową. Trzy główne, najczęściej wymieniane motywy podejmowania kształcenia podyplomowego, czyli perspektywa wyższego wynagrodzenia, możliwość korzystniejszego zatrudnienia oraz praca za granicą wiążą się ściśle ze sferą finansową.

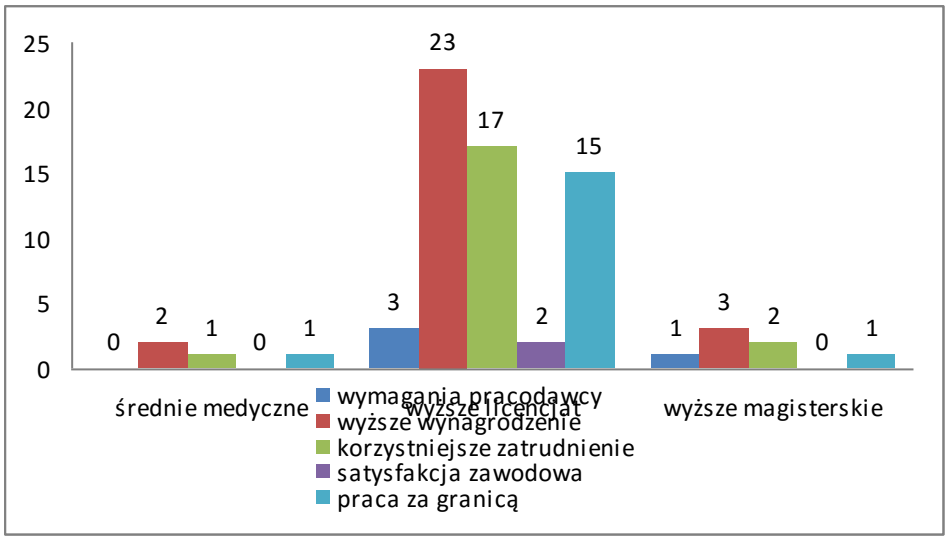
Dalsza analiza uzyskanych wyników dotyczyła zbadania korelacji powyższych czynników decydujących o kształceniu podyplomowym pielęgniarek uczestniczących w badaniach w zależności od czynników zawodowych. Tabela 2 i rycina 2 prezentuje zestawienie czynników decydujących o podjęciu kształcenia podyplomowego w zależności od poziomu wykształcenia respondentów.

Tabela 2. Czynniki wpływające na podnoszenie poziomu wykształcenia podyplomowego pielęgniarek, a poziom wykształcenia zawodowego osób badanych.

Czynniki / poziom wykształcenia	Wymagania pracodawcy		Wyższe wynagrodzenie		Korzystniejsze zatrudnienie		Satysfakcja zawodowa		Praca za granicą		Razem - n
	n = 4	%	n = 28	%	n = 20	%	n = 2	%	n= 17	%	
Średnie medyczne	0	0,0	2	50,0	1	25,0	0	0,0	1	25,0	4
Wyższe I stopnia	3	5,0	23	38,3	17	28,3	2	3,3	15	25,0	60
Wyższe II stopnia	1	14,2	3	5,0	2	28,5	0	0,0	1	14,2	7
Test - x^2	1,5106										

Istotność - p	0,993	7
Razem - n	71	1

Źródło: wynik badań własnych



Rycina 2. Rozkład czynników wpływających na podnoszenie poziomu wykształcenia podyplomowego pielęgniarek, a poziom wykształcenia zawodowego osób badanych.
Źródło: wynik badań własnych

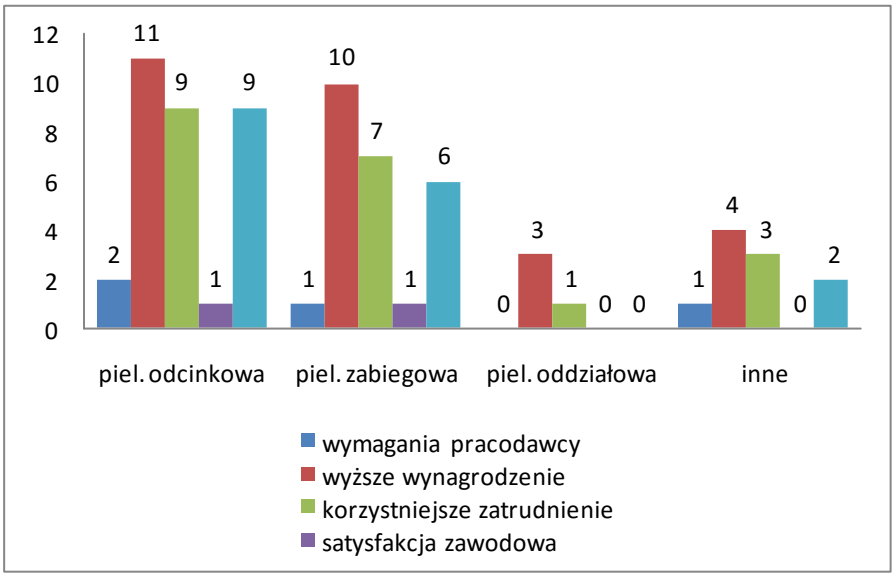
Analiza statystyczna nie wykazała istotnych zależności pomiędzy czynnikami wpływającymi na podnoszenie poziomu wykształcenia podyplomowego pielęgniarek a poziomem ogólnego wykształcenia zawodowego ($p<0,993$). Na każdym poziomie wykształcenia osób ankietowanych czynnikami decydującymi o podjęciu kształcenia podyplomowego jest wyższe wynagrodzenie i korzystniejsze warunki zatrudnienia. Czynniki te są najwyższe w grupie respondentów z wykształceniem wyższym na poziomie licencjatu.

W tabeli 3 i na rycinie 3 zaprezentowane zostały wyniki badań dotyczące wpływu zajmowanego stanowiska przez pielęgniarki na motywy podejmowania dokształcania i doskonalenia zawodowego.

Tabela 3. Czynniki wpływające na podnoszenie poziomu wykształcenia podyplomowego pielęgniarek, a zajmowane stanowisko w pracy osób badanych.

Czynniki / zajmowane stanowisko	Wymagania pracodawcy		Wyższa pensja		Korzystne zatrudnienie		Satysfakcja zawodowa		Praca za granicą		Razem - n
	n =4	%	n= 28	%	n= 20	%	n= 2	%	n= 17	%	
Pielęgniarka odcinkowa	2	6,2	11	34,3	9	28,1	1	3,1	9	28,1	32
Pielęgniarka zabiegowa	1	4,0	10	40,0	7	28,0	1	4,0	6	24,0	25
Pielęgniarka oddziałowa	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,00	4
Inne	1	10,0	4	40,0	3	30,0	0	0,0	2	20,0	10
Test - x^2	2,53										71
Istotność - p	0,998										
Razem - n	71										

Źródło: wynik badań własnych



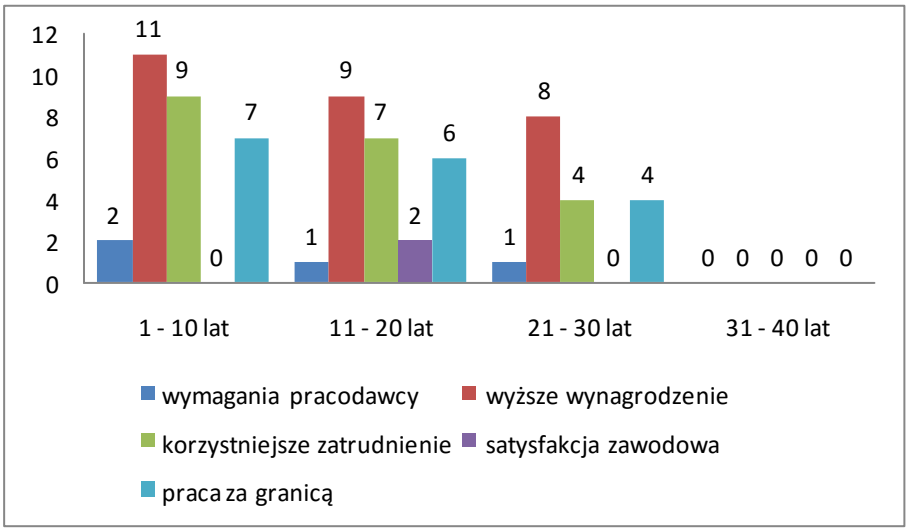
Rycina 3. Rozkład czynników wpływających na podnoszenie poziomu wykształcenia podyplomowego pielęgniarek, a zajmowane stanowisko w pracy osób badanych.
Źródło: wynik badań własnych

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych zależności pomiędzy czynnikami wpływającymi na podnoszenie poziomu wykształcenia podyplomowego pielęgniarek, a zajmowanym stanowiskiem w pracy ($p<0,998$). Na każdym zajmowanym stanowisku przez pielęgniarki czynnikami powodującymi podejmowanie kształcenia podyplomowego są wyższe wynagrodzenie, korzystniejsze warunki zatrudnienia oraz ewentualne podjęcie pracy zawodowej za granicą. Zauważyć jednak można, że czynniki te są najwyższe w grupie zawodowej pielęgniarek odcinkowych.

Tabela 4. Czynniki wpływające na podnoszenie poziomu wykształcenia podyplomowego pielęgniarek, a staż pracy osób badanych.

Czynniki / staż pracy	Wymagania pracodawcy		Wyższe wynagrodzenie		Korzystniejsze zatrudnienie		Satysfakcja zawodowa		Praca za granicą		Razem - n
	n = 4	%	n = 28	%	n = 20	%	n = 2	%	n = 17	%	
1 – 10 lat	2	6,25	11	34,37	9	28,12	0	3,12	7	28,12	29
11 -20 lat	1	4,00	9	40,00	7	28,00	2	4,00	6	24,00	25
21 -30 lat	1	0,00	8	75,00	4	25,00	0	0,00	4	0,00	17
Test - x^2	4,48										71
Istotność - p	0,973										
Razem - n	71										

Źródło: wynik badań własnych



Rycina 4. Rozkład czynników wpływających na podnoszenie poziomu wykształcenia podyplomowego pielęgniarek, a staż pracy osób badanych.
Źródło: wynik badań własnych

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych zależności pomiędzy czynnikami wpływającymi na podnoszenie poziomu wykształcenia podyplomowego pielęgniarek a stażem pracy zawodowej ($p<0,973$). Na każdym etapie pracy zawodowej czynnikami, które przeważają są wyższe wynagrodzenie, korzystniejsze warunki zatrudnienia oraz ewentualne podjęcie pracy zawodowej za granicą. Jednakże należy zauważyć, że czynniki te dominują wśród pielęgniarek z krótszym stażem pracy w porównaniu z pielęgniarkami mającymi długi staż pracy.

Dyskusja

Dokonująca się metamorfoza gospodarki krajowej w latach osiemdziesiątych XX wieku sięgnęła również sektorów publicznych. Służba zdrowia w tym okresie przechodziła wiele zmian i reform. W początkowej fazie tego okresu reformy dotyczyły zasad finansowania świadczeń, planowania kosztów, refundacji poniesionych wydatków. W następnych dekadach zmiany zaczęły dotyczyć jakości usług. Wiązało się to z wprowadzaniem nowoczesnego sprzętu diagnostyczno-zabiegowego. Zaczęto opracowywać algorytmy i standardy działań. Personel pomocniczy, pielęgniarski jak również lekarski rozpoczął intensywny proces dokształcania i podnoszenia własnych kompetencji i umiejętności.

Analiza wyników badań własnych wykazała, że głównym czynnikiem motywującym osoby ankietowane do podjęcia procesu dokształcania jest czynnik finansowy i związane z tym wyższe wynagrodzenie. Takiej odpowiedzi udzieliło aż 39,4 % osób badanych. Drugim czynnikiem motywującym osoby badane do rozpoczęcia procesu dokształcania jest uzyskanie korzystniejszych warunków zatrudnienia co stanowi 28,2 % udzielonych odpowiedzi wśród osób ankietowanych. Natomiast aż 22,5 % osób objętych badaniem ankietowym uznało, że w ich przypadku głównym czynnikiem motywującym do kształcenia podyplomowego jest podjęcie pracy w zawodzie za granicą. Wszystkie te trzy odpowiedzi bezpośrednio lub pośrednio dotyczą sfery finansowej. Łącznie te odpowiedzi stanowią ponad 90 % wszystkich udzielanych odpowiedzi.

Badania własne ukazały również poziom satysfakcji płynący z procesu dokształcania przez pielęgniarki i pielęgniarzy. Aż 80,1 % osób objętych badaniem ankietowym odczuwa satysfakcję z tego, ze podjęła proces kształcenia podyplomowego. Natomiast 60 % osób ankietowanych udzieliło odpowiedzi, że są doceniani przez przełożonych i współpracowników w związku z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych.

Proces dokształcania wśród pielęgniarek i pielęgniarzy rozpoczął się po wejściu Polski do Unii Europejskiej. Zmiany legislacyjne polskiego prawa, możliwość wyjazdu do pracy w krajach członkowskich wspólnoty europejskiej otworzyły nowe możliwości dla pielęgniarek i pielęgniarzy. Możliwość pozyskania funduszy unijnych w ramach Kapitału Ludzkiego na dokształcanie w latach 2007-2013 w znaczący sposób umożliwiły bezpłatnie ukończenie szeregu szkół i kursów dokształcających. W tym okresie przypada największy odsetek osób czynnych zawodowo podejmujących dokształcanie i doskonalenie podyplomowe.

Dokonując analizy piśmiennictwa zwrócono uwagę na dość liczne publikacje zawierające sprawozdania z wykonanych badań na temat kształcenia podyplomowego pielęgniarek. W 2007 roku zostały przeprowadzone badania mające na celu określenie motywów podwyższania wykształcenia przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu. Autorami tych badań są E. Bidzińska, M. Sobczak, K. Rakowska. Grupę badaną stanowiło 69 pielęgniarek i pielęgniarzy o zróżnicowanych cechach demograficznych i zawodowych. Badania te wykazały, że głównym motywem podejmowania kształcenia podyplomowego przez pielęgniarki elbląskiego szpitala jest chęć pogłębiania wiedzy i umiejętności - 60,9 % wszystkich odpowiedzi. Drugim motywem wpływającym na podjęcie procesu dokształcania była możliwość uzyskania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego - 34,8 % odpowiedzi. Na trzecim miejscu znalazła się odpowiedź „możliwość podwyższenia wynagrodzenia", co stanowi 21,7 % [3].

Natomiast w 2010 roku zostały opublikowane badania przeprowadzone przez E. Krupińską pt. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek – potrzeba czy obowiązek. Badania przeprowadzono wśród 113 pielęgniarzy i pielęgniarek. Osoby ankietowane pochodziły z różnych rejonów Polski. 33 osoby pochodziły z województwa śląskiego, 13 osób z mazowieckiego, 10 osób z małopolskiego, 9 osób z pomorskiego, 8 osób z lubuskiego, po 6 osób

z zachodniopomorskiego i świętokrzyskiego, po 5 osób z dolnośląskiego i łódzkiego, po 4 osoby z lubelskiego, podkarpackiego i kujawsko-pomorskiego. Wśród wymienianych motywów podnoszenia kwalifikacji najczęściej było to odczuwanie potrzeby zwiększenia kompetencji zawodowych i poziomu świadczonej opieki wobec pacjentów. Na trzecim miejscu znalazła się odpowiedź dotycząca zmiany pracy na lepiej płatną [4].

W 2015 roku zostały przeprowadzone i opublikowane badania na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym ukazujące systemy motywacyjne w pracy pielęgniarek. Badania zostały wykonane przez zespół badawczy U. Błazuk i H. Cieślak. Badania przeprowadzono wśród 100 studentek kierunku pielęgniarstwa czynnych zawodowo. Z przeprowadzonych badań wynika, że bodźcami najbardziej motywującymi do podjęcia kształcenia podyplomowego jest wyższe wynagrodzenie oraz podnoszenie kwalifikacji i kompetencji zawodowych [5].

Na podstawie powyższych publikacji i badań własnych można zauważyć proces przesuwania się motywatorów finansowych przy podjęciu decyzji o dokształcaniu z niższych stopni odpowiedzi na coraz to wyższe miejsca w hierarchii odpowiedzi. Badania własne i analiza piśmiennictwa rozpiętością swą obejmują okres 10 lat od 2007 do 2017 roku. To w tym okresie największy odsetek osób czynnych zawodowo podnosił swoje kwalifikacje zawodowe. Odnosząc ten proces do danych Głównego Urzędu Statystycznego dotyczących przeciętnego wynagrodzenia brutto pielęgniarek w Polsce, a przeciętnego wynagrodzenia brutto w sektorze przedsiębiorstw, można zauważyć, że im większa dysproporcja w zarobkach pielęgniarek, a sektorem przedsiębiorstw tym wyższe miejsce motywatora finansowego w badaniach ankietowych. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego na koniec roku 2014 średnie wynagrodzenie brutto wśród pielęgniarek wynosiło 3400 złotych, natomiast średnie wynagrodzenie brutto w sektorze przedsiębiorstw wyniosło 4379 złotych. W publikacjach od 2015 roku jak i własnych

badaniach najczęściej wymienianym motywatorem podjęcia kształcenia podyplomowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy jest chęć zwiększenia wysokości zarobków.

Wnioski

1. Główne czynniki wpływające na podejmowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek w opinii osób badanych to określone czynniki zawodowe i osobiste:
- chęć uzyskania wyższego wynagrodzenia,
- korzystniejsze warunki zatrudnienia,
- podjęcie pracy zawodowej za granicą,
- wymagania pracodawcy,
- satysfakcja zawodowa.
2. Czynniki wpływające na podjęcie decyzji o rozpoczęciu procesu dokształcania nie zależą od wykształcenia zawodowego osób badanych.
3. Czynniki wpływające na podjęcie decyzji o rozpoczęciu procesu dokształcania nie zależą od zajmowanego stanowiska w pracy zawodowej osób badanych.
4. Czynniki wpływające na podjęcie decyzji o rozpoczęciu procesu dokształcania nie zależą od stażu pracy osób badanych.

Bibliografia/Bibliography:

1. www.isejm.gov.pl 15.12.2016r.

2. Jarzynowski P., Piotrowska R., Książek J., System kształcenia pielęgniarek w wybranych krajach Europy i Stanach Zjednoczonych. GUM. 2010;230-245.

3. Bidzińska E., Sobczak M., Rakowska K., Motywy podwyższania wykształcenia przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala

Zespolonego w Elblągu. Problemy Pielęgniarstwa. 2007;2-3:198-202.

4. Krupińska E., Kształcenie podyplomowe pielęgniarek. Wrocławski Uniwersytet Medyczny. 2010.

5. Błazucka U., Cieślak H., Systemy motywacyjne w pracy pielęgniarki. Pielęgniarstwo Polskie. 2015;3(57):283-287.

Opis przypadku/Case report

Współpraca zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem z rozpoznaniem choroby Alzhaimera. Prezentacja przypadku.

Cooperation of the therapeutic team taking care of the patient with diagnosed Alzheimer's disease. A case study.

JOANNA SOLARZ-BOGUSŁAWSKA[1]

[1]Szpital Lipno Sp. Z o.o., III Oddział Psychiatryczny

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.023
ISSN:2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Według klasyfikacji ICD 10 przez otępienie rozumiemy zespół objawów psychopatologicznych spowodowany uszkodzeniem mózgu o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są wyższe czynności korowe tj. pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Poza osłabieniem funkcji poznawczych obserwujemy także wtórne zaburzenia nastroju, trudności interpersonalne oraz zmiany zachowania. Otępienie wpływa na podstawowe aktywności życiowe pacjenta i zmienia życie całej rodziny. Wraz z zaburzeniami pamięci dochodzi do zaburzeń funkcjonowania w zakresie mycia się, ubierania, jedzenia, dbania o czynności higieniczne i fizjologiczne [1].
Cel. Praca pokazuje specyfikę choroby Alzhaimera oraz zwraca uwagę na problemy jakie pojawiają się podczas leczenia chorego z otępieniem. Podkreśla ponadto konieczność zapewnienia pacjentowi kompleksowej opieki gdzie pacjent zajmuje centralne miejsce a podmiotami stają się lekarz i pielęgniarka.

Prezentacja przypadku. Opis przypadku dotyczy 68 letniej pacjentki chorującej na chorobę Alzhaimera. Praca porusza także podstawowe problemy z jakimi spotyka się personel podczas opieki nad chorym z otępieniem.
Dyskusja. Holistyczne podejście do leczenia choroby Alzhaimera uwzględniać powinno pomoc nie tylko samemu pacjentowi, ale także członkom jego rodziny. Na nich bowiem spoczywa ciężar opieki nad chorym i często niewspółpracującym rodzicem. Niezmiernie ważnym aspektem staje się wzajemna współpraca całego zespołu terapeutycznego skupiającego rodzinę, lekarzy, pielęgniarki, terapeutów zajęciowych, pracowników socjalnych oraz psychologów.
Wnioski. Pacjent z chorobą Alzhaimera jest całkowicie zależny od osób sprawujących nad nim opiekę. Kompleksowa pomoc wpływa na jakość życia osób z rozpoznaniem otępienia, pomaga im w walce z przewlekłą i postępującą chorobą.
Słowa kluczowe: choroba Alzhaimera, kompleksowa opieka, lekarz, pielęgniarka, pacjent

Abstract:
Introduction. According to ICD-10 classification system, dementia is a group of psychopathological symptoms caused by brain damage of a chronic or progressive nature. It is characterized by disturbance of higher cortical functions, that is, memory, thinking, orientation, understanding, counting, the ability to learn, language and assessment. Besides the weakening of cognitive functions, one also observes secondary mood disorders, interpersonal difficulties and behavioral changes. Dementia influences the patient's basic activities of daily living and changes the life of their entire family. Memory disturbances entail functional disorders in the scope of washing oneself, dressing up, eating as well as hygienic activities and physiological functions.
Aim. The paper presents the specific nature of Alzheimer's disease and highlights the problems emerging during the treatment of a person suffering from dementia. It also underlines the patient's need for comprehensive care which puts them in the centre and where the physician and the nurse become the subjects.

Case study. The case study comprises a 68-year-old female patient suffering from Alzheimer's disease. The paper touches upon the basic problems encountered by the nursing staff when taking care of a patient with dementia.
Discussion. A holistic approach to the treatment of Alzheimer's disease should include providing assistance not only to the patient themselves, but also to their family members because they carry the burden of taking care over their sick relative, who is often unwilling to cooperate. It becomes extremely important for the entire therapeutic team to cooperate; that team includes the family, physicians, nurses, occupational therapists, social workers and psychologists.
Conclusions. A patient suffering from Alzheimer's disease is completely dependent on the persons taking care of them. Comprehensive assistance affects the life quality of people with diagnosed dementia, helping them in their fight with the chronic, progressive disease.

Keywords: Alzheimer's disease, comprehensive care, physician, nurse, patient

Wstęp

Szybki wzrost liczebności osób w starszym wieku (po 65 r.ż) oznacza, ze ochrona zdrowia została obciążona licznymi problemami zdrowotnymi charakterystycznymi dla tego przedziału wiekowego [2]. Poza chorobami układu sercowo-naczyniowego, metabolicznego często borykamy się także z problemami zdrowotnymi wynikającymi z uszkodzenia mózgu. Choroba Alzhaimera to tylko jedna w wielu przewlekłych chorób, która znacząco pogarsza funkcjonowanie i wpływa na jakość życia pacjenta. Jej objawy pojawiają się podstępnie i stopniowo narastają. Pacjent początkowo wymaga okresowej, a wraz z postępem choroby już stałej opieki. Choroba Alzhaimera ma często burzliwy kilku lub kilkunastoletni przebieg. Opiekun potrzebuje pomocy w opiece nad cierpiącym członkiem rodziny. Tylko kompleksowe potraktowanie problemu, włączenie w zespół

terapeutyczny lekarzy różnych specjalności, pielęgniarki, psychologa, terapeuty zajęciowego i pracownika socjalnego może zmniejszyć przeciążenie głównego opiekuna i poprawić jakość życia pacjenta [3].

Przedmiotem pracy pielęgniarki i lekarza jest właśnie chory człowiek. We współczesnej medycynie dąży się do wypracowania partnerskiego modelu współpracy całego zespołu terapeutycznego.W układzie tym pielęgniarka staje się łącznikiem pomiędzy pacjentem, a lekarzem. To ona zostaje z chorym po tym jak przekazana zostaje mu często przykra diagnoza, dba o odpowiednią atmosferę, wspiera rodzinę i odpowiada na ich potrzeby. W modelu partnerskim miejsce centralne zajmuje pacjent a podmiotami stają się lekarz i pielęgniarka. Odpowiednia komunikacja szczególnie istotna staje się w przypadku chorób przewlekłych [4]. Choroba Alzhaimera jest jednym z takich schorzeń, w którym pacjent wymaga często całodobowej opieki osób drugich. W środowisku domowym jest całkowicie zdany na pomoc bliskich. W szpitalu natomiast rolę opiekunów przejmuje personel. Współpraca między nimi i wzajemne zaufanie niewątpliwie wpływają na wzrost jakości opieki nad pacjentem.

Celem tej pracy jest przedstawienie specyfiki choroby Alzhaimera oraz zwrócenie uwagi na problemy jakie pojawiają się podczas sprawowania opieki nad chorym na podstawie przypadku pani Marianny. Jednocześnie praca pokazać ma konieczność kompleksowej opieki jakiej wymagają ludzie z rozpoznaniem otępienia.

Prezentacja przypadku

W lutym 2017 roku do jednego z oddziałów psychiatrycznych karetka PR przywiozła 68-letnią kobietę, która przez okres tygodnia hospitalizowana była na oddziale chorób wewnętrznych.

Czytając kartę wypisową ze szpitala znajdujemy w niej informację, że pani Marianna przebywała w szpitalu z powodu

infekcji dróg moczowych i odwodnienia. Badaniami laboratoryjnymi potwierdzającymi rozpoznanie była wysoka leukocytoza, podwyższone wartości OB i CRP oraz badanie ogólne moczu wskazujące na obecność bakterii, nabłonków płaskich i leukocytów. Przez pierwsze trzy dni hospitalizacji utrzymywała się gorączka, której średnie wartości wynosiły 38,5 °C. Wykonane w trakcie pobytu w szpitalu badania tj. ekg, usg jamy brzusznej czy rtg klatki piersiowej nie wykazały odchyleń od stanu prawidłowego. Pacjentka nie chorowała wcześniej na żadne przewlekłe choroby.

Uwagę zwrócił wpis obserwacji pielęgniarskich, gdzie personel opisał niepokój pacjentki, jej błądzenie po oddziale, brak orientacji. Wieczorami chora stawała się jeszcze bardziej pobudzona, mówiła do nieistniejących postaci, wołała zmarłego męża, wyrywała kroplówkę. Zalecona antybiotykoterapia przyniosła wyraźną poprawę w stanie ogólnym pacjentki, ustąpiła gorączka, kontrolne badanie ogólne moczu oraz badanie morfologii krwi oraz CRP były prawidłowe. Zaniepokojona córka zwróciła uwagę personelowi na to, że mama przestała ją poznawać, myliła daty, wciąż zadawała jej te same pytania. W związku z powyższym lekarz prowadzący zalecił konsultacje psychiatryczną, po wykonaniu której pacjentka została skierowana do oddziału psychiatrycznego celem diagnostyki zaburzeń funkcji poznawczych.

Podczas przyjęcia do szpitala pacjentka była niespokojna, widoczny był u niej niepokój manipulacyjny, chodziła nerwowo po gabinecie zabiegowym bacznie przyglądając się personelowi medycznemu. Po odjeździe karetki pani Marianna stała się znacznie spokojniejsza. Pielęgniarka pomogła się jej rozebrać, zmierzyła ciśnienie, temperaturę ciała, zważyła chorą. Następnym etapem badania była rozmowa z lekarzem psychiatrą. Pacjentka nie wiedziała gdzie się znajduje, nie potrafiła podać aktualnej daty, jej świadomość była przymglona. Miała wyraźne trudności w skupieniu uwagi. Nie wiedziała co ma zrobić z podaną w kieliszku tabletką. Po badaniu

fizykalnym, które nie wykazało żadnych nieprawidłowości, chora została zaprowadzona na swoja salę.

Kolejnego dnia zaplanowano diagnostykę mającą na celu potwierdzenie zaburzeń funkcji poznawczych. Zlecono wykonanie badania TK głowy z kontrastem, oznaczono hormony tarczycy oraz powtórzono morfologię krwi i badania biochemiczne.

Badanie TK wykazało obecność zaników korowo-podkorowych w obu skroniach i poszerzenie komór bocznych mózgu. Hormony tarczycy mieściły się w zakresie normy. Rozmaz morfologii krwi był prawidłowy. Wartości poziomu potasu i wit. B12 były nieznacznie obniżone.

Przesiewowe badanie psychologiczne - skala MMSE oraz test rysowania zegara wskazywały na otępienie stopnia umiarkowanego. Chora uzyskała 17 punktów w skali MMSE.

Następnego dnia hospitalizacji odwiedziła ją córka. Mimo, że nie potrafiła przypomnieć sobie jej imienia, stała się przy niej znacznie spokojniejsza. Córka przywiozła pacjentce jej ulubioną poduszkę i szlafrok oraz postawiła na stoliku przy łóżku zdjęcie zmarłego męża. Personel pielęgniarski przeprowadził wywiad z rodziną pacjentki. Okazało się, że chora i jej rodzina boryka się już z problemem zaburzeń pamięci od co najmniej roku. Początkowo pani Marianna zapominała gdzie kładła przedmioty codziennego użytku, zadawała mężowi wciąż te same pytania. Potrafiła pójść do sklepu i kupić zapisane na kartce produkty, nie gubiła się w znanym środowisku. Poza zaburzeniami pamięci jej funkcjonowanie było niezaburzone, w ciągu dnia zajmowała się szydełkowaniem, oglądała ulubione programy telewizyjne. Spała w nocy, miała dobry apetyt i pogodny nastrój. Po nagłej śmierci męża, która miała miejsce 3 miesiące temu, doszło do znacznego pogorszenia stanu zdrowia, chora myliła imię córki, przestała spać w nocy, stała się płaczliwa. Córka nie zaprowadziła mamy do psychiatry bojąc się stygmatyzacji chorobą. Dopiero konieczna hospitalizacja na oddziale wewnętrznym wymusiła potrzebną już wcześniej pomoc.

Na oddziale psychiatrycznym włączono leczenie farmakologiczne- donepezil w dawce 5 mg, tolerancja leku była dobra. Uzupełniono poziom potasu i zlecono zażywanie wit. B12 zgodnie z zaleceniem lekarza internisty. W związku z utrzymującymi się zaburzeniami świadomości w godzinach wieczornych zalecono risperidon w dawce 1 mg.

Po trzech dniach hospitalizacji zaburzenia świadomości ustąpiły.

Chora często przychodziła do gabinetu zabiegowego i obserwowała pracę pielęgniarek. Była spokojna i chętnie poddawała się wszelkim zabiegom medycznym tj. mierzenie temperatury ciała czy pomiar ciśnienia krwi.

Pielęgniarki powiesiły na drzwiach jej sali obrazek co ułatwiało jej znalezienie własnego łóżka. Obrazek ten wcześniej wykonała pod nadzorem terapeutki zajęciowej.

Po zwiększeniu dawki donepezilu do 10 mg chorą wypisano do domu. Wcześniej lekarz i pielęgniarka wypełnili zlecenie na specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania pacjentki. Poinformowano także córkę o możliwości wszczęcia procedury ubezwłasnowolnienia. Rodzina otrzymała wypis i wyznaczony został termin wizyty kontrolnej w PZP za około miesiąc.

Dyskusja

Populacja chorych z otępieniem wymaga holistycznego podejścia do leczenia. Choroba Alzhaimera stanowi aż 50-70 % wszystkich otępień. Opisana historia pani Marianny przedstawia jednostkowy problem o wiele większej grupy chorych ludzi. Tylko kompleksowe potraktowanie schorzenia skupiające pracę wielu specjalistów ma szansę pomóc pacjentowi i jego rodzinie w walce z chorobą.

Problemy terapeutyczne i pielęgnacyjne z jakimi personel miał do czynienia podczas opieki nad pacjentką.

Ograniczona w dużym stopniu zdolność do samoopieki

Obraz kliniczny choroby i przeprowadzony wywiad pielęgniarski z rodziną pacjentki ukazał deficyty w zakresie wykonywania codziennych czynności. Ustalono wspólnie z rodziną jakie czynności pani Marianna może wykonywać samodzielnie a podczas których wymaga pomocy. Wspólnie ustalono, że należy aktywizować pacjentkę, zachęcać do pracy podczas terapii zajęciowej a po wypisie ze szpitala kontynuować terapię w ramach dziennego Środowiskowego Domu Samopomocy. Należy pozostawić chorej możliwość podejmowania decyzji co do wykonywania określonych czynności, nie wyręczać i nie przejmować inicjatywy dopóki nie będzie to konieczne. Przypominać o konieczności dbania o higienę. Ustalenie schematu dnia wzmocni poczcie kontroli i ułatwi życie pacjentce i jej opiekunom [5].

Trudności w komunikacji związane z pogłębianiem się deficytów poznawczych

Wskutek naturalnego przebiegu choroby dochodzi do zaburzeń koncentracji uwagi, zakłóceń płynności mowy, pogłębienia zanurzeń pamięci co znacznie utrudnia komunikację z pacjentem. Staje się on drażliwy i niespokojny kiedy przekazywane przez niego treści są niezrozumiałe dla bliskich. Zapewnienie dobrej, bezpiecznej atmosfery podczas rozmowy, cierpliwość rozmówcy może pomóc pacjentowi w tej kwestii. Zalecamy aby chory mówił powoli, zgłaszał wszystkie problemy na bieżąco. Z czasem rodzina orientuje się w potrzebach pacjenta i potrafi wychwytywać niewerbalne komunikaty [6,7].

Śmierć bliskiej osoby przyczyną pogorszenia stanu zdrowia

Często dzieje się tak, że nagła zmiana sytuacji życiowej pogarsza funkcjonowanie chorego. Śmierć bliskiej osoby, która dotychczas odpowiadała na potrzeby pacjenta wprowadza w jego

życie chaos. Musi upłynąć czas aby chory odnalazł się w nowej sytuacji. Niejednokrotnie potrzebne jest dodatkowe leczenie farmakologiczne zaburzeń nastroju i zaburzeń zachowania, które pojawiają się po odejściu ukochanej osoby [6,7].

Zaburzenia rytmów dobowych

Wśród objawów choroby Alzhaimera obserwujemy tzw. objaw zachodzącego słońca. Pacjenci wieczorami stają się pobudzeni i niespokojni, maja trudności w zasypianiu. Odsypiają utracone godziny snu nocnego w ciągu dnia. Leczenie farmakologiczne jest często jedyną skuteczną metodą jaka może pomóc pacjentowi. Zadbanie o ciszę i spokój w godzinach wieczornych także zmniejsza problem bezsenności [6,7].

Zachowania agresywne i zaburzenia świadomości

Zaburzenia świadomości to rezultat niedokrwienia i niedotlenienia mózgu. Odwodnienie to główna przyczyna tej dolegliwości. Osoby starsze odczuwają mniejsze pragnienie a toczące się choroby dodatkowe przebiegające z gorączka dodatkowo narażają organizm na utratę płynów. Wieczorami obniża się ciśnienie krwi co dalej pogarsza ukrwienie mózgu. Skutkiem tego są zaburzenia świadomości podczas których chory jest niespokojny i zdezorientowany. Rozwiązaniem problemu jest odpowiednie nawadnianie pacjenta, leczenie chorób dodatkowych oraz podanie leków uspokajających np. małych dawek neuroleptyków [8].

Leczenie chorób współistniejących

Choroba ogólnoustrojowa wpływa na zachwianie równowagi wewnętrznej organizmu. Często leczenie przyczynowe chorób współistniejących poprawia ogólne funkcjonowanie, zapobiega pojawieniu się zaburzeń świadomości oraz poprawia funkcje poznawcze.

Okresowa konieczność hospitalizacji

Każda hospitalizacja pacjenta jest dla niego dodatkowym źródłem stresu - nowe, nieznane otoczenie, odizolowanie od bliskich wzmagają lęk i poczucie zagrożenia. Zadaniem personelu szpitala jest stworzenie przyjaznej atmosfery dzięki której chory, zagubiony człowiek odzyska spokój. Na wiele trudności napotyka personel oddziałów otwartych gdzie pacjent ma nieograniczona swobodę poruszania. Rozwiązaniem jakie ułatwi pracę pielęgniarce i zadba o bezpieczeństwo pacjenta może być umieszczenie chorego na sali blisko dyżurki pielęgniarskiej. Problem znika na oddziale psychiatrycznym gdzie chory z otępieniem nie może dobrowolnie opuścić oddziału [6,7].

Leczenie farmakologiczne

Obecnie medycyna oferuje kilka leków, które łagodzą objawy choroby, ale wywołują znikomy wpływ na jej patomechanizm. Podawanie leków może na pewien czas poprawić funkcjonowanie pacjenta ale nie zatrzyma postępów choroby. W chorobie Alzhaimera mamy do czynienia z niewydolnością układu cholinergicznego i nadmiernym pobudzeniem układu glutaminergicznego. W związku z tym zalecane są leki hamujące rozkład acetylocholiny tj. donepezil i rywastygmina a w głębokim jej stadium skuteczna okazuje się być memantyna wpływająca na układ glutaminergiczny.

Często obserwujemy brak współpracy pacjenta w zakresie farmakoterapii. Rozwiązaniem może być stosowanie pozajelitowe leku w postaci plastrów przyklejanych na skórę czy zaleceniu formy rozpuszczalnej tabletki. Aby leczenie było skuteczne leki należy stosować systematycznie a oto zadbać musi personel lub rodzina chorego [9].

Konieczność przeprowadzenia psychoedukacji członków rodziny

Nie jest możliwa dobra opieka nad chorym bez posiadania podstawowych informacji na temat jego choroby, która często

zaburza funkcjonowanie całej rodziny. Edukację rodziny przeprowadza cały zespól terapeutyczny ponieważ każdy zwraca uwagę na inny aspekt chorowania dzięki czemu rodzina dostaje pełen wachlarz narzędzi potrzebnych do leczenia i opieki [6,7].

Organizacja opieki środowiskowej

Wraz z rozwojem opieki środowiskowej pojawiło się w Polsce wiele Oddziałów Dziennych i Środowiskowych Domów Samopomocy gdzie wykwalifikowany personel dba o leczenie farmakologiczne i pozafarmakologiczne. Prowadzone są warsztaty terapii zajęciowej, ćwiczenia pamięci, rehabilitacja osób chorych. Nasza pani Marianna została skierowana do Toruńskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzhaimera gdzie ustalono indywidualny program leczenia. Natomiast wizyty wykwalifikowanej pielęgniarki środowiskowej mają na celu odciążyć zmęczoną w opiece nad matką córkę i zadbać o prawidłowe leczenie pacjentki [6].

Problemy natury prawnej

Już nawet na początku chorowania pacjent może mieć problem ze zrozumieniem skutków swoich decyzji dotyczących spraw urzędowych i prawnych. Chorzy przestają systematycznie płacić rachunki, nie radzą sobie z operacjami bankowymi. Niejednokrotnie pojawia się problem wyrażenia zgody na pobyt w szpitalu lub konieczną operację. W tych sytuacjach rodzina może pomyśleć o ubezwłasnowolnieniu pacjenta i ustanowieniu opiekuna prawnego. Uprawnieni do złożenia wniosku w Sądzie Cywilnym staja się małżonkowie, krewni w linii prostej i rodzeństwo[10].

Wnioski

Choroba Alzhaimera stanowi problem dotyczący funkcjonowania pacjenta i paraliżuje życie całej rodziny. Bliscy i zespół terapeutyczny powinni zadbać o kompleksową opiekę nad

chorym bo tylko takie podejście poprawia jakość życia chorych. Poza leczeniem farmakologicznym ogromną rolę w dzisiejszych czasach przypisujemy metodom niebiologicznym. Troskliwa opieka nad pacjentem jest zadaniem podstawowym a jej rola wzrasta w miarę postępu choroby. Współpracujący ze sobą zespół terapeutyczny pomaga choremu i jego rodzinie przejść przez cały okres uciążliwego chorowania.

Bibliografia/Bibliography:

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 . Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „ Vesalius". Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.

2. Jakubowska A. Regres demograficzny i starzenie się społeczeństwa jako wyzwanie dla regionalnych procesów innowacyjnych. Handel Wewnętrzny 2014;5(352):48-62.

3. Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. Psychiatria. Psychiatria Kliniczna. Tom II. Elsevier Urban & Parner, Wrocław 2011:43-93.

4. Fejfer-Wirbał E, Gładczuk J, Marcinowicz L. Relacje lekarz-pielęgniarka w polskiej literaturze medycznej. Medycyna Rodzinna. 2013;(1):19-22.

5. Nieckarz R. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą Alzhaimera. Puls Uczelni. 2015;(9):2.

6. Borzym A, Kijanowska-Haładyna B, Nestorowicz J, i in. Jak radzić sobie z otępieniem? 76 pytań opiekunów i odpowiedzi ekspertów. ITEM Publishing, Warszawa 2015.

7. Mace N.L, Rabins P.V. 36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z choroba Alzhaimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia. John Hopkins University Press MediPage, Warszawa 2005.

8. Ballard C, Corbett A. Agitation and aggression in people with Alzhaimer's disease. Curr. Opin. Psychiatry 2013;26(3):252-259.

9. Caselli R.J, Beach T.G, Yaari R, Reiman E.M. Alzhaimer's disease a century later. J.Clin. Psychiatry. 2006;67:1784-1800.

10. Markiewicz I, Heitzman J, Pilszyk A. Ubezwłasnowolnienie-instytucja wciąż potrzebna? Psychiatra 2014;11(4):203-210.

Artykuły poglądowe/Review

Przymus bezpośredni w aspekcie etycznym

Direct coercion in the ethical aspect

KAROLINA FILIPSKA[1], ROBERT ŚLUSARZ[2]

[1] Studenckie Koło Naukowe „Neuronauka" przy Zakładzie Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.024
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Przymus bezpośredni jest elementem interwencji medycznej. Przy jego zastosowaniu dochodzi wówczas do naruszenia podstawowych praw człowieka tj. prawa wolności. Przymus bezpośredni jest działaniem stosowanym wobec pacjentów w stanie pobudzenia bądź agresji. W pewnych okolicznościach stanowi konieczność. Należy pamiętać, iż powinien być stosowany jako działanie absolutnie ostateczne. Celem pracy jest ukazanie przymusu bezpośredniego w aspekcie etyki medycznej.
Przegląd. Etyka to ogół zasad moralnych, które są przyjęte w określonym czasie przez daną zbiorowość społeczną. Często określana jest ona także jako synonim moralności. Również Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej zapewnia wszystkim swoim obywatelom fundamentalne prawo do zachowania i poszanowania ich wolności i godności. Te dwie wartości stanowią nieodzowny element natury człowieka. Stosowanie przymusu bezpośredniego w uzasadnionych ściśle przypadkach nie stanowi naruszenia dóbr etycznych i autonomii człowieka. Ze strony medycznej przymus bezpośredni stanowi interwencję terapeutyczną. Jego wiodącym celem jest

zabezpieczenie chorego przed pogorszeniem stanu zdrowia oraz umożliwienie udzielenia mu pomocy medycznej.
Wnioski. Obowiązujące w Polsce prawo dopuszcza stosowanie czterech różnych form przymusu bezpośredniego w określonych ściśle sytuacjach. Zastosowanie przymusu powinno stanowić ostateczność w skrajnych i wyjątkowych zdarzeniach. Zawsze należy pamiętać, iż stosowanie środków przymusu bezpośredniego powinno odbywać się z poszanowaniem praw godności człowieka.
Słowa kluczowe: etyka, przymus bezpośredni, pacjent

Abstract:
Introduction. Direct coercion is an element of medical intervention. When it is applied, then there is a violation of basic human rights, .ie. the right to freedom. Direct coercion is an action applied to patients in a state of agitation or aggression. It is a necessity in certain circumstances. It should be remembered that it can be used as an absolutely final meassure. The aim of the work is to show direct coercion in the aspect of medical ethics.
Overview. Ethics is defined as a code of moral principles that are adopted at a given time by a given social community. Often it is also referred to as a synonym of morality. Also, the Constitution of the Republic of Poland provides its citizens with the fundamental right to preserve and respect their freedom and dignity. These two values are an indispensable element of human nature. The use of direct coercion in strictly substantiated cases is not a violation of ethical values and human autonomy. From medical point of view , direct coercion is a therapeutic intervention. Its leading goal is to protect patients from health deterioration and to enable them medical assistance.
Conclusions. Law in Poland allows the use of four different forms of direct coercion in strictly defined situations. The use of coercion should be the last resort in extreme and exceptional events. It should always be remembered that the use of direct coercion measures should respect the rights of human dignity.

Keywords: ethics, direct coercion, patient

Wstęp

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego stanowi trudną sytuację w relacji pacjent- personel medyczny. Dzieje się tak, ponieważ przymus bezpośredni stanowi naruszenie godności, wolności i nietykalności osobistej i cielesnej człowieka. Należy, jednak pamiętać, iż etyczne i zgodne z prawem jest jego zastosowanie w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi, osobom w najbliższym otoczeniu pacjenta, a także w przypadku zapewnienia bezpieczeństwa personelowi medycznemu. Przymus bezpośredni jest działaniem stosowanym wobec pacjentów, którzy znajdują się w stanie pobudzenia bądź agresji. W pewnych okolicznościach jest to koniecznością, ale należy także pamiętać, iż powinnien być stosowany jako działanie absolutnie ostateczne. Celem pracy jest przedstawienie przymusu bezpośredniego jako istotnego aspektu w ujęciu etyki medycznej.

Przegląd literatury

Definicja etyki

Etyka [gr. tá ēthiká 'traktat o obyczajach' < éthos 'obyczaj', 'charakter'] to ogół zasad moralnych, które są przyjęte w określonym czasie przez daną zbiorowość społeczną. Stanowią one punkt odniesienia dotyczący oceny i uporządkowania działań prowadzący do integracji zbiorowości na temat prezentowanych wartości i synonimów moralności [1]. Definitywnie etyka stanowi naukę o moralności. Często określana jest ona także jako synonim moralności. Odnosi się ona także do obyczajów, zwyczajów. Etyka tłumaczona jest także jako teoria wartości i czynów moralnych [2]. Moralność według słownika PWN oznacza „zespół ocen, norm i zasad

określających zakres poglądów i zachowań uważanych za właściwe" [1]. Maria Ossowska kategoryzuje normy moralne na:
- normy odnoszące się do istnienia biologicznego;
- normy odnoszące się do godności człowieka;
- normy odnoszące się do sprawiedliwości;
- normy odnoszące się do zaufania;
- normy odnoszące się do prywatności;
- normy odnoszące się do niezależności
- normy regulujące i łagodzące konflikty społeczne.

Etyka zawodowa

W literaturze przedstawiona została także definicja etyki zawodowej i brzmi ona w następujący sposób: „Etyka zawodowa jest nauką filozoficzną o usprawnieniach moralnych człowieka, potrzebnych do wykonania ulubionej pracy. Zawód bowiem jest wykonywaniem tej pracy, którą najbardziej się lubi i najlepiej się umie." [3]. Etyka zawodowa stanowi teorię odpowiedzialnej, tj. moralnie poprawnie wykonywanej pracy. Realizowana ona zostaje w wyniku osiągniętych sprawności w konsekwencji warunkujących efektywną i wydajną pracę [4, 5]. Treść norm etyki zawodowej jest określona przez treść odgrywanej roli społecznej charakteryzującej osoby wykonujące dany zawód [5, 6]. Według J. Sikory składowe etyki zawodowej to:
- odpowiednia dla wyznaczonego zawodu konkretyzacja ogólnie przyjętych w zbiorowości wymogów i zasad moralnych;
- wyznaczenie charakterystycznej dla każdego systemu moralności zawodowej hierarchii wartości;
- istota preferowania przez daną grupę zawodową określonego sposobu rozwiązywania konfliktów zasad i norm moralnych [7].

Wiele grup zawodowych reguluje swoje normy postępowania w kodeksie etycznym. Kodeks ten uwzględnia w głównej mierze

specyfikę działań określonej zbiorowości. Cechy charakterystyczne kodeksu etycznego to:
- normowanie (nie należy, aby kodeks zawierał charakterystykę wartości i ideałów, którym oddana jest korporacja);
- dbanie o interes publiczny;
- rzeczowość i uczciwość [5].

Istnieją grupy zawodowe np. kierunki medyczne, które w przeciągu swojej kariery pozostają w centrum zainteresowania opinii społecznej. Powszechnie uznaje się, iż do wykonywania tej pracy niezbędne jest tzw. powołanie. Kontrowersje budzi, natomiast temat granicy między pracą a służbą. Elementy etyczne w zawodach medycznych stanowią istotny aspekt pracy z drugim człowiekiem [8, 9]. Presja otoczenia oddziałuje coraz silniej na system ochrony zdrowia w Polsce, dlatego istotną role odgrywa przestrzeganie zasad etycznych. Definicja etyki nawiązuje zawsze do ludzi, a nie firm i organizacji, według definicji „Etyczna firma to wspólnota ludzi budujących trwałą i silną kulturę opartą na poszanowaniu praw i prywatności ludzkiej" [8, 10].

Przymus bezpośredni a etyka

Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej zapewnia wszystkim swoim obywatelom fundamentalne prawo do zachowania i poszanowania ich wolności i godności [11]. Te dwie wartości stanowią nieodzowny element natury człowieka [12]. Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przyznaje każdemu pacjentowi prawo do wyrażania zgody na podjęcie interwencji medycznych, a także uprawnienie do odmowy poddania się im [13]. Istotny jest fakt, iż ustawodawca określił także możliwość podejmowania interwencji medycznych bez uzyskania zgody bądź przy sprzeciwie uprawnionego podmiotu. Do tych szczególnych sytuacji zaliczamy m.in. zastosowanie przymusu bezpośredniego [14, 15]. W aspekcie prawnym przymus bezpośredni definiowany jest jako

„ograniczenie ruchów pacjenta lub jego unieruchomienie przy użyciu siły fizycznej, środków mechanicznych i innych w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i otoczenia oraz wykonania zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych" [16]. Ze strony medycznej przymus bezpośredni stanowi interwencję terapeutyczną. Celem tej interwencji jest umożliwienie pacjentowi odzyskania zdolności do samokontroli [17]. Przymus bezpośredni powinien być rozpatrywany w aspekcie dwóch poziomów tj. dobra pacjenta oraz z perspektywy zespołu terapeutycznego. Jego wiodącym celem jest zabezpieczenie chorego przed pogorszeniem stanu zdrowia oraz umożliwienie udzielenia mu pomocy medycznej. Osoby u których zastosowano przymus bezpośredni stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia swojego, pozostałych pacjentów oraz personelu medycznego [18]. Przepisy międzynarodowe i krajowe określają życie i zdrowie ludzkie jako wartość najwyższą, dlatego w niektórych zaistniałych sytuacjach etyczne jest zastosowanie przymusu bezpośredniego. Autonomia chorych jest statystycznie częściej naruszana u osób z zdiagnozowanymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Należy jednak zaznaczyć, iż stany pobudzenia mogą pojawić się w przebiegu wielu chorób somatycznych. Stanowią one wówczas realne zagrożenie dla samego pacjenta, ale i dla osób znajdujących się w jego otoczeniu. Ustawodawca wskazuje także zastosowanie przymusu bezpośredniego w określonych sytuacjach jako zgodne z prawem. Przepis art. 26 §1. Kodeksu karnego mówi, iż „Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakiemukolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego". W aspekcie etycznych w odniesieniu do pacjentów niezdolnych do wyrażenia świadomej zgody, z niewielkimi wyjątkami interwencja medyczna może zostać zastosowana tylko i wyłącznie wtedy, kiedy jest to dla jednostki bezpośrednio korzystne. Etyka zatem nie

wyklucza stosowania środków przymusu bezpośredniego, gdy stanowią one konieczne dobro dla pacjenta [19].

Aspekty prawne przymusu bezpośredniego

Do najważniejszych aktów prawnych regulujących przymus bezpośredni zaliczamy Ustawę z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia publicznego (z późniejszymi zmianami) [21] oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania [22]. W/w Rozporządzenie dokonuje określenia sposobu stosowanego przymusu bezpośredniego względem pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, form dokumentowania oraz prawidłowego rozpoznawania zasadności zastosowanego przymusu bezpośredniego [22]. Zgodnie z Ustawą z dnia 3 grudnia 2010 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przymus bezpośredni może zostać zastosowany u osób, które:

1. „dopuszczają się zamachu przeciwko:
    a. życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
    b. bezpieczeństwu powszechnemu, lub
2. w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
3. poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej" [21].

O wszczęciu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz. Dokonuje on także wyboru rodzaju zastosowania środka przymusu [21]. Lekarz zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie izolacji bądź unieruchomienia na czas 4 godzin. Następnie po osobistym zbadaniu może dokonać przedłużenia stosowania przymusu na kolejne dwa okresy 6-ścio godzinne. Dalsze

przedłużanie procesu unieruchomienia możliwe jest wyłącznie po każdorazowym osobistym zbadaniu pacjenta i uzyskaniu opinii lekarza psychiatry [22]. W nagłych sytuacjach, kiedy nie ma możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza, działania może podjąć pielęgniarka. Należy jednak pamiętać, iż musi ona osobiście nadzorować wykonanie procedury przymusu bezpośredniego. Kolejno powinna ona niezwłocznie o zaistniałej sytuacji powiadomić lekarza. Uprawnienie to zostało nadane pielęgniarkom pracującym na oddziałach psychiatrycznych oraz jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej. Przed wykonaniem przymusu bezpośredniego należy powiadomić pacjenta wobec, którego środki przymusu mają być zastosowane. Wybór środka przymusu powinien być dokonywany w aspekcie najmniejszej uciążliwości dla podopiecznego. Istotne jest także odnotowanie w prowadzonej dokumentacji medycznej każdorazowego przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego [21].

Formy przymusu bezpośredniego

Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia publicznego (z późniejszymi zmianami) wyróżniamy 4 formy przymusu bezpośredniego:

1. Przytrzymanie- stosowane doraźnie. Jest to krótkotrwałe unieruchomienie pacjenta z użyciem wobec niego siły.
2. Przymusowe zastosowanie leków- również doraźne lub zaplanowane w procesie leczniczym wprowadzenie bez zgody danej osoby leków do jej organizmu.
3. Unieruchomienie- stanowi proces ubezwłasnowolnienia przy pomocy pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa i innych.
4. Izolacja- umieszczenie chorego pojedynczo. Pomieszczenie, w którym znajduje się pacjent jest zamknięte i odpowiednio przystosowane.

Wnioski

Obowiązujące w Polsce przepisy prawa dopuszczają stosowanie czterech różnych form przymusu bezpośredniego w określonych sytuacjach. Przymus bezpośredni ma swoje zastosowanie zarówno w placówkach psychiatrycznych jak i ośrodkach poza psychiatrycznych. Decyzja o zastosowaniu przymusu powinna być swoistą ostatecznością. Jej zastosowanie powinno być poprzedzone uprzednim poinformowaniem osoby, wobec której ma zostać podjęty ten środek. Istotny jest fakt, iż stosowane środki przymusu bezpośredniego nie mogą być stosowane profilaktycznie. Powinien on być traktowany jako ratunek w wyjątkowej sytuacji i dopuszczalny w wyjątkowych sytuacjach. Zawsze należy pamiętać, iż stosowanie środków przymusu bezpośredniego powinno odbywać się z poszanowaniem praw godności człowieka.

Bibliografia/Bibliography:

1. Encyklopedia Popularna PWN. Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017.

2. Migoń P.M. Wstęp do etyki. Skrypt. Wydawnictwo Elektronicznie, Gdańsk 2013.

3. Gogacz M. Czym jest etyka zawodowa. Andrzejuk A. (Red.), Zagadnienie etyki zawodowej. Oficyna Wydawnicza Navo, Warszawa 1998.

4. Mariański J. Socjologia moralności Marii Ossowskiej w opinii wybranych środowisk katolickich. Zeszyty Naukowe KUL. 2016; 234: 23-45.

5. Drzeżdżon W. Etyczne aspekty pracy zawodowe. Wybrane zagadnienia. Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość. 2013; 10: 21-35.

6. Drzeżdżon W. Etyczno-deontologiczne kompetencje nauczyciela-wychowawcy. Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość. 2007; 4: 204–210.

7. Januszek H., Sikora J. Socjologia pracy. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1998.

8. Rębak D., Głuszek S. Wpływ poczucia koherencji i stopnia wykształcenia na motywy i zadowolenie z dokonanego wyboru zawodu ratownika medycznego. Problemy Pielęgniarstwa. 2014; 22(4): 490-495.

9. Buchelt B. Perspektywa rozwoju funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych w Polsce. Stępniewski J., Karniej P., Kęsy M. (Red.), Innowacje organizacyjne w szpitalach. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.

10. Stor M. Prawne i etyczne zagadnienia zarządzania kadrami. Listwan T. (Red.), Zarządzanie kadrami. Wyd. IV zmienione, C.H. Beck, Warszawa 2010.

11. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U.1997.78. 483 z późn. zm.).

12. Banaszak B. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej: komentarz, Wyd. C.H. Beck, Warszawa 2012.

13. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).

14. Dukiet-Nagorska T. Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.

15. Kobińska A. Zakres autonomii pacjenta na przykładzie nie wyrażenia zgody na zastosowanie preparatu krwi podczas ewentualnej interwencji medycznej w bliżej nieokreślonej przyszłości. Transformacje Prawa Prywatnego. 2006; 3: 35–51.

16. Milik A. Przymus bezpośredni w psychiatrii w świetle obowiązujących przepisów. Prawo i Medycyna. 2007; 2.

17. Kokoszka A. Postępowanie w stanach naglących. Bilikiewicz A., Pużyński A.S., Rybakowski J., Wciórka J. (Red.), Psychiatria. Urban&Partner, Wrocław 2003.

18. Behnam M., Tillotson R., Davis S. Davis S., Hobbs G. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. J Emerg Med. 2011; 40(5): 565-579.

19. Lisowska A. Ograniczenie autonomii jednostki, a może ochrona konstytucyjnych praw i wolności człowieka. Normatywne aspekty stosowania „przymusu bezpośredniego" w psychiatrii. Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna. 2014; 3(2): 111-138.

20. Ustawa z dnia 2 sierpnia 1997 roku Kodeks karny (Dz. U. rok 1997 numer 88 poz. 553).

21. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia publicznego ((Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U. 2012 poz. 740).