

ZESZYTY NAUKOWE  
WSHE

Serie wydawnicze WSHE

Debiuty Naukowe WSHE (od 1998 r.)

Zeszyty Naukowe WSHE (od 1997 r.)

# ZESZYTY NAUKOWE WSHE

Tom XXXVII

Półrocznik

seria F:  
Nauki o Zdrowiu

zeszyt 3  
Holistyczny wymiar opieki nad człowiekiem  
w naukach o zdrowiu



Włocławek 2013

Kolegium redakcyjne  
ks. Marian Włosiński (przewodniczący)  
Jozef Jarab, Bazyl Degórski, Olena Bida, Jozef Biel'ak,  
Marian Šuráb, Martin Dojčár, Dorota Kochman,  
Adam Wróbel, Adam Żwirbla

Redaktorzy tomu  
dr n. med. Beata Haor  
dr n. med. Dorota Kochman

Recenzenci tomu  
dr hab. n. med. Wojciech Beuth  
dr hab. n. med., prof. PUM Beata Karakiewicz

Opracowanie redakcyjne  
Dorota Wojciechowska

Projekt okładki  
Regina Magier

Łamanie  
Maciej Kolanowski

© Copyright by Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna  
Włocławek 2013

ISSN 1507-7403

Wydawca  
Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku  
87-800 Włocławek, pl. Wolności 1  
tel. 48 54 425 20 07, faks 660 64 14 07  
<http://www.wshe.pl>, e-mail: [biurorektora@wshe.pl](mailto:biurorektora@wshe.pl)

## SPIS TREŚCI

Wprowadzenie ..... 9

### I. ASPEKTY HOLIZMU W HISTORII ORAZ PERSPEKTYWACH ROZWOJU MEDYCYNY I PIELĘGNIARSTWA

**Waldemar Jędrzejczyk**

Futurologiczne spojrzenie na medycynę ..... 11

**Lech Bieganowski**

Starożytne i średniowieczne korzenie pielęgniarstwa ..... 19

### II. INTERDYSCYPLINARNY WYMIAR NAUK O ZDROWIU A HOLISTYCZNE ODNIESIENIE DO POTRZEB I PROBLEMÓW CZŁOWIEKA W RÓŻNYM STANIE ZDROWIA

**Dorota Kochman, Magdalena Rybowska**

Ryzyko wystąpienia krzywicy poprzez niewłaściwe zaopatrzenie  
organizmu w witaminę D<sub>3</sub> wśród dzieci do drugiego roku życia ..... 31

**Jolanta Żywica, Maria Posłuszna-Owczar**

Wspierająca i edukacyjna rola pielęgniarki pediatrycznej  
w odniesieniu do dzieci chorych i ich rodziców ..... 47

**Ewa Barczykowska, Renata Graczkowska**

Rodzice wobec zalecanych szczepień ochronnych u dzieci ..... 61

**Dorota Kochman, Barbara Łukaszewska**

Satysfakcja z życia u dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1  
leczoną za pomocą osobistej pompy insulinowej ..... 71

**Leokadia Rezmerska, Beata Mazur,**

**Beata Haor, Mariola Głowacka**

Zastosowanie teorii pielęgnowania Dorothy Orem  
w praktyce pielęgniarstwie wobec pacjentów z cukrzycą ..... 83

<b>Beata Haor, Alicja Gołębiowska, Mariola Głowacka, Leokadia Rezmerska</b>	
Wybrane aspekty akceptacji choroby przewlekłej w opinii pacjentów w przebiegu cukrzycy typu 2 .....	93
<b>Krzysztof Worowski</b>	
Struktura, metaboliczne i psychosomatyczne działanie insuliny.....	105
<b>Eugeniusz Suwiński</b>	
Zadania edukacji zdrowotnej w rozwijaniu umiejętności życiowych .....	113
<b>Agnieszka Andrearczyk-Woźniakowska, Elżbieta Korpolińska, Beata Haor</b>	
Zakres wiedzy pielęgniarek na temat zapobiegania zakażeniom związanym z centralnym dostępem żylnym .....	121
<b>Mariola Głowacka, Anna Ruta, Beata Haor, Leokadia Rezmerska, Marzena Humańska, Danuta Ponczek, Agnieszka Reszelska</b>	
Aspekty jakości życia pielęgniarek czynnych zawodowo — badania wstępne .....	131
<b>Beata Haor, Beata Pielaszewska, Robert Ślusarz, Mariola Rybka</b>	
Wybrane aspekty sprawności seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego a praktyka pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej .....	145
<b>Mariola Rybka, Beata Haor</b>	
Jakość życia osób w wieku podeszłym.....	157
III. VARIA	
<b>Maria Paczkowska</b>	
Egzamin OSCE jako forma oceniania.....	167
<b>Barbara Ziólkowska</b>	
Bibliografia zawartości publikacji Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku (2012).....	173
Informacje o autorach .....	197

## TABLE OF CONTENTS

Introduction.....	9
I. HOLISTIC ASPECTS IN THE HISTORY AND PERSPECTIVES OF THE DEVELOPMENT OF MEDICINE AND NURSING	
<b>Waldemar Jędrzejczyk</b> Futurological look at medicine .....	11
<b>Lech Bieganowski</b> Ancient and medieval roots of nursing.....	19
II. THE INTERDISCIPLINARY DIMENSION OF THE HEALTH SCIENCES AND HOLISTIC REFERENCE TO THE NEEDS AND PROBLEMS OF MAN IN VARIOUS STATES OF HEALTH	
<b>Dorota Kochman, Magdalena Rybowska</b> Risk of the appearance of rickets by improper supplying the organism with the vitamin D <sub>3</sub> amongst children to 2 years old.....	31
<b>Jolanta Żywica, Maria Połusznna-Owczarz</b> Supporting and educational role of pediatric nurses towards sick children and their parents .....	47
<b>Ewa Barczykowska, Renata Graczkowska</b> Parents towards the recommended vaccinations for children.....	61
<b>Dorota Kochman, Barbara Łukaszewska</b> Satisfaction from living at children and teenagers with diabetes of the type 1 cured with the personal insulin pump .....	71
<b>Leokadia Rezmerska, Beata Mazur, Beata Haor, Mariola Głowacka</b> Dorothy Orem's nursing theory application in practice of nursing to patients with diabetes .....	83

<b>Beata Haor, Alicja Gołębiewska, Mariola Głowacka, Leokadia Rezmerska</b> Selected aspects of acceptance of chronic disease in patients of type 2 diabetes .....	93
<b>Krzysztof Worowski</b> Structure, metabolic and psychosomatic effects of insulin .....	105
<b>Eugeniusz Suwiński</b> The role of health education in the development of living skills .....	113
<b>Agnieszka Andrearczyk-Woźniakowska, Elżbieta Korpolińska, Beata Haor</b> The scope of nurses' knowledge on the prevention of infection associated with central venous access.....	121
<b>Mariola Głowacka, Anna Ruta, Beata Haor, Leokadia Rezmerska, Marzena Humańska, Danuta Ponczek, Agnieszka Reszelska</b> Aspects of life quality of the practicing nurses — preliminary study .....	131
<b>Beata Haor, Beata Pielaszewska, Robert Ślusarz, Mariola Rybka</b> Selected aspects of the efficiency of seniors in complex activities of daily living and the practice nurses in primary care .....	145
<b>Mariola Rybka, Beata Haor</b> Quality of life of the elderly .....	157
III. VARIA	
<b>Maria Paczkowska</b> OSCE exam as a form of assessment .....	167
<b>Barbara Ziólkowska</b> Bibliography of contents of publication University of Humanities and Economics in Włocławek (2012) .....	173
Information about authors .....	197

## WPROWADZENIE

*„Aby zrozumieć drugiego człowieka, należy go zrozumieć tak, jak gdyby być w jego wnętrzu. Należy patrzeć jego oczyma, tak by widzieć, jak wygląda jego świat i jak on ocenia siebie. Zamiast przyglądać mu się z zewnątrz, jak gdyby był jakimś okazem naukowym, należy umieć przebywać w jego świecie, wnikać w niego po to, by odczuć od wewnątrz, jak dla niego wygląda życie”.*

Gordon Thomas

Holizm (grec. *holos* — całość) prezentowany w medycynie i naukach o zdrowiu koncentruje się na poglądzie, że zjawiska odnoszące się do człowieka i jego stanu zdrowia należy rozpatrywać całościowo [1]. Założenia opieki holistycznej w wymiarze profesjonalnym i nieprofesjonalnym opierają się na zasadniczych fundamentach: pojęciu zdrowia i choroby, podmiotu opieki, zakresu opieki i jej organizacji oraz dawcach świadczeń opiekuńczych. Zdrowie rozpatrywane jest jako kategoria pozytywna, a każda jednostka jest odpowiedzialna za jego stan. Z kolei choroba dotyczy człowieka jako całości, co wpływa na jego interakcje z otoczeniem. Istotnym elementem opieki są działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki w aspekcie przygotowania do samoopieki oraz respektowanie potrzeb jednostki w kontekście rodziny, społeczności oraz ich odrębności kulturowych [1].

Aspekty holistycznego wymiaru opieki nad człowiekiem w naukach o zdrowiu zaprezentowano w kolejnym „Zeszycie Naukowym WSHE” z serii „Nauki o Zdrowiu”. Składa się on z dwóch części. W pierwszej z nich, która nosi tytuł „Aspekty holizmu w historii oraz perspektywach rozwoju medycyny i pielęgniarstwa” przedstawiono dwa opracowania. Dotyczą one uwarunkowań rozwoju pielęgniarstwa zawodowego. Ponadto zaprezentowano futurologiczną perspektywę rozwoju medycyny w kontekście współczesnych osiągnięć nauki i techniki.

Kolejna część Zeszytu, która nosi tytuł „Interdyscyplinarny wymiar nauk o zdrowiu a holistyczne odniesienie do potrzeb i problemów człowieka w różnym stanie zdrowia”, zawiera dwanaście wieloosrodkowych opracowań o charakterze oryginalnym oraz poglądowym. Autorzy opierając się na wynikach autorskich badań oraz analizie literatury naukowej prezentują holistyczne odniesienie do złożonych potrzeb i problemów człowieka w różnym wieku i stanie zdrowia. Podkreślony został także aspekt interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu.

Szeroki zakres tematyki prezentowanych opracowań z pewnością nie wyczerpuje zagadnienia holizmu w naukach o zdrowiu i założeniach opieki nad pacjentem. Mamy nadzieję, że powyższy Zeszyt skłoni Państwa do refleksji i dalszego poszukiwania rozwiązań, które służą postrzeganiu oraz rozwiązywaniu problemów i potrzeb jednostki w wymiarze całościowym.

*Beata Haor  
Dorota Kochman*

1. Ciechaniewicz W. Opieka holistyczna. W: Ciechaniewicz W. (red.) Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 99–102.

Waldemar Jędrzejczyk

(Wydział Nauk o Zdrowiu

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

## FUTUROLOGICZNE SPOJRZENIE NA MEDYCYNĘ\*

Słowa kluczowe: futurologia; medycyna; nowoczesne technologie.

### FUTUROLOGICAL LOOK AT MEDICINE

Key words: futurology; medicine; new technologies.

## Wstęp

Pod wpływem gwałtownego rozwoju technologii informatycznych i genetyki można spodziewać się dynamicznego postępu w diagnostyce i leczeniu w zakresie chirurgii XXI wieku. Należy oczekiwać częstszego zastosowania robotów, komputerów i technologii teleinformatycznych, zarówno w procesach diagnostycznych jak i w procesie leczenia. Obserwuje się gwałtowny rozwój nanotechnologii, klonowania tkanek, wykorzystania komórek macierzystych, terapii genowych oraz modyfikacji genetycznych. Rozwojowi zautomatyzowanej medycyny towarzyszą obawy natury etycznej. Bill Joy napisał że „najpotężniejsze technologie XXI wieku — robotyka, inżynieria genetyczna i nanotechnologia — mogą sprawić, że ludzkość będzie gatunkiem zagrożonym”. Jan Paweł II w liście do chirurgów polskich pisał: „chory człowiek nie może mieć przed sobą tylko maszyny czy komputera, ale musi mieć przede wszystkim dobro drugiego człowieka. Tym człowiekiem jest lekarz. Zaś lekarzowi do zrozumienia drugiego człowieka jest potrzebna nie tylko technika, ale jego własne sumienie, własna mądrość i bezgraniczna uczciwość”. Maszyna czy komputer nigdy nie zastąpią człowieka, jednak udział robotów i komputerów może pozwolić na zminimalizowanie błędu „ludzkiego” w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

---

\* Temat tej pracy stanowił wykład na Inauguracji Roku Akademickiego w WSHE we Włocławku w 2012 r.

## Cel

Celem pracy jest omówienie nowych trendów w nauce i technice, które warunkują postęp w medycynie. Problemy, które opisano i omówiono są następujące: wdrożenie technologii teleinformatycznych, udział robotów i komputerów w procesach diagnostyczno-terapeutycznych, wykorzystanie komórek macierzystych, nanotechnologie, klonowanie tkanek oraz terapia genowa i modyfikacje genetyczne. Szczególną uwagę poświęcono telemedycynie i telementoringowi, czyli konsultacji przedoperacyjnej oraz w czasie operacji nawet na odległość 10 tys. kilometrów.

## Przegląd

Telemedycyna jest wykorzystaniem informacji elektronicznej i technologii łączności w pełni rozumianej opiece zdrowotnej w przypadkach, gdy pacjenta i lekarza dzieli odległość (1996, Institute of Medicine). Na przełomie wieków telemedycynę podzielono na telemonitoring (technikę umożliwiającą nadzór „na odległość” nad procedurą wykonywaną przez niedoświadczonego w pełni lekarza) i teleproctoring (ocenę poprawności wykonanych procedur) [1]. Coraz częściej działanie o minimalnej inwazyjności jest postępowaniem z wyboru w dziedzinach zabiegowych. W 1997 r. w Baltimore Schulam i wsp. przedstawili system zdalnego asystowania przy operacjach laparoskopowych [2]. Połączono salę operacyjną oddaloną od pokoju lekarskiego o 3,5 mili kablem umożliwiającym podgląd z laparoskopii, kamery zewnętrznej, zdalną kontrolę ramienia robota obsługującego laparoskop i zdalną kontrolę koagulacji. W doświadczeniu wzięło udział siedmiu chorych, którzy poddani byli operacji laparoskopowej przeprowadzonej przez chirurga z ograniczonym doświadczeniem. Dzięki „teleasystce” doświadczonego lekarza wszystkie zabiegi przebiegły pomyślnie. Podobny system przedstawili lekarze z Bremen [3]. Zdalnego asystenta zastępował kontrolowany głosem robot. Pole widzenia określał operator, a robot reagował precyzyjnie na polecenia, utrzymując narzędzia dokładnie według życzeń chirurga. W ten sposób wykonano pomyślnie 52 operacje laparoskopowe pęcherzyka żółciowego, żołądka, jelita grubego i przepuklin.

Pierwszy komercyjny robot zastosowano w medycynie w 1992 r. do nawiercania kości udowej w ortopedii (osiągnięto precyzję 95% w porównaniu do 75% w metodzie klasycznej). W 1994 r. zastosowano pierwszy sterowany gło-

sem robot w chirurgii jamy brzusznej, który dawał stabilne pole widzenia podczas laparoskopii.

Obecnie superprecyzyjne sterowane ruchem lub głosem roboty umożliwiają wykonywanie z wielką precyzją mikrozespolenia w kardiochirurgii. Alternatywny system pozwala chirurgowi kierować wszystkimi ruchami robota przez manipulatory wywierające aktywny opór. Baca w 1997 r. przedstawił robota ACROBOT stosowanego w ortopedii do pomocy przy zakładaniu protezy stawu kolanowego [4]. Kierujący robotem chirurg czuje opór stawiany przez operowane tkanki, mimo że lekarza od chorego mogą dzielić setki kilometrów [5]. Według Visariususa wsp. z Bema na podstawie podobnych rozwiązań będą budowane w przyszłości roboty [6]. Pierwsza na świecie duża operacja telechirurgiczna USA–Francja odbyła się we wrześniu 2001 r. Dystans 14 tys. km połączono łączem światłowodowym o dużej przepustowości. Dzięki temu opóźnienie pomiędzy ruchem chirurga w Nowym Yorku a ruchem ramienia robota wykonującego operację w Strasbourgu wynosiło 200 ms. Cholecystektomia laparoskopowa zakończyła się pomyślnie. Ograniczeniem tej metody leczenia jest opóźnienie zwrotne sygnału między lekarzem a maszyną, które nie powinno być dłuższe niż 200 ms, ponieważ powoduje to błędy w prowadzeniu i umiejscowieniu narzędzi. W 89 ośrodkach na świecie wykonywane są operacje w The da Vinci System. System operacyjny sterowany jest komputerem o niespotykanych do tej pory sześciu stopniach swobody manewrowania. Dwa niezależne monitory umieszczone bezpośrednio przed oczami operatora tworzą realny, trójwymiarowy obraz pola operacyjnego. Manipulatory posiadają zdolność przekazywania oporu stawianego przez operowaną tkankę a ruch jest bezpośrednim przełożeniem ruchu ręki operatora. W styczniu 2002 r. wykonano w asyście systemu operację wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych bez otwierania klatki piersiowej. Ograniczeniem zastosowania tej metody jest koszt robota, który wynosi około 1 mln USD. Techniki komputerowego przetwarzania obrazu znajdują coraz szersze zastosowanie w diagnostyce. Wirtualna cystoskopia i kolonoskopia stanowią alternatywę dla metod konwencjonalnych; dzięki ich nieinwazyjności są możliwe do zastosowania u chorych z zaawansowaną niewydolnością wieńcową i niewydolnością serca. Wykrywalność zmian chorobowych jest porównywalna. Coraz szersze zastosowanie znajduje dwu- i trójwymiarowa tomografia, kolonografia termograficzna, trójwymiarowa tomografia. Trójwymiarowy obraz operowanego narządu daje chirurgowi możliwość precyzyjnego zaplanowania operacji, dzięki temu zmniejsza ryzyko późniejszych błędów i liczbę nieprzewidzianych powikłań. Stosowane są systemy, w których pole operacyjne pokazywane jest na monitorze o wysokiej rozdzielczości, co w zestawieniu ze specjalnymi okularami daje obraz trójwymiarowy. Innym rozwiązaniem jest ekran zawieszony nad pacjentem pozwalający zrezygnować z uciążliwego odwracania wzroku w kierunku monitora [7].

W ostatnich latach obserwujemy gwałtowny rozwój transplantologii i rosnący popyt na narządy zastępcze. Dzięki wykorzystaniu osiągnięć biotechnologii i genetyki będzie można wyprodukować narządy w sztuczny sposób. Już dziś inżynieria tkankowa pozwala na wytworzenie pod kontrolą takie tkanki i narządy, jak: mięśnie gładkie, tkankę łączną, ściany tętnic płucnych, jelita, wątrobę, kości, chrząstki i nerwy. Modyfikacje genetyczne u zwierząt transgenicznych pozwolą na zmniejszenie ryzyka nadostrego odrzucenia przeszczepu. Możliwość zmiany w kodzie genetycznym dawcy pozwoli na zbliżenie do kodu genetycznego biorcy. Aby spowodować rozwój prefabrykowanej metodami inżynierii genetycznej tkanki, należy przeszczepić odpowiednio dużą ilość komórek nie wywołujących odpowiedzi immunologicznej biorcy. Coraz szersze zastosowanie znajduje przeszczepianie komórek macierzystych. Komórki macierzyste mają zdolność nie tylko do rozmnażania (tworzenia nowych komórek macierzystych), ale również do różnicowania, czyli przekształcania w komórki typowe dla danej tkanki. Już dziś przeszczepiane komórki macierzyste znajdują zastosowanie w chorobie niedokrwiennej serca (wszczepianie w strefę okołozawałową), w oparzeniach, w onkologii, transplantologii, neurologii (urazy rdzenia, SM, choroba Parkinsona).

W 2001 r. Menaseli i wsp. przeprowadzili w Paryżu po raz pierwszy na świecie przeszczep autologicznych mioblastów uzyskanych z mięśni szkieletowych pacjentowi po zawale serca. Mioblasty wszczepiono w obszar graniczący z martwicą, ściany dolnej mięśnia lewej komory. Zabieg wykonano w trakcie pomostowania aortalno-wieńcowego. Po upływie pięciu miesięcy stwierdzono poprawę wydolności krążenia o jedną klasę według NYHA, poprawę echokardiograficzną odcinkowej i globalnej kurczliwości lewej komory oraz zwiększenie frakcji wyrzutowej. W pozytronowej tomografii emisyjnej stwierdzono zwiększony wychwyty znacznika, co świadczy o aktywności metabolicznej w obszarze objętym martwicą [10]. Być może, że wytwarzanie autogenicznych narządów *in vitro* i naprawa uszkodzonych narządów poprzez przeszczepianie komórek macierzystych *in vivo* pozwoli na odejście od kontrowersyjnej technologii klonowania całych organizmów.

Medycyna i chirurgia XXI wieku wiązać się może z powstaniem nanomedycyny i nanochirurgii. Nanomedycyna jest kompleksowym monitoringiem, kontrolą, tworzeniem, naprawą, obroną i udoskonaleniem ludzkich systemów biologicznych na poziomie molekularnym komórki z wykorzystaniem essemblerów, czyli nonourządzeń i nanostruktur. Podróżujące po całym organizmie roboty naprawiające mechanicznie tkanki i ich elementy — nano-łódzie w układzie krążenia napędzane są glukozą i tlenem z krwi. Nową perspektywę stwarzają telesensory, czyli mikroczujniki otoczone biokompatybilną otoczką, przekazujące drogą radiową sygnały życiowe na odległość (ASIC) do bazy danych pacjenta analizowanej na bieżąco przez komputer pod nadzorem lekarza.

Wizja zautomatyzowanej wyposażonej w roboty medycyny budzi wiele obaw i niepokoju, jednak stwarza możliwość ogromnego postępu w diagnostyce i terapii oraz minimalizacji błędu ludzkiego.

Już w najbliższej przyszłości przełomem w rozwoju nauk przyrodniczych i medycznych mogą okazać się tzw. biochipy (bioprocessory). Ich powstanie poprzedzone zostało szybkim rozwojem technik stosowanych w inżynierii genetycznej umożliwiających izolację, cięcie (enzymami restrykcyjnymi), łączenie i namnażanie (metodą PCR) kwasów nukleinowych oraz pozwalających na ich wiązanie się z podobnymi lub identycznymi cząsteczkami DNA lub RNA (określanymi jako sondy) w procesie zwanym hybrydyzacją. Do powstania biochipów przyczynili się również inżynierowie i informatycy konstruuując urządzenia (skanery) służące do ich odczytu i obróbki komputerowej uzyskiwanych wyników. Pierwsze prototypy biochipów powstały w Stanach Zjednoczonych w połowie lat dziewięćdziesiątych XX wieku.

W dużym uproszczeniu biochip to płytka szklana (szkiełko mikroskopowe), w której na powierzchni około 1 cm<sup>2</sup> utworzono kilkadziesiąt tysięcy zagłębień zawierających unieruchomione sondy. Do każdego z nich, w trakcie reakcji hybrydyzacji, przyłączyć się mogą wcześniej wyizolowane i namnożone fragmenty DNA lub RNA o podobnej lub identycznej sekwencji nukleotydów. Liczba związanych przez sondy, fluorescencyjnie lub izotopowo, wyznakowanych fragmentów analizowanych kwasów nukleinowych decyduje o intensywności sygnału wysyłanego z określonych miejsc na chipie, odczytywanych za pomocą odpowiednich czytników (skanerów). Ostateczne wyniki uzyskuje się po obróbce uzyskanych pomiarów za pomocą odpowiednich programów komputerowych.

Biochipy umożliwiają jednoczesne zajście tysięcy reakcji hybrydyzacji, stąd też pozwalają na badanie na masową skalę poziomu ekspresji genów oraz na określanie funkcji poszczególnych genów zaangażowanych w kontrolę określonych procesów fizjologicznych, powstawanie chorób i stanów patologicznych. Największe nadzieje budzi możliwość zastosowania bioprocessorów w służbie zdrowia. Już w chwili obecnej przy użyciu biochipów określać można różnice w budowie i aktywności genów ludzi zdrowych i chorych, zarówno na choroby genetyczne, jak i nabyte. Technologia chipów DNA ma dzisiaj dwa podstawowe zastosowania: 1) identyfikację sekwencji (genu lub mutacji w genie) i 2) określenie poziomu ekspresji (aktywności) setek, a nawet tysięcy genów jednocześnie. W obu tych przypadkach technika ta pozwala obrazować istnienie różnic pomiędzy materiałem genetycznym izolowanym z komórek normalnych (zdrowych) i dwóch chorych (np. nowotworowych). Badania zmienności mutacyjnej, zwłaszcza u osób pochodzących z rodzin, w których odnotowano pojawienie się chorób nowotworowych, może być najskuteczniejszą metodą wczesnego wykrywania tego typu schorzeń na długo przed ujawnieniem się ich skutków. Stosowanie odpowiednich leków pozwoli na

zablokowanie procesu przekształcania się zmutowanych komórek w komórki nowotworowe. Biochipy stwarzają jeszcze inne możliwości w diagnostyce chorób nowotworowych. Już obecnie znanych jest wiele genów (tzw. protoonkogenów), których mutacje prowadzą do niekontrolowanego namnażania się komórek i ich przekształcania się w guz złośliwy. Z drugiej strony opisanemu procesowi przeciwdziała inna grupa genów zwanych supresorowymi. Wydaje się więc, że proces nowotworzenia polega na pojawieniu się zaburzeń w komórkowej równowadze procesów kontrolowanych przez protoonkogeny i geny supresorowe. Zależności te można obecnie badać przy użyciu biochipów zawierających sondy specyficzne dla genów zaangażowanych w utrzymywanie metabolizmu i tempa podziałów komórkowych normalnych i nowotworowych. Coraz szersze stosowanie techniki chipów DNA może już wkrótce doprowadzić do istotnego przełomu w diagnostyce nowotworowej, a zwłaszcza we wczesnym wykrywaniu tych chorób. Chip DNA może stać się precyzyjnym narzędziem diagnostycznym, pomocnym w poszukiwaniach specyficznych leków w schorzeniach, które wiążą się ze zmianami genetycznymi [11].

Od kilku lat większość wiodących firm farmaceutycznych prowadzi badania zmierzające do opracowania bioprocessorów umożliwiających wczesne wykrywanie chorób Alzheimera i Sachsa, choroby spichrzeniowej Gauchera, płasawicy Huntingтона, sierpowatości krwi, hemofilii, atrofii mięśniowej, stwardnienia bocznego zanikowego, przewlekłych zaburzeń odżywczych czy niedoboru pewnych enzymów. Przedstawione przykłady nie wyczerpują wielkich możliwości, jakie dostarczą biochipy dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego. Postęp w przypadku wielu dziedzin wiedzy medycznej, w tym zwłaszcza dotyczących badań nad nowymi generacjami leków, już w niedalekiej przyszłości opierać się będzie na technologii biochipów. Doprowadzi to do indywidualizacji terapii.

## Wnioski

Roboty coraz częściej zastępują ręce chirurga. Szczególnie jest tu przydatny The da Vinci System. Rozwijająca się transplantologia poszukuje wciąż nowych źródeł pozyskiwania narządów. Przyszłości należy szukać w inżynierii tkankowej z wykorzystaniem komórek macierzystych. Obraz tej dopiero powstającej gałęzi medycyny będą kształtować biotechnologia i genetyka. Dotyczy to także produkcji tkanek pochodzenia zwierzęcego. Dokonywane modyfikacje genetyczne pozwolą na zmniejszenie odrzucania narządów. Nanotechnologia jest jeszcze w sferze planów, ale urządzenie pracujące na poziomie ultrastruk-

tur komórkowych (nano-łodzi pływające w układzie krążenia) będą naprawiać tkanki i ich elementy. Jest to problem najbliższej przyszłości.

### Streszczenie

Celem pracy jest omówienie nowych trendów w nauce i technice, które warunkują postęp w medycynie. Problemy, które opisano i omówiono są następujące: wdrożenie technologii teleinformatycznych, udział robotów i komputerów w procesach diagnostyczno-terapeutycznych, wykorzystanie komórek macierzystych, nanotechnologie, klonowanie tkanek oraz terapia genu i modyfikacje genetyczne. Szczególną uwagę poświęcono telemedycynie i telemonitoringowi, czyli konsultacji przedoperacyjnej oraz w czasie operacji nawet na odległość 10 tys. kilometrów. Roboty coraz częściej zastępują ręce chirurga. Szczególnie jest tu przydatny The da Vinci System. Rozwijająca się transplantologia poszukuje wciąż nowych źródeł pozyskiwania narządów. Przyszłości należy szukać w inżynierii tkankowej z wykorzystaniem komórek macierzystych. Obraz tej dopiero powstającej gałęzi medycyny będą kształtować biotechnologia i genetyka. Dotyczy to także produkcji tkanek pochodzenia zwierzęcego. Dokonywane modyfikacje genetyczne pozwolą na zmniejszenie odrzucania narządów. Nanotechnologia jest jeszcze w sferze planów, ale urządzenia pracujące na poziomie ultrastruktur komórkowych (nano-łodzi pływające w układzie krążenia) będą naprawiać tkanki i ich elementy. Jest to problem najbliższej przyszłości.

### Summary

Aim of this study is to discuss new trends in science and technology that determine the progress in medicine. The problems are described and discussed are: the implementation of information and communication technologies, robots and computers involved in the processes of diagnosis and treatment, the use of stem cells, nanotechnology, cloning, tissue and gene therapy and genetic modification. Particular attention was paid to telemedicine and telemonitoring, the pre-operative consultation and during the operation over a distance of 10,000 km. Robots are increasingly replacing the surgeon's hands. This is particularly useful here The da Vinci System. Developing transplantation is still looking for new sources of organs. The future must be sought in the use of tissue engineering, stem cells. Picture the unfolding branch of medicine that will shape biotechnology and genetics. This also applies to the production of animal tissues. Genetic modifications will be made to reduce organ rejection. Nanotechnology is still in the planning stage, but the machine is operating at the level of cellular ultrastructure (nano-boats moving in the circulatory system) will repair tissues and their components. It is a problem of the near future.

### Piśmiennictwo

1. Noszczyk B.H. Chirurgia bliższej przyszłości. *Pol. Przeg. Chir.* 1995; 30: 444–449.
2. Schulam P.G. i wsp. Telesurgical mentoring. Initial clinical experience. *Surg. Endosc.* 1997; 11(10): 1001.
3. Baca J. Robot arm in laparoscopic: surgery. *Chirurg.* 1997; 68 (8): 837.
4. Noszczyk B.H. Chirurgia bliskiej przyszłości. *Pol. Przeg. Chir.* 1997; 33: 381–386.
5. Davies B.L. i wsp. Active compliance in robotic surgery — the use of force control as a dynamic constant. *Proc. Inst. Mech. Eng.* 1997; 211(4): 285.
6. Visarius H. i wsp. Man-machine interfaces in computer assisted surgery. *Composit Aided Surg.* 1997; 2(2):102.
7. Noszczyk B.H. Chirurgia bliskiej przyszłości. *Pol. Przeg. Chir.* 1999; 31: 538.

8. Editorial Stem Cell Decision Time. *Nature Genetics*. 2001; 28: 90–102.
9. Noszczyk B.H. Chirurgia bliskiej przyszłości. *Pol. Przeg. Chir.* 2001; 28: 90–100.
10. Menach P, Hagego A., Scorsin M. Myoblast transplantation for heart failure. *Lancet*. 2001; 357: 279–280.
11. Leśnikowski Z.J., Paradowska E., Przepiórkiewicz M., Studzińska M., Olejniczak A. Chipy DNA i ich zastosowania. *Postępy Mikrobiologii*. 2002; 41: 13–18.

*Lech Bieganowski*

(Wydział Nauk o Zdrowiu

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

## STAROŻYTNE I ŚREDNIOWIECZNE KORZENIE PIELEŃNIARSTWA

Słowa kluczowe: starożytność; średniowiecze; pielęgniarstwo; klasztory benedyktyńskie; medycyna klasztorna.

### ANCIENT AND MEDIEVAL ROOTS OF NURSING

Key words: Antiquity; Middle Ages; nursing; Benedictine cloisters; monastic medicine.

## Wstęp

Nie budzi wątpliwości fakt, że choroby i urazy towarzyszyły ludziom od zarania cywilizacji. Zgodnie z ówczesnymi poglądami na istotę chorób chorzy zwracali się do czarowników bądź szamanów, licząc na ich pomoc w prześlągnięciu złych bóstw zsyłających na nich różnorakie dolegliwości, lub odpędzenie złych duchów bądź odczynienie uroków (co było wyrazem ówczesnego supranaturalizmu). Jest też oczywiste, że znaczna część chorych bądź rannych mimo interwencji wspomnianych „uzdrowiaczy” wymagała opieki. Opiekę nad tymi osobami zapewniały zapewne najbliższe osoby. Wydaje się też kwestią nie wymagającą szczególnej wyobraźni, że wspomnianą opiekę nad chorymi bądź rannymi spełniały kobiety. Oczywiście niesłychanie ważną kwestią była też pomoc przy porodach oraz opieka nad noworodkiem i małym dzieckiem. W sposób oczywisty opiekę nad noworodkami i dziećmi sprawowały matki i inne kobiety. Tak więc nawet w społeczeństwach plemiennych istniał naturalny, intuicyjny wręcz załazek pielęgniarstwa.

## Przegląd

W procesie powstawania cywilizacji osobami udzielającymi wskazówek leczniczych bądź porad w zakresie zdrowia zaczęli stawać się kapłani, z których część można uznać za pierwowzór osób zajmujących się sztuką lekarską. Tak ujęli ten proces wybitni historycy medycyny A. Lyons i R.J. Petrucelli II: „Nie wiemy w jakim okresie ludzie pierwotni zdecydowali sztukę uzdrawiania przekazać wyłącznie w ręce lekarzy, wiemy jednak, że sztuka lekarska była obecna już na najwcześniejszym etapie cywilizacji” [1].

Oryginalny pogląd w tej sprawie wyraził prof. Kapuściński, znakomity polski lekarz humanista, członek Polskiej Unii Pisarzy Medyków oraz Union Mondiale Ecrivains Médecins: „Może punktem zwrotnym w historii człowieka nie jest pojawienie się gatunku *homo sapiens* czy *homo faber*, lecz *homo medicus* — człowiek niosący nieegoistycznie pomoc drugiemu” [2]. Warto zauważyć, że w obu tych definicjach nie znajdujemy nawet wzmianki na temat pielęgniarstwa! Nie budzi moich wątpliwości stwierdzenie, że obie te znakomite i trafne definicje zyskają dodatkowy walor, jeśli uzupełnione zostaną o konstatację dotyczącą roli i znaczenia opieki nad chorym czy rannym, a więc *de facto* o rodzących się przejawach, prymitywnego co prawda, ale jednak — pielęgniarstwa.

Przejawów problematyki pielęgniarstwa możemy doszukać się w mitologii greckiej związanej z kultem Asklepiosa. Przemawia za tym okoliczność, że Iaso, jedna z córek Asklepiosa, odpowiedzialna była za proces przywracania zdrowia, a najmłodszy i najbardziej ukochany potomek boga medycyny — Telesforos, odpowiadał za sen oraz rekonwalescencję chorego.

W miarę upływu czasu następował nie tylko rozwój cywilizacji, ale dochodziło również do niewątpliwie negatywnych zjawisk, z których dość powszechnym były niestety wojny. Z uwagi na ogromne okaleczenia spowodowane ówczesnymi formami walki (utrata kończyn, rany postrzałowe strzałami z łuków dotyczące klatki piersiowej czy jamy brzusznej) konieczne były różne formy udzielania pomocy rannym na polu walki. Pomoc lekarska nie mogła być udzielana wszystkim z uwagi na niewielką liczbę lekarzy, co zmuszało walczących do stosowania bądź samopomocy, bądź pomocy udzielanej walczącemu obok bojownikowi.

Jest dość oczywiste, że możemy definiować takie formy działania jako rodzaj doraźnej pomocy lub samopomocy o charakterze pielęgniarstwie. Tego rodzaju zachowania na



Waza grecka  
— udzielanie pomocy rannemu  
(Staatliche Museum, Berlin)

polu walki były niewątpliwie dość powszechne — wiadomości o udzielaniu pomocy rannym znamy chociażby z *Iliady* Homera [3], czy zachowanych malowidłach na wazach greckich.

Znamiennym jest fakt, że w pismach ojca medycyny, Hipokratesa (ok. 450–370 p.n.e.), spotykamy interesujące uwagi dotyczące wpływu na zdrowie pacjenta nie tylko lekarza lecz także innych czynników: „Wszakże nie tylko sam lekarz winien spełniać to, co trzeba, ale także sam chory i osoby otaczające i stosunki zewnętrzne” [4]. Nie trzeba głębokiej analizy powyższych słów aby przekonać się, że według Hipokratesa, lekarza cieszącego się wielkim autorytetem, konieczność opieki i pielęgnacji chorego jest traktowana na równi z opieką lekarską. Należy więc z naciskiem zwrócić uwagę na wymowę tego dokumentu, na który do tej pory nie zwrócono dostatecznej uwagi przy omawianiu problematyki początków pielęgniarstwa!

Pierwsze zinstytucjonalizowane formy opieki nad chorymi lub rannymi, o których wiemy z przekazów źródłowych pojawiają się stosunkowo późno, bo dopiero w czasach Cesarstwa Rzymskiego. Wiadomo, że ranni byli zabierani z pola walki i transportowani do valetudinariów. Powodem takiego postępowania były nie przekonania o humanitarnym traktowaniu rannych, lecz przeważały względy taktyczne (aby ranni wojownicy nie utrudniali przeprowadzania działań bojowych). Warto dodać, że los ciężko rannych (klatka piersiowa, głowa, brzuch) był z góry przesądzony — szanse powrotu do zdrowia mieli w zasadzie tylko lekko ranni.

Valetudinarium było wojskowym szpitalem polowym przeznaczonym dla leczenia około 200–300 rannych lub chorych legionistów. Legiony rzymskie zakładały valetudinaria na różnych teatrach swoich działań wojennych poza



Transport rannego legionisty (Museo Archeologico, Florencja)

granicami Półwyspu Apenińskiego. Wykopaliska archeologiczne na takich terenach, jak Dacia (dziś: Rumunia), Panonia (Węgry), Germania (Niemcy) czy Tracja (Bułgaria) pozwoliły na poznanie budowy i struktury tych instytucji dla rannych i chorych [5, 6].

Obiekt taki zakładany był na ogół na tyłach frontu w okolicy ujęcia wody i na obszarze łatwym do ewentualnej obrony. Składał się on z szeregu budowli, w których znajdowały się sale dla chorych i ozdrowieńców, sale zabiegowe, składy apteczne, mała kaplica dla oddawania czci różnym bogom, izby mieszkalne dla personelu, a także różnorodne pomieszczenia gospodarcze. Szpitalem dowodził oficer legionów, a służyło tam na ogół dwóch chirurgów oraz lekarz zajmujący się chorymi legionistami. Wiadomo, że w zależności od potrzeb, przebywającym w valetudinarium ozdowieńcom lub lżej rannym zlecano wykonywanie różnorodnych funkcji. Niektóre z tych pełnionych doraźnych obowiązków można określić jako funkcje pielęgniarские. Inni ozdowieńcy lub lżej chorzy byli używani jako sanitariusze, jeszcze inni wykonywali różne potrzebne funkcje w kuchni, czy transporcie obozowym, a także w razie konieczności zobowiązani byli do obrony obiektu. Warto dodać, że w okresie świetności Cesarstwa Rzymskiego zakładano valetudinaria dla gladiatorów w pobliżu Rzymu — były to jednak instytucje odmienne od opisanych powyżej szpitali polowych i spełniały raczej rolę przytułku dla rannych lub chorych gladiatorów, którym i tak przeznaczona była śmierć w czasie walki na arenie.

Wielki wpływ na udzielanie chorym pomocy miało powstanie chrześcijaństwa i propagowanie idei miłosierdzia. Przełom ten zapoczątkowali bracia bliźniacy Kosma i Damian, urodzeni na Lewancie w miejscowości Cyr w II wieku. Jako chrześcijanie uważali, że lekarz nie powinien pobierać od chorych honorarium, gdyż powinien leczyć kierując się wyłącznie uczuciem miłosierdzia. Taka postawa wzbudzała jednak u innych ówczesnych lekarzy wyraźną niechęć, wyrażającą się nadaniem im pogardliwej nazwy *anargyroi* (można to spolszczyć jako *biedaczyska*), a następnie oskarżeniem, że jako chrześcijanie nie oddają cesarzowi rzymskiemu należnej mu boskiej czci. Ponieważ nie wyrzekli się wiary chrześcijańskiej zginęli męczeńską śmiercią w 303 r. Kilkanaście lat po ich śmierci cesarz Konstantyn dekretem mediolańskim z 313 r. uznał za legalne wyznawanie religii chrześcijańskiej, wiadomości o postawie braci bliźniaków jako lekarzy oraz chrześcijan w krótkim czasie stały się głośne w całym ówczesnym świecie chrześcijańskim, a bracia lekarze: Kosma i Damian rychło zostali uznani za świętych i zarazem za patronów lekarzy.

Szybkie rozprzestrzenianie się religii chrześcijańskiej sprzyjało upowszechnianiu idei miłosierdzia, pochodzącego z realizacji ewangelicznej postawy samarytańskiej w stosunku do osób chorych, kalekich, starych i niedołączonych. Znalazło to odbicie najpierw na obszarze Bizancjum poprzez realizację inicjatywy św. Bazylego w postaci budowy wielkiego szpitala w Cezarei w Kapadocji (obecnie na terenie Turcji) w 369 r. Obiekt ten składał się z kilku budynków

przeznaczonych dla chorych, lekarzy i osób opiekujących się pacjentami [3]. Nie wiemy jednak jak ta opieka była realizowana, a osoby sprawujące funkcje pielęgniarские są anonimowe. Wielki, liczący 300 łóżek, był też szpital w Edesie, założony w 375 r. przez św. Efraima. Oczywiście w późniejszych latach na obszarze Bizancjum powstawały szpitale w innych miejscowościach.

W Europie podobne inicjatywy pojawiły się nieco później. Ideę tę można zilustrować przykładem mieszkanki Rzymu, Fabioli. Pod wpływem kontaktów ze św. Hieronimem, kierując się ideą miłosierdzia, ufundowała ona w Rzymie w 380 r. szpital. Nie poprzestała jednak na roli fundatorki tej lecznicy, lecz także czynnie pełniła w niej wielorakie funkcje, w tym również rolę pielęgnacyjną. Tak o tych faktach pisze św. Hieronim w liście skierowanym do swojego przyjaciela Oceaniusza: „Ileż to razy na własnych barkach nosiła biedaków, dotkniętych żółtaczką lub innymi chorobami zakaźnymi. Ileż obmyła i opatrzyła ran ropiejących, od których inni odwracali ze wstrętem oczy. Własną ręką sporządzała jadło i leki; żywym trupom wlewała orzeźwiający napoje w usta zsiniałe. Słusznie, zaiste, nazwano ją „Pocieszycielką chorych” [7].

Okolo 500 r. we Francji Merowingów zaczynają powstawać instytucje opiekuńcze oraz szpitale (pierwszy w Arles za biskupa Cesariusza). Pierwsze *xenodochium leprosum* z inicjatywy biskupa Agricola powstaje okolo 550 r. w Chalon sur Saone. W 583 r. założone zostaje leprozorium w Lyonie, a kolejne w VII wieku powstają w Metz, Verdun i Maastricht [1, 6]. Nie wiemy, czy w tych zakładach były spełniane funkcje opiekuńcze w stosunku do chorych. Znany jest jednak przykład fundacji szpitala, będący emanacją postawy chrześcijańskiego miłosierdzia. Królowa Radegunda, żona króla Chlotara I (z dynastii Merowingów), okolo 550 r. z własnych funduszy poleciła zbudować w Poitiers



Królowa Radegunda (miniatura z kodeksu z Bibliotheque Municipale, Poitiers)

szpital. Z wielkim zaangażowaniem pielęgnowała znajdujących się w nim chorych, zmieniając im opatrunki, myjąc, karmiąc i pojąc potrzebujących [6, 7].

Tak więc — moim zdaniem — zarówno Fabiolę jak i Radegundę można uznać za archetyp pielęgniarki. Obie te niewiasty — jako pierwsze znane z imienia postacie historyczne — pełniły z oddaniem posługę pielęgniarską w stosunku do obcych sobie pacjentów szpitalnych. Korzenie pielęgniarstwa sięgają więc okresu końca starożytności i początków średniowiecza!

W okresie wczesnego średniowiecza z obszaru Bizancjum przenikały do Europy różne instytucje zaczerpnięte z tamtejszej tradycji, takie jak *xenodochia* (przysiężnice dla ubogich, kalek, chorych), *ptochia* (przysiężnice dla ubogich), *gerontochia* (zakłady dla starców), *blephotrophia* (zakłady dla podrzutków), *orphantrophia*, czyli zakłady opiekuńcze dla sierot [1, 6]. Mając na uwadze okoliczność rozprzestrzeniania się w okresie wczesnego średniowiecza w Europie wielu chorób o charakterze epidemicznym (zwłaszcza trądu) tego rodzaju ośrodki pomocy (dla osób chorych, kalekich, niedołączonych) okazały się bardzo potrzebne.

Innym ważnym elementem rodem z Bizancjum była idea ruchu monastycznego. W Europie zapoczątkował ten ruch św. Benedykt z Nursji (480–554). Utworzył on zakon benedyktynów z klasztorem na Monte Cassino w 529 r. Wydarzenie to stało się ważnym etapem dotyczącym początków pielęgniarstwa. Funkcjonowanie wspólnoty mnichów w klasztorze określała *Regula Benedicti* (reguła klasztoru benedyktynów) ze słynnym: *Ora et labora* (Módl się i pracuj). Dla historii medycyny ważny jest zapis w rozdziale 36 tych reguł, ustanawiający zasady opieki medycznej w klasztorze. Zgodnie z tym zapisem w każdej wspólnotce zakonnej w klasztorze miała być przynajmniej jedna osoba znająca się na sztuce leczenia (dotyczyło to początkowo chorych zakonników, lecz szybko rozszerzono ten zapis na chore osoby świeckie). Ponadto każdy klasztor musiał posiadać infirmerie (od. łac. *infirmus* — słaby, chory), czyli pomieszczenia dla chorych [8].

Jeśli weźmiemy też pod uwagę znaczące zmiany polityczno-gospodarcze zachodzące w ówczesnej Europie (tworzenie się i rozwój nowych państw, powstawanie miast, budowa zamków, fortec obronnych, kościołów i katedr, klasztorów oraz upowszechnienie języka łacińskiego w instytucjach kościelnych oraz dworach władców) zrozumiałe staje się przekonanie o konieczności rozwoju nauczania obejmującego umiejętność pisania i czytania. Przy kościołach biskupich zaczynają tworzyć się szkoły przykatedralne realizujące podstawy zdobywania wiedzy oparte na programie, który w IV w. zaproponował Marcjusz Capella. System ten oparty był na zdobyciu umiejętności w zakresie tak zwanych siedmiu sztuk wyzwolonych (*septem artes liberales*) obejmujących gramatykę, retorykę i dialektykę (czyli tzw. *trivium*) oraz arytmetykę, geometrię, astronomię i muzykę (tzw. *quadrivium*). Dodajmy, że zmodyfikowany ten system stanie się podstawą nauczania na uniwersytetach europejskich od XII wie-

ku. Pierwsza szkoła przykatedralna powstaje z inicjatywy biskupa Izzydora z Sewilli (ur. w 560 r.). Równoległe podobne programy nauczania realizowane są również w wielu powstających wówczas klasztorach (głównie w Italii, Francji, Irlandii, Niderlandach i państwach niemieckojęzycznych). Zdecydowana większość kleru, w tym mnichów zna łacinę, potrafi pisać i czytać. Jest to ważna okoliczność, gdyż z uwagi na duże zapotrzebowanie na źródła liturgiczne (mszały, modlitewniki i inne) związane z ogromnym wzrostem instytucji kościelnych w różnych państwach europejskich, w klasztorach pojawiają się skrytoria, w których mnisi pracownicy przepisują potrzebne księgi, co traktowane jest jako wyjątkowy przejaw religijności. Repertuar tych przepisywanych pracownice opracowań stopniowo poszerza się o księgi z zakresu teologii, filozofii, astronomii, muzyki i wielu innych dziedzin nauki. Wśród nich występuje również medycyna. W miarę upływu lat niektóre klasztory zaczynają „specjalizować” się w przepisywaniu ksiąg z określonych źródeł wiedzy (co nie oznacza, że zaniedbywana była tematyka religijna).

Z Bizancjum oraz państw arabskich do Europy zaczęły docierać traktaty naukowe z różnych dyscyplin naukowych, w tym medycyny. Niekwestionowanym liderem w upowszechnianiu traktatów medycznych tłumaczonych na łacinę z języka greckiego oraz arabskiego staje się klasztor na Monte Cassino. Wielką zasługę mają w tym zakresie znakomici tłumacze: Konstantyn Afrykański oraz Gerard z Cremony.

Medycyną zajmują się również inne klasztory benedyktyńskie: powstały w VII w. klasztor benedyktynów w St. Gallen oraz pochodzący z VIII w. klasztor w Reichenau. Zbudowanie na przełomie VII/IX wieku klasztoru benedyktyńskiego w Salerno przypieczętowało znaczenie tej miejscowości jako ważnego ośrodka medycyny klasztornej. Naturalne niejako stają się kontakty klasztoru z lekarzami świeckimi z tej miejscowości. Jest to ważna okoliczność, gdyż Salerno zaczyna powoli stawać się pierwszą świecką uczelnią w Europie kształcąca lekarzy, na długo przed powstaniem uniwersyteckiego nauczania lekarzy. W IX wieku mnich Benedykt z Aniane forsuje zmianę reguły benedyktyńskiej — opieka medyczna w klasztorach zostaje uznana za obowiązkową. W wyniku tych reform w większości klasztorów w pomieszczeniach szpitalnych znajdowało się na ogół 12 łóżek dla chorych i potrzebujących pomocy medycznej — wspomniana ilość nawiązywała symbolicznie do 12 apostołów [4]. Wymusiło to również zapoczątkowanie nauczania medycyny — proces ten rozpoczął Alkuin w IX wieku w szkole klasztornej w Tours. Warto dodać, że uczeń Alkuina, opat Hrabanus Maurus w 822 r. w klasztorze w Fuldzie prowadzi również nauczanie medycyny, co przyczynia się do upowszechnienia wiedzy z tej dziedziny na wiele krajów europejskich z uwagi na wymianę mnichów między klasztorami [6].

Papież Urban II na synodzie w Clermont około 1086 r. występuje z inicjatywą wyprawy krzyżowej na terenie Palestyny, której celem ma być odzyskanie

grobu Chrystusa i innych miejsc kultu chrześcijańskiego z rąk Saracenów. Krucjaty, które zostały wkrótce zorganizowane, przyczyniły się w dość nieoczekiwany sposób do zapoznania się z niektórymi instytucjami medycznymi w państwach arabskich oraz uzmysłowiły konieczność zapewnienia opieki medycznej krzyżowcom, pielgrzymom, kupcom i innym osobom tej pomocy potrzebującym. W atmosferze uniesienia religijnego towarzyszącego krzyżowcom zaczęły pojawiać się inicjatywy powołania specjalnych stowarzyszeń niosących pomoc medyczną. Za pierwszy uważa się w tym względzie pomysł powołania w drugiej połowie XI wieku Suwerennego Rycerskiego Zakonu Szpitalnego św. Jana z Jerozolimy, Rodos i Malty (zwanym Kawalerami maltańskimi lub Joannitami). Dewizą tego zakonu było: *Tuitio fidei et obsequinea pauperum* (obrona wiary i służba ubogim). Zakon ten realizował te cele wznosząc na różnych wyspach Morza Śródziemnego (Rodos, Kos, Malta i inne) warowne twierdze, w obrębie których mieściły się szpitale.

Kolejnym zgromadzeniem tego typu był powstały nieco później w Palestynie Zakon Szpitalny Najświętszej Marii Panny Domu Niemieckiego w Jerozolimie (*Ordo fratrum hospitalis Sanctae Mariae Theutonicorum Jerosolimitanonrum*) zwany popularnie krzyżakami. Początkowo cele tego zakonu były podobne do zadań joannitów, później jednak, w miarę wypierania uczestników krucjaty do Europy, górę wzięły pewne racje polityczne. Musimy pamiętać, że chociaż potęgamy ich działania militarne w Polsce, to trzeba podkreślić, że w zakonie tym istniały instytucje i personel medyczny i — *nolens volens* — również w tym zakonie udzielano pomocy medycznej oraz pielęgnowano chorych.

Warto wspomnieć o kolejnej inicjatywie jaką było założenie w drugiej połowie XII wieku przez Guy de Montpellier (Gwidona z Montpellier) Zakonu Świętego Ducha. Na polecenie papieża Innocentego III macierzysty dom zakonny został przeniesiony do Rzymu. Popularni „duchacy” znani byli z opieki nad osobami samotnymi, chorymi, oraz matkami i dziećmi.

Ważną rolę, zwłaszcza w opiece nad trędowatymi, odegrał Zakon Szpitalników św. Łazarza z Jerozolimy. Analizując działalność tych zakonów, stwierdzić trzeba, że odegrały one ogromną rolę w średniowiecznej Europie, zwłaszcza w niesieniu pomocy medycznej. Jest znanym fakt, że niektóre z tych zakonów, choć oczywiście w znacznie zmienionej formie działają do dnia dzisiejszego, zajmując się przeważnie działalnością charytatywną.

Wiadomości o działalności tych zakonów w zakresie udzielania pomocy medycznej, docierające z Palestyny do Europy, działały inspirująco na niektóre środowiska zainteresowane niesieniem pomocy potrzebującym. Za taką inicjatywę można uznać powołanie z inspiracji księdza Lamberta le Beuge z Liège w 1170 r. świeckiego stowarzyszenia niewiast, które dobrowolnie opiekowały się chorymi, starszymi i samotnymi. Pomysł ten na początku XII wieku spotkał się z żywym zainteresowaniem kobiet (zwanym beginkami) oraz mężczyzn (begardzi), szczególnie w zachodniej Europie na terenie Niderlandów (obecnie:

Belgia i Holandia). Mimo tego, że wspólnota ta miała charakter religijny, to jej członkowie (nie będący zakonnikami lub zakonnice) realizowali swoje zaangażowanie religijne poświęcając się opiece medycznej oraz dobroczynności skierowanej do osób potrzebujących takiej pomocy.

Jest rzeczą interesującą, choć do tej pory jeszcze niezbyt dokładnie poznaną, że w okresie tym, poza zakonami męskimi (zwłaszcza benedyktynami) wykazującymi się znaczącymi dokonaniem w zakresie opieki nad chorymi, pojawiają się również zakony żeńskie poświęcone opiece nad chorymi.

Za najstarszy zakon żeński niosący pomoc chorym uważa się augustianki z Dieppe, które na przełomie XII/XIII wieku przeszły do Hôtel Dieu w Paryżu (szpitala powstałego w pobliżu katedry Notre Dame w VII/VIII wieku).

Długą historią może się też pochwalić zakon klarysek powołany około 1212 r. związany ze św. Franciszkiem i św. Klarą. Nie budzi zatem żadnej wątpliwości, że był to początek powstania posługi pielęgniarstwa i upowszechnieniu terminu „siostra”, które stało się na wiele wieków synonimem osoby opiekującej się chorym bądź niepełnym czy starcem.



Zakonnice na sali szpitalnej w Hôtel Dieu, Paryż XIV/XV w. (Staatsbibliothek Berlin)

Wspomniałem już o tym, że dzieje i działalność wielu klasztorów żeńskich nie jest jeszcze dokładnie poznana [7]. Prowadzone jednak wcześniej badania, a także obecne ustalenia naukowców pozwalają stwierdzić, że żeńskie zgromadzenia zakonne i klasztory spełniały również ważną rolę w systemie, który obecnie określa się terminem medycyny klasztornej. Okazuje się bowiem coraz wyraźniej, że instytucje te przez wiele lat były nie tylko depozytariuszami starożytnej wiedzy z różnych jej dziedzin (w tym oczywiście medycyny), lecz także przekazały ją innym pokoleniom i środowiskom, dzięki czemu miały ogromny wpływ na losy kultury europejskiej. Tak o tym pisze Meyer, znawca

tej tematyki: „Klasztory we wczesnym okresie średniowiecza w wielu rejonach Europy były jedynymi ośrodkami kształcenia i nauki. Władcy zlecali im również obowiązek troszczenia się o zdrowie okolicznej ludności. Dlatego właśnie epoka ta zwana jest epoką medycyny klasztornej. Od VIII do XII wieku klasztory posiadały rodzaj monopolu w dziedzinie medycyny. W dokumentach z tamtego okresu często pojawiają się wzmianki, że do klasztorów ciągnęło wielu ludzi, którzy potrzebowali pomocy. Pomoc ta dotyczyła różnych dziedzin życia, w tym bardzo często problemów zdrowotnych... Zakony średniowieczne w Europie Zachodniej, a zwłaszcza benedyktyni oraz mnisi irlandzcy i anglosascy, słusznie zasłużyli na miano stróżów kultury i wiedzy wczesnego i dojrzałego średniowiecza” [7].

Wbrew głoszonym niedawno jeszcze poglądom okazało się, że kobiety wywarły wielki wpływ na te procesy w okresie średniowiecza. Przykładem może być św. Hildegarda z Bingen. Pochodząca z rodziny wielmożów niemieckich, jako dziesiąte dziecko w rodzinie, przeznaczona została już w dzieciństwie do życia w klasztorze. Była osobą o wybitnej inteligencji, znana była z przeżywania wizji o charakterze religijnym, co przyczyniało się do liczenia się z jej opiniami w kręgach władzy kościelnej i świeckiej. Zajmowała się również medycyną, wydając z tego zakresu dwie książki *Physica* oraz *Causa et curie*. Są to prace przyrodniczo-lekarskie zawierające wiele ówczesnie wyznawanych poglądów, nie pozbawione wszakże oryginalnych obserwacji, zwłaszcza dotyczących kwestii dietetycznych i leczniczych związanych z ziołami. Twórczość jej była szeroko znana w wielu klasztorach i cieszyła się wielką popularnością. Panuje opinia, że w wielu klasztorach, w tym kierowanym przez Hildegardę, znano dzieła benedyktyńskie „których treścią nasiąkały umysły mniszek i mnichów” a także, że „przedostawała się do medycyny klasztornej medycyna ludowa”, której ślady można znaleźć w twórczości Hildegardy [9]. Sumując wyniki swoich dociekań, współczesny badacz i znawca jej twórczości, stwierdza, że Hildegarda z Bingen to: „autorka sześciu reguł życia, które zawarła w *Liber subtilitatu*, reprezentantka medycyny holistycznej, widzącej człowieka całościowo jako istotę funkcjonującą w czterech wymiarach — boskim, kosmicznym, cielesnym i duchowym” [8].

Do innych wybitnych reprezentantek średniowiecznej medycyny klasztornej zaliczyć można św. Jadwigę Śląską pochodzącą z arystokratycznego rodu książęcego, wychowywaną w duchu benedyktyńskim w klasztorze w Kitzingen. Wyszła jednak za mąż, choć po 18 latach małżeństwa złożyła śluby czystości. Wiele czasu poświęcała opiece nad biednymi i chorymi, w Wielki Czwartek myła nogi trędowatym. Zasłynęła ufundowaniem wielu szpitali oraz klasztorów na Śląsku. Informacje o jej postępowaniu wywierały wielkie wrażenie również z tego powodu, że choć była osobą niezwykle skromną powszechnie wiadano o jej arystokratycznym pochodzeniu [8].

## Wnioski

Przedstawione wywody pozwalają stwierdzić, że w okresie średniowiecza powstawać zaczęła medycyna klasztorna oraz instytucja pielęgniarki zakonnej — „siostry”. W okresie tym dominowała pomoc świadczona przez liczne klasztory i zakony. Świadczenia osób świeckich były rzadko spotykane i ograniczyły się do ruchu beginek i begardów. W czasach późniejszych posługa pielęgniarska i sanitarna nadal będzie wynikać przeważnie z przekonań religijnych. Wystarczy przywołać przykład Zakonu Bonifratrów założonego przez Juana Ciudad (św. Jan Boży) w 1540 r. w Grenadzie, opiekującego się głównie chorymi umysłowo, czy też Zakon Kanoników Regularnych Posługujących Chorym powołany do życia w 1584 r. przez Camillo de Lellis (1550–1614) — późniejsze go św. Kamila. Nie sposób nie wspomnieć, że w 1634 r., z inicjatywy św. Wincentego a Paulo (1581–1660), przy wsparciu wdowy Le Gras, powstaje Filles de la Charité czyli Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo (wincentki, szarytki), którego członkinie zdominowały posługę szpitalną w wielu państwach europejskich przez okres kilkuset lat. Wymienione katolickie zgromadzenia zakonne to tylko najbardziej znane spośród wielu zakonów żeńskich i męskich służących chorym i potrzebującym, które powstawały w wielu ówczesnych państwach i królestwach. Dodać trzeba, że również w konfesji protestanckiej znane były zgromadzenia sióstr diakonisek (domy macierzyste), mających podobne cele w odniesieniu do opieki nad chorymi, ludźmi starymi, samotnymi i potrzebującymi opieki.

Niewątpliwie tego rodzaju działalność była niezwykle ważna i potrzebna — na rozwój pielęgniarstwa świeckiego o podstawach naukowych przyjdzie jednak poczekać aż do XIX wieku.

## Streszczenie

Pielęgniarstwo rodziło się spontanicznie od zarania dziejów i początków cywilizacji. W starożytności pojawiają się dowody materialne świadczące o pojawieniu się różnorodnych form pierwotnej opieki pielęgniarskiej. Pewne formy zinstytucjonalizowanej opieki pielęgniarskiej obserwujemy w czasach Cesarstwa Rzymskiego w postaci valetudinariów — szpitali polowych dla rannych i chorych legionistów. Pojawienie się chrześcijaństwa ujawnia ważną pobudkę moralną — miłosierdzie. Objawia się to fundowaniem szpitali. Udokumentowane źródła wymieniają nazwiska dwóch kobiet: Fabioli i królowej Radegundy (przełom starożytności i średniowiecza), które nie tylko były fundatorkami szpitali, lecz osobiście opiekowały się chorymi. Można je więc uznać za archetyp pielęgniarek. Ważne jest pojawienie się benedyktyńskiej formacji zakonnej, której reguła zaleca opiekę nad chorymi. Wyprawy krzyżowe owocują powołaniem rycerskich zakonów szpitalnych. Wraz z rozwojem klasztorów powstają w ten sposób zręby medycyny klasztornej. Pojawia się szereg wybitnych postaci, jak św. Benedykt, św. Hildegarda z Bingen czy św. Jądwiga Śląska. Przejawem świeckich stowarzyszeń opieki nad chorymi jest ruch beginek i begardów.

### Summary

The birth of nursing was a spontaneous process that originated at the beginning of human civilization. Antiquity brings first material evidence of various forms of nursing practices. The first institutionalized forms of nursing can be found in the times of Roman Empire. These were *valedudinaries* that means field hospitals for wounded and ill legionaries.

Christianity brings an important incentive of moral nature — mercy. It is reflected by the acts of founding hospitals. The names of two women can be traced in well documented sources, that is *Fabiola* and the *Queen of Radegunda* (the turn of Antiquity and Middle Ages). They both are known as not only founders of hospitals but personally involved in nursing their patients. Thus, they can be regarded as the archetype of a nurse. The appearance of *Benedictines* marks another important step in the history of nursing. The rule of their order recommends caring for the ill. The *Crusades* result in the appearance of the *Hospitallers* (e.g. the *Order of St. John of Jerusalem*, the *Teutonic Order*). The growth of cloisters stimulates the beginnings of monastic medicine. Outstanding characters of that time were *St. Benedict*, *St. Hildegard of Bingen* and *St. Hedwig of Silesia*. An important role in caring for ill, elderly and solitary persons can be attributed to laic associations of *Beguines* and *Beguards* that emerged in the Netherlands in the XII century at the initiative of *Lambert le Beuge* from *Liege*.

### Piśmiennictwo

1. Lyons A., Petrucelli II R.J. *Ilustrowana encyklopedia medycyny*. Wydawnictwo Penta, Warszawa 1996.
2. Kapuściński W.J. *Człowiek czy humanista w kosmosie*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1982.
3. Garrison F.H. *History of medicine*. Saunders Company, Philadelphia–London 1967; 85–87.
4. Gajda Z. *Do historii medycyny wprowadzenie*. Wydawnictwo WAM, Kraków 2011.
5. Goerke H. *Arzt und Heilkunde*. Parkland Verlag, Köln 1998; 189–205.
6. Schott H. (red.). *Kronika medycyny*. Wydawnictwo Kronika, Warszawa 1994; 60–71.
7. Lipińska M. *Kobieta i rozwój nauk lekarskich*. Wydawnictwo Kasy im. Mianowskiego Instytutu Popierania Nauki, Warszawa 1932.
8. Mayer G. *Tajemnice sztuki medycznej średniowiecznych zakonnic*. Wydawnictwo WAM, Kraków 2010.
9. Szumowski W. *Historia medycyny*. Sanmedia, Warszawa 1994.

*Dorota Kochman*

(Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku,  
Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku)

*Magdalena Rybowska*

(Przychodnia NZOZ w Lubrańcu)

RYZIKO WYSTĄPIENIA KRZYWICY  
POPRAZ NIEWŁAŚCIWE ZAOPATRZENIE ORGANIZMU  
W WITAMINĘ D<sub>3</sub>  
WŚRÓD DZIECI DO DRUGIEGO ROKU ŻYCIA

Słowa kluczowe: krzywica; witamina D<sub>3</sub>.

RISK OF THE APPEARANCE OF RICKETS  
BY IMPROPER SUPPLYING THE ORGANISM WITH THE VITAMIN D<sub>3</sub>  
AMONGST CHILDREN TO 2 YEARS OLD

Key words: rickets; vitamin D<sub>3</sub>.

## Wstęp

Krzywica dawniej była uważana za chorobę towarzyszącą biedzie, złym warunkom mieszkaniowym i higienicznym oraz niewłaściwemu odżywianiu małych dzieci. Jako jednostka chorobowa znana jest od XVII w. Przez wiele lat uważana była za chorobę „angielską”, ponieważ często występowała tam, gdzie rzadko świeci słońce. Poprzez poprawę warunków życia i szeroko stosowane zapobieganie oraz leczenie zmniejszyło się zagrożenie krzywicą, ale jej całkowicie nie wyeliminowano. Obecnie nie spotyka się pełnoobjawowej krzywicy, przebiega ona skrycie. Stwierdza się jedynie zmniejszenie odporności, osłabioną siłę mięśniową, wolniejszy rozwój ruchowy, oraz dłużej otwarte duże ciemię i skłonność do próchnicy zębów. Krzywica objawia się wystąpieniem zaburzeń kostnych spowodowanych uszkodzeniem macierzystych komórek rosnących kości i ich mineralizacją. Niezmineralizowana kość traci swoją twardość i rosnąc ulega wadliwemu modelowaniu — deformacją. Najnowsze badania nad

działaniem witaminy D<sub>3</sub> wykazują, że odgrywa ona również istotną rolę w profilaktyce innych schorzeń, tj. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, nowotwory czy choroby autoimmunologiczne [1].

## Cel

Niniejsza praca ma na celu ocenić ryzyko, jakie może wystąpić wśród dzieci nieodpowiednio zaopatrzonych w witaminę D<sub>3</sub>.

## Materiał i metody badawcze

W celu uzyskania niezbędnych danych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety. Badaniami objęto dzieci do 2. roku życia zgłaszające się wraz z rodzicami na szczepienia i wizyty kontrolne u lekarza pediatry. Ogółem objęto badaniami 100 dzieci — na terenie miasta zamieszkuje 43% ankietowanych, natomiast 57% to społeczność wiejska. W badanej grupie 31% matek miało wykształcenie wyższe, 48% średnie, 18% zawodowe, zaś 3% wykształcenie podstawowe. Sytuacja materialna rodziców tych dzieci była zróżnicowana — 61% badanych oświadczyło, że ich dochody są na poziomie dobrym, 35% wystarczającym, natomiast 2% na poziomie bardzo dobrym i 2% na poziomie złym. Dzieci podzielone zostały na trzy grupy wiekowe, od 1 do 5 (32% badanych), od 6 do 12 (24%) i od 13 do 24 (44%) roku życia, ponieważ w tych przedziałach występują różne zależności ryzyka wystąpienia krzywicy. W pierwszym przedziale wiekowym ryzyko krzywicy uzależnione jest od tego, czy matka przyjmowała witaminę D<sub>3</sub> w czasie ciąży, czy dziecko urodziło się przedwcześnie czy o czasie, oraz jakim mlekiem jest karmione i czy otrzymuje witaminę D<sub>3</sub> w kropelkach. W drugim przedziale ryzyko wzrasta ze względu na poszerzenie jadłospisu, często zmiany z karmienia piersią na mieszanki sztuczne oraz syntezę skórnią. W trzecim natomiast ryzyko uzależnione jest od prawidłowego karmienia dziecka, przebywania z nim na słońcu, używania kremów z filtrem oraz suplementacji witaminy D<sub>3</sub>. W badanej grupie wyróżniono dzieci, które urodziły się o czasie (89%), natomiast pozostałe (11%) urodziło się przedwcześnie.

Do analizy statystycznej wykorzystano program Statistica 10.0 PL. Do oceny związku między dwiema cechami jakościowymi wykorzystano test niezależności chi-kwadrat ( $\chi^2$ ). Test  $\chi^2$  jest najważniejszym testem nieparametrycz-

nym. Założono poziom istotności  $p=0,05$ , który określa tym samym maksymalne ryzyko błędu, jakie badacz jest skłonny zaakceptować.

## Wyniki badań

W trakcie ciąży 99% matek było pod stałą kontrolą lekarską, systematycznie zgłaszały się na wizyty kontrolne w swoich poradniach ginekologicznych, natomiast jedna matka (1%) oświadczyła, że jej wizyty były niesystematyczne, a nawet sporadyczne.

W badanej grupie 50% matek stwierdziło, że w czasie trwania ciąży przyjmowały witaminę D<sub>3</sub> w postaci preparatów wielowitaminowych, zaś pozostałe (50%) w ogóle nie przyjmowały żadnych witamin.

Według danych 99% matek stwierdziło, że prawidłowo odżywiały się, natomiast jedna matka (1%) oświadczyła, że jej dieta była nieodpowiednio zbilansowana pod względem ilościowym i jakościowym.

Analizując dane dotyczące spożywania pokarmów mlecznych w czasie ciąży i laktacji 37% matek spożywało je 2–3 razy w tygodniu, 32% częściej niż 3 razy w tygodniu, zaś 31% oświadczyło, że przyjmowało raz w tygodniu. Możemy zauważyć, że w badanej grupie istniało zagrożenie stanem niedoborowym prowadzącym do niekorzystnych konsekwencji zdrowotnych, ponieważ aby pokryć zapotrzebowanie na wapń obecnie zaleca się spożycie około 1000 ml mleka dziennie.

W trakcie trwania ciąży i laktacji 11% kobiet spożywało ryby 2–3 razy w tygodniu, 10% częściej niż 3 razy w tygodniu, natomiast 1% pań rzadziej niż raz w tygodniu. Największa grupa mam (77%) uwzględniała w swoim jadłospisie ryby tylko raz w tygodniu.

Spośród 100 pań — 73% stwierdziło, że obecnie karmi swoje dzieci sztucznie, pozostałe 27% karmi wyłącznie piersią.

Wśród 73 matek, które oznajmiły, że karmią swoje dzieci mlekiem sztucznym wynika, że 89,2% mam karmi mlekiem modyfikowanym, które podlega procesom technologicznym upodabniając je do składu mleka kobiecego; 8,1% matek podaje swoim dzieciom mleko krowie; 1,4% mleko kozie, zaś 1,4% wcale nie podaje im mleka.

W grupie dzieci (N=73), które karmione są mlekiem sztucznym bardzo ważne jest jak często karmione jest dziecko i jaką objętość mleka wypija jednorazowo. Jak ukazuje dalsza analiza po 4,1% maluchów spożywa mleko raz dziennie oraz 5 razy dziennie, 28,8% dwa razy, 16,4% trzy razy, 12,3% cztery razy, 27,4% sześć razy, 5,5% osiem razy i 1,4% dziesięć razy dziennie.

Spośród analizowanych dzieci 50,7% wypija jednorazowo od 400 do 799 ml/d mleka sztucznego, 315% spożywa 800 ml/d i więcej mleka, natomiast 17,8% wypija poniżej 400 ml/d mleka podczas jednego posiłku.

W badanej grupie populacji 60,0% matek podaje swoim dzieciom witaminę D<sub>3</sub>, zaś 40,0% jej nie podaje. Analizując odpowiedzi ankietowanych (N=60) stwierdzono, że 68,3% matek podaje witaminę D<sub>3</sub> kroplę dziennie, 2 krople podaje 6,7% matek, 3 krople 16,7%, natomiast 1,7% podaje 5 kropli w tygodniu i 3,3% kroplę co dwa dni. Niepokojącą informacją jest fakt, że 3,3% matek podaje witaminę D<sub>3</sub> w ilości 10 kropli dziennie. Nadmiar witaminy podawanej dzieciom jest niebezpieczny, gdyż może prowadzić do kamicy nerkowej, dlatego tak ważna jest ilość zalecanej dawki przez pediatrę. Większość pań wzbogaca dietę swoich pociech. Wśród respondentów znalazły się dzieci, które ukończyły 6 miesięcy i więcej. W grupie tej badaniem zostało objętych 68 maluszków, wśród nich w przeważającej części, tj. 98,5% mamy wprowadziły do codziennego jadłospisu inne potrawy niż mleko, natomiast 1,5% nie.

W pytaniu dotyczącym pokarmów, jakie mamy wprowadziły do jadłospisu swoich pociech większość rodziców (w zależności w jakim wieku było ich dziecko) wprowadziło różnorodny wachlarz produktów. W przedziale wiekowym od 6. miesiąca życia do roku matki stosowały się do schematu żywienia niemowląt karmionych sztucznie. Pokarmy wprowadzały stopniowo, począwszy od napoi, takich jak: herbatki, koperek czy miętę po rozcieńczone soki. Następnym produktem jakie mamy podawały swoim pociechom były owoce — jabłko i marchewka.

Kolejnym nowym składnikiem w diecie były zupki jarzynowe, wzbogacane w mięso z kurczaka albo rybę. Mamy wprowadzały również produkty zawierające gluten, tj. kleik ryżowy, kaszki czy deserki owocowo-warzywne. Oprócz mleka, które stanowi główny element jadłospisu niemowlętom podawano herbatniki, żółtko, papki twarogowe oraz biszkopty. Analizując wypowiedzi, jakie udzielali rodzice, większość z nich posiłkowała się gotowymi produktami dostępnymi na naszym rynku, tj. Danonki, Gerber, Bobovita, czy HIPP. Po pierwszym roku życia dieta dziecka jest bardziej urozmaicona. Zmniejsza się ilość posiłków mlecznych zastępując je pokarmami stałymi. Tak też informowali rodzice w ankiecie. Podawano własnoręcznie gotowane obiady, mięso, wędlinę, kanapki.

W badaniu uczestniczyło 44 dzieci powyżej pierwszego roku życia. Z informacji, które dostarczają nam odpowiedzi ich rodziców stwierdzono, że w tym przedziale wiekowym mamy wprowadziły do diety swoich pociech inne przetwory mleczne niż samo mleko. 75% badanych codziennie podaje dzieciom jogurty, napoje mleczne, sery czy kaszki, 15,9% podaje je tylko od 3 do 6 razy w tygodniu, natomiast 9,1% nie podaje ich wcale.

Dzieci powyżej 6. miesiąca życia powinny otrzymywać w swojej diecie inne produkty niż samo mleko. Jednym z potraw są ryby, które dostarczają dużo

wapnia, fosforu niezbędnego do prawidłowego wzrastania. Z wypowiedzi, które zostały udzielone zauważono, że 82,4% ankietowanych uwzględniło w diecie przetwory rybne, natomiast 17,6% jeszcze nie. Spośród badanych dzieci w grupie wiekowej powyżej pierwszego roku życia 64,3% spożywa ryby tylko raz w tygodniu, 23,2% rzadziej niż raz w tygodniu, natomiast 12,5% 2–3 razy w tygodniu.

Matki w 100% przebywają ze swoimi pociechami na świeżym powietrzu. Biorąc pod uwagę jak ważne jest przebywanie z dzieckiem na świeżym powietrzu — 88% matek wychodzi z dziećmi codziennie, 2% sześć razy w tygodniu, 4% pięć i cztery razy w tygodniu, natomiast 1% mam spędza z pociechami czas tylko 2–3 razy w tygodniu. Podczas spacerów matek z dziećmi na powietrzu 39% przebywa około 2 godziny, 30% około godziny, 27% więcej niż 2 godziny, mniej niż godzinę spędza 4% matek.

Wzrasta świadomość rodziców na temat stosowania kremów z filtrem wśród swoich dzieci. Aby zapobiec poparzeniom słonecznym stosuje je 61% ankietowanych rodziców, natomiast 39% uważa, że są one niewskazane.

## Dyskusja

Analizę materiału rozpoczęto od zbadania czynników, jakie mogą wpłynąć na prawidłowy poziom witaminy D<sub>3</sub> u kobiet w ciąży. Zbadano: czy kobiety w ciąży były pod stałą kontrolą lekarską, czy przyjmowały witaminę D<sub>3</sub> w czasie ciąży, czy spożywały przetwory mleczne w czasie ciąży i laktacji, oraz przetwory rybne. W grupie 100 matek 50% ankietowanych przyjmowała witaminę D<sub>3</sub> w czasie ciąży, natomiast druga połowa nie przyjmowała żadnych witamin. Witaminy należą do grupy związków niezbędnych dla organizmu człowieka, ponieważ ustrój nie może ich syntetyzować, dlatego powinny znajdować się w codziennej diecie. Wiadomo przecież, jak ważną rolę odgrywają w prawidłowym przebiegu ciąży i budowie układu szkieletowego płodu oraz w późniejszym okresie dojrzewania. Szczególnie w tym okresie należy wnikliwie przyjrzeć się diecie, starać się ją ubogacać i wybrać możliwie naturalne źródło witamin i minerałów [2].

Panie starannie przygotowywały się do roli matki w czasie ciąży. Prawie każda z ankietowanych była pod stałą kontrolą lekarską (99%), tylko jedna oświadczyła, że jej wizyty były niesystematyczne. Dbając o przyszłego potomka respondentki w czasie ciąży i laktacji prawidłowo się odżywiały. Bardzo ważną rolę w jadłospisie każdej mamy odgrywają przetwory mleczne. Zawierają w swoim składzie odpowiednie ilości białka o wysokiej wartości odżywczej, dobrze przyswajalne tłuszcze, węglowodany, składniki mineralne (głównie

wapń), witaminy rozpuszczalne w tłuszczach. Panie spożywały przetwory mleczne raz w tygodniu (31%), 2–3 razy w tygodniu (37%) i częściej niż 3 razy (32%). Jeśli chodzi o spożywanie ryb: raz w tygodniu spożywało 77% pań, 2–3 razy w tygodniu 11% i częściej niż 3 razy 10%. Wcale i rzadziej niż raz w tygodniu przyjmowało 1% ankietowanych. Nie są to jednak zadowalające wyniki, ponieważ wiadomo, że ryby dostarczają wiele cennych składników mineralnych i witamin, które są źródłem wapnia, magnezu, fosforu, potasu oraz witaminy D potrzebnych dla prawidłowego rozwoju płodu.

Za pomocą testu chi-kwadrat ( $\chi^2$ ) do oceny zależności między dwiema cechami dokonano porównania pomiędzy: miejsce zamieszkania ankietowanej a przyjmowaniem przez nią witaminy D<sub>3</sub> w czasie ciąży (tab. 1). W tabeli tej porównując odsetki wskazań na „tak” widać, że różnice są niewielkie — około 6% na rzecz kobiet miejskich. Obliczony poziom  $p=0,54454$  jest dużo wyższy od zakładanego poziomu istotności, czyli nie ma istotnego statystycznie związku między miejscem zamieszkania (wieś/miasto), a przyjmowaniem D<sub>3</sub> przez kobiety w czasie ciąży.

Tabela 1. Przyjmowanie witaminy D<sub>3</sub> przez kobiety w ciąży ze względu na miejsce zamieszkania

Przyjmowanie D <sub>3</sub> przez matkę w czasie ciąży	Miasto		Wieś		P
	liczba	proc.	liczba	proc.	
tak	23	53,5	27	47,4	0,54454
nie	20	46,5	30	52,6	
razem	43	100,0	57	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie w Kanadzie badaniu poddano kobiety Aborygenki mieszkające na wsi i w mieście oraz kobiety o białej karnacji. Badanie przeprowadzono w celu ustalenia, jakie są wartości wapnia i witaminy D na podstawie odpowiedniej diety. Badaniu poddano 183 panie mieszkające w mieście, 26 na wsi i 146 kobiet o białej karnacji skóry. Stwierdzono, że rasa i miejsce zamieszkania nie ma znaczącego wpływu na ilość wapnia i witaminy D. Jednakże w tej populacji występują znaczne niedobory witaminy D i wapnia, co cechuje wysoki wskaźnik złamań kości wśród tych kobiet [3].

Inną zależnością jaką zbadano było: wykształcenie kobiet a przyjmowanie witaminy D<sub>3</sub> w czasie ciąży (tab. 2).

W tabeli 2 poziom  $p=0,1995$  jest wyższy niż zakładane 0,05 i nie można przyjąć hipotezy o istnieniu związku między wykształceniem a przyjmowaniem witaminy D<sub>3</sub> przez kobiety w ciąży. Porównując odsetki w trzech grupach widać pewne różnice: osoby najslabiej wykształcone, czyli z wykształceniem podstawowym lub zawodowym mają najniższy procent odpowiedzi twier-

dzących (33,3%), osoby z wykształceniem średnim mają już 52,1% odpowiedzi „tak”, a w gronie najlepiej wykształconych odsetek przyjmujących D<sub>3</sub> jest najwyższy (58,1%).

Tabela 2. Przyjmowanie witaminy D<sub>3</sub> a wykształcenie kobiet

Przyjmowanie D <sub>3</sub> przez matkę w czasie ciąży	Podstawowe lub zawodowe		Średnie		Wyższe		P
	liczba	proc.	liczba	proc.	liczba	proc.	
tak	7	33,3	25	52,1	18	58,1	0,1995
nie	14	66,7	23	47,9	13	41,9	
razem	21	100,0	48	100,0	31	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie w badaniu przeprowadzonym przez Van Eijsdena i in. zbadano poziom witaminy D u matek holenderskich ze względu na poziom wykształcenia. Stwierdzono, że matki słabo wykształcone mają niższe wartości witaminy D niż kobiety z wyższym wykształceniem [4]. Wniosek z tego — kobiety z wyższym wykształceniem mają większą świadomość zagrożeń, jakie mogą wystąpić w przypadku pojawienia się deficytów witaminy D.

W 2006 r. Mannion, Gray-Donald i Koski porównali ilość wypijanego mleka przez matkę i wagę noworodka oraz długość i wielkość główki dziecka. Kobiety, które wypijały < lub = 250 ml mleka urodziły dzieci, które ważyły mniej niż te urodzone przez kobiety, które wypijały więcej mleka. [5]. Wniosek z tego taki, że niedobory witaminy D oraz wapnia u kobiet ciężarnych skutkują niedoborem tej witaminy u ich dzieci.

Zarówno Amerykańska Akademia Pediatrii (American Academy of Pediatrics — 2008 r.) [6] oraz zalecenia krajowego konsultanta w dziedzinie pediatrii donoszą, że suplementację witaminy D<sub>3</sub>, należy rozpocząć od II–III trymestru ciąży w dawce 400 jm/dobę [7]. Istotnym elementem postępowania w czasie ciąży, byłoby indywidualne dobieranie dawki witaminy D dla każdej ciężarnej tak, aby jej poziom wynosił >30 µg/ml, co należałoby rozważyć przez lekarzy opiekujących się kobietą ciężarną. Reasumując zaopatrzenie organizmu kobiety ciężarnej w witaminę D odgrywa znaczącą rolę dla prawidłowego rozwoju narządów i tkanek rosnącego płodu.

Jeśli natomiast chodzi o podawanie witaminy D<sub>3</sub> dzieciom robi to 60% matek. Mleko matki jest najlepszym pożywieniem dla niemowlęcia, jednak zawartość witaminy D w mleku matki jest niska w granicach 15–70 IU/l. W przypadku kiedy dziecko wypije nawet litr mleka matki otrzyma zaledwie nieznaczne ilości witaminy, dlatego tak ważna jest suplementacja jej u niemowląt karmionych piersią [8].

Zbadano zależność pomiędzy podawaniem witaminy D<sub>3</sub> dzieciom karmionych piersią i karmionych sztucznie (tab. 3). Analizując dane tej tabeli zachodzi związek pomiędzy podawaniem dziecku witaminy D<sub>3</sub> a karmieniem piersią i karmionych sztucznie  $p=0,00001$ , współczynnik V Cramera wynosi  $V=0,44$ . Kobiety karmiące piersią częściej podają dziecku witaminę D<sub>3</sub>. 96,2% matek karmiących piersią podaje dziecku witaminę D<sub>3</sub>, natomiast 3,8% nie. Adekwatnie do tabeli 47,3% dzieci karmionych sztucznie otrzymuje suplementację witaminy D<sub>3</sub>, natomiast 52,7% nie. Wniosek z tego taki, że zachodzi korelacja pomiędzy podawaniem witaminy D<sub>3</sub> a sposobem karmienia.

Tabela 3. Podawanie witaminy D<sub>3</sub> dzieciom karmionym piersią i sztucznie

Podawanie dziecku witaminy D <sub>3</sub>	Matki karmiące piersią		Matki niekarmiące piersią		p
	liczba	proc.	liczba	proc.	
tak	25	96,2	35	47,3	0,00001
nie	1	3,8	39	52,7	
razem	26	100,0	74	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Polskie zalecenia opracowane przez zespół ekspertów dotyczące profilaktyki niedoborów witaminy D z 2009 r. zalecają niemowlętom karmionym piersią podawanie jej w dawce 400 IU/dobę [9].

Analizując powyższe badania i zalecenia, dobowe spożycie witaminy D<sub>3</sub> przez młode kobiety jest zbyt małe w stosunku do potrzeb swojego organizmu oraz ich dzieci.

Kolejną hipotezą jaką postawiono: niewskazana jest suplementacja witaminy D<sub>3</sub> wśród dzieci karmionych sztucznie o ile dziecko wypija około 1000 ml mleka początkowego i 800 ml mleka następnego. W większości przypadków 89,2% badanych karmi swoje dzieci mlekiem modyfikowanym, 8,1% krowim i 1,4% kozim. W grupie dzieci karmionych sztucznie ( $n=73$ ) najczęściej jest karmionych 2 i 6 razy w ciągu dnia (ok. 28%), natomiast 3–4 razy jest karmione około 12–16%, 4, 1% pań karmi dzieci 1 i 5 razy w ciągu dnia. Wypijają one: 50,7% po 400–799 ml/d, 17,8% poniżej 400 ml/d oraz 31,5% więcej niż 800 ml/d. Z całej badanej populacji ( $n=100$ ) 60% podaje swoim pociechom witaminę D<sub>3</sub>, reszta (40%) nie podaje. Najwięcej bo 68% podaje po kropli, 16,7% po 3 krople, 3,3% po 1 lub 10 kropli oraz 1,7% po 5 kropli witaminy.

Zależność jaką zbadano jest: dzienna ilość wypijanego mleka „sztucznego” a podawanie bądź też nie dzieciom witaminy D<sub>3</sub> (tab. 4).

W tabeli 4 pokazano, że  $p=0,35168$  w związku z tym wynik jest nieistotny statystycznie, brak jest zależności pomiędzy ilością wypijanego mleka a podawaniem witaminy D<sub>3</sub>.

Tabela 4. Dzienna dawka mleka a podawanie witaminy D<sub>3</sub> bądź niepodawanie

Dzienna dawka mleka	Podawanie D <sub>3</sub>		Niepodawanie D <sub>3</sub>		p
	liczba	proc.	liczba	proc.	
poniżej 400 ml	4	11,4	9	23,7	0,35168
400–799 ml	20	57,1	17	44,7	
800 ml i więcej	11	31,4	12	31,6	
razem	35	100,0	38	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Ilość jaką podaje się dziecku witaminy D<sub>3</sub> jest bardzo istotna zarówno dla kobiet karmiących „sztucznie” i karmiących piersią. Mleka modyfikowane są wzbogacane w odpowiednią ilość witamin, również i w witaminę D<sub>3</sub> i wapń. Łatwo więc jest przedawkować, co w konsekwencji może skutkować hiperkalcemią (tab. 5).

Tabela 5. Dawka witaminy D<sub>3</sub> u kobiet karmionych piersią i sztucznie

Dawka D <sub>3</sub>	Matki karmiące piersią		Matki niekarmiące piersią		p
	liczba	proc.	liczba	proc.	
1 kropla dziennie	21	84,0	20	57,1	0,06358
więcej	4	16,0	12	34,3	
mniej	0	0,0	3	8,6	
razem	25	100,0	35	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Jak pokazano w tabeli 5  $p=0,06358$  — wynik ten jest na granicy istotności. Można zaobserwować, że matki karmiące mlekiem modyfikowanym mają tendencje do podawania większych dawek witaminy D<sub>3</sub>. Wniosek z tego taki, że opiekunowie tych dzieci nie stosują się do zaleceń lekarzy pediatrów.

Adamska, Milko i Czerwionka-Szaflarska poddały ocenie zalecenia krajowego konsultanta w dziedzinie pediatrii w zakresie stosowania witaminy D<sub>3</sub> wśród dzieci. Analizie poddano 134 ankiety wypełnione przez rodziców dzieci do 2. roku życia. Tylko 14,18% dzieci miało zapewnioną prawidłową suplementację witaminy D<sub>3</sub>, natomiast aż u 77,61% dobową dawkę była przekroczona. U 54,65% dzieci mimo odpowiedniej podaży z pożywienia, rodzice podawali jeszcze w postaci farmakologicznej witaminę D<sub>3</sub> w kropelkach. Wniosek z tego taki, że zalecenia krajowego konsultanta nie były w pełni przestrzegane [10].

Istotnym elementem w zapobieganiu wystąpienia krzywicy jest odpowiednie odżywianie dzieci oraz synteza skórna, jeśli chodzi o dzieci powyżej 6 miesięcy. Źródłem witaminy D jest niewiele pokarmów, są to głównie tłuste ryby, oleje z ryb, żywność wzbogacona witaminą D (mleka, jogurty, zupki, kaszki) i jajka. Na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat nastąpiła w Polsce wyraźna poprawa stanu rozwoju i odżywienia dzieci. Nadal jednak sposób żywienia populacji wieku rozwojowego w Polsce jest pod wieloma względami niezadowalający. Skład codziennej diety, zwłaszcza dzieci w wieku 1–3 lat nie jest prawidłowo zbilansowany. Okres życia dziecka po pierwszym roku to okres dużej ruchliwości, zwykle gorszego apetytu i większych wymagań smakowych. Żywność dziecka w tym wieku „przy okazji” żywienia dorosłych nie zawsze jest właściwa. Dzieci spożywają wtedy często zwykłe mleko krowie, a także zbyt mało warzyw i owoców i za dużo np. słodczy. W konsekwencji nie pokrywają zapotrzebowania dobowego na składniki, takie jak: wapń i witaminę D, żelazo i jod [11].

Badaniu poddano dzieci w wieku powyżej 6. miesiąca życia. W tej grupie 98,5% mam wprowadziło do jadłospisu dzieci inne posiłki poza mlekiem, natomiast 1,5% jeszcze nie. Stosowały się do schematu żywienia dla dzieci karmionych „sztucznie”. W grupie dzieci powyżej roku (n=44) 57% codziennie podawało dzieciom przetwory mleczne inne niż mleko, 15,9% 3–6 razy w tygodniu. Niepokojące jest jednak to, że w tej grupie wiekowej 9,1% rodziców nie podaje innych przetworów mlecznych. Analizując natomiast spożywanie ryb w grupie dzieci powyżej 6 miesiąca (n=74) 82,4% respondentów uwzględniło w swojej diecie przetwory rybne, 17,6% nie. Jednakże, jak można zauważyć 64,3% spożywa ryby tylko raz w tygodniu, 23,2% rzadziej niż raz w tygodniu oraz 12,5% podaje swoim pociechom 2–3 razy. Jak widać istnieją deficyty w zakresie sposobu uzupełniania wapnia i witaminy D<sub>3</sub> jeśli chodzi o dostarczanie ich z pożywienia.

Ogólnopolskie badania przeprowadzone przez Charzewską i Weker na temat zawartości witaminy D<sub>3</sub> i wapnia donoszą, że w grupie dzieci 4-letnich występują przewlekłe niedobory wapnia w diecie 51% dzieci oraz przewlekłe niedobory witaminy D występują w diecie 99% dzieci. Pragnąc się dowiedzieć, jakie były przyczyny wystąpienia tych niedoborów sprawdzono również stan wiedzy matek, które twierdziły (aż 88%), że ich dzieci spożywają wystarczająco dużo pokarmów mlecznych, a 57% z nich uważa, że ich potomstwa spożywają dostatecznie dużo ryb [12].

Dla większości ludzi głównym źródłem witaminy D jest kontakt promieni słonecznych ze skórą. Z powodu coraz większej liczby zachorowań na raka skóry większość rodziców chroni jednak swoje dzieci przed promieniami słonecznymi. Rozpowszechnione w ostatnich latach stosowanie kremów z filtrem zwiększyło konieczność podawania dzieciom preparatów uzupełniających lub produktów żywnościowych wzbogaconych witaminą D.

Analizując dane stwierdzono, że wszystkie mamy przebywają ze swoimi pociechami na świeżym powietrzu. Spacerunki i zabawy stanowią ważny element w życiu dzieci, są one korzystne o każdej porze roku, zarówno dla starszych dzieci, jak i niemowląt. Pod wpływem słońca organizm może wytworzyć aż 80% potrzebnej mu dawki witaminy D, pozostałą część może pozyskać z pożywienia. Stwierdzono, że 88% badanych wychodzi z dziećmi na spacerunki codziennie, 4% — 4 lub 5 razy w tygodniu i 2% respondentów wychodzi 2–3 lub 6 razy w tygodniu. Spędzają oni około 2 godzin (39%), około godziny 30%, 27% przebywa z dziećmi na spacerunkach powyżej 4 godzin. Najniższa grupa 4% mniej niż godzinę. Systematyczna ekspozycja na promieniowanie słoneczne jest ważnym czynnikiem stymulującym wytwarzanie witaminy D<sub>3</sub>. Należy jednak pamiętać, że w naszej szerokości geograficznej synteza skórna tej witaminy pokrywa dzienne zapotrzebowanie w okresie pomiędzy kwietniem, a wrześniem, przy zapewnieniu ekspozycji na słońce przez minimum 15 minut w godzinach 10–15.

Skóra dzieci jest szczególnie wrażliwa i narażona na poparzenia słoneczne, z tego też względu należy otoczyć ją szczególną opieką. Preparaty należy stosować szczególnie na odsłonięte powierzchnie ciała dziecka. Analiza danych pokazuje, że 61% rodziców stosuje kremy z filtrem na skórę swoich dzieci. Filtry przeciwsłoneczne są to związki, które pochłaniają, odbijają albo rozpraszają promienie słoneczne. Podstawowym ich zadaniem jest ochrona skóry przed szkodliwym działaniem światła słonecznego. Fakt ten świadczy jednak o tym, że stosowanie kremów z filtrem hamuje syntezę skórą.

Na podstawie zabranego materiału badawczego sprawdzono czy istnieje zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a stosowaniem kremów z filtrem (tab. 6).

Tabela 6. Miejsce zamieszkania a stosowanie kremów z filtrem

Stosowanie kremów z filtrem	Miasto		Wieś		P
	liczba	proc.	liczba	proc.	
tak	31	72,1	30	52,6	0,0482
nie	12	27,9	27	47,4	
razem	43	100,0	57	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 6 istnieje związek pomiędzy miejscem zamieszkania a stosowaniem kremów z ochronnych. Kobiety zamieszkujące w mieście częściej stosują kremy z filtrem niż mamy na wsi. Test niezależności chi-kwadrat na poziomie istotności 0,05 zastosowany w odniesieniu do miejsca zamieszkania a stosowanie kremów z filtrem świadczy o istocie statystycznej  $p=0,0482$ ,

współczynnik  $V=0,19$ . Zatem miejsce zamieszkania ma istotny wpływ na świadomość stosowania kremów ochronnych wśród swoich dzieci (tab. 7).

Tabela 7. Wykształcenie matek a stosowanie kremów ochronnych

Stosowanie kremów z filtrem	Podstawowe lub zawodowe		Średnie		Wyższe		p
	liczba	proc.	liczba	proc.	liczba	proc.	
tak	9	42,9	31	64,6	21	67,7	0,1528
nie	12	57,1	17	35,4	10	32,3	
razem	21	100,0	48	100,0	31	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Przeanalizowano związek pomiędzy wykształceniem a stosowaniem kremów z filtrem. Matki ze średnim i wyższym wykształceniem stosują kremy ochronne częściej niż matki z podstawowym i zawodowym wykształceniem. Statystyka testowa wynosiła  $p=0,1528$ , co przy poziomie istotności 0,05 daje podstawę do odrzucenia zależności stosowania kremów z filtrem a miejscem zamieszkania. Oznacza to, że wykształcenie rodziców nie ma wpływu na świadomość stosowania kremów z filtrem.

Zmniejszona ekspozycja na promienie słoneczne poprzez stosowanie kremów ochronnych, ubranka dziecka, przebywanie w cieniu, porę roku oraz szerokość geograficzną wpływa na syntezę skórą witaminy  $D_3$ . W celu zwiększenia jej we krwi konieczne jest poddanie ekspozycji na promieniowanie słoneczne co najmniej 20% powierzchni ciała. Natomiast kremy ochronne z filtrem SPF 8 zmniejszą syntezę witaminy D w skórze o 95%, a o wartości SPF 15 — o 98%. Szkło również całkowicie blokuje promienie UV, dlatego ważna jest odpowiednia podaż witaminy  $D_3$  z różnych źródeł [6, 8].

Tabela 8. Podawanie witaminy  $D_3$  w poszczególnych okresach życia dziecka

Podawanie witaminy $D_3$	1–5 miesięcy		6–12 miesięcy		13–24 miesiące		p
	liczba	proc.	liczba	proc.	liczba	proc.	
tak	29	90,6	13	54,2	18	40,9	0,0001
nie	3	9,4	11	45,8	26	59,1	
razem	32	100,0	24	100,0	44	100,0	

Źródło: opracowanie własne.

Dokonano również porównania podawania witaminy  $D_3$  w poszczególnych okresach życia dziecka (tab. 8). Dane zawarte w tabeli 8 prezentują, że zach-

dzi związek pomiędzy podawaniem witaminy D<sub>3</sub> a poszczególnymi okresami życia dziecka. Można zaobserwować, że odsetek matek, które podają dziecku witaminę maleje wraz z wiekiem dziecka, współczynnik Cramera, który bada siłę związku wynosi  $V=0,44$ .

W pierwszym przedziale wiekowym od 1 do 5 miesięcy suplementacja witaminy D<sub>3</sub> uzależniona jest od tego, czy matka przyjmowała witaminę D<sub>3</sub> w ciąży i laktacji oraz czy karmi swoje dziecko piersią, czy „sztucznie”. Jak podaje literatura [7] pokarm kobiecy zawiera śladowe ilości witaminy D<sub>3</sub>. Związku z tym noworodkom i niemowlętom wskazana jest podaż witaminy D<sub>3</sub> w postaci farmakologicznej już od pierwszych dni życia. W drugim okresie od 6 miesięcy do roku podawanie witaminy D<sub>3</sub> uzależnione jest od tego: jakim mlekiem jest karmione, jaką ilość wypija i czy dziecko przebywa na świeżym powietrzu. Widać wyraźny spadek podawania witaminy D<sub>3</sub> w tym okresie. Natomiast w trzecim przedziale od 13 miesięcy do 2 lat dzieci uzupełniają sobie witaminę D<sub>3</sub> w szczególności z pożywienia oraz syntezy skórnej. Jak zaobserwowano wcześniej, dzieciom powyżej roku suplementacja witaminy D<sub>3</sub> z pożywienia jest niewystarczająca. Spożywają one za mało przetworów mlecznych i rybnych zawierających w swoim składzie witaminę D, zatem wskazana jest jej podaż.

## Wnioski

Na podstawie wyników badań i przeprowadzonej dyskusji sformułowano następujące wnioski:

1. Ryzyko wystąpienia krzywicy wśród dzieci, u których matki przyjmowały witaminę D<sub>3</sub> w czasie ciąży i laktacji jest znikome:

— 99% kobiet było pod stałą kontrolą lekarską podczas ciąży,

— w swojej diecie większość pań uwzględniła przetwory mleczne: 37% matek spożywało 2–3 razy w tygodniu, 32% częściej niż 3 razy, natomiast w znacznej mierze ograniczyły spożycie ryb, 77% kobiet spożywało tylko raz w tygodniu,

— miejsce zamieszkania oraz wykształcenie kobiet przyjmujących witaminę D<sub>3</sub> nie ma istotnego znaczenia.

2. Matki karmiące piersią (96,2%) częściej podają swoim dzieciom witaminę D<sub>3</sub>, niż matki karmiące mlekiem modyfikowanym (47,3%), ponieważ nie zaspokajają one dostatecznej jej podaży wraz z pokarmem.

Możliwość wystąpienia krzywicy wśród dzieci karmionych mlekiem sztucznym jest mało prawdopodobna. Witaminę D<sub>3</sub> 57,1% mam podaje po kropli dziennie, natomiast 34,3% nawet więcej niż kroplę.

### 3. Niewystarczająca jest synteza skórna witaminy D<sub>3</sub>, ponieważ:

- wystawianie dzieci na bezpośrednie działanie promieni słonecznych jest niewskazane,
- Polska leży pomiędzy 49 a 55 równoleżnikiem na półkuli północnej, gdzie synteza skórna nie zachodzi w ciągu zimy,
- większość rodziców stosuje u swoich dzieci kremy z filtrem (aż 61%) co ogranicza syntezę skórnią.

### Streszczenie

Wstęp. Witamina D<sub>3</sub> odgrywa ważną rolę zarówno w regulacji gospodarki wapniowo-fosforanowej, ale także zapewnia prawidłowe funkcjonowanie prawie wszystkich komórek, narządów i tkanek. Aby zapobiec niedoborom witaminy D<sub>3</sub> zaleca się odpowiednią suplementację w poszczególnych przedziałach wiekowych.

Cel. Celem pracy było zbadanie czy występuje ryzyko wystąpienia krzywicy poprzez niewłaściwe zaopatrzenie organizmu w witaminę D<sub>3</sub> wśród dzieci do 2. roku życia.

Materiały i metody badawcze. W celu uzyskania niezbędnych danych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym służącym do realizacji zastosowano kwestionariusz ankiety. Badaniami objęto dzieci do 2. roku życia wraz z rodzicami.

Wyniki. W analizowanej grupie 99% matek w ciąży było pod stałą kontrolą lekarską. Połowa, czyli (50%) przyjmowała witaminę D<sub>3</sub> w czasie ciąży, druga połowa w ogóle nie przyjmowała żadnych witamin. W okresie ciąży i laktacji 99% kobiet oświadczyło, że ich dieta była właściwie zbilansowana.

Spośród 100 pań 27% karmi swoje dzieci piersią, pozostałe 73% innym mlekiem. Ponad połowa, bo 60% respondentek podaje swoim dzieciom witaminę D<sub>3</sub>, pozostałe 40% nie podaje.

Wszystkie mamy przebywają ze swoimi pociechami na świeżym powietrzu — 88% codziennie spędzając więcej niż godzinę w ciągu dnia. W grupie dzieci powyżej 6 miesięcy 98,5% mam wprowadziła do diety inne posiłki oprócz mleka.

Wnioski:

1. Ryzyko wystąpienia krzywicy wśród dzieci, u których matki przyjmowały witaminę D<sub>3</sub> w czasie ciąży i laktacji jest znikome, ponieważ panie były pod stałą kontrolą lekarską (99%), przyjmowały przetwory mleczne w tym okresie.

2. Matki karmiące piersią (96,2%) częściej podają swoim dzieciom witaminę D<sub>3</sub> niż matki karmiące mlekiem modyfikowanym (47,3%).

3. Możliwość wystąpienia krzywicy wśród dzieci karmionych mlekiem sztucznym jest mało prawdopodobna. Witaminę D<sub>3</sub> 57,1% mam podaje po kropli dziennie, natomiast 34,3% nawet więcej niż kroplę.

4. Niewystarczająca jest synteza skórna witaminy D<sub>3</sub>, ponieważ nie zachodzi ona w Polsce w okresie zimy.

### Summary

Introduction. Vitamin D<sub>3</sub> plays an important role both in regulation of calcium phosphate management and also ensure the proper functioning of almost all cells, organs and tissues. Proper supplementation in each age range is recommended to prevent deficiency of vitamin D<sub>3</sub>.

Aim. The purpose of this study was to investigate whether there is a risk of rickets caused by inadequate supply of vitamin D<sub>3</sub> to the body in children up to 2 years old.

Materials and test methods. Diagnostic survey method was used to obtain necessary data. The research tool used was the survey questionnaire. The study included children up to 2 years old and their parents.

Results. In the study group 99% of pregnant mothers were under constant medical supervision. Half (50%) were taking vitamin D<sub>3</sub> during pregnancy, second half weren't taking any vitamins. During pregnancy and lactation 99% of women declared that their diet was properly balanced. Of 100 women 26% is breast-feeding, 74% uses other milks. 60% of respondents gives their children vitamin D<sub>3</sub>, other 40% doesn't. All mothers spend time with their children outside — 88% spend more than 1h every day. In a group of children over 6 months 98,5% of mothers introduced other meals into their diet besides milk.

Conclusions:

1. The risk of rickets among children whose mothers took vitamin D<sub>3</sub> during pregnancy and lactation is negligible, because the women were under constant medical supervision. 99% received milk during that period.

2. 96,2% of breast-feeding mothers give their children vitamin D<sub>3</sub>, mothers feeding with modified milk only 47,3%.

3. The possibility of rickets among infants fed with artificial milk is unlikely. The vitamin D<sub>3</sub> 57,1% of mothers give their infants 1 drop per day, but 34,3% gives more than 1 drop per day.

4. Skin synthesis of vitamin D<sub>3</sub> is insufficient, because it does not occur in Poland in winter.

#### Piśmiennictwo

1. Napiórkowska L. Franek E. Rola oznaczania witaminy D w praktyce klinicznej Choroby serca i naczyń. 2009; (6), 4: 203–210.
2. Płudowski P. Karczmarewicz E. Czech-Kowalska J. i wsp. Nowe spojrzenie na suplementację witaminą D. Standardy Medyczne. 2009; (6), 1: 23–41.
3. <http://pl.wikipedia.org/wiki/krzywica>, dostęp 17.04 2013.
4. Van Eijsden M, Vrijkotte TG, Gemke R.J. Suboptimal maternal vitamin D status and low education level as determinants of small-for-gestational-age birth weight. Eur J Nutr. 2012, 17.
5. Marcinowska-Suchowierska E. Rola Witaminy D w utrzymaniu zdrowych kości oraz w profilaktyce złamań. Komentarz do artykułu. Medycyna po Dyplomie. 2007; 16: 127–129.
6. Walicka M. Marcinowska-Suchowiecka E. Vitamin D deficiency during pregnancy and lactation. Ginekol. Pol. 2008; 11: 780–784.
7. Pronicka E. Problemy z rozpoznaniem i leczeniem krzywicy z niedoboru witaminy D. Puls Medycyny. 2003; (52): 3.
8. Chrzanowska J. Chlebna-Sokół D. Chybicka A. Kowalska-Czech J. Polskie zalecenia dotyczące profilaktyki niedoborów witaminy D 2009. Lekarz Rodzinny. 2010; (149), 1: 52–54.
9. Adamska I. Mulko A. Czerwionka-Szafrńska M. Ocena realizacji zaleceń Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pediatrii dotyczących stosowania witaminy D<sub>3</sub> u dzieci. Pediatria Polska. 2008; (83), 4: 329–329.
10. Szymankiewicz M. Zapobieganie osteopenii wcześniaków i krzywicy u dzieci. W: Gądzinowski J., Bręborowicz G. (red.). Rekomendacje postępowania w medycynie perinatalnej. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2002; 98–107.
11. Charzewska J. Weker H. Ogólnopolskie badania nad zawartością wapnia i witaminy D w dietach dzieci w wieku 4 lat. Pediatria Współczesna. 2006; s. 107–109.

12. Doroszko A., Gronowicz E., Niedzielska E., Doroszevska R. (red.). Wskazania i bezpieczeństwo stosowania preparatów witaminy D w okresie laktacji. *Pediatrics Polska*. 2008, (84), 2:111–113.

*Jolanta Żywica*

(Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku, Oddział Dziecięcy Obserwacyjny)

*Maria Postulszna-Owczarz*

(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku

Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży SPZPS we Włocławku)

## WSPIERAJĄCA I EDUKACYJNA ROLA PIELĘGNIARKI PEDIATRYCZNEJ W ODNIESIENIU DO DZIECI CHORYCH I ICH RODZICÓW

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo pediatryczne; hospitalizacja dziecka; wsparcie; edukacja.

### SUPPORTING AND EDUCATIONAL ROLE OF PEDIATRIC NURSES TOWARDS SICK CHILDREN AND THEIR PARENTS

Key words: pediatric nursing; hospitalization of children; support; education.

## Wstęp

Dziecko chore potrzebuje, aby warunki szpitalne zostały jak najbardziej zbliżone do tych, w których się wychowuje. Wiele już w tym kierunku zostało zrobione, ale jeszcze wiele czeka na naprawę.

Efektom choroby dziecka jest poczucie straty u jego rodziców, u dzieci również pojawia się wiele negatywnych emocji. Jednym z zadań współczesnej pediatrii jest wychodzenie naprzeciw potrzebom rodziny, jako że dotyczą one bezpośrednio dziecka. Pierwszym i najważniejszym jest utrzymanie bliskiego kontaktu rodzica z dzieckiem. Zgodnie z pełnioną rolą pielęgniarka powinna współpracować z rodzicami, aby znieść napięcie psychiczne, jakie niesie choroba i problemy z nią związane. Każdego małego pacjenta powinna traktować podmiotowo, indywidualnie w czasie pobytu w szpitalu, dostrzegać jego niepowtarzalną osobowość i dać mu wsparcie w sytuacji trudnej.

## Wpływ hospitalizacji na dziecko

Każda choroba powoduje u dziecka obciążenie psychiczne. Rodzaj reakcji małego człowieka na chorobę oraz jej siła zależą w dużej mierze od cech psychofizycznych dziecka, wychowania, doświadczenia życiowego oraz od jego środowiska naturalnego, nasilenia objawów chorobowych i świadomości dziecka co do przebiegu choroby i jej prognozy. Głównymi objawami obciążenia psychicznego u dzieci są: wzmożona męczliwość, trudność skupienia uwagi, drażliwość prowadząca do agresji lub wycofania się, bierność i apatia [1].

Choroba dziecka powoduje powstanie zmian ogólnych, które wpływają ujemnie na psychikę dziecka. Jak wskazują J. Formański oraz M. Dyga-Konarska we wszystkich prawie chorobach dziecko doświadcza, w różnym nasileniu, takich obciążeń psychicznych, jak: lęk, ból, ograniczenie aktywności. Przyczyniają się do tego m.in.: zmiana rytmu życia, dieta, konieczność przyjmowania leków, zmieniona chorobą atmosfera domowa [1].

U dzieci młodszych lęk wiąże się z konkretną sytuacją, np. zastrzykiem, natomiast źródłem lęków starszych dzieci są podobnie jak u dorosłych — strach przed bólem, okaleczeniem, zmianą wyglądu, utratą kontaktu z osobami bliskimi, uzależnieniem od innych, utratą samodzielności, odrzuceniem [1, 2, 3, 4].

Problem szpitalnych przeżyć dziecka oraz ich skutków jest ściśle związany z wiekiem dziecka. Z punktu widzenia kolejnych okresów rozwoju stwierdzono, że od urodzenia do około 3. miesiąca życia, dziecko reaguje na oddzielenie od matki jak na każdą zmianę środowiska i opieki, tj. ogólną reakcją w postaci zmienionego rytmu snu, łaknienia i wydalania. Rozłąka w okresie od 4. do 6. miesiąca życia powoduje nagłą dezorientację wyrażającą się gwałtownym płaczem. Trudniejsze są problemy leczenia szpitalnego dziecka od 7. do 18. miesiąca życia. Każde odejście matki odbiera jako jej utratę. W jeszcze trudniejszej sytuacji znajduje się mały pacjent od około 18. miesiąca życia do 4. roku życia. Przywiązanie do matki jest w tym okresie bardzo silne, egoistyczne, a zaufanie dziecka całkowite, toteż obciążenie związane z chorobą może prowadzić do wystąpienia zachowań regresyjnych. W wieku 6–8 lat, w okresie tworzenia poczucia własnego „ja” emocje negatywne są skierowane w stosunku do wszystkich, nie omijając rodziców. U dzieci starszych w wieku szkolnym 9–12 lat pojawia się duża wrażliwość i podatność na urazy psychiczne. Dziecko czuje się opuszczone, bardzo często rozładowanie przeżywanych emocji następuje przez zachowanie agresywne [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Szczególne typy problemów pojawiają się w momencie rozpoznania choroby u nastolatków. Choroba wywołuje trudne do zaakceptowania zmiany w życiu młodej osoby, a świadomość niesionych przez chorobę i leczenie zagrożeń często doprowadza do zaniechania prowadzonych wcześniej działań, często do depresji [1].

Długa hospitalizacja i brak opieki macierzyńskiej zaspokajającej potrzeby emocjonalne może prowadzić do tak zwanej choroby szpitalnej [5, 6, 7, 8, 9].

Przeżyciami dzieci związanymi z bólem i innego rodzaju fizycznym cierpieniem zainteresowano się stosunkowo niedawno. Właściwie wszyscy autorzy podkreślają, że chore dzieci, reagują na ból przede wszystkim lękiem, ale czasem również złością, pragnieniem zemsty, poczuciem winy, poddaniem się i depresją. Warto wspomnieć, że reakcja gniewu bywa psychicznie zdrowsza od reakcji lęku [3, 4, 5].

Wielkim dziecięcym stresorem jest brak aktywności. Do natury dziecięcego świata należy ruch, zdobywanie nowych przedmiotów i przestrzeni wzrokiem i dotykiem, stały kontakt z bliskimi ludźmi, równowaga między stabilnością i nowością. W szpitalu ta równowaga zostaje zachwiana i najczęściej z braku aktywności myśli dziecka obrastają obrazami zawierającymi treści lękowe [3, 4, 5].

Skoro lęk odgrywa tak znaczącą rolę to w odpowiedzi tworzą się mechanizmy obrony przed nim. Są one liczne i różnorodne, z tym, że dzieci posługują się nimi w rozmaitym stopniu i zakresie [2, 3, 4, 5].

## Rodzice a hospitalizacja dziecka

Harmonię, jaka wytwarza się między rodzicami i dziećmi może gwałtownie zakłócić choroba. Pobyt na oddziale szpitalnym to duży stres nie tylko dla dziecka, ale dla całej rodziny. Rodzice małych pacjentów przeżywają silne negatywne emocje, tracą poczucie łączącej ich więzi z dzieckiem oraz tracą część kompetencji. Zdarza się, że rodzice nie wiedzą jak postępować z dzieckiem, nie potrafią współpracować z personelem medycznym, ponieważ nie całkiem rozumieją chorobę swojego dziecka, są tak zagubieni, że nie są w stanie wyciszyć przeżyć dziecka. W kontakcie z nimi dziecko odbiera negatywne emocje — napięcie, niepewność, lęk, zdenerwowanie, poczucie winy, a nawet gniew [4, 10, 11].

Wielu rodziców przerasta sytuacja choroby i konieczność hospitalizacji dziecka. Stają się zobojętniali, brak im energii, nie włączają się w proces leczenia. Jest to triada depresyjna — brak afektu, zaangażowania i aktywności. Rodzice, którzy wybrali konfrontację wkładają dużo wysiłku i energii w działanie, które ma wykazać niekompetencje personelu medycznego, mają żal i pretensje, oskarżają o zaniedbania. O tych rodzicach mówi się, że są roszczeniowi. Rodzice stosujący unikanie w kontakcie z dzieckiem zachowują się niezgodnie z zaleceniami medycznymi, nie respektują zasad nawet wtedy, gdy to w sposób oczywisty zagraża życiu dziecka [10].

Wielu rodziców traci opanowanie pod wpływem nowego stresu. Zdarzają się one np. w przypadku ciężkiej i zagrażającej życiu choroby jedyne dziecko, a także gdy rodzicowi towarzyszy przykre wspomnienie z pobytu w szpitalu w dzieciństwie lub poczucie winy za chorobę dziecka, zwłaszcza w przypadku wad wrodzonych i chorób przewlekłych [12].

Czasami razem z dzieckiem przyjmowanym na oddział dziecięcy przybierają rodzice, którym zawsze się zdaje, że ich dziecko ma niedostateczną opiekę. Niespokojni i podejrzliwi rodzice będą wykorzystywać drobne niedokładności dla podsycania swego braku zaufania do szpitala, nawet mogą reagować agresją [3, 12].

Rodzice dziecka przewlekle chorego na wiadomość o diagnozie reagują emocjonalnie, bardzo często czują się winni choroby dziecka. Rozpoznanie poważnej choroby u dziecka stawia rodzinę przed wielkim wyzwaniem. Zmianie ulega system wartości, rytm życia, pełnione role i zadania. Zachodzi potrzeba przeorganizowania wielu spraw. Stosunek rodziców do chorego dziecka powinien być nacechowany spokojem, szczególną serdecznością, łagodnością i stanowczością [13].

## Zadania pielęgniarki pediatrycznej

Pielęgniarstwo zajmuje się najcenniejszym dobrem człowieka, tj. jego zdrowiem. Jednak dbałość o zachowanie zdrowia, w szerokim tego słowa rozumieniu, wiąże się nie tylko z pomocą o charakterze medycznym, ale również w wielu przypadkach przede wszystkim z pracą socjalną, pedagogiczną, psychologiczną oraz określoną postawą etyczną. W praktyce oznacza to m.in. takie zachowanie, jak: dodawanie otuchy, podtrzymywanie na duchu, ochrona, wsparcie, opieka, edukacja, pomoc w rozwoju. Opinie na temat pedagogicznego powołania dla zawodu pielęgniarki, wyraziła H. Radlińska, pisząc, że pomoc chorym nie może ograniczać się tylko do leczenia, lecz w nie mniej istotnym stopniu również do rozumienia pacjentów, uszanowania ich indywidualności i odrębności, określenia hierarchii ich potrzeb oraz systemu wartości [14].

Pielęgnowanie dziecka w odniesieniu do definicji V. Henderson to asystowanie, pomaganie dziecku zdrowemu, choremu, niepełnosprawnemu, umierającemu, lub grupie dzieci w wykonywaniu tych czynności znaczących dla utrzymania zdrowia lub jego odzyskania, zapewnienia godnego umierania, które mogłoby wykonywać samodzielnie, gdyby miało potrzebne ku temu: wiedzę, umiejętności, siłę i wolę [1, 15, 16]. Realizacja poszczególnych funkcji zawodo-

wych nie odbywa się w izolacji każdej z nich. Zawsze w mniejszym lub w większym stopniu funkcje zazębiają się [1, 17, 18, 19].

Funkcja opiekuńcza polega głównie na rozpoznawaniu potrzeb dziecka a następnie ich odpowiednim zaspokajaniu poprzez spożytkowanie określonych metod oraz sposobów w pracy opiekuńczo-wychowawczej.

Funkcja wychowawcza odnosi się do świadomych relacji interpersonalnych z pacjentem, nakierowanych na kształtowanie u niego określonych postaw i zachowań, związanych głównie z prozdrowotnym sposobem bycia, odpowiedzialnością za zdrowie własne oraz zdrowie najbliższych, a także odnoszących się do postaw współpracy ze służbami medyczno-socjalnymi i rodziną w całym procesie organizacji pielęgnowania oraz zdrowienia.

Funkcja promowania zdrowia odnosi się do zadań i czynności związanych zarówno z rozpoznawaniem stanu promowania zdrowia, z oceną dostępności usług medyczno-zdrowotnych, jak i z podnoszeniem społecznej świadomości w tym zakresie oraz tworzeniem warunków do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia.

Z funkcją promocyjną ściśle łączy się funkcja profilaktyczna polegająca głównie na dokonywaniu diagnoz w zakresie charakteru oraz stanu zagrożenia wypadkami, urazami, schorzeniami, a także w planowaniu realizowania działań zapobiegających lub ograniczających ryzyko występowania wypadków oraz schorzeń w określonych populacjach i typach środowisk.

Z kolei funkcja terapeutyczna dotyczy współpracy z grupami terapeutycznymi w zakresie diagnozowania, terapii oraz rehabilitacji określonych pacjentów. Brane są tutaj pod uwagę różnorodne zadania oraz czynności m.in. związane z pobieraniem materiałów do badań, wykonywaniem zabiegów zleconych przez grupę terapeutyczną, jak również tych, które wymagają udzielania pomocy przedlekarskiej w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia podopiecznego.

Wreszcie funkcja rehabilitacyjna odnosi się do zadań związanych z pomaganiem, w uzyskaniu autonomii oraz samodzielności w kształtowaniu umiejętności radzenia sobie w nowej sytuacji życiowej pacjentów, powstałej na skutek procesu leczenia [1, 17, 18].

## Oddziaływanie pielęgniarki w odniesieniu do dzieci i młodzieży

Współczesne pielęgniarstwo pediatryczne to zaspokajanie wszystkich potrzeb biopsychospołecznych chorego dziecka i pomoc w rozwiązywaniu jego problemów. W praktyce oznacza to sprawowanie opieki w ramach zleceń lekarskich i wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, lecz również podjęcie

zadań profilaktycznych, edukację zdrowotną dziecka i jego rodziców oraz kierowanie uwagi na uczucia i myśli chorego dziecka oraz jego wewnętrzny świat [20, 21].

Do zadań pielęgniarki odpowiedzialnej za dziecko zgodnie z zasadami sztuki pielęgniarskiej i w miarę posiadanej wiedzy należy sprawowanie opieki zgodnie z zasadami procesu pielęgnowania.

Gromadzenie danych o dziecku i jego rodzinie niezbędne jest do rozpoznania jego potrzeb i zaplanowania kompleksowej opieki. Udokumentowane informacje muszą być czytelne i dostępne dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Dane te stanowią wiarygodne odzwierciedlenie aktualnego stanu dziecka i w sposób ciągły są uaktualniane. Poza informacjami uzyskanymi z dokumentacji medycznej konieczny też jest wywiad z małym pacjentem lub jego rodzicami, a więc dialog pomiędzy chorym lub jego opiekunami a pielęgniarką w kontekście bardzo osobistym. Wywiad jest pewną sztuką, która wymaga zdrowego rozsądku, taktu i doświadczenia, które pozwalają na kierowanie w ten sposób rozmową, aby uzyskać potrzebne informacje. Rozmowę należy prowadzić w atmosferze szacunku i wzajemnego zaufania. W miarę możliwości należy zadbać o naturalność i pewną intymność rozmowy.

Po to, aby lepiej poznać dziecko należy mało mówić, ale uważnie słuchać. Trzeba pozwolić opowiadać o sobie lub rodzicom o dziecku w im właściwy sobie sposób. Wszystkie pytania muszą być odpowiednie. Pacjent lub jego rodzice mają prawo oczekiwać czegoś po tym wywiadzie. Obserwacja pacjenta stanowi najważniejszą część oceny pielęgniarskiej. Jakość uzyskanych informacji na jego temat zależy od jej obserwacji.

Innym zadaniem jest rozpoznawanie stanu biopsychospołecznego dziecka i sformułowanie diagnozy pielęgniarskiej. Diagnoza pielęgniarska określa indywidualne problemy, uwzględnia potrzeby, stan dziecka, możliwości opiekuna w opiece oraz umożliwia prawidłowe planowanie opieki pielęgniarskiej. Realizacja planu opieki pielęgniarskiej ma miejsce w zakresie: zaspokajania potrzeb biologicznych, zaspokajania potrzeby bezpieczeństwa dziecka, opieki psychospołecznej, edukacji zdrowotnej, współudziału w diagnozowaniu i leczeniu [1].

Pielęgniarka na bieżąco przeprowadza korektę realizowanej opieki oraz dokumentuje podjęte działania. W procesie pielęgnowania istotne jest kierowanie się ogólnymi zasadami postępowania obowiązującymi w opiece nad dzieckiem w określonym stanie, przy uwzględnieniu takich zmiennych jak wiek dziecka, liczba podopiecznych, miejsce świadczonej opieki [1, 22, 23].

W opiece nad chorym dzieckiem należy doceniać rolę zaspokojenia jego wszechstronnych potrzeb, dbałości o dobre samopoczucie psychiczne, podmiotowe traktowanie, poszanowanie godności, zapewnienie bezpieczeństwa. Jest to okres największej bezbronności, najmniejszej odporności psychofizycznej i największej wrażliwości na wpływy otoczenia. W każdej sytuacji opiekuńczej dziecko powinno być uważane za niepowtarzalną osobę, całościowy i swoisty

system funkcjonujący w trzech wzajemnie powiązanych ze sobą sferach: biologicznej, psychicznej i społecznej, w określonej grupie, rodzinie, kręgu kultury, z określonymi przyzwyczajeniami i wpajanymi wartościami [1, 10, 24].

Celem hospitalizacji jest nie tylko leczenie, ale wyleczenie dziecka. Ogromną rolę w tym procesie odgrywa pełna współpraca pielęgniarki z chorym dzieckiem i jego rodziną oraz stopień uzyskania zaufania. Powrotowi do zdrowia sprzyja aktywna postawa dziecka i jego rodziców. Umożliwia to stopniowe wdrażanie dziecka, jeśli jego stan na to pozwala, do pielęgnowania w warunkach domowych, do kontynuowania terapii i rehabilitacji [1, 10].

Niezbędną umiejętnością pielęgniarki jest włączenie się w cierpienie dziecka i wspólne z nim przeżywanie, co jest wyrazem humanistycznej postawy. W postępowaniu z chorym dzieckiem powinno się przestrzegać trzech podstawowych zasad:

- oddziałuje się na dziecko uspokajająco, poprzez łagodzenie słowem, dotykiem, odwracaniem uwagi,
- w zachowaniu własnym unika się gwałtowności,
- zjawiska, z którymi styka się dziecko, muszą być określone i przewidywalne, np. służą temu dobrze zorganizowany i przestrzegany rozkład dnia na oddziale oraz rzetelne informacje udzielane dziecku o planowanych zabiegach [1, 2].

Każde dziecko potrzebuje wsparcia. Im młodsze dziecko tym kontakt dotykowy jest najbardziej właściwy. Może to być przytulenie dziecka w wieku poniemowlęcym lub przedszkolnym bądź też wzięcie na kolana dziecka w wieku szkolnym. Młodego człowieka w wieku dorastania można pocieszyć klepiąc go lekko po ręce lub ramieniu. Istotne dla pielęgniarki pediatrycznej jest poznanie punktu widzenia dziecka i jego wyobrażeń o otaczającym świecie. Rysunki dzieci są użytecznym sposobem poznania tego, jak dziecko postrzega siebie, jak wyobraża ono sobie ból, zabieg operacyjny, chorobę. Kolejnym sposobem jest zachęcanie dzieci do odgrywania za pomocą zabawek przebiegu badań, operacji, leczenia. Wyjaśnienia terapeutyczne ze strony pielęgniarki mogą zmniejszyć lub znieść lęk, niepokój, które ujawniają się przy okazji tego typu zabaw. Należy podkreślić znaczącą rolę pielęgniarki w pobudzaniu dziecka do aktywności dostosowanej do przebiegu i stopnia ciężkości choroby. Jeśli stan dziecka na to nie pozwala, można przynajmniej wzbudzać jego aktywność psychiczną. W przypadku małych dzieci mogą to być bajki trafnie dobrane i opowiedziane, odpowiednia muzyka, gry planszowe [1, 5].

Sprawne komunikowanie jest niezbędną umiejętnością w sytuacji współdziałania pielęgniarki z dzieckiem. Pielęgniarka w pracy z chorym dzieckiem często zadaje sobie pytania jak się z nim komunikować, by je rozumieć, pomóc mu przejść przez szpitalne, niechciane „wakacje” [9]. Ponieważ pielęgniarka jest najczęściej pierwszą osobą, którą spotyka dziecko wraz z rodzicami zgłaszające się do placówki służby zdrowia, to od podejścia pielęgniarki do

dziecka, zależy w dużej mierze nie tylko sprawne, jak najmniej traumatyczne wykonanie danego zabiegu, ale również zdobycie zaufania dziecka oraz jego opiekunów jako niezbędnego warunku dalszej współpracy [1, 9, 25].

Znaczącymi aspektami komunikowania się pielęgniarki z dzieckiem są naturalność i spontaniczność, z jednoczesną znajomością właściwych sposobów nawiązywania i utrzymywania rozmowy oraz aktywne słuchanie. W komunikowaniu terapeutycznym duże znaczenie dla dziecka ma otrzymanie od pielęgniarki różnych sygnałów potwierdzających. Potwierdzenia takie mogą być wyrażone uśmiechem, wyrazem twarzy, utrzymaniem kontaktu wzrokowego, pochYLENIEM SIĘ W STRONĘ DZIECKA, MIĘKKOŚCIĄ GŁOSU, DOTKNIĘCIEM RĘKI DZIECKA, OBJĘCIEM GO RAMIENIEM. Jednak należy pamiętać, że dziecko bacznie obserwuje, co dzieje się wokół niego, zwracając uwagę nie tyle na komunikaty niewerbalne. Należy stanowczo podkreślić, iż to, jakie doświadczenia zbierze dziecko podczas pierwszego kontaktu ze szpitalem, będzie rzutować na atmosferę następnych spotkań z pielęgniarkami [1, 2, 25].

Przekazując dziecku informację należy zwracać uwagę, że wiedza powinna być przekazywana dziecku w sposób nieemocjonalny. Chodzi tu o spokojne, rzeczowe informowanie, wyjaśnienie jego dolegliwości bez jednoczesnego ujawniania własnego emocjonalnego podejścia. Także sposób przekazu powinien być odpowiedni do poziomu rozumienia dziecka [1, 5, 9, 26].

Zakres informacji przekazywanych dziecku powinien być uzależniony od przewidywanych konsekwencji choroby. Gdy przewidywane są trwałe skutki choroby w postaci kalectwa, dysfunkcji, dziecko może mieć trudności z przyjęciem tego do świadomości. W momencie udzielania takich informacji należy pamiętać by jednocześnie wprowadzić do rozmowy elementy łagodzące, zapewnić małego pacjenta o pełnej akceptacji, zrozumieniu, gotowości pomocy, mówić o sposobach radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, o wyzwaniach jakie niesie życie, o pokonywaniu własnej słabości. Najtrudniejsza sytuacja jest wtedy, gdy mamy do czynienia z pacjentem nieuleczalnie chorym, umierającym. Porozumienie się z takim dzieckiem jest niezwykle trudne ze względu na nieuchronnie zbliżającą się śmierć.

Bez względu na sposób, w jakich wiedza przekazywana jest małemu pacjentowi, zawsze należy kierować się podstawową zasadą, jaką jest zasada nadziei. Nadzieja ważna jest szczególnie w sytuacji choroby przewlekłej. Zawsze skierowana ku przyszłości przyczynia się do szybszego psychicznego dojrzewania dziecka, mobilizuje do walki, pomaga pokonywać kryzysy, znosić cierpienie i walczyć z poczuciem bezsilności i nieuchronności zdarzeń [5, 9].

E. Góralczyk przedstawia zachowania pomocne w zmniejszeniu poczucia zagrożenia u dziecka:

— kontrola bólu i cierpienia — wyrobienie w dziecku przekonania, że istnieje realna możliwość zlikwidowania ich lub zmniejszenia, że np. istnieje osoba, która o to zadba i w trudnej chwili pomoże lub choćby będzie towarzyszyć,

- obecność bliskich i upewnienie dziecka, że go nie opuszczą,
- upewnienie dziecka, że jest kochane i potrzebne bliskim, jak również, że może być pożyteczne w przyszłości, w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym,
- wskazywanie dziecku, szczególnie starszemu różnorodnych form samo-realizacji,
- umożliwienie dziecku wybierania pewnego, własnego wpływu na dalsze leczenie, choćby na sposób dokonywania zabiegów,
- aranżowanie sytuacji dającej dziecku możliwość wyboru i podejmowanie decyzji, np. czasu wykonywania zabiegu — podania tabletki teraz albo za pięć minut,
- informowanie dziecka o spodziewanym przebiegu choroby i uprzedzenie o niektórych działaniach z nią związanych, np. konieczność unieruchomienia w łóżku, przyjmowania leków, a po wyjściu ze szpitala być może konieczność regularnych przyjazdów celem wykonywania badań kontrolnych,
- uczenie dziecka, jak przystosować się do niedogodności związanych z chorowaniem,
- upewnienie dziecka, że może liczyć na fachową opiekę teraz i w przyszłości,
- dbałość o stymulowanie rozwoju psychoruchowego, intelektualnego i społecznego,
- stwarzanie sytuacji umożliwiających odnoszenie sukcesu, budowania i umacniania własnej wartości i mocy,
- formułowanie planów i zamierzeń na przyszłość [9].

W relacjach pielęgniarki z dzieckiem podstawowym czynnikiem, pozwalającym na kształtowanie dobrego kontaktu z nim oraz zrozumienie i zaspokojenie jego potrzeb biopsychospołecznych, jest empatia. Im wyższe umiejętności empatyczne pielęgniarki, tym właściwszy, lepiej dopasowany rodzaj relacji rozwijanej z pacjentem [9, 27].

## Współpraca pielęgniarki pediatrycznej z rodzicami dziecka

Dzieci instynktownie wołają mamę lub tatę w momentach bólu lub niepokoju. Pielęgniarka nie może działać w zastępstwie rodziny, ale powinna spełniać trudniejszą i bardziej odpowiedzialną rolę, współdziałając z rodziną chorego dziecka. Żadne dziecko nie może być właściwie leczone w izolacji od swej rodziny i domu. W istocie, kiedy rodzina współpracuje z personelem pielęgniarskim i lekarskim, doznania chorego dziecka są znacznie mniej przykre, a powrót do domu może się przyspieszyć. Rodzina jest jednym z najważniejszych

systemów wspierających. Ma ona wielkie możliwości oraz środki do umacniania i ochrony zdrowia, jego przywracania, łagodzenia cierpień oraz poprawy jakości życia z chorobą. Umiejętne korzystanie z tych możliwości dla dobra członków rodziny jest obowiązkiem pielęgniarki, ale wymaga dokładnego ich poznania. Pielęgniarka poprzez kontakt z rodziną chorego dziecka także uczestniczy w sytuacjach kryzysowych rodziny, świadczy pomoc i wsparcie psychologiczne, polegające na zapewnieniu komfortu psychicznego — uspokojeniu, rozbudzeniu nadziei [9, 28].

Czynny udział rodziców w procesie leczenia jest niezbędny, stanowią oni źródło wiedzy o małym pacjencie, jego przyzwyczajeniach, sposobach sygnalizowania potrzeb, nielubianych potrawach, a co najważniejsze ich częsty pobyt na oddziale, zaangażowanie w opiekę nad własnym dzieckiem w znacznym stopniu łagodzą jego negatywne przeżycia, zapobiegają chorobie szpitalnej. Na ogół rodzice są zdecydowanie sprzymierzeńcami a nie wrogami. Podczas całego pobytu w szpitalu opiekunowie powinni być informowani w przystępny i zrozumiały sposób o wykonywanych zabiegach. Powinni mieć również możliwość towarzyszenia dziecku podczas drobniejszych zabiegów, o ile oczywiście nie ma do tego przeciwwskazań medycznych i jeżeli szpital pozwala rodzicom na nocowanie z dzieckiem, powinni mieć oni zapewnione godne warunki pobytu. Prawidłowa wymiana informacji między rodzicami a pielęgniarką oraz pokierowanie zachowaniem rodziców przez pielęgniarkę ma szansę wpłynąć bezpośrednio zarówno na emocje dziecka jak i jego rodziców. Często rodzice są wyczerpani i zrozpaczeni, ujawniają złość, bezradność, a nawet agresję. Nie ma standardowego sposobu postępowania, jest to kwestia wycucia, opanowania, zrozumienia. Jest to ważne, ponieważ dziś już wszyscy uznają i respektują wartość swobodnego kontaktowania się dziecka z najbliższymi osobami. Przecież nikt nie jest bardziej powołany i zobowiązany do zadbania o sferę przeżyć dziecka niż jego rodzice. Czasami rodzice są do tego stopnia przerażeni chorobą dziecka, że wydają się być wdzięczni za wszystko, co robi się dla ich dziecka, sami bowiem nie umieją ocenić jego potrzeb. Z drugiej strony pielęgniarce nie wolno ignorować jakiegokolwiek sygnału rodzica, że jego dziecku dzieje się coś niedobrego. Rodzice najlepiej znają swoje dziecko. Każda doświadczona pielęgniarka wie, że jeśli matka mówi o zmianie w zachowaniu i wyglądzie swego dziecka, to powinna jej wierzyć nawet, jeśli sama nie widzi żadnych niepokojących objawów. Koncepcja pielęgnowania chorych dzieci przy współdziałaniu rodziców nie jest już niczym nowym. Nie wszyscy rodzice czują się na siłach, aby uczestniczyć w zabiegach wykonywanych u dzieci, trzeba to przewidywać i respektować. Są także tacy, którzy pragną być świadkami nawet najcięższych zabiegów. Rodzicom trzeba wyjaśnić sens wykonywanych czynności. Jednak w sytuacji, gdy dziećmi zaczynają zajmować się rodzice, pielęgniarka nie może pozbyć się odpowiedzialności, gdyż taka jej postawa niszczy zaufanie do pielęgniarki [10, 12, 29].

Dużym wyzwaniem dla pielęgniarki są w szpitalu rodzice dziecka niepełnosprawnego. Rodzice tych dzieci wymagają od pielęgniarki wielkiej serdeczności i wsparcia. Szczególnie ciężkie są dla nich pierwsze dni, kiedy to pogrążają się w rozpacz, gniewie lub frustracji na skutek załamania się rodzicielskiej ambicji, którą wiązali z przyszłością swego potomka [12, 29].

Najbardziej wzruszającą i delikatną sferą kontaktów pielęgniarki z rodzicami jest ta, która obejmuje swym zasięgiem rodziców dziecka śmiertelnie chorego. Powinni oni otrzymać w tym okresie takie wsparcie i pomoc od pielęgniarki, aby nie poczuwać się do winy, kiedy zechcą na chwilę odejść od łóżeczka [10, 12].

Stosunki z ludźmi zależą od komunikacji między nimi. Celem komunikacji pielęgniarki z ludźmi objętymi jej troską jest wzajemne zrozumienie, kształtowanie właściwych relacji, udzielenie skutecznej pomocy. Zadaniem pielęgniarki w procesie komunikowania powinno być uzyskanie porozumienia i aktywności rodziców w realizacji wspólnie określonych celów: potęgowania, ochrony, czy też naprawy zdrowia oraz przyjęcia za nie odpowiedzialności [9, 26].

## Wnioski

Zarówno choroba i związane z nią dolegliwości, jak i zmiana środowiska rodzinnego na nowe, nieznane dziecku pełne zagrożeń środowisko szpitalne, wywołują sytuacje stresowe. Przeważają wśród nich uczucia ujemne z dominacją braku bezpieczeństwa, lęku przed tym co nowe i nieznane, tęsknotą za wszystkim co wiąże się z domem rodzinnym.

Choroba i hospitalizacja dziecka są także trudne dla jego rodziców. Od momentu pojawienia się choroby budzą się w nich wątpliwości, rozdrażnienie, trudne do zniesienia myśli, zmęczenie.

Podkreślić zatem należy znaczenie i udział pielęgniarki pediatrycznej w procesie leczniczo-terapeutycznym. Współczesne pielęgniarstwo pediatryczne to zaspokajanie wszystkich potrzeb biopsychospołecznych chorego dziecka i pomoc w rozwiązywaniu jego problemów. W praktyce oznacza to sprawowanie opieki w ramach zleceń lekarskich i wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, lecz również podjęcie działań profilaktycznych, edukację zdrowotną dziecka i jego rodziców, także skierowanie uwagi na uczucia i myśli chorego dziecka oraz jego wewnętrzny świat. Współczesne pojmowanie opieki nad chorym dzieckiem, które zyskało ogólne zrozumienie, uwzględnia znaczenie traktowania każdego podopiecznego indywidualnie, całościowo i wszechstronnie w myśl założeń medycyny holistycznej.

### Streszczenie

Przez wiele lat panował zwyczaj pielęgnowania chorych dzieci w oderwaniu od ich rodzin, przyjaciół i środowiska. Dopiero w ostatnich latach dostrzeżono inne potrzeby dziecka: potrzebę stałej obecności rodziców, własnego pokoju, swobodnej zabawy, dostępu do nauki i nie zahamowanego w okresie pobytu w szpitalu rozwoju. Realizacja tych potrzeb w obrębie oddziałów dziecięcych wymagała zmiany postawy i wzajemnych stosunków między pielęgniarką, dzieckiem i jego rodzicami.

Celem niniejszej pracy jest ukazanie problemów dziecka hospitalizowanego, jego rodziców oraz możliwości wsparcia przez pielęgniarkę. Autorki przedstawiły sytuację w jakiej znajduje się chore dziecko, podkreślając, że do każdego małego pacjenta należy podchodzić indywidualnie, a dziecko chore potrzebuje, aby warunki szpitalne zostały jak najbardziej zbliżone do tych, w których dziecko się wychowuje. Wiele już w tym kierunku zostało zrobione, ale wiele czeka na naprawę.

Należy podkreślić, że jednym ze skutków choroby dziecka jest poczucie straty u jego rodziców, u dzieci również pojawia się wiele negatywnych emocji.

Zaspokojenie potrzeb dziecka chorego, edukacja i wsparcie ich rodziców jest wyzwaniem dla współczesnego pielęgniarstwa pediatricznego.

### Summary

It was practiced for years to treat and nurse sick children in separation from their families, friends and environment. Only in recent years it has been noticed that hospitalized children have certain needs such as constant presence of parents, one's own room, unrestrained fun, access to education and unconstrained development during the stay in hospital. Change of attitude and mutual relationship between nurses, children and their parents were required to implement these needs inside children's wards.

The aim of this paper is to present problems of hospitalized children and their parents and to show what support nurses can offer. The authors have presented situation of sick children stressing that each and every patient needs individual treatment. Sick children require hospital conditions to be relatively as similar as it is possible to the ones children are raised in. A lot has been done to achieve this purpose but still a lot remains to be done.

It has to be stressed that one of the results of children's illness is a feeling of loss and a lot of other negative emotions that parents suffer from. Fulfilling the needs of sick children, education and support of their parents is a challenge to contemporary pediatric nursing.

### Piśmiennictwo

1. Wysocki M. *Pediatrya i pielęgniarstwo pediatriczne — dziecko w zdrowiu i chorobie*. AM, Bydgoszcz 2004.
2. Formański J. *Psychologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
3. Maciarz A. *Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006.
4. Maciarz A. *Pedagogika lecznicza i jej przemiany*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.
5. Obuchowska I. *Przeżycia dziecka w szpitalu. Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*. 1996;3: 11–15.
6. Pawlaczyk B. *Pielęgniarstwo pediatriczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

7. Pawlaczyk B. Zarys pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
8. Bednarek A. Czynniki warunkujące percepcję bólu u dzieci, część 1. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2007; 3 (26): 19–21.
9. Kwiatkowska A. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
10. Barczykowska E. *Pielęgniarstwo w pediatrii*. Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2006.
11. Skreczko A. Dziecko w szpitalu. W służbie miłosierdzia. 2009; 12: 13–15.
12. Jolly J. Inna strona pediatrii. Poradnik codziennej opieki nad chorymi dziećmi. PZWL, Warszawa 1987.
13. Gawłowicz K. Rola rodziców w opiece nad dzieckiem przewlekle chorym. *Ginekologia Praktyczna*. 2009; 3: 45–48.
14. Olubiński A. Społeczno-pedagogiczna problematyka opieki pielęgniarstwiej. *Wychowanie na co dzień*. 2001; 7/7: 23–26.
15. Ślusarska B., Pabiś M., Zarzycka D. Zastosowanie modeli teoretycznych pielęgniarstwa w praktyce edukacji zdrowotnej pielęgniarek. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2009; 4 (29): 5–11.
16. Ślusarska B., Zarzycka D. Definiowanie pielęgnowania — teoretyczno-praktyczna i naukowa użyteczność pojęcia. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2006; 4 (17): 7–14.
17. Zahradniczek K. *Pielęgniarstwo*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
18. Górajek-Jóźwik J. *Filozofia i teoria pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
19. Wrońska I. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
20. Gozdek N. *Rozmowy o profesjonalizacji w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo WERSET, Lublin 2009.
21. Kostrzanowska Z., Wrońska I. Naczelne wartości w pracy pielęgniarki. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2005; 1/2: 9–12.
22. Ksykiewicz D.A. *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwiej*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
23. Wrońska I. *Etyka w pracy pielęgniarstwiej*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
24. Ragnar H. *Cukrzyca typu 1 u dzieci, młodzieży i dorosłych. Jak stać się znawcą swojej cukrzycy*. Bydgoszcz 2003.
25. Cuber T. Spotkanie pielęgniarki z pacjentem jako autentyczny dialog na podstawie myśli Martina Bubera. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2005; 1/2: 15–17.
26. Rzewska I. *Pacjent-pielęgniarka*. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1987.
27. Jakubowska-Winecka A. *Psychologia w praktyce medycznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
28. Borkowski M. *Opieka pielęgniarstwiej nad noworodkiem*. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2007.
29. Muscari M. *Pediatrics i pielęgniarstwo pediatryczne*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005.



*Ewa Barczykowska*

(Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego,  
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu)

*Renata Graczkowska*

(Wielospecjalistyczna Przychodnia „Bartodzieje” w Bydgoszczy)

## RODZICE WOBEC ZALECANYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH U DZIECI

Słowa kluczowe: dziecko; szczepienia zalecane; choroby zakaźne; rodzice.

### PARENTS TOWARDS THE RECOMMENDED VACCINATIONS FOR CHILDREN

Key words: child; recommended vaccinations; infectious disease; parents.

## Wstęp

W ostatnich latach wzrosła liczba chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia ochronne. W XX wieku wprowadzono m.in. szczepionki przeciwko gruźlicy, błonicy, krztuścowi, tężcowi, a w XXI wieku szczepionki przeciwko pneumokokom, rotawirusom, *Haemophilus influenzae typu B*, *Neisseria meningitidis* i wirusowi HPV odpowiedzialnemu za rozwój raka szyjki macicy [1].

W Polsce podstawowym dokumentem regulującym wykonywanie szczepień jest Program Szczepień Ochronnych (PSO), tzw. kalendarz szczepień [2]. Strategia szczepień oparta jest na danych epidemiologicznych, dlatego Program Szczepień Ochronnych jest aktualizowany każdego roku. PSO zawiera listę szczepień obowiązkowych (bezpłatnych), zalecanych (płatnych) dzieci i młodzieży według wieku oraz szczepień obowiązkowych osób narażonych w sposób szczególnie na zakażenie. Szczepienia obowiązkowe realizowane są w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego bez dodatkowych opłat [3]. Uzupełnienie szczepień szczepieniami zalecanymi, stanowi optymalne zabezpieczenie dziecka przed chorobami zakaźnymi. Szczepienia zalecane nie są refundowane przez budżet państwa, a ich podanie jest możliwe, gdy rodzice

zakupią szczepionkę we własnym zakresie w punkcie szczepień lub w aptece na podstawie recepty wystawionej przez lekarza [3, 4]. Należy podkreślić, że umieszczenie szczepionki na liście zalecanych przez PSO nakłada na każdego lekarza obowiązek informowania rodziców o możliwości jej zastosowania i płynących z tego korzyściach [5].

Badania poziomu wiedzy rodziców na temat szczepień ochronnych oraz poznanie źródeł informacji, z których korzystają rodzice jest niezbędne dla ukierunkowania działań edukacyjnych oraz skutecznego reagowania na działania ruchów antyszczepionkowych [6–9].

## Cel pracy

Ocena poziomu wiedzy rodziców na temat szczepień zalecanych u dzieci, źródeł informacji oraz czynników wpływających na podjęcie decyzji o zaszczepieniu dziecka.

## Materiał i metoda

Grupę badaną stanowiło 100 rodziców dzieci w wieku  $\leq 3$  lat będących pod opieką Wielospecjalistycznej Przychodni „Bartodzieje” w Bydgoszczy, którzy zgłaszali się z dzieckiem w celu wykonania szczepienia ochronnego. Badanie prowadzone było od stycznia do czerwca 2011 r.

W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety. Ankieta zawierała 25 pytań obejmujących podstawową wiedzę na temat: szczepień ochronnych, szczepień zalecanych, źródeł informacji rodziców oraz podstawowe dane socjodemograficzne rodziny. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB 582/2010).

W celu weryfikacji postawionych hipotez w pracy zastosowano następujące nieparametryczne i parametryczne testy istotności: nieparametryczny test Shapiro-Wilka w celu weryfikacji hipotez o normalności rozkładów badanych cech, test F Snedecora w celu weryfikacji hipotezy o jednorodności wariancji w dwóch porównywanych grupach, parametryczny test t Studenta w celu porównania wartości średnich w dwóch niezależnych grupach przy spełnieniu warunków normalności rozkładów i jednorodności wariancji, nieparametryczny test Kruskala-Wallisa w celu porównania dystrybuant rozkładów bada-

nych cech w więcej niż w dwóch grupach, test Bartletta porównujący wariancje w więcej niż w dwóch grupach oraz parametryczny test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA porównujący wartości średnie w więcej niż w dwóch grupach w przypadkach normalności rozkładów badanych cech i jednorodności wariancji. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że  $p < 0,5$ .

Spośród ankietowanych większość (64%) stanowili rodzice w wieku  $\leq 35$ . roku życia. W zdecydowanej większości (96%) byli to mieszkańcy Bydgoszczy. Wśród matek przeważały osoby posiadające wykształcenie średnie (43%) lub wyższe (41%), a najrzadziej wykształcenie podstawowe/zawodowe (16%). Natomiast ojcowie w równych odsetkach posiadali wykształcenie wyższe, średnie lub podstawowe. Zdecydowana większość ankietowanych (89%) oceniła sytuację materialną rodziny jako dobrą. Dominował model rodziny posiadający jedno dziecko (56%), w 34 rodzinach było dwoje dzieci, a co dziesiąta rodzina była wielodzietna.

## Wyniki

W pierwszej części ocenie poddano poprawność podstawowej wiedzy rodziców na temat szczepień u dzieci: znajomość szczepionek zalecanych i potrzeby posiadania recepty na zakup tych szczepionek, działalność ruchu antyszczepionkowego oraz sposoby zapobiegania bólowi towarzyszącemu szczepieniu. Z badań wynika, że rodzice mają większą wiedzę na temat szczepień zalecanych i potrzeby posiadania recepty na zakup szczepionek zalecanych (istotnie więcej odpowiedzi prawidłowych niż nieprawidłowych) i wykazują mniejszą wiedzę w zakresie ruchu antyszczepionkowego (istotnie więcej odpowiedzi nieprawidłowych). W przypadku wiedzy na temat zapobiegania bólu podczas wykonywania szczepień, nie wykryto istotnej różnicy między procentami odpowiedzi prawidłowych i nieprawidłowych.

Następnie analizie poddano poziom wiedzy rodziców na temat szczepień ochronnych w zależności od ich cech demograficznych: wieku i poziomu wykształcenia. Nie wykryto istotnej różnicy między średnim poziomem wiedzy w porównywanych grupach. Nie można więc stwierdzić, że wiek rodziców jest związany z poziomem wiedzy na temat szczepień ochronnych niemowląt.

Porównując wartości średnie PWR można zauważyć, że średni poziom wiedzy matek rośnie wraz z jej wykształceniem. Test Bartletta nie wykrył istotnej różnicy między wariancjami w porównywanych grupach, natomiast za pomocą testu jednoczynnikowej analizy wariancji ustalono, że nie wszystkie wartości średnie są sobie równe — na pewno w grupie kobiet posiadających

wykształcenie wyższe poziom wiedzy na temat szczepień ochronnych jest znacznie większy niż u matek z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Ponieważ test Shapiro-Wilka odrzucił hipotezę o normalności rozkładu PWR w grupie z wykształceniem wyższym, to dodatkowo był zastosowany nieparametryczny test Kruskala-Wallisa, który potwierdził powyższy wynik — nie wszystkie podgrupy są jednakowe pod względem PWR.

Normalność rozkładów (test Shapiro-Wilka) oraz równość wariancji (test Bartletta) pozwoliły na zastosowanie parametrycznego testu analizy wariancji ANOVA w celu porównania średnich wartości poziomów wiedzy w podgrupach ojców o różnym wykształceniu. Wykryto, że średni poziom wiedzy w grupie ojców mających wyższe wykształcenie jest istotnie większy niż ojców co najmniej z wykształceniem podstawowym lub zawodowym.

Analizowano obliczone parametry statystyczne charakteryzujące poziomy wiedzy rodziców na temat chorób zakaźnych wieku dziecięcego, przeciwko którym można zaszczepić dziecko. Za pomocą testu Bartletta ustalono, że wariancje w porównywanych grupach nie różnią się istotnie. Pozwoliło to na zastosowanie testu jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA, który wykrył, że nie wszystkie średnie są sobie równe, różnica występuje co najmniej między skrajnymi wartościami. Największą wiedzę rodzice wykazali na temat pneumokoków i najmniejszą na temat meningokoków.

Porównywano częstości wykorzystania różnych źródeł informacji w dwóch podgrupach wiekowych. Prawidłowych odpowiedzi udzieliło 96 ankietowanych. Test dla dwóch frakcji nie wykrył istotnej różnicy między porównywanymi grupami wiekowymi pod względem częstości wykorzystania określonych źródeł informacji w celu poszukiwania informacji na temat szczepień zalecanych — wartości obliczonych u-statystyk są mniejsze od wartości krytycznej 1,96 ( $p > 0,05$ ).

Analizowano, które źródła informacji miały istotny wpływ na decyzję o szczepieniu dziecka szczepionkami zalecanymi? Najistotniejszy wpływ na podjęcie decyzji o szczepieniu dziecka miały rozmowy z personelem medycznym (64%). Drugim co do ważności było przekonanie własne (27%) i najmniej wpływowym czynnikiem była informacja w mediach o powikłaniach chorób i zagrożeniu epidemiologicznym (6%; 3%).

## Dyskusja

Skutkiem prowadzenia szczepień ochronnych jest wzmocnienie indywidualnej odporności humoralnej i komórkowej osób szczepionych. W przypadku szczepień masowych, pod warunkiem zaszczepienia ponad 80% osób, uży-

skuje się tzw. odporność populacyjną (zbiorowiskową, gromadną). Chronione są nie tylko osoby zaszczepione, ale także zwiększa się bezpieczeństwo osób, które z różnych przyczyn nie mogły zostać zaszczepione. Wystąpienie tego zjawiska jest możliwe w szczepieniach przeciwko chorobom, dla których rezerwuarem zarazka jest człowiek [10].

W Polsce, w ostatnim 50-leciu, dzięki powszechności szczepień ochronnych wyeliminowano takie choroby zakaźne jak dur brzuszny czy błonica. Obserwuje się znaczny spadek zachorowania na WZW typu B [11]. Postęp jaki dokonał się w dziedzinie szczepień spowodował konieczność wyodrębnienia z nauk i praktyki medycznej odrębnego działu: wakcynologii. Odpowiedzią na to wyzwanie było powołanie w 2001 r. Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, zrzeszającego ekspertów zajmujących się uodparnianiem przeciwko chorobom zakaźnym [12].

Szczepienia obowiązkowe są prowadzone zgodnie z aktualnym Programem Szczepień Ochronnych od narodzin dziecka aż do 19. roku życia. Obecnie w Polsce według PSO 2013 dzieci zgodnie z wiekiem otrzymują szczepionkę przeciwko dziesięciu chorobom zakaźnym: gruźlicy, WZW typu B (wirusowemu zapaleniu wątroby typu B), błonicy, tężcowi, krztuścowi, Hib (inwazyjnemu zakażeniu *Hemophilus influenzae typu B*), Poliomyelitis (ostremu zapaleniu rogów przednich rdzenia kręgowego — chorobie Heinego-Medina), odrze, nagminnemu zapaleniu przyusznicy (świnicy) i różyczce. Szczepienia obowiązkowe osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie obejmują szczepienia przeciwko: WZW typu B, inwazyjnym zakażeniom *Hemophilus influenzae typu B*, inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*, błonicy, tężcowi, ospie wietrznej i wścieklicznie.

Szczepienia zalecane przeznaczone są dla osób nie szczepionych w ramach szczepień obowiązkowych przeciwko WZW typ B, odrze, świnicy i różyczce, błonicy, krztuścowi, tężcowi, inwazyjnym zakażeniom *Hemophilus influenzae typu B*, gruźlicy, a ponadto WZW typ A, ospie wietrznej, grypie, biegunce (rotawirusom), inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*, inwazyjnym zakażeniom *Neisseria meningitidis*, kleszczowemu zapaleniu mózgu, cholery, durowi brzuszному, wścieklicznie, żółtej gorączce, ludzkiemu wirusowi brodawczaka [2].

Przeciw wielu chorobom, na które narażone są dzieci istnieją wskazania do zaszczepienia ich w możliwie wczesnym okresie życia. Dąży się do stosowania szczepionek o przedłużonym działaniu, zwłaszcza adsorbowanych, jednoczesnego szczepienia różnymi szczepionkami oraz stosowania szczepionek skojarzonych w celu uodpornienia jednocześnie przeciw więcej niż jednej chorobie zakaźnej [10].

Wiek dziecka, w którym zaczyna się szczepienia przeciw określonej chorobie zakaźnej zależy od: wieku narażenia na zakażenie, dojrzałości immunologicznej, okresu zanikania biernej (matczynej) odporności, właściwości

szczepionki oraz możliwości wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego [10].

W ramach szczepień zalecanych:

1. W pierwszym roku życia dziecka można rozpocząć szczepienia przeciwko:
  - rotawirusom (od 6. do 24. tygodnia; pierwszą dawkę trzeba podać przed ukończeniem 12. tygodnia życia dziecka),
  - pneumokokom (od 2. miesiąca życia),
  - meningokokom (od 2. miesiąca życia),
  - grypie (od 6. miesiąca życia).
2. W drugim roku życia dziecka można rozpocząć szczepienia przeciwko:
  - WZW typu A (od 12. miesiąca życia),
  - ospie wietrznej (od 9. miesiąca; najlepiej między 12. a 18. miesiącem życia) [4].

Z przeprowadzonych badań wynika, że rodzice nie posiadają wystarczającej wiedzy na temat szczepień zalecanych i konieczności posiadania recepty na szczepionkę. Badanie Trojanowskiej A. i wsp. dotyczące wiedzy kobiet w ciąży na temat szczepień ochronnych wskazuje, że co trzecia z nich prawidłowo rozumie termin „szczepienie ochronne” i wie czym jest kalendarz szczepień. Jedynie co piąta z badanych miała wiedzę o rodzaju i możliwości wykonania u dzieci dodatkowych szczepień, nie ujętych w obowiązkowym kalendarzu szczepień [13].

W przedstawionym badaniu niewielki odsetek rodziców (17%) udzielił poprawnych informacji na temat ruchów antyszczepionkowych. Tymczasem ruchy antyszczepionkowe najczęściej wykorzystują brak wiedzy rodziców na temat mechanizmów czynnego uodpornienia [9]. Z doniesień wielu autorów wynika, że w ostatnich latach nasilają się działania ruchów antyszczepionkowych, które prezentują szkodliwy wpływ szczepień na zdrowie dziecka, podając w wątpliwość sens realizacji programu szczepień ochronnych oraz podawania szczepionek dodatkowych [14–16].

Na podstawie analizy wyników badań wykazano, że poziom wiedzy rodziców mających wyższe wykształcenie jest istotnie wyższy, niż rodziców z co najmniej wykształceniem podstawowym lub zawodowym (zarówno w grupie matek, jak i ojców). Znajduje to potwierdzenie w badaniach Kochman D. i wsp. Autorki podkreślają, że wykształcenie matki jest zmienną wywierającą znaczny wpływ na decyzję o szczepieniu dziecka zalecanymi szczepionkami dodatkowymi. Im wyższe wykształcenie matki, tym częściej jej dziecko jest poddawane szczepieniom dodatkowym [6]. Natomiast obserwacje Rogalskiej I. i wsp. wskazują 45% wzrost poziomu wiedzy u rodziców z wykształceniem wyższym, w porównaniu z rodzicami z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, nie wykazano istotnego wpływu wykształcenia na wiedzę rodziców [9].

Na podstawie przeprowadzonych badań nie można stwierdzić, że wiek rodziców jest związany z poziomem wiedzy na temat szczepień ochronnych nie-

mowląt. Znajduje to potwierdzenie w badaniach Tarczoń I. i wsp. [8]. Także badanie prowadzone przez Kochman D. i wsp. nie wykazało znaczącego wpływu wieku matki na poziom wykonawstwa szczepień zalecanych [6]. W badaniach Rogalskiej i wsp. zaobserwowano tendencję zwiększania się wiedzy wraz z wiekiem, jednak różnice nie były istotne statystycznie [9].

Uzyskano także informacje o popularności poszczególnych szczepień zalecanych. Z danych wynika, że najbardziej rozpowszechniona jest wiedza o szczepieniach przeciwko pneumokokom i meningokokom, najmniej przeciwko rotawirusom i ospie wietrznej. Obserwacje innych autorów potwierdzają szczególne zainteresowanie szczepionką przeciw pneumokokom [8, 9]. Popularność pozostałych szczepionek jest zmienna. W badaniach Tarczoń I. i wsp. poza szczepieniami przeciw pneumokokom rodzice najczęściej wskazywali możliwość szczepień przeciw grypie i zakażeniom wywołanym przez meningokoki. Najmniejszy odsetek rodziców podawał możliwość szczepienia w zapobieganiu wystąpienia rakowi szyjki macicy [8]. Natomiast w badaniach Rogalskiej J. i wsp. rodzice wskazywali szczepionki przeciw pneumokokom, odrze, śwince, różyczce, błonicy, tężcowi, krztuścowi oraz szczepionki przeciw WZW typ B [9].

Do PSO wprowadzane są nowe szczepionki. Konieczne staje się przekazanie rzetelnej wiedzy na temat zapobiegania chorobom zakaźnym i możliwości przeprowadzenia szczepień. Istotnego znaczenia nabiera pozyskanie informacji na temat źródeł wiedzy, z których najczęściej korzystają rodzice [8, 9]. Badanie przedstawione w niniejszej pracy wskazuje, że spośród mediów będących źródłem informacji, na pierwsze miejsce wysuwa się Internet (57%). Rola Internetu podkreślana jest również w badaniach Tarczoń I. i wsp. Doniesienie to wskazuje, że najczęstszym źródłem o szczepieniach według wszystkich respondentów była telewizja, a następnie Internet i znajomi [8]. Badania prowadzone przez Rogalską i wsp. wskazują zróżnicowanie w zakresie pozyskiwania informacji w zależności od miejsca zamieszkania respondentów. Z badań tych wynika, że głównym i najbardziej wiarygodnym źródłem informacji na temat szczepień, wskazywanym przez rodziców, byli lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Mniej popularnym i mniej wiarygodnym źródłem informacji dla rodziców były pielęgniarki POZ, pielęgniarki szkolne i położne, przy czym częściej wskazywanym przez mieszkańców wsi. Na drugim miejscu znalazły się media. Internet był na trzecim miejscu wśród mieszkańców miast i na piątym miejscu wśród mieszkańców wsi [9]. Natomiast badanie Trojanowskiej i wsp. wśród kobiet ciężarnych pokazuje, że pielęgniarki w 44,6% wskazywane były jako preferowane źródło wiedzy o szczepieniach ochronnych [13]. Niewątpliwie Internet jest popularnym źródłem wiedzy, przy czym nie zawsze informacje w nim zawarte są rzetelne, oparte są na dowodach naukowych. Aktualne, wiarygodne i obiektywne informacje na temat szczepień i szczepionek można znaleźć na portalu [www.szczepienia.info](http://www.szczepienia.info) [17].

Największy odsetek spośród ankietowanych matek podjął decyzję o zaszczepieniu dziecka pod wpływem zaleceń lekarza. Także w badaniach Kochman D. i Rudzińskiej T. bezpośredni kontakt i rozmowa z personelem medycznym wywierała znaczący wpływ na przekonanie matek o zaszczepieniu dziecka [6]. Z doniesień innych autorów wynika, że lekarz jest nie tylko najczęstszym i wiarygodnym źródłem informacji, ale także ma największy wpływ na podjęcie decyzji przez rodziców o zaszczepieniu dziecka [8, 18].

## Wnioski

1. Rodzice nie posiadają dostatecznej wiedzy na temat szczepień zalecanych oraz ruchu antyszczepionkowego.
2. Istotnie wyższą wiedzę na temat szczepień posiadają rodzice z wyższym wykształceniem. Wiek nie ma wpływu różnicującego.
3. Rodzice prezentują najwyższy poziom wiedzy na temat szczepień przeciwko pneumokokom i meningokokom, a najniższy w zakresie szczepień przeciwko rotawirusom i ospie wietrznej.
4. W celu uzyskania informacji na temat szczepień rodzice najczęściej korzystają z Internetu.
5. Najistotniejszy wpływ na podjęcie przez rodziców decyzji o szczepieniu dziecka mają rozmowy z personelem medycznym.

## Streszczenie

Wstęp. Uzupełnienie szczepień szczepieniami zalecanymi, stanowi optymalne zabezpieczenie dziecka przed chorobami zakaźnymi.

Cel. Ocena poziomu wiedzy rodziców na temat szczepień zalecanych u niemowląt, źródeł informacji oraz czynników wpływających na podjęcie decyzji o zaszczepieniu dziecka.

Materiał i metoda. Grupę badaną stanowiło 100 rodziców dzieci w wieku  $\leq 3$  lat będących pod opieką Wielospecjalistycznej Przychodni „Bartodzieje” w Bydgoszczy. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem ankiety własnego autorstwa.

Wyniki. Wykazano, że 66% ankietowanych rodziców udzieliło poprawnej odpowiedzi na temat szczepień zalecanych. Najbardziej rozpowszechniona jest wiedza o szczepieniach przeciwko pneumokokom i meningokokom. Dla 61,3% ankietowanych źródłem informacji jest Internet.

Wnioski. Rodzice nie posiadają dostatecznej wiedzy na temat szczepień zalecanych oraz ruchu antyszczepionkowego. Istotnie wyższą wiedzę na temat szczepień posiadali rodzice z wyższym wykształceniem. Wiek nie miał wpływu różnicującego. Rodzice prezentują najwyższy poziom wiedzy na temat szczepień przeciwko pneumokokom i meningokokom. W celu uzyskania informacji na temat szczepień rodzice najczęściej korzystają z Internetu. Najistotniejszy wpływ na podjęcie przez rodziców decyzji o szczepieniu dziecka mają rozmowy z personelem medycznym.

### Summary

**Introduction.** Complement the recommended vaccination, is optimal protection against infectious diseases for child.

**Goal.** Assessment of the level of knowledge of parents about recommended vaccinations for infants, sources of information and the factors influencing to the decision about child vaccination.

**Materials and methods.** The study group consisted of 100 parents of children aged up to 3 years under the care Multispecialised Clinic "Bartodzieje" in Bydgoszcz. The study was performed using a diagnostic survey with the use of own authorship questionnaires. Results: It has been shown that 66% of respondents has granted correct answer about recommended vaccinations. The most common is the knowledge of vaccination against Pneumococcal Disease and Meningococcal Disease. For 61.3% of the source of information is the Internet.

**Conclusions.** Parents do not have sufficient knowledge about the recommended vaccinations and anti-vaccination movement. Significantly higher knowledge about vaccination had parents with higher education. Age had no impact differentiator. Parents present the highest level of knowledge about vaccination against Pneumococcal Disease and meningococcal disease. Parents often use the Internet for more information on immunization. The most important influence on the decision taken by the parents of vaccinated children had a conversation with the medical staff.

### Piśmiennictwo

1. Ślusarczyk J. Charakterystyka szczepionek. W: Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A. (red.) *Wakcynologia*. Alfa-medica press, Bielsko-Biała 2007;63–66.
2. Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 29 października 2012 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2013. *Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia*, poz. 78, dostęp: <http://www.pis.gov.pl>
3. Wysocki J. *Lekarz Rodzinny*. Numer Specjalny. 2007 (wydanie wznowione — X 2008); XII:4–9.
4. Mrukowicz J., Stryczyńska-Kazubska J. *Kalendarz szczepień*, dostęp: <http://pediatria.mp.pl/szczepienia/ochronne>.
5. Szenborn L. *Szczepienia krok po kroku*. Wyd. Grupa Media, Warszawa 2009.
6. Kochman D., Rudzińska T. Znaczenie edukacji rodziców w kontekście szczepień obowiązkowych i zalecanych u dzieci w wieku 0–2 lat. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2008;16(1,2):163–172.
7. Kochman D., Rudzińska T. Analiza przyczyn decyzji rodziców o poddaniu szczepieniom dzieci w wieku 0–2 lat. *Pediatria Polska*. 2008; 83:357–362.
8. Tarczoń I., Domaradzka E., Czajka H. Co na temat szczepień ochronnych wiedzą rodzice i pracownicy ochrony zdrowia. *Przegląd Lekarski* 2009; 66:27–33.
9. Rogalska J., Augustynowicz E., Gzyl A., Stefanoff P. Źródła informacji oraz wiedza rodziców na temat szczepień ochronnych w Polsce. *Przegl. Epidemiologiczny* 2010; 64:83–90.
10. Mazurowska-Magdzik W. Profilaktyka swoista i swoisto-nieswoista. W: Woynarowska B. (red.) *Profilaktyka w pediatrii*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008;103–115.
11. Stefanoff P. Rola szczepień ochronnych w programach eradykacji chorób zakaźnych. W: Magdzik W. (red.) *Wakcynologia*. Alfa-medica press, Bielsko Biała 2007.
12. <http://ptwac.org.pl/>

13. Trojanowska A., Emeryk A., Wilczek M. Wiedza kobiet w okresie ciąży na temat szczepień ochronnych u dzieci. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012;(18,3):186–188.
14. Kuchar E., Szenborn L. Postawy antyszczepionkowe i możliwości polemiki. *Przewodnik Lekarza*. 2010;5:43–46.
15. Szenborn L., Czajka H., Wysocki J. Kontrowersje wokół szczepień. *Przeg. Lek.* 2009; 1–2:65–70.
16. Wysocki J. Postępy w dziedzinie szczepień ochronnych w 2008 roku. *Medycyna Praktyczna Pediatria*. 2009;2:45–52.
17. [www.szczepienia.info](http://www.szczepienia.info)
18. Mrożek-Budzyn D., Kieltyka A. Czynniki wpływające na poprawę realizacji szczepień obowiązkowych dzieci na terenie województwa małopolskiego według opinii rodziców. *Przegląd Epidemiologiczny*. 2007;61:143–151.

*Dorota Kochman*

(Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku  
Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku)

*Barbara Łukaszewska*

(Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu)

## SATYSFAKCJA Z ŻYCIA U DZIECI I MŁODZIEŻY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 LECZONĄ ZA POMOCĄ OSOBISTEJ POMPY INSULINOWEJ

Słowa kluczowe: cukrzyca; satysfakcja z życia; osobista pompa insulinowa.

## SATISFACTION FROM LIVING AT CHILDREN AND TEENAGERS WITH DIABETES OF THE TYPE 1 CURED WITH THE PERSONAL INSULIN PUMP

Key words: diabetes; satisfaction from living; the personal insulin pump.

### Wstęp

Z roku na rok wzrasta liczba zachorowań na cukrzycę, w tym także na cukrzycę typu 1, którą uznano za chorobę cywilizacyjną. Cukrzyca należy do jednych z najczęstszych chorób przewlekłych wieku rozwojowego [1, 2, 3]. Ze względu na to, że jest to choroba przewlekła ma wpływ na dalsze życie osób z tą chorobą. Cukrzyca typu 1 dotyka głównie dzieci i młodzież, co wiąże się z pewnymi ograniczeniami i zmianami w ich życiu. Jako że w chorobie tej jest brak produkcji insuliny przez komórki  $\beta$  trzustki konieczne jest dokonywanie częstych pomiarów poziomu glukozy i podawania insuliny egzogennej. Dla wielu osób wiąże się to z traumatycznymi przeżyciami. Konieczna jest modyfikacja diety z zastosowaniem zasad zdrowego odżywiania oraz dostosowanie przyjmowanych posiłków do ilości i czasu przyjmowania insuliny. Podaż insuliny egzogennej ma również wpływ na codzienną aktywność i wysiłek fizyczny pacjentów powodując konieczność uwzględnienia ich w doborze dawki insuliny i wielkości posiłku [4, 5]. Zastosowanie w leczeniu jako jednej z metod

podawania insuliny może być ciągły podskórny wlew insuliny za pomocą osobistej pompy insulinowej. Metoda ta może w pewien sposób zniwelować ilość wkluc wykonywanych przez pacjenta.

## Cel

Celem pracy było zbadanie czy zastosowanie osobistej pompy insulinowej u dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 poprawia ich satysfakcję z życia.

## Materiał i metody badawcze

Metodą badawczą jaką zastosowano w niniejszej pracy jest sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym jest kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który zawiera pytania dotyczące satysfakcji z życia, kierowane do dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 leczonych za pomocą pompy insulinowej.

Metody statystyczne stosowane w pracy. Podjęto próbę analizy satysfakcji z życia dzieci i młodzieży biorąc pod uwagę zmienne socjodemograficzne, takie jak: wiek (grupy wiekowe), płeć, miejsce zamieszkania, czas choroby na cukrzycę oraz czas stosowania osobistej pompy insulinowej. Przyjęto poziom istotności  $p \leq 0,05$  jako istotny statystycznie.

W przypadku zmiennych: grupy wiekowe, czas choroby na cukrzycę oraz czas stosowania osobistej pompy insulinowej zastosowano test korelacji rang Spearmana. W przypadku zmiennej płeć oraz miejsce zamieszkania — test U Manna-Whitneya, do porównania dwóch prób niezależnych (grup). Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi obliczono za pomocą współczynnika korelacji R Spearmana. Zastosowano również nieparametryczny test U Manna-Whitneya do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami (grupami).

Badania przeprowadzono na grupie 80 pacjentów. Kryteria, które pozwalały na włączenie do badania to: dzieci i młodzież w wieku 10–18 lat, płeć żeńska i męska, u pacjentów zdiagnozowano cukrzycę typu 1, dzieci i młodzież leczeni metodą ciągłego podskórnego wlewu insulinowego za pomocą pompy insulinowej.

Badane dzieci i młodzież podzielono na cztery grupy wiekowe: 10–11 lat, 12–13 lat, 14–15 lat oraz 16–18 lat. Najwięcej dzieci odnotowano w wieku 14–15 lat — 22 osoby (27,5%). Najmniej w wieku 10–11 lat oraz 12–13 lat — po 19 osób

(po 28,0%). Liczebność w grupach wiekowych bardzo zbliżona. Równoliczne grupy pod względem płci. Dziewczęta jak i chłopców reprezentowało po 40 osób (po 50,0%). Ponad połowa badanej młodzieży mieszka w mieście — 45 osób (56,3%).

Najwięcej badanych choruje na cukrzycę powyżej 5 lat — 38 osób (47,5%). Najmniej badanych dzieci do roku — 4 osoby (5,0%). Średni czas chorowania na cukrzycę badanych waha się w przedziale od 3 do 5 lat.

Najwięcej badanych leczonych jest osobistą pompą insulinową powyżej 5 lat — 23 osoby (28,8%). Najmniej badanych dzieci od roku do 2 lat — 11 osób (13,8%). Średni czas leczenia osobistą pompą insulinową waha się w przedziale od 2 do 3 lat.

## Wyniki

Zdecydowana większość badanych dzieci stwierdziła, że dzięki pompie insulinowej może łatwiej zapobiegać wystąpieniu hipoglikemii i hiperglikemii — 72 osoby (90,0%). Co dziesiąty badany niezdecydowany, zaznaczając — trudno powiedzieć.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem łatwiejszego zapobiegania wystąpieniu hipoglikemii i hiperglikemii, dzięki osobistej pompie insulinowej pomiędzy: grupą wiekową, płcią, miejscem zamieszkania i czasem leczenia pompą insulinową oraz czasem chorowania na cukrzycę, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Zdecydowana większość badanych dzieci stwierdziła, że osobista pompa insulinowa wpływa na utrzymanie właściwego poziomu glukozy — 70 osób (87,5%). Tylko jedna osoba była odmiennego zdania (1,3%).

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem wpływu osobistej pompy insulinowej na utrzymanie właściwego poziomu glukozy pomiędzy: grupą wiekową, płcią, miejscem zamieszkania i czasem leczenia pompą insulinową oraz czasem chorowania na cukrzycę, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Ponad połowa badanych twierdziła, że dzięki osobistej pompie insulinowej może lepiej przygotować się do wysiłku fizycznego — 75 osób (93,8%). Odmiennego zdania były 2 osoby (2,5%), zaś nie miały zdania 3 osoby (3,8%).

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem lepszego przygotowania się do wysiłku fizycznego dzięki pompie insulinowej pomiędzy: grupą wiekową, płcią, miejscem zamieszkania, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Czas chorowania na cukrzycę pozostawał w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z lepszym przygotowaniem się do wysiłku fizycznego dzięki osobistej pompie insulinowej ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,0282$ ).

Chorujący na cukrzycę od roku do 2 lat i powyżej 5 lat byli jednomyślni, że pompa insulinowa pomaga im w lepszym przygotowaniu się do wysiłku fizycznego. W najmniejszym stopniu takiego zdania byli badani chorujący od 2 do 3 lat — 7 osób (63,6%).

Czas leczenia osobistą pompą insulinową pozostawał w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z lepszym przygotowaniem się do wysiłku fizycznego dzięki osobistej pompie insulinowej ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,0384$ ).

Leczący się osobistą pompą insulinową od 3 do 5 lat i powyżej 5 lat byli jednomyślni, że pompa insulinowa pomaga im w lepszym przygotowaniu się do wysiłku fizycznego. W najmniejszym stopniu takiego zdania byli badani chorujący do roku — odpowiedź trudno powiedzieć — 2 osoby (14,3%).

Zdecydowana większość badanych dzieci stwierdziła, że dzięki pompie insulinowej ma większą swobodę w przyjmowaniu posiłków i ich komponowaniu — 78 osób (97,5%). Tylko 2 osoby nie miały zdania w tej kwestii (2,5%).

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem wpływu osobistej pompy insulinowej na większą swobodę w przyjmowaniu posiłków i ich komponowaniu pomiędzy: grupą wiekową, płcią, miejscem zamieszkania i czasem leczenia pompą insulinową oraz czasem chorowania na cukrzycę, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że dzięki pompie insulinowej ma większy komfort życia — 78 osób (97,5%). Tylko 2 osoby (2,5%) były odmiennego zdania.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem wpływu osobistej pompy insulinowej na większy komfort życia pomiędzy: grupą wiekową, płcią, miejscem zamieszkania i czasem leczenia pompą insulinową oraz czasem chorowania na cukrzycę, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że dzięki pompie insulinowej ma większą możliwość realizacji planów — 68 osób (85,0%). Kolejnych 12 osób (15%) nie miało zdania w tej kwestii.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem łatwiejszej realizacji planów dzięki pompie insulinowej pomiędzy: grupą wiekową, płcią, miejscem zamieszkania i czasem leczenia pompą insulinową oraz czasem chorowania na cukrzycę, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że dzięki pompie insulinowej poprawiła się ich mobilność i dostosowanie się do własnego stylu życia — 69 osób (86,2%). Kolejnych 11 osób (13,8%) nie miało zdania w tej kwestii.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem poprawy mobilności i dostosowania się do własnego stylu życia dzięki pompie insulinowej pomiędzy: grupą wiekową, płcią, miejscem zamieszkania i czasem leczenia

pompą insulinową oraz czasem chorowania na cukrzycę, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że pompa insulinowa ułatwia im wyrównanie poziomu glukozy w czasie innych zachorowań — 69 osób (86,2%). Kolejnych 11 osób (13,8%) nie miało zdania w tej kwestii — trudno powiedzieć.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem wyrównania poziomu glukozy w czasie innych zachorowań dzięki pompie insulinowej pomiędzy: grupą wiekową, płcią, miejscem zamieszkania i czasem leczenia pompą insulinową oraz czasem chorowania na cukrzycę, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Średnia satysfakcji z życia w okresie przed leczeniem osobistą pompą insulinową badanych wyniosła niespełna 4,5 punktu. Wynik minimalny — 1, maksymalny — 8 punktów.

Średnia satysfakcji z życia w okresie przed leczeniem osobistą pompą insulinową badanych chłopców — 4,63 była nieco wyższa niż dziewcząt — 4,35. Średnia chłopców wyższa średnio o 0,28 punktu. Wynik minimalny był identyczny — 1, maksymalny — 8 punktów w przypadku chłopców, 7 punktów w przypadku dziewcząt.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem satysfakcji z życia w okresie przed leczeniem osobistą pompą insulinową pomiędzy chłopcami i dziewczynkami, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Średnia satysfakcji z życia w okresie przed leczeniem osobistą pompą insulinową badanych mieszkańców miasta — 4,78 była nieco wyższa niż mieszkańców wsi — 4,11. Średnia mieszkańców miasta była wyższa średnio o 0,67 punktu. Wynik minimalny identyczny — 1, maksymalny identyczny — 8 punktów.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem satysfakcji z życia w okresie przed leczeniem osobistą pompą insulinową pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Najwyższą średnią satysfakcji z życia w okresie przed leczeniem osobistą pompą insulinową prezentowali badani w wieku 14–15 lat — 4,95. Najniższa w wieku 10–11 lat — 4,00. Wynik minimalny był w grupach różny od 1 do 3 punktów, maksymalny — zbliżony 7 i 8 punktów.

Grupy wiekowe nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z satysfakcją z życia w okresie przed leczeniem osobistą pompą insulinową ( $p > 0,05$ ).

Najwyższą średnią satysfakcji z życia w okresie przed leczeniem prezentowali badani chorujący na cukrzycę od roku do 2 lat — 4,82. Najniższą chorujący od 3 do 5 lat — 4,10. Wynik minimalny identyczny — 1, z wyjątkiem chorujących od 2 do 3 lat — 3, maksymalny — zbliżony 7 i 8 punktów.

Czas chorowania na cukrzycę nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z satysfakcją z życia w okresie przed leczeniem osobistą pompą insulinową ( $p > 0,05$ ).

Najwyższą średnią satysfakcji z życia w okresie przed leczeniem prezentowali badani pompą insulinową powyżej 5 lat — 4,65. Najniższą leczeni od 3 do 5 lat — 4,06. Wynik minimalny podobnie jak wynik maksymalny — zróżnicowany.

Czas leczenia pompą insulinową nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z satysfakcją z życia w okresie przed leczeniem osobistą pompą insulinową ( $p > 0,05$ ).

Średnia satysfakcji z życia w trakcie leczenia osobistą pompą insulinową badanych wyniosła ponad 8,5 punktu. Wynik minimalny — 2, maksymalny — 10 punktów.

Średnia satysfakcji z życia w trakcie leczenia osobistą pompą insulinową badanych chłopców — 8,73 była nieco wyższa niż dziewcząt — 8,63. Średnia chłopców była wyższa średnio o 0,10 punktu. Wynik minimalny zróżnicowany, maksymalny identyczny — 10 punktów.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem satysfakcji z życia w trakcie leczenia osobistą pompą insulinową pomiędzy chłopcami i dziewczynkami, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Średnia satysfakcji z życia w trakcie leczenia osobistą pompą insulinową badanych mieszkańców miasta — 8,80 nieco wyższa niż mieszkańców wsi — 8,51. Średnia mieszkańców miasta wyższa średnio o 0,29 punktu. Wynik minimalny różny, maksymalny identyczny — 10 punktów.

Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem satysfakcji z życia w trakcie leczenia osobistą pompą insulinową pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi, ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ).

Najwyższą średnią satysfakcji z życia w trakcie leczenia osobistą pompą insulinową prezentowali badani w wieku 10–11 lat — 9,26. Najniższą w wieku 12–13 lat — 8,21. Wynik minimalny identyczny — 7 poza grupą wiekową 12–13 lat — 2, wynik maksymalny — identyczny — 10.

Grupy wiekowe nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z satysfakcją z życia w trakcie leczenia osobistą pompą insulinową ( $p > 0,05$ ).

Najwyższą średnią satysfakcji z życia w trakcie leczenia prezentowali badani chorujący na cukrzycę powyżej 5 lat — 8,87. Najniższą chorujący od 3 do 5 lat — 8,40. Wynik minimalny zróżnicowany — 2, 6, 7, maksymalny — identyczny — 10.

Czas chorowania na cukrzycę nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z satysfakcją z życia w trakcie leczenia osobistą pompą insulinową ( $p > 0,05$ ).

Najwyższą średnią satysfakcji z życia w okresie przed leczeniem prezentowali badani pompą insulinową powyżej 5 lat — 8,87. Najniższą leczeni do roku

— 8,50. Wynik minimalny zróżnicowany 2, 6, 7, wynik maksymalny — identyczny — 10.

Czas leczenia pompą insulinową nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z satysfakcją z życia w trakcie leczenia osobistą pompą insulinową ( $p > 0,05$ ).

W zdecydowanej większości przypadków nastąpił wzrost poziomu satysfakcji z życia po zastosowaniu leczenia osobistą pompą insulinową — 78 osób (97,5%). Jedna z osób nie stwierdziła poprawy jakości życia. Zarówno przed leczeniem jak i w trakcie leczenia pompą insulinową wskazywała na 7 punktów. Kolejna z osób stwierdziła, że nastąpił u niej regres satysfakcji z 3 do 2 punktów. Najwięcej osób wskazywało na 4-punktowy wzrost satysfakcji — 19 osób (23,8%), dalej 5-punktowy wzrost — 15 osób (18,8%) i 3-punktowy wzrost — 13 osób (16,3%). Najważniejszym jednak wskaźnikiem poprawy jakości życia po zastosowaniu osobistej pompy insulinowej był sam wzrost wartości punktowej a nie jego wielkość. Spowodowane jest to faktem, że różna była wartość początkowa satysfakcji a maksymalna wartość 10 punktów. Wskazując w początkowej fazie 5 punktów, a w końcowej 10 punktów wzrost wynosi 5 punktów. W przypadku wcześniejszego wskazania 8 punktów i w końcowej fazie 10 punktów wzrost wynosi 2 punkty. Zarówno w jednym jak i w drugim przypadku satysfakcja wzrasta.

Po zastosowaniu osobistej pompy insulinowej satysfakcja z życia wzrosła w największym stopniu wśród grupy wiekowej 10–11 lat — średnio o 5,26 punktu. W najmniejszym stopniu w grupie wiekowej 14–15 lat — średnio o 3,73 punktu. Wiek pozostawał w istotnej, niskiej korelacji ze wzrostem satysfakcji z życia ( $p < 0,05$ ) ( $p = 0,0173$ ).

Po zastosowaniu osobistej pompy insulinowej satysfakcja z życia wzrosła w większym stopniu wśród badanych dziewcząt — średnio o 4,28 punktu. Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem wzrostu satysfakcji z życia pomiędzy chłopcami i dziewczynkami ( $p > 0,05$ ).

Po zastosowaniu osobistej pompy insulinowej satysfakcja z życia wzrosła w większym stopniu wśród badanych mieszkańców wsi — średnio o 4,40 punktu. Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pod względem wzrostu satysfakcji z życia pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi ( $p > 0,05$ ).

Po zastosowaniu osobistej pompy insulinowej satysfakcja z życia wzrosła w największym stopniu wśród chorujących od 3 do 5 lat — średnio o 4,30 punktu. W najmniejszym stopniu wśród chorujących od roku do 2 lat — średnio o 3,82 punktu. Czas chorowania na cukrzycę, nie pozostawał w istotnej korelacji ze wzrostem satysfakcji z życia ( $p > 0,05$ ).

Po zastosowaniu osobistej pompy insulinowej satysfakcja z życia wzrosła w największym stopniu wśród stosujących pompę insulinową od 3 do 5 lat — średnio o 4,75 punktu. W najmniejszym stopniu wśród stosujących pompę insulinową do roku — średnio o 3,86 punktu. Czas stosowania osobistej pompy

insulinowej nie pozostawał w istotnej korelacji ze wzrostem satysfakcji z życia ( $p > 0,05$ ).

## Dyskusja

Cukrzyca typu 1 jako choroba przewlekła niesie ze sobą wiele ograniczeń i dostosowania się do obowiązujących zasad [1, 2]. Przestrzeganie tych reguł pomniejsza radość i satysfakcję z życia pacjentów. Intensywny rozwój medycyny i nauk technicznych przyczynił się do powstania metody leczenia cukrzycy, jaką jest ciągły podskórny wlew insulinowy za pomocą osobistej pompy insulinowej. Ten sposób leczenia ma odzwierciedlać fizjologiczne wydzielanie insuliny. Natomiast funkcje możliwe do zastosowania w pompie mają pomóc pacjentom w przygotowaniu się do życia codziennego.

Z przeprowadzonych badań wynika, że po zastosowaniu leczenia osobistą pompą insulinową u zdecydowanej większości nastąpił wzrost satysfakcji z życia (97,5%).

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pod względem satysfakcji z życia pomiędzy mieszkańcami miast i wsi, między chłopcami i dziewczynkami, czasu chorowania na cukrzycę czy czasu leczenia pompą insulinową. Jedynie wiek badanych pozostaje w istotnej, niskiej korelacji  $p < 0,05$ .

Jak wynika z badań leczenie osobistą pompą insulinową pozwala na łatwiejsze zapobieganie hipoglikemii i hiperglikemii, a co z tym się wiąże pozwala na utrzymanie prawidłowych poziomów glikemii. Zarówno wiek pacjentów, płeć, miejsce zamieszkania, czas chorowania, czy okres stosowania pompy insulinowej nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji w łatwiejszym zapobieganiu hipoglikemii i hiperglikemii oraz utrzymaniu normoglikemii.

Badani pacjenci w 93,8% twierdzą, że dzięki osobistej pompie insulinowej mogą lepiej przygotować się do wysiłku fizycznego. Wiek i płeć pacjentów nie miały istotnej statystycznie różnicy w lepszym przygotowaniu się do wysiłku fizycznego, natomiast czas chorowania na cukrzycę i leczenia osobistą pompą insulinową pozostawał w istotnej statystycznie, niskiej korelacji. Pacjenci chorujący na cukrzycę od roku do 2 lat i powyżej 5 lat byli jednomyślni, że pompa insulinowa pomaga im w lepszym przygotowaniu do wysiłku fizycznego.

78 osób (97,5%) wypełniających ankietę stwierdziło, że stosując osobistą pompę insulinową ma większą swobodę w przyjmowaniu posiłków i ich komponowaniu.

Żadne z czynników, jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, czas chorowania, czy czas leczenia pompą insulinową nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji.

Na pytanie czy pompa insulinowa daje Ci większy komfort życia 78 osób (97,5%) odpowiedziało — tak, 1 osoba twierdziła, że nie, a 1 osoba, że trudno powiedzieć. W odpowiedzi na to pytanie nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy z uwagi na wiek, płeć, miejsce zamieszkania, czas chorowania i czas leczenia osobistą pompą insulinową.

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że pompa insulinowa pomaga im łatwiej realizować swoje plany (85,0%), jak i poprawia się ich mobilność oraz dostosowanie się do własnego stylu życia (86,3%). W istotnej statystycznie korelacji nie pozostawały grupy wiekowe, płeć, miejsce zamieszkania, czas chorowania, czy okres stosowania osobistej pompy insulinowej.

Aż 69 osób (86,2%) stwierdziło, że pompa insulinowa ułatwia im wyrównanie poziomu glukozy w czasie innych zachorowań. Zarówno wiek, płeć, miejsce zamieszkania, czas chorowania oraz czas leczenia pompą nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji  $p > 0,05$ .

Analizując przeprowadzone badania można stwierdzić, że stosowanie osobistej pompy insulinowej w znacznym stopniu poprawia jakość życia pacjentów z chorobą przewlekłą, jaką jest cukrzyca. Leczenie tą metodą daje poczucie własnej skuteczności w radzeniu sobie z cukrzycą. Przebadana grupa dzieci i młodzieży wskazała na większą swobodę w komponowaniu i przyjmowaniu posiłków. Z ankiet wynika także, że stosowanie pompy pomaga w przygotowaniu do wysiłku fizycznego oraz zapobieganiu hipoglikemii i hiperglikemii, czyli w utrzymaniu prawidłowych poziomów glikemii.

Podobne badania przeprowadzono w ośrodku lubelskim i wrocławskim z grupą kontrolną leczoną metodą klasycznej insulinoterapii. Poczucie jakości życia w obu grupach nie różni się w istotny statystycznie sposób, ale analiza jakościowa wskazuje nieco wyższą subiektywnie odczuwaną jakość życia dzieci leczonych pompą insulinową. Grupa tych dzieci ma poczucie wyższej jakości życia, które wyraża się w wolności wyboru i niezależności w życiu codziennym [6].

W pracy poglądowej „Pompa insulinowa w leczeniu cukrzycy typu 1” przedstawiono wnioski z badań przeprowadzonych w Stanford w Kalifornii, w Australii, w Brazylii i na Słowacji. We wnioskach tych możemy przeczytać, że zastosowanie pompy insulinowej znacznie przyczyniło się do poprawy jakości życia badanych osób. Przejawia się to większą swobodą i elastycznością w przyjmowaniu posiłków, aktywności fizycznej, a także większą dyskrecją i komfortem w trakcie podawania insuliny [7].

Barnard i wsp. dokonali analizy wyników badań z wielu różnych opracowań dotyczących stosowania pompy insulinowej. Wyniki badań są podobne do wyników uzyskanych w niniejszej pracy, czyli wskazują na wzrost satysfakcji życia u dzieci leczonych pompą. Również zaobserwowano wzrost satysfakcji ze względu na elastyczność pory posiłków i aktywność fizyczną [8].

Opinie co do skuteczności stosowanej metody terapii pompą insulinową na jakość życia dzieci i młodzieży są podzielone [9, 10, 6]. Badania prowadzone przez Przybyszewskiego i wsp. nie wykazały istotnych statystycznie różnic jakości życia dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 w odniesieniu do stosowanej metody terapii. Autorzy tej pracy przypuszczają, że korzystny wpływ leczenia pompą jest ograniczony do składowych, dotyczących aspektów psychicznych jakości życia [9].

## Wnioski

1. Leczenie cukrzycy metodą podawania insuliny za pomocą osobistej pompy insulinowej wpływa na utrzymanie prawidłowych poziomów glikemii (87,5%).

2. Stosowanie pompy insulinowej ułatwia przygotowanie się do wysiłku fizycznego (93,8%).

3. Zdecydowana większość (90%) stwierdziła, że dzięki pompie insulinowej może łatwiej zapobiegać wystąpieniu hipoglikemii i hiperglikemii.

4. Po zastosowaniu osobistej pompy insulinowej w leczeniu cukrzycy nastąpił wzrost poziomu satysfakcji z życia (97,5%) z wartości średniej 4,5 do 8,5 punktów.

## Streszczenie

Wstęp. Cukrzyca typu 1, która jest chorobą przewlekłą wiąże się z pewnymi ograniczeniami i zakazami. Istnieje konieczność kontroli poziomu glukozy we krwi i podawania odpowiedniej dawki insuliny. Wiąże się to również z kontrolą przyjmowanych posiłków. Pacjent musi również pamiętać o odpowiednim przygotowaniu się do podejmowanego wysiłku fizycznego. Ważne jest również postępowanie w czasie dodatkowej choroby. Wszystkie te działania pacjenta mają na celu zapobieganie wystąpieniu hipoglikemii lub hiperglikemii, czyli utrzymaniu normoglikemii.

Cel. Celem niniejszej pracy była ocena odczucia satysfakcji z życia u dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 leczonych za pomocą osobistej pompy insulinowej.

Materiał i metody badawcze. Badanie przeprowadzono w Poradni Diabetologicznej Zespołu Poradni Specjalistycznych Dziecięcych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym — Szpital Dziecięcy w Toruniu w okresie od 06.10.2011 r. do 15.12.2011 r. Badaniami objęto grupę 80 pacjentów w przedziale wiekowym 10–18 lat. Metodą badawczą zastosowaną w badaniach był sondaż diagnostyczny. Technika badawczą była ankieta, natomiast narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Po analizie przeprowadzonych badań stwierdzono, że:

- największą grupę 27,5% stanowiły dzieci w przedziale wiekowym 14–15 lat,
- 56,3% badanych mieszka w mieście,
- najwięcej badanych choruje na cukrzycę powyżej 5 lat — 47,5%,
- największy procent (28,8%) stanowią osoby leczone za pomocą osobistej pompy insulinowej powyżej 5 lat,

- zdecydowana większość — 72 osoby (90%) stwierdziła, że dzięki pompie insulinowej może łatwiej zapobiegać wystąpieniu hipoglikemii i hiperglikemii,
  - ponad połowa badanych (93,8%) twierdziła, że stosowanie pompy insulinowej ułatwia przygotowanie do wysiłku fizycznego,
  - 78 osób (97,5%) odpowiedziało, że dzięki leczeniu z zastosowaniem pompy insulinowej mają większą swobodę w przyjmowaniu i komponowaniu posiłków,
  - w większości pacjenci uznali, że mają większą możliwość realizacji planów — 68 osób (85%),
  - 69 osób (86,3%) stwierdziło, że pompa insulinowa ułatwia im wyrównanie poziomu glukozy w czasie innych zachorowań,
  - w 97,5% badani określili, że dzięki pompie insulinowej mają większy komfort życia.
- Wnioski. U zdecydowanej większości osób (97,5%) nastąpił wzrost poziomu satysfakcji z życia po zastosowaniu leczenia za pomocą osobistej pompy insulinowej (z 4,5 do 8,5 punktu).

### Summary

**Introduction.** Type 1 diabetes is a chronic disease which is connected with some restrictions and prohibitions. There is a necessity to control the level of glucose in blood and to give the appropriate dose of insulin. It also involves control of eaten meals. The patient must also remember about the proper preparation to physical exercises. It is also vital to know how to behave in the situation of the additional disease. The aim of all these presented actions is to prevent from appearing hypoglycemia or hyperglycemia, to keep the appropriate level of glycemia.

**Aim.** The aim of this research was the assessment of the satisfaction with life among children and adolescents with type 1 diabetes who use personal insulin pump.

**Material and methods.** The research was conducted in the Diabetological Clinic of the Complex of Children's Specialized Clinics in Children's hospital which lasted from 06.10.2011 to 15.12.2011. In the research took part 80 patients At the age group from 10 to 18 years old. The research method was the diagnostic poll. The research technique was the questionnaire, and the research instrument was personal inquiry form.

**Results.** The analysis of research brings following conclusions:

- The most numerous group — 27,5% consisted of children at the age group of 14 and 15,
- 56,3% of patients live in the city,
- Most of the patients suffer from diabetes for more than 5 years — 47,5%,
- Most of the patients 28,8% use personal insulin pump for over 5 years,
- Majority of patients — 72 of them (90%) confirmed that thanks to insulin pump can prevent themselves from appearing hypoglycemia and hyperglycemia,
- Over half of the patients 93,8% stated that using insulin pump helps in preparations to physical exercises,
- 78 patients (97,5%) confirmed that thanks to using insulin pump they can create and eat meals with less restrictions,
- Most of the patients (68 of them — 85%) confirmed that they have a higher possibility of fulfilling their plans,
- 69 of persons (86,3%) stated that the insulin pump was facilitating for them smoothing the glucose level in the time other of falling ill,
- 97,5% of patients assumed that owing to the insulin pump their comfort of life has increased.

**Results.** Most of the patients (97,5%) confirmed that after using personal insulin pump the level of their life satisfaction has increased (with 4,5 to 8,5 point).

Piśmiennictwo

1. Alaghehbandan R., Collins K.D., Newhook L.A., MacDonald D. Childhood type 1 diabetes mellitus in Newfoundland and Labrador, Canada. *Diab Res Clin Pract* 2006, 74(1): 82-89.
2. Jarosz-Chobot P. Epidemiologia cukrzycy typu 1 i typu 2 w wieku rozwojowym. W: Cukrzyca wieku rozwojowego — co nowego. Otto-Buczkowska E. (red). Cornetis, Wrocław 2009: 107-113.
3. Jarosz-Chobot P., Otto-Buczkowska E., Polańska J. Epidemiologia cukrzycy typu 1 w populacji rozwojowej: aktualne trendy i czynniki ryzyka. *Przegl. Pediatr.* 2003, 33(2): 128-132.
4. Otto-Buczkowska E. Cukrzyca typu 1, Cornetis, Wrocław 2006.
5. Tatoń J., Czech A., Insulinoterapia cukrzycy oparta na patofizjologii – EBM, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2010.
6. Szewczyk L., Wiśniowiecka M., Noczyńska A., Bieniasz J., Wysocka-Łukasik B., Poczucie jakości życia dzieci chorych na cukrzycę typu 1 leczonych różnymi metodami insulinoterapii. *Endokrynologia Pediatria*. 2006; 5,2(15):57-64.
7. Panusiak K., Załuska W., Makara-Studzińska M., Pompa insulinowa w leczeniu cukrzycy typu 1. *Zdrowie Publiczne*. 2008;118(1): 91-95.
8. Barnard K.D., Lloyd C.E., Skinder T.C., Systematyczny przegląd literatury: jakość życia chorych na cukrzycę typu 1 związana ze zastosowaniem pomp insulinowych. *Diabetologia Praktyczna*. 2007; 8,8-9:302-314.
9. Przybyszewski B., Czerwionka-Szaflarska M., Żbikowska-Bojko M. Analiza jakości życia dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę typu 1 leczonych za pomocą ciągłego podskórnego wlewu insuliny. *Pediatr Pol.* 2008; 83(1): 54-62.
10. Low K.G., Massa L., Lehman D., Olshan J.S. Insulin pump use in young adolescents with type 1 diabetes: a descriptive study. *Pediatr Diabetes*. 200; 6(1): 22-31.

*Leokadia Rezmerska, Beata Haor*

(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera  
w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu)

*Beata Mazur*

(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu)

*Mariola Głowacka*

(Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera  
w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku, Instytut Nauk o Zdrowiu)

## ZASTOSOWANIE TEORII PIELĘGNOWANIA DOROTHY OREM W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ WOBEC PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo; teoria pielęgnowania Dorothy Orem; cukrzyca.

### DOROTHY OREM'S NURSING THEORY APPLICATION IN PRACTICE OF NURSING TO PATIENTS WITH DIABETES

Key words: nursing; nursing theory Dorothy Orem; diabetes.

*Praktyka bez teorii jest jedynie rutyną, tylko teoria może przynieść ducha inwencji.*

Ludwik Pasteur

## Wstęp

Pielęgniarstwo jest sztuką profesjonalnego pielęgnowania, rozumianą jako trafna diagnoza pielęgniarstwa, sprawne zabiegi pielęgniarstwa oraz skuteczne prowadzenie procesu pielęgnowania pacjenta. Pielęgniarstwo jest złożoną i zróżnicowaną działalnością polegającą na świadczeniu indywidualnej opieki pielęgniarstwa wobec jednostki, grupy lub społeczności zarówno w stanie zdrowia jak i choroby. Pielęgniarstwo jako dziedzina praktyczna i teoretyczna

powinno swoją działalność zawodową opierać na twórczych koncepcjach, teorii i modelach pielęgniarstwa [1, 2].

Współczesne pielęgniarstwo określane jest jako pielęgniarstwo naukowe oparte na faktach naukowych, gdzie teoria aktywizuje praktykę a praktyka szuka odpowiedzi w teorii. Naukowość w pielęgniarstwie jest utożsamiana z modelami i teoriami pielęgniarstwa naukowego. W modelach pielęgniarstwa formułowane są poglądy, idee i wierzenia połączone z tą dyscypliną. Precyzują one rozwój edukacji i praktyki pielęgniarstwa, są poddawane analizom i badaniom, testowane i wykorzystywane w praktyce pielęgniarstwa. Modele te wyjaśniają czym jest pielęgniarstwo, kim jest pielęgniarzka, na czym polega jej praca zawodowa. Modele pielęgniarstwa pozwalają zrozumieć sytuację opiekunów podmiotu, są pomocne w procesie interpretacji potrzeb i organizacji danych o podmiocie opieki według określonego wyznacznika pozwalającego pielęgniarzkom skupić uwagę na najbardziej znaczących informacjach dla opieki [3, 4].

Teorie pielęgniarstwa starają się w pierwszej kolejności ustalić istotę, charakter pielęgniarstwa, a także najlepszy rodzaj opieki jaka powinna być świadczona pacjentowi i jego rodzinie. Jedną z wielu teorii pielęgniarstwa jest teoria opracowana przez Dorothy Orem określana jako teoria samoopieki lub teoria deficytu samoopieki. Teoria ta przyjmuje jako podstawową zasadę to, że w zapewnieniu opieki nad zdrowiem człowieka najważniejszą rolę odgrywa on sam. Punktem odniesienia w ogólnej teorii pielęgniarstwa Dorothy Orem jest stwierdzenie, że w warunkach normalności ludzie sami troszczą się o własne życie i zdrowie, dysponując własnymi możliwościami. Kiedy jednak brak im możliwości lub wiedzy wymagają asystowania i pomocy lub pełnego zastępowania siebie w zapewnieniu sobie opieki [3, 5].

Samoopieka według Dorothy Orem to czynności człowieka inicjowane samodzielnie w stosunku do siebie i środowiska, a także w stosunku do osób, które są od niego zależne. Celem tych działań jest utrzymanie zdrowia, życia i zapewnienia sobie dobrego samopoczucia. Samoopieka jest świadomą, wyuczoną aktywnością ukierunkowaną na zaspokojenie potrzeb. Indywidualna zdolność człowieka do samoopieki zmienia się wraz z wiekiem, etapami rozwojowymi jak również w wyniku nabywania doświadczeń życiowych, wpływu różnych czynników środowiskowych, socjalnych, kulturowych oraz zmiany stanu zdrowia. Samoopieka ukierunkowana jest na zaspokajanie potrzeb, wśród których Dorothy Orem określiła trzy kategorie: potrzeby uniwersalne, potrzeby rozwojowe, potrzeby w sytuacjach zaburzeń stanu zdrowia, czyli w dewiacjach [5].

Podstawowy cel samoopieki polega na zachowaniu i rozwoju życia oraz osiągnięciu dobrostanu zdrowia. Zdolność do samoopieki jest różna i zależy od wielu czynników. „Człowiek w ciągu swego życia nabywa wiele umiejętności, pozwalających mu na realizację samoopieki. Istnieje jednak grupa osób,

które wymagają pomocy w ich zaspokajaniu, ponieważ brak im możliwości, motywacji lub wiedzy”. Rolą pielęgniarki w teorii samoopieki jest: rozpoczęcie i utrzymanie relacji pacjent–rodzina oraz pacjent–grupa pacjentów; określenie czy i jakiej pomocy oczekuje pacjent; odpowiadanie na prośby, potrzeby i oczekiwania, poprzez zapewnienie kontaktów i asystowanie podopiecznym; formułowanie i realizacja zleceń pielęgniarstwie; zapewnienie bezpośredniej pomocy pacjentom i osobom dla nich ważnym; koordynowanie i integrowanie świadczeń pielęgniarstwie z różnorodnymi zapotrzebowaniami na opiekę zdrowotną, socjalną, edukacyjną przez pacjenta, oraz z jego życiem rodzinnym [3].

Dorothy Orem wyróżnia trzy podstawowe typy systemów pielęgniarstwa: system w pełni kompensacyjny, system częściowo kompensacyjny, system wspierająco-uczący. System w pełni kompensacyjny znajduje zastosowanie wówczas, gdy pacjent wymaga pełnej zależności od pielęgniarki, ponieważ sam nie ma możliwości podejmowania samoopieki. „W systemie tym pielęgniarka jest nie tylko osobą zapewniającą lub kierującą samoopieką, jest również osobą decydującą, planującą i współpracującą z rodziną, szczególnie gdy zachodzi potrzeba długotrwałej opieki” [3]. System częściowo kompensacyjny zakłada aktywność w zakresie samoopieki podejmowaną zarówno przez pielęgniarkę jak i przez samego pacjenta. Elementami decydującymi o udziale pacjenta w samoopiece w tym systemie jest jego wiedza, sprawność fizyczna, możliwości psychiczne, a także zalecenia lekarskie dotyczące ograniczeń aktywności. System wspierająco-uczący znajduje zastosowanie w opiece nad osobami posiadającymi potencjalną zdolność do samoopieki, ale wymagają oni motywowania i wsparcia. Pielęgniarka asystuje, kształtuje i wspiera pacjenta oraz jego rodzinę. „System jest stosowany u tych osób, które mają potencjalne zdolności samoopieki, jednak wykazują braki wiedzy, umiejętności lub motywacji do realizowania” [7, 8].

## Cel

Celem badań własnych jest ocena stopnia wykorzystania praktycznego teorii pielęgnowania Dorothy Orem w postępowaniu z chorym na cukrzycę.

## Material i metoda

Badania przeprowadzono w okresie od października 2012 do stycznia 2013 roku w grupie pielęgniarek zatrudnionych w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie oraz wśród studentów na kierunku pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej. Dla wykonania badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując ankietę własnego autorstwa. W badaniach uczestniczyło 80 pielęgniarek. Najliczniejszą grupą wiekową były pielęgniarki w wieku 41–50 lat (39%). Większość ankietowanych pielęgniarek posiadała wykształcenie wyższe w zakresie licencjata pielęgniarstwa (70%). W analizie statystycznej wyników badań zastosowano test niezależności chi-kwadrat ( $\chi^2$ ). Jako wartości istotne statystycznie przyjęto poziom  $p \leq 0,05$ .

## Wyniki

Na podstawie uzyskanych wyników z przeprowadzonych badań dokonano analizy statystycznej zebranego materiału i opracowano go w sposób graficzny i opisowy. Wyniki badań uwzględniają korelacje pomiędzy wiekiem, wykształceniem zawodowym i stażem pracy a rodzajem opinii pielęgniarek na temat podstaw teoretycznych i zastosowania w praktyce teorii pielęgnowania według Dorothy Orem.

Jednym z pierwszych badanych zagadnień była ocena znajomości ogólnych założeń teorii pielęgnowania według Dorothy Orem. Badane pielęgniarki posiadają zróżnicowany poziom wiedzy w tym zakresie. Stwierdzono, że pielęgniarki, które są osobami młodymi — 21–30 lat, posiadają wyższe wykształcenie zawodowe — licencjat i mają krótszy staż pracy — 1–20 lat, prezentują w szerszym zakresie wiedzę dotyczącą badanego zagadnienia, niż pozostałe osoby uczestniczące w badaniach. Badane zależności są istotne statystycznie.

W dalszej części analizy uwzględniono wykorzystanie praktyczne teorii pielęgnowania według Dorothy Orem w opiece nad chorym z cukrzycą. Pielęgniarki będące w wieku 21–30 lat i posiadające staż pracy 1–10 lat stwierdzają w 100%, że teoria ta jest stosowana w praktyce. Natomiast pod względem wykształcenia, tylko pielęgniarki mające tytuł magistra pielęgniarstwa, określiły w 100 % stosowanie teorii Dorothy Orem w opiece nad chorym z cukrzycą. Analiza wyników w tym zakresie wykazała zależności istotne statystycznie

między wyrażonymi opiniami a wykształceniem i stażem zawodowym respondentek.

W badaniach uwzględniono także ocenę wybranych czynników wpływających na wykorzystanie teorii Dorothy Orem do planowania opieki nad chorym z cukrzycą. Pielęgniarki określają, że tymi czynnikami w największym stopniu są: posiadanie wiedzy w tym zakresie oraz odpowiednia ilość zatrudnionego personelu pielęgniarstwie. W dalszej kolejności wymieniają: obciążenie dodatkowymi zajęciami zawodowymi oraz chęć wprowadzania nowych zasad postępowania pielęgniarstwie. Udzielone odpowiedzi są zróżnicowane pod względem wieku badanych, ich stażu pracy i wykształcenia. Zależność istotną statystycznie wykazano tylko w zakresie korelacji wykształcenia z oceną czynników decydujących o stopniu wdrożenia teorii Dorothy Orem do praktyki pielęgniarstwie. Pielęgniarki z wykształceniem średnim medycznym zdecydowanie wymieniają na pierwszym miejscu posiadanie wiedzy na temat tej teorii (50%). Pielęgniarki z wykształceniem wyższym zawodowym także prezentują takie stanowisko (33%). Pielęgniarki z wykształceniem wyższym licencyjnym stwierdzają natomiast, że czynnikiem decydującym o zastosowaniu tej teorii w praktyce jest zmniejszenie obciążenia dodatkowymi czynnościami zawodowymi.

W badaniach respondentki dokonały także oceny stopnia przydatności w praktyce teorii pielęgnowania Dorothy Orem wobec chorego z cukrzycą, wykorzystując skalę punktową od 1 do 5. Najwyższą ocenę podają respondentki będące w wieku 41–50 lat (35,5%), z wykształceniem wyższym magisterskim (33,3) i posiadające długi staż pracy 21–30 lat (33,3%). Uzyskane opinie są istotnie statystycznie w zależności od wieku, wykształcenia i stażu pracy respondentek.

## Dyskusja

Zastosowanie teorii pielęgnowania w ramach praktyki pielęgniarstwie dokonano się dzięki działaniom Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia, które wskazało na konieczność połączenia praktyki zawodowej pielęgniarstwie z jej teoretycznymi założeniami. Opracowane teorie pozwalają określić pielęgniarstwo jako dyscyplinę naukową. Należy więc dokonać wszelkich starań, aby teorie pielęgnowania wprowadzać do praktyki zawodowej pielęgniarstwie. Teorie i modele praktyki pielęgniarstwie pozwalają ustalić zakres obszarów medycznych, w których pacjent wymaga pomocy, oraz poprawiają wyniki leczenia jak również zapewniają spójne podejście do pacjenta. Model pielęgnowania Dorothy Orem bardzo dobrze się sprawdził u pacjentów w wielu

przypadkach i jednostkach chorobowych. Wielokrotnie jest on w pełni wykorzystywany i stosowany przez personel pielęgniarski. Model wypracowany przez Dorothy Orem łączy wiedzę teoretyczną z praktycznym działaniem. Koncepcja ta uczy praktycznej oceny sytuacji, stanowi niezbędną bazę dla kreatywności i zmian, zaś działanie zarówno pielęgniarki jak i pacjenta powinny być świadome. W Polsce temat wprowadzania teorii pielęgnowania do praktyki zawodowej pielęgniarek jest nadal tematem nowatorskim i od lat omawianym [3, 9].

Przeprowadzone badania własne na temat zastosowania teorii pielęgnowania Dorothy Orem w praktyce pielęgniarskiej u pacjentów z cukrzycą wykazały, że pielęgniarki wdrażają zasady teorii do praktyki. Zdecydowana większość pielęgniarek uznała teorię Dorothy Orem za powszechnie stosowaną w praktyce zawodowej (83%). Wyniki uzyskane w badaniach wykonanych przez autorów Collegium Medicum w Bydgoszczy prezentują się następująco. Zdecydowana większość pielęgniarek uczestniczących w badaniach ocenia własne umiejętności w zakresie wyboru i zastosowania modelu opieki pielęgniarskiej w procesie pielęgnowania chorych — jako dobre (69%) lub bardzo dobre (17%), a jedynie 14% jako dostateczne. Wyniki te kształtują się podobnie, biorąc pod uwagę ich rozkład co do miejsca pracy i stanowiska pracy [10].

Jak wynika z przeprowadzonych badań własnych, znaczna część grupy badanej miała problem z prawidłowym zdefiniowaniem pojęcia samoopieki (49%), zdefiniowaniem potrzeb uniwersalnych (31%) i rozwojowych (39%) oraz określeniem metod postępowania, jakie powinny być zastosowane przy wystąpieniu deficytu samoopieki (52%). Niewystarczający poziom wiedzy pielęgniarek w tym zakresie uniemożliwia skuteczne wprowadzanie i stosowanie wymienionej teorii w praktyce. Jak wiadomo, aby skutecznie i prawidłowo realizować proces pielęgnowania pacjenta z cukrzycą, wiedza osób sprawujących opiekę powinna być pełna i wszechstronna. Profesjonalizm pielęgniarki to nie tylko posiadana wiedza i umiejętności zawodowe, ale także samodzielność działania zgodnie z wybraną teorią pielęgnowania [11].

Dokonując analizy opinii pielęgniarek dotyczących czynników, które mają decydujący wpływ na wprowadzanie teorii pielęgnowania Dorothy Orem do praktyki zawodowej, można zauważyć, że większość respondentek (56%) jako element dominujący wskazała posiadany zakres wiedzy na temat ogólnych założeń teorii pielęgnowania Dorothy Orem. Uzyskany wynik nie jest jednak zadowalający, gdyż pozostała znaczna część grupy (44%) wskazuje na inne, mniej istotne czynniki sprzyjające wdrażaniu teorii Dorothy Orem. Nietrudno zauważyć zatem, że problem wprowadzania wymienionej teorii tkwi w deficycie wiedzy samych pielęgniarek. Wydaje się, że uzasadnione byłoby zwiększenie zakresu kursów i szkoleń adresowanych głównie do pielęgniarek z wykształceniem średnim zawodowym, które nie podjęły dalszego uzupełniania wiedzy i podnoszenia własnych kwalifikacji. Szkolenia takie wydają się tym

bardziej uzasadnione, ponieważ najniższy poziom wiedzy w zakresie znajomości teorii pielęgnowania prezentowały pielęgniarki najdłużej pracujące pod względem stażu pracy. Kolejnym dość ważnym czynnikiem uniemożliwiającym wprowadzanie teorii pielęgnowania Dorothy Orem do praktyki zawodowej pielęgniarek jest zbyt mała ilość zatrudnionego personelu na stanowiskach pielęgniarstwie. Dalszym powodem utrudniającym wdrożenie teorii pielęgnowania, na który wskazują pielęgniarki, jest znaczne obciążenie dodatkowymi zadaniami zawodowymi niezwiązanymi z procesem pielęgnowania.

Porównanie wyników badań własnych z wynikami uzyskanymi w innych ośrodkach naukowych jest trudne lub niemożliwe z powodu objęcia badaniami różnych aspektów badanej tematyki odnoszącej się do różnych autorów teorii pielęgnowania. Zdecydowana większość publikowanych prac dotyczących teorii pielęgnowania Dorothy Orem opiera się na opisie zastosowania teorii w praktyce w odniesieniu do indywidualnego studium przypadku.

## Wnioski

1. Poziom wiedzy teoretycznej jaki posiadają pielęgniarki na temat teorii pielęgnowania Dorothy Orem jest zróżnicowany. Stwierdzono, że tylko mniej niż połowa ankietowanych pielęgniarek wykazała się wysokim stopniem wiedzy na ten temat. W grupie tej dominują osoby w wieku 21–30 lat z wykształceniem zawodowym licencjackim.

2. Stosowanie w praktyce założeń teorii pielęgnowania Dorothy Orem wobec chorych z cukrzycą różni się istotnie w zależności od poziomu wykształcenia zawodowego i stażu pracy pielęgniarek. Wszystkie pielęgniarki ze stażem pracy do 10 lat i wykształceniem wyższym magisterskim deklarują, że stosują zasady teorii pielęgnowania Dorothy Orem u chorych z cukrzycą.

3. Czynnikiem wpływającym na wykorzystanie teorii Dorothy Orem do planowania opieki nad chorym z cukrzycą, według pielęgniarek, jest głównie posiadanie wiedzy w tym zakresie oraz odpowiednia ilość zatrudnionego personelu pielęgniarstwie. Opinie w tym zakresie są istotne statystycznie w korelacji z wykształceniem ankietowanych osób.

4. Stopień przydatności w praktyce teorii pielęgnowania Dorothy Orem wobec chorego z cukrzycą najwyżej oceniają pielęgniarki będące w wieku 41–50 lat, z wykształceniem wyższym magisterskim i posiadające długi staż pracy 21–30 lat. Korelacja uzyskanych opinii z wiekiem, wykształceniem i stażem pracy osób badanych jest istotna statystycznie.

## Streszczenie

Wstęp. Ważnym aspektem profesjonalnego współczesnego pielęgniarstwa jest stosowanie i wdrażanie do praktyki zawodowej teorii pielęgnowania. Pielęgniarstwo i praktyka zawodowa pielęgniarzek jest dyscypliną popartą wiedzą i teoretycznymi założeniami. Założenia teoretyczne stanowią wartość wówczas, gdy są wdrażane i wykorzystywane w praktycznych działaniach pielęgniarzek.

Cel. Celem badań własnych jest ocena stopnia wykorzystania praktycznego teorii pielęgnowania Dorothy Orem w postępowaniu z chorym na cukrzycę.

Materiał i metody. Badania wykonano w okresie od października 2012 do stycznia 2013 roku w grupie pielęgniarzek Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie oraz wśród studentów na kierunku pielęgniarstwo w Wyższej Szkole Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku. Dla wykonania badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorską ankietę. W badaniach uczestniczyło 80 pielęgniarzek. W analizie statystycznej wyników badań zastosowano test niezależności chi-kwadrat ( $\chi^2$ ).

Wyniki. Uzyskane wyniki z przeprowadzonych badań poddano analizie statystycznej i opracowano je w sposób graficzny i opisowy. Wyniki badań uwzględniają korelacje pomiędzy wiekiem, wykształceniem zawodowym, stażem pracy a rodzajem opinii pielęgniarzek na temat podstaw teoretycznych i zastosowania w praktyce teorii pielęgnowania według Dorothy Orem.

Wnioski:

1. Poziom wiedzy teoretycznej jaki posiadają pielęgniarzki na temat teorii pielęgnowania Dorothy Orem jest różnicowany.

2. Stosowanie w praktyce założeń teorii pielęgnowania Dorothy Orem wobec chorych z cukrzycą różni się istotnie w zależności od poziomu wykształcenia zawodowego i stażu pracy pielęgniarzek.

3. Czynnikiem wpływającym na wykorzystanie teorii Dorothy Orem do planowania opieki nad chorymi z cukrzycą, według pielęgniarzek, jest głównie posiadanie wiedzy w tym zakresie oraz odpowiednia ilość zatrudnionego personelu pielęgniarzkiego.

4. Stopień przydatności teorii pielęgnowania Dorothy Orem wobec chorych z cukrzycą pielęgniarzki oceniają w sposób różnicowany. Różnice te wynikają z wieku, rodzaju wykształcenia zawodowego i stażu pracy pielęgniarzek.

## Summary

Introduction. An important aspect of modern professional nursing is the use and implementation of the theory to the practice of professional nursing. Nursing and nurses' professional practice is a discipline supported by knowledge and theoretical assumptions. The theoretical assumptions are value when they are implemented and used in practical activities of nurses.

Objective. Aims of this research is to assess the utilization of practical nursing theory Dorothy Orem in the management of patients with diabetes.

Material and methods: The study was performed in the period from October 2012 to January 2013 in a group of nurses Provincial Specialist Hospital in Ciechanów and among students in the nursing program at the School of Humanities and Economics in Włocławek. For performance testing of diagnostic survey method was applied, using the author's survey. The study involved 80 nurses. The statistical analysis of the results of the independence test was used chi-square ( $\chi^2$ ).

Results. The results of the study were statistically analyzed and compiled them in a graphical and descriptive. Test results take into account the correlation between age, education, training, work experience and the kind of nurses' opinion about the theoretical and practical application of the theory of nursing Dorothy Orem.

Applications:

1. What level of theoretical knowledge of nurses on nursing theory Dorothy Orem is varied.
2. The use of practice guidelines in nursing theory Dorothy Orem to patients with diabetes varies significantly depending on the level of professional training and work experience of nurses.

3. Factors affecting the use of the theory of Dorothy Orem to plan care for patients with diabetes by nurses is mainly to have knowledge in this field and the corresponding number of employed nurses.

4. The degree of usefulness of nursing theory Dorothy Orem to patients with diabetes nurses assess, in different ways. The differences are due to age, type of education, training and work experience of nurses.

#### Piśmiennictwo

1. Poznańska S. Pielęgniarstwo i jego istota. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.) Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004; 21–25.
2. Wojnowska-Dawiskiba H. (red.) Wprowadzenie do teorii i praktyki pielęgniarstwa. Wydawnictwo Akademii Medycznej, Wrocław 2003;19.
3. Poznańska S. Dorothea Orem — Model samoopieki/deficytu. W: Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. (red.) Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001;103–132.
4. Szewczyk M.T. Współczesne koncepcje opieki pielęgniarstwie. Przewodnik Lekarza. 2005;1:88–91.
5. Ciechaniewicz W. Dorothea Orem. W: Górajek-Jóźwik J. (red.) Filozofia i teorie pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007;299–312.
6. Poznańska S. Teorie pielęgniarstwa Dorothei Orem. W: Zahradniczek K. (red.) Pielęgniarstwo. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004;124–134.
7. Płaszewska-Żywko L. Teoria Dorothei Orem. W: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.) Modele opieki pielęgniarstwie nad chorym dorosłym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010;17–26.
8. Wrońska I. Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa. Wydawnictwo Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
9. Salvage J. Pielęgniarstwo w działaniu. Publikacje regionalne WHO. Seria Europejska. Warszawa 2011;19(3): 395.
10. Haor B., Humańska M., Felsmann M., Głowacka M., Kurowska K., Ponczek D., Rezmerska L. Analiza wybranych czynników wpływających na autonomię zawodu pielęgniarki. W: Kochman D. Wyzwania dla praktyki pielęgniarstwie XXI wieku. Wydawnictwo Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Włocławek 2010;259–272.
11. Lipińska M. Jeszcze raz o teorii Orem. Pielęgniarstwo 2000. 1996;4:15–16.



*Beata Haor, Leokadia Rezmerska*

(Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku  
Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy)

*Alicja Gołębiewska*

(Szpital Lipno Sp. z o.o.)

*Mariola Głowacka*

(Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy,  
Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku)

## WYBRANE ASPEKTY AKCEPTACJI CHOROBY PRZEWLEKŁEJ W OPINII PACJENTÓW W PRZEBIEGU CUKRZYCY TYPU 2

Słowa kluczowe: cukrzyca; skala AIS; choroba przewlekła.

### SELECTED ASPECTS OF ACCEPTANCE OF CHRONIC DISEASE IN PATIENTS OF TYPE 2 DIABETES

Key words: diabetes; the scale of AIS; chronic illness.

## Wstęp

Cukrzyca jest chorobą cywilizacyjną o charakterze przewlekłym. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia dotyczy ona obecnie na świecie 135 mln ludzi. Szacuje się, że w 2025 r. na świecie będzie 300 mln chorych. Zdecydowana większość zachorowań dotyczy typu 2 cukrzycy [1]. Cukrzyca typu 2 stanowi 85% wszystkich przypadków choroby w populacji białej na świecie a w innych grupach etnicznych odsetek ten sięga nawet 95% [2]. Wzrost liczby zachorowań uwarunkowany jest m.in.:

- większą dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej,
- mniejszą umieralnością spowodowaną zaburzeniami metabolicznymi,
- wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia, co w konsekwencji prowadzi od wzrostu populacji osób w starszym wieku z licznymi zmianami inwolucyjnymi w narządach wewnętrznych,

— diabetogennym wpływem leków stosowanych w terapii chorób współistniejących z cukrzycą,

— nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi populacji,

— zmniejszeniem aktywności fizycznej populacji [3].

W przebiegu cukrzycy typu 2 chorzy skarżą się na dolegliwości będące konsekwencją przewlekłego charakteru choroby i jej powikłań, które postępują i są nieodwracalne. Sprawiają one, że cukrzyca staje się przyczyną utraty wzroku, amputacji kończyn, niewydolności nerek, zawału serca, udaru mózgu. Wpływa to negatywnie na jakość życia chorych ze względu na m.in. kalectwo, niezdolność do pracy oraz prowadzi często do przedwczesnej śmierci [4].

Choroby przewlekłe ingerują we wszystkie obszary życia pacjenta. Stają się przyczyną licznych zakłóceń w przebiegu procesów fizjologicznych, upośledzają funkcję narządów i układów organizmu oraz negatywnie oddziałują na sferę emocji człowieka [5].

Do najczęściej występujących problemów psychologicznych w przebiegu choroby przewlekłej można zaliczyć:

— niepewność w zakresie dalszych losów i okresowej lub stałej niemożności realizacji dotychczasowych ról,

— niepokój lub strach przed leczeniem i badaniami,

— obawy w zakresie podjęcia roli autonomicznego pacjenta,

— niepokój wynikający z potencjalnych możliwości wystąpienia powikłań choroby [6].

Powyższe problemy psychologiczne wpływają na zachowanie pacjenta i mogą objawiać się:

— depresją wynikającą z braku pozytywnej perspektywy życia z chorobą,

— bierną postawą jako efektu zmiany dotychczasowego stylu życia,

— dyskomfortem psychicznym w związku z uzależnieniem od pomocy ze strony innych osób,

— niepokojem o wyniki badań,

— obniżeniem nastroju w związku z pogorszeniem ogólnego samopoczucia,

— lękiem przed wdrożeniem ograniczeń wynikających z choroby i terapii,

— stresem, w związku z częstymi hospitalizacjami [7].

Choroba przewlekła wyzwala nowe reakcje emocjonalne i motywy działań, zmianie ulega struktura osobowości. Pacjent niejednokrotnie wykazuje wzmożony lęk, poczucie winy, smutek oraz dyskomfort psychiczny [5]. Zmienia się skala dotychczasowych wartości oraz potrzeby intelektualne chorego. Jest to wyraz reakcji przystosowawczej do stresu, jaki niosą za sobą negatywne wpływy chorowania na życie człowieka [5].

Według profesora J. Tatonia wyróżnia się sześć faz reagowania na nieuleczalną przewlekłą chorobę, jaką jest cukrzyca:

1. Wstrząs po pierwszym rozpoznaniu cukrzycy

2. Negowanie choroby

3. Bunt przeciw chorobie

4. Częściowe ustępstwa przeciw rzeczywistości

5. Rezygnacja z subiektywnego oporu, zaakceptowanie faktów i konieczności

6. Adaptacja, powrót dominacji wartości pozytywnych, rozwojowych, skuteczne radzenie sobie z chorobą, zaakceptowanie faktu choroby przewlekłej [8].

Niekiedy pacjent prezentuje postawę pseudoakceptacji choroby, która wiąże się ze świadomym nieprzebrnięciem zaleceń, rezygnacją z celów życiowych lub zaprzestaniem leczenia. W efekcie mogą powstawać groźne dla zdrowia i życia chorego powikłania [8]. Szczególne zadania związane z kształtowaniem prawidłowej postawy pacjenta wobec stanu zdrowia stoją przed zespołem terapeutycznym. Powinien on poza zapewnieniem profesjonalnej opieki wspierać podopiecznego w pokonywaniu trudności związanych z chorobą [8].

Nieodłącznym elementem świadczeń współczesnej pielęgniarstwa jest wdrażanie do praktyki zawodowej rozwiązań opartych na wynikach badań naukowych, które wiążą się m.in. z wykorzystywaniem standaryzowanych skal i kwestionariuszy. Przykładem takiego rozwiązania jest zastosowanie skali AIS (ang. Acceptance of Illness Scale). Służy ona do pomiaru stopnia akceptacji choroby — im większa akceptacja tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego pacjenta [9]. W oparciu o analizę prezentowanych postaw podopiecznego w przebiegu choroby przewlekłej pielęgniarka może ocenić m.in. jego gotowość do udziału lub kontynuacji przygotowania do samoopieki, prowadzeniu edukacji zdrowotnej [10]. Powyższe działania mogą przyczyniać się do umacniania autonomii zawodu pielęgniarstwa [11].

## Cel

Celem badań była analiza wybranych aspektów akceptacji choroby przewlekłej w opinii pacjentów w przebiegu cukrzycy typu 2 w oparciu o skalę AIS.

## Materiał i metoda

Badania przeprowadzono wśród pacjentów Oddziału Wewnętrznego Szpitala Lipno Sp. z o.o. Uczestniczyło w nich 100 osób w wieku 45–75 lat (kobiety i mężczyźni), chorujących na cukrzycę typu 2. Wśród respondentów 14%

(14 badanych), stanowiły osoby w wieku 45–50 lat. Natomiast 39% (39 osób) badanych było w wieku 51–60 lat, 23% (23 osoby) w wieku 61–70 lat i 24% w wieku 71–75 lat. Mężczyźni stanowili 53% respondentów (53 osoby) a kobiety 47%, (47 osób). W badanej grupie 53% pacjentów (53 osoby) mieszkało na wsi a 47% (47 osób) w mieście. W większości respondenci pozostawali w związku małżeńskim (81% — 81 osób). Natomiast 19% badanych (19 osób) było stanu wolnego. Respondenci w większości (88% — 88 osób) zamieszkiwali z rodziną, natomiast 12% pacjentów (n=12) mieszkało samotnie. Wykształceniem podstawowym legitymowało się 31% badanych (31 osób). Natomiast 33% respondentów (33 osoby) posiadało wykształcenie zawodowe, 27% (27 osób) średnie i 9% (9 badanych) wyższe. Średni czas jaki upłynął od zdiagnozowania cukrzycy typu 2 w badanej grupie wynosił  $3,67 \pm 3,94$  lata (zakres od tygodnia do 18 lat). W większości respondenci chorowali na cukrzycę od 1 do 5 lat (40% — 40osób) a 22% badanych (22 osoby) 6 lat lub więcej. Z kolei 38% pacjentów (38 osób) miało zdiagnozowaną chorobę w ciągu ostatniego roku. Respondenci najczęściej byli leczeni za pomocą diety (92% — 92 osoby) oraz aktywności fizycznej (85% — 85 osób). Natomiast 46% badanych (46 osób) przyjmowało leki przeciwcukrzycowe, a 33% (33 osoby) były leczone insuliną.

W powyższych badaniach wykorzystano kwestionariusz Skali Akceptacji Choroby (ang. AIS — Acceptance Of Illness Scale) w celu oceny akceptacji choroby przewlekłej w opinii pacjentów w przebiegu cukrzycy typu 2. Zastosowano metodę szacowania i technikę skali szacunkowej. Skala AIS została opracowana w 1984 r. przez B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen i zaadaptowana do warunków polskich przez Z. Juczyńskiego. Zawiera ona osiem następujących twierdzeń:

1. „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”;
2. „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”;
3. „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny”;
4. „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”;
5. „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”;
6. „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem”;
7. „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”;
8. „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” [9].

Do każdego stwierdzenia przypisano 5 stopni, według których badany określa swój aktualny stan zdrowia, wskazując stosownie do własnych odczuć cyfrę: 1 — zdecydowanie zgadzam się, 2 — zgadzam się, 3 — nie wiem, 4 — nie

zgadzam się, 5 — zdecydowanie nie zgadzam się. Do obliczenia wyników testu zastosowano standardowe klucze, na podstawie których uzyskano sumę punktów, czyli surowy wynik skali, który następnie odnoszono do norm stenowych odpowiednich do wieku i płci badanych. Przyjmuje się, że w skali stenowej, sten 1–4 oznacza wynik niski, sten 5–6 wynik przeciętny, a sten 7–10 wynik wysoki [9].

Rzetelność polskiej wersji skali AIS jest zbliżona do oryginału, zarówno pod względem zgodności jak i stałości [9].

Przed przystąpieniem do badań poinformowano pacjentów o ich celu, zachowaniu pełnej anonimowości, dobrowolnym udziale. Następnie po uzyskaniu zgody od chorych wręczono kwestionariusz skali do wypełnienia. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu oraz zgodę Prezesa Szpitala Lipno Sp. z o.o.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. W celu zbadania związku pomiędzy zmiennymi i skalą AIS zastosowano analizę korelacji R Spearmana. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności  $\chi^2$ . W celu zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności  $\chi^2$ . Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

## Wyniki

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że rzetelność skali AIS była wysoka. Współczynnik zgodności wewnętrznej  $\alpha$  Cronbacha wyniósł 0,95. Średni wynik akceptacji choroby wyniósł  $25,99 \pm 10,34$  ( $Me = 25,50$ ). W 40% wyniki mieściły się w granicach 1–4 stena (niski poziom akceptacji choroby). Natomiast 19% wyników mieściło się w granicach 5–6 stena (przeciętny poziom akceptacji choroby). Z kolei 41% wyników było w granicach 7–10 stena (wysoki poziom akceptacji choroby).

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że najczęściej respondenci zdecydowanie nie zgadzali się z twierdzeniami uwzględnionymi w skali AIS.

Jedynie w przypadku oceny twierdzenia: „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”, 22% respondentów zdecydowanie się z nim zgadzało a 27% pacjentów zgadzało się. Z kolei 29% badanych nie miało zdania na ten temat, a 19% nie identyfikowało się z tym twierdzeniem. Zdecydowanie nie zgadzało się z powyższym twierdzeniem jedynie 3% respondentów. Większość pacjentów często zgadzało się z twierdzeniami: „Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (27% badanych), „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” (21% respondentów) oraz „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” (20% osób).

Z przeprowadzonych badań wynika, że mężczyźni istotnie częściej ( $p = 0,0003$ ) wykazywali wysoki poziom akceptacji choroby (52,83%) w porównaniu z kobietami (27,66%). Stwierdzono istotne statystyczne różnice pomiędzy grupami respondentów ze względu na ich płeć w ocenie poszczególnych twierdzeń ( $p < 0,05$ ) z wyjątkiem opinii „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” ( $p = 0,11$ ).

W wyniku przeprowadzonej korelacji stwierdzono istotny statystycznie silny ujemny związek pomiędzy twierdzeniami skali AIS a wiekiem badanych. Korelacje przyjmowały wartości od -0,51 do -0,59, co wskazuje że wraz z awansowaniem wieku akceptacja choroby ulega zmniejszeniu. Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy poziomem akceptacji choroby a kategoriami wieku badanych ( $p < 0,00001$ ). Respondenci w wieku 45–50 lat istotnie częściej prezentowali wysoki poziom akceptacji choroby (85,71%), w porównaniu z badanymi w wieku 51–60 lat (56,11%), 61–70 lat (17,39%) oraz powyżej 70 lat (12,50%).

Analiza statystyczna wykazała, że respondenci z miasta istotnie częściej prezentowali wysoki poziom akceptacji choroby (65,96%) w porównaniu z chorymi mieszkającymi na wsi (18,87%), ( $p = 0,00001$ ). Pacjenci mieszkający w mieście w istotnie w większym stopniu akceptowali swoją chorobę w poszczególnych twierdzeniach skali AIS, w porównaniu z badanymi ze wsi. Największe różnice stwierdzono w ocenie twierdzeń: „Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” ( $p = 0,00001$ ) oraz „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być” ( $p = 0,000002$ ).

Przeprowadzone badania wykazały istotny statystycznie związek ( $p = 0,002$ ) pomiędzy oceną poziomu akceptacji choroby a stanem cywilnym pacjentów. Respondenci pozostający w związku istotnie częściej prezentowali wysoki poziom akceptacji choroby (48,15%) w porównaniu z badanymi stanu wolnego (10,53%). Osoby chorujące na cukrzycę typu 2 i pozostające w związku małżeńskim, w istotnie większym stopniu akceptowały twierdzenia skali AIS, w porównaniu z osobami stanu wolnego. Największe różnice pomiędzy grupami stwierdzono w ocenie twierdzeń: „Z powodu mojego stanu zdrowia nie

jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” ( $p = 0,0002$ ) oraz „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” ( $p = 0,0001$ ).

Analiza statystyczna wykazała, że respondenci mieszkający z rodziną istotnie częściej ( $p = 0,02$ ) prezentowali wysoki poziom akceptacji choroby (45,45%), w porównaniu z osobami mieszkającymi samotnie (8,33%). Pacjenci, którzy mieszkali z najbliższymi w istotnie większym stopniu akceptowali twierdzenia skali AIS, w porównaniu z osobami mieszkającymi samotnie. Największe różnice pomiędzy grupami stwierdzono w ocenie twierdzeń: „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” ( $p = 0,001$ ), „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być” ( $p = 0,001$ ), „Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” ( $p = 0,002$ ) oraz opinii „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem” ( $p = 0,004$ ).

Analiza statystyczna wykazała wysoce istotny związek pomiędzy poziomem akceptacji choroby a wykształceniem badanych ( $p < 0,00001$ ). Respondenci z wykształceniem średnim lub wyższym istotnie częściej prezentowali wysoki poziom akceptacji choroby (63,89%), w porównaniu z badanymi z wykształceniem zawodowym (42,42%) lub podstawowym (12,90%). Pacjenci z wykształceniem średnim i wyższym w istotnie wyższym stopniu akceptowali chorobę w poszczególnych twierdzeniach skali AIS, w porównaniu z osobami z wykształceniem zawodowym lub podstawowym. Najwyższe różnice stwierdzono w ocenie twierdzeń: „Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” ( $p < 0,0001$ ), „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” ( $p < 0,0001$ ), „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być” ( $p < 0,0001$ ).

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy poziomem akceptacji choroby przez badanych a czasem, jaki upłynął od postawienia rozpoznania ( $p < 0,00001$ ). Respondenci, którzy chorowali najkrócej (do 12 miesięcy) częściej prezentowali wysoki poziom akceptacji choroby (68,42%), w porównaniu z badanymi chorującymi 1–5 lat (35,00%) lub 6 lat i więcej (4,55%). Pacjenci, którzy mieli rozpoznaną cukrzycę 12 miesięcy wcześniej w istotnie większym stopniu akceptowali poszczególne twierdzenia skali AIS w porównaniu z osobami, które miały rozpoznaną chorobę 1–5 lat temu lub ponad 5 lat temu ( $p = 0,0001$ ).

Z przeprowadzonych badań wynika, że respondenci leczeni insuliną istotnie częściej ( $p < 0,00001$ ) wykazywali niski poziom akceptacji choroby (75,76%), w porównaniu z badanymi, którzy byli leczeni doustnymi lekami przeciw cukrzycowymi lub innymi metodami (22,39%). Pacjenci poddani insulinoterapii w istotnie mniejszym stopniu akceptowali poszczególne twierdzenia skali AIS, w porównaniu z pacjentami leczonymi lekami przeciw cukrzycowymi, dietą i ćwiczeniami fizycznymi. Największe różnice stwierdzono w ocenie twierdzeń: „Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej

lubieć” ( $p = 0,000002$ ), „Choroba sprawia, że czuję się niepotrzebny” ( $p = 0,00001$ ), „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” ( $p = 0,00001$ ), „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często załopotani z powodu mojej choroby” ( $p = 0,00001$ ), „Nigdy nie będę samowystarczającym w takim stopniu, w jakim chciałbym być” ( $p = 0,00002$ ).

## Dyskusja

Cukrzyca typu 2 stanowi istotny problem nie tylko dla osoby, której dotyczy, ale jest również istotnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia. Postępujący proces chorobowy wyzwała u chorego szereg emocji i modyfikuje zakres dotychczas pełnionych ról. Akceptacja deficytów związanych z przebiegiem cukrzycy ułatwia pacjentowi przezwyciężenie trudności, które dotyczą codziennego funkcjonowania z chorobą przewlekłą.

Z przeprowadzonych badań wynika, że poziom akceptacji cukrzycy typu 2 w badanej grupie jest zróżnicowany. Średni wynik akceptacji choroby wyniósł  $25,99 \pm 10,34$  ( $Me = 25,50$ ). W 40% wyniki mieściły się w granicach 1–4 stena (niski poziom akceptacji choroby). Natomiast 19% wyników mieściło się w granicach 5–6 stena (przeciętny poziom akceptacji choroby). Z kolei 41% wyników było w granicach 7–10 stena (wysoki poziom akceptacji choroby). Uzyskane wyniki znajdują potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych w 2010 r. przez Krystynę Kurowską i Bogumiłę Lach. Autorki dowiodły, że w grupie 77 chorych na cukrzycę typu 2 leczonych w Klinice Endokrynologii i Diabetologii Szpitala im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy średnia akceptacja choroby wyniosła dla badanej grupy 25,16. Zdecydowaną akceptację choroby przejawiało 28,6% badanych, a 54,5% respondentów wskazało na przeciętną akceptację. Pozostałe osoby prezentowały brak akceptacji choroby. Respondenci najwyżej ocenili poczucie że „nie są ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” (średnia 3,87). Najniżej ze wszystkich aspektów związanych z chorobą oceniono „nigdy nie będę samowystarczającym w takim stopniu w jakim chciałbym być” (średnia 2,68). Autorki badań nie wykazały związku pomiędzy akceptacją choroby a zmiennymi demograficznymi [12].

Analiza materiału z aktualnych badań wskazuje, że wyższą akceptację choroby prezentują osoby w młodszym wieku, u których choroba została zdiagnozowana w ciągu ostatniego roku. Stopień akceptacji cukrzycy ulegał istotnemu zmniejszeniu w miarę zaawansowania wieku pacjentów, co należy także wiązać z wielochorobowością i postępującą niesprawnością w populacji osób po 60. roku życia. W badaniach przeprowadzonych przez J. Pufal i współautorów w Szpitalu Miejskim w Olsztynie w grupie 37 osób chorujących na cu-

krzycę typu 2, pacjenci powyżej 60. roku życia ocenili w 60% swoją sytuację zdrowotną jako niekorzystną [13].

Z badań PolSenior przeprowadzonych w 2011 r. wynika, że populacja osób po 65. roku życia nie jest jednorodna. Należą do niej zarówno osoby cieszące się dobrym zdrowiem, w pełni aktywne, ale również schorowane i niesamodzielne [14]. Wyniki badania wskazują, że co czwarty senior pomiędzy 65. a 80. rokiem życia ma zdiagnozowaną cukrzycę. Prawie 45% respondentów badania PolSenior chorujących na cukrzycę typu 2 ma powikłania tej choroby. Należą do nich najczęściej, bo aż w 40% powikłania okulistyczne, prawie 7% osób starszych dotyczy powikłania nerkowe. Ponadto u co 25 chorego występuje również tzw. stopa cukrzycowa. Prawie 30% badanych prezentuje stałe objawy depresji, która nie jest jednak zdiagnozowana ani leczona. Ponadto co trzeci respondent powyżej 65. roku życia ma zaburzenia pamięci i często wymaga stałej opieki [15].

Na podstawie dokonanej analizy wyników badań własnych stwierdzono istotne różnice w ocenie akceptacji cukrzycy w zależności od płci pacjentów. Mężczyźni prezentują wyższy poziom akceptacji choroby w porównaniu do kobiet. Respondenci mieszkający w mieście także prezentują istotnie wyższy poziom akceptacji cukrzycy w porównaniu z mieszkańcami wsi.

W badaniach prowadzonych przez A. Niedzielskiego i współautorów, wykazano wyższy poziom akceptacji choroby u mężczyzn oraz pacjentów w młodszym wieku. Kobiety uczestniczące w badaniu prezentowały większe trudności w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą. Respondenci mieszkający w mieście wykazywali wyższy poziom akceptacji choroby przewlekłej, w porównaniu z osobami zamieszkującymi środowiska wiejskie [16].

W aktualnych badaniach stwierdzono, że wraz z czasem trwania choroby jej poziom akceptacji podlega istotnemu obniżeniu. Najniższe wyniki w zakresie akceptacji prezentowali pacjenci chorujący na cukrzycę typu 2 powyżej 6 lat, u których dodatkowo jako formę leczenia wdrożono insulinoterapię. Związek leczenia insuliną z obniżoną akceptacją choroby jest najprawdopodobniej związany z dyskomfortem wynikającym z zastosowanej metody leczenia, która wymaga większej samokontroli i samodyscypliny ze strony pacjenta. Dodatkowo może pojawiać się subiektywne poczucie zależności od innych osób.

W badaniach J. Pufal i współautorów zdecydowana większość chorych (67% pacjentów), stosujących insulinoterapię deklaruje obniżenie jakości życia [13].

Analiza wyników badań własnych wykazała, że wyższy stopień akceptacji choroby przewlekłej prezentują osoby z wyższym wykształceniem, pozostające w związkach małżeńskich i mieszkające z rodziną. Najbliższa rodzina stanowi duże wsparcie dla chorego. Badania G.A. Kaplana i współautorów wskazują, że brak współmałżonka, wsparcia społecznego oraz słaba więź z otoczeniem wiążą się z obniżeniem sprawności funkcjonalnej, która może

zwiększać ryzyko szczególnie wśród osób w starszym wieku [17]. Zdaniem B. Bień posiadanie wyższego wykształcenia, żyjącego współmałżonka, poczucie wsparcia emocjonalnego oraz brak chorób przewlekłych to niektóre z czynników, które mogą kształtować obraz pozytywnego starzenia się jednostki [18].

## Wnioski

1. Poziom akceptacji cukrzycy typu 2 ulega zmniejszeniu w miarę zaawansowania wieku pacjentów.
2. Mężczyźni w większym stopniu akceptują chorobę niż kobiety.
3. Mieszkańcy wsi, którzy chorują na cukrzycę typu 2, prezentują niższy poziom akceptacji choroby, w porównaniu do pacjentów mieszkających w mieście.
4. Poziom akceptacji cukrzycy typu 2 przez pacjentów ulega zmniejszeniu w miarę czasu trwania choroby.
5. Osoby z wyższym wykształceniem, pozostające w związkach małżeńskich, zamieszkujące z rodziną prezentują wyższy stopień akceptacji choroby.
6. Insulinoterapia istotnie wpływa na obniżenie poziomu akceptacji choroby przez pacjentów.
7. AIS jest narzędziem, które może wspierać pielęgniarkę w diagnozowaniu postaw pacjenta w przebiegu choroby przewlekłej i planowaniu działań wspierających podopiecznego.

## Streszczenie

Wstęp. Cukrzyca typu 2 jako choroby przewlekła ingeruje we wszystkie sfery życia człowieka. Wyższy stopień jej akceptacji może sprzyjać lepszemu funkcjonowaniu chorego i eliminowaniu dyskomfortu psychicznego.

Cel. Celem badań była analiza wybranych aspektów akceptacji choroby przewlekłej w opinii pacjentów w przebiegu cukrzycy typu 2 w oparciu o skalę AIS.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2 z wykorzystaniem kwestionariusza skali AIS. Wykorzystano metodę badań szacunkową i technikę skali szacunkowej. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na występowanie istotnych statystycznie różnic bądź zależności między analizowanymi zmiennymi.

Wyniki i wnioski. Poziom akceptacji cukrzycy typu 2 ulega zmniejszeniu w miarę zaawansowania wieku pacjentów i czasu trwania choroby. Mężczyźni w większym stopniu akceptują chorobę niż kobiety. Mieszkańcy wsi, którzy chorują na cukrzycę typu 2, prezentują niższy poziom akceptacji choroby w porównaniu do pacjentów mieszkających w mieście. Osoby z wyższym wykształceniem, pozostające w związkach małżeńskich, zamieszkujące z rodziną prezentują wyższy stopień akceptacji choroby. Insulinoterapia istotnie wpływa na obniżenie poziomu akceptacji choroby przez pacjentów. AIS jest narzędziem, które może wspierać pielęgniarkę w diagnozowaniu postaw pacjenta w przebiegu choroby przewlekłej i planowaniu działań wspierających podopiecznego.

### Summary

**Introduction.** Type 2 diabetes is a chronic disease interferes in all spheres of human life. The higher the degree of its acceptance may promote better functioning of the patient and the elimination of psychological discomfort.

**Aim.** The aim of this study was to analyze selected aspects of acceptance of chronic disease in patients of type 2 diabetes based on a scale of AIS.

**Material and methods.** The study included 100 patients suffering from type 2 diabetes using a questionnaire scale AIS. Used research method and techniques estimate the scale estimate. The results were statistically analyzed. The significance level was  $p < 0.05$  indicating the existence of significant differences or relationships between the analyzed variables.

**Results and conclusions.** The acceptance level Type 2 diabetes is reduced as advanced age of patients and duration of the disease. Men more accepting of the disease than women. Villagers who suffer from type 2 diabetes represent a lower level of acceptance of the disease, compared with those living in the city. People with higher education, which remain married, living with his family present a higher degree of acceptance of the disease. Insulin therapy significantly reduces the level of acceptance of the disease by patients. AIS is a tool that can assist the nurse in the diagnosis of the patient's behavior in the course of chronic disease and planning activities to support ward.

### Piśmiennictwo

1. Wróbel M. Epidemiologia cukrzycy. W: Strojka K. (red.) Diabetologia. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2008; 7–18.
2. Wróbel M. Diagnostyka i prewencja powikłań mikroangiopatycznych. W: Strojka K. (red.) Diabetologia. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2008; 122–144.
3. Jarosz M., Respondek W. Epidemiologia cukrzycy. W: Jarosz M., Dzieniszewski J. (red.) Cukrzyca — zapobieganie i leczenie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 15–17.
4. Sieradzki J. Cukrzyca i zespół metaboliczny. W: Szczeklik A. (red.) Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2010. Wydawnictwo Via Medica, Kraków 2010; 1243–1252.
5. Bernas M., Szczeklik-Kumala Z. Znaczenie edukacji terapeutycznej w leczeniu chorych na cukrzycę. *Przewodnik Lekarza*. 2009; 12(2): 84–89.
6. Hamerlińska-Latecka A. Lęk u chorych na cukrzycę. *Diabetologia na co dzień. Magazyn dla lekarzy*. 2011; 2(23): 23–26.
7. Tatoń J., Czech A. Jak umacniać siłę pacjentów w zwyciężaniu cukrzycy? *Magazyn społeczno-medyczny chorych na cukrzycę i lekarzy pierwszego kontaktu – Diabetyk*. 2006; 3(125): 7–10.
8. Uchmanowicz J., Kubera-Jaroszewicz K. Edukacja diabetologiczna. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2012.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001.
10. Haor B., Frank M., Kurowska K. Edukacja zdrowotna pacjenta w przebiegu cukrzycy. *Zeszyty Naukowe WSHE*. 2009; 28(1); 23–33.
11. Haor B., Humańska M., Felsmann M., Głowacka M., Kurowska K., Ponczek D., Rezmerska L. Analiza wybranych czynników wpływających na autonomię zawodu

- pielęgniarki. W: Kochman D. (red.) Wyzwania dla praktyki pielęgniarskiej XXI wieku. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Włocławek 2010; 259–272.
12. Kurowska K., Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia praktyczna*. 2011; 12(3):113–119.
  13. Pufal J., Pufal M., Gierach M., Bronisz A., Kielbasa L., Junik R. Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2. W: *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna*. 2004; 4(2):137–143.
  14. Broczek K., Mossakowska M., Szybalska A. i wsp. W: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012; 123–136.
  15. Januszkiewicz-Coulier J., Mossakowska M., Zdrojewski T. i wsp. Cukrzyca i jej powikłania w podeszłym wieku. W: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2012; 169–179.
  16. Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P., Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiadomości Lekarskie*. 2007; 5–6: 224–226.
  17. Kaplan G.A., Seeman T.E., Cohen R.D., Knudsen L.P., Guralnik I. Mortality among the elderly in the Alameda County Study: behavioral and demographic risk factors. *Am. J. Public Health*. 1987; 77: 307.
  18. Bień B. Starzenie się pomyślne versus zwyczajne. *Gerontologia Polska*. 1997; 5:40.

*Krzysztof Worowski*

(Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

## STRUKTURA, METABOLICZNE I PSYCHOSOMATYCZNE DZIAŁANIE INSULINY

Słowa kluczowe: insulina; metabolizm; działanie psychosomatyczne.

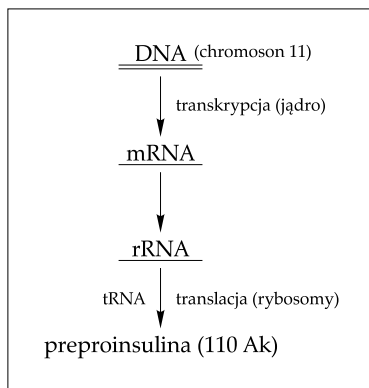
### STRUCTURE, METABOLIC AND PSYCHOSOMATIC EFFECTS OF INSULIN

Key words: insulin; metabolism; activity psychosomatic.

### Wstęp

#### Biosynteza insuliny

Insulina jest syntetyzowana w komórkach  $\beta$  wysp Langerhansa, których liczba w trzustce człowieka wynosi około 2 miliony [2, 4]. Biosynteza insuliny przebiega zgodnie z ogólnie przyjętym schematem tego procesu dla białek (ryc. 1). Gen insuliny człowieka zawiera 110 trypletów nukleotydowych i zlokalizowany jest w krótkim ramieniu chromosomu 11 [15]. Zawiera on trzy



Rycina 1. Schemat biosyntezy preinsuliny w komórkach  $\beta$  wysp Langerhansa trzustki

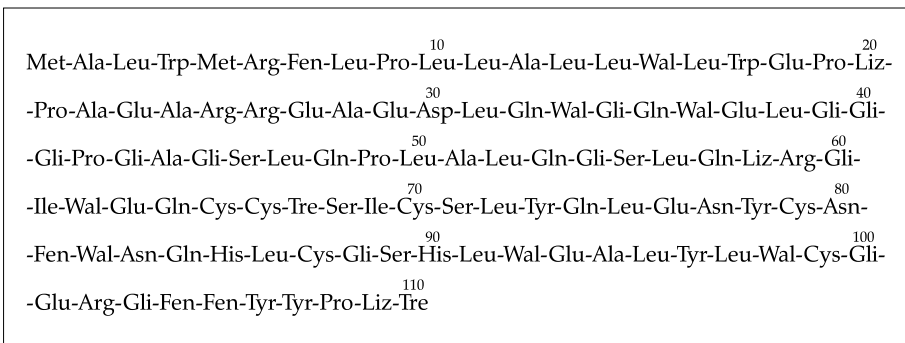
egzony, które są oddzielone dwoma intronami. Produktem zachodzącej w rybosomach biosyntezy jest preproinsulina, która zostaje poddana obróbce potranslacyjnej [11, 13, 18, 22].

## Przegląd

### Potranslacyjne przemiany preproinsuliny

Preproinsulina zbudowana jest ze 110 reszt aminokwasowych. Potranslacyjne przemiany preproinsuliny zachodzą w siateczce śródplazmatycznej i w aparacie Golgiego. W pierwszej kolejności zostaje usunięty z cząsteczki preproinsuliny prepeptyd. Łańcuch powstałej proinsuliny ulega fałdowaniu z utworzeniem stabilizujących wiązań disiarczkowych [16].

Łącznikowy peptyd C zostaje odłączony przez peptydazę konwertującą [8]. Sekwencje aminokwasowe preproinsuliny, z wymienieniem sekwencji jej pochodnych przedstawia rycina 2. W tabeli 1 podano składy aminokwasowe tych pochodnych. Z komórek trzustki uwalniane jest 90–95% w postaci insuliny i równoważna ilość polipeptydu C, a pozostałą część stanowi proinsulina. Sześć



Rycina 2. Sekwencja aminokwasów preproinsuliny człowieka (1–110) i jej pochodnych: prepeptydu (1–24), proinsuliny (25–86), propeptydu (24–57), dipeptydu Arg-Arg (25–26), dipeptydu Arg-Liz (58–59), insuliny (60–110) oraz łańcucha A (60–80) i łańcucha B insuliny (81–110)

cząsteczek insuliny wiąże 3 kationy  $Zn^{2+}$  z wytworzeniem heksomeru insuliny, zawierającego łącznie 306 reszt aminokwasowych. Komórki  $\beta$  wysp Langerhansa syntetyzują od 1 do 2 mg insuliny w ciągu doby. Czas półtrwania insuliny w krążeniu u człowieka wynosi około 5 minut. Znajdująca się w krążeniu insulina wiąże się ze swoistymi receptorami insulinowymi różnych narządów, spełnia swoje zadanie metaboliczne, po czym ulega internalizacji i proteolitycznej degradacji.

Tabela 1. Liczba reszt aminokwasowych cząsteczki preproinsuliny, jej pochodnych i insuliny człowieka

Struktura	Liczba reszt aminokwasowych	Pozycja w cząsteczce preproinsuliny
preproinsulina	110	1–110
prepeptyd	24	1–24
proinsulina	86	25–86
propeptyd	31	24–57
dipeptyd Arg-Arg	2	25–26
dipeptyd Liz-Arg	2	58–59
insulina	51	60–110
łańcuch A	21	60–80
łańcuch B	30	81–110

### Metaboliczne i psychosomatyczne działanie insuliny

Insulina jest hormonem wywierającym wieloraki wpływ na metabolizm organizmu człowieka. Najważniejsze funkcje metaboliczne insuliny wymienione są w tabeli 2. Obniżenie tempa syntezy, zaburzenia transportu lub zwiększenie tempa degradacji tego hormonu doprowadzają do zakłócenia tych funkcji [3, 5, 6, 10]. Wskazuje to na konieczność zastosowania leczenia substytucyjnego [14, 24].

Tabela 2. Metaboliczne działanie insuliny [13]

Zwiększa	Miejsce działania*	Obniża	Miejsce działania*
wychwyt glukozy	M, T	glukoneogenezę	W
syntezę glikogenu	W, M	glikogenolizę	W, M
syntezę białka	W, M	ketogenezę	W
syntezę kwasów tłuszczowych i trójglicerydów	W, T	lipolizę	T
		proteolizę	M

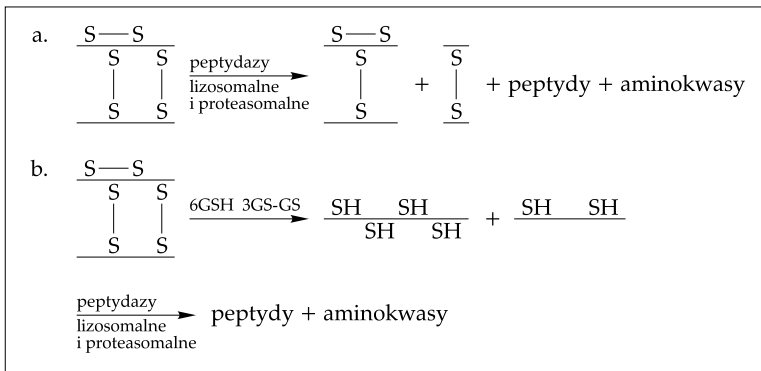
\* M — mięśnie, T — tkanka tłuszczowa, W — wątroba

Znaczący wpływ na anabolizm i katabolizm różnych związków chemicznych łączy się z różnymi reakcjami psychochemicznymi wywołanymi przez insulinę [19, 26]. Ma to istotne znaczenie w patogenezie, przebiegu i terapii niektórych

chorób, takich jak demencja przedwczesna, atrofia tkanki mózgowej, niektóre choroby psychiczne i innych [1, 9, 21].

### Degradacja i inaktywacja insuliny

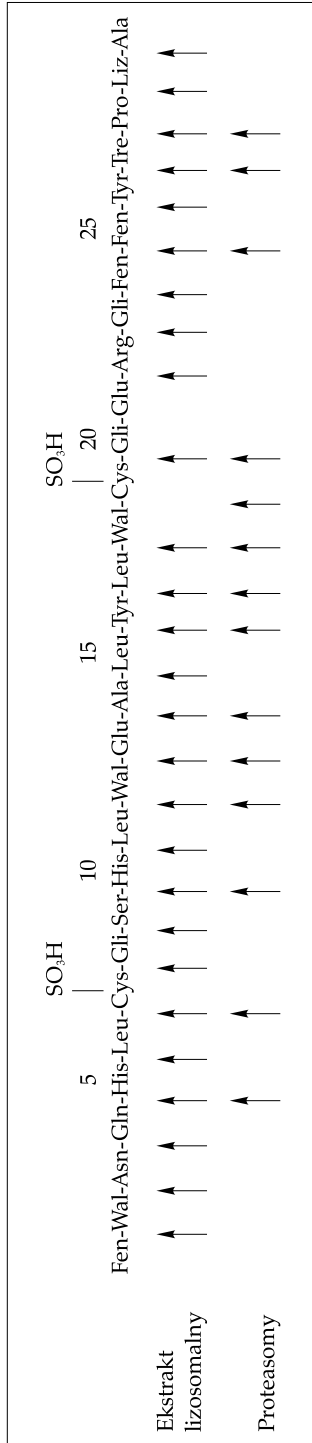
Degradacja i proteolityczne unieczynnianie insuliny odbywa się głównie w wątrobie, przed redukcją mostków disiarczkowych i po ich uprzedniej redukcji (ryc. 3). Około 5% cząsteczek insuliny jest degradowane bez wstępnej redukcji mostków disiarczkowych. Produktami degradacji są wówczas dwa fragmenty struktury zawierające mostki disiarczkowe oraz peptydy i aminokwasy.



Rycina 3. Degradacja proteolityczna insuliny: a — bez redukcji mostków disiarczkowych, b — po redukcji mostków disiarczkowych

Redukcji mostków disiarczkowych insuliny dokonuje specyficzna oksydoreduktaza glutation: disiarczek insuliny. Obejmuje ona około 95% cząsteczek insuliny. Uwolnione łańcuchy A i B insuliny są degradowane przez peptydazy lizosomalne i peptydazy proteosomalne do aminokwasów i krótkołańcuchowych peptydów (ryc. 4).

Łańcuch A, a zwłaszcza łańcuch B insuliny służy do określania specyficzności peptydaz [25].



Rycina 4. Trawienie utlenionego łańcucha B insuliny przez ekstrakt lizosomalny [12] i przez proteasomy [7]

## Wnioski

Insulina wpływa tym samym na utrzymanie ogólnoustrojowej homeostazy oraz stanowi przedmiot zainteresowania medycyny holistycznej, traktującej organizm człowieka jako całość.

### Streszczenie

Insulina jest hormonem białkowym syntetyzowanym w komórkach  $\beta$  wysp Langerhansa trzustki. Hormon ten pełni szereg funkcji regulacyjnych w zakresie metabolizmu i aktywności psychosomatycznej organizmu człowieka. Wpływa tym samym na utrzymanie ogólnoustrojowej homeostazy oraz stanowi przedmiot zainteresowania medycyny holistycznej, traktującej organizm człowieka jako całość.

### Summary

Insulin is a protein hormone synthesized in the beta cells of the islets of Langerhans in the pancreas. It is responsible for several regulative functions connected with metabolism and psychosomatic activity of the human organism. Therefore, it assures the maintenance of systemic homeostasis and is within interest of holistic medicine, which treats the human organism as a whole.

### Piśmiennictwo

1. Bernas M. Patofizjologia komórek beta wysp trzustki. *Med Metabol.* 2002; 6: 16–21.
2. Champe P.C., Harvey R.A., Ferrier D.R. Lippincott's illustrated reviews: Biochemistry. Lippincott, Williams, Wilkins, Philadelphia. 1994; 305–311.
3. Owerbach D., Bell G.I., Rutter W.J., Shows T.B. The insulin gene is located on chromosome 11 in human. *Nature.* 1980; 286: 82–84.
4. Krętowski A. Rola badań genetycznych w patogenezie, diagnostyce i terapii cukrzycy typu 1. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2001; 105 Suppl.: 347–350.
5. Marshall W.J., Bangert S.K. *Clinical Chemistry.* Mosby, Edinbyrgh, London, New York, 2004; 192.
6. Selden R.F., Skośkiewicz M.J., Russell P.S., Goodman H.M. Regulation of insulin-gene expression. *N. Eng. J. Med.* 1987; 317: 1067–1076.
7. Szablewski L. Mutacje jako przyczyna insulinoporności. Część I. Mutacje w komórkach  $\beta$  trzustki. *Med. Metabol.* 2003; 7: 57–62.
8. Robins D.C., Tager H.S., Rubinstein A.H. Biological and clinica importance of proinsulin. *N. Eng. J. Med.*, 1984; 310: 1165–1175.
9. Docherty K., Carroll R.J., Steiner D.F. Conversion of proinsulin to insulin: involvement of a 31,500 molecular weight thiol protease. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 1982; 79: 4613–4617.
10. Bevan P. Insulin signaling. *J. Cell Sci.* 2001; 114: 1429–1430.
11. Czech A., Szczeklik-Kumala Z. Molekularne i komórkowe mechanizmy działania insuliny. *Med. Metabol.* 2002; 6(2): 23–29.

12. Czyżyk A. Patofizjologia i klinika cukrzycy. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1979; 181–192.
13. Khan A.H., Pession J.E. Insulin regulation of glucose uptake: a complex interplay of intracellular signaling pathways. *Diabetologia*. 2002; 45: 1475–1483.
14. Mrozowski T. Analogi insuliny — krok milowy w leczeniu cukrzycy. *Świat Farmacji*. 2013; 85: 49–53.
15. Villa-Komaroff L., Naber S.P., Broome S., Efstratiadis A., Lomedico P., Tizard R., Chick W.L., Gilbert W. Synthesis of proinsulin in bacteria, w: *Peptide hormones*, eds. R.F. Beers, E.G. Bassett. Raven Press, New York 1980: 49–63.
16. Serbedzija P., Ishi D.N. Insulin and insulin-like growth factor prevent brain atrophy and cognitive impairment in diabetic rats. *Indian. J. Endocrinol. Metab.* 2012; 16 (Suppl 3): 601–610.
17. Worowski K. Człowiek i środowisko. Głos w dyskusji — uwagi patobiochemika. *Zesz. Nauk.-Hist. Tow. Przyjaciół Ciechocinka*. 2011; 2: 132–133.
18. Arvanitakis Z., Wilson R.S., Bienias J.L., Evans D.A., Bennett D.A. Diabetes mellitus and risk of Alzheimer disease and decline in cognitive function. *Arch. Neurol.* 2004; 61: 661–666.
19. Farris W., Mansourin S., Chang Y., Lindsey L. Insulin-degrading enzyme regulates the levels of insulin, amyloid  $\beta$ -protein, and the  $\beta$ -amyloid precursor protein intracellular domain in vivo. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 2003; 100: 4162–4167.
20. Stewart R., Liolitsa D. Type 2 diabetes mellitus, cognitive impairment and dementia. *Diabet. Med.* 1999; 16: 93–112.
21. Worowski K. Swoistość enzymów proteolitycznych badana na utlenionym łańcuchu peptydowym B insuliny wołu. *Wiad. Chem.* 1974; 28: 329–342.
22. Kussendrager K.D., Jong Y., Bouma J.H., Gruber M. The degradation of the B chain of oxidized insulin by extracts of rat liver lysosomes. *Biochim. Biophys. Acta*, 1972; 279: 75–85.
23. Dick L.R., Moomaw C., De Martino G.N., Slaughter C.A. Degradation of oxidized insulin B chain by the multiprotease complex macropain (proteasome). *Biochemistry*. 1991; 30: 2725–2734.
24. Sanger F. Chemistry of insulin: determination of the structure of insulin opens the way to greater understanding of life process. *Science*. 1959; 129: 1340–1346.
25. Steiner D.F., Kemmler W., Tager H.S., Peterson J.D. Proteolytic processing in the biosynthesis of insulin and other proteins. *Fed. Proc.* 1974; 33: 2105–2115.
26. Tatoń J., Piątkiewicz P., Czech A. Molekularna fizjologia dokomórkowego transportu glukozy — potencjalny obszar badań klinicznych dotyczących cukrzycy. *Endokrynol. Pol.* 2010; 61: 303–310.



*Eugeniusz Suwiński*

(Wydział Nauk o Zdrowiu

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

## ZADANIA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W ROZWIJANIU UMIEJĘTNOŚCI ŻYCIOWYCH

Słowa kluczowe: umiejętności życiowe; edukacja zdrowotna; promocja zdrowia; profilaktyka chorób; myślenie krytyczne; myślenie twórcze; komunikacja interpersonalna.

### THE ROLE OF HEALTH EDUCATION IN THE DEVELOPMENT OF LIVING SKILLS

Key words: living skills; health education; health promotion; prophylaxis; critical thinking; creative thinking; interpersonal communication.

## Wstęp

Jesteśmy świadkami nieustającego poszukiwania wspólnej płaszczyzny dla różnorodnych działań w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia dzieci i młodzieży oraz sposobów integrowania rozproszonych działań, podejmowanych przez różne organizacje i instytucje. Jedną z propozycji jest podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych.

Dla dobrego funkcjonowania w życiu człowiek powinien posiadać różnorodne umiejętności. Ich rodzaj i hierarchia ważności zależy od wielu czynników społecznych i kulturowych. Z punktu widzenia promocji zdrowia i pierwotnej profilaktyki u dzieci i młodzieży najczęściej wyróżnia się dwie grupy umiejętności:

- umiejętności podstawowe dla codziennego życia,
- umiejętności specyficzne, dotyczące radzenia sobie z zagrożeniami.

Kształtowanie umiejętności życiowych polega na uczeniu ich, tworzeniu warunków do ich praktykowania i ćwiczenia oraz wspieraniu młodych ludzi w podejmowaniu odpowiedzialności za swoje działania.

Umiejętności życiowe są niezbędne młodym ludziom w procesie socjalizacji oraz dla dobrego wypełniania swojej roli w szkole.

## Cel

Motywy przewodnim tego opracowania jest udział w dyskusji o możliwości upowszechniania w Polsce terminu „umiejętności życiowe” i podejściu ukierunkowanym na ich kształtowanie w kontekście edukacji zdrowotnej, działań profilaktycznych oraz promocji zdrowia w szkole.

## Przegląd

Ważnym elementem edukacji zdrowotnej jest rozwijanie umiejętności życiowych u uczniów na wszystkich etapach edukacyjnych. Na potrzebę włączenia tych zagadnień do programów szkolnych zwrócono uwagę w USA i Wielkiej Brytanii w latach osiemdziesiątych XX wieku. Zgromadzono wiele dowodów na to, że o pomyślnym życiu nie decyduje wyłącznie poziom wykształcenia i ogólny poziom inteligencji, ale również umiejętność radzenia sobie z emocjami i budowania motywacji oraz umiejętność rozumienia innych ludzi i siebie samego [1]. Umiejętności życiowe, zwane także umiejętnościami psychospołecznymi mają znaczenie dla osiągnięcia przez człowieka satysfakcjonującego życia, pozwalają na poznanie samego siebie, swoich możliwości i ograniczeń, pomagają w rozwiązywaniu swoich problemów, decydują o możliwości świadomego i rozsądnego kierowania własnymi wyborami i podejmowaniu decyzji, są warunkiem budowania dobrych relacji z otoczeniem, sprzyjają aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym, a także radzenia sobie na rynku pracy [2]. W opracowaniach na temat umiejętności życiowych pojawiają się takie jak: umiejętność poszukiwania pracy, rozmawiania z przyszłym pracodawcą, obserwacji i analizy rynku pracy itp. Rozwijanie umiejętności życiowych nie jest celem samym w sobie — ma prowadzić do zmiany zachowań jednostek oraz warunków ich życia, aby osiągnąć optymalny poziom zdrowia i stosunków społecznych. Istotnym warunkiem pomyślności edukacji służącej kształtowaniu umiejętności życiowych jest odpowiedni dobór metod i strategii pracy z uczniami. Edukacja ta powinna być częścią wszechstronnej edukacji zdrowotnej i być zintegrowana z całością działań dydaktyczno-wychowawczych szkoły. Ćwiczenie wybranych umiejętności powinno być związane z określonym kontekstem społecznym i odbywać się w konkretnej sytuacji szkolnej. Kontekst społeczny dotyczyć może zagrożeń, z którymi spotyka się uczeń, np. używanie substancji psychotropowych, agresja rówieśnicza, przemoc fizyczna i psychiczna, ale także dotyczyć on może aspektów pozytywnych, np. realizacji planów życiowych. Kontekst społeczny pozwala zrozumieć, jakie

znaczenie ma posiadanie określonych umiejętności w konkretnej, naturalnej sytuacji życiowej [2].

Można zatem podjąć teraz próbę zinterpretowania terminu „umiejętności życiowe”. Jest on definiowany w różny sposób. Najczęściej jednak korzystamy z propozycji WHO z 1993 r. i zgodnie z nią termin ten oznacza umiejętności (zdolności) umożliwiające człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, dzięki którym skutecznie radzi sobie z zadaniami (wymaganiami) i wyzwaniami codziennego życia [2]. Termin ten odnosi się do umiejętności (kompetencji) psychospołecznych — osobistych, społecznych, interpersonalnych, poznawczych, afektywnych, uniwersalnych. Nie dotyczy on umiejętności w zakresie „fizycznej” strony funkcjonowania człowieka (np. umiejętności motorycznych, pielęgnacji ciała), które proponuje nazywać się umiejętnościami „praktycznymi” lub „zdrowotnymi”. Oddzielnie też rozpatrywane są umiejętności zawodowe [2].

Umiejętności podstawowe dla codziennego życia umożliwiają dobre samopoczucie, relacje z innymi i zachowania sprzyjające zdrowiu: podejmowanie decyzji, rozwiązywanie problemów, twórcze myślenie, krytyczne myślenie, dobre porozumiewanie się, dobre relacje interpersonalne, samoświadomość, empatia, radzenie sobie z emocjami i ze stresem. Te dziesięć podstawowych umiejętności można połączyć w pięć grup:

- podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów,
- twórcze i krytyczne myślenie,
- porozumiewanie się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych, samoświadomość i empatia,
- radzenie sobie z emocjami i stresorami.

Natomiast umiejętności specyficzne — dotyczące radzenia sobie z zagrożeniami, np.: asertywne odmawianie używania narkotyków, podejmowania stosunków płciowych, uczestnictwa w aktach przemocy, wandalizmu — są rozwijane w powiązaniu z umiejętnościami podstawowymi.

W piśmiennictwie wymienia się inne propozycje podziału umiejętności życiowych, wśród ważnych są wymieniane: prawość (poczucie co jest dobre a co złe), inicjatywa, elastyczność, konsekwencja w działaniu mimo trudności, umiejętności organizacyjne, poczucie humoru, zdrowy rozsądek, cierpliwość, zawieranie i utrzymywanie przyjaźni, ciekawość, współdziałanie, opiekowanie się innymi [3].

Dość trudno jest precyzyjnie odróżnić umiejętności od pożądanых cech (właściwości) psychicznych człowieka. Do cech (a nie umiejętności) zaliczyć można np. poczucie własnej wartości, tolerancję, wyrażanie szacunku, litość, dzielenie się z innymi — a właśnie te cechy również rozwijane są w procesie nabywania umiejętności życiowych.

Umiejętności życiowe są niezbędne młodym ludziom w procesie socjalizacji we współczesnym świecie oraz dla dobrego wypełniania swojej roli w szkole. Ich rozwijanie sprzyja:

- prawidłowemu rozwojowi w dzieciństwie i młodości,
- pierwotnej profilaktyce głównych przyczyn zgonów, chorób i niepełnosprawności,
- socjalizacji,
- przygotowaniu młodych ludzi do zmieniającego się środowiska społecznego.

Potrzebę nasilenia działań dla kształtowania tych umiejętności u dzieci i młodzieży uzasadniają gwałtowne zmiany społeczno-ekonomiczne we współczesnym świecie. Nowe zagrożenia wiążą się również z procesem globalizacji (m.in. przenoszenie się wzorów zachowań między kulturami, zmiany aspiracji młodzieży, poczucie różnic społecznych), zmianami struktury rodzin i osłabieniem więzi rodzinnych, osłabieniem religii, wolnym rynkiem pracy (np. preferowanie przez pracodawców pewnych cech i umiejętności), konkurencją, rozwojem postaw konsumpcyjnych wśród młodzieży.

Kształtowanie u młodych ludzi umiejętności życiowych wspiera: ogólną ich edukację, wyrównywanie różnic między płciami, demokrację, pełnienie ról obywatelskich, zdolność do ustawicznego uczenia się, jakość życia [3]. Dzięki tym umiejętnościom dzieci i młodzież zdobytą wiedzę, umiejętności i postawy mogą przełożyć na działanie i tym samym mogą zachowywać się w sposób sprzyjający zdrowiu. Należy jednak podkreślić, że umiejętności te nie są jedynym środkiem na zdrowy styl życia. To czy młodzież wykorzysta te umiejętności zależy od wielu innych czynników (takich jak wsparcie społeczne, czynniki kulturowe i środowiskowe), które wpływają na motywację i zdolność do zachowania się w sposób zapobiegający wystąpieniu problemów zdrowotnych. Dlatego też kształtowanie umiejętności życiowych jest podstawą programów profilaktyki pierwotnej, m.in. ciąży nieletnich, HIV/AIDS, używania substancji psychoaktywnych, przemocy, samobójstw, wypadków.

Wyniki wielu badań wskazują także, że efektem programów rozwijania umiejętności życiowych jest lepsze funkcjonowanie dzieci i młodzieży w szkole. Stwierdzono m.in. poprawę relacji uczniowie–nauczyciele, zmniejszenie absencji szkolnej, zwiększenie u uczniów wiary w siebie, większą satysfakcję uczniów ze szkoły.

Edukacja w tym zakresie prowadzona jest w wielu krajach. W Polsce od dziesięciu lat realizowane są w szkołach liczne programy edukacyjne, profilaktyczne, ukierunkowane głównie na zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych i zakażeniu HIV. Wprowadzenie do programu szkolnego ścieżek edukacyjnych, w tym edukacji prozdrowotnej, to jedna z możliwości realizowania w praktyce założeń kształtowania umiejętności życiowych. Ścieżki po-

zwalają łączyć, nadawać bardziej całościowy, zintegrowany charakter różnym zadaniom szkoły (wychowawczym, profilaktycznym) [4].

W Polsce w programach profilaktycznych, podstawach programowych, w piśmiennictwie pedagogicznym oraz z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia nie używa się terminu „umiejętności życiowe”. Najbliższa temu podejściu jest koncepcja szkoły promującej zdrowie [5]. Nasuwa się zatem kilka pytań:

— Czy możliwe i uzasadnione jest w Polsce upowszechnianie terminu „umiejętności życiowe”?

— Czy termin ten jest w języku polskim odpowiedni i zostanie zaakceptowany przez teoretyków i praktyków?

— Czy szkoły zaakceptują globalne podejście ukierunkowane na kształtowanie u uczniów umiejętności życiowych?

Jest wiele symptomów uprawniających do udzielenia pozytywnej odpowiedzi na wszystkie postawione pytania.

W 2001 r. rozpoczęto w Pracowni Edukacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia Krajowego Ośrodka Wspierania Edukacji Zawodowej realizację pilotażowego projektu pt. „Kształcenie umiejętności życiowych uczniów w praktyce szkolnej”. Wyniki są zachęcające [6]. Program realizowano we współpracy z Europejską Siecią Szkół Promujących Zdrowie, WHO i UNICEF oraz Wydziałem Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego. W programie uczestniczyło 41 nauczycieli z 12 szkół, którzy zorganizowali zajęcia dla 1708 uczniów 60 klas. Przeprowadzona ewaluacja wykazała, że uczniowie i nauczyciele bardzo pozytywnie ocenili zaproponowaną strategię, która uwzględniała potrzebę traktowania uczniów jako aktywnych partnerów w procesie planowania i realizacji edukacji ukierunkowanej na kształtowanie ich umiejętności życiowych [7].

Podstawowym założeniem tej strategii jest uznanie, że decyzja o podjęciu pracy nad wybraną strategią życiową w klasie nie może być decyzją nauczyciela, ale wynikać powinna z diagnozy, której dokonują wszyscy zainteresowani. Diagnoza ta ma odpowiadać na pytanie: jakie umiejętności życiowe są najbardziej potrzebne danej grupie młodzieży? Ocena ich przydatności dokonywana ma być z punktu widzenia trzech zmiennych: potrzeby (związane z przebiegiem rozwoju), sytuacji życiowe (w jakich uczestniczy uczeń), zachowania ryzykowne. Uczestniczący w warsztatach nauczyciele, a potem uczniowie, doszli do podobnych wniosków, że wiele umiejętności życiowych jest równie ważnych z punktu widzenia zaspokajania potrzeb, radzenia sobie w typowych sytuacjach życiowych, jak i ograniczanie sytuacji ryzykownych. Za uniwersalne umiejętności uznane zostały: trafna samoocena (identyfikacja swoich mocnych i słabych stron), porozumiewanie się z innymi, radzenie sobie ze stresem, współpraca w grupie, stawianie sobie celów i dążenie do ich osiągnięcia, rozwiązywanie konfliktów.

Inną przesłanką uprawniającą do udzielenia pozytywnej odpowiedzi na postawione wcześniej pytania są sprzyjające zapisy w nowej podstawie programowej [8]. Wymienia się tam takie umiejętności, jak skuteczne porozumiewanie się, budowanie więzi międzyludzkich, rozwiązywanie konfliktów społecznych, twórcze myślenie i rozwiązywanie problemów.

Umiejętności życiowe mogą być zatem uwzględnione w programie profilaktyki szkoły oraz w programie wychowawczym szkoły. Ważne jest, aby te dokumenty na terenie szkoły były spójne, tworzyły całość. Nie ma potrzeby tworzenia oddzielnych programów zajmujących się zapobieganiem narkomanii, alkoholizmowi, wypadkom. W wymienionych zagadnieniach potrzebne są uczniowi różne informacje, ale te same umiejętności życiowe, do których należą m.in.: krytyczne myślenie, podejmowanie decyzji, ocenianie ryzyka, opieranie się presji otoczenia, dawanie wsparcia i korzystanie z niego. Większość zachowań ryzykownych powiązana jest ze sobą: jedne zwiększają prawdopodobieństwa innych, np. palenie papierosów współlistnieje z piciem alkoholu i używaniem narkotyków. To właśnie uzasadnia konieczność tworzenia w szkole całościowej oferty w zakresie programu wychowawczego i profilaktycznego, ale przede wszystkim upoważnia do korzystania z terminu „umiejętności życiowe”.

Innym argumentem nakazującym posługiwanie się w Polsce pojęciem „umiejętności życiowe” jest fakt, że kształtowanie tych umiejętności w praktyce szkolnej nie jest przelotną modą, ale wynika z Konwencji o Prawach Dziecka. Zgodnie z artykułem 29 Konwencji „nauka dziecka będzie ukierunkowana na: a) rozwijanie, w jak najpełniejszym zakresie osobowości, talentów oraz zdolności umysłowych i fizycznych dziecka; [...] d) przygotowanie dziecka do odpowiedzialnego życia w wolnym społeczeństwie [...]. Zapisy te jednoznacznie wskazują, że koncentrowanie się na przygotowaniu dziecka do następnego etapu edukacyjnego i organizowanie całości procesu edukacyjnego pod kątem czekającego go egzaminu nie wypełnia całości zadań, jakie wynikają dla szkoły z Konwencji o Prawach Dziecka.

## Wnioski

Podsumowując rozważania nad zasadnością upowszechniania w Polsce terminu „umiejętności życiowe” należy stwierdzić, że termin ten jest w polskiej rzeczywistości odpowiedni i zostanie zaakceptowany przez teoretyków i praktyków. Należy jednak częściej korzystać z doświadczeń innych krajów, które mają już bogatą tradycję w tym zakresie.

### Streszczenie

Rozwijanie u dzieci i młodzieży umiejętności życiowych jest ważnym elementem edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole. W Polsce od 2001 r. zrealizowano w szkołach wiele programów edukacyjnych i profilaktycznych ukierunkowanych głównie na zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych i zakażeniu HIV. Jednym z podstawowych założeń koncepcji tych programów jest kształtowanie niektórych umiejętności osobistych i społecznych. Jednak w opisach tych programów oraz w piśmiennictwie z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia ostrożnie używa się terminu „umiejętności życiowe”. Prezentowany materiał jest głosem w dyskusji na ten temat i poszukiwaniem odpowiedzi na pytania czy polskie szkoły zaakceptują globalne podejście ukierunkowane na kształtowanie u uczniów umiejętności życiowych.

### Summary

The development of living skills in children and teenagers is a key element of health education and health promotion in schools. In Poland, since 2001 a lot of educational or preventive programs have been introduced. Most of them dealt with measures preventing from use of psychoactive substances and HIV contamination. One of the most significant concepts behind them has been to help children and teenagers acquire interpersonal and social skills. However, the term “living skills” has been carefully used in both — descriptions of those programs as well as literature on health education and health promotion. The aim of the article is to present an opinion in an ongoing discussion on the role of health education in the development of living skills. It is also an attempt to answer the question whether Polish schools will accept an approach oriented at developing living skills among students.

### Piśmiennictwo

1. Goleman D. Inteligencja emocjonalna. Wydawnictwo Media Rodzina of Poznań, Poznań 1997.
2. Sokołowska M. Umiejętności życiowe W: Woynarowska B. (red.) Edukacja zdrowotna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008, 444, 448.
3. Woynarowska B. Kształtowanie umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży — wyzwania dla szkoły. *Chowanna*. 2002; 1(18): 57–69.
4. Suwiński E. Edukacja zdrowotna w walce z marginalizacją i wykluczeniem społecznym. *Zeszyty Naukowe WSHE. Nauki o Zdrowiu*. 2011; XXXIII: 117–128.
5. Woynarowska B. Szkoła promująca zdrowie. W: Woynarowska B. (red.) *Zdrowie i Szkoła*. PZWL, Warszawa 2000; 444–467.
6. Sokołowska M., Stępnia K., Skoczek G., Lutze J. Realizacja pilotażowego projektu pt. Kształtowanie umiejętności życiowych uczniów w praktyce szkolnej w latach 2001–2002 we współpracy z WHO i UNICEF. *Edukacja i Promocja Zdrowia w Szkole*. 2002; 5: 5–11.
7. *Edukacja i Promocja Zdrowia w Szkole*. Zeszyt 5. KOWEZ, Warszawa 2002.
8. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół.



*Agnieszka Andrearczyk-Woźniakowska*

(Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku)

*Elżbieta Korpolińska, Beata Haor*

(Wydział Nauk o Zdrowiu

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

## ZAKRES WIEDZY PIELĘGNIAREK NA TEMAT ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM ZWIĄZANYM Z CENTRALNYM DOSTĘPEM ŻYLNYM

Słowa kluczowe: cewnik centralny; zakażenie; linia naczyniowa.

### THE SCOPE OF NURSES' KNOWLEDGE ON THE PREVENTION OF INFECTION ASSOCIATED WITH CENTRAL VENOUS ACCESS

Key words: catheters central; infection; line vascular.

## Wstęp

Ogromny postęp i rozwój medycyny, jaki dokonał się w ostatnich latach, to rozwój metod i technik leczenia pacjentów ciężko chorych, w tym pacjentów w stanach zagrożenia życia. Ostatnie lata przyniosły znaczący postęp w dziedzinie metod kaniulacji naczyń, nowoczesnej płynoterapii i farmakoterapii, wprowadzania postępowania z pacjentami zgodnego z obowiązującymi wytycznymi, procedurami i standardami.

Zabieg kaniulacji naczyń centralnych daje możliwość uzyskania stałego, długoczasowego i bezpiecznego dostępu do żył centralnych u tych pacjentów. Cewniki naczyniowe są nieodłącznym elementem współczesnej terapii, są stosowane w diagnostyce, dializoterapii i chemioterapii.

Oprócz wielu zalet kaniulacji naczyń centralnych istnieją także niebezpieczeństwa związane z techniką ich zakładania i utrzymania w naczyniu. Mogą stać się również powodem powikłań ujawniających się w postaci zakażeń związanych z linią naczyniową centralną. Dlatego tak dużego znaczenia nabiera jakość świadczonych usług. Jakość w pielęgniarstwie przekłada się na opiekę

nad pacjentami z założonym centralnym dostępem naczyniowym, wpływa również na liczbę występujących zakażeń związanych z linią naczyniową centralną.

Ważne jest przestrzeganie procedur, ciągłe szkolenie personelu medycznego, podnoszenie kwalifikacji zawodowych, uczciwość i odpowiedzialność zespołu terapeutycznego, co wpływa na podniesienie jakości świadczonych usług, zapobiega wielu groźnym powikłaniom, chroniąc pacjenta przed pogorszeniem stanu zdrowia, a szpital przed znacznym podwyższeniem kosztów leczenia.

## Cel

Głównym celem przeprowadzonych badań była weryfikacja zakresu wiedzy pielęgniarek na temat zapobiegania zakażeniom związanym z centralnym dostępem żylnym. Poziom wiedzy pielęgniarek w tym zakresie stanowi podstawę do decyzji na temat tego, jakie działania należy podjąć, aby jakość opieki nad pacjentami z założonymi cewnikami centralnymi była jak najwyższa.

## Materiał i metody badań

Badanie zostało przeprowadzone w okresie styczeń–luty 2013 r. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu i dyrektora szpitala.

Badaniem została objęta 100-osobowa grupa pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach, w których są hospitalizowani pacjenci z założonymi cewnikami centralnymi. W przeprowadzonych badaniach zastosowano metodę badawczą jaką jest sondaż diagnostyczny, techniką badawczą była ankieta, zaś narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety. Udział w badaniu był dobrowolny, respondenci wypełnili kwestionariusze ankiet w sposób anonimowy i samodzielny.

Kwestionariusz ankiety składał się z 33 pytań zamkniętych. Pierwsze 6 pytań dotyczyło wieku, wykształcenia, stażu pracy badanych. Kolejne pytania dotyczyły samooceny wiedzy respondentów na temat opieki nad pacjentami z założonymi cewnikami centralnymi, znajomości procedur obowiązujących w szpitalu dotyczących tej tematyki i zapobiegania zakażeniom związanym z linią naczyniową centralną.

W analizie statystycznej w celu zbadania zakresu wiedzy pielęgniarek na temat zapobiegania zakażeniom związanym z centralnym dostępem żylnym wykorzystano metodę tabel krzyżowych.

## Wyniki

Ankietowani poddani badaniu to osoby w przedziale wiekowym 30 do 55 lat. Średnia wieku personelu pielęgniarskiego wyniosła 41,6 lat.

Zestawiając dane na temat wieku i poziomu wykształcenia można zauważyć, że najwięcej jest osób pracujących w przedziale wiekowym 31–45 lat i w tym przedziale jest największa liczba pielęgniarek z wykształceniem średnim, wyższym zawodowym — licencjat i magister pielęgniarstwa.

Wśród ankietowanych dominowały osoby posiadające długi staż pracy — ogółem 40% stanowią osoby o stażu pracy przekraczającym 25 lat. Udział pielęgniarek posiadających staż pracy w kategoriach 6–15 lat oraz 16–25 lat jest porównywalny i wynosi odpowiednio 24% i 27%. Osoby posiadające krótki staż pracy nieprzekraczający 5 lat stanowią tylko 9% badanej grupy.

Większość pielęgniarek (86%) zadeklarowała posiadanie wystarczającej wiedzy na temat zapobiegania zakażeniom związanym z centralnym dostępem żylnym. Niestety aż 11% badanych nie potrafiło samodzielnie ocenić poziomu swojej wiedzy na ten temat (im niższy poziom wykształcenia tym częściej padała odpowiedź — nie wiem, istotny był także staż pracy, najczęściej odpowiedź — nie wiem wybierały osoby posiadające staż pracy w oddziale o długości 6–15 lat).

Przeprowadzone badanie potwierdza, że respondenci w przeważającej większości odpowiadali prawidłowo na pytania dotyczące poziomu wiedzy na temat pielęgnacji pacjentów z założonymi cewnikami centralnymi (60–90% poprawnych odpowiedzi).

Na pytanie o preparaty zalecane do pielęgnacji skóry wokół miejsca założenia cewnika centralnego badani wskazali na octenidynę (60%), zaś chlorheksydynę — preparat zalecany wskazało 26% badanych. 35% osób udzieliło odpowiedzi — nie wiem na pytanie dotyczące rodzaju cewników centralnych w prewencji zakażeń związanych z linią naczyniową centralną, z czego 30% to osoby z wykształceniem wyższym zawodowym — licencjatem.

Prawidłowej odpowiedzi wskazującej na cewniki poliuretanowe udzieliło 27% badanych.

Respondenci jako najczęściej występujące powikłanie centralnego dostępu żylnego wskazali niedrożność kanału/ów wkłucia (59% odpowiedzi).

Kolejnym najczęściej występującym powikłaniem jest zakażenie miejsca założenia cewnika centralnego wskazane w 28% odpowiedzi udzielonych przez badanych.

Sporadycznie natomiast występują zakażenia związane z centralną linią naczyniową wskazane w 7% odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych.

Większość ankietowanych (69%) w ciągu ostatnich 6 miesięcy uczestniczyła w szkoleniu wewnętrznym w szpitalu dotyczącym centralnego dostępu żylnego. Najczęściej korzystały z niego osoby z wykształceniem średnim pielęgniarskim, które stanowiły 33% ankietowanych deklarujących udział w takim szkoleniu. Wśród osób, które nie uczestniczyły w ciągu ostatnich 6 miesięcy w tego rodzaju szkoleniu dominują osoby z wykształceniem wyższym zawodowym licencjackim — ich udział w tej grupie wyniósł 58%.

Zdecydowana większość ankietowanych (84%) poprawnie określiła czynności związane z kaniulą centralną w przypadku podejrzenia zakażenia związanego z centralnym dostępem żylnym, wskazując na pobranie krwi z cewnika centralnego na badanie mikrobiologiczne, usunięcie cewnika, pobranie końcówki kaniuli na posiew oraz pobranie krwi na posiew z niezależnego nakłucia żyły obwodowej. Jednak część badanych (15%) uznała, że spośród wymienionych wcześniej czynności nie jest konieczne pobranie krwi na posiew z niezależnego nakłucia żyły obwodowej. Warto zaznaczyć, że 7 z 15 osób, które wskazały na tę odpowiedź posiadało wykształcenie wyższe zawodowe licencjackie oraz nie uczestniczyło w ciągu ostatnich 6 miesięcy w szkoleniu wewnętrznym dotyczącym pielęgnacji centralnego dostępu żylnego.

Przeprowadzone badania pozwoliły określić, czy istnieją zależności statystyczne pomiędzy omawianymi zagadnieniami a zmiennymi jakościowymi — wiedzą, wykształceniem, stażem pracy. Potwierdzono istnienie następujących zależności:

1. Istnieje związek między jakością opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z centralnym dostępem żylnym a liczbą tego rodzaju zakażeń. Im jakość opieki pielęgniarskiej jest wyższa, tym liczba zakażeń jest mniejsza.

2. Istnieje związek między poziomem wiedzy pielęgniarek na temat zapobiegania zakażeniom związanym z centralną linią naczyniową a poziomem wykształcenia pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z założonymi cewnikami centralnymi.

Brak wiedzy lub niewłaściwą odpowiedź najczęściej wskazywały osoby z wykształceniem wyższym zawodowym licencjackim lub średnim pielęgniarskim wobec braku takich odpowiedzi u osób posiadających wykształcenie wyższe pielęgniarskie.

3. Istnieje związek między liczbą szkoleń wewnętrznych dla pielęgniarek a liczbą zakażeń związanych z centralną linią naczyniową.

4. Istnieje związek między liczbą pielęgniarek pracujących w oddziale a liczbą zakażeń związanych z założonym cewnikiem centralnym.

Badani wskazywali w ankiecie małą liczbę pielęgniarek na dyżurach (13% odpowiedzi) jako główną przyczynę powikłań septycznych związanych z obecnością wkłucia centralnego w układzie dużych naczyń.

Istotnie, zbyt mała liczba pielęgniarek na dyżurach, duża liczba obowiązków oraz związany z nimi pośpiech nie sprzyjają wysokiej jakości świadczonej opieki.

5. Nie zachodzi zależność między występowaniem zakażeń związanych z centralną linią naczyniową a stażem pracy pielęgniarek.

W przypadku stażu pracy rzadziej można było dostrzec zależność pomiędzy brakiem wiedzy a długością stażu pracy. Istotnym czynnikiem determinującym nieprawidłową opiekę pielęgniarską nad centralnym dostępem żylnym u pacjentów jest rutyna oraz wypalenie zawodowe. Stare nawyki, niechęć do zmian dotyczących postępowania z linią naczyniową centralną oraz do wykonywanej pracy wpływają na obniżenie jakości opieki nad pacjentem, a co się z tym nierozzerwalnie wiąże powodują wzrost ryzyka wystąpienia zakażeń.

## Dyskusja

Pielęgniarka sprawując profesjonalną opiekę nad pacjentem z centralnym dostępem żylnym opiera swoje działania o zakres zdobytej wiedzy, obowiązujące procedury w szpitalu oraz teorie naukowe w pielęgniarstwie.

Podjęmowane przez nią działania w postaci obserwacji, pielęgnacji i dokumentowania podejmowanych czynności są ściśle powiązane z działaniami zespołu terapeutycznego, który jest zespołem interdyscyplinarnym. Wszystkie te działania mają wpływ na jakość świadczonych usług zdrowotnych pacjentom z założonymi cewnikami centralnymi.

To od zakresu wiedzy pielęgniarskiej, profesjonalnego przygotowania do wykonywania czynności pielęgnacyjnych nad pacjentami z założonymi kaniulami centralnymi i odpowiedzialności zawodowej wynikającej z przepisów prawnych zależy jakość świadczonej opieki nad chorymi.

W myśl art. 4 pkt 1 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem [1].

Ponadto Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP w Przyrzeczeniu w pkt. 6 mówi, że pielęgniarka powinna wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu [2]. Ten sam Kodeks w Części szczegółowej w pkt. 1 mówi o zobowiązaniu pielęgniarki w stosunku

do pacjentów, jakim jest udzielanie wszystkim chorym troskliwej opieki zgodnie z obowiązującymi standardami [2].

To pielęgniarka jest współodpowiedzialna za efekty procesu terapeutycznego oraz podjęte przez siebie działania wynikające z procesu pielęgnowania pacjenta. Wymogi etyczne nakładają na nią obowiązek sumiennej, rzetelnej i dostosowanej do potrzeb pacjenta pielęgnacji [3].

Czas, w którym można używać cewnika w żyłę centralnej jest bezpośrednio związany z jakością jego pielęgnacji [4].

Z przeprowadzonych badań wynika, że pielęgniarki posiadają wystarczającą wiedzę na temat sprawowania opieki nad pacjentami z założonym centralnym dostępem żylnym. Dokonują obserwacji, pielęgnacji i dokumentowania czynności pielęgnacyjnych nad chorymi z cewnikami centralnymi.

W prewencji zakażeń związanych z centralną linią naczyniową bardzo ważna jest znajomość, wdrożenie i realizacja obowiązujących procedur w szpitalu. Procedury dotyczące zakładania, pielęgnacji i usunięcia cewnika centralnego są wektorem działań pielęgniarskich.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 90% ankietowanych potwierdziło, że czynności związane z opieką nad centralnym dostępem żylnym wykonywane są zgodnie z opracowanymi procedurami w szpitalu.

Rekomendacje profilaktyki zakażeń w Oddziałach Intensywnej Terapii opracowane przez zespół ekspertów z dziedziny epidemiologii, mikrobiologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii mówią, że skuteczne wdrażanie procedur zapobiegania zakażeniom szpitalnym, wynikających z wyników badań naukowych, opracowanych zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach, umożliwia ograniczenia występowania zakażeń szpitalnych o 55–70%.

Najsukuteczniej można zapobiegać odcewnikowym zakażeniom krwi, głównie na drodze wdrażania pakietów skoordynowanych działań obejmujących najczęściej zalecenia optymalnego postępowania, szkolenia i prowadzenia ciągłej obserwacji [5]. Jakość opieki pielęgniarskiej jest jednoznaczna z niewielką liczbą powikłań w postaci zakażeń związanych z linią naczyniową centralną w procesie leczniczo-pielęgnacyjnym pacjentów.

W ankiecie badawczej pojawiło się pytanie dotyczące przyczyn tych zakażeń. Ankietowani odpowiedzieli w równej liczbie (po 32% badanych), że główną przyczyną powikłań septycznych występujących u chorych z założonym centralnym dostępem żylnym jest nieprzestrzeganie zasad aseptyki wśród personelu medycznego oraz ogólny stan pacjenta i choroby współistniejące.

Podstawą ich zapobiegania jest zrozumienie istoty i mechanizmów ich powstawania oraz następstw dla pacjentów, których można uniknąć posiadając wiedzę na temat profilaktyki tych zakażeń. Bardzo ważna jest znajomość czynników zwiększających ryzyko wystąpienia tego typu powikłań. Należą do nich:

1. Aktywne zakażenie w momencie zakładania kaniuli (8,7–9,2-krotnie większe ryzyko).
2. Problemy techniczne przy zakładaniu (4–5-krotnie większe ryzyko).
3. Kolonizacja miejsca wkłucia (6,3–56,3-krotnie większe ryzyko).
4. Nieprawidłowa pielęgnacja po założeniu cewnika (5,5-krotnie większe ryzyko).
5. Niedobór personelu pielęgniarskiego (1–61,5-krotnie większe ryzyko).
6. Kolonizacja gniazda cewnika (17,9–44,1-krotnie większe ryzyko) [6].

Odpowiedni wybór cewnika, umiejętne założenie i wysoka jakość opieki nad nim są głównymi czynnikami bezpiecznego, skutecznego i wolnego od powikłań leczenia [4].

Zapobieganie zakażeniom odcewnikowym polega na edukacji personelu medycznego sprawującego bezpośrednią opiekę nad chorym. Edukacja powinna dotyczyć właściwej pielęgnacji cewnikowanych pacjentów antyseptykiem zarejestrowanym jako lek, prawidłowej opieki nad miejscem wkłucia (...), stosowaniu rygorów aseptycznych przy zakładaniu linii centralnych, właściwej pielęgnacji złączy, techniki i konieczności higieny rąk oraz przede wszystkim regularnej kontroli mikrobiologicznej miejsca wkłucia [7].

Autorzy wielu publikacji w czasopismach naukowych zwracają szczególną uwagę na szkolenie personelu medycznego na temat pielęgnacji pacjentów z założonymi cewnikami centralnymi i profilaktyki zakażeń związanych z linią naczyniową centralną.

Powtarzanie szkoleń oraz przestrzeganie przez personel medyczny zaleceń dotyczących zachowań przy pacjencie znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia zakażeń [8]. Wiedza na ten temat, profesjonalizm działań i odpowiedzialność zawodowa pozwolą na zapewnienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych pacjentom, jak również uchronią przed niepożądanymi zdarzeniami medycznymi i kosztami długotrwałego leczenia.

## Wnioski

1. Ogólny poziom wiedzy pielęgniarek z zakresu opieki nad pacjentami z centralnym dostępem żylnym jest wysoki.

2. Najwięcej trudności ankietowanym przysporzyły pytania obejmujące zakres specjalistycznej wiedzy na temat centralnego dostępu żylnego oraz elementy teoretyczne, których na co dzień nie stosuje się w praktyce, więc w naturalny sposób ulegają zapomnieniu.

3. Wśród osób posiadających wykształcenie średnie pielęgniarskie oraz wyższe zawodowe licencjackie występowało najwięcej problemów z udzieleniem

prawidłowej odpowiedzi na pytania sprawdzające zakres wiedzy pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem z centralnym dostępem żylnym.

4. Osoby posiadające wykształcenie średnie pielęgniarskie chętniej podejmowały działania mające na celu uzupełnienie ich wiedzy poprzez zdobywanie kwalifikacji o charakterze kształcenia podyplomowego oraz udział w szkoleniach wewnętrznych, niż miało to miejsce w przypadku osób z wykształceniem wyższym zawodowym — licencjat pielęgniarstwa.

5. Frekwencja pielęgniarek na szkoleniach dotyczących tematyki związanej z centralnym dostępem żylnym jest zbyt mała, mimo przeprowadzania szkoleń systematycznie i w wystarczającej liczbie.

— 19% osób deklarujących, że szkolenia wewnętrzne dotyczą dodatniego wyniku badania mikrobiologicznego końcówki cewnika centralnego i dodatniego posiewu krwi pacjenta oraz

— 40% osób, które zaprzeczyły poruszaniu takiej tematyki na szkoleniach nie brało w nich udziału w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

6. Pielęgniarki nie traktują szkoleń jako istotnego źródła wiedzy, dlatego nie uczestniczą w nich z należytą uwagą i starannością (pomimo udziału w szkoleniach nadal nie posiadają właściwego poziomu wiedzy).

7. U osób z najdłuższym stażem pracy można zauważyć oznaki rutyny oraz nieprzestrzegania najnowszych zaleceń dotyczących opieki nad pacjentami z centralnym dostępem żylnym.

8. W badanej grupie znajdują się osoby, których braki w wiedzy oraz niewłaściwe postępowanie z chorymi z centralnym dostępem żylnym mogą stanowić przyczynę ryzyka wystąpienia zakażenia.

Wskazane powyżej obszary wymagają podjęcia stosownych działań mających na celu podniesienie poziomu świadomości zagrożenia, jakim jest zakażenie związane z centralnym dostępem żylnym, przede wszystkim poprzez uzupełnienie braków w wiedzy oraz kształtowanie właściwego postępowania pielęgniarek z pacjentami z założonymi kaniulami centralnymi.

### Streszczenie

Wstęp. Zakażenia związane z centralną linią naczyniową stanowią poważny problem epidemiologiczny występujący w placówkach medycznych. Zapobieganie tym zakażeniom wymaga od personelu medycznego współpracy i profesjonalizmu działań, który jest podstawowym elementem jakości.

Cel. Głównym celem pracy było zweryfikowanie zakresu wiedzy pielęgniarek na temat zapobiegania zakażeniom związanym z centralnym dostępem żylnym.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 100 pielęgniarek pracujących w oddziałach, w których są hospitalizowani pacjenci z założonymi cewnikami centralnymi. W przeprowadzonych badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką badawczą była ankieta, narzędziem badawczym — kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Zdecydowana większość badanych (86%) zadeklarowała posiadanie wystarczającej wiedzy na temat zapobiegania zakażeniom związanym z centralnym dostępem żylnym.

Wnioski. Na jakość opieki nad chorymi z centralną linią naczyniową i prewencję zakażeń ogromny wpływ ma edukacja personelu medycznego, a co za tym idzie podniesienie poziomu świadomości i odpowiedzialności zawodowej dotyczącej istoty tego zagadnienia.

### Summary

Admittance. Intravascular catheter — related infections are a serious epidemiological problem in medical centers. Prophylaxis of these infections demand of medical staff cooperation and professional action. This is the basic element of quality.

Aim. The purpose of this dissertation is verification of nurses knowledge about prevention of intravascular catheter - related infections.

Material and methods. 100 nurses participated in this survey. This staff works with patients, who have intravenous cannula. Personnel questionnaire has been used as a way to evaluate results.

Results. A vast majority of responders (86%) declared a sufficient level of knowledge about central venous catheters infections.

Conclusions. Level of medical staff's education has a fundamental influence of the standards of the care of patients with central cannula and prevention of intravascular catheter — related infections. Growing awareness and responsibility of the medical staff are also the essence of issues.

### Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. 2011, Nr 174, poz. 1039.
2. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Rogala-Pawelczyk G., Kler M., Śpiewankiewicz J. Wartości moralne, etyczne i odpowiedzialność w pracy pielęgniarki i położnej. Materiały konferencyjne. Warszawa 2006, 19–149.
4. Pertkiewicz M., Dudrick S.J., Sobocki J. Żywnienie pozajelitowe. W: Sobotka L. Podstawy żywienia klinicznego. PZWL, Warszawa 2007:238–252.
5. Hryniewicz W. Strategia zapobiegania lekooporności w Oddziałach Intensywnej Terapii. Rekomendacje profilaktyki zakażeń w OIT. Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2013.
6. Burda K., Matelska J., Czubak A. Problem zakażeń odcewnikowych — profilaktyka i zasady postępowania. Zakażenia. 2009; IX (3): 96–98.
7. Bartoszewicz M. Aspekty zakażeń odcewnikowych a mikrobiologiczno-epidemiologiczny monitoring wkłuc centralnych. Pielęgniarka Epidemiologiczna. 2010;2(41): 21–22.
8. Zmarzły A. Zakażenia związane z żywnieniem pozajelitowym. Zakażenia. 2012;(3):74–78.



*Mariola Głowacka*

(Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,  
Instytut Nauk o Zdrowiu  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku)

*Anna Ruta, Agnieszka Reszelska*

(Instytut Nauk o Zdrowiu  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku)

*Beata Haor, Leokadia Rezmerska, Marzena Humańska, Danuta Ponczek*

(Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu)

## ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA PIELĘGNIAREK CZYNNYCH ZAWODOWO — BADANIA WSTĘPNE

Słowa kluczowe: pielęgniarki; jakość życia; aspekty jakości życia.

## ASPECTS OF LIFE QUALITY OF THE PRACTICING NURSES — PRELIMINARY STUDY

Key words: nurses; quality of life; aspects of the quality of life.

### Wstęp

Chociaż wiele jest koncepcji mówiących o jakości życia, to prawie wszystkie są zgodne co do podziału na wskaźniki obiektywne i subiektywne. Według H. Sęk wskaźniki obiektywne to zespół warunków życia człowieka, zaspokojenie potrzeb bytowych, obiektywne atrybuty przyrody i kultury oraz obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia (poziom płac, warunki mieszkaniowe, posiadanie trwałych dóbr konsumpcyjnych, wyposażenie gospodarstw domowych w podstawowe urządzenia i media) i pozycją społeczną, a także zdrowie, warunki pracy, stan opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o subiektywne wskaźniki to związane są one z systemem wartości danej

jednostki, indywidualnym pojmowaniem sensu życia, satysfakcji (zadowolenia z życia, szczęścia). Wskaźniki subiektywne i obiektywne są ze sobą połączone. Na przykład warunki życia dla jednej osoby mogą być wystarczające (i w związku z tym osiągnie ona wysoki wskaźnik jakości życia), jednak dla innego człowieka, o większych potrzebach, te same warunki zostaną uznane za niewystarczające (osoba taka będzie odczuwała dyskomfort i poczucie jakości życia będzie u niej niższe) [1, 2].

Najogólniej rzecz ujmując najczęściej występujące, czyli typowe wartości określające jakość życia można podzielić na trzy podstawowe grupy:

- wartości psychologiczno-moralne,
- wartości społeczno-kulturowe,
- wartości techniczno-ekonomiczne [3].

Grupy tych wartości odpowiadają trzem aspektom pracy jakie przedstawiono na początku opracowania. Jakość życia jest bowiem w dużym stopniu konsekwencją jakości pracy [4].

Do pierwszej grupy — wartości psychologiczno-moralnych człowieka zalicza się m.in. następujące:

- poglądy filozoficzne na życie, w tym wyznanie,
- wrodzone cechy psychiczne,
- nabyte cechy charakterologiczne,
- aktualna hierarchia wartości moralnych i ich rola w życiu osoby,
- sprawność psychofizyczna,
- aktualna hierarchia wartości intelektualnych i etycznych oraz ich rola w życiu osoby,
- zadowolenie z pracy,
- zdarzenia losowe oddziałujące na psychikę człowieka i jego poglądy na życie [2].

Do wartości społeczno-kulturowych człowieka, oddziałujących na jego jakość życia, zalicza się m.in.:

- pochodzenie społeczne,
- wykształcenie,
- poziom inteligencji,
- znajomość języków obcych,
- cechy nabyte, w tym hobby,
- umiejętności i zdolności,
- miejsce urodzenia,
- kolejne miejsca zamieszkania,
- kontakt z kulturą,
- umiejętność współżycia międzyludzkiego,
- umiejętność współdziałania z innymi,
- stosunek do fauny i flory,
- środowisko ludzkie, w którym osoba przebywa,

- kręgi przyjaciół, znajomych i związki rodzinne,
- dotychczasowe doznania społeczno-kulturalne [2].

Ostatnią grupę omawianych wartości wpływających na jakość życia stanowią wartości techniczno-ekonomiczne, takie jak:

— cechy naturalnego środowiska człowieka (klimat, położenie geograficzne, ukształtowanie terenu, szata roślinna),

— cechy fizyczne (wiek, wzrost, waga, stan zdrowia, skłonności, nawyki, uzależnienia),

— poziom zamożności mierzony stanem posiadanych zasobów (np. domy, mieszkania, samochody, dzieła sztuki, stan konta, złoto, papiery wartościowe) dziś i w przeszłości,

— poziom dochodów realnych uzyskiwanych z pracy i posiadanego kapitału,

— darowizny, prezenty, nagrody, kwoty wygrane,

— podatki,

— poziom jakości nabytych wyrobów i usług,

— ceny dóbr i usług,

— dostęp do dóbr i usług,

— koszty jakości,

— koszty eksploatacji dóbr,

— system gwarancji i rękojmi,

— system kredytowy i poziom odsetek,

— wynalazki, innowacje, ruch racjonalizatorski [2].

## Cel

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie poziomu satysfakcji z jakości życia pielęgniarek czynnych zawodowo, jak również określenie jaki wpływ wywiera praca pielęgniarki na zdrowie, funkcjonowanie i spełnianie ról społecznych.

## Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w Szpitalu Uniwersyteckim Nr 2 im. J. Biźziera w Bydgoszczy, w terminie 1 lutego–30 czerwca 2011 r. Metodą było przeprowadzenie ankiety autorstwa własnego z wykorzystaniem kwestionariusza

WHOQOL wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach Szpitala Uniwersyteckiego im. Bizziela w Bydgoszczy. Ankiety zostały rozprawdzone wśród 100 osób w systemie nielosowym na oddziałach: Intensywna Terapia, Chirurgia, Kardiologia, Onkologia, Położnictwo/Ginekologia, Hematologia, Neurologia, Okulistyka, Ortopedia, Otolaryngologia, Alergologia, Interna.

## Wyniki

### Charakterystyka badanej grupy pielęgniarek

Średni wiek respondentów wynosił 38 lat. Najmłodsza ankietowana była w wieku 25 lat, najstarsza — 57. Połowa badanych miała co najmniej 37 lat. Pielęgniarki objęte badaniem różniły się poziomem wykształcenia. Dominowały osoby z wykształceniem średnim pielęgniarskim posiadające tytuł zawodowy pielęgniarki lub pielęgniarki dyplomowanej (42,4%) oraz licencji pielęgniarstwa (27%). Niższy odsetek stanowili magistrowie pielęgniarstwa (17,2%) oraz pielęgniarki posiadające inny tytuł magistra (10%).

Charakteryzując badaną grupę według kryterium stanu cywilnego stwierdzono, że pielęgniarki czynne zawodowo pozostawały najczęściej w związku małżeńskim (63,6%), rzadziej były pannami (17,2%) lub rozwiedzione (10,1%), a najrzadziej pozostawały w wolnym związku (6,1%) lub stanie wdowieństwa (3%).

Duża liczba (36,4%) respondentów posiadała dochód przypadający na jednego członka rodziny większy niż 1000 PLN. Kolejne grupy ankietowanych posiadały dochody (28,3%) od 801–1000 PLN i (25,3%) 601–800 PLN. Najmniejsza liczba respondentów (7,1% i 3%) musiała zadowolić się dochodem w przedziale 401–600 PLN oraz 200–400 PLN.

Średni staż pracy ankietowanych wyniósł 14,45 lat z odchyleniem  $\pm 8,779$  roku. Jedna osoba badana dopiero zaczęła pracować, natomiast najdłuższy staż pracy wynosił 37 lat. Połowa badanych przepracowała co najmniej 14 lat.

Pielęgniarki czynne zawodowo zajmowały stanowiska pracy najczęściej w Oddziałach Intensywnej Terapii (12,1%), rzadziej na Internie (10,1%) oraz na Chirurgii (9,1%), najrzadziej na Pediatрії (7,1%), Onkologii (5,1%) oraz Ginekologii i Kardiologii (po 4%) lub innych oddziałach (48,5%).

Większość respondentów pracowała w systemie dwuzmianowym (64,6%), mniejsza w systemie jednozmianowym (26,3%), natomiast najmniejsza liczba badanych w systemie trzyzmianowym (9,1%). Pielęgniarki czynne zawodowo różniły się średnią liczbą godzin przepracowanych w ciągu dnia. Najczęściej osoby ankietowane pracowały w trybie ośmiogodzinnym (64,6%), rzadziej

w trybie dwunastogodzinnym (31,3%), najrzadziej w trybie krótszym niż osiem godzin (3%).

### Poziom satysfakcji z pracy pielęgniarek

Z przeprowadzonej wśród pielęgniarek ankiety wynika, że u większości badanych (ponad 80%) praca pielęgniarki spełniła ich oczekiwania. U mniejszości praca nie była satysfakcjonująca (20%).

Pielęgniarki objęte badaniem w większości (ponad 85%) były przekonane, że praca za granicą zapewniłaby lepszą sytuację finansową.

Charakteryzując badaną grupę według kryterium zadowolenia ze swoich zdolności do pracy stwierdzono, że pielęgniarki czynne zawodowo w większości (68,7%) były zadowolone ze swoich zdolności do pracy. Mniejsza część ankietowanych (25,3%) była niezdecydowana, natomiast najmniejsza (6,1%) niezadowolona.

Większość respondentów (32,3%) odczuwała całkowite emocjonalne wyczerpanie kilka razy w roku, mniejsza liczba (20,2%) kilka razy w miesiącu oraz (19,2%) raz w miesiącu, a taki sam odsetek raz w tygodniu. Najmniejsza grupa (6,1%) nigdy nie czuła emocjonalnego wyczerpania.

Tworząc charakterystykę badanej grupy pielęgniarek według kryterium kompletnego zmęczenia respondentów pod koniec dnia pracy stwierdzono, że większość badanych (30,3%) odczuwała zmęczenie kilka razy w miesiącu, mniejsza liczba respondentów (29,3%) znajdowała się w podobnym stanie kilka razy w roku. Podobnie osoby, które odczuwały zmęczenie raz w miesiącu (21,2%). Najmniejsza liczba ankietowanych (5,1%) miała poczucie kompletnego zmęczenia częściej niż kilka razy w miesiącu lub nie odczuwała jej wcale.

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że większość badanych (32,3%) odczuwała zmęczenie przed kolejnym dniem pracy kilka razy w miesiącu. Równie liczna grupa (22,2%) odczuwała zmęczenie raz w miesiącu, mniejszy odsetek (18,3%) raz lub więcej razy w tygodniu, zaś najmniejsza grupa osób (17,2%) kilka razy w roku lub nigdy (10,1%).

Pielęgniarki czynne zawodowo różniły się poczuciem wypalenia zawodowego. Dominowały (34,3%) osoby, które czuły się wypalone kilka razy w roku. Mniejsza liczba osób (25,3%) znajdowała się w podobnym stanie zwykle kilka razy oraz raz w miesiącu (15,2%). Znacznie mniejsza grupa osób (6%) odczuwała wypalenie pracą częściej niż kilka razy w miesiącu. Pojawiły się również osoby, które nigdy nie odczuły tego stanu (19,2%).

Większość respondentów (29,3%) odczuwała korzystne oddziaływanie na życie innych ludzi kilka razy w tygodniu, nieco mniejsza liczba badanych (22,2%) odczuwała podobne oddziaływanie codziennie bądź raz w tygodniu

(13,1%). Zbliżone wyniki określają grupę osób, która odczuwała oddziaływanie na życie innych ludzi (17,2%) kilka razy w miesiącu lub nie odczuwała takiego oddziaływania wcale (1%).

Pielęgniarki objęte badaniem w ponad połowie (50,5%) były przekonania, że nie stały się bardziej nieczułe w stosunku do pacjentów. U mniejszej liczby ankietowanych (25,3%) nieczułość pojawiła się kilka razy w roku, jak również (15,2%) raz w miesiącu. Najmniejsza grupa badanych (9,1%) miała podobne odczucie częściej.

Charakteryzując badaną grupę według kryterium znieczulenia emocjonalnego wywołanego pracą stwierdzono, że prawie połowa badanych (48,5%) nigdy nie doznała takiego odczucia. Mniejszość (25,3%) ankietowanych miała powyższe odczucie kilka razy w miesiącu, natomiast najmniejsze grupy respondentów miały poczucie obojętności raz w miesiącu (15,2%) i częściej (11,2%).

Najwięcej pielęgniarek (34,3%) odczuwało, że pracuje zbyt ciężko częściej niż kilka razy w miesiącu, mniejsza liczba (23,2%) miała takie odczucie kilka razy w roku, bądź (20,2%) raz w miesiącu. Najmniej liczna grupa (14,1%) uważała, że pracuje zbyt ciężko raz w miesiącu lub nigdy (8,1%).

Pielęgniarki czynne zawodowo odczuwały z podobną częstotliwością satysfakcję i ożywienie. Dominowała grupa, u której wymienione uczucia pojawiły się kilka razy (28,3%) lub raz (25,3%) w tygodniu. Podobnie osoby, które znajdowały się w takim stanie codziennie (21,2%). Tylko dwie osoby nie odczuwały satysfakcji i ożywienia.

Badana grupa osób bardzo rzadko była na granicy wytrzymałości. Największa (30,3%) nigdy tego nie odczuwała, bądź (31,3%) odczuwała zaledwie kilka razy w roku. Mniej liczna grupa była na granicy wytrzymałości raz w miesiącu (26,3%). Najmniej osób (2–4%) było u kresu wytrzymałości częściej niż kilka razy w miesiącu.

Charakteryzując grupę ankietowanych według kryterium relacji ze współpracownikami stwierdzono, że znacząca większość pielęgniarek (73,7%) miała dobre relacje z osobami z pracy. Tylko jedna osoba posiadała złe relacje. Pozostała grupa miała bardzo dobre kontakty z współpracownikami (3%).

Z przeprowadzonej wśród pielęgniarek ankiety wynika, że tylko jedna osoba często rozważała możliwość zmiany zawodu. Ponad połowa respondentów (57,6%) myślała o tym rzadko, a prawie 1/3 nigdy.

### Poziom zadowolenia ze zdrowia pielęgniarek

U pielęgniarek objętych badaniem dominowało zadowolenie ze swojego stanu zdrowia (52,5%). Mniejsza grupa (26,3%) była niezdecydowana, natomiast najmniejsza liczba osób badanych była niezadowolona (21,2%). Z przeprowa-

dzonych wśród pielęgniarek badań wynika, że nieliczna grupa uważała swoją okolicę za bardzo zdrową (15,1%). Ponad połowa (55,6%) stwierdziła, że okolica, w której żyje jest średnio zdrowa i trochę zdrowa (23,2%). Nieliczna grupa pielęgniarek uważała, że żyje w niezdrowej okolicy (6,1%).

Analizując poziom zadowolenia ze zdrowia pielęgniarek według kryterium posiadania wystarczającej ilości sił — „energii” do prowadzenia normalnego życia stwierdzono, że tylko jedna osoba takich sił nie posiadała. Większość ankietowanych (58,6%) miało jej wystarczającą ilość (49,5% — prawie, 9,1% — całkowicie).

Większość badanych osób (35,4%–57,6%) była przekonanych o wpływie zawodu pielęgniarki na stan zdrowia. Zaledwie siedem osób uważało, że takiego wpływu nie ma.

Określając poziom zadowolenia ze zdrowia pielęgniarek według kryterium zdrowego odżywiania stwierdzono, że w zależności 1/3 poszczególne grupy ankietowanych odżywiały się zdrowo lub nie, lub robiły to czasami. Pielęgniarki objęte badaniem w przeważającej liczbie grupie (68,7%) zjadały 3–4 posiłki dziennie. Mniejsza liczba ankietowanych (23,2%) zjadała 1–2 posiłki dziennie. Najmniej liczna grupa (5,1%) spożywała 5–6 lub więcej niż 6 posiłków (3%).

Charakteryzując badaną grupę pielęgniarek stwierdzono, że prawie wszyscy ankietowani pili kawę 1–4 razy dziennie, zaledwie 15,2% nie piło kawy wcale. Najmniej liczna grupa (4%) spożywała kawę częściej niż 4 razy dziennie.

Badając poziom zadowolenia ze zdrowia pielęgniarek czynnych zawodowo według kryterium stosowania używek stwierdzono, że większość respondentów (69,7%) nie paliła papierosów i nie piła alkoholu. Znacznie mniejsza grupa ankietowanych (25,3%) paliła papierosy. Najniższy odsetek stanowiły osoby pijące alkohol (5,1%).

Z przeprowadzonej wśród pielęgniarek ankiety wynika, że prawie wszyscy badani (48,5% — tak, 49,5% — raczej tak) przestrzegali przepisów BHP. Zaledwie dwie osoby nie przestrzegały przepisów bezpieczeństwa w pracy.

Analizując zadowolenie ze zdrowia pielęgniarek według wyznacznika narażenia na choroby zawodowe stwierdzono, że większa część respondentów (72,7%) uważała, że pielęgniarka jest narażona na choroby zawodowe. Podobne zdanie, ale nie z całkowitym przekonaniem, miała mniejsza grupa pielęgniarek (26,3%). Natomiast zaledwie jedna osoba uważała, że pielęgniarka nie jest narażona na choroby zawodowe.

### Poziom zadowolenia z życia prywatnego respondentów

Określając poziom zadowolenia z życia prywatnego według kryterium pomocy najbliższych w obowiązkach życia codziennego stwierdzono, że prawie połowie badanych (45,5%) najbliżsi pomagają w obowiązkach codziennych.

Charakteryzując badaną grupę pielęgniarek stwierdzono, że u dominującej liczby respondentów praca miała wpływ na życie rodzinne. U większej części wpływała ona w dużym stopniu (60,6%) na życie prywatne, zaś u mniejszej (26,3%) w małym stopniu. U pozostałych osób (13,1%) praca nie miała wpływu na życie rodzinne. U prawie połowy badanych (49,5%) praca nigdy nie była powodem kłótni domowych. Mniejsza grupa ankietowanych (38,4%) odczuwała, że praca czasami wpływała na kłótnie domowe. U najmniej licznej grupy zdarzało się to częściej (12,1%).

### Poziom satysfakcji z wypoczynku osób ankietowanych

Badając poziom satysfakcji z wypoczynku osób ankietowanych według kryterium zadowolenia ze snu stwierdzono, że prawie połowa respondentów (41,4% — zadowolonych, 8,1% — bardzo zadowolonych) była zadowolona ze swojego snu w znacznym stopniu. Mniejsza liczebnie grupa (34,3%) nie miała wyrobionej opinii na ten temat, natomiast najmniejsza liczba badanych (16,2%) nie odczuwała zadowolenia ze swojego snu.

Pielęgniarki czynne zawodowo najczęściej (48,5%) były niezdecydowane co do zadowolenia z ilości wolnego czasu. Kolejna grupa badanych (38,4%) była bardzo zadowolona, natomiast mniejszość (12,1%) zajęła stanowisko osób niezadowolonych w tej kwestii. Analizując poziom satysfakcji z wypoczynku według kryterium możliwości spędzania wolnego czasu w zadowalający sposób stwierdzono, że 1/4 badanych w niewielkim stopniu miała możliwość spędzania wolnego czasu w taki sposób, jaki by chciała, nieco ponad 1/3 miała taką możliwość w średnim stopniu, a liczna grupa (39,4%) w stopniu wystarczającym i prawie wystarczającym.

Tworząc charakterystykę badanej grupy pielęgniarek czynnych zawodowo stwierdzono, że prawie połowa badanych (46,5%) okazjonalnie uczęszczała do kina/teatru. Mniejszy odsetek (23,2%) stanowili ankietowani korzystający z podanych rozrywek raz w miesiącu. Grupa podobnej liczebności (22,2%) w ogóle nie chodziła do kina czy teatru. Określając poziom zadowolenia z wypoczynku według kryterium częstości wyjeżdżania na odpoczynek poza miejsce

zamieszkania stwierdzono, że najwięcej respondentów (46,5%) wyjeżdżała na tego typu odpoczynki raz w roku. Mniejsza grupa (34,3%) 2–3 razy w roku. Najmniej osób (16,2%) w ogóle nie wyjeżdżało poza miejsce zamieszkania.

## Dyskusja

Celem niniejszej pracy było przedstawienie wybranych aspektów jakości życia pielęgniarek czynnych zawodowo w Szpitalu Uniwersyteckim im. Bizielela w Bydgoszczy.

Na przedstawiony problem złożyło się wiele elementów. Jakość życia była determinowana w stopniu istotnym statystycznie przez elementy takie jak satysfakcja z pracy, następnie zdrowie, zadowolenie z życia prywatnego, wypoczynku oraz wszystkie czynniki związane z charakterystyką badanych, tj. wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, liczba członków w gospodarstwie domowym, dochód, system pracy [5].

Ważnym czynnikiem wpływającym negatywnie na wyniki badań było poczucie zagrożenia i obawy o pracę. Duża ilość badanych nie była przychylnie nastawiona do wypełniania ankiet. Dopiero długotrwałe wyjaśnienia, że ankiety są anonimowe i ich wypełnienie nie będzie miało wpływu na konkretne osoby badane, umożliwiły przeprowadzenie badań [6].

Większość badanych była w wieku średnio 37 lat, z wykształceniem najczęściej średnim pielęgniarskim. Dochód przypadający na jednego członka rodziny wynosił w większości powyżej 1000 zł. Jednak równie liczna grupa badanych posiadała zarobki sięgające 600–800 zł, z liczbą członków w gospodarstwie domowym 3 lub więcej.

Z dochodem wiązało się wiele elementów. Dochód warunkował także spełnienie oczekiwań względem pracy pielęgniarek. Niższy wpływał na niezadowolenie, poczucie przemęczenia, gorsze relacje ze współpracownikami. Wyższe wynagrodzenie motywowało do osiągnięcia lepszych wyników w pracy, wpływało na zdrowszy sposób odżywiania się [4].

System pracy także wiązał się z pozostałymi komponentami jakości życia. Osoby, które pracowały na jedną zmianę w systemie osmiogodzinnym odczuwały wyższy poziom zadowolenia z warunków pracy, spełnienia oczekiwań związanych z bezpieczeństwem. Odczuwały wyższy poziom energii do prowadzenia satysfakcjonującego życia oraz poczucia, że ma ono sens.

Osoby pracujące w systemie jedno-, dwuzmianowym były również bardziej zadowolone z możliwości spędzania wolnego czasu, wypoczynku i dostępności wielu usług m.in. opieki medycznej.

System pracy w zawodzie pielęgniarki w znacznym stopniu wpływał na stan zdrowia. Osoby pracujące na jedną i drugą zmianę przejawiały lepsze samopoczucie, odżywiały się także regularnie, spożywały posiłki w odpowiednich ilościach bez sięgania po używki, co warunkowało poczucie zadowolenia z własnego zdrowia.

Dwunastogodzinny system pracy pielęgniarki wpływał niekorzystnie na relacje rodzinne. Przyczyniał się do konfliktów domowych wynikających z rzadkiego spędzania czasu z najbliższymi oraz nienależytego wypełniania obowiązków związanych z życiem rodzinnym [5].

W Szpitalu Uniwersyteckim im. Bizuela w Bydgoszczy pielęgniarki pracowały w większości w systemie jedno- i dwuzmianowym, w trybie ośmiogodzinnym. Zdarzały się jednak osoby pracujące po 12 godzin. Wpływało to na osłabienie wydajności w pracy, zmniejszenie zadowolenia z jakości życia. Szczególne utrudnienie miały osoby pracujące w oddziałach intensywnej terapii. Była to praca o najwyższym stopniu obciążenia fizycznego i psychicznego [7].

Poziom jakości życia wiązał się z życiem kulturowym. Miejsce zamieszkania w obrębie dużych miast wpływało na lepszy dostęp do miejsc związanych z rozwojem kulturowym typu teatr, kino, muzea itp. [8].

Poziom jakości życia jest związany z poczuciem koherencji, czyli spójności między wymienionymi powyżej czynnikami poczucia satysfakcji życiowej. Łącząc wszystkie te komponenty można stwierdzić, że poziom jakości życia w Szpitalu im. Bizuela w Bydgoszczy utrzymywał się na średnim poziomie. Większość osób pracujących była zadowolona ze zdrowia, poczucia sensu życia, komfortu miejsca zamieszkania. Mniejsza liczba osób odczuwała niezadowolony z warunków pracy, dokładniej dochodu, systemu pracy oraz czasu wolnego. Wynikało to z poczucia braku doceniania zawodu pielęgniarki i braku odpowiedniego wynagrodzenia za pracę. Duża liczba osób badanych uważała, że elementem, który należałoby ulepszyć jest właśnie system pracy i dochody. Z kolei system pracy związany jest z ilością wolnego czasu [9].

Do osiągnięcia kompletnej satysfakcji z życia pielęgniarki potrzebują wprowadzenia korzystnych zmian wśród powyżej wymienionych elementów.

Praca pielęgniarki jest pracą ciężką, wyczerpującą zarówno fizycznie, jak i psychicznie, z dużym poziomem odpowiedzialności za zdrowie i życie człowieka. Taki charakter pracy dostarcza wielu stresów i zawirowań emocjonalnych. Osoby pracujące w zawodzie często sięgały po używki (najczęściej papierosy), aby odreagować stres. Wiązało się to z obniżeniem poziomu zdrowia i narusza obszar poczucia koherencji obniżając w ten sposób poziom jakości życia [10].

Pielęgniarki wciąż dążą do adekwatnego do rodzaju i charakteru traktowania ich pracy. Proporcjonalne zarobki, uściślenie systemu pracy do jedno- bądź dwuzmianowej z trybem ośmiogodzinnym wpłynie na podwyższenie poziomu satysfakcji życiowej wśród pielęgniarek [4].

## Wnioski

Przeprowadzone badanie pozwoliło na sformułowanie poniższych wniosków:

1. Jakość życia pielęgniarek czynnych zawodowo w Szpitalu Uniwersyteckim im. Bizuela w Bydgoszczy była zdeterminowana przez czynniki wieloaspektowe, tj. staż pracy, wiek, wykształcenie, oddział na którym pracowały, liczbę członków w gospodarstwie domowym, dochód, system pracy oraz oprócz czynników demograficznych przez inne, tj. zadowolenie ze zdrowia, z życia prywatnego, satysfakcję z wypoczynku.

2. Poziom jakości życia pielęgniarek czynnych zawodowo w Szpitalu Uniwersyteckim im. Bizuela w Bydgoszczy utrzymywał się na średnim poziomie.

3. U większości respondentów dochód powyżej 1000 zł występował jako czynnik pozytywnie determinujący jakość życia.

4. System pracy trzymianowy w trybie dwunastogodzinnym wpływał na znaczne obniżenie wydajności w pracy oraz obniżenie poziomu jakości życia osób ankietowanych.

5. Większość ankietowanych stwierdziła, że wysokość wynagrodzenia jest nieadekwatna do rodzaju pracy pielęgniarki.

6. Praca pielęgniarki w opinii ankietowanych miała istotny wpływ na stan zdrowia fizycznego i psychicznego pracujących.

## Streszczenie

Wstęp. Jakość życia jest pojęciem o wielu znaczeniach. Można traktować je w sposób obiektywny bądź subiektywny. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z jakością życia, w drugim — z poczuciem jakości życia. Rozważając problem można opierać się na poziomie spełnienia normy bądź na bogactwie zdobytych doświadczeń i przeżyć. Z pojęciem jakości życia w sposób istotny łączy się proces oceny poznawczej jednostki [7].

Cel. Motywem napisania pracy była chęć zbadania poziomu satysfakcji życiowej osób pracujących w zawodzie pielęgniarki oraz oddziaływania pracy na zdrowie, funkcjonowanie i spełnianie ról społecznych przez tę grupę zawodową. Znajomość jakości życia pielęgniarek czynnych zawodowo pozwoli na zaplanowanie programów prewencyjnych dotyczących zmiany warunków pracy na bardziej korzystne, wprowadzenie zmian podnoszących satysfakcję życiową [7].

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone w Szpitalu Uniwersyteckim Nr 2 im. J. Bizuela w Bydgoszczy w 2011 r. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietową z narzędziem konstrukcji własnej — kwestionariuszem ankiety oraz kwestionariuszem WHOQOL.

Wyniki. Poziom jakości życia jest związany z poczuciem koherencji czyli spójności między wymienionymi w pracy czynnikami poczucia satysfakcji życiowej.

Łącząc wszystkie te komponenty można stwierdzić, że poziom jakości życia w Szpitalu im. Bizuela w Bydgoszczy utrzymuje się na średnim poziomie. Większość osób pracujących była zadowolona ze zdrowia, poczucia sensu życia, komfortu miejsca zamieszkania. Mniejsza liczba osób odczuwała niezadowolenie z warunków pracy, dokładniej dochodu, systemu pracy oraz czasu wolnego [9]. Praca pielęgniarki jest pracą ciężką, wyczerpującą zarówno fizycznie jak i psychicznie, z dużym poziomem odpowiedzialności za zdrowie i życie człowieka. Osoby pracujące

w zawodzie pielęgniarki wciąż dążą do adekwatnego do rodzaju i charakteru traktowania ich pracy. Proporcjonalne zarobki, uściślenie systemu pracy do jedno- bądź dwuzmianowej z trybem ośmiogodzinnym wpłynę na podwyższenie poziomu satysfakcji życiowej wśród pielęgniarek [10].

Wnioski. Podsumowując wyniki badań i wszystkie wymienione uwagi można stwierdzić, że aby utrzymać albo nawet podwyższyć obecny poziom jakości życia zarówno w Szpitalu im. Bizziela w Bydgoszczy jak i w innych szpitalach należy zastosować się do wyznacznika satysfakcji życiowej łączącego wszystkie wymienione, którym jest poczucie koherencji.

## Summary

**Admission.** The quality of life is comprehending about many meanings. It is possible to treat them in the objective or subjective way. In the first case we are dealing with the quality of life, in second — with feeling the quality of life. Pondering the problem it is possible to be based on a level of meeting the norm, be on the wealth of past experiences and experiences. With comprehending the quality of life in the significant way an assessment process of the cognitive individual is connected [7].

**Purpose.** Desire for examining of the level of the practical satisfaction of persons working in the profession the nurse was a motive for writing the work and influences of the work on the health, functioning and fulfilling social roles by this occupational group. The acquaintance of professionally active qualities of life of nurses will let the work for planning the preventive programs concerning the variation of the terms on more beneficial, implementing changes raising practical satisfaction [7].

**Material and methods.** The examination was conducted at the university hospital No. 2 for them. J. Bizziela in Bydgoszcz, in 2011. A method of the diagnostic survey was used, survey technique with the tool of the own structure - with the questionnaire of the questionnaire form and the WHOQOL questionnaire.

**Results.** The level of the quality of life is associated with feeling the coherence i.e. the cohesion between factors exchanged at the work of a sense of satisfaction practical.

Joining all these components it is possible to state that quality level of living at the Hospital for them. Bizziela in Bydgoszcz continues on the average level. Majority of persons working was pleased with health, feeling the meaning of the life, the comfort of the domicile. The smaller number of people felt dissatisfaction from working conditions, more precisely of the income, the working practice and the leisure time [9]. The work of the nurse is a work hard, using liabilities for the health up both in terms of physics and mentally, with the great level and the life of the man. Working persons in the profession of the nurse still are aspiring for treating appropriate to the kind and character their work. Proportional earnings, specifying the working practice to 1 be 2 — shift with mode 8 an hour long will influence raising the level of practical satisfaction amongst nurses [10].

**Conclusions.** To sum up it is possible to state findings and all exchanged remarks, that in order to hold or to increase the current level of the quality of life both at the Hospital for them. in Bydgoszcz as well as at other hospitals one should apply Bizziela oneself to the indicator of practical satisfaction linking all exchanged which feeling the coherence is.

## Piśmiennictwo

1. Sęk H. Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*. 1993; 113.
2. Stolarska M. Zielińska J. Jakość życia — przegląd koncepcji. Instytut Psychologii UAM (maszynopis niepublikowany), Poznań 2000.
3. Bańka A., Derbis R. Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia, Wyd Gemini, Poznań–Częstochowa 1994.

4. Zalewska A.M. Zadowolenie z pracy w zależności od reaktywności i wartości stymulacyjnej pracy, *Przegląd Psychologiczny*. 2006; 49(3): 289.
5. Szumska A., Moderska A., Nowakowska I., Jachimowicz-Wołoszynek D. Stan motywacji i motywowania w polskim pielęgniarstwie. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2006; 1/2 (14/15): 74.
6. Tęcza B., Kłapa Z. Satysfakcja pielęgniarek z wykonywanej pracy. *Pielęgniarka i Położna*. 2003; 6 (509): 8.
7. Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B. Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2007; 15(2,3):193.
8. Kolman R., Jakość życia na co dzień. O umiejętności kształtowania jakości swego życia, *Oficyna Wyd. Ośrodka Postępu Organizacyjnego*, Bydgoszcz 2002.
9. Kocięcka A., Andruszkiewicz A., Wrońska J. Poczucie koherencji a stan zdrowia pielęgniarek czynnych zawodowo. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010; 18: 139–144.
10. Banaszek M.B., Andruszkiewicz A., Perwiński J., Krajewska M. Poczucie koherencji a uzależnienie od palenia tytoniu wśród pielęgniarek. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*. 2007; 1: 57–70.



*Beata Haor*

(Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku,  
Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy)

*Beata Pielaszewska*

(NZOZ MEDICINES w Radzanowie)

*Robert Ślusarz*

(Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego  
CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy)

*Mariola Rybka*

(Szpital Lipno Sp. z o.o.,  
Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

WYBRANE ASPEKTY SPRAWNOŚCI SENIORÓW  
W ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCIACH DNIA CODZIENNEGO  
A PRAKTYKA PIEŁĘGNIARKI  
W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Słowa kluczowe: IADL; senior; pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej.

SELECTED ASPECTS OF THE EFFICIENCY OF SENIORS  
IN COMPLEX ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND THE PRACTICE NURSES  
IN PRIMARY CARE

Key words: IADL; senior; primary health care nurse.

## Wstęp

Starzenie się jest procesem naturalnym, fizjologicznym i nieodwracalnym. Szybkość z jaką zachodzą procesy z nim związane zależą od wielu czynników: genetycznych, biologicznych i środowiskowych [1]. Starzenie organizmu rozpoczyna się u człowieka już w wieku średnim i nasila się z upływem czasu. Świadczy to zatem o dynamicznym przebiegu tego procesu [1, 2].

Starzenie się społeczeństw jest znaną cechą postępu cywilizacyjnego i procesem demograficznym przebiegającym w coraz szybszym tempie. Przyczyną takiej sytuacji jest m.in. malejąca dzietność oraz wzrastająca długość życia. Demografowie przewidują, że najbliższe dekady będą charakteryzowały się przyrostem populacji ludzi starszych i wydłużeniem fazy starości [3].

Wzrastająca długość ludzkiego życia następuje w wyniku poprawy warunków higienicznych, mieszkaniowych, korzystnych zmian w standardach odżywiania, ale także większej skuteczności działań instytucji ochrony zdrowia i medycyny naprawczej, a także przedsięwzięć z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia [4]. Jednak wydłużenie się życia spowodowało że coraz więcej osób dożywa wieku, który w przeszłości osiągały nieliczne jednostki. Sytuacja taka niesie ze sobą konsekwencje ekonomiczne, społeczne, a także zdrowotne [4]. Jednym z istotnych problemów współczesnego życia a szczególnie systemu ochrony zdrowia i polityki społecznej jest dostosowanie pielęgnacji, opieki, pomocy medycznej i psychologicznej do potrzeb osób w podeszłym wieku [5].

Starzenie się to normalny proces zmniejszenia się biologicznej aktywności organizmu wraz z wiekiem [1]. Funkcjonowanie osoby starszej zależy nie tylko od stanu jej zdrowia, ale również od sprawności czynnościowej oraz wsparcia socjalnego, uzależnionego od indywidualnych potrzeb [6]. Sprawność czynnościowa (funkcjonalna) wiąże się z niezależnością seniorów od innych osób w działaniach służących zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych, które dotyczą poruszania się, odżywiania, kontroli nad czynnościami fizjologicznymi, utrzymywania higieny [7]. Skutki urazów, powikłania chorób przewlekłych, zaburzenia sfery poznawczej i emocjonalnej, czynniki społeczno-demograficzne prowadzą do istotnych deficytów w zakresie codziennego funkcjonowania seniora [8].

W analizie sprawności czynnościowej stosuje się instrumenty służące ocenie m.in.: podstawowych czynności życia codziennego np. skala Katza, złożonych czynności życia codziennego np. skala Lawtona, poziomu aktywności fizycznej np. skala Grimby, test TUG, ocenie ryzyka upadków np. test Tinetti [6, 9, 10]. Szczególne zadania w ocenie deficytów sprawności funkcjonalnej seniorów dotyczą pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej. Stały kontakt z osobami starszymi, które przebywają w środowisku swojego zamieszkania, stwarza jej okazję do systematycznej oceny wydolności czynnościowej podopiecznych. Proste skale i testy stosowane w analizie sprawności funkcjonalnej seniorów mają charakter narzędzi przesiewowych, które optymalizują świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej.

## Cel

Celem badań była analiza wybranych aspektów sprawności seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego w środowisku zamieszkania.

## Materiał i metoda

Badaniami objęto grupę 100 osób (kobiety i mężczyźni) w wieku  $\geq 60$  lat, którzy pozostawali pod opieką medyczną placówki podstawowej opieki zdrowotnej w Radzanowie (powiat płocki).

Respondentów podzielono na trzy grupy wiekowe. Najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 75 lat i powyżej — 53 osoby (53,0%). Wśród seniorów w kategorii: 60–64 rok życia było 24 badanych (24,0%). Najmniej liczną grupę stanowili respondenci w wieku 65–74 lata — 23 osoby (23,0%). W badaniu uczestniczyło 57 kobiet (57,0%) i 43 mężczyzn (43,0%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym — 46 osób (46,0%). Z kolei 27 osób (27,0%) ukończyło szkołę zawodową. Średnim wykształceniem legitymowało się 17 osób (17,0%) a wyższym — 10 osób (10,0%). Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy oceniali swój status materialny jako przeciętny — 55 osób (55,0%). Z kolei dobra sytuacja finansowa dotyczyła 38 osób (38,0%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby, które określały swój status materialny jako zły — 7 osób (7,0%). Zdecydowana większość respondentów to mieszkańcy wsi — 73 osoby (73,0%). Niespełna co czwarty badany to mieszkaniec miasta — 27 osób (27,0%).

W badaniach zastosowano metodę szacowania oraz technikę skali szacunkowej, wykorzystano także kwestionariusz skali złożonych czynności dnia codziennego IADL (ang. Instrumental Activities of Daily Living — IADL) — skala Lawtona. Do czynności tych należą: pisanie, czytanie, chodzenie po schodach, sprząatanie, przygotowywanie posiłków, samodzielne wychodzenie z domu, korzystanie ze środków transportu, posługiwanie się pieniędzmi, lekami, telefonem [6]. Badany za wykonanie wymienionych działań mógł uzyskać od 0 do 8 punktów. Ocenę sprawności ustalono według poniższej interpretacji:

- 7–8 punktów — osoba całkowicie niezależna w zakresie IADL;
- 3–6 punktów — osoba częściowo zależna w zakresie IADL;
- < 3 punkty — osoba całkowicie zależna w zakresie IADL.

Ogólna liczba punktów ma znaczenie tylko w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Spadek tej liczby w czasie świadczy o pogarszaniu się stanu ogólnego.

Respondentów poinformowano o celu badań, ich anonimowym, bezpłatnym charakterze. Następnie po uzyskaniu zgody wręczono badanym kwestionariusze do wypełnienia. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrekcji placówki oraz Komisji Bioetycznej.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnika korelacji R. Spearmana. Zastosowano również nieparametryczny Test U Manna-Whitneya do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami (grupami). Wykorzystano także nieparametryczny test rang Kruskala-Wallisa, wykorzystywany do porównania wielu prób niezależnych (grup). Przyjęto poziom istotności  $p \leq 0,05$  jako istotny statystycznie.

## Wyniki

W zakresie wszystkich pozycji skali funkcjonowania instrumentalnego badani najwyżej ocenili posługiwanie się pieniędzmi — średnia 0,86 punktu, dalej wykonywanie prania — 0,78 i posługiwanie się lekami — 0,75. Najniższej oceny dokonali w zakresie wykonywania zakupów — 0,56 punktu i używania środków transportu — 0,45. Średni wynik badanej grupy wyniósł 5,5 punktu co wskazuje, że badani to osoby częściowo zależne w zakresie IADL. Odchylenie standardowe stanowi ponad 49,0% wartości średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników.

Zdecydowana większość respondentów niezależnie od płci (47 osób — 47,0%) prezentuje całkowitą sprawność, niezależność w zakresie IADL. W grupie kobiet dotyczyło to 25 osób (43,9%), a wśród mężczyzn — 22 osoby (51,2%). Z kolei częściową zależność w zakresie IADL prezentuje 35 osób (35,0%). W grupie kobiet dotyczy to 22 osób (38,6%), a w grupie mężczyzn 13 osób (30,2%). Natomiast całkowitą zależność w zakresie IADL prezentuje 18 osób (18,0%). W grupie kobiet dotyczy to 10 osób (17,5%), a w grupie mężczyzn 8 osób (18,6%). Jedynie w zakresie samodzielności w wykonywaniu zakupów stwierdzono różnice istotne statystycznie w zakresie IADL ( $p=0,047$ ) w zależności od płci badanych. Mniejszą sprawność w powyższym zakresie prezentują kobiety w porównaniu do mężczyzn.

Jak wykazał test U Manna-Whitneya nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w ogólnej liczbie punktów IADL uzyskanych przez respondentów w zależności od płci.

Wprawdzie mężczyźni w nieznacznie większym stopniu radzą sobie lepiej w złożonych czynnościach w życiu codziennym od kobiet. Uzyskiwali oni bowiem średnio większą liczbę punktów (5,63) w porównaniu do kobiet (5,40),

co może świadczyć o ich wyższej sprawności. Różnica jednak jak wcześniej wspomniano nie była istotna statystycznie.

Wiek pozostawał w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami skali IADL ( $p < 0,05$ ). Wraz ze wzrostem wieku wzrastała zależność respondentów od pomocy innych osób w złożonych czynnościach w życiu codziennym. Rycina 3 prezentuje rozkład wyników IADL ze względu na wiek.

Ze wszystkich pozycji skali funkcjonowania instrumentalnego badani w wieku 60–64 lata uzyskali najwyższe wyniki z wyjątkiem posługiwania się pieniędzmi, gdzie wyższą sprawność wykazali respondenci w wieku 65–74 lata. Najniższe wyniki z kolei uzyskali seniorzy w wieku 75 lat i powyżej z wyjątkiem przygotowania posiłków, gdzie najmniejsza sprawność dotyczyła badanych w wieku 65–74 lata. Generalnie najwyższy wynik ogólnej wartości IADL dotyczył seniorów w wieku 60–64 lata — średnia 6,92 punktu. Jest to wynik częściowej zależności w zakresie IADL (na granicy całkowitej niezależności). Najniższy wynik (najmniejsza sprawność) dotyczyła badanych w wieku 75 lat i powyżej — średnia 4,68 punktu. Jest to wynik mieszczący się w dolnej strefie częściowej zależności w zakresie IADL.

Wśród osób w wieku 60–64 lata największą grupę stanowili seniorzy całkowicie niezależni w zakresie IADL — 20 osób (83,3%). Respondenci w wieku 65–74 lata także wykazywali najczęściej samodzielność w zakresie IADL, jednak w znacznie mniejszym stopniu — 13 osób (56,5%). W grupie wiekowej 75 lat i powyżej, odnotowano najwięcej osób z częściową zależnością w zakresie IADL — 28 osób (52,8%). Wyniki IADL w poszczególnych pozycjach skali były zatem zróżnicowane w zależności od wieku badanych. Na osiem wyników aż pięć pozostawało w istotnej korelacji statystycznej od kategorii wiekowej seniorów, tj.: używanie telefonu, wykonywanie zakupów, sprząatanie, korzystanie ze środków transportu oraz posługiwanie się lekami od wieku respondentów. Oznacza to, że wraz z zaawansowaniem starości zwiększa się zależność osób starszych od pomocy innych w zakresie IADL.

W zakresie wszystkich pozycji skali funkcjonowania instrumentalnego najwyższe wyniki uzyskali badani z wykształceniem wyższym z wyjątkiem: użycia telefonu, gdzie identyczny wynik uzyskali badani z wykształceniem średnim. W zakresie sprząatania wyższy wynik dotyczył respondentów legitymujących się wykształceniem średnim. Podobnie w przypadku wykonywania prania. Najniższe wyniki z kolei uzyskali badani z wykształceniem podstawowym z wyjątkiem posługiwania się pieniędzmi, gdzie niższy wynik dotyczył seniorów z wykształceniem zawodowym. Najwyższy wynik ogólnej wartości IADL osiągnęli badani legitymujący się wykształceniem wyższym — średnia 7,2 punktu, co świadczy o ich całkowitej niezależności. Seniorzy z wykształceniem średnim uzyskali średnio 6,47 punktu. Jest to wynik świadczący o częściowej zależności w zakresie IADL na granicy całkowitej niezależności. Najniższa średnia liczba punktów (4,48) dotyczyła respondentów z wykształceniem

podstawowym. Jest to wynik mieszczący się w dolnej strefie częściowej zależności w zakresie IADL.

Wśród osób z wykształceniem wyższym największą grupę stanowili seniorzy całkowicie niezależni w zakresie IADL (80,0% — 8 osób). Respondenci legitymujący się wykształceniem średnim także wykazywali najczęściej samodzielność w zakresie IADL (52,9% — 9 osób). W grupie tej nie odnotowano badanych o całkowitej zależności w zakresie IADL. Wśród osób z wykształceniem zawodowym również zdecydowana większość seniorów pozostawała niezależna w zakresie IADL (59,3% — 16 osób). Z kolei w grupie respondentów legitymujących się wykształceniem podstawowym największy odsetek badanych to osoby częściowo zależne w zakresie IADL — 19 osób (41,3%). Ponadto w tej grupie odnotowano najwięcej seniorów całkowicie zależnych w IADL (28,3% — 13 osób).

Wykształcenie badanych pozostawało w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami skali IADL ( $p < 0,05$ ). Odnotowano sześć korelacji między wykształceniem respondentów a ich sprawnością w zakresie takich czynności IADL, jak: użycie telefonu, wykonywanie zakupów, sprząatanie, pranie, używanie środków transportu, posługiwanie się lekami. Oznacza to, że respondenci z wyższym wykształceniem prezentowali wyższą sprawność w powyższych czynnościach. Z kolei osoby legitymujące się niższym wykształceniem wykazały większą zależność od innych w złożonych czynnościach w życiu codziennym. Największą niezależność prezentowali zatem badani z wykształceniem wyższym, następnie średnim a najmniejszą seniorzy z wykształceniem podstawowym.

W zakresie wszystkich pozycji skali funkcjonowania instrumentalnego badani, którzy oceniali swój status materialny jako dobry uzyskali najwyższe wyniki. Z kolei najniższe dotyczyły seniorów, którzy wskazywali, że ich sytuacja materialna jest zła. Wyjątek stanowiła niezależność w zakresie wykonywania prania, gdzie niższy wynik uzyskali respondenci o sytuacji materialnej przeciętnej. Najwyższa średnia punktów w zakresie IADL (7,0) dotyczyła seniorów określających swoją sytuację finansową jako dobrą. Jest to wynik świadczący o całkowitej niezależności w zakresie IADL. Najniższy wynik (najniższą sprawność) uzyskali badani o statusie materialnym złym — średnia 3,29 punktu. Jest to wynik mieszczący się w dolnej strefie częściowej zależności w zakresie IADL na granicy całkowitej zależności.

W grupie respondentów o dobrym statusie materialnym przeważały osoby całkowicie niezależne w zakresie IADL (73,7% — 28 osób). Z kolei wśród badanych o statusie materialnym przeciętnym dominowali seniorzy częściowo zależni w zakresie IADL (43,6% — 24 osoby). W grupie badanych o statusie materialnym złym odnotowano taki sam odsetek respondentów o całkowitej i częściowej zależności w zakresie IADL (odpowiednio po 42,9% — po 3 osoby).

Odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami badanych w zakresie funkcjonowania instrumentalnego ze względu na ich samoocenę sytuacji finansowej ( $p < 0,05$ ). Wraz ze wzrostem statusu materialnego, wzrosła niezależność respondentów w ocenie złożonych czynności w życiu codziennym.

## Dyskusja

Światowa Organizacja Zdrowia określiła następujące kierunki działań adresowane wobec seniorów w ramach promocji zdrowia:

— Zapewnienie właściwego systemu opieki wspierającego niezależność i gwarantującego odpowiednią jakość życia osób w starszym wieku.

— Przedłużenie okresu aktywności i samodzielnego, niezależnego życia.

— Podejmowanie działań, mających na celu profilaktykę chorób a tym samym opóźnienie rozpoczęcia udzielania świadczeń medyczno-opiekuńczych oraz zapobieganie zaburzeniom fizycznym, psychicznym i jatrogennym bądź ich łagodzenie.

— Wspieranie systemu opieki domowej i stopniowa rezygnacja z form opieki zinstytucjonalizowanej.

— Złagodzenie bólu i stresu pacjenta w stanie terminalnym [11].

Niezbędnym wymogiem staje się zatem promowanie działań na rzecz stymulacji samodzielności i niezależności osób starszych w zakresie czynności dnia codziennego. Zadania takie powinny zostać wdrożone w sytuacji przebywania seniora w środowisku zamieszkania, po wnikliwej ocenie czynników, które mogą zaburzać jego sprawność funkcjonalną. Szczególnie istotną rolę w identyfikacji deficytów czynnościowych osób starszych odgrywa pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej. Jest to możliwe dzięki systematycznemu wykorzystaniu w pielęgniarskiej praktyce zawodowej prostych skal i testów, które optymalizują ocenę stanu funkcjonalnego seniorów.

Poniżej zaprezentowano analizę wyników badań własnych w konfrontacji z aktualną literaturą.

W badaniach własnych stwierdzono, że mężczyźni w nieznacznie większym stopniu lepiej radzą sobie w złożonych czynnościach w życiu codziennym od kobiet. Różnica była jednak nieistotna statystycznie. Podobne wyniki badań uzyskał W. Fidecki i współautorzy w badaniach w grupie osób w podeszłym wieku ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi, przebywającymi w zakładach opieki długoterminowej we wschodniej części Polski. Z wykorzystaniem skali Barthel wykazano niższą sprawność kobiet w porównaniu z mężczyznami.

Na podstawie analizy statystycznej wykryto zależność między płcią badanych a stopniem ich sprawności [12].

Podobne wyniki badań uzyskała M. Światała w badaniach seniorów na terenie województwa śląskiego. W powyższej grupie stwierdzono, że większa samodzielność w czynnościach dnia codziennego cechuje częściej mężczyzn niż kobiety [13].

W badaniach własnych stwierdzono, że wiek pozostawał w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami skali IADL. W miarę zaawansowania wieku zmniejszała się sprawność seniorów.

Powyższe wyniki potwierdzają badania M. Światały przeprowadzone wśród seniorów na terenie województwa śląskiego. W powyższej grupie stwierdzono, że im starsze są badane osoby, tym częściej deklarują trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego [13].

Podobne wyniki badań uzyskały M. Dziechciarz, L. Płaszewska-Żywko, E. Guta. Badania przeprowadzono wśród seniorów województwa podkarpackiego mieszkających na wsi. Wykazano, że samodzielność w wykonywaniu prostych i złożonych czynności dnia codziennego pogarsza się wraz z wiekiem badanych [14].

Wykształcenie badanych pozostawało w istotnej statystycznie średniej korelacji z wynikami skali IADL. Niższe wykształcenie seniorów korelowało ze wzrostem zależności od innych osób w wykonywaniu złożonych czynności w życiu codziennym. Największą niezależność prezentują badani z wykształceniem wyższym, dalej średnim, zawodowym a najniższą z podstawowym.

W badaniach własnych stwierdzono różnice istotne statystycznie pomiędzy oceną funkcjonowania instrumentalnego seniorów a ich sytuacją finansową. Respondenci, którzy oceniali swój status materialny jako dobry częściej wykazywali niezależność w ocenie złożonych czynności w życiu codziennym.

Badania przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej wykazały, że niemal we wszystkich grupach społeczno-demograficznych w Polsce większość starszych ludzi zadeklarowała zadowolenie ze swojego życia. Niemniej jednak poziom satysfakcji jest wyraźnie zróżnicowany społecznie. Zależy głównie od statusu społeczno-ekonomicznego badanych, który był tym wyższy, im lepsze były warunki materialne badanych, wyższe dochody na osobę w rodzinie oraz pozycja zawodowa. Wśród najmniej zadowolonych z życia są badani znajdujący się w trudnym położeniu życiowym, którzy wskazywali względnie niskie dochody na osobę [15].

## Wnioski

1. Sprawność seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego nie różni się istotnie w zależności od ich płci. Niemniej jednak mężczyźni wykazują większy poziom sprawności w zakresie IADL niż kobiety.

2. Sprawność seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego istotnie różni się w zależności od ich wieku. W miarę zaawansowania wieku, zmniejsza się sprawność seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego.

3. Sprawność seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego istotnie różni się w zależności od ich wykształcenia. Osoby z wyższym wykształceniem wykazują większy poziom sprawności niż osoby z wykształceniem podstawowym.

4. Sprawność seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego istotnie różni się w zależności od ich statusu materialnego. Wraz ze wzrostem statusu materialnego wzrasta niezależność w ocenie złożonych czynności w życiu codziennym.

5. Istotną rolę w identyfikacji deficytów czynnościowych osób starszych przebywających w środowisku zamieszkania odgrywa pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej.

## Streszczenie

Wstęp. Funkcjonowanie osoby starszej zależy nie tylko od stanu jej zdrowia, ale również od sprawności czynnościowej. Szczególne zadania w ocenie deficytów sprawności funkcjonalnej seniorów, którzy przebywają w swoim środowisku zamieszkania, realizuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej.

Cel. Celem badań była analiza wybranych aspektów sprawności seniorów w złożonych czynnościach dnia codziennego w środowisku zamieszkania.

Materiał i metoda. W badaniach wzięło udział 100 osób (kobiety i mężczyźni) w wieku  $\geq 60$  lat, które pozostawały pod opieką medyczną placówki podstawowej opieki zdrowotnej. W badaniach zastosowano metodę szacowania oraz technikę skali szacunkowej, wykorzystano także kwestionariusz skali złożonych czynności dnia codziennego IADL. Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom  $p \leq 0,05$  jako istotny statystycznie.

Wyniki i wnioski. Sprawność osób starszych w złożonych czynnościach dnia codziennego nie różni się istotnie od ich płci. Wyższą sprawność w złożonych czynnościach dnia codziennego prezentowali seniorzy z młodszych grup wiekowych, z wyższym wykształceniem i lepiej oceniający swój status materialny. Istotna rola w identyfikacji deficytów czynnościowych osób starszych przebywających w środowisku zamieszkania dotyczy pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

## Summary

Introduction. The functioning of an elderly person not only depends on its state of health, but also from the functional efficiency. Specific tasks in the assessment of functional capacity deficits seniors who are in their living environment, implementing primary health care nurse.

**Aim.** The aim of the study was to analyze some aspects of efficiency seniors in complex activities of daily living in the living environment.

**Material and methods.** The study involved 100 people (women and men) aged  $\geq 60$  years, who were under the care of medical institutions of primary health care. The research method was used for estimating the scale and technology of the estimated and used a questionnaire scale complex activities of daily living IADL. The results were statistically analyzed. The level of  $p \leq 0.05$  was considered statistically significant.

**Results and conclusions.** The efficiency of older people in the complex activities of daily living is not significantly different from their gender. Higher efficiency in complex daily activities presented seniors with younger age groups, with higher education and better evaluating your financial status. An important role in the identification of functional deficits of older people living in the living environment relates to the primary health care nurses.

### Piśmiennictwo

1. Łój G. Psychosomatyka czy somatopsychika — wzajemne relacje psychiki i somatyki w okresie starości. *Psychiatria*. 2007; 4(3): 105–118.
2. Latkowski B., Lukas W. *Medycyna rodzinna*. Wyd. PZWL, Warszawa 2005.
3. Zarzeczna-Baran M., Bakierska M., Trzeciak B., Pęgiel-Kamrat J. Jakość życia starszych mieszkańców i gminy Sztum korzystających z pielęgniarskiej opieki środowiskowej. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008, 89(4): 511–517.
4. Kawczyńska Butrym Z. *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Wyd. Makmed, Lublin 2008.
5. Klimak K. Problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku. *Pielęgniarka i Położna*. 2003; 9:7.
6. Skalska A. Kompleksowa Ocena Geriatryczna. W: Grodzicki T, Kocemba J., Skalska A. (red.) *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2007; 68–74.
7. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w starości — definicje, pojęcia. W: Panek A., Szarota Z. (red.) *Zrozumieć starość*. Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2000; 69–78.
8. Bień B., Wojszel Z.B., Wilmańska J., Polityńska B. Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. *Gerontologia Polska*. 1999; 7:42.
9. Haor B., Biercewicz M., Barczykowska E., Wojciechowska R., Ślusarz R. Sprawność seniorów w czynnościach dnia codziennego w przebiegu choroby niedokrwiennej serca. W: Kober L. (ed.) *Inovacie v osetrovatel'stve "Rozvoj osetrovatel'stva of Florence Nightingale po súčasnost. Slovenska komora sestier a porodnych asistentiek, Wysoke Tatry 2012, 237–251*.
10. Haor B., Rezmerska L., Sompolska A., Humańska M., Ponczek D., Kurowska K. Wybrane aspekty sprawności seniorów w czynnościach dnia codziennego. W: Haor B., Rezmerska L. (red.) *Wybrane aspekty zdrowia i choroby*. WSHE, Włocławek 2012; 129–141.
11. Wizner B. Promocja zdrowia i aktywności prozdrowotnej. W: Grodzicki T, Kocemba J., Skalska A. (red.) *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2007; 53–58.

12. Fidecki W., Wysociński M., Wrońska J., Ślusarz R. Niepełnosprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarstwa. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2011; 19(1):1–4.
13. Światała M. Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska*. 2009; 17(3):129–136.
14. Dziechciarz M., Płaszewska-Żywko L., Guta E. Samodzielność osób starszych mieszkających na wsi w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych. *Zdrowie Publiczne*. 2010; 120(4):346-350.
15. Obraz typowego Polaka w starszym wieku. Komunikat z badań. CBOS, Warszawa 2010, [http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL./2010/K\\_002\\_10.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL./2010/K_002_10.PDF)



*Mariola Rybka*

(Szpital Lipno Spółka z o.o. Przedsiębiorstwo Zakład Opiekuńczo-Lecznicy,  
Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

*Beata Haor*

(Wydział Nauk o Zdrowiu Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku,  
Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy)

## JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB W WIEKU PODESZŁYM

Słowa kluczowe: jakość życia; wiek podeszły; opieka.

### QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY

Key words: quality of life; old age; care.

### Wstęp

Wśród licznych problemów społeczeństwa znaczące miejsce zajmuje starość człowieka, a co za tym idzie niesamodzielność, niepełnosprawność wynikająca z wielochorobowości. Intensywny rozwój specjalistycznej opieki medycznej oraz pojawienie się na rynku świadczeń opieki długoterminowej wpłynęły na obniżenie poziomu śmiertelności, a choroby sklasyfikowane jako wysoce śmiertelne stały się chorobami przewlekłymi [1]. Starość jest procesem nieuniknionym. Problemy zdrowotne wynikające z wieku zostały określone jako wielkie problemy geriatryczne nazwane zespołami niesprawności człowieka starego. Wieloaspektowość problemów wynikająca z wieku oraz stanu zdrowotnego są przyczyną obniżonego subiektywnego poziomu jakości życia. Choroba przewlekła jest źródłem pogorszenia się jakości życia [2]. Przejawia się ograniczeniem codziennej aktywności, obniżonym poziomem adaptacji do funkcjonowania w warunkach ciągłych zmian socjoekonomicznych [3]. Powiązana jest z bólem, uciążliwym leczeniem, pogorszeniem stanu psychicznego oraz uzależnieniem od osób trzecich [4]. Holistyczne podejście do problemów biologicznych, psychologicznych, społecznych oraz duchowych osób wymagających

stałej profesjonalnej opieki i pielęgnacji nie sposób realizować bez odniesienia się do subiektywnego poczucia dobrostanu [5]. Wiele schorzeń równolegle na siebie zachodzących a odnoszących się do tzw. zespołów geriatrycznych wzajemnie się zazębiają. Najczęściej dotyczy to chorób związanych z niewydolnością układu krążenia, układu ruchu, oddechowego, pokarmowego, nietrzymania moczu, zaburzeń pamięci, zaburzeń równowagi, znacznego pogorszenia funkcji narządu wzroku i słuchu [6]. Wielopoziomowe podejście do problemów człowieka chorego, skupienie się na jego przeżyciach, samopoczuciu, jak i możliwości funkcjonowania daje nam w pełni subiektywną ocenę dotyczącą dobrostanu.

Jakość życia (*quality of life*) jak i dobrostan (*well-being*) jest pojęciem wielowymiarowym. Zdrowie jako dobrostan to wartość, dzięki której człowiek jako jednostka może realizować swoje aspiracje, umiejętność radzenia sobie w nowej rzeczywistości dzięki zmianie pełnienia ról społecznych. Odnajdywania samego siebie w nowej rzeczywistości, zarówno w zdrowiu jak i w chorobie [7]. W życiu człowieka jakość życia ma indywidualne znaczenie w zależności od potrzeby chwili. Ocena jakości życia zagłębia się w obszary zdrowia i statusu społeczno-ekonomicznego, jest rozumiana jako dobrostan, który analizujemy w aspekcie fizycznym, społecznym, duchowym, kulturowym oraz estetycznym. Jakość życia to „funkcjonalny efekt choroby i konsekwencje jej leczenia z punktu widzenia pacjenta” [8].

Praktycznie o jakości życia chorego decyduje różnica pomiędzy sytuacją upragnioną a rzeczywistą. Próby ujednoczenia pojęcia jakości życia doprowadziły ostatecznie do powstania nowego określenia jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia HRQL (Health Related Quality of Life). Zainteresowanie jakością życia wynika głównie z modelu medycyny biorącej odpowiedzialność za całą sferę biopsychospołeczną oraz duchową człowieka chorego. Na ogólną jakość życia osób starszych ma istotny wpływ m.in.: wiek, mobilność, wielochorobowość, niesamodzielność, ból, cierpienie, zaburzenie czynności poznawczych, izolacja społeczna.

Analiza literatury wskazuje, że badania jakości życia osób cierpiących na choroby przewlekłe dostarczają wiarygodnych informacji o obszarach życia człowieka, które najbardziej ulegają pogorszeniu i o tym w jakim zakresie ich funkcjonowanie zostało zaburzone [9].

## Cel

Celem przeprowadzonych badań była analiza oceny jakości życia oraz samoocena stanu zdrowia grupy osób w wieku podeszłym.

## Material i metoda

W badaniu udział wzięły losowo wybrane osoby w wieku sześćdziesięciu lat i powyżej. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy KB/409/2007.

Wstępnym badaniom poddano 680 seniorów. Jako kryterium włączenia do badania zastosowano kwestionariusz MMSE. Do grupy włączono 600 osób, które zdolne były do wypełnienia kwestionariusza i, z którymi kontakt nie był utrudniony postępującym procesem demencji starczej lub innym procesem chorobowym.

Badanie miało charakter przekrojowy z zastosowaniem metody wywiadu bezpośredniego. W celu oceny sprawności funkcji poznawczych wszystkie osoby przebadano za pomocą skali Mini-Mental (Mini-Mental State Examination — MMSE) w celu zakwalifikowania respondentów do udziału w badaniu [10].

Do oceny jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia wykorzystano wystandardyzowane narzędzie badawcze w wersji polskiej, jakim jest kwestionariusz WHOQOL-Bref (wersja krótka). Ocena dotyczy czterech dziedzin życia: psychologicznej, fizycznej, środowiskowej oraz relacji społecznych [11]. Narzędzie to cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, zawiera 26 pytań więc nie jest uciążliwe dla osób starszych, czas przeprowadzenia to około 30 minut. Zakres ww. dziedzin jest oparty na pięciostopniowej skali Likerta i wskazuje, że im wyższy poziom punktacji, tym lepsza jakość życia. Punktacja jest ustalana na podstawie średniej arytmetycznej z poszczególnych dziedzin.

Dla opisu zmiennej zależnej (wyników kwestionariusza WHOQOL-BREF w poszczególnych dziedzinach) posłużono się podstawowymi miarami statystycznymi:

- średnią arytmetyczną, jako miarą tendencji centralnej (jest to wartość, wokół której skupiają się zaobserwowane wartości zmiennej),
- wariancją i odchyleniem standardowym, jako względnymi miarami dyspersji, obrazującymi zróżnicowanie zaobserwowanych wartości zmiennej,
- współczynnikiem zmienności kwadratowej, jako bezwzględną miarą dyspersji umożliwiającą porównywanie wyników uzyskanych w poszczególnych dziedzinach opisywanych przez kwestionariusz.

Przed przystąpieniem do właściwych obliczeń sprawdzono normalność rozkładów zmiennych w porównywanych grupach. Przyjęty poziom istotności statystycznej  $\alpha = 0,01$  lub  $\alpha = 0,05$ . Zastosowano współczynnik korelacji liniowej Pearsona, współczynnik korelacji punktowo-biseryjnej.

## Wyniki

Analiza statystyczna objęła 600 ankietowanych. Średnia wieku badanych wynosiła 77,6 lat. Badaną populację stanowiły w większości kobiety (58%), mężczyźni (41%). Wśród respondentów najwięcej osób posiadało wykształcenie średnie lub zawodowe. Osoby pozostające w związku oraz osoby samotne stanowiły porównywalną liczbowo grupę badawczą.

Dokonując oceny poziomu ogólnej jakości życia osób w podeszłym wieku przeprowadzono analizę rozkładu odpowiedzi na pytanie pierwsze z ankiety oceniającej jakość życia WHOQOL-BREF. Średnia wyników ogólnej jakości życia grupy odpowiada określeniu: „ani dobra, ani zła” (3). Rozrzut wyników w analizowanej próbie wynosi 26%.

Analiza uzyskanych danych wskazuje, że tylko 1% respondentów określiło swoją jakość życia jako bardzo złą, a 4% badanych jako bardzo dobrą. Najwięcej badanych znalazło się w grupie podającej odpowiedź: „ani dobra, ani zła” — 40% oraz raczej dobra — 36%. Co dwudziesty respondent wskazał na złą jakość życia co stanowiło 19% badanych. Świadczy to o średniej i niskiej ocenie jakości życia osób badanych. Osoby badane odpowiadały także na pytanie dotyczące ich ogólnego samopoczucia — zadowolenia ze stanu zdrowia. Ponad połowa osób badanych (64,4%) nie jest zadowolona ze swojego stanu zdrowia, natomiast zaledwie co piąta osoba badana ocenia swój stan zdrowia jako zadowolający.

Analiza porównawcza subiektywnej oceny jakości życia w odniesieniu do dobrostanu badanej osoby wskazuje, że badani deklarują wyniki umiarkowane. Samopoczucie jest określone jako umiarkowanie złe (przewaga odpowiedzi określających samopoczucie jako złe lub zdecydowanie niezadowolające). Uzyskane wyniki wskazują na większe zróżnicowanie pod względem samopoczucia niż oceny jakości życia.

Kwestionariusz WHOQOL-BREF pozwala na określenie poziomu jakości życia w czterech dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych i środowiskowej. Wynik każdej z powyższej wymienionych dziedzin określany jest średnim wynikiem odpowiedzi na pytania zaliczające się do podskali określającej jakość życia w danej dziedzinie.

Większość badanych określa swoją jakość życia w dziedzinie fizycznej jako niską (54%). Osób wskazujących na bardzo niski poziom jakości życia było 7%. Jako dobrą lub bardzo dobrą swoją jakość życia w analizowanej dziedzinie oceniło 39% badanych.

Natomiast co do dziedziny psychicznej badani przeważnie wybierali środkowe kategorie odpowiedzi świadczące o niskiej (50%) i wysokiej (42%) jakości życia. Zaledwie 2% respondentów oceniło swoją jakość życia w dziedzinie psychologicznej jako bardzo złą, natomiast 6% jako bardzo dobrą.

Zdecydowana większość badanych, w odniesieniu do relacji społecznych, jakość życia określiła na poziomie niskim lub wysokim (40% i 41%). Tylko 3% badanych określiło swoją jakość życia w tym zakresie jako bardzo złą. 16% badanych osób starszych określa swoją jakość życia w analizowanej dziedzinie jako bardzo dobrą.

Bardzo niskie wyniki jakości życia w zakresie środowiskowym uzyskało 6% badanych, bardzo wysokie 4%. Największą grupę (55%) stanowiły osoby starsze określające swoją jakość życia w analizowanej dziedzinie jako niską.

Analizując powyższe rozkłady można zauważyć, iż badane osoby starsze najwyżej swoją jakość życia oceniają w dziedzinie relacji społecznych (16% respondentów uzyskało wyniki bardzo dobre lub dobre). Najniższe wyniki osoby badane uzyskały w dziedzinie fizycznej i środowiskowej (7% i 6% wyników na bardzo niskim poziomie). W dziedzinie psychologicznej osoby starsze oceniały swoją jakość życia przeważnie jako dobrą (42%). Najwyższe średnie wyniki badane osoby uzyskują w dziedzinie relacji społecznych. W dziedzinie tej największy jest również rozrzut wyników ( $V_x$ ), co świadczy o największej różnorodności uzyskanych wyników. Najniższą średnią uzyskano w dziedzinie fizycznej i środowiskowej; najmniejszy rozrzut natomiast w dziedzinie psychologicznej. Ogólnie można stwierdzić, że uzyskane średnie poszczególnych dziedzin są do siebie bardzo zbliżone, podobnie jak rozrzuty.

Jednym z czynników społeczno-demograficznych wziętych pod uwagę w badaniach był wiek. Dla dokładniejszej analizy jakości życia badanych osób sprawdzono siłę i istotność korelacji wieku i wyróżnionych w kwestionariuszu WHOQOL-BREF dziedzin jakości życia. Wiek istotnie wpływa na jakość życia badanych osób starszych. W badanej grupie wiek najsilniej korelował z dziedziną środowiskową (zależność umiarkowana  $r = -0,43$ ) oraz fizyczną (zależność umiarkowana  $r = -0,42$ ) i psychologiczną (zależność umiarkowana  $r = -0,4$ ). Zależności pomiędzy odpowiedzią na pytania pierwsze i drugie wykazuje niską korelację z wiekiem badanych osób. Wszystkie zależności mają charakter ujemny, co świadczy o tym, że im wyższy wiek, tym niższa jakość życia w poszczególnych dziedzinach.

Analiza wpływu wykształcenia na poziom jakości życia w dziedzinach kwestionariusza WHOQOL-BREF w grupie badanych osób starszych w przeważającej większości są na poziomie niskim (ogólny stan zdrowia, dziedzina fizyczna, psychologiczna i relacji społecznych). Najsilniejszą korelację można zaobserwować pomiędzy wykształceniem a ogólną jakością życia (zależność umiarkowana). Wszystkie wymienione zależności są istotne na przyjętym poziomie istotności statystycznej  $\alpha = 0,01$ . Nieistotna okazała się jedynie zależność pomiędzy wykształceniem a dziedziną środowiskową — zależność nikła.

W badaniach jako jedną z istotnych zmiennych społeczno-demograficznych uznano płeć. Istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy płcią a jakością życia osób starszych w zakresie czterech dziedzin określanych kwestionariuszem.

Korelacje te są na poziomie niskim. Najsilniejsze okazały się zależności pomiędzy płcią a dziedzinami: psychologiczną i relacji społecznych ( $r = 0,18$ ). We wszystkich dziedzinach wyższe wyniki uzyskiwali mężczyźni. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy płcią a pytaniami ogólnymi, dotyczącymi ogólnej jakości życia i zdrowia. Korelacje te są nikłe. Porównując rozrzut wyników w analizowanych grupach można stwierdzić, że są one bardzo zbliżone w grupie mężczyzn i kobiet (nieco wyższe u kobiet).

Kolejną zmienną społeczno-demograficzną uwzględnianą w badaniach był stan cywilny badanych osób starszych. W analizie podział stanu cywilnego zawężono do: osób pozostających w związkach i samotnych (stanu wolnego, owdowiałych, rozwodników).

Również niskie i umiarkowane korelacje uzyskano pomiędzy poszczególnymi dziedzinami jakości życia a stanem cywilnym badanych osób. Wszystkie zależności okazały się istotne statystycznie. Wyższe okazały się średnie wyniki jakości życia osób pozostających w związkach. Stan cywilny najsilniej w badanej grupie osób starszych korelował z: dziedziną relacji społecznych, fizyczną i środowiskową oraz ogólną jakością życia — zależności umiarkowane.

Osoby badane poproszono o określenie ilości i jakości odczuwanych dolegliwości. Zaobserwowano niskie korelacje pomiędzy ilością zgłaszanych dolegliwości a poziomem jakości życia w poszczególnych dziedzinach kwestionariusza WHOQOL-BREF. Najsilniejszą korelację możemy zaobserwować pomiędzy ilością dolegliwości a dziedziną psychologiczną ( $C = 0,32$ ) — zależność umiarkowana. Prawie wszystkie zależności okazały się istotne statystycznie.

Respondentów również poproszono o określenie ilości zdiagnozowanych jednostek chorobowych, na które są leczeni. Dokonując analizy statystycznej powyższych danych można stwierdzić, że ilość chorób koreluje w istotny sposób ze wszystkimi dziedzinami jakości życia. Najsilniejszą zależność uzyskano pomiędzy wielochorobowością a ogólną jakością życia ( $C = 0,49$ ).

## Dyskusja

Obserwując sytuację demograficzną i jej ewaluację należy stwierdzić, że jedną z podstawowych cech dynamicznego rozwoju cywilizacji jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia oraz wzrost populacji ludzi w wieku podeszłym [3].

GUS podaje, że udział ludności w wieku podeszłym w ogólnej populacji stanowi 13,4% — osobom tym należy zabezpieczyć profesjonalną opiekę pielęgniarską oraz kompleksową opiekę geriatryczną.

Główne problemy zdrowotne seniorów wynikają z chorób: układu krążenia, nowotworowych, układu pokarmowego, schorzeń układu ruchu oraz dysfunkcje narządów zmysłów — wzroku, słuchu, które wpływają na wydolność funkcjonalną osób w wieku podeszłym, co potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych przez Kujawę i wsp. (2005) [4].

Zdecydowana większość osób biorących udział w badaniu posiadała wykształcenie niepełne podstawowe lub podstawowe (60%). Podobne wyniki otrzymała Budzyńska-Kapczuk (2004), zarówno jedne jak i drugie wyniki są zbliżone do powszechnie obserwowanych w kraju [6].

Rozkład stanu cywilnego seniorów w zdecydowanej większości to wdowy/wdowcy (71,98%), osoby pozostające w związkach stanowią zaledwie 19,32%.

Samoocena stanu zdrowia badanych jest określona jako niezadowolająca. Taką opinię wskazało 64,4% badanych. Zaledwie co piąta osoba badana ocenia swój stan zdrowia jako zadowolający. Uzyskane wyniki badań są porównywalne z wynikami badań uzyskanymi przez Bień (2002) jak również Kwapisz (2005) [7,8]. Respondenci najczęściej uskarżali się na problemy zdrowotne wynikające z chorób układu krążenia, tkanki łącznej, metabolicznych. Uzyskane wyniki stanowią potwierdzenie w badaniach przeprowadzonych przez Miller i wsp. (1998) oraz Gąsiorowskiego i wsp. [9,12]. Analiza uzyskanych wyników potwierdza zjawisko wielonarządowej patologii. Każda z osób badanych średnio wskazywała co najmniej dwie a najczęściej po trzy lub cztery jednostki chorobowe, jednocześnie porównywalne wyniki uzyskała Biercewicz i wsp. (2005) [13].

Przeprowadzone badania za pomocą kwestionariusza WHOQOL-Bref (wersja krótka), uwzględniającego cztery podstawowe dziedziny życia chorego oraz kwestionariusza wywiadu pozwoliły uzyskać dane dotyczące subiektywnej oceny jakości życia pacjentów w wieku podeszłym. Analiza statystyczna (test chi kwadrat) wykazała, że subiektywna ocena jakości życia seniorów jest „ani dobra, ani zła”, czyli na poziomie średnim (76% badanych). Uzyskane wyniki są porównywalne z wynikami badań Muszlik i wsp. (2007) określające jakość życia osób w wieku podeszłym jako dość niską [14]. Kobiety w 57,97% wskazują na znaczny stopień niezadowolienia ze swojej jakości życia, nieznacznie lepszy poziom wyrazili mężczyźni 44,09%. Potwierdzeniem tego są wyniki badań Lesińskiej-Sawickiej w odniesieniu do płci, wieku i wykształcenia (2007) — im niższe wykształcenie respondentów tym niższy poziom jakości życia [15].

## Wnioski

1. Osoby w wieku podeszłym oraz starsze wskazują na niską samoocenę stanu zdrowia. Wzrasta ona wraz ze wskaźnikiem sprawności i aktywności fizycznej.
2. Wielochorobowość ma istotny wpływ na subiektywną ocenę jakości życia osób starszych.
3. Istotny wpływ na subiektywną ocenę jakości życia osób powyżej sześćdziesiątego roku życia miały czynniki społeczno-demograficzne, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie oraz stan cywilny.

## Streszczenie

Wstęp. Obserwując sytuację demograficzną i jej ewaluację należy stwierdzić, że jedną z podstawowych cech dynamicznego rozwoju cywilizacji jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia oraz wzrost populacji ludzi w wieku podeszłym. Do głównych czynników mających wpływ na samoocenę dotyczącą jakości życia osób w wieku podeszłym ma wiek, sprawność funkcjonalna, wielochorobowość wynikająca z wielonarządowej patologii.

Cel. Celem przeprowadzonych badań była analiza subiektywnej oceny jakości życia oraz stanu zdrowia grupy osób w wieku podeszłym.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród losowo wybranych 600 osób w wieku powyżej sześćdziesiątego roku życia. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę badawczą — wystandaryzowane narzędzie badawcze w wersji polskiej kwestionariusz WHOQOL-Bref (wersja krótka). Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego SPSS 11.5., a poziom istotności przyjęto na poziomie  $\alpha = 0,01$  lub  $\alpha = 0,05$ .

Wyniki i wnioski. Uzyskane wyniki wskazują, że jakość życia w wieku podeszłym na tle wielochorobowości jest wieloaspektowym problemem. Na subiektywną ocenę dotyczącą poziomu jakości życia ma wpływ postępujący proces chorobowy, ale przede wszystkim niesprawność fizyczna i psychiczna, która jest ściśle powiązana z inwolucją starczą. Jakość życia jest uzależniona od zmiennych społeczno-demograficznych, w tym głównie wieku, płci, wykształcenia i stanu cywilnego. Analiza danych wskazuje, że wraz z wiekiem istotnie obniża się poziom jakości życia. Badania dowiodły, że istnieje dodatni związek pomiędzy jakością życia a poziomem sprawności.

## Summary

Introduction. Looking at the demographic situation and its evaluation it must be noted that one of the main features of the dynamic development of civilization is the lengthening of life expectancy and the increase in the population of elderly people. The main factors that affect quality-of-life-related self-esteem of the elderly include functional ability, multiple morbidities resulting from multiple organ pathology.

Objective. The aim of this study was to analyze the subjective assessment of the quality of life and health of a group of elderly people.

Material and Methods. The study was conducted among a random sample of 600 people aged over sixty. The method of diagnostic survey, the research technique — the standardized research tool: the Polish version of WHOQOL-BREF (the short version) was used. Statistical analysis was performed by means of the SPSS 11.5 statistical package, and the significance level was set at  $\alpha = 0.01$  or  $\alpha = 0.05$ .

Results and Conclusions. The results indicate that the quality of life of the elderly with regard to multiple morbidities is a multi-faceted problem. The subjective assessment of the level of the quality of life is affected by a progressive disease process, but mainly by physical and mental disability, which is closely associated with senile involution. The quality of life is dependent on the socio-demographic variables, mainly age, sex, education and marital status. The analysis of the data indicates that the quality of life decreases with the increasing age. The studies have shown that there is a positive correlation between the quality of life and the level of physical ability.

#### Piśmiennictwo

1. Rybka M., Kędziora-Kornatowska K. Uwarunkowania demograficzne i zdrowotne wpływające na rozwój opieki geriatrycznej i długoterminowej. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2006; 2(8):461–463.
2. Rybka M., Kędziora-Kornatowska K., Bannach M. Subiektywna ocena zdrowia i jakość życia osób w wieku podeszłym. W: *Wellness and prosperity In sickness and disability*. Lublin 2009; 273–288.
3. Rybka M., Kędziora-Kornatowska K. Żyjemy coraz dłużej. *MEDI Forum opieki długoterminowej*. 2007;3(33):33–35.
4. Kujawa W., Biercewicz M., Ślusarz R., Kędziora-Kornatowska K. Wpływ wybranych chorób wieku podeszłego na wydolność funkcjonalną osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2005; 1/2(10/11): 99–104.
5. Rybka M., Kędziora-Kornatowska K., Bannach M., Przybylski G. Poczucie dobrostanu w wieku podeszłym. W: *Wellness and success in sport*. Lublin 2009; 151–164.
6. Budzyńska-Kapczuk A. Ocena jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną w mieście i powiecie ziemskim Biała Podlaska. *Gerontologia Polska*. 2004;12(1):25–26.
7. Bień B. Stan zdrowia i sprawności ludzi starszych. W: Synak B. (red.). *Polska starość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002; 35–77.
8. Kwapisz U., Gryko K., Majchrzak E., Godowski J. Zdrowotne i psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób w starszym wieku. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2005; 4(13): s.79–82.
9. Miller M., Gębska-Kuczerowska A. Ocena stanu zdrowia ludzi w starszym wieku w Polsce. *Gerontologia Polska*. 1998;6(3–4):20.
10. White N., Scott A., Woods R.T., Wenger G-C., Keady J-D., Devakumar M. The limited utility of the Mini-Mental State Examination in screening people over the age of 75 years for dementia in primary care. *Br J Gen Pract*. 2002; 52: 1002–1003.
11. The WHOQOL Grup. Development of the World Health Organization WHO-QOL- Bref Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 1998:551–558.
12. Gąsiorowski J., Kolwicz M., Kładna A. Występowanie chorób przewlekłych i problemów zdrowotno-społecznych wśród samotnych pacjentów-seniorów wybranej Praktyki Lekarza Rodzinnego. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2006; 8(2): 226–229.
13. Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K., Ślusarz R., Cegła B., Faleńczyk K. Ocena wydolności czynnościowej osób w wieku podeszłym na tle uwarunkowań zdrowotnych i społecznych. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2005; 1(9): 39–45.

14. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska.K. Quality of life four the chronically ill elderly. *Gerontologia Polska*.2007;14(4):185–189.
15. Lesińska-Sawicka M. Wybrane socjomedyczne aspekty jakości życia osób po 60 roku życia. *Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo*. 2007;1(2). <http://www.pielęgniarki.info.pl/>

*Maria Paczkowska*

(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

## EGZAMIN OSCE JAKO FORMA OCENIANIA

### OSCE EXAM AS A FORM OF ASSESSMENT

Nieodłącznymi elementami procesu kształcenia są kontrola i ocena. Kontrolę określić można jako zespół działań, w wyniku których uzyskuje się informacje o stopniu realizacji zaplanowanych efektów kształcenia. Oceny dokonujemy porównując otrzymane informacje z przyjętymi kryteriami [2].

Sprawdzian praktyczny jest metodą, polegającą na obserwowaniu i ocenie działalności studenta w sytuacji, w której demonstruje on swą wiedzę, umiejętności i cechy osobowości będące przedmiotem procesu kształcenia [2].

Sprawdzian praktyczny jest metodą niezastąpioną, ale w swojej najprostszej postaci dość zawodną i mało obiektywną. Można istotnie zwiększyć trafność, rzetelność i obiektywność tej metody egzaminowania przez:

- przygotowanie odpowiednich materiałów i zadań praktycznych, będących trafną próbą treści programu nauczania danego przedmiotu;
- wcześniejsze ustalenie zweryfikowanych, jednakowych dla wszystkich zdających kryteriów oceny, przygotowanych przez egzaminatora/grupę egzaminatorów w formie pisemnej;
- ustalenie zasad i struktury egzaminowania w formie regulaminu;
- przygotowanie dokumentacji uwidaczniającej przebieg egzaminu i umożliwiającą jego odtworzenie [2].

Egzamin typu OSCE (ang. Objective Structured Clinical Examination) służy do standaryzowanej oceny umiejętności w warunkach symulowanych (student demonstruje jak wykonać określoną procedurę). Historia OSCE sięga 1979 r., a opracował ją w Szkocii dr Ronald Harden. Metoda ta szybko zyskała uznanie i była powszechnie stosowana w większości szkół medycznych w USA, Kanadzie i Europie Zachodniej. Od 1995 r. stanowiła element egzaminu licencjackiego w Kanadzie, a od 2004 r. w USA. Metodę OSCE uznano za złoty standard w ocenie umiejętności. Egzamin z zastosowaniem tej metody jest przydatny do oceny biegłości w zakresie różnych umiejętności klinicznych, takich jak: zbieranie wywiadu, badanie fizykalne, radzenie sobie z problemami

etycznymi w różnych sytuacjach klinicznych, edukacja chorych i poradnictwo, umiejętności techniczne (np. pomiar ciśnienia tętniczego, badanie tętna, szycie rany, intubacja, iniekcje), radzenie sobie w sytuacjach zagrożenia życia chorego [1].

Struktura egzaminu OSCE:

— egzamin organizowany jest w postaci stacji z określonym zadaniem do wykonania;

— liczba stacji: 5–20 — w zależności od zakresu sprawdzanych umiejętności;

— czas trwania stacji: 5–20 minut;

— czas trwania całego egzaminu: 1–4 godz.

Poszczególne umiejętności prezentowane przez każdego studenta oceniane są przez obserwatorów. Obserwator (tj. nauczyciel, pielęgniarka, lekarz, psycholog, ratownik medyczny, fizjoterapeuta, „standaryzowany pacjent”) używa standaryzowanego schematu oceniania swoistego dla każdej stacji — tzw. listy kontrolnej [1].

Zalety OSCE:

— standaryzacja: wszyscy studenci mają to samo zadanie do wykonania;

— zakres umiejętności: można ocenić szeroki zakres umiejętności u dużej liczby studentów we względnie krótkim przedziale czasu;

— mała zmienność wyników oceny: zmienność oceny wywołana obserwatorów/egzaminatorów jest zminimalizowana;

— informacje zwrotne dla nauczycieli: wyniki studentów w zakresie poszczególnych umiejętności mogą wskazywać na słabe punkty w procesie nauczania;

— oszczędność czasu: czas wymagany na przeprowadzenie OSCE jest nie dłuższy niż w przypadku tradycyjnego egzaminu ustnego;

— „elastyczność” formuły egzaminu: OSCE można zaprojektować w zależności od zakresu i stopnia zaawansowania umiejętności czy kompetencji, które chcemy ocenić (można oceniać studentów na różnym poziomie zaawansowania zawodowego);

— możliwe uzyskanie zobiektywizowanych danych na temat przebiegu kształcenia: przydatne w późniejszej analizie przebiegu kształcenia;

— informacje zwrotne dla studentów: wykazano, że OSCE wprowadzony w czasie przebiegu nauczania stanowi bezpośrednie źródło informacji zwrotnych dla studentów na temat ich słabych punktów, co skutecznie poprawia ich uczenie się w przyszłości.

Wady metody OSCE:

— „kompartymentalizacja”: umiejętności są dzielone na „przedziały” (przydzielone do poszczególnych stacji), więc holistyczna ocena studenta w odniesieniu do radzenia sobie z danym przypadkiem chorego jest w pewnym sensie utrudniona;

— potrzeby organizacyjne: wymaga większego nakładu pracy przy planowaniu i wdrażaniu niż inne typy egzaminów; planowanie stacji i kryteriów ocen może być czasochłonne;

— koszty: uważa się, że wdrożenie OSCE jest bardziej kosztowne niż innych typów egzaminów — zarówno w odniesieniu do zasobów ludzkich jak i wydatków bezpośrednich;

— ocena umiejętności związanych z komunikacją i ocena postaw jest trudna: zastosowanie tych umiejętności może być trudne do uogólnienia, np. rzetelna ocena empatii [1].

Rodzaje stacji:

Stacje dzieli się ze względu na długość:

— stacje krótkie (mierzenie ciśnienia tętniczego, badanie tętna, wykonanie iniekcji, analiza wyniku badania, interpretacja EKG, RTG, wybór leków);

— stacje długie, np. zbieranie wywiadu, pełne badanie fizykalne, zaplanowanie badań, zaplanowanie opieki

oraz ze względu na typ stacji:

— stacje z „chorym” lub bez „chorego”;

— stacje z materiałem klinicznym lub bez niego;

— stacje z symulatorem;

— stacje z fantomem;

— stacje pojedyncze lub sparowane;

— stacje z obecnością dodatkowego personelu (asystenci, pielęgniarki, fizjoterapeuci itp.);

— stacje wypoczynkowe [1].

Egzamin z zastosowaniem metody OSCE przeprowadzono na Wydziale Nauk o Zdrowiu w WSHE we Włocławku wśród studentów studiów stacjonarnych, I roku, 2. semestru, na kierunku pielęgniarstwo. Wybrano przedmiot „podstawy pielęgniarstwa” — ćwiczenia. W ramach tego przedmiotu realizowane są: wykłady, konwersatoria, ćwiczenia, zajęcia praktyczne oraz praktyki zawodowe. Egzamin zaplanowano po odbyciu przez studenta wykładów, konwersatoriów, ćwiczeń, zajęć praktycznych, ale przed realizacją praktyk zawodowych. Celem egzaminu była ocena uzyskanych dotychczas w ramach przedmiotu efektów kształcenia oraz sprawdzenie stopnia przygotowania studentów do osiągnięcia efektów kształcenia w ramach praktyk zawodowych. Powołano zespół egzaminacyjny złożony z nauczycieli, który ustalił zakres przedmiotu egzaminu, rodzaj ocenianych kompetencji, rodzaj i zawartość stacji, a także sposób oceniania. Dokonując wyboru stacji dbał on o to, aby poziom trudności był dostosowany do stopnia przygotowania zdającego i czasu przydzielonego do danej stacji. Zdecydowano o wyborze stacji krótkich, np.: mierzenie ciśnienia tętniczego, badanie tętna, oddechu, pobranie krwi do badania, rozłożenie i podanie choremu leków drogą doustną, zmiana bielizny osobistej choremu leżącemu. Wybrano następujące typy stacji: stacje z chorym

oraz stacje z fantomem. Stacje do egzaminu przygotowano w trzech „Pracowniach umiejętności pielęgniarskich” oraz „Pracowni badań fizykalnych”. Ponadto zespół nauczycieli na kolejnych spotkaniach opracował „listy kontrolne” potrzebne do oceny wybranych umiejętności podlegających ocenie na poszczególnych stacjach, przygotował instrukcje dla zdającego, sporządził listę niezbędnego sprzętu. Dodatkowo dokonano również przetestowania stacji w celu wykrycia luk lub błędów w planie stacji, braków w zakresie niezbędnych elementów stacji, wykrycia dwuznaczności w liście kontrolnej. Zdecydowano, że obserwatorami/egzaminatorami na poszczególnych stacjach będą przydzieleni do nich nauczyciele.

Dwa tygodnie przed egzaminem studenci:

- otrzymali informacje o dacie, czasie i miejscu przeprowadzenia egzaminu;
- zostali zapoznani z formułą i przebiegiem egzaminu;
- zostali poinformowani o konieczności wyposażenia się w sprzęt (fartuchy, obuwie);
- mieli zapewnione miejsce, gdzie zdający mogą przygotować się do egzaminu;
- zostali poinformowani o systemie sygnalizowania zmiany stacji;
- zostali poinformowani o systemie identyfikowania zdających (student podawał imię i nazwisko);
- zostali poinformowani o systemie poruszania się między stacjami.

Zgodnie z założeniami egzaminu metodą OSCE każdy ze zdających demonstrował wykonanie tego samego zadania przydzielonego do określonej stacji. Po zgłoszeniu wykonania zadania otrzymywał od obserwatora listę kontrolną w celu dokonania samooceny demonstrowanego zabiegu, następnie oceny dokonywał obserwator, a student mógł przystąpić do rozwiązywania następnego zadania w kolejnej stacji. Czynności związane z samooceną i oceną studenta miały miejsce na każdej stacji. Zgodnie z przyjętymi przez komitet egzaminacyjny kryteriami ocenę dostateczną otrzymywał zdający po uzyskaniu minimum 60 proc. punktów. Egzamin trwał 4 godziny, przystąpiło do niego 14 studentów, uzyskując pozytywną ocenę z przedmiotu „Podstawy pielęgniarstwa” — ćwiczenia.

Zdaniem studentów przyjęta forma zaliczenia była bardzo obiektywna, ponieważ każdy zdający miał do wykonania zadania o tym samym stopniu trudności. Ponadto możliwość dokonania samooceny przy użyciu standaryzowanego narzędzia — listy kontrolnej, uświadamiała im popełniane błędy, pozwalając jednocześnie na zaplanowanie działań eliminujących.

Komitet egzaminacyjny — nauczyciele/obserwatorzy stwierdzają, że metoda OSCE może być częściej stosowana na kierunku pielęgniarstwo. Dostarczyła bowiem obiektywnych informacji na temat mocnych i słabych punktów

w procesie nauczania, przydatnych w późniejszej analizie efektów i organizacji procesu kształcenia.

#### Literatura

1. Mirecka J., Kubicz D. OSCE jako forma oceniania. Opis metody. Zakład Dydaktyki Medycznej UJCM [dostęp w Internecie: [www.wl.uj.edu.pl](http://www.wl.uj.edu.pl)].
2. Wasyluk J. Podręcznik dydaktyki medycznej. Fundacja Rozwoju Kształcenia Medycznego DOCEO, Warszawa 1998, s. 219, 220.



Barbara Ziółkowska

(Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku)

## BIBLIOGRAFIA ZAWARTOŚCI PUBLIKACJI WYŻSZEJ SZKOŁY HUMANISTYCZNO-EKONOMICZNEJ WE WŁOCŁAWKU (2012)

### Wstęp

Bibliografia jest kontynuacją zestawień publikacji za lata 1997–2000 oraz 2001–2003, które ukazały się w odrębnych opracowaniach w roku 2000 i 2004. Kolejne dwie edycje za lata 2004–2006 i 2007–2009 ukazały się w „Zeszytach Naukowych WSHE” — tom 26 (2009) i 31 (2010). Od 2010 r. ukazują się roczne zestawienia bibliograficzne w „Zeszytach Naukowych WSHE”: t. 32 (2011) za rok 2010 i 35 (2012) za rok 2011. Bibliografia niniejsza obejmuje wszystkie wydawnictwa Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku za rok 2012 i jest zestawieniem dorobku wydawniczego uczelni, zawierającego publikacje autorskie, jak również zbiorowe i ciągle, opublikowane w „Zeszytach Naukowych WSHE”, czasopiśmie naukowym „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”, ukazującym się od 2012 r. oraz Gazecie Semestralnej „Vladislavia”.

Piśmiennictwo zostało podzielone na działy, w obrębie których opisy ułożone są alfabetycznie. Jeżeli artykuły lub wydawnictwa obejmowały swą treścią tematykę dotyczącą więcej niż jednego działu, zostały umieszczone w kilku miejscach.

Opisy bibliograficzne artykułów i publikacji rozpoczynają się od tytułu zgodnie z normą PN-N-01152. W drugiej strefie odpowiedzialności po kresce ukośnej umieszczone jest imię i nazwisko autora, a w dalszej kolejności miejsce wydania, wydawnictwo i pozostałe elementy identyfikujące.

Bibliografia zawiera „Indeks autorów”, zamieszczono również „Indeks przedmiotowy”, który opisuje zagadnienie bardzo szczegółowo. Numery umieszczone przy hasłach odsyłają do pozycji w zrubie głównym.

Przy opracowaniu oparto się na następujących pozycjach:

*Bibliografia: metodyka i organizacja*, pod red. Zbigniewa Żmigrodzkiego, Warszawa 2000;

Janowska Maria, Opis bibliograficzny artykułów (interpretacja postanowień PN-N-01152);

Janowska Maria, Opis bibliograficzny wydawnictw ciągłych (interpretacja postanowień PN-N-1152-2);

Lenartowicz Maria, Przepisy katalogowania książek, cz. 1: Opis bibliograficzny, Warszawa 1983;

*Metodyka bibliograficzna. Poradnik dla autorów bibliografii specjalnych*, praca zbiorowa pod red. H. Hleb-Koszańskiej, M. Dembowskiej, H. Sawoniaka, Warszawa 1963.

## Wykaz pozycji wydawniczych

### A. Druki zwarte

- Brzezińska Renata, Brzeziński Artur, *Idee angielskiej wolnej szkoły Summerhill w polskich egzemplifikacjach*. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- 119 s.; 23,5 cm; Bibliografia; ISBN 978-83-61609-24-7
- Pedagogiczna edukacja: Pedagogicke vzdelenie: Educazione pedagogica*, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- 258 s.; 23,5 cm; Bibliografia przy art.; ISBN 978-83-61609-27-8
- W blasku Miłości: V jase Lasky: Nella luminosita dell'Amore: Dans la splendeur de la Charite*, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- 321 s.; 23,5 cm; Bibliografia przy art.; ISBN 978-83-61609-22-3
- Pedagogiczno-katechetyczna siła nadziei: Pedagogicko-katecheticka sila nadeje: La forza pedagogico-catechetica della speranza*, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – 190 s.; 23,5 cm; Bibliografia przy art.; ISBN 978-83-61609-26-1
- Wybrane aspekty zdrowia i choroby*, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- 247 s.; 23,5 cm; Bibliografia przy art.; ISBN 978-83-61609-25-4
- Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju bankowości spółdzielczej w Polsce*, pod red. Marka Stefańskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- 176, [1] s.; 23,5 cm; Bibliografia przy art.; ISBN 978-83-61609-28-5
- Zadania pedagogicznej progresji*, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- 184 s.; 23,5 cm; Bibliografia przy art.; ISBN 978-83-61609-23-0

### B. Serie wydawnicze

- „Zeszyty Naukowe WSHE”, t. 34, Nauki Pedagogiczne, red. Zygmunt Wiatrowski, Olena Bida, Włocławek 2012, rec. tomu Stefan M. Kwiatkowski, Roman Schulz.
- „Zeszyty Naukowe WSHE”, t. 35, Nauki Administracyjno-Prawne, red. Waldemar Nowosielski, 2012, rec. tomu Marek Kucharski, Zdzisław Polcikiewicz.

### C. Periodyki

- „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing, red. nacz. Robert Ślusarz, Włocławek, 2012, t. 1 nr 1, s. 1–44.

- „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing, red. nac. Robert Ślusarz, Włocławek, 2012, t. 1 nr 2, s. 45–88.
- „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing, red. nac. Robert Ślusarz, Włocławek, 2012, t. 1 nr 3, s. 88–132.
- „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing, red. nac. Robert Ślusarz, Włocławek, 2012, t. 1 nr 4, s. 122–172.
- „Wladislavia. Gazeta Semestralna WSHE”, red. Dorota Wojciechowska, Włocławek. Li-stopad 2012, nr 32.

#### Administracja

1. „Zeszyty Naukowe WSHE”, T. 35: Nauki Administracyjno-Prawne: bezpieczeństwo narodowe / red. Waldemar Nowosielski.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – 124, [1] s.; 23,5 cm (Ser. D, z. 7)  
Bibliografia przy art.  
ISSN 1507-7403

#### Bezpieczeństwo narodowe

2. Aktualne problemy Sił Zbrojnych Federacji Rosyjskiej /Waldemar Rezmer // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Administracyjno-Prawne: bezpieczeństwo narodowe. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna. - T. 35 (2012). – s. 9–24 (Ser. D, z. 7).
3. Istota ewolucji środowiska bezpieczeństwa – wymiar asymetryczny / Piotr Gawliczek // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Administracyjno-Prawne: bezpieczeństwo narodowe. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.- T. 35 (2012).- s. 25–36 (Ser. D, z. 7).
4. Nowe zagrożenia bezpieczeństwa narodowego w XXI wieku / Waldemar Nowosielski // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Administracyjno-Prawne: bezpieczeństwo narodowe. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna. – T. 35 (2012).- s. 91–103 (Ser. D, z. 7).
5. Obrona południowej granicy państwa w okresie „samodzielności strategicznej” /Włodzimierz Zieliński // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Administracyjno-Prawne: bezpieczeństwo narodowe.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.- T. 35 (2012).- s. 37–60 (Ser. D, z. 7).
6. Postawy prospołeczne jako element bezpieczeństwa publicznego na przykładzie szkoły / Krzysztof Terebus // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Administracyjno-Prawne: bezpieczeństwo narodowe.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna. – T. 35 (2012).- s. 77–89 (Ser. D, z. 7).
7. Zadania w zakresie bezpieczeństwa i porządku publicznego na szczeblu gminy i powiatu (równorzędno) jako jednostek administracji samorządowej / Ryszard

Chodyncki // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Administracyjno-Prawne: bezpieczeństwo narodowe.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.- T. 35 (2012).- s. 61–76 (Ser. D, z. 7).

#### Bibliografia

8. Bibliografia zawartości publikacji Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku (2011) / Barbara Ziółkowska // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Administracyjno-Prawne: bezpieczeństwo narodowe. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.- T. 35 (2012) .- s. 105–124 (Ser. D, z. 7).

#### Biografie

9. Otto von Gierke i teoria spółdzielczości / Karol Dąbrowski // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 11–18.

#### Historia

10. Utworzenie Oddziału Centralnej Kasy Spółek Rolniczych w Sandomierzu 1 lipca 1938 r. – przyczynek do odzwierciedlenia polityki rolnej na terenie Centralnego Okręgu Przemysłowego / Wojciech Chudzik // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 19–31.

#### Kultura. Literatura. Sztuka

11. Kulturowe i regionalne aspekty kształcenia w szkolnictwie wyższym / Stanisław Kunikowski // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 31–39 (ser. C, z. 11).
12. Pedagogiczne aspekty wychowania w kulturze i przez kulturę / Stanisław Kunikowski // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012 – s. 23–30.
13. Społeczno-kulturowy wymiar edukacji regionalnej / Stanisław Kunikowski // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. - Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 39–45.

#### Nauka. Oświata. Wychowanie

14. Akademickie Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej WSHE w drugim roku działalności / Joanna Borowiak // „Vladislavia”.- 2012, nr 32, s. 7–8.

15. Aksjologiczny wymiar edukacji biologicznej i środowiskowej / Lena Tkaczyk // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelenie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 227–236.
16. 'Aktualnosť' evanjelizacnej, kultúrnej a pedagogickej misie Solunských bratov sväteho Konstantina-Cyrila a sväteho Metoda / Josef Biel'ak // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelenie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 121–145.
17. Aspekt wychowawczy w resocjalizacji penitencjarnej / Jacek Pekrół // W: W blasku Miłości; V jase lasky; Nella luminosita dell'amore; Dans la splendeur de la charite, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 261–271.
18. Autorytet współczesnego nauczyciela w aspekcie rzeczywistym i oczekiwanym – w opinii studentów pedagogiki / Renata Brzezińska // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 133–145 (ser. C, z. 11).
19. Biuro Osób Niepełnosprawnych / Ewa Murszewska // „Vladislavia”.- 2012, nr 32, s. 3.
20. Bohorodicka v uceni Jana Pavla II / Lubomir Stanek // W: W blasku Miłości; V jase lasky; Nella luminosita dell'amore; Dans la splendeur de la charite, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 83–94.
21. Człowiek stary w analizach teoretycznych i edukacyjnych szkoły wyższej / Iwona Mandrzejewska-Smól // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 75–87 (ser. C, z. 11).
22. Człowiek w świetle wartości i ich drogowskazów / Marian Włosiński // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 233–247.
23. Długo oczekiwana chwila: inauguracja Zespołu Szkół Akademickich przy WSHE / Łukasz Chrzanowski // „Vladislavia”.- 2012, nr 32, s. 6.
24. Dorastanie do ról rodzinnych i zawodowych jako istotny problem współczesnej szkoły wyższej / Urszula Kempieńska // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T.34 (2012), s. 89–101 (ser. C, z. 11).
25. Dwustopniowość studiowania na kierunku pedagogika / Iwona Komorowska, Jolanta Olszewska // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 147–153 (ser. C, z. 11).
26. Działalność Instytutu Pedagogiki WSHE w roku akademickim 2011/2012 / Zygmunt Wiatrowski // „Vladislavia”.- 2012, nr 32, s. 15.
27. Edukacja ekonomiczna. Potrzeba i konieczność / Marek Stefański // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 59–81.
28. Edukacja zdrowotna a progresja umiejętności w zakresie samoopieki w stanie zdrowia i choroby / Beata Haor // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red.

- ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 83–93.
29. Edukacja zdrowotna w chorobach naczyniowych ośrodkowego układu nerwowego / Robert Ślusarz // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelenie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 85–94.
30. Grandi donne in Polonia, isigni educatrici del popolo e della cultura polacchi / Luciana Maria Mirri // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelenie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 157–170.
31. Idee angielskiej wolnej szkoły Summerhill w polskich egzemplifikacjach / Renata Brzezińska, Artur Brzeziński.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- 119 s.; 23,5 cm  
Bibliografia  
ISBN 978-83-61609-24-7
32. Inauguracja Roku Akademickiego 2012/2013: wystąpienie Jego Magnificencji Rektora Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku dr. hab. Stanisława Kunikowskiego, prof. WSHE / [Stanisław Kunikowski] // „Vladislavia”.- 2012, nr 32, s. 4–7.
33. Integracja rówieśnicza dzieci i młodzieży uczęszczających do przedszkola i szkoły masowej / Maria Posłuszna-Owczar // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. - s. 27–40.
34. Kształcenie dla bezpieczeństwa w Polsce / Henryk Stępień // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 95–104.
35. Kulturowe i regionalne aspekty kształcenia w szkolnictwie wyższym / Stanisław Kunikowski // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek.- T. 34 (2012), s. 31–39 (ser. C, z. 11).
36. Lubimy (i potrafimy) wygrywać / Marek Zieliński, Marek Wódecki // „Vladislavia”.- 2012, nr 32, s. 23–24.
37. „Miękką” marihuana w opinii młodzieży i rodziców / Anna Grabowska-Dąbek // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 89–102.
38. Narrare il valore della vita / Michal Vivoda // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelenie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 171–181.
39. Oświata pedagogiczna Ukrainy w warunkach procesów globalizacyjnych / Olena Sawczenko // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 171–178 (ser. C, z. 11) [tekst w jęz. ukraińskim].
40. Patriotyzm w procesie globalizacji / Eugeniusz Suwiński // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 121–128.

41. Pedagogiczna progresja wychowawcza w nauczaniu Jana Pawła II / ks. Marian Włosiński // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 31–46.
42. Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- 258 s.; 23,5 cm  
Bibliografia przy art.  
ISBN 978-83-61609-27-8
43. Pedagogiczne aspekty wychowania w kulturze i przez kulturę / Stanisław Kuniowski // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 23–30.
44. Pedagogiczne zadania integralnej katechezy / ks. Marian Włosiński // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 47–65.
45. Pedagogiczno-katechetyczna siła nadziei; Pedagogicko-katecheticka sila nadeje; La forza pedagogico-catechetica della speranza / ks. Marian Włosiński.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- 190 s.; 23,5 cm  
Bibliografia  
ISBN 978-83-61609-26-1
46. Pedagogiczny proces wzrastania w człowieczeństwie / ks. Marian Włosiński // W: pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 237–249.
47. Problematyka celozivotneho procesu vychovy a formacie. Reflexia vztahu kiery a vedy na zaklade encykliky Jana pavla Ii. „Fides et ratio” / Józef Jarab // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice Vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 107–120.
48. Podstawy wiedzy o współczesnej szkole wyższej (w relacji informacyjno-refleksyjnej) / Zygmunt Wiatrowski // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek.- T 34 (2012), s. 17–30 (ser. C, z. 11).
49. Poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne w szkole wyższej / Joanna Beata Borowiak // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 117–131 (ser. C, z. 11).
50. Poslanie, formacia a perspectivy katolickeho skolstva v spisskej diecezje. Reflexia na podklade dokumentov Druhej dieceznej synody spisskej diecezy (2006–2011) / Stefan Secka // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogicke vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 15–25.
51. Prawo dziecka do miłości w pedagogicznym przesłaniu Janusza Korczaka / Ireneusz Pyrzyk // W: W blasku Miłości; V jase lasky: Nella luminosita dell’amore; Dans la splendeur de la charite, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 73-81.

52. Progresywistyczna wymowa współczesnych nauk o pracy w kontekście unowocześniania szkoły i edukacji / Zygmunt Wiatrowski // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 13–21.
53. Pytania o aksjologiczny wymiar relacji interpersonalnych w codzienności szkolnej / Marcin Olejniczak // W: W blasku Miłości; V jase lasky; Nella luminosita dell'amore; Dans la splendeur de la charite, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 249–259.
54. Przygotowanie przyszłych nauczycieli do osobowościowo uwarunkowanego nauczania i wychowania młodszych uczniów w procesie edukacji przyrodniczej / Olena Bida // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 195–204 (ser. C, z. 11) [tekst w jęz. ukraińskim].
55. Realizm życia i twórczości pedagogicznej Janusza Korczaka / Ireneusz Pyrzyk // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 67–76.
56. Resocjalizacja zamknięta – problem otwarty / Zygmunt Markocki // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 77–84.
57. Retrospektywa badań nad inteligencją oraz uzdolnieniami w pracach psychologiczno-pedagogicznych uczonych Ukrainy i innych krajów / Antonina Bida // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 213–220 (ser. C, z. 11) [tekst w jęz. ukraińskim].
58. Rodzina i wychowanie w pluralistycznym społeczeństwie / Zygmunt Markocki // W: W blasku Miłości; V jase lasky; Nella luminosita dell'amore; Dans la splendeur de la charite, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 227–236.
59. Rola szkoły wyższej w dążeniu młodych ludzi do kariery zawodowej / Adam Gawroński // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek.- T. 34 (2012), s. 103–115 (ser. C, z. 11) [tekst w jęz. ukraińskim].
60. Rola technologii multimedialnych dla organizacji procesu edukacji / Aleksandr Kuczaj // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 115–120 [tekst w jęz. ukraińskim, streszcz. w jęz. polskim].
61. Rozwiązanie problemów rozwoju zdolności dziecka w wieku przedszkolnym w pracach ukraińskich uczonych / Olena Bida // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 105–114 [tekst w jęz. ukraińskim, streszcz. w jęz. polskim].
62. Rozwój szkolnictwa wyższego w niezależnej Ukrainie / Wasyl Kremień // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 155–161 (ser. C, z. 11).
63. Społeczno-kulturowy wymiar edukacji regionalnej / Stanisław Kunikowski // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red.

- ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 39–45.
64. Strategiczne problemy współczesnej pedagogiki pracy w Polsce / Zygmunt Wiatrowski // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelenie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 27–38.
65. Struktura przygotowania studentów matematyki na uniwersytetach Ukrainy / Nina Tarasenko, Oksana Kołomijec // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 205–212 (ser. C, z. 11) [tekst w jęz. ukraińskim].
66. Szkolnictwo wyższe w aktualnej strukturze systemowej edukacji narodowej w Polsce. Wybrane aspekty / Władysław Kubiak // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek.- T. 34 (2012), s. 53–66 (ser. C, z. 11).
67. Traktowanie pojęć ‘media’, ‘multimedia’ i ‘technologie medialne’ przez uczonych ukraińskich / Aleksandr Kuczaj // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 179–186 (ser. C, z. 11) [tekst w jęz. ukraińskim].
68. Uwarunkowania rozwoju aktywności językowej i zdolności porozumiewania się dziecka w kontekście pedagogiki progresywnej / Beata Dobrzyńska // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 129–148.
69. Wybrane aspekty kristologie Jozefa Ratzingera / Anton Adam // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelenie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 147–155.
70. Współczesne trendy rozwojowe w psychologii / Lidia Wiśniewska // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 171–182.
71. Wybrane aspekty wychowania do wartości poprzez kontakt z literaturą piękną / Małgorzata Kowalczyk-Przybytek // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelenie; Educatione pedagogica.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 217–225.
72. Wychowanie a empatia w ujęciu psychologiczno-pedagogicznym / Wojciech Gulin // W: W blasku Miłości; V jase lasky; Nella luminosita dell’amore; Dans la splendeur de la charite, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 61–72.
73. Wychowanie dziecka w świetle nauczania Jana Pawła II / Marzena Violetta Gralak // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 149–170.
74. Wychowanie środowiskowe. Rola edukacji regionalnej w dobie globalizacji / Stanisław Kunikowski // W: W blasku Miłości; V jase lasky: Nella luminosita Dell’amore; Dans la splendeur de la charite, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 53–60.

75. Wykorzystanie sygnałów EMG i EEG w nauce ruchu / Chrystian Klonecki-Olech, Ada Andrynowska, Tomasz Klekiel // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogicke vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 95–105.
76. Wykorzystanie „technologii medialnych” w procesie kształcenia / Vadym Czyczuk // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek.- T. 34 (2012), s. 187–193 (ser. C, z. 11) [tekst w jęz. ukraińskim].
77. Zadania i pedagogiczna progresja polskiej pedagogiki opiekuńczej / Ireneusz Pyrzyk // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 47–57.
78. Zadania rodziców w przygotowaniu dzieci do sakramentów inicjacji chrześcijańskiej według Kodeksu Prawa Kanonicznego z 1983 r. i uchwał II Polskiego Synodu Plenarnego (1991–1999) / Arnold Chrapkowski // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogicke vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 183–194.
79. Założone i rzeczywiste funkcje współczesnej szkoły wyższej – problem funkcji opiekuńczej / Ireneusz Pyrzyk // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 67–73 (ser. C, z. 11).
80. Zapobieganie alkoholizmowi w szkolnym programie profilaktyki / Beata Wiśniewska, Mariola Głowacka, Alina Orzoł, Zofia Wojciechowska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 75–87.
81. Zasady pedagogicznego komunikowania podmiotów procesu dydaktyczno-wychowawczego / Anatolij Kuźmiński // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 163–170 (ser. C, z. 11) [tekst w jęz. ukraińskim].
82. „Zeszyty Naukowe WSHE”, T. 34: Nauki Pedagogiczne / red. Zygmunt Wiatrowski, Olena Bida.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- 221, [1] s.; 23,5 cm (ser. C, z. 11)

Bibliografia

ISSN 1507-7403

#### Zagadnienia gospodarcze

83. Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej banków spółdzielczych / Maria Magdalena Kwiatkowska // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 33–50.
84. Banki spółdzielcze w zapobieganiu wykluczeniu finansowemu (przyczynek do badań) [Komunikat] / Anna Warchlewska // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 169–177.
85. Działania Nadwiślańskiego Banku Spółdzielczego w Czerwińsku nad Wisłą na rzecz społeczności lokalnej [Komunikat] / Jolanta Łukasiak-Malicka // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce,

- pod red. Marka Stefańskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 155–168.
86. Edukacja ekonomiczna. Potrzeba i konieczność / Marek Stefański // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 59–81.
87. Finansowanie lokalnych inwestycji proekologicznych przez Kujawsko-Dobrzyński Bank Spółdzielczy [Komunikat] / Zbigniew Kłobukowski // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 147–154.
88. Innowacyjne usługi bankowe dla klientów indywidualnych w bankach spółdzielczych / Anna Wiśniewska // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 101–118.
89. Kierunki ewolucji banków spółdzielczych w Polsce / Jerzy Dąbrowski // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 51–61.
90. Lokalność działalności banków spółdzielczych w Polsce / Maria Magdalena Golec // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 63–79.
91. Otto von Gierke i teoria spółdzielczości / Karol Dąbrowski // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 11–18.
92. System wczesnego ostrzegania w ocenie sytuacji finansowej przedsiębiorstw kredytowanych przez banki spółdzielcze / Anita Szypuła // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 81–99.
93. Utworzenie Oddziału Centralnej Kasy Spółek Rolniczych w Sandomierzu 1 lipca 1938 r. – przyczynek do odzwierciedlenia polityki rolnej na terenie Centralnego Okręgu Przemysłowego / Wojciech Chudzik // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 19–31.
94. Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – 176 s.; 23,5 cm  
Bibliografia  
ISBN 978-83-61609-28-5
95. Znaczenie banków spółdzielczych w rozwoju lokalnej przedsiębiorczości i innowacji / Marek Stefański // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 119–146.

Zagadnienia społeczne

96. Aspekt wychowawczy w resocjalizacji penitencjarnej / Jacek Pekról // W: W blasku Miłości; V jase lasky; Nalla luminosita dell'amore; Dans la splendeur de la charite, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 261–271.
97. Banki spółdzielcze w zapobieganiu wykluczeniu finansowemu (przyczynki do badań) [Komunikat] / Anna Warchlewska // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 169–177.
98. Człowiek stary w analizach teoretycznych i edukacyjnych szkoły wyższej / Iwona Mandrzejewska-Smół // „Zeszyty Naukowe WSHE, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 75–87.
99. Człowiek w świetle wartości i ich drogowskazów / Marian Włosiński // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 233–247.
100. Działania Nadwiślańskiego Banku Spółdzielczego w Czerwińsku nad Wisłą na rzecz spółdzielczości lokalnej [Komunikat] / Jolanta Łukasiak-Malicka // W: Wybrane historyczne i współczesne aspekty rozwoju banków spółdzielczych w Polsce, pod red. Marka Stefańskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 155–168.
101. Dorastanie do ról rodzinnych i zawodowych jako istotny problem współczesnej szkoły wyższej / Urszula Kempieńska // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 89–101 (ser. C, z. 11).
102. Inkluzivna interpretacija Kristovho prostrednictva / Anton Adam // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelenie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 195–216.
103. Integracja rówieśnicza dzieci i młodzieży uczęszczających do przedszkola i szkoły masowej / Maria Posłuszna-Owczar // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. - Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 27–40.
104. Istotne problemy zdrowotne i społeczne osób w wieku starszym / Monika Biercewicz, Justyna Szrajda, Kornelia Kędziora-Kornatowska, Mariusz Wysokiński, Wiesław Fidecki // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 117–128.
105. Kształcenie dla bezpieczeństwa w Polsce – wybrane problemy / Henryk Stępień // W: Zadania pedagogicznej progresji.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 95–104.
106. „Miękką” marihuana w opinii młodzieży i rodziców / Anna Grabowska-Dąbek // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 89–102.

107. Patriotyzm w procesie globalizacji / Eugeniusz Suwiński // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. - Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 121–128.
108. Postawa młodzieży wobec ludzi starszych przed i po zastosowaniu symulatora „odczuć człowieka starego” / Danuta Ponczek, Katarzyna Redkiewicz, Marzena Humańska, Mariola Głowacka, Beata Haor, Leokadia Rezmerska, Mirosława Felsmann, Krystyna Kurowska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 103–115.
109. Resocjalizacja zamknięta – problem otwarty / Zygmunt Markocki // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogice vzdelanie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 77–84.
110. Traktowanie pojęć ‘media’, ‘multimedia’ i ‘technologie medialne’ przez uczonych ukraińskich / Oleksandr Kuczaj // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 179–186 (ser. C, z. 11) [tekst w jęz. ukraińskim].
111. Wybrane aspekty sprawności seniorów w czynnościach dnia codziennego / Beata Haor, Anna Sompolska, Leokadia Rezmerska, Marzena Humańska, Danuta Ponczek, Krystyna Kurowska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 129–141.
112. Korzystanie z „technologii multimedialnych” w procesie kształcenia / Vadym Czyczuk // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 187–193 (ser. C, z. 11) [tekst w jęz. ukraińskim].
113. Złożone i rzeczywiste funkcje współczesnej szkoły wyższej – problem funkcji opiekuńczej / Ireneusz Pyrzyk // „Zeszyty Naukowe WSHE”, Nauki Pedagogiczne / WSHE Włocławek. – T. 34 (2012), s. 67–73 (ser. C, z. 11).
114. Zapobieganie alkoholizmowi w szkolnym programie profilaktyki / Beata Wiśniewska, Mariola Głowacka, Alina Orzoł, Zofia Wojciechowska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 75–87.
115. Zdrowie a szczęście / Eugeniusz Suwiński // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 223–231.

#### Zdrowie

116. A Descriptive Study of Cognitive Status Three Years Following Motor Stroke; Badania opisowe funkcjonowania kognitywnego pacjentów po trzech latach od wystąpienia udaru mózgu z objawami ruchowymi / Janice L. Winkle // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”.- 2012, T. 1 nr 3, s. 97–102.
117. Bedsores as Secondary Changes in Adult Patients Hospitalized on Neurologic Rehabilitation Ward; Odleżyny jako zmiany wtórne u dorosłych pacjentów hospi-

- talizowanych na oddziale rehabilitacji neurologicznej / Emilia Mikołajewska // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”; *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*. - 2012, T. 1 nr 4, s. 144–150.
118. Comparison of Oropharyngeal and Respiratory Nosocomial Bacteria between Two Methods of Oral Care: A Randomized Control Trial; Porównanie występowania bakterii szpitalnej w gardle środkowym i górnych drogach oddechowych przy zastosowaniu dwóch metod pielęgnacji jamy ustnej: badania na próbie losowej / Wirginia Prendergast, Ingallil Ram Halberg, Ulf Jacobsson, Stefan Renvert, Ana Moran, Omar Gonzalez // *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne: The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* – 2012, T. 1 nr 1, s. 10–18.
119. Cost – Benefis Analysis: Patent Care At Neurological Intensive care Unit; Analiza kosztów i korzyści: Opieka nad pacjentem w Oddziale Intensywnej Opieki Neurologicznej / Lenka Kopacević, Marija Strapac // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „*The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*”. - 2012, T. 1 nr 2, s. 58–64.
120. Cukrzyca jako czynnik ryzyka udaru niedokrwienego mózgu; Diabetes as a Risk Factor of Ischemic Stroke / Dorota Ługowska, Katarzyna Snarska // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”; „*The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*”. - 2012, T. 1 nr 4, s. 136–143.
121. Doświadczanie psychosomatycznej choroby przewlekłej przez dziecko / Ewa Barczykowska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Lekokadii Rezmerskiej. Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 11–25.
122. Dylematy rodziców podczas rehabilitacji dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym – studium przypadku; The Dilemmas of Parents During the Rehabilitation of Children with Cerebral Palsy – a Case Study / Ewa Barczykowska, Marta Grabinska // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „*The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*”. - 2012, T. 1 nr 1, s. 19–22.
123. Edukacja zdrowotna a progresja umiejętności w zakresie samoopieki w stanie zdrowia i choroby / Beata Haor // W: Zadania pedagogicznej progresji, pod red. ks. Mariana Włosińskiego. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 83–93.
124. Edukacja zdrowotna w chorobach naczyniowych ośrodkowego układu nerwowego / Robert Ślusarz // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogicke vzdelenie; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 85–94.
125. Epidemiologia urazów kręgosłupa w materiale własnym Pogotowia Ratunkowego we Włocławku: Badanie retrospektywne; Epidemiology of Spine Injuries in its own Material of Emergency Sernice Włocławek: A Retrospective Study / Beata Wysocka, Robert Ślusarz, Beata Haor // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „*The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*”. - 2012, T. 1 nr 3, s. 109–118.
126. Functional Capacity Scale (FCS) in Nursing Practice; Skala Wydolności Funkcjonalnej (FCS) w praktyce pielęgniarstwie / Robert Ślusarz // „Pielęgniarstwo

- Neurologiczne i Neurochirurgiczne": „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”. – 2012, T. 1 nr 1, s. 35–43.
127. Global Financial Crisis, Health and Healthcare Professional Role Implications: a Review of Literature; Globalny kryzys finansowy, konsekwencje zdrowotne i wskazania dla pracowników ochrony zdrowia; przegląd literatury / Venetia Kotara, Alvisa Palese, Konstantinos Koulouridis, Aristidis Violatzis, Elissabet Vagka // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”. – 2012, T. 1 nr 4, s. 164–169.
128. Istotne problemy zdrowotne i społeczne osób w wieku starszym / Monika Bierciewicz, Justyna Szrajda, Kornelia Kędziora-Kornatowska, Mariusz Wysokiński, Wiesław Fidecki // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 117–128.
129. Jakość życia dzieci i młodzieży z celiakią / Dorota Kochman, Danuta Slosecka // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 41–51.
130. Jakość życia pacjentów neurologicznych; Quality of Life of Neuro-geriatric Patients / Mariusz Wysokiński, Wiesław Fidecki, Irena Wrońska, Agnieszka Brzozowska // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”; „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”. - 2012, T. 1 nr 4, s. 151–155.
131. Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa; Quality of Life in patients with Lumbag-Sacral Discopathy / Ewa Czaja, Maria Kózka, Agnieszka Burda // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”. - 2012, T. 1 nr 3, s. 92–96.
132. „Miękką” marihuana w opinii młodzieży i rodziców / Anna Grabowska-Dąbek // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. - Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.– s. 89–102.
133. Ocena problemów dnia codziennego pacjentów z guzem mózgu poddanych radioterapii i chemioterapii; Assessment of Everyday Life problem of Patients with Brain Tumour Subjected to Radiotherapy and Chemotherapy / Joanna Rościńczuk-Tonderys, Urszula Żerkowska, Ireneusz Całkosiński, Lilianna Olkowska // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”. – 2012, T. 1 nr 1, s. 4–9.
134. Postawa młodzieży wobec ludzi starszych przed i po zastosowaniu symulatora „odczuć człowieka starego” / Danuta Ponczek, Katarzyna Redkiewicz, Marzena Humańska, Mariola Głowacka, Beata Haor, Leokadia Rezmerska, Mirosława Felsmann, Krystyna Kurowska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 103–115.
135. Proces pielęgnowania pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu – studium indywidualnego przypadku; Nursing Care Plan of Patient after Ischemic Stroke – Case Study / Dorota Słodownik, Marcelina Skrzypek-Czerko, Anna Roszmann, Magdalena Kozłowska // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”. - 2012, T. 1 nr 2, s. 76–82.

136. Problemy rodzin dzieci z zespołem Downa; Problem sof Familie of Children with the Down's Syndrome / Dorota Kochman, Justyna Stawicka // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”. – 2012, T. 1 nr 4, s. 156–163.
137. Rola diety u chorych z nadciśnieniem tętniczym krwi / Marzena Humańska, Anna Czarnecka, Beata Haor, Leokadia Rezmerska, Mirosława Felsmann, Mariola Głowacka, Danuta Ponczek // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 185–198.
138. Rola pielęgniarki w leczeniu stwardnienia rozsianego; The Role of a Nurse in the Treatment of Multiple Sclerosis / Barbara Grabowska-Fudala, Krystyna Jaracz, Marlena Wilkiewicz, Anna Smelkowska, Joanna Pniewska // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”. - 2012, T. 1 nr 1, s. 29–34.
139. Samoakceptacja i jej wpływ na zdrowie psychiczne / Alina Orzoł, Mariola Głowacka, Beata Wiśniewska, Zofia Wojciechowska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 211–231.
140. Stan emocjonalny chorych leczonych operacyjnie z powodu dyskopatii kręgosłupa; Emotional State of Sick Persons Treated Surgically Because of the Slipped Disk of the Spine / Renata Jabłońska, Andrzej Swincow // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”; „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”. - 2012, T. 1 nr 3, s. 103–108.
141. Styl życia a nadwaga i otyłość u dzieci / Dorota Kochman, Katarzyna Nowińska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 53–73.
142. Subiektywna ocena dolegliwości bólowych występujących u pacjentów neurochirurgicznych; Subjective Evaluation of Pain Ailments occuring in Neurosurgical patients / Dariusz Jatczak, Wojciech Beuth // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Nuerological and Neurosurgical Nursing”. - 2012, T. 1 nr 1, s. 19–22.
143. Świadomość pracowników dotycząca stosowania leków w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym / Justyna Borkowska-Tyburska, Beata Haor, Małgorzata Hagner-Derengowska, Katarzyna Pietkun, Krystyna Nowacka // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 199–210.
144. Technical and Medical Problems Concerning Wider Use of Neuroprosteses in Patients with Neurologic Disorders; Problemy techniczne i medyczne w zakresie szerszego wykorzystania neuroprotezy u pacjentów neurologicznych / Emilia Mikołajewska, Dariusz Mikołajewski // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and neurosurgical Nursing”. - 2012, T. 1 nr 3, s. 119–123.
145. Udział pielęgniarki w łagodzeniu bólu u pacjentów chorych terminalnie / Zofia Wojciechowska, Mariola Głowacka, Alina Orzoł, Beata Wiśniewska // W: Wybrane

- aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 157–171.
146. Wpływ nadwagi i otyłości na występowanie nadciśnienia tętniczego / Dorota Hinc, Wanda Stefańska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 173–183.
147. Wpływ wybranych czynników psychologicznych i socjalnych na chęć powrotu do aktywności zawodowej pacjentów po zabiegach dyskopatii lędźwiowej i szyjnej; Influence of Some Psychological and Social Aspects on Willingness to Return to Occupational Activity of Patients after Lumbag and Cervical Discectomy / Renata Waliszewska, Piotr Zieliński, Marek Harat // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”.- 2012, T. 1 nr 2, s. 65–69.
148. Wybrane aspekty jakości życia osób z endoprotezą stawu biodrowego / Leokadia Rezmerska, Beata Haor, Agnieszka Walczak, Danuta Ponczek, Marzena Humańska, Mariola Głowacka // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. - s. 143–155.
149. Wybrane aspekty sprawności seniorów w czynnościach dnia codziennego / Beata Haor, Anna Sompolska, Leokadia Rezmerska, Marzena Humańska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. - s. 129–141.
150. Wybrane uwarunkowania jakości życia w chorobie Parkinsona; Chosen Factors of Quality of Life with Parkinson’s Disease / Regina Lorencowicz, Józef Jasik, Arkadiusz Podkowiński, Marta Ruchała, Elżbieta Przychodzka, Agnieszka Brzozowska // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”.- 2012, T. 1 nr 2, s. 48–57.
151. Wykorzystanie sygnałów EMG i EEG w nauce ruchu / Chrystian Klonecki-Olech, Ada Andrynowska, Tomasz Klekiel // W: Pedagogiczna edukacja; Pedagogicкое vzdělání; Educazione pedagogica, pod red. ks. Mariana Włosińskiego.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 95–105.
152. Zapobieganie alkoholizmowi w szkolnym programie profilaktyki / Beata Wiśniewska, Mariola Głowacka, Alina Orzoł, Zofia Wojciechowska // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej. – Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012. – s. 75–87.
153. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Aspekt prawny (1); The Use of Direct Force to the Patient. The Legal Aspect (1) / Cecylia Kwapińska, Lech Grzelak // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”.- 2012, T. 1 nr 2, s. 83–87.
154. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Aspekt medyczny (2); The Use of Direct Force to the Patient. The Medical Aspect (2) / Cecylia Kwapińska, Lech Grzelak // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”.- 2012, T. 1 nr 3, s. 124–128.

155. Zdrowie a szczęście / Eugeniusz Suwiński // W: Wybrane aspekty zdrowia i choroby, pod red. Beaty Haor, Leokadii Rezmerskiej.- Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, 2012.- s. 223–231.
156. Związek między typami zachowań i przeżyć w pracy a zmiennymi społeczno-demograficznymi w grupie pielęgniarek neurologicznych; The Relationship Between Types of Behavior and Experience in labor and Socio-demographic Variables in a Group of neurological Nurses / Joanna Olkiewicz, Anna Andruszkiewicz // „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”: „The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing”.- 2012, T. 1 nr 2, s. 70–75.

#### Indeks autorów

- |  |  |
|--|--|
| Adam Anton 69, 102   | Grzelak Lech 153, 154  |
| Andruszkiewicz Anna 156  | Gulin Wojciech 72  |
| Andrynowska Ada 75, 151  | Hagner-Derengowska Małgorzata 143  |
| Barczykowska Ewa 121, 122                                      | Halberg Ingalill Ram 118   |
| Beuth Wojciech 142   | Haor Beata 22, 28, 33, 37, 80, 99, 103, 104,<br>106, 108, 111, 114, 115, 121, 123, 128,<br>129, 132, 134, 137, 139, 143, 145, 146,<br>148, 149, 152, 155 |
| Bida Antonina 57   | Harat Marek 147  |
| Bida Olena 54, 61, 82  | Hinc Dorota 146  |
| Bielak Josef 16  | Humańska Marzena 108, 111, 134, 137,<br>148, 149   |
| Biercewicz Monika 104, 128                                     | Jabłońska Renata 140   |
| Borkowska-Tyburska Justyna 143                                 | Jacobsson Ulf 118  |
| Borowiak Joanna B. 14, 49                                      | Jarab Józef 47   |
| Brzezińska Renata 18, 31                                       | Jaracz Krystyna 138  |
| Brzeziński Artur 31  | Jasik Józef 150  |
| Brzozowska Agnieszka 130, 150                                  | Jatczak Dariusz 142  |
| Burda Beata 131  | Kempińska Urszula 24, 101  |
| Całkosiński Ireneusz 133                                       | Kędziora-Kornatowska Kornelia 104, 128   |
| Chodyncki Ryszard 7  | Klekiel Tomasz 75, 151   |
| Chrapkowski Arnold 78  | Klonecki-Olech Chrystian 75, 151   |
| Chrzanowski Łukasz 23  | Kłobukowski Zbigniew 87  |
| Chudzik Wojciech 10, 93  | Kochman Dorota 129, 136, 141   |
| Czaja Ewa 131  | Kołodziej Oksana 65  |
| Czarnecka Anna 137   | Komorowska Iwona 25  |
| Czyczuk Vadym 76, 112  | Kopacević Lenka 119  |
| Dąbrowski Jerzy 89   | Kotara Venetia 127   |
| Dąbrowski Karol 9, 91  | Koulouridis Konstantinos 127   |
| Dobrzyńska Beata 68  | Kowalczyk-Przybytek Małgorzata 71  |
| Felsmann Mirosława 108, 134, 137                               | Kozłowska Magdalena 135  |
| Fidecki Wiesław 104, 128, 130                                  | Kózka Maria 131  |
| Gawliczek Piotr 3  | Kremień Wasyl 62   |
| Gawroński Adam 59  | Kubiak Władysław 66  |
| Głowacka Mariola 80, 108, 114, 134, 137,<br>139, 145, 148, 152 | Kuczaj Aleksandr 60, 67, 110   |
| Golec Maria Magdalena 90                                       | Kunikowski Stanisław 11, 12, 13, 32, 35, 43,<br>63, 74   |
| Gonzalez Omar 118  | Kurowska Krystyna 108, 111, 134, 137   |
| Grabinska Marta 122  |  |
| Grabowska-Dąbek Anna 37, 106, 132                              |  |
| Grafowska-Fudala Barbara 138                                   |  |
| Gralak Marzena Violetta 73                                     |  |

- Kuźmińskij Anatolij 81  
 Kwapińska Cecylia 153, 154  
 Kwiatkowska Maria Magdalena 83  
 Lorencowicz Regina 150  
 Ługowska Dorota 120  
 Łukasiak-Malicka Jolanta 85, 100  
 Mandrzejewska-Smól Iwona 21, 98  
 Markocki Zygmunt 56, 58, 109  
 Mikołajewska Emilia 117, 144  
 Mikołajewski Dariusz 144  
 Mirri Luciana Maria 30  
 Moran Anna 118  
 Murszewska Ewa 19  
 Nowacka Krystyna 143  
 Nowińska Katarzyna 141  
 Nowosielski Waldemar 1, 4  
 Olejniczak Marcin 53  
 Olkiewicz Joanna 156  
 Olkowska Lilianna 133  
 Olszewska Jolanta 25  
 Orzół Alina 80, 114, 139, 145, 152  
 Palese Alvisa 127  
 Pękról Jacek 17, 96  
 Pietkun Katarzyna 143  
 Pniewska Joanna 138  
 Podkowiński Arkadiusz 150  
 Ponczek Danuta 108, 111, 134, 137, 148  
 Posłuszna-Owczarz Maria 33, 103  
 Prendergast Wirginia 118  
 Przychodzka Elżbieta 150  
 Pyrzyk Ireneusz 51, 55, 77, 79, 113  
 Redkiewicz Katarzyna 108, 134  
 Renvert Stefan 118  
 Rezmer Waldemar 2  
 Rezmerska Leokadia 22, 33, 37, 80, 99, 103,  
 104, 106, 108, 111, 114, 115, 121, 128,  
 129, 132, 134, 137, 139, 143, 145, 146,  
 148, 149, 152, 155  
 Rosińczuk-Tonderys Joanna 133  
 Roszman Anna 135  
 Ruchała Marta 150  
 Sawczenko Olena 39  
 Secka Stefan 50  
 Skrzypek-Czerko Marcelina 135  
 Słosecka Danuta 129  
 Słodownik Dorota 135  
 Smelkowska Anna 138  
 Snarska Katarzyna 120  
 Sompolska Anna 111, 149  
 Stancek Lubomir 20  
 Stawicka Justyna 136  
 Stefańska Wanda 146  
 Stefański Marek 9, 10, 27, 83, 84, 85, 86, 87,  
 88, 90, 91, 93, 94, 95, 97, 100  
 Stępień Henryk 34, 105  
 Strapac Marija 119  
 Suwiński Eugeniusz 40, 107, 115, 155  
 Swincow Andrzej 140  
 Szrajda Justyna 104, 128  
 Szypuła Anita 92  
 Ślusarz Robert 29, 124, 125, 126  
 Tarasenko Nina 65  
 Terebus Krzysztof 6  
 Tkaczyk Lena 15  
 Vagka Elissabet 127  
 Violatzis Aristiolis 127  
 Vivoda Michal 38  
 Walczak Agnieszka 148  
 Waliszewska Renata 147  
 Warchlewska Anna 84, 88, 97  
 Wiatrowski Zygmunt 26, 48, 52, 64, 82  
 Wilkiewicz Marlena 138  
 Winkle Janice L. 116  
 Wiśniewska Lidia 70  
 Wiśniewska Beata 80, 114, 139, 145, 152  
 Wojciechowska Zofia 80, 114, 139, 145, 152  
 Włosiński Marian 12, 15, 16, 17, 20, 22, 27,  
 28, 29, 30, 34, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45,  
 46, 47, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 58, 60, 61,  
 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77,  
 78, 86, 96, 99, 102, 105, 107, 109, 123,  
 124, 151  
 Wódecki Marek 36  
 Wrońska Irena 130  
 Wysocka Beata 125  
 Wysokiński Mariusz 104, 128, 130  
 Zieliński Marek 36  
 Zieliński Piotr 147  
 Zieliński Włodzimierz 5  
 Ziółkowska Barbara 8  
 Żerkowska Urszula 133

Indeks przedmiotowy

- Administracja 1  
 Akademickie Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (ACPPP) – Włocławek 14  
 Alkoholizm – profilaktyka – szkoła 80, 114, 152  
 Andragogika 24  
 Angielska wolna szkoła Summerhill 31  
 Autorytet – nauczyciele 18  
 Badania psychologiczno-pedagogiczne – Ukraina 57  
 Bakterie szpitalne 118  
     – gardło środkowe – leczenie 118  
     – górne drogi oddechowe – leczenie 118  
 Banki spółdzielcze 84, 89, 94, 95  
 Banki spółdzielcze – działalność lokalna 90  
     – ekonomia 83  
     – finanse 83  
     – system ostrzegania inwestycji kredytowych 92  
     – usługi innowacyjne 88  
 Bezpieczeństwo 3, 34  
     – kształcenie 34, 105  
 Bezpieczeństwo narodowe 1, 4  
 Bezpieczeństwo narodowe – Polska – granica południowa 5  
 Bezpieczeństwo publiczne 6  
     – gmina 7  
     – powiat 7  
     – szkoła 6  
 Bibliografia – Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku 8  
 Biuro Osób Niepełnosprawnych WSHE 19  
 Ból – neurochirurgia 142  
 Centralna Kasa Spółek Rolniczych Oddział w Sandomierzu 10, 93  
 Chemioterapia 133  
 Choroba Parkinsona – jakość życia 150  
 Choroba – dziecko 121  
 Choroby neurologiczne – jakość życia 130  
 Chorzy terminalnie – pielęgnowanie 145  
 Cukrzyca 120  
 Czerwińsk nad Wisłą – bankowość spółdzielcza 85, 100  
     – spółdzielczość lokalna 85, 100  
 Diecezja Spiska – szkoły 50  
 Dydaktyka 8  
 Dyskopatia – jakość życia 131  
     – leczenie 140  
 Dyskopatia lędźwiowa – leczenie 147  
     – szyjna – leczenie 146  
 Dziecko – choroba 121  
     – integracja rówieśnicza 33  
     – komunikacja 68  
     – nadwaga 141  
     – otyłość 141  
     – rodzina katolicka 78  
     – uzdolnienia 61  
 Edukacja 42  
 Edukacja – multimedia 60  
     – ludzie starzy 21  
 Edukacja biologiczna 15  
 Edukacja chrześcijańska 78, 102,  
 Edukacja ekonomiczna 27, 86  
 Edukacja kulturalna 12, 43  
 Edukacja przyrodnicza 15, 54  
 Edukacja regionalna 13, 63, 74  
 Edukacja religijna 44, 45  
 Edukacja środowiskowa 15  
 Edukacja zdrowotna 28, 29, 123, 124  
 EEG 75, 151  
 EMG 75, 151  
 Empatia 72  
 Encyklika „Fides et ratio” 47  
 Endoproteza stawu biodrowego – jakość życia 148  
 Ewangelizacja 16  
 FCS 126  
 Federacja Rosyjska – siły zbrojne 2  
 Gierke Otto von 9, 91  
 Globalizacja 40, 107  
 Globalizacja – Ukraina 39  
 Globalizacja – wychowanie 74  
 Guz mózgu – jakość życia po chemioterapii 133  
     – po radioterapii 133  
 Instytut Pedagogiki WSHE 26  
 Integracja rówieśnicza 33, 102  
 Intensywna opieka neurologiczna – analiza kosztów 119  
     – analiza korzyści 119  
 Inwestycje proekologiczne – finansowanie – Kujawsko-Dobrzyński Bank Spółdzielczy 87  
 Jakość życia – celiakia – dzieci 129  
     – młodzież 129  
     – choroba Parkinsona 150  
     – choroby neurologiczne 130  
     – dyskopatia 131

- endoproteza stawu biodrowego 148
- guz mózgu 133
- po chemioterapii guza mózgu 133
- po radioterapii guza mózgu 133
- seniorzy 149
- Jan Paweł II – nauczanie 20, 41, 47, 73
- Kariera 59
- Katecheza 44
- Komunikacja (socjol.) 38
- Konstantin-Cyryl (św.) – ewangelizacja 16
- Korczak Janusz – teoria wychowania 51
  - twórczość pedagogiczna 55
- Kręgosłup
  - dyskopatia – leczenie 140
  - urazy 125
- Kryzys finansowy – wpływ na zdrowie 127
- Kształcenie – szkoły wyższe 25
- Kształcenie – technologie medialne 76, 112
- Kształcenie regionalne – szkoły wyższe 11, 35
- Kształcenie kulturowe – szkoły wyższe 11, 35
- Kujawsko-Dobrzyński Bank Spółdzielczy 87
- Leki – Szpitalny Oddział Ratunkowy – stosowanie 143
- Literatura piękna – rola wychowawcza 71
- Ludzie starzy – edukacja 21, 98
  - jakość życia 149
  - socjologia 104, 128
  - sprawność fizyczna 111
  - zdrowie 104, 128
- Marihuana „mięka” 37, 106, 132
- Matematyka – studia i nauczanie – Ukraina 65
- Media – edukacja – Ukraina 67
- Metody (św.) – ewangelizacja 16
- Młodzież – integracja rówieśnicza 33
  - postawy wobec ludzi starych 108, 134
- Multimedia – edukacja 60
  - Ukraina 67
- Nadciśnienie tętnicze krwi – dieta 137
  - nadwaga – wpływ 146
  - otyłość – wpływ 146
- Nadwaga 146
- Nadwaga – dzieci 141
- Nadwiślański Bank Spółdzielczy w Czerwińsku nad Wisłą 85
- Narkotyki – opinie – młodzież 37, 106, 132
  - rodzice 37, 106, 132
- Narracja 38
- Nauczanie – Jan Paweł II 20, 41, 47, 73
- Nauczyciele – autorytet 18
  - kwalifikacje 54
- Neurochirurgia 142
- Neurologia – pielęgniarstwo 156
- Neuroprotezy 144
- Obronność – granice państwa – Polska 5
- Odleżyny 117
- Ośrodkowy układ nerwowy 29, 124
- Oświata – Ukraina 39
- Otyłość 146
- Otyłość – dzieci 141
- Pacjenci – leczenie 116
  - zastosowanie przymusu bezpośredniego (prawo) 153
  - (aspekt medyczny) 154
- Patriotyzm 40, 107
- Pedagogika 82
- Pedagogika opiekuńcza 51, 77
- Pedagogika pracy 52
  - Polska 64
- Pedagogika progresywna 68
- Pedagogika rodziny 24, 30
- Pedagogika społeczna 46
- Pedagogika – kształcenie 25
- Pielęgnacja – udar niedokrwienny mózgu 135
  - chorzy terminalnie 145
- Pielęgniarstwo neurologiczne 156
- Poradnictwo psychologiczno-pedagogiczne 49
- Postawy 6, 108, 134
- Pracownicy ochrony zdrowia – zadania 127
- Przedszkole – integracja rówieśnicza 103
- Przymus bezpośredni wobec pacjenta – prawo 153
  - aspekt medyczny 154
- Psychologia 70, 72
- Radioterapia 133
- Ratzinger Jozef – nauczanie 69
- Rehabilitacja neurologiczna 117
- Resocjalizacja 56, 109
- Resocjalizacja penitencjarna 17, 96
- Rodzina 58, 78, 101
- Rosja – siły zbrojne 2
- Sakramenty święte 78
- Samoopieka 28, 123
- Sandomierz – Centralna Kasa Spółek Rolniczych Oddział – historia 10, 93
- Siły Zbrojne – Federacja Rosyjska 2

- Skala Wydolności Funkcjonalnej 126  
Socjologia rodziny 58  
Sport – Wyższa Szkoła Humanistyczno-  
-Ekonomiczna 36  
Spółdzielczość lokalna – Czerwińsk nad  
Wisłą 85, 100  
Spółdzielczość – teoria wg Otto von  
Gierke 9, 91  
Stwardnienie rozsiane – pielęgnacja 138  
Summerhill – szkolnictwo 31  
Szczęście 115, 155  
Szkolnictwo wyższe 48, 113  
Szkolnictwo wyższe – Polska 66, 79  
Szkolnictwo wyższe – aspekty kształcenia  
11, 35, 59  
– Ukraina 62  
Szkoła współczesna 53  
Szkoła – alkoholizm – profilaktyka 80, 114,  
152  
– bezpieczeństwo publiczne 6  
– integracja rówieśnicza 103  
Szkoly katolickie – Diecezja Spiska 50  
Szpitalny Oddział Ratunkowy – stosowa-  
nie leków 143  
Technologie medialne – kształcenie 67, 76,  
110  
Technologie multimedialne – kształcenie  
– Ukraina 67, 110, 112  
Teoria spółdzielczości 9  
Udar mózgu 116  
– leczenie 116  
Udar niedokrwienny mózgu 120, 135  
– pielęgnacja 135  
– przyczyny 120  
Ukraina – badania pedagogiczne 61  
– badania psychologiczno-pedagogiczne  
57  
– dziecko – uzdolnienia 61  
– globalizacja 39  
– oświata 39  
– szkolnictwo wyższe 62, 65  
– technologie multimedialne w kształce-  
niu 67, 110, 112  
Urazy kręgosłupa – epidemiologia Pogoto-  
wie Ratunkowe Włocławek 125  
Usługi innowacyjne – banki spółdzielcze  
88  
Uzależnienia 37, 106, 132  
Wartości 22, 99  
Wartości – wychowanie 71  
Wielka Brytania – edukacja 31  
– wychowanie 31  
Wychowanie 58, 73, 81  
Wychowanie środowiskowe 74  
Wychowanie w rodzinie – Polska 30, 58, 78  
Wychowanie – aspekt kulturalny 12, 43  
Wychowanie – psychologia 72  
Wychowanie – wartości 71  
Wykluczenie finansowe – zapobieganie  
84, 97  
Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekono-  
miczna we Włocławku 32  
– ACPPP 14  
– Biuro Osób Niepełnosprawnych 19  
– Instytut Pedagogiki 26  
– publikacje 8  
– sport 36  
– Zespół Szkół Akademickich 23  
Zawód 101  
Zdrowie 115, 155  
Zdrowie – ludzie starzy 128  
– wpływ kryzysu finansowego 127  
Zdrowie psychiczne – higiena 139  
Zespół Downa 136  
Zespół Szkół Akademickich WSHE 23



## INFORMACJE O AUTORACH

- Agnieszka Andrearczyk-Woźniakowska** — dr n. med., Instytut Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Płocku
- Ewa Barczykowska** — dr n. med., adiunkt w zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
- Lech Bieganski** — dr hab. med., pracownik naukowo-dydaktyczny Wydziału Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku
- Mariola Głowacka** — dr n. med., mgr pielęgniarstwa, zastępca dyrektora Instytutu Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Płocku, adiunkt w Zakładzie Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
- Alicja Gołębiewska** — mgr pielęgniarstwa, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku
- Renata Graczkowska** — mgr pielęgniarstwa, absolwentka Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
- Beata Haor** — dr n. med., mgr pielęgniarstwa, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku, asystent w Zakładzie Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
- Marzena Humańska** — dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Zakładzie Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
- Waldemar Jędrzejczyk** — prof. dr hab. med., pracownik naukowo-dydaktyczny Wydziału Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku
- Dorota Kochman** — dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku
- Elżbieta Korpolińska** — mgr pielęgniarstwa, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku
- Barbara Łukaszewska** — mgr pielęgniarstwa, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku
- Beata Mazur** — mgr pielęgniarstwa, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku
- Maria Paczkowska** — mgr pielęgniarstwa, asystent na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku
- Beata Pielaszewska** — mgr pielęgniarstwa, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku
- Danuta Ponczek** — dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt w Zakładzie Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
- Maria Posłuszna-Owczar** — dr n. med., psycholog, adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku

**Agnieszka Reszelska** — mgr pielęgniarstwa, asystent w Instytucie Nauk o Zdrowiu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Płocku

**Leokadia Rezmerska** — dr n. med., mgr pielęgniarstwa, adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku, asystent w Zakładzie Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

**Anna Ruta** — mgr pielęgniarstwa, absolwentka Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

**Mariola Rybka** — dr nauk o zdrowiu, mgr pielęgniarstwa, adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa (kujawsko-pomorskie)

**Magdalena Rybowska** — mgr pielęgniarstwa, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku

**Eugeniusz Suwiński** — dr, pedagog, adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku

**Robert Ślusarz** — dr n. med., mgr pielęgniarstwa, dyrektor Instytutu Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku, p.o. kierownika Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

**Krzysztof Worowski** — prof. dr hab. med., pracownik naukowo-dydaktyczny Wydziału Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku

**Jolanta Żywica** — mgr pielęgniarstwa, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu WSHE we Włocławku

**Barbara Ziółkowska** — mgr, starszy kustosz Biblioteki Głównej WSHE we Włocławku