



PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

ŁÓDŹ - WARSZAWA 2015 | ISSN 1733-2486

XVI

TOM

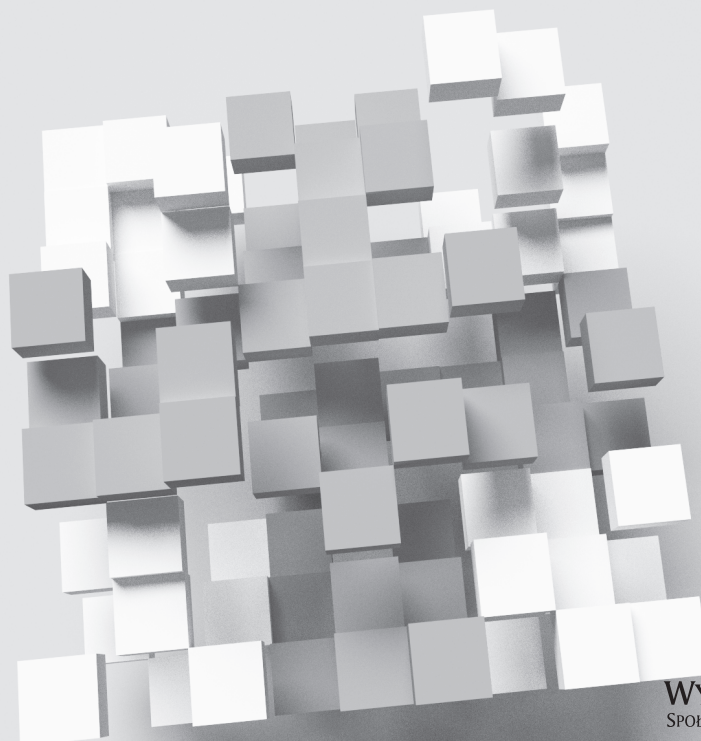
10

ZESZYT

REDAKCJA:

Jan Krakowiak

Organizacja i zarządzanie w opiece zdrowotnej - wybrane aspekty



WYDAWNICTWO
SPOŁECZNEJ AKADEMII NAUK

Zeszyt recenzowany

Redakcja naukowa

Jan Krakowiak

Skład i łamanie

Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki

Marcin Szadkowski

© **Copyright:** Społeczna Akademia Nauk

ISSN 1733-2486

Wersja drukowana wydania jest wersją podstawową

Wersja elektroniczna publikacji dostępna na stronie: piz.san.edu.pl

Druk i oprawa:

Mazowieckie Centrum Poligrafii

www.c-p.com.pl; biuro@c-p.com.pl



Spis treści

Wstęp	5
Anna Rybarczyk-Szwajkowska, Romuald Holly, Dominika Cichońska, <i>Badanie jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych w województwie łódzkim – metoda i wyniki</i>	7
Dominika Cichońska, Iwona Stelmach, Paulina Matusiak, Elżbieta Albin, Jan Krakowiak, <i>Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek jako problem w zarządzaniu zasobami ludzkimi w przedsiębiorstwie medycznym</i>	21
Jan Krakowiak, Iwona Stelmach, Adam Rzeźnicki, Alina Kowalska, Justyna Białecka, Włodzimierz Stelmach, <i>Rozpowszechnienie zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek wyzwaniem dla kadry zarządzającej szpitalem</i>	39
Katarzyna Kretowicz, Leszek Bieniaszewski, Dariusz Świetlik, <i>Potencjalny i rzeczywisty styl zarządzania pielęgniarskiej kadry kierowniczej</i>	51
Jan Krakowiak, Adam Rzeźnicki, Joanna Sułkowska, Elżbieta Klima, Włodzimierz Stelmach, <i>Zarządzanie jakością świadczeń medycznych oraz pozamedycznych udzielanych przez Domy Pomocy Społecznej na podstawie opinii ich pensjonariuszy</i>	67
Hanna Balkiewicz, Iwona Stelmach, Dominika Cichońska, Emilia Kwiatek- Brzezińska, Jan Krakowiak, <i>Determinanty zachowań nabywców okularów na podstawie klientów salonu Vision Express w Łodzi</i>	81
Kinga Kulczycka, Marta Żarnowska, Ewa Stychno, Artur Wdowiak, Monika Sadowska, Jan Krakowiak, <i>Wstępna ocena ryzyka zawodowego na stanowisku instrumentariuszki jako element skutecznego zarządzania personelem szpitalnym</i>	101
Marta Szkiela, Marta Stobnicka, Jan Krakowiak, Leokadia Bąk-Romaniszyn, Franciszek Szatko, Dorota Kaleta, <i>Health behaviors of cancer patients</i>	115
Anna Szczerbak, Włodzimierz Stelmach, Dominika Cichońska, Łukasz Sobieszczyk, Jan Krakowiak, <i>Zarządzanie ryzykiem występowania chorób przenoszonych drogą płciową poprzez kształtowanie zachowań seksualnych</i>	131
Barbara Sikora, Joanna Sułkowska, Wojciech Bielecki, <i>Zarządzanie w opiece palia- tywnej. Medyczne i pozamedyczne wyznaczniki roli opiekuna w zintegrowanym systemie opieki nad chorym u kresu życia</i>	155

Iwona Bednarek, Włodzimierz Stelmach, Adam Rzeźnicki, Paulina Matusiak, Ilona Baryła, Jan Krakowiak, <i>Wiedza studentów kierunków studiów o profilu medycznym na temat zasad udzielania świadczeń zdrowotnych jako ważny element zarządzania opieką zdrowotną</i>	165
Marta Stobnicka, Marta Szkiela, Leokadia Bąk-Romaniszyn, Franciszek Szatko, Jan Krakowiak, Dorota Kaleta, <i>Subiektywna ocena stanu zdrowia oraz poziom aktywności fizycznej wśród pacjentek onkologicznych jako istotny element poprawy skuteczności leczenia</i>	181
Adam Rzeźnicki, Włodzimierz Stelmach, Alina Kowalska, Dominika Cichońska, Aleksandra Marjańska, Jan Krakowiak, <i>Postawy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu wobec zakazów palenia tytoniu jako istotny element zarządzania polityką zdrowotną i legislacyjną</i>	193
Marcin Miśtał, Iwona Stelmach, Jan Krakowiak, Alina Kowalska, Adam Rzeźnicki, Włodzimierz Stelmach, <i>Ograniczenie ekspozycji na środowiskowy dym tytoniowy jako metoda zarządzania ryzykiem zdrowotnym u dzieci ze szczególnym uwzględnieniem chorujących na astmę</i>	207
Marta Szkiela, Leokadia Bąk-Romaniszyn, Franciszek Szatko, Jan Krakowiak, Dorota Kaleta, <i>Zwiększanie wiedzy kobiet ciężarnych na temat szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na zdrowie jako efektywne narzędzie redukcji kosztów chorób odtytoniowych</i>	221
Marta Szkiela, Franciszek Szatko, Jan Krakowiak, Leokadia Bąk-Romaniszyn, Dorota Kaleta, <i>Narażenie kobiet ciężarnych na środowiskowy dym tytoniowy – aspekt zdrowotny, ekonomiczny, społeczny</i>	233
Paulina Tuchowska, Leokadia Bąk-Romaniszyn, Jan Krakowiak, Franciszek Szatko, Dorota Kaleta, <i>Palenie tytoniu przez kobiety w wieku rozrodczym – implikacje do kreowania polityki prozdrowotnej</i>	249
Mariusz Panczyk, Aleksander Zarzeka, Jarosława Belowska, Joanna Gotlib, <i>Nadzór nad przestrzeganiem praw własności intelektualnej w kształceniu personelu pielęgniarstwa – egemplifikacja praktyczna zarządzania plagiatem</i>	263
Paweł Skoczylas, <i>Opracowanie i wdrożenie strategii konkurencji w WSSz. im. Biegańskiego w Łodzi – studium przypadku</i>	277
Adam Gawor, Grzegorz Piotrowski, <i>Związki chorób przyzębia z chorobami sercowo-naczyniowymi o podłożu miażdżycowym. Implikacje praktyczne w zakresie organizacji systemu opieki stomatologicznej</i>	289
Adresy e-mail Autorów	303

Wstęp

Rynek usług medycznych w Polsce przechodzi gwałtowną transformację od systemu, w którym jedynym właścicielem i zarządzającym było państwo, do systemu, w którym funkcjonuje wielu dostawców przy prawnie dopuszczonym współfinansowaniu usług. Głównym założeniem zmian zachodzących w polskim systemie ochrony zdrowia jest poprawienie poziomu świadczeń, zwiększenie ich dostępności oraz poprawa płynności finansowej systemu. Nowe przepisy prawne dały możliwość zmian własnościowych szpitali, placówkom medycznym umożliwiono przekształcanie się w spółki prawa handlowego.

Zmiany systemowe ukierunkowane zostały na wprowadzenie do polskiego systemu ochrony zdrowia elementów rynkowych, takich jak zarządzanie menadżerskie placówkami, kontraktowanie usług medycznych oraz zarządzanie jakością. Coraz większą uwagę poświęca się sprawnemu zarządzaniu zasobami ludzkimi, a wykwalifikowana kadra medyczna jest jednym z głównych elementów decydujących o sukcesie placówki na rynku usług medycznych. Sprawne zarządzanie w ochronie zdrowia pozwala dostarczyć pacjentom opiekę medyczną zgodną z ich potrzebami zdrowotnymi, osiągnąć pozytywne rezultaty kliniczne, uniknąć powikłań zdrowotnych oraz daje gwarancję skutecznego wykorzystania środków publicznych.

Dobra organizacja i marketingowe zarządzanie podmiotami leczniczymi jest warunkiem koniecznym do sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W bieżącym numerze Przedsiębiorczości i Zarządzania zatytułowanym „Organizacja i zarządzanie w opiece zdrowotnej – wybrane aspekty (tom XVI, zeszyt 10, część 1), który polecamy Państwu uwadze, przedstawiono między innymi problematykę zarządzania jakością oraz zarządzania zasobami ludzkimi w placówkach medycznych. Przedmiotem badań zawartych w niniejszym opracowaniu są także analizy związane z ekonomicznymi konsekwencjami chorób odytoniowych. Przedstawiono również wpływ wybranych problemów zdrowotnych na kreowanie polityki zdrowotnej w naszym kraju.

Jan Krakowiak

Anna Rybarczyk-Szwajkowska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Romuald Holly

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Badanie jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych w województwie łódzkim – metoda i wyniki

Research on the quality of hospital healthcare services in the region of Łódź – methodology and results

Abstarct: Managing the quality of healthcare services is a priority in the activity of each Healthcare unit. Guaranteeing the best available medical and nursing healthcare to all patients shall make up the main direction of strategical activities of the founding authority, the managing staff and everyday work of the personnel as the implementation of high quality medical services requires an efficient coordination of the activities and good abilities to adapt to continuously changing conditions. The purpose of this paper is: (1) to discuss the methods of the research on the quality of hospital healthcare services and (2) to set out the dependences between the managing activities and the quality level of healthcare services in public hospitals of the Province of Łódź. The results of the research may be taken into account while drawing up the regional healthcare strategy in the field of activities for the quality improvement of healthcare services.

Keywords: quality assessment, quality management, healthcare quality, region of Lodz.

Przedmiot i cel badania

Jakość, obok zakresu usług, dostępności oraz kosztu i ceny, stanowi jeden z pięciu podstawowych celów a zarazem warunków *sine quo non* – racji istnienia każdego systemu ochrony zdrowia [Holly 2010a]. Pomiar i ocena jakości jest jednym

z podstawowych wymogów stawianych podmiotom leczniczym świadczącym usługi medyczne, służy bowiem doskonaleniu usług zdrowotnych, identyfikacji modeli "najlepszych praktyk" (modeli wzorcowych), stymulowaniu inicjatyw motywujących wewnętrzną poprawę jakości. Uzyskane informacje są wykorzystywane do tworzenia "profilu dostawcy" (*provider profiles*), zwanego także "kartą raportu" (*report cards, consumer reports, quality measures*) – który pozwala (1) identyfikować świadczeniodawców o niskiej jakości, (2) wspierać działania w zakresie systemów „wynagradzania za wyniki” (*pay for performance*), (3) ułatwić konsumentowi podjęcie decyzji na konkurencyjnym rynku poprzez udostępnienie rzetelnych informacji [Tsai i wsp. 2011, s. 45]. Pomiar jakości świadczonych usług medycznych w sposób dokładny i terminowy należy uznać za podstawowy krok w kierunku poprawy jakości ochrony zdrowia w ogóle [Farquhar 2008; Tsai i wsp. 2011, s. 53].

Kompleksowe podejście do zagadnienia jakości usług medycznych, w tym szczególnie do metod badania jakości wymaga zdefiniowania pojęcia „niskiej jakości”, które może być powodem istotnych negatywnych zjawisk, takich jak: występowanie niepożądanych zdarzeń medycznych, przedłużające się hospitalizacje, powtórne hospitalizacje, niezdolność do pracy/niepełnosprawność, itp. Niska jakość opieki może stanowić także czynnik generujący znaczne koszty. Będą to wydatki ponoszone na leczenie powikłań, reoperacje, koszty profilaktyki wtórnej u osób, które doświadczyły zdarzeń medycznych, odszkodowania i zadośćuczynienie wynikające z zaistnienia zdarzenia medycznego, a także koszty rehabilitacji i prewencji przedrentowej, środki na świadczenia wypłacane osobom poszkodowanym z Funduszu Ubezpieczenia Społecznego.

W celu wprowadzenia rozwiązań pro jakościowych należy przede wszystkim zdefiniować narzędzie pomiaru, a następnie kryteria oceny jakości usług medycznych. Możliwość monitorowania wyników ma zasadnicze znaczenie dla poprawy każdego systemu opieki zdrowotnej, jednak świadczeniodawcy mają niewielką zdolność do monitorowania wyników ich codziennej pracy, po części z powodu braku systemów informacyjnych a po części z braku porozumienia w sprawie sposobu pomiaru jakości opieki zdrowotnej [Pronovost i wsp. 2004].

Celem niniejszej pracy jest: (1) omówienie metodyki badania jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych, (2) przedstawienie wyników badań dotyczących sposobu pojmowania jakości świadczeń zdrowotnych przez kadrę zarządczą szpitali publicznych w województwie łódzkim.

Metodyka badania jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych w województwie łódzkim

Przegląd literatury przedmiotu pozwala na przyjęcie założenia, iż „jakość to miara zgodności efektu (leczenia) z założonym celem (określonym/pożądanym stanem zdrowia)” [Holly 2013, s. 210]. Konsekwentnie założono, iż głównymi czynnikami wpływającymi na ów stopień zgodności są: (1) kwalifikacje personelu adekwatne do zakresu wykonywanych obowiązków, (2) liczba personelu medycznego w stosunku do liczby pacjentów na danym oddziale, (3) wysokość środków finansowych przeznaczonych na leczenie, (4) zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, (5) dostępność świadczeń zdrowotnych, (6) wiedza o strategiach zarządzania jakością, (7) wiedza o jakości: metodach i technikach zapewniania jakości, (8) stereotypy dotyczące metod i sposobów leczenia, (9) działania motywacyjne wynikające z przyjętego systemu nagradzania, (10) rodzaj/charakter relacji pomiędzy: pracownik-pracownik, pracownik-kadra zarządcza, kadra zarządcza-organ założycielski, (11) poziom satysfakcji personelu (przyjęto następujące czynniki mające wpływ na poziom satysfakcji: (a) wynagrodzenie, (b) szanse związanych z awansem, (c) stabilność zatrudnienia, (d) świadczenia pozapłacowe, (e) możliwość rozwoju, (f) uznanie przełożonych, (g) autonomia i niezależność w podejmowaniu decyzji), (12) poziom satysfakcji pacjenta rozumiany jako (a) poczucie komfortu i bezpieczeństwa w trakcie leczenia w szpitalu, (b) zadowolenie z wyniku leczenia.

Do określenia kierunku zmian niezbędna była analiza odpowiedzi na pytania badawcze, które wyznaczające obszary analityczne badania jakości świadczeń zdrowotnych oraz zestawienie ich z przyjętymi miernikami jakości (m.in. wskaźnik zgonów, wskaźnik reoperacji, wskaźnik rehospitalizacji, wskaźnik zakażeń szpitalnych, liczba zdarzeń medycznych, średni czasu pobytu pacjenta w szpitalu).

Zgodnie z przyjętymi powyżej założeniami przygotowano autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz został zbudowany z 66 pytań zarówno jakościowych, jak i ilościowych. Pytania oceniające określone zostały za pomocą pięciostopniowej skali: zdecydowanie się nie zgadzam (1), raczej się nie zgadzam (2), nie mam zdania (3), raczej się zgadzam (4), zdecydowanie się zgadzam (5). W pytaniach o fakty wykorzystano odpowiedzi tak, nie, /nie wiem/nie mam zdania oraz zastosowano pytania otwarte.

Badanie przeprowadzono w okresie maj-lipiec 2013 roku. Kwestionariusz wysłano do 836 respondentów podzielonych na dwie grupy:

1. Pracowników organów założycielskich podmiotów leczniczych znajdujących się na terenie województwa łódzkiego (osób pełniących funkcje zarządcze we wszystkich komórkach organizacyjnych zajmujących się zdrowiem)¹:

- Samorząd Województwa – organ założycielski dla 14 podmiotów leczniczych (17 szpitali);
- Samorząd powiatowy i gminny – organ założycielski dla 14 podmiotów leczniczych;
- Uniwersytet Medyczny w Łodzi – organ założycielski dla 4 podmiotów leczniczych (7 szpitali);
- Ministerstwo Zdrowia (osoby odpowiedzialne za organizację, zarządzanie i nadzór nad Instytutem Centrum Zdrowia Matki Polki i Instytutem Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera) – organ założycielski dla 2 podmiotów leczniczych;
- Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (osoby odpowiedzialne za organizację, zarządzanie i nadzór nad Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi) – organ założycielski dla 1 podmiotu leczniczego.

2. Kadry zarządczej szpitali publicznych w województwie łódzkim (dyrektorów, ordynatorów, pielęgniarek oddziałowych).

Dane opracowano z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego Excel, testu niezależności chi-kwadrat oraz jego modyfikacji – testu chi-kwadrat z poprawką Yatesa.

Wyniki badania – pierwszy etap

Kwestionariusz ankiety został wysłany do 836 respondentów. Uzyskano zwrotność ankiet na poziomie 8,9% (74 ankiety)². Na pytania odpowiedziało: 3 dyrektorów, 46 ordynatorów, 20 pielęgniarek oddziałowych, 5 pracowników organów założycielskich podmiotów leczniczych.

Zdecydowana większość respondentów stwierdziła, iż na jakość świadczeń zdrowotnych oferowanych przez szpital, w którym pełnią funkcję zarządczą zależy od kompetencji (wiedzy, umiejętności) zatrudnionego personelu medycznego, mniejszy wpływ na jakość mają kwalifikacje (wiedza, umiejętności) personelu administracyjnego i kadry zarządczej. Średni czas oczekiwania na przyjęcie na oddział w szpitalach

¹ Stan na dzień 31.03.2013 r.

² Zwrotność ankiet na poziomie 8,9% uzyskano w pierwszym etapie badania. Założono, iż niezbędny będzie drugi etap, w którym ponowiono prośbę o udział w badaniu. Według stanu na dzień 04/10/2014 odpowiedzi na pytania otrzymano od 122 respondentów. Szczegółowa analiza wszystkich ankiet zostanie przedstawiona w monografii nt. *Strategia ochrony zdrowia i polityka zdrowotna w województwie łódzkim na lata 2014-2020*, pod red. R. Holly.

w województwie łódzkim wynosi 59 dni, należy jednak zaznaczyć, iż są oddziały na które pacjenci muszą oczekiwać rok i dłużej. Do oddziałów tych należą: rehabilitacyjny, okulistyczny, chirurgii ręki, chirurgii szczęki. Organem założycielskim tych oddziałów jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Pomimo, iż większość respondentów (47) stwierdziła, iż środki finansowe przeznaczone na leczenie w 2012 r. w szpitalu w którym pełnią funkcję zarządcą były niewystarczające w stosunku do potrzeb medycznych pacjentów, 12 osób (17%) jest przekonanych, iż środki te były wystarczające. Według respondentów wzrost środków finansowych średnio o 48% w sposób znaczący wpłynąłby na wzrost jakości świadczeń zdrowotnych oferowanych w ich szpitalach. Prawie połowa respondentów stwierdziła, iż oferta świadczeń zdrowotnych (zakres świadczeń i ich różnorodność) szpitala w którym pracują jest odpowiednia do obecnych i przyszłych potrzeb pacjentów, a oferta pokrywa 83% ich potrzeb. Do oceny potrzeb zdrowotnych pacjentów do których adresowana jest oferta szpitala/oddziału wykorzystywany jest najczęściej parametr socjodemograficzny jakim jest wiek, rza-dziej płeć, wykonywany zawód i obciążenie genetyczne. Ponad połowa kadry zarządczej jednoznacznie stwierdziła, iż organ założycielski ich szpitala obliguje/motywuje do wprowadzania działań na rzecz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych. Wszyscy pracownicy organów założycielskich biorących udział w badaniu potwierdzili tę informację. 41 respondentów stwierdziło, że pracownicy ich szpitala brali udział w konferencjach/sympozjach/szkoleniach z zakresu jakości w 2012 r. natomiast przydatność kierowania ich na takie zjazdy naukowe i quasi-naukowe została przez większość oceniona na poziomie *średnim* (3). Tylko 1/5 badanych, uważa, iż system motywacyjny personelu medycznego w ich szpitalu mobilizuje do działań na rzecz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych, a system ten został oceniony na poziomie *średnim* (3). Istnieje duża rozbieżność odpowiedzi na pytanie czy atmosfera panująca w szpitalu, w którym pracują, sprawia, że jest to atrakcyjne miejsce pracy, natomiast najczęściej respondenci zaprzeczali temu stwierdzeniu. Relacje z bezpośrednim przełożonym motywują nieco ponad ¼ (38) respondentów do większego zaangażowania w wykonywane obowiązki. Wynagrodzenie stanowi najwyżej oceniony czynnik wpływający na satysfakcję pracowników medycznych w szpitalu. Większość – ¾ respondentów stwierdziła, iż w ich szpitalach prowadzone są badania satysfakcji pacjentów. Prawie połowa badanych odpowiedziała, iż pacjenci wysoko (4) oceniają satysfakcję z udzielonych świadczeń zdrowotnych, natomiast dla ponad 1/5 zarządzających wyniki tych badań nie wpływają na decyzje o wprowadzeniu zmian mających na celu poprawę jakości świadczeń zdrowotnych, ani nie stanowią źródła informacji o błędach/brakach w szpitalu.

Dla większości respondentów na jakość świadczeń zdrowotnych wpływają przede wszystkim standardy leczenia, mniejsze znaczenie mają: certyfikat ISO i standardy akredytacyjne CMJ. Większość respondentów uważa, iż podstawowym celem leczenia w ich szpitalu jest wynik, który pozwala na przywrócenie naturalnych funkcji pacjenta, chociaż ¼ respondentów zdecydowanie się z tym nie zgadza. Szczegółowe dane liczbowe zostały zamieszczone w tabeli 1. Z uwagi na wymogi edytorskie czasopisma w artykule przedstawiono tylko analizę wybranych danych.

Dyskusja i wnioski

Problematyka jakości ochrony zdrowia jest często podejmowana we współczesnej literaturze, jednak stosunkowo niewiele jest pozycji ukazujących istotę sposobu rozumienia jakości w zarządzaniu podmiotami leczniczymi.

Punktem wyjścia wielu opracowań jest próba zdefiniowania *jakości*. Autorzy zgadzają się, iż trudności w definiowaniu jakości wynikają z problemów związanych z zakresem etymologicznym tego pojęcia w poszczególnych dyscyplinach – medycyna, nauki o zdrowiu, prawo, ekonomia, statystyka, psychologia, socjologia i in. nauki posiadają inny rodzajowo i przedmiotowo zakres badań, narzędzi badawczych, a dodatkowo te same pojęcia odnoszą się do różnych zjawisk [Michalak 2011, s. 166–177]. Jedną z najczęściej cytowanych definicji sformułowana została przez Institute of Medicine w 1990 i głosi, że „jakości jest to stopień, w jakim usługi zdrowotne kierowane do jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo pożądanego stanu zdrowia (wynik) i są zgodne z aktualną wiedzą medyczną (*Evidence Base Medicine*)” [Donaldson MS i wsp. 1997, ss. 283–292]. Do tego rozumienia nawiązuje R. Holly, który dla właściwego pojmowania jakości wskazuje na konieczność określenia celu i pożądanego (oczekiwanego) wyniku/skutku/stanu zdrowotnego ocenianego działania terapeutycznego [Holly 2010b]. Definicja ta, stanowiła punkt wyjścia przedstawionej metodyki badania jakości świadczeń medycznych.

Literatura z zakresu jakości najczęściej odnosi się do teorii Donabediana, zgonie z którą opieka zdrowotna jest hierarchicznie zorganizowanym systemem, który można charakteryzować w odniesieniu do jego trzech aspektów: (1) struktury, (2) procesu i (3) wyniku [Donabedian 1980]. Regulacje prawne odnoszą się głównie do minimalnych wymagań jakości struktury (min. sanitarnych), ale nie uwzględniają jakości procesów czy jakości wyników [Michalak 2011, ss. 170–172].

Tabela 1. Postrzeganie jakości świadczeń zdrowotnych przez kadrę zarządzającą szpitali publicznych w województwie łódzkim – wybrane dane

	N ważnych	% ważnych	Najczęściej udzielana odpowiedź	Liczba najczęściej udzielanej odpowiedzi	Min	Max
Jakość świadczeń zdrowotnych oferowanych przez Państwa szpital zależy od kompetencji (wiedzy, umiejętności) zatrudnionego personelu medycznego *	74	100	5	57	1	5
Wykształcenie i doświadczenie zatrudnionego personelu administracyjnego wpływa na jakość świadczeń zdrowotnych*	73	99	5	27	1	5
Wykształcenie i doświadczenie kadry zarządzającej wpływa na jakość świadczeń zdrowotnych*	74	100	5	42	1	5
Zmniejszenie/zwiększenie liczby personelu medycznego nie ma wpływu na jakość świadczeń zdrowotnych*	72	97	1	33	1	5
Jaki jest czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w Państwa szpitalu? Proszę podać wartość uśrednioną	62	84	0	18	0	500
O ile % należałoby obniżyć liczbę przyjmowanych pacjentów by znacząco podnieść jakość świadczeń zdrowotnych w Państwa szpitalach?	50	68	0	28	0	30
Czy środki finansowe przeznaczone na leczenie w Państwa szpitalu w 2012 r. były wystarczające w stosunku do potrzeb medycznych pacjentów?*	70	95	3	47	1	5
O ile % należałoby zwiększyć środki jakie otrzymują Państwa szpitale by nastąpił znaczący wzrost jakości świadczeń zdrowotnych?	64	86	50	20	0	400
Wysokość środków finansowych na leczenie jest proporcjonalna do poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*	69	93	4	22	1	5
Oferta świadczeń zdrowotnych (zakres świadczeń i ich różnorodność) Państwa szpitala jest odpowiednia do obecnych i przyszłych potrzeb pacjentów *	72	97	4	34	1	5
W jakim stopniu zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych w Państwa szpitalu pokrywa potrzeby pacjentów?	65	88	90	22	20	100
Do oceny potrzeb zdrowotnych pacjentów do których adresowana jest Państwa oferta służą takie parametry socjodemograficzne jak: (a) wiek *	68	92	5	40	1	5
Do oceny potrzeb zdrowotnych pacjentów do których adresowana jest Państwa oferta służą takie parametry socjodemograficzne jak: (b) pleć *	61	82	5	16	1	5

Tab. 1. Cd.

Do oceny potrzeb zdrowotnych pacjentów do których adresowana jest Państwa oferta służą takie parametry socjodemograficzne jak: (c) wykonywany zawód*	59	80	1	15	1	5
Do oceny potrzeb zdrowotnych pacjentów do których adresowana jest Państwa oferta służą takie parametry socjodemograficzne jak: (d) obciążenie genetyczne*	63	85	5	27	1	5
Czy organ założycielski Państwa szpitala obciąża/motywuje do wprowadzania działań na rzecz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych?*	72	97	1	39	1	5
Czy pracownicy Państwa szpitala brali udział w konferencjach/sympozjach/szkoleniach z zakresu jakości w 2012 r.?***	74	100	1	41	1	3
Jaka jest przydatność kierowania Państwa pracowników na szkolenia/konferencje/sympozja dotyczące zagadnień prokościowych?***	71	96	3	30	1	5
Czy w Państwa szpitalu stosowane są metody leczenia, których skuteczność wynika z doświadczenia personelu medycznego, ale nie jest oparta na aktualnej wiedzy medycznej?***	65	88	3	37	1	3
Kadra zarządca stymuluje personel medyczny do stosowania metod leczenia, których skuteczność wynika z doświadczenia personelu medycznego, ale nie jest oparta na aktualnej wiedzy medycznej (EBM)*	71	96	5	30	1	5
System motywacyjny personelu medycznego w Państwa szpitalu mobilizuje do działań na rzecz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych*	70	95	5	26	1	5
Atmosfera panująca w Państwa szpitalu sprawia, że jest to atrakcyjne miejsce pracy*	69	93	1	19	1	5
Relacje z bezpośrednim przełożonym motywują do większego zaangażowania w wykonywane obowiązki*	71	96	5	28	1	5
Sposób awansowania pracowników Państwa szpitala motywuje do większego zaangażowania w wykonywane obowiązki*	67	91	5	23	1	5
Wynagrodzenie - czynniki wpływają na satysfakcję pracowników medycznych w Państwa szpitalu*	70	95	5	36	1	5
Wysokie szanse związane z awansem - czynniki wpływają na satysfakcję pracowników medycznych w Państwa szpitalu*	67	91	5	22	1	5
Stabilność zatrudnienia - czynniki wpływają na satysfakcję pracowników medycznych w Państwa szpitalu*	69	93	5	25	1	5

Tab. 1. Cd.

Świadczenia pozapłacowe - czynniki wpływają na satysfakcję pracowników medycznych w Państwa szpitalu*	68	92	5	24	1	5
Możliwość rozwoju - czynniki wpływają na satysfakcję pracowników medycznych w Państwa szpitalu*	70	95	1	19	1	5
Uznanie przełożonych - czynniki wpływają na satysfakcję pracowników medycznych w Państwa szpitalu*	70	95	5	19	1	5
Autonomia i niezależność w podejmowaniu decyzji dot. metod leczenia - czynniki wpływają na satysfakcję pracowników medycznych w Państwa szpitalu*	68	92	4	20	1	5
Czy w Państwa szpitalu prowadzone są badania satysfakcji pacjentów?***	72	97	1	55	1	3
Jakie są przeciętne wyniki badań satysfakcji pacjentów w Państwa szpitalu?***	48	65	4	31	3	5
Wyniki badań satysfakcji pacjentów prowadzone w Państwa szpitalu: (a) wpływają na decyzje o wprowadzeniu zmian, mających na celu poprawę jakości świadczeń zdrowotnych*	57	77	5	18	1	5
Wyniki badań satysfakcji pacjentów prowadzone w Państwa szpitalu : (b) stanowią źródło informacji o błędach/brakach w szpitalu*	57	77	5	20	1	5
Na jakość świadczeń zdrowotnych w Państwa szpitalu wpływają: (a) normy ISO 9000*	65	88	5	19	1	5
Na jakość świadczeń zdrowotnych w Państwa szpitalu wpływają: (b) standardy akredytacyjne CMJ*	63	85	5	20	1	5
Na jakość świadczeń zdrowotnych w Państwa szpitalu wpływają: (c) standardy leczenia*	67	91	5	24	1	5
W Państwa szpitalu podstawowym celem leczenia jest wynik, który pozwala na: (a) przewrócenie pacjenta do pracy*	54	73	5	22	1	5
W Państwa szpitalu podstawowym celem leczenia jest wynik, który pozwala na: (b) przewrócenie jego naturalnych funkcji *	62	84	5	32	1	5
W Państwa szpitalu podstawowym celem leczenia jest wynik, który pozwala na: (c) powstrzymanie rozwoju choroby*	63	85	5	26	1	5
W Państwa szpitalu podstawowym celem leczenia jest wynik, który pozwala na: d) leczenie pozaszpitalne*	53	72	1	15	1	5

Źródło: opracowanie własne..

* 1 - zdecydowanie się nie zgadzam, 2 - raczej się nie zgadzam, 3 – nie mam zdania, 4 - raczej się zgadzam, 5 - zdecydowanie się zgadzam

** 1- tak, 2 – nie wie, 3 – nie; *** 1- bardzo niskie/a, 2- niskie/a, 3 – średnie/a, 4 – wysokie/a, 5 – bardzo wysokie/a.

Elementy struktury w podmiotach leczniczych to m. in.: liczebność i wykształcenie personelu, infrastruktura lokalowa, sprzęt medyczny, specyfika struktury organizacyjnej. Proces to przyjęty sposób postępowania, który dotyczy relacji świadczeniodawca–świadczeniobiorca, personel-organizacja, organizacja–dostawca. Proces to także sposób funkcjonowania struktury według zdefiniowanych i narzuconych procedur, standardów czy wytycznych, to min. procedury wykonywania badań, przygotowania i przeprowadzania zabiegów, komunikowania się i upowszechniania decyzji. Jakość wyniku natomiast łączy się ze wskaźnikami, takimi jak: śmiertelność, zachorowalność, powikłania i skutki uboczne, zmiany poziomu jakości życia, satysfakcja pacjenta z otrzymanej usługi [Głowacka i wsp. 2005, s. 231]. Ze względu na złożoność analizy, większość prac empirycznych koncentruje się na pojedynczych miarach struktur, procesów lub wynikach wybranych *a priori* [Tsai i wsp. 2011, s. 46]. Przedstawiona metodologia badania jakości również oparta jest na teorii Donabediana – uwzględnione zostały w niej wszystkie aspekty, natomiast głównie skoncentrowano się na *wyniku* – zgodnie z przyjętą definicją jakości. Pozwala to w sposób obiektywny ukazać poziom jakości świadczeń medycznych.

Głównym kierunkiem badań jakości zarówno w Polsce, jak i za granicą są prace, których celem jest ukazanie satysfakcji klientów zewnętrznych (pacjentów) i/lub klientów wewnętrznych (pracowników, dostawców). Faktem jest, iż w koncepcji zarządzania jakością zwraca się uwagę zarówno na klientów wewnętrznych jak i zewnętrznych, a organizacja, która chce osiągnąć maksymalne korzyści z zarządzania jakością musi uwzględnić potrzeby i dążyć do usatysfakcjonowania tych dwóch rodzajów klientów. Jednak w Polsce badania satysfakcji wykonywane niemal rutynowo w licznych szpitalach, stosowane są jako wskaźnik jakości [Michalak 2011, s. 169; Bojar i wsp. 2006, ss. 189-191]. Potwierdza to wynik badania własnego, w którym tylko 19% respondentów odpowiedziało, że w szpitalu w którym pracują nie prowadzi się badań satysfakcji. Należy dodać, iż pomimo niewielkiego znaczenia badań nad satysfakcją klientów istnieją również problemy teoretyczne i metodologiczne, które powodują wiele niezgodności interpretacyjnych w literaturze. Dodatkowo, polskie, jak i zagraniczne wyniki badań wskazują na wysoki poziom zadowolenia z opieki, co wzbudza wątpliwości odnośnie trafności i wiarygodności tych metod badawczych [Marcinowicz i wsp. 2005, s. 663]. W relacjonowanym badaniu, żaden z respondentów nie zaznaczył, iż wyniki badania satysfakcji klientów prowadzone w ich szpitalu wskazują na *bardzo niski* lub *niski* poziom zadowolenia klientów.

Inne podejście do oceny jakości opieki medycznej przedstawia zespół badaczy, pod kierunkiem L. Marcinowicz. Prowadzą oni prace dotyczące *niezadowolenia pacjentów*, które rzadko jest przedmiotem badań, chociaż z praktycznego punktu wi-

dzenia może być ważniejsze niż badanie zadowolenia, gdyż dostarcza informacji na temat nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej [Marcinowicz i wsp. 2007, ss. 559–562]. Badacze przekonują, iż w badaniach satysfakcji należy szerzej stosować podejście jakościowe, pozwalające wykryć, co jest naprawdę ważne z punktu widzenia pacjenta [Marcinowicz i wsp. 2010, ss. 712–715]. Jeśli przyjmimy, że założenie jest prawdziwe i ustalenie przyczyn niezadowolenia ze świadczonych usług i próba niwelacji ich w placówce wpływa na poprawę jakości usług, to należy wprowadzić kolejny etap badań uświadamiający kadrę zarządzającą o zaistniałej zależności, gdyż zgodnie z wynikami badania własnego dla ponad 1/5 zarządzających wyniki tych badań nie rzutują na decyzje o wprowadzeniu zmian, mających na celu poprawę jakości świadczeń zdrowotnych, ani nie stanowią źródła informacji o błędach/brakach w szpitalu.

Jeszcze inne podejście do badania jakości usług medycznych zaproponowali B. Detyna i J. Detna, którzy podkreślili, iż jakość jako złożona kategoria wymaga zastosowania metod pozwalających na skwantyfikowanie analizowanej rzeczywistości podmiotu leczniczego. Uważają, iż pomocne w ocenie jakości usług medycznych i procesów im towarzyszących są metody statystycznej analizy danych, ujętych w sposób ilościowy [Detyna i wsp. 2011]. Badacze zaproponowali listę wskaźników, które należy wziąć pod uwagę przy ocenie jakości procesów w usługach medycznych. Lista została podzielona na cztery strefy. Wyodrębniono miary charakteryzujące stopień zaspokojenia potrzeb zarówno klientów wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Perspektywę klientów uzupełniono obszarami dotyczącymi analizy procesów wewnętrznych podmiotu leczniczego, a także kondycji finansowej placówki i jej komórek organizacyjnych. Dynamiczna i długookresowa analiza wybranych wskaźników jakościowych pozwoli, zdaniem autorów, na doskonalenie umiejętności minimalizowania błędów, które mogą wystąpić w trakcie świadczenia usługi medycznej. Należy jednak podkreślić, iż zaproponowana przez badaczy metodyka oceny jakości zawiera pewne ograniczenia i wady. Można do nich zaliczyć przede wszystkim subiektywizm w doborze miar i wskaźników do badania, a także arbitralność w doborze kryteriów oceny.

Omówiona w artykule metodyka badania jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych również posiada pewne ograniczenia i niedoskonałości. Od samego początku badanie obarczone było problemem niedostatecznej zwrotności ankiet. W pierwszym etapie badania uzyskano zwrotność ankiet na poziomie 8,9%, który można uznać za wystarczający dla tego rodzaju badań. Jednak ankieta zawierała pytania zamknięte i otwarte, a stopień odpowiedzi na pytania otwarte okazał się bardzo niezadawalający. Dotyczyło to przede wszystkim pytania o *definicję/rozumienie jakości świadczeń opieki zdrowotnej* oraz prośby o podanie wartości wskaźników takich jak: wskaźnik

zgonów, wskaźnika reoperacji, wskaźnik rehospitalizacji, wskaźnik zakażeń szpitalnych, liczba zdarzeń medycznych, średni czasu pobytu pacjenta w szpitalu. Brak tych danych w sposób znaczący wpłynął na zakres statystycznych analiz. W dalszych badaniach należałoby zatem, rozważyć zmianę formy rozpowszechniania ankiety – zamiast dystrybucji pocztowej przeprowadzić wywiad z wykorzystaniem kwestionariusza.

Zakończenie

Przedstawiona metodyka badania jakością szpitalnych świadczeń zdrowotnych pozwala na przygotowanie systemu stałego/cyklicznego monitoringu jakości, który po wprowadzeniu omówionych zmian, pozwoli na kompleksową ocenę jakości świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji doprowadzi do faktycznej poprawy jakości świadczeń w podmiotach leczniczych. Omówiona metodyka charakteryzuje się nie tylko uniwersalnością zastosowania, ale również elastycznością. Proponowana metodyka może też pełnić w podmiotach leczniczych funkcję diagnostyczną – z jednej strony umożliwia wskazanie nieprawidłowości, a z drugiej pomaga w wytaczaniu kierunku rozwoju.

Wyniki badania mogą także, stanowić podstawę projektowania regionalnej strategii ochrony zdrowia w zakresie działań na rzecz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych.

Bibliografia

- Bojar I., Wdowiak L., Miotła P., Strzemecka J. (2006), *Satysfakcja pacjentek z usług publicznych i niepublicznych poradni ginekologiczno-położniczych na terenie miasta Lublina*, „Zdrowie Publiczne”, nr 116(1).
- Detyna B., Detyna J. (2011), *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Wyd. Difin, Warszawa.
- Donabedian A. (1980), *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*, „Ann Arbor, MI: Health Administration Press”.
- Donaldson MS., Nolan K. (1997), *Measuring the quality of health care: state of the art*, “The Joint Commission journal on quality improvement”, nr 23 (5).
- Farquhar M. (2008), *AHRQ Quality Indicators* [w:] R. Hughes (red.), *Patient Safety and Quality An Evidence-Based Handbook for Nurses*, Agency for Healthcare Research and Quality.
- Głowacka M. D., Sobkowski M., Staszewski R. (2005), *Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*, „Nowiny Lekarskie”, nr 74(2).

- Holly R. (2010a), *Procesy restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia i ich wpływ na poprawę efektywności*, Recenzja rozprawy doktorskiej J. Kaczmarzkiej-Krawczyk, Łódź.
- Holly R. (2010b), *Jakość w systemowym zarządzaniu ryzykiem utraty zdrowia*, Konferencja „Jakość 2010: systemy zarządzania w ochronie zdrowia”, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Holly R. (2013), *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo KIU, Warszawa.
- Marcinowicz L., Chlabicz S., Grębowski R. (2010), *Understanding patient satisfaction with family doctor care*, „Journal of Evaluation in Clinical Practice” nr 16.
- Marcinowicz L., Górską A., Chlabicz S. (2007), *Przyczyny niezadowolonych pacjentów z opieki lekarza rodzinnego w świetle badań ankietowych – analiza odpowiedzi na pytania otwarte*, „Przegląd Lekarski” nr 64(9).
- Marcinowicz L., Grębowski R. (2005), *Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych*, „Pol. Merk. Lek”, nr 108.
- Michalak J. (2011a), *Legal conditions and determinants of Quality in the Polish Healthcare System*, [w:] I. Rudawska (red.), *Challenges for Healthcare reform in Europe*, Foundation of International Studies, Kyiv.
- Michalak J. (2011b), *Prawne i pozaprawne uwarunkowania jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce*, „Studia i materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą”, t. 38.
- Pronovost P. J., Nolan T., Zeger S., Miller M., Rubin H. (2004), *How can clinicians measure safety and quality in acute care?*, „The Lancet”, nr 363.
- Tsai A. C., Bridges J. (2011), *Statistical and econometric Risk Adjustment methods for measuring the quality of hospitals*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management”, nr VIII/I.

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Iwona Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Paulina Matusiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Elżbieta Albin

Spółeczna Akademia Nauk

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek jako problem w zarządzaniu zasobami ludzkimi w przedsiębiorstwie medycznym

Professional burnout among nurses as a problem in human resource management at medical enterprise

Abstract: Although the problem of burnout, researchers have addressed for 40 years, this topic is always up to date and constantly demanding research. They provide valuable information useful in practice to counteract this phenomenon and its elimination.

Therefore, the main objective of this paper is, not only to examine the level of burnout among nurses, but also to highlight how the problem of burnout among nurses is pronounced, and what has specifics, and above all, an indication of the ways to assist in the prevention of burn-in phenomenon and allowing them to help reduce the symptoms when comes to the appearance of the syndrome.

Keywords: healthcare, nurses, professional burnout.

Wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe jest pojęciem różnorodnie definiowanym. W literaturze światowej najczęściej jednak przytacza się jego definicję w ujęciu H. Freudenbergera i G. Richelsona, Ch. Maslach oraz A.M. Pines i E. Aronsona. Według H. Freudenbergera i G. Richelsona wypalenie to stan zmęczenia czy frustracji wynikający z poświęcenia się jakiejś sprawie, sposobowi życia lub związkowi, który nie przyniósł oczekiwanej nagrody [Pines 2006, s.35]. Zgodnie z tą definicją wypalenie zawodowe jest stanem, który krystalizuje się u jednostki powoli, i który w efekcie wywiera negatywny wpływ na jej motywację, przekonania i zachowania [Litzke, Schuh 2007, s. 167].

Zgodnie z operacyjną definicją Ch. Maslach, wypalenie zawodowe jest „psychologicznym zespołem wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [Maslach 2006, s. 15]. W tym ujęciu syndrom ten występuje u osób, które pracując z innymi balansują na granicy swojej wydolności i zawiera w sobie stosunek do samego siebie jak i do innych, a jego kluczowym wyznacznikiem jest jednak wyczerpanie emocjonalne [Dierendonck, Schaufeli, Sixma 2006, s. 171].

Według A.M. Pines i E. Aronsona wypalenie zawodowe jest „stanem fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowanym przez długotrwałe zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym”. Jest stanem, który występuje u ludzi pracujących z innymi, których praca polega na niesieniu pomocy, i którzy w relacjach z innymi są stroną „dającą” [Pines 2006, s. 50].

W odniesieniu do wypalenia zawodowego występującego u pielęgniarek, wyniki badań ukazują, że za występowanie tego syndromu w tej właśnie grupie zawodowej często odpowiedzialne są posiadane przez pielęgniarki wyidealizowane przekonania dotyczące własnej roli zawodowej. Pokazują, że mimo tego, iż zaangażowanie, poczucie odpowiedzialności za innych, wysoka wrażliwość, jak również zaradność i spolegliwość są cechami w tym zawodzie bardzo pożądanymi, to jednocześnie występowanie ich znacząco zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się u nich przeciążenia emocjonalnego [Roszak 2009, s. 311].

Za występowanie wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek w dużej mierze odpowiedzialny jest stres. Osoby wykonujące ten zawód, podobnie jak pozostali pracownicy służb medycznych, narażone są na permanentne działanie stresorów związanych z odpowiedzialnością za życie drugiego człowieka, nieprzewidywalnością każdego dnia pracy, koniecznością szybkiego podejmowania decyzji i szybkim tempem pracy [Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg 2006, s. 39-40]. Narażone są na doświadczanie nie-

zadowolenia i pretensji ze strony pacjentów i członków ich rodzin, ciągły kontakt ze śmiercią [Kędra, Sanak 2013, s.120], obcowanie z chorobą, doświadczanie następującej po sobie nadziei i bezsilności [Fengler 2000, s. 95] oraz ciągłą konfrontację z nieodwracalnością pewnych zjawisk [Wyderka, Kowalska, Szeląg 2009, s. 270].

Wyniki badań wskazują, że za występowanie wśród pielęgniarek zjawiska wypalenia zawodowego bardzo często odpowiedzialna jest także zła organizacja czasu pracy, jej zmienność łącznie z pracą w porze nocnej, system dyżurów, niedocenywanie ze strony personelu lekarskiego, częsty brak nagród i możliwości awansu czy także niedobory sprzętowe.

Do występowania omawianego syndromu u pielęgniarek znacząco przyczynia się także często występujące u przedstawicieli tego zawodu poczucie braku satysfakcji i zadowolenia z wykonywanej pracy. Badania pokazują, że wiąże się ono głównie niskimi w tym zawodzie poborami, które są nieadekwatne do stawianych na tym stanowisku wymagań, nieadekwatne do ilości wkładanej pracy, nieadekwatne do zarobków występujących w innych grupach zawodowych. Ponadto do pojawiania się u pielęgniarek syndromu wypalenia zawodowego prowadzi także nadmiar wymaganej od nich dokumentacji, konieczność ciągłego bycia osobą „dającą”, stale eksploatowaną [Kędra, Sanak 2013, s.119-132].

Podkreślić należy, że w przypadku pielęgniarek zauważa się silne powiązania pomiędzy poszczególnymi komponentami wypalenia zawodowego, które powodują, że proces wypalania podlega zjawisku samowzmacniania. Wyczerpanie emocjonalne powoduje występowanie depersonalizacji, depersonalizacja z kolei warunkuje zaniżanie poczucia osobistych osiągnięć zawodowych, a te zwrótnie potęgują wyczerpanie emocjonalne.

Metodologia

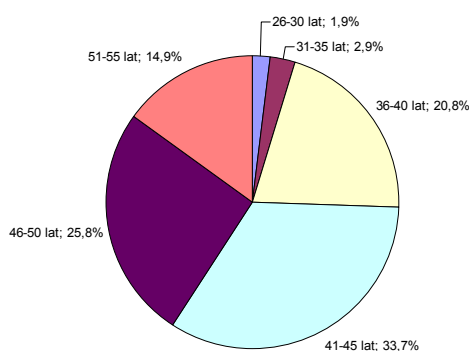
Celem przeprowadzonych badań było uzyskanie danych na temat nasilenia i specyfiki zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Eksploracja wskazanego problemu oparta została na samowiedzy osób badanych. W celu uzyskania danych przeprowadzono sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety. W narzędziu badawczym zastosowano sześciostopniową skalę ocen skonstruowaną na użytek niniejszych badań.

Badania przeprowadzone zostały wśród pielęgniarek pracujących na terenie miasta Łodzi. Badania miały charakter badań indywidualnych. Udział w badaniach był całkiem dobrowolny. Biorące udział w badaniach pielęgniarki poinformowane zostały, że badania mają charakter anonimowy, a wyniki są poufne i zostaną wykorzystane

jedynie do celów naukowych. Odpowiedzi na poszczególne pytania skali ocen zapisywane były samodzielnie przez osoby biorące udział w badaniach.

Łącznie badaniu poddanych zostało 105 pielęgniarek. Do analizy uzyskanych wyników włączonych zostało jednak 101 respondentów. Wśród osób badanych nie znalazł się ani jeden mężczyzna.

Rysunek 1. Wiek osób biorących udział w badaniach



Źródło: opracowanie własne

Jeśli chodzi o wiek osób badanych, to zdecydowaną większość stanowiły pielęgniarki znajdujące się w przedziale wiekowym pomiędzy 41 a 45 rokiem życia (33,7%). W następnej kolejności największą grupę stanowiły pielęgniarki znajdujące się w przedziale wiekowym pomiędzy 46 a 50 lat (25,8%). W badaniach najmniejszy udział był pielęgniarek reprezentujących wiek mieszczący się w przedziale 26-30 lat (1,9%). Biorąc pod uwagę staż pracy w zawodzie, wśród badanych najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki wykonujące swą pracę pomiędzy 21 a 25 lat (29,7%). Stosunkowo liczną grupę stanowiły także osoby wykonujące zawód pielęgniarski w przedziale pomiędzy 16 a 20 lat. Stanowiły one bowiem 27,8% badanej grupy. 14,9% wskazanej grupy stanowiły pielęgniarki zatrudnione w zawodzie pomiędzy 26 a 30 lat, 11,9% zatrudnione przez 31-35 lat, a 9,9% pracujące jako pielęgniarki 11-15 lat. Wśród badanych najmniej było pielęgniarek z krótkim stażem zawodowym – 3,9% badanej grupy stanowiły pielęgniarki zatrudnione minimum sześć lat i nie dłużej niż 10 lat – 1,9% stanowiły pielęgniarki pracujące w zawodzie krócej niż 5 lat. 84,3% osób badanych stanowiły pielęgniarki zatrudnione w szpitalu, 12,9% zatrudnione w przychodni, 1,9% zatrudnione w hospicjum, a 0,9% zatrudnione w Domach Pomocy Społecznej.

Tabela 1. Miejsce pracy osób badanych

Miejsce pracy	Wyniki	
	Ilość badanych	% badanych
Szpital	85	84,3%
Przychodnia	13	12,9%
DPD	1	0,9%
Hospicjum	2	1,9%

Źródło: opracowanie własne.

Biorące udział w badaniach pielęgniarki najczęściej zatrudnione były na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony (86,2%). 11,9% badanych zatrudnionych było na podstawie umowy o pracę na czas określony. 1,9% badanych zatrudnionych było w formie kontraktu.

Tabela 2. Motywy osób badanych do podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarskim

Motywy do podjęcia pracy jako pielęgniarka	Wyniki	
	Ilość badanych	% badanych
Chęć niesienia pomocy innym	64	63,3%
Prestiż zawodowy	15	14,9%
Chęć kontynuowania tradycji rodzinnych	4	3,9%
Możliwość awansu i rozwoju zawodowego	9	8,9%
Przypadek	28	27,8%

Źródło: opracowanie własne.

Wśród motywów, które skłoniły osoby badane do podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarskim na pierwszym miejscu znalazła się chęć niesienia pomocy innym. Na obecność tego czynnika wskazało aż 63,3% respondentek. Stosunkowo dużo z nich wskazało, iż czynnikiem tym był przypadek – 27,8%. 14,9% osób badanych wskazało, że motywem wyboru ich zawodu był związany z nim prestiż, a 8,9%, że motyw ten stanowiła możliwość awansu i rozwoju zawodowego. Dla 3,9% motywem tym była chęć kontynuowania tradycji rodzinnych.

Analiza wyników badań

Stopień wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek

W celu weryfikacji stopnia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek obliczona została średnia arytmetyczna dla wszystkich pozycji skal ocen dokonanych przez biorące udział w badaniach pielęgniarki. Uzyskana średnia ukazała, iż pielęgniarki swój stopień wypalenia zawodowego na skali 1-6 oceniły na poziomie wynoszącym 4,12.

Jeśli chodzi o najsilniej występujące u siebie objawy wypalenia zawodowego wskazywały na fakt, iż praca stanowi dla nich istotne źródło zmęczenia fizycznego (5,25) i zmęczenia psychicznego (4,95). W następnej kolejności, jako stosunkowo silnie występujący u siebie objaw wypalenia zawodowego, wskazywały na doświadczanie związanego z pracą napięcia i drażliwości (4,83), brak satysfakcji z wykonywanej pracy (4,63) i brak doświadczania w pracy osiągnięć i sukcesów (4,61).

Dalej wskazywały także na dążenie do skracania czasu kontaktu z pacjentem (4,22), objaw zniechęcenia względem wykonywanej przez siebie pracy (4,21), wzrastającą skłonność do samokrytyki (4,19), występowanie u siebie lęku spowodowanego odpowiedzialnością za zdrowie i życie innych osób (4,12), brak satysfakcji powodowany częstym kontaktem ze śmiercią i ciągłym napotykiem wygórowanych względem nich oczekiwań ze strony pacjentów i ich rodzin (4,11). Mówiły o występującej u nich obniżonej aktywności w pracy (4,09), występujących u nich objawach psychosomatycznych (4,06) i obniżonej wrażliwości na problemy pacjentów (4,01).

Na poziomie niższym niż 4 oceniono:

- brak sensu angażowania się w pracę – 3,93,
- traktowanie pacjentów jako „przypadki” czy „jednostki chorobowe” – 3,92,
- występowanie gorszych relacji ze współpracownikami – 3,74,
- doświadczanie negatywnych emocji względem pacjentów – 3,65,
- występowanie tendencji do samooskarżania – 3,62,
- odczuwanie niechęci względem pacjentów – 3,61,
- poczucie braku osobistych kompetencji – 3,54 i
- przyjmowanie negatywnych postaw względem pacjentów – 3,21.

Cennych informacji na temat wypalenia zawodowego pielęgniarek pozwoliło dostarczyć także przeprowadzenie analizy odpowiedzi osób badanych na poszczególne zawarte w skali ocen pozycje.

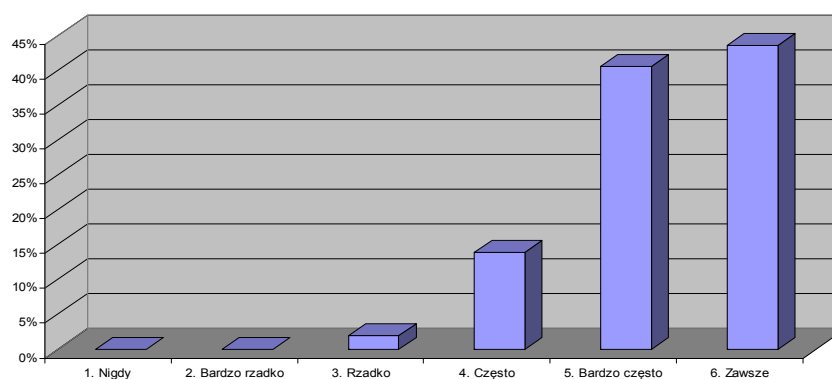
Tabela 3. Ocena wypalenia zawodowego dokonana przez pielęgniarki (skala 1-6)

Objaw wypalenia zawodowego	Śr. arytm.	Odch. st.
Praca źródłem zmęczenia psychicznego	4,95	,87
Obniżona wrażliwość na problemy pacjentów	4,01	,83
Doświadczenie w pracy braku osiągnięć i sukcesów	4,61	,89
Praca źródłem zmęczenia fizycznego	5,25	,77
Traktowanie pacjentów jako „przypadki”/„jednostki chorobowe”	3,92	1,07
Poczucie braku osobistych kompetencji	3,54	,80
Doświadczenie związanego z pracą napięcia i drażliwości	4,83	,92
Dążenie do skracania czasu kontaktu z pacjentem	4,22	1,02
Brak satysfakcji z wykonywanej pracy	4,63	,96
Obniżona aktywność w pracy	4,09	,90
Doświadczenie negatywnych emocji względem pacjentów	3,65	,96
Wzrastająca skłonność do samokrytyki	4,19	,86
Obecność objawów psychosomatycznych	4,06	,94
Przyjmowanie negatywnych postaw względem pacjentów	3,21	,91
Poczucie braku sensu angażowania się w pracę	3,93	1,14
Lęk spowodowany odpowiedzialnością za zdrowie innych	4,12	1,20
Odczuwanie niechęci względem pacjentów	3,61	,97
Brak satysfakcji powodowany częstym kontaktem ze śmiercią i wygórowanymi oczekiwaniami pacjentów	4,11	1,25
Zniechęcenie względem wykonywanej pracy	4,21	1,12
Pogorszenie się własnych relacji ze współpracownikami	3,74	1,07
Występowanie tendencji do samooskarżania	3,62	,94

Źródło: opracowanie własne.

Jeśli chodzi o częstotliwość doświadczania przez badane pielęgniarki związanego z pracą zmęczenia psychicznego, to 29,7% respondentek twierdziło, że towarzyszy im ono zawsze, 41,6%, że bardzo często, 22,8%, że często i 5,9% z nich wskazywało, iż doświadcza go rzadko. Podobnie jak w przypadku zmęczenia fizycznego, żadna z badanych nie przyznała, że nie doświadcza zmęczenia psychicznego nigdy czy bardzo rzadko.

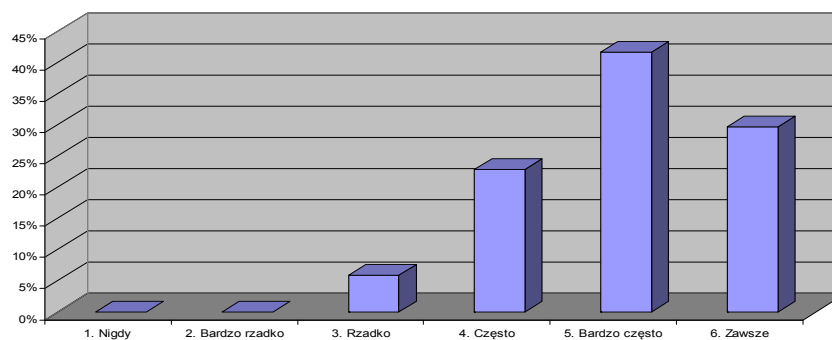
Rysunek 2. Częstotliwości doświadczania przez pielęgniarki związanego z pracą zmęczenia fizycznego



Źródło: opracowanie własne.

Aż 43,6% biorących udział w badaniach pielęgniarek wskazywało, że praca zawsze stanowi dla nich źródło zmęczenia fizycznego, 40,6% badanych odpowiadało, że praca bardzo często stanowi dla nich źródło owego zmęczenia, a 13,9%, że często. Żadna z badanych pielęgniarek nie twierdziła, że praca nigdy czy bardzo rzadko przyczynia się do doświadczania przez nie zmęczenia w sferze fizycznej. Na odpowiedź „rzadko” wskazywało jedynie 1,9% badanych.

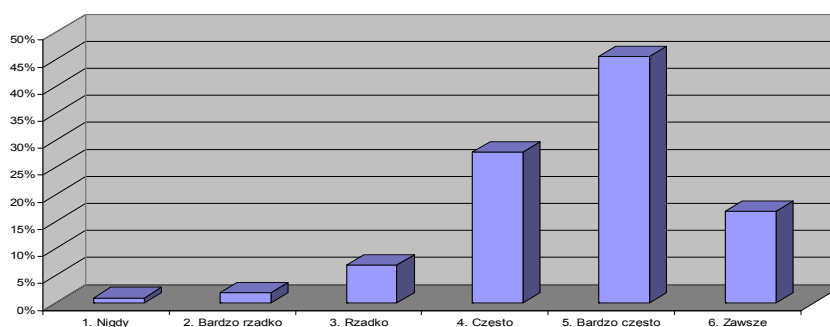
Rysunek 3. Doświadczanie przez pielęgniarki związanego z pracą zmęczenia psychicznego



Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie dotyczące tego, jak często u badanych pielęgniarek w związku z wykonywaną przez nie pracą pojawia się napięcie i drażliwość, 0,9% badanych odpowiadało, że nigdy, 6,9%, że rzadko, 21,9%, że często, 45,5%, że bardzo często i 24,8%, że zawsze. Odpowiedzi „bardzo rzadko” nie udzieliła żadna z biorących udział w badaniach pielęgniarek.

Rysunek 4. Doświadczanie przez pielęgniarki braku satysfakcji z wykonywanej pracy

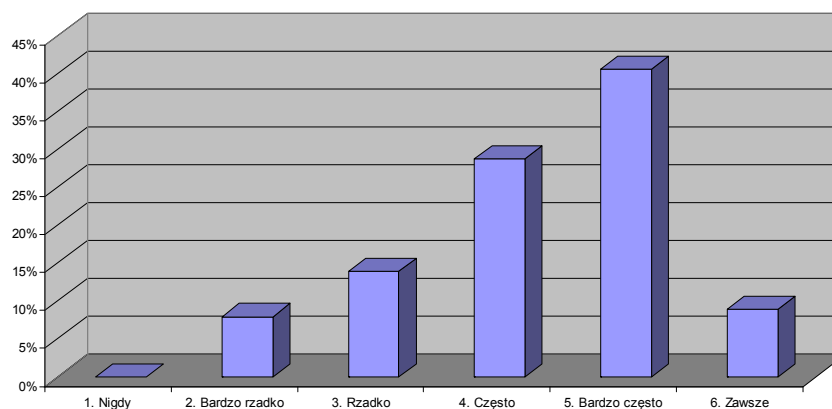


Źródło: opracowanie własne.

Na bardzo częste doświadczanie braku satysfakcji z wykonywanej pracy wskazywało aż 45,5% badanych pielęgniarek. 27,9% z nich wskazywało na częsty brak satysfakcji z pracy i 16,9% na zawsze występujący brak satysfakcji z pracy. Jedynie 6,9% respondentek odpowiadało, że brak satysfakcji z wykonywanej przez nie pracy pojawia się u nich rzadko, 1,9%, że bardzo rzadko i tylko 0,9%, że nie pojawia się on nigdy. 15,9% biorących udział w badaniach pielęgniarek wskazywało, że zawsze występuje u nich poczucie braku osiągnięć i sukcesów w pracy. 46,6%, że towarzyszy im ono bardzo często, 26,7%, że pojawia się często. Tylko 9,9% badanych odpowiadało, że poczucie braku osiągnięć i sukcesów w pracy pojawia się u nich rzadko i 0,9%, że bardzo rzadko. Żadna z badanych nie odpowiedziała, że nie doświadcza go nigdy.

Na pytanie dotyczące objawu wypalenia zawodowego pielęgniarek związanego z dążeniem do skracania czasu kontaktu z pacjentem 34,7% badanych odpowiadało, że sytuacje takie zdarzają się im często, a 32,7%, że bardzo często i 9,9%, że zawsze. 17,8% badanych udzieliło odpowiedzi, że rzadko i tylko 4,9% z nich, że bardzo rzadko. Odpowiedzi „nigdy” nie udzieliła żadna z osób badanych.

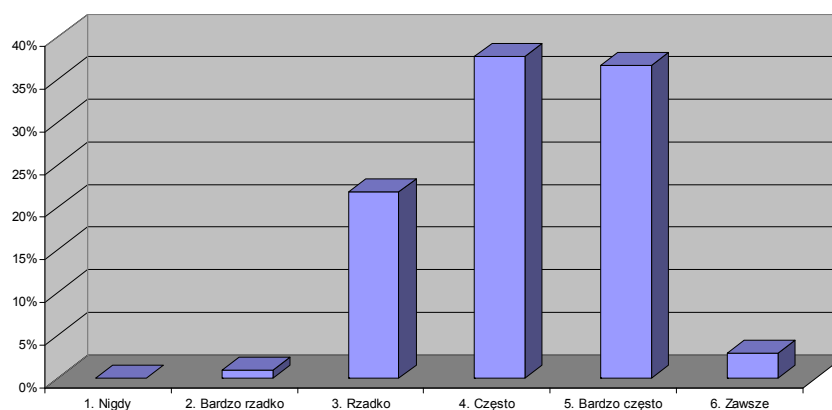
Rysunek 5. Doświadczenie przez pielęgniarki zniechęcenia do wykonywanej przez siebie pracy



Źródło: opracowanie własne.

40,6% biorących udział w badaniach pielęgniarek wskazywała, że bardzo często towarzyszy im zniechęcenie względem wykonywanej przez nie pracy, a 28,7% badanych przyznało, że zniechęcenie to pojawia się u nich często. 8,9% respondentek odpowiedziało, że towarzyszy im ono zawsze. 13,9% z nich zaznaczyło odpowiedź rzadko, 7,9% odpowiedź bardzo rzadko. Żadna z badanych nie wskazała, że nigdy nie borykała się z występowaniem u siebie zniechęcenia względem wykonywanej pracy.

Rysunek 6. Doświadczenie przez pielęgniarki wzrastającej skłonności do samokrytyki

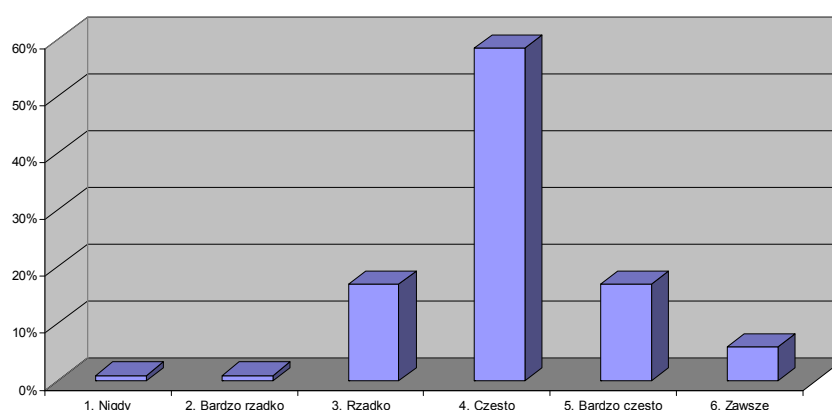


Źródło: opracowanie własne.

32,6% biorących udział w badaniach pielęgniarek przyznało, że bardzo często zauważa u siebie objaw wypalenia zawodowego związany z doświadczaniem reakcji lękowych spowodowanych odpowiedzialnością za zdrowie i życie drugiego człowieka. 22,8% z nich przyznało, że zauważa go u siebie często, a 11,9%, że zawsze. 21,8% badanych zaznaczyło, że objaw ten zauważa u siebie rzadko, 10,9%, że bardzo rzadko i 0%, że nigdy.

Żadna natomiast nie przyznała, iż towarzyszący jej pracy częsty kontakt ze śmiercią i wygórowanymi oczekiwaniami pacjentów, nigdy nie był dla niej źródłem obniżonej satysfakcji z wykonywanej pracy. 12,9% badanych wskazywało, że objaw ten pojawiał się u nich bardzo rzadko, 15,8%, że rzadko, 26,7%, że często, 29,7%, że bardzo często i 14,9%, że zawsze.

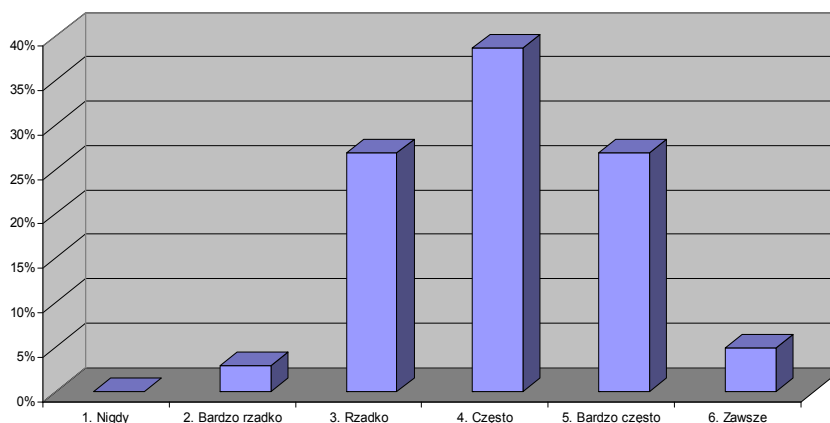
Rysunek 7. Doświadczanie przez pielęgniarki obniżonej aktywności w pracy



Źródło: opracowanie własne.

Na częste występowanie u siebie obniżonej aktywności w pracy wskazała ponad połowa biorących udział w badaniach pielęgniarek (58,5%). Na występowanie tego objawu „bardzo często” wskazało 16,9% badanych, a na występowanie go „zawsze” 5,9%. 16,9% pielęgniarek odpowiedziało, że objaw ten pojawia się u nich rzadko i po 0,9%, że bardzo rzadko lub nigdy.

Rysunek 8. Doświadczanie przez pielęgniarki objawów psychosomatycznych



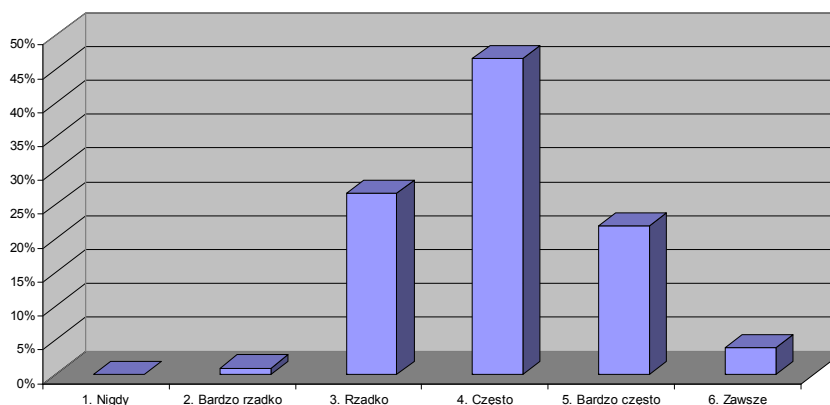
Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej występującym u badanych pielęgniarek objawem psychosomatycznym był ból głowy. Na obecność tego objawu wskazywało aż 73,3% badanych. W następnej kolejności badane pielęgniarki wskazywały na występujące u nich zaburzenia snu (35,6%), nagłe wzrosty ciśnienia tętniczego krwi, bóle mięśniowe (po 23,8%), zaburzenia nerwicowe (16,8%), zawroty głowy (14,9%), zaburzenia żołądkowo-jelitowe (13,9%), objawy skórne (10,9%), nadmierną potliwość (9,9%), uczucie duszności (8,9%), zaburzenia łaknienia (5,9%) oraz reakcje hipochondryczne, ból kręgosłupa i ściskanie w gardle (po 0,9%).

Jeśli chodzi o występowanie u badanych pielęgniarek objawu wypalenia zawodowego związanego z obniżoną wrażliwością na problem pacjentów, to na pojawianie się go często, wskazywała prawie połowa respondentek (46,6%). 21,9% z nich wskazywało, że występuje on u nich bardzo często i 3,9%, że zawsze. Żadna z badanych nie udzieliła odpowiedzi, że objaw obniżonej wrażliwości na problemy pacjentów nie pojawił się u niej nigdy, 0,9% wskazała, że pojawia się bardzo rzadko, a 26,7% badanych, że rzadko.

Żadna z osób badanych nie przyznała, iż nigdy nie doświadcza braku sensu angażowania się w pracę. 12,9% badanych przyznało, że doświadcza tego objawu bardzo rzadko. 19,8% respondentek odpowiedziało, że objaw ten pojawia się one u nich rzadko. Aż 33,7% badanych udzieliło odpowiedzi, że poczucie braku sensu angażowania się w pracę pojawia się u nich często, 27,7%, że nawet bardzo często, a 6,9% badanych odpowiedziało, że takie poczucie towarzyszy im zawsze.

Rysunek 9. Doświadczanie przez pielęgniarki obniżonej wrażliwości na problemy pacjentów



Źródło: opracowanie własne.

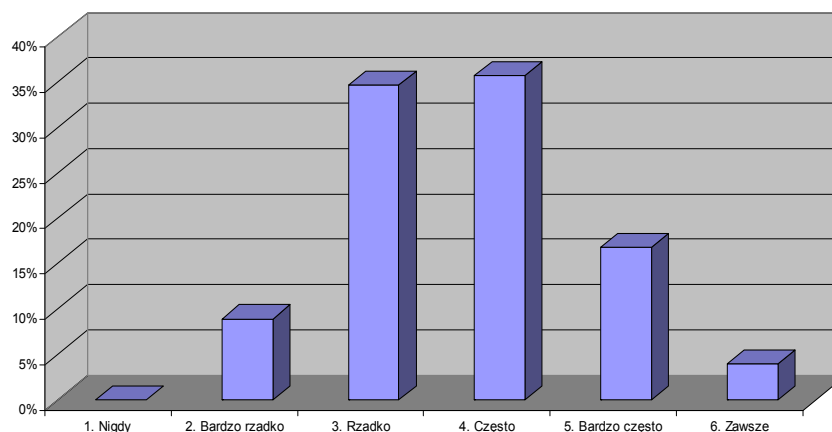
Jeśli chodzi o częstotliwość występowania u pielęgniarek objawu związanego z traktowaniem pacjentów jako „przypadki”/”jednostki chorobowe”, to prawie połowa respondentek twierdziła, że towarzyszy im on często (49,5%). 18,9% twierdziła, że występuje on u nich bardzo często, a 5,9%, że zawsze. Na odpowiedź „rzadko” wskazywało 14,9% badanych, na odpowiedź „bardzo rzadko” 9,9%, a na odpowiedź „nigdy” zaledwie 0,9% badanych.

Na częste występowanie u siebie gorszych relacji ze współpracownikami wskazało 35,7% badanych. 16,8% badanych odpowiadało, że pogorszenie się relacji ze współpracownikami zauważa bardzo często, 3,9%, że zawsze, 8,9%, że bardzo rzadko i 34,7%, że rzadko. Żadna z osób badanych nie przyznała, że nigdy tego objawu u siebie nie zauważyła.

Aż 40,6% biorących udział w badaniach pielęgniarek przyznało, że często zauważa u siebie objaw wypalenia zawodowego, związany z doświadczaniem negatywnych emocji względem pacjentów. 11,9% z nich przyznało, że zauważa go u siebie bardzo często, a 3,9%, że zawsze. 32,7 % badanych zaznaczyło, że objaw ten zauważa u siebie rzadko, 10,9%, że bardzo rzadko i 0%, że nigdy.

Na częste występowanie u siebie niechęci do pacjentów wskazywało 32,7% badanych. 14,9% badanych odpowiadało, że własną niechęć do pacjentów zauważa bardzo często, 2,9%, że zawsze. Odpowiedzi „rzadko” udzieliło 38,6% badanych, odpowiedzi „bardzo rzadko” 10,9%, a na odpowiedź „nigdy” nie wskazała żadna z osób badanych.

Rysunek 10. Doświadczanie przez pielęgniarki pogorszenia się relacji ze współpracownikami



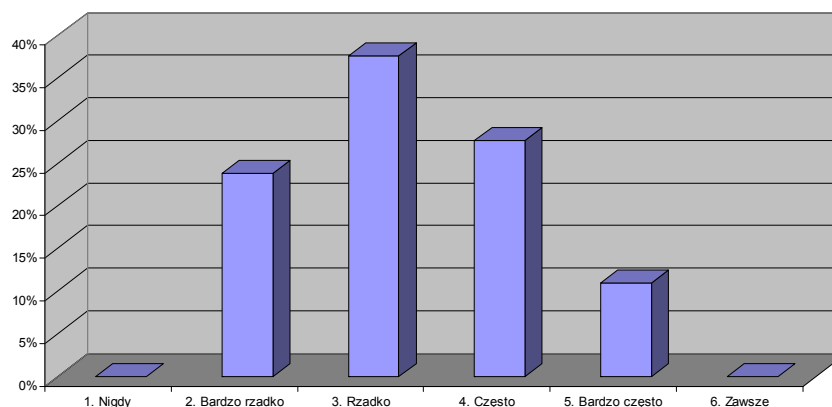
Źródło: opracowanie własne.

Blisko połowa badanych pielęgniarek (48,6%) wskazała, iż często pojawia się u nich poczucie braku osobistych kompetencji. 4,9% badanych wskazało, iż objaw związany z poczuciem braku osobistych kompetencji zauważa u siebie bardzo często i 0,9%, że zawsze. Tyle samo badanych (tzn. 0,9%) przyznało, że brak osobistych kompetencji nie towarzyszył im nigdy. 6,9% z nich przyznało, że miało to miejsce bardzo rzadko i 37,8%, że rzadko.

Jeśli chodzi o objaw wypalenia zawodowego związany z przyjmowaniem przez pielęgniarki negatywnych postaw względem pacjentów, najwięcej z nich udzieliło odpowiedzi, że taka sytuacja w ich pracy ma miejsce rzadko (37,6%).

Przyjmowanie przez pielęgniarki negatywnych postaw względem pacjentów najczęściej wiązało się z zachowywaniem względem nich nadmiernego dystansu. Na występowanie u siebie takiej formy zachowania wskazywało 29,7% badanych. Następnie 18,8% badanych wskazywało, że przyjmowane przez nie negatywne postawy względem pacjentów polegają na ich ignorowaniu (18,8%). 17,8% badanych pielęgniarek przyznało, że okazuje wycofanie w kontakcie z pacjentem, 13,9%, okazuje im złość, 6,9% wrogość, a 5,9% kieruje względem nich agresję słowną. 0,9% badanych przyznało, że zdarza się im zaniedbywanie pacjentów, negacja oraz przyjmowanie zachowań cynicznych.

Rysunek 11. Przyjmowanie przez pielęgniarki negatywnych postaw względem pacjentów



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Rodzaje przyjmowanych przez pielęgniarki negatywnych postaw względem pacjentów

Postawa względem pacjentów	Ilość badanych	% badanych
Wrogość	7	6,9%
Wycofanie	18	17,8%
Nadmierny dystans	30	29,7%
Agresja słowna	6	5,9%
Ignorowanie	19	18,8%
Zaniedbywanie	2	1,9%
Cynizm	2	1,9%
Negacja	2	1,9%
Okazywanie złości	14	13,9%

Źródło: opracowanie własne.

Specyfika wypalenia zawodowego pielęgniarek

Uzyskana średnia dla komponentu wypalenia zawodowego związanego z wyczerpaniem emocjonalnym okazała się być najwyższa i wyniosła 4,51. Średnia dla komponentu wypalenia zawodowego związanego z depersonalizacją wyniosła 3,77, a dla obniżonej oceny własnych dokonań 4,09. Uzyskane różnice pomiędzy poszczególnymi komponentami okazały się być istotne statystycznie. Przyjęta hipoteza badawcza została więc potwierdzona. Wypalenie zawodowe pielęgniarek najsilniej objawia się

w komponencie wyczerpania emocjonalnego. Najsłabiej natomiast objawia się w komponencie depersonalizacji.

Tabela 5. Średnie arytmetyczne dla trzech komponentów wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek

Komponent wypalenia zawodowego	Śr. arytm.	Odch. st.
Wyczerpanie emocjonalne	4,51	1,07
Depersonalizacja	3,77	1,01
Obniżona ocena własnych dokonań	4,09	1,06
F=127,303; p<0,000		

Źródło: opracowanie własne.

W celu weryfikacji założenia przyjmującego, że stopień wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek rośnie wraz z czasem wykonywania zawodu, obliczone zostały współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy czasem pracy w zawodzie pielęgniarek i wynikami uzyskanymi przez nie w każdej pozycji skali ocen diagnozującej ich stopień wypalenia zawodowego. Otrzymane wyniki pokazały, iż istotna statystycznie okazała się być jedynie zależność pomiędzy czasem pracy w zawodzie a występowaniem u pielęgniarek objawów psychosomatycznych. Jedynie ten otrzymany tu wynik można uogólnić na całą populację pielęgniarek i wskazać, iż im dłuższy jest czas wykonywania swojej pracy przez pielęgniarki, tym większa jest częstotliwość występowania u nich objawów psychosomatycznych.

Pozostałe wyniki okazały się być nieistotne statystycznie. Upoważniają one jedynie do stwierdzenia, iż w grupie badanych pielęgniarek staż pracy w zawodzie pielęgniarskim wiązał się z częstszym doświadczaniem przez badane zmęczenia psychicznego, zmęczenia fizycznego, napięcia i drażliwości, braku osiągnięć i sukcesów w pracy, braku osobistych kompetencji, obniżonej aktywności w pracy, wzrastającej skłonności do samokrytyki, poczucia braku sensu angażowania się w pracę, lęku spowodowanego odpowiedzialnością za zdrowie innych i pogorszenia się własnych relacji ze współpracownikami.

Podsumowując przedstawione w niniejszym podrozdziale dane podkreślić należy fakt, iż zauważyć można, że syndrom wypalenia zawodowego okazuje się być szczególnie niekorzystny dla samych pielęgniarek, u których się on pojawia. Najsilniej objawia się on bowiem doświadczaniem przez pielęgniarki bardzo silnego przeciążenia i doświadczaniem przez nie ciągłego niezadowolenia z samych siebie. Przyjmowanie przez pielęgniarki na skutek występującego u nich wypalenia zawodowego niewłaściwych zachowań i po-

staw względem innych okazuje się być znacznie mniej nasilone. Objawy wypalenia zawodowego bardziej dotyczą same pielęgniarki niż ich pacjentów.

Tabela 6. Współczynniki korelacji pomiędzy czasem pracy w zawodzie pielęgniarek i wynikami uzyskanymi przez nie dla poszczególnych objawów wypalenia zawodowego

Objaw wypalenia zawodowego	Staż pracy w zawodzie	
	r	p
Praca źródłem zmęczenia psychicznego	,131	,189
Obniżona wrażliwość na problemy pacjentów	-,054	,590
Doświadczenie w pracy braku osiągnięć i sukcesów	,081	,418
Praca źródłem zmęczenia fizycznego	,041	,684
Traktowanie pacjentów jako „przypadki”/„jednostki chorobowe”	-,049	,624
Poczucie braku osobistych kompetencji	,056	,577
Doświadczenie związanego z pracą napięcia i drażliwości	,078	,437
Dążenie do skracania czasu kontaktu z pacjentem	-,046	,642
Brak satysfakcji z wykonywanej pracy	-,010	,921
Obniżona aktywność w pracy	,011	,916
Doświadczenie negatywnych emocji względem pacjentów	-,170	,088
Wzrastająca skłonność do samokrytyki	,182	,067
Obecność objawów psychosomatycznych	<u>,327</u>	,001
Przyjmowanie negatywnych postaw względem pacjentów	-,013	,894
Poczucie braku sensu angażowania się w pracę	,069	,491
Lęk spowodowany odpowiedzialnością za zdrowie innych	,031	,752
Odczuwanie niechęci względem pacjentów	-,132	,186
Brak satysfakcji powodowany częstym kontaktem ze śmiercią i wygórowanymi oczekiwaniami pacjentów	-,108	,279
Zniechęcenie względem wykonywanej pracy	-,089	,374
Pogorszenie się własnych relacji ze współpracownikami	,082	,415
Występowanie tendencji do samooskarżania	-,010	,918

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Biorące udział w badaniach pielęgniarki na skali obejmującej przedział 1-6, swój stopień wypalenia zawodowego oceniły na poziomie wynoszącym 4,12. Wynik ten wskazuje, że osoby wykonujące zawód pielęgniarski są bardzo narażone na wystąpienie

syndromu charakterystycznego dla osób zatrudnionych na stanowiskach związanych z pełnieniem funkcji określanych jako służalczych. Osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa powinny okazywać duże zainteresowanie udziałem w adresowanych do nich warsztatach i programach profilaktycznych mających na celu zwiększać osobiste kompetencje w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz kompetencje w zakresie radzenia sobie z pojawiającym się wypaleniem zawodowym. Warsztaty te najwięcej uwagi poświęcać powinny przeciwdziałaniu pojawianiu się i radzeniu sobie z bardzo często pojawiającym się u pielęgniarek wyczerpaniem emocjonalnym. W głównej mierze powinny one koncentrować się na kształtowaniu wśród pielęgniarek umiejętności przeciwdziałania i radzenia sobie ze zmęczeniem psychicznym, zmęczeniem fizycznym, z doświadczaniem napięcia i drażliwości, doświadczaniem obniżonej aktywności w pracy, występowaniem objawów psychosomatycznych, doświadczaniem reakcji lękowych i zniechęcenia względem wykonywanej pracy.

Literatura

- Dierendonck D.V., Schaufeli W.B., Sixma H.J. (2006), *Wypalenie zawodowe wśród lekarzy ogólnych z perspektywy teorii równości*, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Fengler J. (2000), *Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kędra E., Sanak K. (2013), *Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”.
- Litzke S.M., Schuh H. (2007), *Stres, lobbings i wypalenie zawodowe*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Maslach C. (2006), *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Kafik-Pieróg M. (2006), *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź.
- Pines A.M. (2006), *Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej*, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Roszak A. (2009), *Zawodowe zagrożenia biologiczne pracowników medycznych. Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek*, „Pielęgniarstwo Polskie”, Nr 4(34), Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu.
- Wyderka M., Kowalska H., Szelaż E. (2009), *Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek*, „Pielęgniarstwo Polskie”, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań, Nr 4(34).

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Iwona Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Alina Kowalska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Justyna Białecka

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Rozpowszechnienie zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek wyzwaniem dla kadry zarządzającej szpitalem

The prevalence of the professional burnout among nurses as a challenge for the management of the hospital

Abstract: Nurses are among the occupations with the highest risk of burnout syndrome. The aim of the study was to investigate the prevalence professional burnout among nurses working in selected medical institutions and to identify the most common factors affecting the risk of burnout syndrome. In the period from January to March 2014 survey was carried out among 50 nurses working at the Department of Health Care in Lowicz and among 50 nurses working at the University Clinical Hospital in Lodz.

The vast majority of nurses who participated in the survey (93%, 93 people) were not satisfied with their salary. The surveyed as the most troublesome features indicated work at night (59%, 59 people) and mental fatigue (58%, 58 people). The vast majority of women who participated in the study (70%, 70 persons) admitted that they have symptoms burnout syndrome.

According to the surveyed women, the main determinants of the possibility of professional burnout are worthless tasks, stress, and low salaries.

Key words: professional burnout, nurses, stress.

Wstęp

Już w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia w literaturze psychologicznej podejmowana była problematyka stresu oraz wypalenia zawodowego. Określenie „wypalenie się” zostało wprowadzone do języka nauki właśnie we wczesnych latach siedemdziesiątych XX wieku w Ameryce i choć może się wydawać metaforyczne, to trafnie oddaje istotę odczuwanego przez pracowników wyczerpania sił, będących skutkiem bardzo stresujących warunków pracy. H. Freudenberger obserwując wolontariuszy pracujących z młodymi narkomanami zauważył, że po upływie roku wystąpiło u nich wyczerpanie sił oraz zniechęcenie do dalszej działalności, co nazwał wypaleniem. Równocześnie z badaniami prowadzonymi przez H. Freudenbergera, na Uniwersytecie Berkeley C. Maslach wraz ze swoimi współpracownikami rozpoczęła analizę pewnych negatywnych objawów występujących u pracowników zawodów społecznych (lekarze, pielęgniarki, policjanci, nauczyciele, wychowawcy i pracownicy społeczni). Osoby wykonujące te zawody analizując własne doświadczenia w pracy zwróciły uwagę na emocjonalne wyczerpanie, negatywną postawę w postrzeganiu siebie i innych oraz zanik uczuciowości. To zjawisko C. Maslach nazwała wypaleniem się [Wilczek-Rużyczka 2014].

Współcześnie pojęcie wypalenia zawodowego kojarzy się z brakiem satysfakcji z wykonywanej pracy, szczególnie jeśli jest to praca z innymi osobami. Dlatego na zjawisko to najbardziej narażone są takie grupy zawodowe, których praca związana jest z niesieniem pomocy innym. Po pewnym czasie praca ta nie przynosi zadowolenia ani satysfakcji, pojawia się natomiast bezradność oraz uczucie niemożności pełnego zaangażowania się w dotychczas wykonywaną pracę. Badania, które opisują zjawisko wypalenia zawodowego pokazują, iż wynika ono przede wszystkim z ograniczeń niesienia pomocy innym ludziom, a także z braku umiejętności radzenia sobie z obciążeniami, wpisanymi w pracę z pacjentami, takimi jak np. stres [Anczewska, Roszczyńska 2004]. Według H. Sęk [2010] wypalenie zawodowe jest niewątpliwie zjawiskiem trudnym do opisanego w sposób jednoznaczny, chociażby ze względu na to, że ma wielowymiarowy charakter. Obejmuje ono konfiguracje symptomów, style życia, sytuację zawodową czy sposoby myślenia. Konfiguracje te są zazwyczaj ukryte i różne dla różnych osób, które tę całość postrzegają. Najczęściej wypalenie zawodowe nie jest konsekwencją występujących sporadycznie traumatycznych zdarzeń, ale następującym powoli wyniszczaniem psychicznym. Jest to stan krystalizujący się powoli, podczas dłuższego okresu przeżywania ciągłego stresu oraz zaangażowania całej energii życiowej. Końcowym efektem jest wywieranie negatywnego wpływu na motywację, przekonania oraz zachowanie [Litzke, Schuh 2007].

Większe ryzyko pojawienia się wypalenia zawodowego i absencji występuje w miejscach pracy charakteryzujących się wysokimi wymaganiami, niepromujących bezpieczeństwa w pracy i posiadających niski poziom zasobów. Zarówno wypalenie zawodowe, jak i absencja, wiążą się z kosztami finansowymi i przyczyniają się do niższego poziomu bezpieczeństwa poprzez mniejszą koncentrację oraz większe obciążenie współpracowników osoby nieobecnej w pracy. Zjawisko wypalenia w sposób bezpośredni wpływa na częstość wypadków, ponieważ obniża poznawcze oraz fizyczne możliwości pracownika. Wyczerpanie psychologiczne wiąże się z niepożądanymi zdarzeniami, wypadkami, obrażeniami oraz zachowaniami niebezpiecznymi w miejscu pracy. Ze strony pracodawcy ważne jest dbanie o dobre relacje w organizacji, w tym szybkie oraz skuteczne reagowanie na różne formy mobbingu. Ważne jest uznanie możliwości fizycznych i psychologicznych pracownika oraz nieobciążanie nadmiernie, zwłaszcza przez dłuższy czas. Pracodawca może zadbać o złamanie rutyny w pracy poprzez zadbanie o przemienność zadań między pracownikami oraz stwarzanie nowych wyzwań, adekwatnych do poziomu wiedzy i umiejętności pracownika. Ważna jest także właściwa relacja między przełożonym i podwładnymi, cechująca się docenianiem pracownika oraz powierzaniem mu możliwie dużej autonomii [Grunt-Mejer 2012, ss. 12-14].

Wypalenie zawodowe ma poważne konsekwencje dla zdrowia. Wypaleni pracownicy odczuwają psychiczne i fizyczne wyczerpanie, są ciągle poirytowani, mają problemy z koncentracją, odczuwają lęki, rezygnację, mają depresyjny nastrój, poczucie utraty sensu życia. Ponadto cierpią na bezsenność, bóle mięśni, głowy, mają problemy z układem krążenia oraz wiele innych objawów. Skutki wypalenia zawodowego występują więc na różnych poziomach: fizycznym, emocjonalnym, poznawczym, behawioralnym oraz motywacyjnym. Ponadto wypalenie wiąże się również z wieloma negatywnymi zjawiskami dla organizacji, takimi jak większa absencja czy płynność kadr oraz brak przywiązania do miejsca pracy [Chirkowska-Smolak 2009, ss. 257-272].

Największe ryzyko wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego dotyczy osób wykonujących zawody zaufania społecznego. W zawodach zaufania społecznego role zawodowe i społeczne przenikają się wzajemnie, a od ich przedstawicieli oczekiwany jest profesjonalizm i postępowanie zgodnie z wyższymi standardami etycznymi niż te, które obowiązują resztę społeczeństwa. Do grupy tych zawodów należy pielęgniarstwo. Osoby decydujące się na wykonywanie tego zawodu spodziewają się, iż będą czerpać z pracy satysfakcję i zadowolenie, i że dawanie siebie innym stanowić będzie źródło energii dla ich napędu życiowego [Sęk 2010].

Pielęgniarki są taką grupą zawodową, która w okresie hospitalizacji najwięcej czasu przebywa z pacjentem. Osoby hospitalizowane potrzebują nie tylko poczucia zaangażowania, ale również życzliwości personelu medycznego. Od personelu pielęgniarstwa

gniarskiego oczekuje się fachowości i sprawności przy wykonywaniu badań i zabiegów, dzięki czemu pacjenci mają większe poczucie bezpieczeństwa, co zmniejsza uczucie bólu, czy strachu. Specyfika omawianego zawodu sprawia, iż pielęgniarki w spełnianiu obowiązków zawodowych przyjmują nie tylko odpowiedzialność nad chorym, ale również osobistą odpowiedzialność przed własnym sumieniem [Wrońska, Mariański 2002]. Podstawowym zadaniem pielęgniarek jest niesienie ulgi w cierpieniu z okazywaniem troskliwości. Dodatkowym aspektem podstawowej odpowiedzialności za łagodzenie cierpienia chorego jest zobowiązanie do tego, by być godnym zaufania, wspierane przez etyczną zasadę wierności. Odpowiedzialność pielęgniarek za łagodzenie cierpienia to przede wszystkim troskliwa pomoc w znoszeniu fizycznego i psychicznego bólu każdego pacjenta, bez względu na różnice kulturowe, czy poglądy religijne [Fry, Johnstone 2009]. Często zdobywając zaufanie chorej osoby, pielęgniarka staje się powiernikiem jej najskrytszych tajemnic [de Walden-Gałuszko, Kaptacz 2005].

W obowiązującym obecnie w Polsce systemie ochrony zdrowia pielęgniarki, jak wspomniano wyżej, są jedną z grup zawodowych najbardziej narażonych na stres. Spośród źródeł stresu dla omawianego zawodu wymienić należy m.in.:

- złą organizację pracy,
- zmienowość pracy,
- pracę nierytmiczną, przyczyniającą się do dużych okresowych przeciążeń,
- brak satysfakcjonującego wynagrodzenia,
- brak perspektyw rozwoju zawodowego,
- brak uznania ze strony przełożonych,
- niepewność zatrudnienia,
- nieodpowiedni przepływ informacji,
- szeroki zakres odpowiedzialności związanej z wykonywanymi zadaniami,
- presja bycia niezawodnym i dyspozycyjnym,
- oczekiwania ze strony pacjentów oraz ich rodzin [Rogala-Pawelczyk, Parkitna 2003, ss. 8-10].

Rola pielęgniarki od wieków ewoluuje. Wraz z rozwojem medycyny oraz przemianami społecznymi zmienia się również rola osób wykonujących ten zawód. Tym, co pozostaje bez zmian, jeśli chodzi o oczekiwania wobec kadry pielęgniarskiej, jest profesjonalizm oraz perfekcjonizm w wykonywaniu zleconych zadań, a także szczególny profil psychologiczny, który uwzględnia postawę etyczną oraz umiejętność podporządkowania własnych potrzeb interesom innych osób. Pacjenci oczekują, iż wykonując czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze pielęgniarka swoją osobowością będzie wzmacniać ich psychiczno-duchowy potencjał, dawać będzie świadectwo humanizmu oraz okazywać światu niepodważalne i nieprzemijające wartości społeczno-moralne [Wrońska 1995].

Pielęgniarstwo zalicza się więc do tych zawodów, w których nieodłącznym elementem jest przewlekły stres. Praca pielęgniarki wiąże się ze szczególnym obciążeniem psychicznym, którego źródłem jest drugi człowiek, często znajdujący się w sytuacji ekstremalnej. Pielęgniarki pracują w sytuacji dużego i długotrwałego napięcia emocjonalnego. W przypadku nieumiejętnego radzenia sobie ze stresem i brakiem wsparcia ze strony innych osób w trudnych sytuacjach, pojawia się zazwyczaj zespół wypalenia zawodowego. Obniża on w znacznym stopniu jakość wykonywanej przez pielęgniarki pracy, a także uniemożliwia ich dalszy rozwój zawodowy [Nowak-Starz, Kozak, Zdziebło 2013, ss. 7-13]. Syndrom wypalenia zawodowego przyczyniać się może do popełniania zaniedbań i swoistych błędów w pracy pielęgniarki [Sęk 2010]. Pielęgniarki są skuteczne w pomaganiu ludziom tylko wówczas, kiedy potrafią nawiązać kontakt oraz porozumiewać się w określony sposób [Jagas 1997, ss. 370-39]. W przypadku pojawienia się zespołu wypalenia zawodowego umiejętności te mogą zaniknąć, a tym samym pomoc innym ludziom może być nieskuteczna.

Celem pracy było poznanie rozpowszechnienia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek zatrudnionych w wybranych placówkach medycznych oraz określenie najczęściej występujących czynników wpływających na ryzyko wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego.

Materiał – Metody – Wyniki

W okresie od stycznia do marca 2014 roku przeprowadzono badanie wśród 50 pielęgniarek zatrudnionych w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łowiczu oraz wśród 50 pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Norberta Barlickiego w Łodzi. Narzędziem badawczym był anonimowy i dobrowolny kwestionariusz ankiety składający się z 19 pytań. O wypełnienie kwestionariusza ankiety poproszone personel po uprzednim uzyskaniu zgody kierownictwa placówek na przeprowadzenie badania. Zebrany materiał empiryczny został wprowadzony do arkusza kalkulacyjnego programu MS Excel, a następnie poddany analizie opisowej. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Wszystkie osoby objęte badaniem były płci żeńskiej. Wśród respondentów największą grupę, to jest 35% (35 osób), stanowiły kobiety w wieku między 41. a 50. rokiem życia oraz w wieku powyżej 50 lat – 33% (33 osoby), natomiast najmniejszą grupę, to jest 6% (6 osób) – kobiety w wieku między 20. a 30. rokiem życia. Zdecydowana większość ankietowanych, to jest 85%, to kobiety zamężne (85 osób). Najmniejszą grupę, to jest 2% (2 osoby) stanowiły wdowy. Ponad połowa pielęgniarek objętych badaniem, to jest 53% (53 osoby), posiadało wykształcenie średnie, natomiast wykształ-

ceniem wyższym legitymowało się 47% respondentek (47 osób). Pielęgniarki w badanych placówkach medycznych posiadały duży staż pracy. Zdecydowana większość z nich, to jest 66% (66 osób) pracowała w swoim zawodzie ponad 20 lat. Największą grupę badanych kobiet, to jest 42% (42 osoby) – stanowiły pielęgniarki, których staż pracy wynosił 21–30 lat, natomiast najmniejszą grupą były kobiety pracujące w swoim zawodzie mniej niż 10 lat to jest 16% (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanych

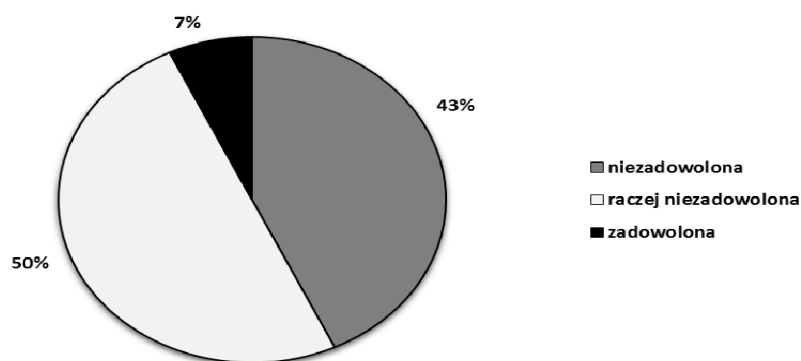
Cecha	Pielęgniarki	
Płeć	N	%
kobiety	100	100,0
mężczyźni	0	0
Wiek	N	%
20-30 lat	6	6,0%
31-40 lat	26	26,0%
41-50 lat	35	35,0%
Pow. 50 lat	33	33,0%
Stan cywilny	N	%
zamężna	85	85,0
panna	6	6,0
rozwidziona	7	7,0
wdowa	2	2,0
Wykształcenie	N	%
średnie	53	53,0
wyższe	47	47,0
Staż pracy	N	%
Do 10 lat	16	16,0
11-20 lat	18	18,0
21-30 lat	42	42,0
Pow. 30 lat	24	24,0

Źródło: badanie własne.

Zdecydowana większość pielęgniarek, które wzięły udział w badaniu, to jest 93% (93 osoby) nie była zadowolona ze swojego wynagrodzenia za pracę. Połowa ankietowanych kobiet, stwierdziła, że jest raczej niezadowolona z wynagrodzenia, natomiast 47% respondentek (47 osób) uznało, że były niezadowolone z otrzymywanego

wynagrodzenia. Żadna z pielęgniarek nie wskazała, iż jest bardzo zadowolona z otrzymywanej pensji (rys. 1). Ankietowane spośród uciążliwych cech najczęściej wskazywały pracę w godzinach nocnych, to jest 59% (59 osób) oraz zmęczenie psychiczne, to jest 58% (58 osób) (rys. 2).

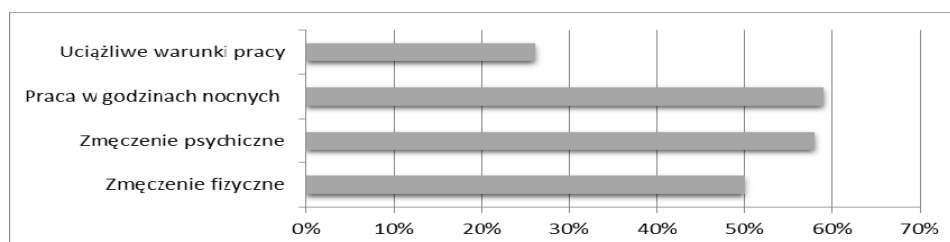
Rysunek 1. Stopień zadowolenia pielęgniarek z otrzymywanego wynagrodzenia



Źródło: Badanie własne.

W kolejnym pytaniu poproszono respondentki, żeby wskazały, co w pierwszej kolejności zmieniłyby w swojej pracy. Najwięcej respondentek, to jest 60% (60 osób) uznało, że przede wszystkim zmianie powinny podlegać wynagrodzenia. Według 22% badanych pielęgniarek (22 osoby) w pierwszej kolejności należy zmienić warunki pracy, natomiast 15% z nich (15 osób) uważało, iż zmianie takiej powinny ulec stosunki międzyludzkie (rys. 3).

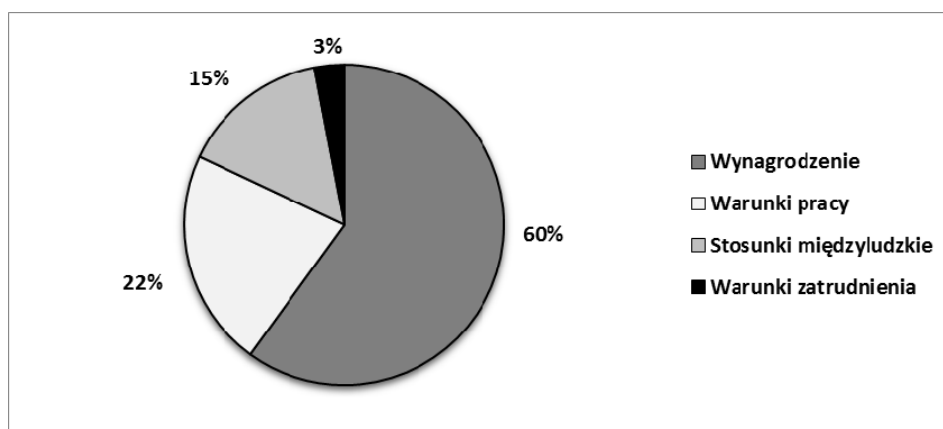
Rysunek 2. Uciążliwe cechy zawodu pielęgniarki w opinii respondentek



Źródło: Badanie własne.

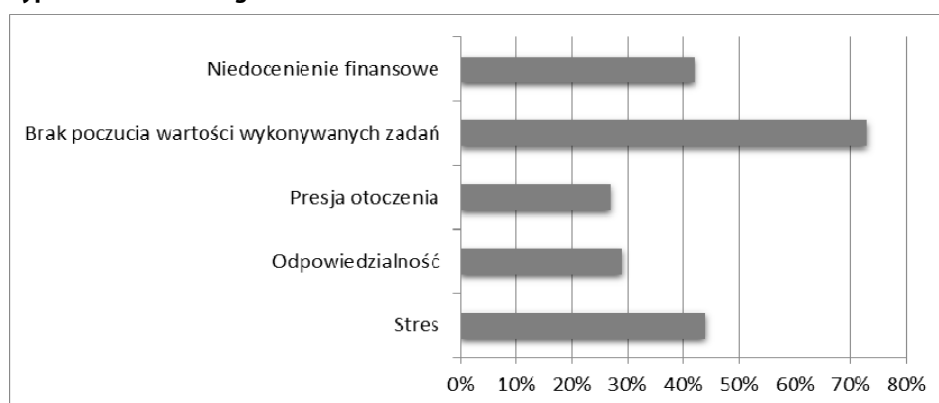
W kolejnym pytaniu poproszono pielęgniarki, by wskazały, z jakimi czynnikami kojarzy im się termin wypalenia zawodowego, przy czym respondentki mogły zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Najwięcej wskazań, to jest 73% (73 osoby) otrzymał brak poczucia wartości wykonywanych zadań. Stres został wskazany przez 44% pielęgniarek (44 osoby). Duża liczba badanych kobiet, to jest 42% (42 osoby) wskazała też niedocenywanie finansowe (rys. 4).

Rysunek 3. Rozkład odpowiedzi respondentek na pytanie: „Co należałoby zmienić w pierwszej kolejności w Pani pracy”



Źródło: Badanie własne.

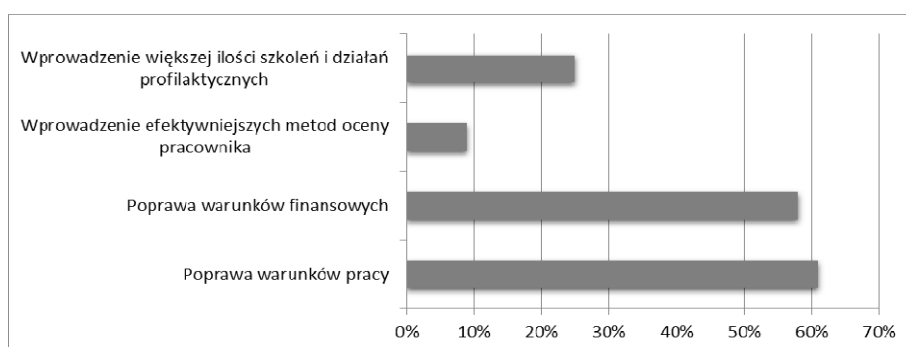
Rysunek 4. Rozkład odpowiedzi respondentek na pytanie: „Co rozumie Pani przez termin wypalenia zawodowego?”



Źródło: Badanie własne.

Następnie poproszono ankietowane, aby wskazały jakie działania należałoby podjąć w celu zapobiegania i przeciwdziałania zjawisku wypalenia zawodowego. Respondentki mogły wskazać więcej niż jedną odpowiedź. W opinii badanych pielęgniarek najważniejszym działaniem, które ma zapobiegać wypaleniu zawodowemu była poprawa warunków pracy oraz poprawa warunków finansowych. Największą liczbę wskazań, to jest 61% (61 osób), otrzymały działania związane z poprawą warunków pracy, niewiele mniej, to jest 58% (58 osób) otrzymała poprawa warunków finansowych (rys. 5).

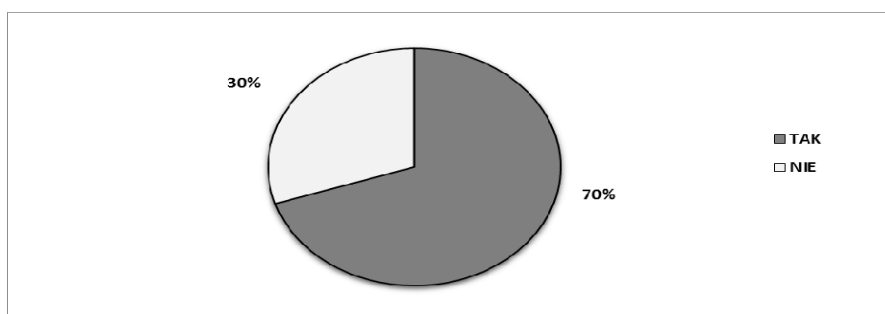
Wykres 5. Rozkład odpowiedzi respondentek na pytanie: „Proszę wskazać działania, jakie należałoby podjąć w celu zapobiegania i przeciwdziałania zjawisku wypalenia zawodowego”



Źródło: Badanie własne.

Zdecydowana większość kobiet, które wzięły udział w badaniu, to jest 70% (70 osób) uznały, że zaobserwowały u siebie objawy wypalenia zawodowego (rys. 6).

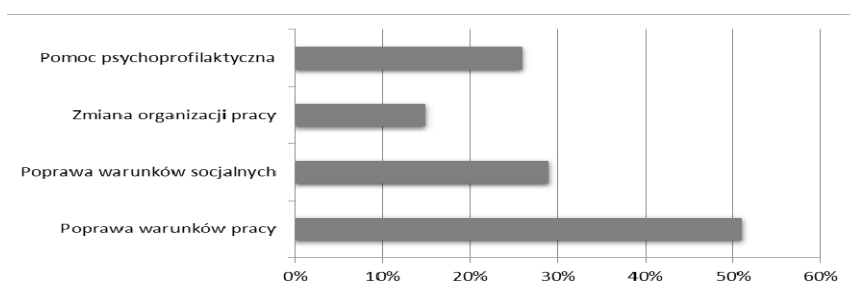
Rysunek 6. Rozkład odpowiedzi respondentek na pytanie: „Czy zaobserwowała Pani u siebie objawy wypalenia zawodowego?”



Źródło: Badanie własne.

Kolejne pytanie dotyczyło opinii badanych na temat zmian, które należałoby wprowadzić w ich miejscu pracy, aby zmniejszyć ryzyko pojawienia się syndromu wypalenia zawodowego. Ankietowane mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Ponad połowa respondentek, to jest 51% (51 osób) wskazała, że w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego należy poprawić warunki pracy. Poprawę warunków socjalnych wskazało 29% badanych pielęgniarek (29 osób), natomiast udostępnienie pomocy psychoprofilaktycznej 26% (26 osób) (rys. 7).

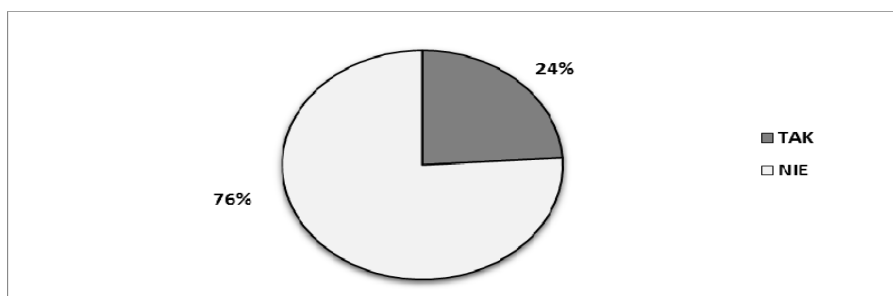
Rysunek 7. Rozkład odpowiedzi respondentek na pytanie: „Co należałoby zmienić w Pani pracy, by w mniejszym stopniu być narażonym na syndrom wypalenia zawodowego?”



Źródło: Badanie własne.

Zdecydowana większość respondentek, to jest 76% (76 osób) odpowiedziała, że nie uczestniczyła w szkoleniach lub innych tego typu działaniach mających na celu zapobieganie wypaleniu zawodowemu (rys. 8).

Rysunek 8. Rozkład odpowiedzi respondentek na pytanie: „Czy uczestniczyła Pani w szkoleniach lub kursach, które miały na celu zapobiegać objawom wypalenia zawodowego w branży?”



Źródło: Badanie własne.

Podsumowanie i wnioski

Charakter wykonywanej przez pielęgniarki pracy w istotny sposób wpływa na występowanie zespołu wypalenia. W opinii badanych pielęgniarek najbardziej uciążliwa w wykonywanym przez nie zawodzie jest praca w godzinach nocnych oraz zmęczenie psychiczne. Nasilenie tych zjawisk podkreślane jest również w literaturze przedmiotu. Nieregularny tryb życia wynikający z pracy na zmiany, zwłaszcza w godzinach nocnych oraz obciążenia psychiczne związane z ogromną odpowiedzialnością wynikającą z podawania leków i wykonywania zabiegów oraz świadomością, że na skutek popełnienia błędu stan zdrowia pacjenta może się pogorszyć, a nawet przyczynić się do jego śmierci to negatywne cechy zawodu pielęgniarki, wymieniane jako te, które w dużym stopniu mogą się przyczynić do pojawienia się wypalenia zawodowego [Sęk 2010].

Według badanych kobiet głównymi czynnikami decydującymi o możliwości pojawienia się wypalenia zawodowego są brak poczucia wartości wykonywanych zadań, stres oraz niedoceniające finansowe. Kwestia warunków płacowych pojawia się w większości dostępnych opracowań. Także w przeprowadzonym badaniu większość badanych uznała, że jest niedoceniana finansowo, a jednym z elementów skazywanych jako te, które mogą zapobiegać pojawieniu się wypalenia zawodowego jest właśnie poprawa warunków finansowych. Można więc uznać, że kwestia warunków płacowych jest bardzo istotna dla badanej grupy.

Zazwyczaj, żeby zmniejszyć stopień zagrożenia wypaleniem zawodowym, należy w miejscu pracy wprowadzić określone zmiany. Ankietowane pielęgniarki rozwiązanie problemu wypalenia zawodowego widzą przede wszystkim w poprawie warunków pracy oraz płacach. Mniej istotne w opinii badanych okazało się udostępnienie pomocy psychoprofilaktycznej, co może świadczyć o tym, że respondenci nie do końca zdają sobie sprawę z zagrożeń, jakie niesie ze sobą zjawisko wypalenia zawodowego.

Otrzymane wyniki badań empirycznych w dużym stopniu porównywalne są z wynikami opublikowanymi w dostępnych opracowaniach naukowych. Przeprowadzone badanie potwierdziło, iż jedną z podstawowych przyczyn rozwoju zjawiska wypalenia zawodowego jest brak poczucia wartości wykonywanych zadań, co ma swoje źródło w wielu niekorzystnych zjawiskach oraz sytuacjach charakterystycznych dla pracy pielęgniarki [Sęk 2010]. Przedstawione w niniejszej pracy wyniki badań wskazują, iż za powstawanie zjawiska wypalenia zawodowego odpowiadają zmienne indywidualne i organizacyjne. Dlatego wyjaśniając to zjawisko trzeba uwzględniać oraz integrować różne podejścia, biorąc pod uwagę obie zmienne.

Niepokojące jest to, że zdecydowana większość pielęgniarek, które wzięły udział w badaniu zauważyła u siebie symptomy wypalenia zawodowego. Dlatego trzeba

dążyć do zmniejszenia negatywnych skutków wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek tworząc grupy wsparcia w środowisku zawodowym i udostępniając poradnictwo psychologiczne w miejscu pracy. Trzeba też uwrażliwić kadrę kierowniczą na omawiany problem, ponieważ zadowolenie z wykonywanej pracy stanowi ważny wskaźnik pozwalający przewidywać, na ile pracownik będzie solidny i efektywny.

Bibliografia

- Anczewska M., Roszczyńska J. (2004), *Jak uniknąć objawów wypalenia w pracy z chorymi*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Chirkowska-Smolak T. (2009), *Organizacyjne czynniki wypalenia zawodowego*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 4, 257–272.
- de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (red.) (2005), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, PZWL, Warszawa.
- Fry S.T., Johnstone M.J. (2009), *Etyka w praktyce pielęgniarstwa. Zasady podejmowania decyzji etycznych*, MakMed, Warszawa-Lublin.
- Grunt-Mejer K. (2012), *Wypalenie zawodowe – czynnik obniżający poziom bezpieczeństwa w pracy*, „Bezpieczeństwo Pracy” 4, 12–14.
- Jagas B. (1997), *Język ciała*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, 6, 37–39.
- Litzke S.M., Schuh H. (2007), *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*, Wydawnictwo GWP, Gdańsk.
- Nowak-Starz G., Kozak B., Zdziebło K. (2013), *Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych*, „Studia Medyczne”, 29 (1), 7–13.
- Rogała-Pawelczyk G., Parkitna J. (2003), *Zespół wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek pediatrycznych*, „Pielęgniarka i Położna”, 5, 8–10.
- Sęk H. (2010), *Wypalenie zawodowe: przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Wilczek-Rużyczka E. (2014), *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Wrońska I. (1995), *Współczesna koncepcja roli pielęgniarki. Studium socjologiczne*, Norbertinum, Lublin.
- Wrońska I., Mariański J. (red.) (2002), *Etyka w pracy pielęgniarstwa*, Czelej, Lublin.

Katarzyna Kretowicz

Gdański Uniwersytet Medyczny

Leszek Bieniaszewski

Gdański Uniwersytet Medyczny

Dariusz Świetlik

Gdański Uniwersytet Medyczny

Potencjalny i rzeczywisty styl zarządzania pielęgniarskiej kadry kierowniczej

Potential and real management style of nursing managers

Abstract: Management style is typical of the overall behavior of the manager. It is a compromise between the manager's preferences and management conditions. Among the theories of leadership styles the phenomenon of potential and real style differentiation is often described. The aim of the study is to evaluate these styles and find out if they converge.

The research material was a group of 310 representatives of nursing executives, selected within medicinal entities in the Pomeranian province. The method of analysis of the literature, with classical techniques of content and diagnostic survey using survey techniques and the method of estimation using a numerical self-esteem scales of analyzed characteristics were used in the study. Statistical methods were applied to analyze the phenomena using measures of central tendency techniques, measures of variability and tests of statistical significance using STATISTICA, version 9.0.

Although preference of orientation at people was declared by 63.8% of respondents, autocratic approach in management was diagnosed in 60% of the surveyed.

Potential and real style of nursing management executives in the group are significantly different. Such conditions should be created, for managerial preferences to be consistent with real styles, for high efficiency of management.

Keywords: style of management, management, nursing managers.

Wstęp

Kierowanie jest określane szeroko przez autorów w literaturze przedmiotu. Można przyjąć, iż jest to takie oddziaływanie jednego obiektu – kierującego, na inny – kierowany, aby działał on w kierunku osiągnięcia postawionych przed nim celów [Bednarski 2001, ss. 201–204]. Styl kierowania zaś jest określany jako sposób oddziaływania przełożonego na podwładnych i względnie stały sposób realizacji funkcji kierowniczych [Bednarski 2001, s. 238]. Jest on uważany za jedną z najważniejszych przesłanek efektywnego zarządzania zasobami ludzkimi w organizacji.

W rozwoju organizacji i zarządzania wyłoniono cztery podstawowe teorie, dotyczące oddziaływań kierowniczych:

- teoria osobowościowa, która nie znajduje potwierdzenia w badaniach, gdyż nie udało się wyłonić zestawu cech, które odróżniałyby kierowników skutecznych od nieskutecznych;
- teoria sytuacyjna, która stara się ocenić najkorzystniejszy styl kierowania dla danej sytuacji;
- teoria zachowań, której kręgi zainteresowań oscylują wokół wielu zmiennych;
- teoria pragmatyczna, która zakłada konieczność brania pod uwagę wszystkich opisanych przesłanek jako tych, które determinują efektywny styl kierowania ludźmi [Tokarski 2006, ss. 67–274].

Dotychczasowe teorie nie wykluczają się wzajemnie, a raczej uzupełniają. Kierujący zespołem musi w doborze stylu kierowania być elastyczny i uwzględniać różne przesłanki. Badania stylów kierowania rozpoczęły poszukiwania stylów efektywnych i pozwoliły z czasem na wyodrębnienie dwóch zasadniczych podejść, a mianowicie zorientowania na zadania i na ludzi. Kierownicy zorientowani na zadania ustalają zasady i ściśle kontrolują podwładnych, a ich priorytetem jest osiąganie przyjętych celów. Kierownicy zorientowani na pracownika starają się realizować zadania w porozumieniu i przy współpracy zespołu, utrzymując z ludźmi przyjazne stosunki [Bednarski 2001, ss. 238–254]. Dwie opisane orientacje dały podstawę do konstruowania licznych klasyfikacji stylów kierowania.

Jako podstawa do dalszych rozważań została przyjęta trójkryterialna typologia stylów kierowania opracowana przez Williama J. Reddina. Wychodząc z założenia, iż styl kierowania zależy nie tylko od orientacji na zadania lub na ludzi, określony styl może być efektywny lub nieefektywny zależnie od tego, czy jest zastosowany adekwatnie lub nieadekwatnie do sytuacji William J. Red-

din wyłonił trzeci wymiar kierowania, którym jest efektywność, rozumiana jako osiąganie wyników. Każdy styl podstawowy ma w związku z tym swój bardziej lub mniej efektywny odpowiednik [Bednarski 2001, s. 244].

Uwzględniając zaś nastawienie kierownicze i wpływ sytuacji można, w myśl modelu opisanego przez Freda Fiedlera, wyróżnić następujące konfiguracje stylów przekładające się na efektywność, bądź brak efektywności kierowania:

- kierownicy dyrektywni, nastawieni na zadania – są bardziej efektywni jeśli sytuacja jest bardzo korzystna, a przez to jednoznaczna i pełna, lub bardzo niekorzystna – kierownik musi wdrożyć działania dyscyplinujące;
- kierownicy demokratyczni działają efektywnie w sytuacji średnio sprzyjającej – wsparcie, którego kierownik udziela grupie może spowodować, że będzie ona odpowiednio motywowana do współdziałania;
- kierownicy o nastawieniach elastycznych dają sobie radę częściej niż autokraty i demokraci w różnych sytuacjach, ale nie osiągają wysokich wskaźników efektywności [Tokarski 2002, ss. 83–102].

Kierownik, który realizuje swoje funkcje w sposób świadomy działa typowo dla siebie tak długo, jak jego działanie jest sprawne. Styl kierowania jest uzależniony nie tylko od systemu przekonań przełożonego o najsukuteczniejszych formach oddziaływania na podwładnych, ale także jest pewnego rodzaju kompromisem pomiędzy tymi odczuciami a warunkami zarządzania. W związku z tym faktem, wśród licznych teorii dotyczących stylów kierowania, często opisywanym jest zjawisko różnicowania stylu potencjalnego i rzeczywistego [Czermiński, Czerska, Nogalski i in. 1995, ss. 30–32].

Styl potencjalny to zestaw metod i technik działania w stosunku do podwładnych, który zdaniem przełożonego powinien być stosowany dla najsprawniejszego wywiązania się z ról kierowniczych. W ten określony sposób kierownik chce postępować i często postępuje, jeżeli warunki na to pozwalają i tak długo jak osiąga odpowiednie wskaźniki efektywności. Gdy jednak przyjęty wzorzec nie przynosi oczekiwanej skuteczności dochodzi do korekty stylu potencjalnego i ukształtowania się stylu rzeczywistego [Czermiński, Czerska, Nogalski i in. 1995, ss. 30–32].

Styl rzeczywisty jest faktycznym systemem metod i technik oddziaływania kierowniczego, wybranym z uwagi na postawione cele i realne uwarunkowania towarzyszące ich realizacji. Jest on kompromisem pomiędzy zamierzeniami a obiektywnymi uwarunkowaniami i często odbiega od stylu potencjalnego [Bednarski 2001, s. 238–254; Czermiński, Czerska, Nogalski i in. 1995, ss. 30–32].

Cel pracy, materiał i metody

Celem pracy jest określenie potencjalnych i rzeczywistych stylów kierowania reprezentowanych przez osoby badane oraz stwierdzenie, czy style te są zbieżne. Dla osiągnięcia celu pracy sformułowano następujące problemy badawcze:

- Czy zmienne społeczno-demograficzne mają wpływ na preferowany styl kierowania oraz wybór określonych form kierowania w praktyce?
- Czy deklarowane nastawienie na zadania, ludzi i efektywność pracy obrazujące potencjalny styl kierowania, idzie w parze z reprezentowanym poziomem autokracji i demokracji w działaniach zarządczych, a więc rzeczywistym stylem kierowania oraz kreowaną w grupie zarządzanej atmosferą?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w wybranych podmiotach leczniczych województwa pomorskiego. Materiał badawczy stanowiła grupa 310 przedstawicieli pielęgniarskiej kadry kierowniczej.

W pracy została wykorzystana metoda analizy piśmiennictwa z zastosowaniem klasycznych technik treściowych, sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem techniki ankietowej oraz metoda szacowania z użyciem numerycznych skal samooceny. W toku badań zastosowano następujące narzędzia badawcze:

- 1) autorski kwestionariusz ankiety – pozwolił na zebranie danych społeczno-demograficznych;
- 2) skalę samooceny stylu kierowania [Szednicki, Perechuda 1986, ss. 167–177] – wynik badania pokazywał w jakim stopniu styl zarządzania osoby badanej odzwierciedla: x – orientację na zadania, y – orientację na stosunki międzyludzkie oraz z – efektywność kierowania oraz dominujący styl zarządzania; interpretacja wyników:
- 3) style mniej efektywne:
 - misjonarz – M – jest miły, ale nieskuteczny;
 - kompromista – K – jest podatny na wpływ otoczenia;
 - dezerter – D – nie rozwiązuje problemów;
 - autokrata – A – jest apodyktyczny i nieżyczliwy;
 - style bardziej efektywne:
 - rozwojowiec – R – deleguje uprawnienia na podwładnych, osiąga sukcesy;
 - administrator – integrator – I – osiąga skuteczność w działaniu;

- biurokrata – B – przywiązuje wagę do formalnych procedur i kontroli personelu;
 - życzliwy autokrata – ZA – realizuje zadania bez zrażania sobie ludzi [Bednarski 2001, s. 244].
- 4) skala samooceny efektywności kierowania Fe i atmosfery grupowej Ag [Tokarski 2006, s. 255–258, Tokarski 2002, s. 84–93] – która zawierała:
- kwestionariusz, do oceny współczynnika Fe, który diagnozował styl kierowania, wyodrębniając podejście: demokratyczne, elastyczne i autokratyczne;
 - kwestionariusz zawierający skalę atmosfery grupowej Ag, który określał sytuację kierowniczą jako: niekorzystną, średnio korzystną i korzystną;
 - wynik wyrażający się efektywnością lub nieefektywnością zarządzania określano poprzez porównanie współczynników Fe i Ag.

Metody analizy statystycznej

W pracy zastosowano metody statystyczne z wykorzystaniem technik miar tendencji centralnej, miar zmienności oraz testów istotności statystycznej. Statystyczna analiza danych została przeprowadzona przy użyciu pakietu statystycznego StatSoft, Inc. (2010) STATISTICA (data analysis software system), version 9.0. www.statsoft.com. oraz arkusza kalkulacyjnego Excel.

Istotność różnic pomiędzy dwiema grupami zbadano testami: t-Studenta lub U Manna-Whitneya. Istotność różnic pomiędzy więcej niż dwiema grupami sprawdzono testem Kruskala-Wallisa. W celu stwierdzenia powiązania siły oraz kierunku oddziaływań między zmiennymi zastosowano analizę korelacji obliczając współczynniki korelacji Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto 310 osób, z czego 301 stanowiły kobiety (97,1%) oraz 9 mężczyźni (2,9%). Średni wiek badanych osób wynosił $45,7 \pm 6,7$ lat (zakres 25-64 lat, mediana 46 lat).

Średni staż pracy respondentów wynosił $24,7 \pm 7,2$ lat (zakres 2-43 lat, mediana 25 lat). Średni staż pracy na stanowisku kierowniczym to $8,8 \pm 6,7$ lat (zakres 1-32 lat, mediana 7 lat). Szczegółową charakterystykę stanowisk pracy zajmowanych przez respondentów przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka zajmowanego stanowiska pracy w badanej grupie

Zajmowane stanowisko pracy	n	%
Stanowiska związane z zarządzaniem strategicznym	26	8,4
z-ca kierownika ds. pielęgniarstwa	5	1,6
naczelną pielęgniarką	7	2,3
przełożona/z-ca przełożonej pielęgniarek, położnych	6	1,9
inne strategiczne	8	2,6
Stanowiska związane z zarządzaniem operacyjnym	284	91,6
pielęgniarka oddziałowa	150	48,4
kierownik opieki pielęgniarstwa	6	1,9
z-ca pielęgniarki oddziałowej	73	23,6
pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę	55	17,7

Źródło: opracowanie własne.

Wpływ wybranych parametrów na styl zarządzania określany przez x, y, z

W badanej grupie wyróżniono cztery style mniej efektywne – D, M, A, K oraz cztery style bardziej efektywne – B, R, Z.A., I – tabela 2.

Tabela 2. Charakterystyka dominujących nastawień kierowniczych w badanej grupie

Styl zarządzania	n	%
D	40	12,9
M	77	24,8
A	5	1,6
K	4	1,3
style mniej efektywne 40,6%		
B	45	14,6
R	121	39
Z.A.	6	1,9
I	12	3,9
style bardziej efektywne 59,4%		

D – Dezerter, M – Misjonarz, A – Autokrata, K – Kompromista, B – Biurokrata, R – Rozwojowiec, Z.A. – Życzliwy Autokrata, I – Integrator

Źródło: opracowanie własne.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy nastawieniem badanych na zadania, ludzi i efektywność pracy a ich wiekiem, wykształceniem, kształceniem podyplomowym, ogólnym stażem pracy oraz stażem pracy na stanowisku kierowniczym badanych. Istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy nastawieniem badanych na ludzi – y ($p=0,045$) a ich stażem pracy na stanowisku kierowniczym. Oznacza to, że osoby z większym stażem na stanowisku zarządczym, statystycznie częściej przyjmują w swoich działaniach orientację skierowaną na pracowników. Brak statystycznie istotnych różnic współczynników x , y , z zależnie od zajmowanego stanowiska pracy, szczebla zarządzania oraz specyfiki zatrudnienia ankietowanych.

Istnieje statystycznie istotna, ujemna korelacja pomiędzy częstością preferowania stylu życzliwego autokraty i wiekiem respondentów ($p=0,049$), co oznacza, że statystycznie częściej preferują ten styl osoby młodsze. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poszczególnych charakterystykach kierowniczych w odniesieniu do wykształcenia respondentów oraz kształcenia podyplomowego.

Istnieje statystycznie istotna, dodatnia korelacja pomiędzy częstością preferowania stylu kompromisty i ogólnym stażem pracy ankietowanych ($p=0,021$), co oznacza, że osoby z większym, ogólnym stażem pracy statystycznie częściej preferują kompromis w zarządzaniu.

Istnieje statystycznie istotna, ujemna korelacja pomiędzy częstością używania stylu biurokraty i stażem pracy ankietowanych na stanowisku kierowniczym ($p=0,038$), co oznacza, że statystycznie częściej po zachowania biurokratyczne sięgają osoby z małym stażem pracy. Istnieje statystycznie istotna, dodatnia korelacja pomiędzy częstością używania stylu rozwojowca i stażem pracy ankietowanych na stanowisku kierowniczym ($p=0,015$), co oznacza, że osoby z większym stażem pracy na stanowisku kierowniczym statystycznie częściej preferują takie nastawienie kierownicze w swojej praktyce. Brak statystycznie istotnych różnic poszczególnych charakterystyk kierowniczych zależnie od zajmowanego stanowiska pracy, szczebla zarządzania oraz specyfiki zatrudnienia ankietowanych.

Wpływ wybranych parametrów na styl zarządzania określany przez Fe i Ag

Współczynnik Fe wykazywał tendencję rosnącą przy obniżającym się wieku badanych, co oznacza, że więcej nastawień autokratycznych reprezentowali młodszy respondenci. Test statystyczny nie wykazał istotnych statystycznie róż-

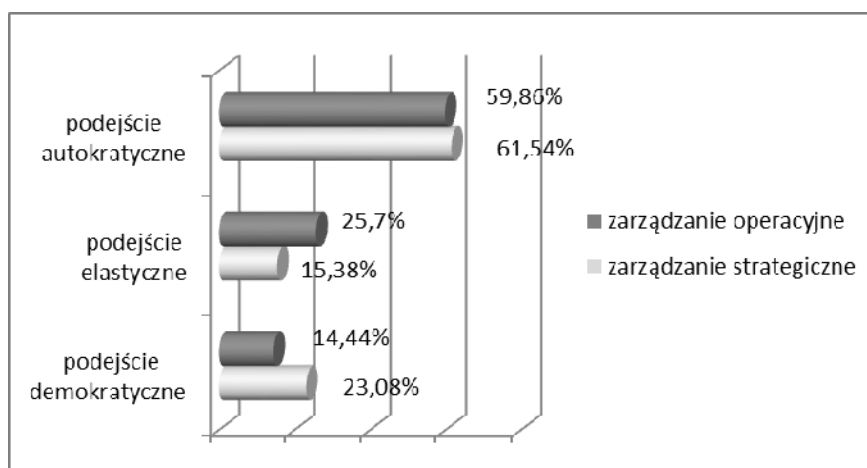
nic współczynników Fe i Ag w zależności od wykształcenia oraz kształcenia podyplomowego.

Wartość współczynnika Fe rosła wraz z obniżaniem się ogólnego stażu pracy badanych, co oznacza, że statystycznie częściej postawy autokratyczne prezentowali respondenci z małym ogólnym stażem pracy.

Brak statystycznie istotnych różnic współczynników Fe i Ag zależnie od stażu pracy, zajmowanego stanowiska pracy, szczebla zarządzania oraz specyfiki zatrudnienia ankietowanych.

Reprezentację poszczególnych postaw kierowniczych, w badanym materiale, z uwzględnieniem podziału na stanowiska związane z zarządzaniem operacyjnym i strategicznym obrazuje rysunek 1.

Rysunek 1. Procentowy rozkład stylu kierowania w zależności od szczebla zarządzania

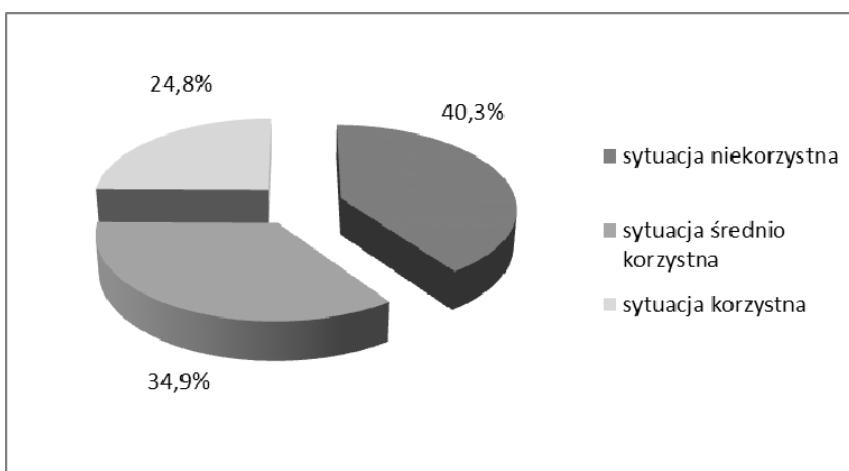


Procentowy rozkład opisu sytuacji w grupie kierowanej określonej przez współczynnik Ag obrazuje rysunek 2.

Współczynnik Fe określający poziom demokracji i autokracji w działaniach kierowniczych oraz współczynnik Ag opisujący korzystność sytuacji zarządczej są od siebie zależne na poziomie istotności statystycznej ($p=0,007$). Sytuacja jest bardziej korzystna, w opinii respondentów, jeżeli wskaźnik Fe rośnie, co oznacza zwiększenie poziomu autokracji w działaniach kierownika.

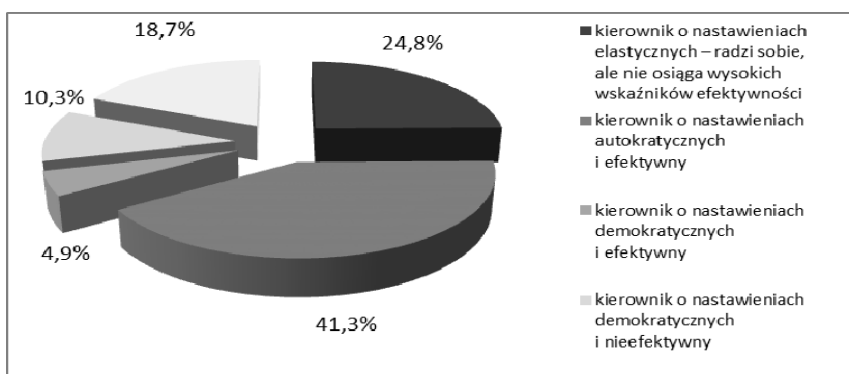
Procentowy rozkład poszczególnych stylów kierowniczych z uwzględnieniem efektywności kierowania, wynikający z porównania współczynników Fe i Ag przedstawia rysunek 3.

Rysunek 2. Procentowy rozkład sytuacji w grupie kierowanej, określanej przez współczynnik Ag



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 3. Procentowy rozkład poszczególnych postaw kierowniczych z uwzględnieniem efektywności zarządzania - porównanie Fe i Ag w badanej grupie



Źródło: opracowanie własne.

Zależności między stylami zarządzania określanymi przez x, y, z oraz Fe i Ag

Nie ma istotnej statystycznie zależności pomiędzy, badanym różnymi narzędziami, nastawieniem respondentów na zadania, ludzi i efektywność pracy a poziomem demokracji i autokracji w działaniach kierowniczych. Potwierdzono, że nastawienie ankietowanych na ludzi, z wartością wyrażoną w formie współczynnika – y ($p=0,001$), w sposób istotny podnosi walory atmosfery grupowej – tabela 3.

Tabela 3. Współczynniki korelacji oraz wartość p dla zależności pomiędzy nastawieniem na zadania, ludzi i efektywność - x, y, z a wartością współczynnika atmosfery grupowej - Ag

Zależność	r	p
x & Ag	-0,09	0,099
y & Ag	0,23	0,001
z & Ag	0,06	0,277

r - współczynnik korelacji Spearmana; p - poziom istotności, za istotny przyjęto/significant at $p<0,05$;

Źródło: opracowanie własne.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy poszczególnymi nastawieniami kierowniczymi a poziomem demokracji i autokracji w działaniach kierowniczych. Stwierdzono, że atmosfera w grupie jest istotnie statystycznie bardziej korzystna przy zastosowaniu stylu misjonarza ($p=0,001$) oraz stylu rozwojowca ($p=0,004$) oraz istotnie statystycznie mniej korzystna przy zastosowaniu stylu autokraty ($p=0,006$) i stylu biurokraty ($p=0,001$) – tabela 4.

Dyskusja

Rynek usług zdrowotnych ulega nieustannej ewolucji. Konkurencyjność i komercjalizacja wymuszają poszukiwanie najbardziej efektywnych form zarządzania. Narzędzia użyte w pracy do oceny wybieranych stylów kierowania pozwalały na identyfikację zarówno preferowanych nastawień kierowniczych, związanych z ludźmi, zadaniami i efektywnością zarządzania oraz określenie dominującej postawy kierowniczej, co odpowiada opisywanemu w źródłach potencjalnemu stylowi kierowania personelem; jak i realizowanych zachowań

kierowniczych w powiązaniu z opisem atmosfery w grupie kierowanej, co przekłada się na rzeczywisty styl zarządzania personelem, uformowany pod wpływem istniejącej sytuacji [Bednarski 2001, ss. 238–254; Czermiński, Czerska, Nogalski i in. 1995, ss. 30–32].

Tabela 4. Współczynniki korelacji oraz wartość p dla zależności pomiędzy dominującym stylem zarządzania a wartością współczynnika atmosfery grupowej - Ag

Zależność	r	p
D & Ag	-0,05	0,346
M & Ag	0,19	0,001
A & Ag	-0,16	0,006
K & Ag	-0,02	0,760
B & Ag	-0,21	0,001
R & Ag	0,16	0,004
ZA & Ag	-0,03	0,619
I & Ag	0,10	0,085

r - współczynnik korelacji Spearmana; p - poziom istotności, za istotny przyjęto/significant at $p < 0,05$;

D – Dezerter, M – Misjonarz, A – Autokrata, K – Kompromista, B – Biurokrata, R – Rozwojowiec, Z.A. – Życzliwy Autokrata, I – Integrator;

Źródło: opracowanie własne.

Badania osób zarządzających opisywane przez Stephena Robbinsa wskazują, iż doświadczenie nie przyczynia się do większej efektywności przywódców [Robbins 2003, s. 73]. Badanie własne potwierdza tę tezę, gdyż nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy nastawieniem badanych na zadania, ludzi i efektywność pracy a ich wiekiem i ogólnym stażem pracy.

Donald Lombardi zauważa, że zarządzanie jest kombinacją cech personalnych i profesjonalnych [Lombardi 2005, ss. 8–12]. Różne style przywództwa zaś, mogą różnie kształtować wyniki uzyskiwane przez organizację. Orientacja zarówno skierowana na zadania, jak i na stosunki międzyludzkie może mieć znaczenie dla efektywności organizacji, a znaczącą jest sytuacja, w której funkcjonuje zespół [Tokarski 2002, ss. 83-84].

Badania własne wykazały wysoki wskaźnik zachowań autokratycznych. Osoby reprezentujące to podejście jednocześnie kreują korzystną atmosferę w grupie zarządzanej. Uzasadnieniem takiego stanu rzeczy może być permanentne podejmowanie decyzji w sytuacji niepewności i ryzyka, związane z transformacją systemu opieki zdrowotnej i trudną sytuacją finansową w tym sektorze. Skoro jedynym słusznym podejściem do wyboru stylu kierowania, w oparciu o analizowane źródła, wydaje się być podejście sytuacyjne i pragmatyczne, łączące w sobie wszystkie możliwe przesłanki doboru stylu, prawdopodobne jest, że pielęgniarki funkcyjne wybierają autokrację jako gwarant pewnego rodzaju stabilności w podejmowaniu decyzji.

W badaniach Ryszarda Rutki dotyczących czynników kształtujących styl kierowania w szpitalach, 64% pielęgniarek sprawujących funkcje kierownicze wskazało brak czasu na poszukiwanie optymalnych rozwiązań, jako powód zastosowania metod sprawdzonych, dających pewność skuteczności działania, co świadczy o utrzymywaniu hierarchicznej kultury organizacji. Presja czasu wskazywana przez osoby badane stanowi przyczynę rezygnacji z partycypacyjnych form kierowania, uznawanych za czasochłonne, na rzecz autokratycznego podejmowania decyzji [Rutka 2000, ss. 15–18; Rutka 2002, ss. 103–111].

Badania własne w omawianym zakresie dały podobne wyniki w zakresie zachowań autokratycznych, które reprezentowało około 60% respondentów. Ewa Mojs cytując Stephena Robbinsa uważa, że przywództwo dyrektywne przynosi wyższy stopień zadowolenia wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z niejednoznaczną sytuacją zadaniową i stresem [Mojs E. 2004, ss. 236–242], co być może jest wyjaśnieniem tak wysokiego odsetka osób zarządzających w sposób dyrektywny w pielęgniarstwie, pomimo feminizacji tego zawodu oraz deklarowania korzystnej sytuacji w grupie kierowanej.

W badaniach Stefana Tokarskiego grupa kierowników elastycznych była najliczniejsza, reprezentowało ją 62% badanych. Zdaniem autora kierownicy ci są często skuteczni pomimo, iż model warunkowy nie określa ich jako efektywnych. Zdaniem Stefana Tokarskiego ten typ zachowania kierowniczego mógł zostać wykreowany w specyficznych polskich warunkach, w których kadra kierownicza, działając często w sytuacji niepewności, jest poddawana ciągłemu treningowi elastyczności. To wycucie sytuacyjne wiąże się z prezentowaniem postawy pragmatycznej, dającej elastyczność w myśleniu i w działaniu [Tokarski 2002, s. 98]. W badaniach własnych grupa kierowników elastycznych to jednak wyłącznie 24,8% ogółu badanych.

Badania 250 amerykańskich pielęgniarek pokazały, iż satysfakcja z pracy w wyraźny sposób jest poprawiana poprzez dobór partycypacyjnych stylów zarządzania [Moss, Rowles 1997, ss. 32–34]. Zdaniem Kazimierza Dobrzańskiego sukces współczesnego kierownika jest wręcz uwarunkowany wzrostem partycypacji pracowników w podejmowaniu decyzji [Dobrzański 2007, ss. 159–170]. Badania własne w zakresie działań demokratycznych w zarządzaniu zespołami wykazało iż demokratkami jest 15,2% ogółu respondentów.

Zarządzanie w systemie opieki zdrowotnej ma swoją specyfikę. Jednym z charakterystycznych elementów jest wysoki odsetek kobiet, które zajmują stanowiska kierownicze. Ewa Lisowska podaje, iż w Polsce wśród ogółu kierowników kobiety stanowią 35%, zaś w Unii Europejskiej przeciętnie 33% kadry kierowniczej [Lisowska 2009, ss. 44–47].

Badania własne potwierdzają wysokie sfeminizowanie zawodu pielęgniarskiego, wskazywane jako zauważalne także w innych krajach. Sfeminizowanie to dotyczy także grupy kierowników, gdyż kobiety stanowiły 97,1% respondentów w badaniach własnych. Wśród innych badań, cytowanych dla potrzeb niniejszego opracowania, odsetek kobiet w badanych populacjach pielęgniarskich wynosił w Polsce 94% [Zaczyk 2010, ss. 417–420] oraz 94% na Tajwanie [Chen, Beck, Amos 2005, ss. 374–380], 97% w Finlandii [Leino-Loison, Gien, Katajisto i in. 2004, ss. 413–422], a więc znajdował się na zbliżonym, wysokim poziomie.

Obecnie odchodzi się od zarządzania opartego na modelu hierarchicznym, wprowadzając elastyczne modele zarządzania, ukierunkowane na rozwój kadry. Badania pokazują, iż kobiety w roli kierowników są bardziej komunikatywne, zabiegają o stosunki międzyludzkie, charakteryzując się interaktywnym stylem kierowania [Lisowska 2009, ss. 44–47]. Badania własne wykazały, iż preferencje do stosowania stylów nastawionych na ludzi potwierdziło 63,8% respondentów. Ewa Stychno w badaniach potwierdza, że kobiety częściej preferują style z wysoką orientacją na pracowników i style partycypacyjne [Stychno, Kruk, Wdowiak i in. 2004, ss. 299–303].

Stosowany styl zarządzania jest pewnego rodzaju kompromisem pomiędzy systemem przekonań kierownika o najbardziej sprawnych formach kreowania działań podwładnych a możliwościami realizacji ról kierowniczych w danych warunkach [Czermiński, Czerska, Nogalski i in. 1995, ss. 30–32, Rutka 1984, ss. 78–106]. Opisywane w źródłach zjawisko zróżnicowania stylu popieranego – potencjalnego, będącego pierwotnym zamierzeniem oraz stosowanego – rzeczywistego, używanego z uwagi na postawione przed kierownikiem zadania i towarzyszące im uwarunkowania [Bednarski 2001, ss. 238–254; Rutka 1984,

ss. 78–106], znalazło odzwierciedlenie w badaniach przeprowadzonych dla potrzeb niniejszego opracowania.

Badania własne wykazały dużą rozbieżność pomiędzy potencjalnym a rzeczywistym stylem kierowania. W obszarze zbadanym za pomocą narzędzia opisującego rzeczywisty styl kierowania pokazały, iż podejście autokratyczne reprezentowało 60% respondentów, zaś w obszarze wskazującym styl potencjalny 63,8% badanych określało swoje nastawienie kierownicze jako zorientowane na stosunki międzyludzkie. Pokazane rozbieżności pomiędzy stylem potencjalnym i rzeczywistym, zarówno w badaniach innych autorów, jak i w materiale własnym są bardzo duże.

Badania Ryszarda Rutki pokazały, iż wśród badanych kierowników sfery usługowej w polu nastawień towarzyskich, znalazło się 58% badanych. W działalności usługowej styl popierany przez badanych, to styl dyrektywny wyłącznie w 25%, podczas gdy jako stosowany styl dyrektywny był wskazywany aż 48% odpowiedzi [Rutka 1984, ss. 78–106].

Jak pokazują dociekania innych autorów styl zarządzania, który pozytywnie wpływa na atmosferę pracy, daje lepsze rezultaty. Atmosfera w organizacji jest znaczącym stymulatorem osiągnięć. Styl autorytatywny tam, gdzie potrzebne jest wytyczenie kierunków działania i mobilizowanie ludzi ku pewnej wizji, jest pozytywny. W kontekście badań własnych, w których wysoki odsetek respondentów wykazał, iż posługuje się stylem autokratycznym, kreując jednocześnie korzystną atmosferę w grupie zarządzanej wydaje się, że z taką właśnie sytuacją mamy do czynienia obecnie, w reformowanym systemie opieki zdrowotnej. Badania własne pokazały, iż nastawienie ankietowanych na ludzi w sposób istotny statystycznie podnosi walory atmosfery grupowej.

Kształcenie menedżerów jest kluczowym czynnikiem efektywnego zarządzania podmiotami leczniczymi tak w Polsce, jak i na świecie. Inwestowanie w rozwój zawodowy kadry kierowniczej w pielęgniarstwie jest jedynym gwarantem twórczej i aktywnej postawy w przyszłości. Konieczność ciągłego doskonalenia jest niezbędna do racjonalnego podejmowania decyzji, które będą skutkowały sprawnym i skutecznym zarządzaniem, zwłaszcza w okresie zwiększającej się samodzielności zawodu pielęgniarstwa. Należy stworzyć liderom w pielęgniarstwie takie warunki pracy, by ich preferencje kierownicze mogły być przekładane na rzeczywiste postawy, dla wysokiej efektywności zarządzania personelem.

Podsumowanie

Preferowanie orientacji skierowanej na ludzi zadeklarowało 63,8% badanych pielęgniarek funkcyjnych, jednak podejście autokratyczne w działaniach zarządczych zdiagnozowano aż u 60% respondentów. Potencjalny i rzeczywisty styl zarządzania pielęgniarskiej kadry kierowniczej, w badanej grupie, znacząco różnią się. Należy tworzyć liderom w pielęgniarstwie takie warunki zarządzania, aby ich preferencje kierownicze mogły być spójne z rzeczywistymi stylami kierowania, dla wysokiej efektywności zarządzania personelem.

Literatura

- Bednarski A. (2001), *Zarys teorii organizacji i zarządzania*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa - Dom organizatora, Toruń.
- Chen H. Ch., Beck S. L., Amos L. K. (2005), *Leadership Styles and Nursing Faculty Job Satisfaction in Taiwan*, „Journal of Nursing Scholarship”, z. 37, nr 4.
- Czermiński A., Czerska M., Nogalski B. i in. (1995), *Organizacja i zarządzanie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Dobrzański K. (2007), *Menedżer i jego rola w funkcjonowaniu organizacji opieki zdrowotnej*, [w:] Głowacka M. D., Mojs E. (red.), *Zdrowie społeczne. Edukacja i zarządzanie*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania w Poznaniu, Poznań 2007.
- Leino-Loison K., Gien L. T., Katajisto J., Välimäki M. (2004), *Sense of coherence among unemployed nurses*, „J Adv Nurs”, z. 48, nr 4.
- Lisowska E. (2009), *Silna słaba płęć*, „Personel”, nr 5.
- Lombardi D. N. (2005), *Preparing for the Future: Management and Leadership Strategies*, „Healthcare Executive”, z. 20, nr 6.
- Mojs E. (2004), *Umiejętności psychologiczne w zarządzaniu*, [w:] Głowacka M. D. (red.), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań.
- Moss R., Rowles C. J. (1997), *Staff Nurse Job Satisfaction and Management Style*, „Nursing Management”, z. 28, nr 1.
- Robbins S.P. (2003), *Prawdy o kierowaniu ludźmi i tylko prawdy*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Rutka R. (1984), *Studium czynników korygujących styl kierowania w przedsiębiorstwach*, „Zeszyty Naukowe. Rozprawy i monografie”, tom 52. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Rutka R. (2000), *Czynniki kształtujące styl kierowania w szpitalach*, „Przegląd Organizacji”, nr 9.

- Rutka R. (2002), *Czynniki kształtujące styl kierowania w szpitalach*. [w:] Nogalski B., Rybicki J. M. (red.), *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń.
- Stychno E., Kruk W., Wdowiak L., Kulczyka K.. (2004), *Style zarządzania kadry menedżerskiej szpitali*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio D Medicina”, z. 14, nr 537.
- Srzednicki A., Perechuda K. (1986), *Modele i metody zarządzania: ćwiczenia decyzyjne*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław.
- Tokarski S. (2006), *Kierownik w organizacji*, Centrum Doradztwa i Informacji Difin Sp. z o.o., Warszawa.
- Tokarski S. (2002), *Samoocena efektywności kierowania w Zakładzie Opieki zdrowotnej* [w:] Nogalski B., Rybicki J. M. (red.), *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń.
- Zaczyk I. (2010), *Occupational burnout and the sense of coherence among pediatric nurses*, „Zdrowie Publiczne”, z. 120, nr 4.

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Joanna Sułkowska

Społeczna Akademia Nauk

Elżbieta Klima

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zarządzanie jakością świadczeń medycznych oraz pozamedycznych udzielanych przez Domy Pomocy Społecznej na podstawie opinii ich pensjonariuszy

Quality management of medical and non-medical services provided by welfare house on the basis of opinions of their residents

Abstract: Welfare houses are establishments providing care services, living support, and education for people who need full time care. The task of social welfare houses is to provide residents adequate nutrition, nursing and medical care, the right atmosphere to provide support in adapting to new conditions.

The aim of the study was to investigate the opinion of residents on the appanage of medical and non-medical service and sanitary-living conditions in welfare house in Głowno and Łódź.

The survey was conducted between March and April 2014 among 147 residents living in welfare house in Głowno and Łódź.

Most of the people living in welfare house was pleased with the stay. Services provided to residents were highly evaluated. Care and treatment services were assessed the best.

Keywords: welfare house, quality of medical care, elder people

Wstęp

Zgodnie z definicją „pomoc społeczna - jako instytucja polityki społecznej państwa ma na celu umożliwienie osobom przezwyciężenie trudnych życiowych sytuacji, których nie są w stanie sami pokonać. Wykorzystuje własne możliwości, zasoby i uprawnienia. Zadaniem pomocy społecznej jest podejmowanie działań zmierzających do usamodzielnienia osób, rodziny. Pomoc społeczna jest działalnością instytucji samorządowych, społecznych, państwowych, kościołów oraz osób prywatnych” [Olechnicki 1999, s. 145-146]. Pomoc społeczna skupia się na:

- różnego rodzaju zagrożeniach np. bezdomność, chorobach psychicznych, alkoholizmie, patologii życia rodzinnego,
- nagromadzeniu się kilku różnych zagrożeń,
- niewystarczającym systemie zabezpieczającym (niskie renty, emerytury lub niezadorność),
- negatywnych skutkach polityki gospodarczej prowadzonej przez państwo (ubóstwo, bezrobocie) [Olech, Łuszczczyńska 2005, s. 643].

Pomoc udzielana jest w formie finansowej. Potrzeby odbiorców różnią się w zależności od wieku oraz sprawności fizycznej i psychicznej. Dla jednych pomoc społeczna jest źródłem finansowego wsparcia, a dla innych, takich jak osoby niepełnosprawne bądź starsze miejscem gwarantującym wsparcie w postaci usług, które są świadczone w miejscu ich zamieszkania w dziennym systemie. Gdy zaś okazuje się, że usługi te są niewystarczające, wówczas alternatywą stają się domy pomocy społecznej [Golinowska, Topińska 2005, s. 20].

Większość osób w późnej starości wykazuje znaczące ograniczenia związane z sprawnością psychiczną i fizyczną oraz posiada większą niż wcześniej potrzebę skorzystania z pomocy innych [Trafiałek 2006, s. 23]. Osoby w wieku podeszłym wymagają opieki, którą najczęściej zapewnia im rodzina. Związane z tą opieką obciążenia, jeśli nie są rozdzielone pomiędzy członków rodziny, mogą stać się niezwykle uciążliwe i wymagać wsparcia ze strony instytucji. Osoby starsze ze względu na brak pomocy ze strony najbliższych decydują się na zamieszkanie w domach pomocy społecznej [Kawula, Brągiel, Janke 2004, s. 34].

Domy pomocy społecznej to placówki świadczące osobą wymagającym całodobowej opieki, usługi opiekuńcze, bytowe, wspomagające oraz edukacyjne. Zadaniem domów pomocy społecznej jest zagwarantowanie mieszkańcom odpowiedniego odżywiania, opieki pielęgnacyjno-lekarskiej, właściwej atmosfery i wypoczynku oraz udzielanie wsparcia w przystosowaniu się do nowych warunków. Dom pomocy społecznej jest miejscem, które ma zaspokajać wszystkie potrzeby mieszkańców.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 w sprawie domów pomocy społecznej „Dom niezależnie od typu, świadczy usługi:

1. W zakresie potrzeb bytowych, zapewniając:

- miejsce zamieszkania;
- wyposażenie pokoi mieszkalnych m. in. w: meble, sprzęt, pościel oraz środki do higieny osobistej;
- odzież i obuwie;
- utrzymywanie czystości;
- wyżywienie zgodne z obowiązującymi normami żywieniowymi, także dietetyczne zgodne z zaleceniami lekarza.

2. Opiekuńcze polegające na:

- udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych;
- pielęgnacji;
- opiekę lekarską oraz pielęgniarскую z myciem, ubieraniem, karmieniem osób, które samodzielnie nie są w stanie wykonać tych czynności;
- niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych.

3. Wspomagające polegające na:

- umożliwienie udziału w terapiach zajęciowych;
- zapewnienie zabiegów leczniczych np. kinezyterapii, fizykoterapii;
- osobom upośledzonym umysłowo zapewnienie warunków do uczenia się oraz wychowania;
- dobrowolny udział w pracach na rzecz domu;
- bezpieczeństwo i spokój na terenie domu, a także opiekę w trakcie zorganizowanych zajęć poza domem;
- podnoszenie sprawności i aktywizowanie mieszkańców domu;
- umożliwienie zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturowych;
- zapewnienie warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu;
- stymulowanie nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną;
- działania zmierzające do usamodzielnienia mieszkańca domu;
- wsparcie w wysokości do 30% zasiłku stałego osobom nie posiadającym własnych dochodów;
- zapewnienie przestrzegania praw mieszkańców oraz zapewnienie mieszkańcom dostępności do informacji o tych prawach;
- sprawne wnoszenie i załatwianie skarg i wniosków mieszkańców domu” [Dziennik Ustaw RP].

Domy pomocy społecznej typu zamkniętego, to instytucjonalne formy pomocy społecznej [Leszczyńska-Rejchert 2006 s. 402]. Pensjonariusze mieszkają tam na stałe lub tymczasowo. Mieszkańcy jednocześnie posiadając względną swobodę poruszania się poza obrębem domu [Szumlicz 1998, s. 23].

Domy pomocy społecznej to instytucje opiekuńcze, których działanie ściśle określone jest w aktach prawnych, a zwłaszcza w ustawie o pomocy społecznej oraz w podstawowym dokumencie wykonawczym, obowiązującym te placówki, tj. w rozporządzeniu właściwego ministra do spraw zabezpieczenia społecznego w sprawie domów pomocy społecznej. Nazwa instytucji jest zastrzeżona dla stacjonarnych placówek opiekuńczych, które dysponują zezwoleniem na posiadanie własnej działalności od wojewody [Leszczyńska-Rejchert 2006, s. 447].

Adam A. Zych w sposób wyczerpujący omawia różne typy domów. Pisze między innymi o tym, że dom pomocy społecznej to: „tradycyjna forma pomocy społecznej w postaci całodobowej opieki lub dziennej nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji, których – mimo zastosowania różnych form pomocy – nie da się przystosować w pełni do samodzielnego życia w miejscu ich zamieszkania z uwagi na wiek, schorzenia, sytuację życiową oraz warunki rodzinne, mieszkaniowe i materialne” [Zych 1999, s. 28]. Dom pomocy społecznej nie jest tylko instytucją zapewniającą pomoc w czynnościach bytowych, socjalnych, opiekę medyczną, wyżywienie i dach nad głową. Dla pensjonariuszy staje się miejscem zastępującym dom rodzinny. Seniorzy stają wobec konieczności zbudowania nowych więzi społecznych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 w sprawie domów pomocy społecznej, do placówki kieruje się osoby na podstawie:

- pisemnego wniosku ubiegającej się o skierowanie osoby, zwanej „osobą ubiegającą się”, złożonego do ośrodka pomocy społecznej właściwego dla miejsca zamieszkania lub pobytu; za zgodą ubiegającej się osoby lub jej ustawowego przedstawiciela wniosek może złożyć inna osoba prawna lub fizyczna oraz ośrodek pomocy społecznej lub powiatowe centrum pomocy rodzinie;
- środowiskowego wywiadu rodzinnego przeprowadzonego przez pracownika socjalnego z ośrodka pomocy społecznej, w celu stwierdzenia braku możliwości zapewnienia przez rodzinę lub gminę osobie ubiegającej się usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Celem pracy było poznanie opinii pensjonariuszy na temat udzielnych świadczeń medycznych i pozamedycznych oraz warunków sanitarno-bytowych w Domach Pomocy Społecznej w Głownie i w Łodzi.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od marca do kwietnia 2014 roku w Domach Pomocy Społecznej w Głównie oraz w Łodzi. W procesie selekcji domów pomocy społecznej do przeprowadzenia badania uwzględniono: profil domu – przeznaczony dla osób starszych obojga płci, lokalizację – miasto, liczbę miejsc – liczące do 100 mieszkańców.

W celu zebrania materiału empirycznego posłużono się anonimowym i dobrowolnym kwestionariuszem ankiety. Ankieta składała się z 23 pytań podzielonych na dwie części. Pierwsza, zawierająca 6 pytań, obejmowała informacje dotyczące osoby uczestniczącej w badaniu. Część druga zawierała pytania służące ocenie zadowolenia pensjonariuszy z dostępności oraz jakości udzielanych świadczeń w zakresie medycznym oraz pozamedycznym, w tym kulturowo-rekreacyjnym. W kwestionariuszu zastosowano skalę oceny od 2 – ocena zła, do 5 – ocena bardzo dobra. Wszystkie pytania zawarte w ankiecie były pytaniami zamkniętymi. Na przeprowadzenia badania wyraził zgodę dyrektorzy obu placówek. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 147 osób, w tym 88 mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Łodzi i 59 pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Głównie. Wśród 147 badanych większość, to jest 61,0% (90 osób) stanowiły kobiety. Wśród 59 pensjonariuszy przebywających w DPS w Głównie 36 osób było płci żeńskiej ($f=0,61$). W grupie 88 osób przebywających w DPS w Łodzi większość pensjonariuszy stanowiły kobiety – $f=0,61$, to jest 54 osoby (tab. 1).

Wśród respondentów zdecydowana większość, to jest 75,0% (110 osób) stanowiły osoby w wieku powyżej 60 lat. Najliczniejszą grupę zarówno wśród mieszkańców DPS w Głównie jak i pensjonariuszy DPS w Łodzi stanowiły osoby powyżej 60 roku życia – odpowiednio: $f=0,71$ (42 osoby) oraz $f=0,76$ (67 osób) (tab. 1).

Wśród badanych najliczniejszą grupę, to jest 52,0% (77 osób), stanowiły osoby owdowiałe. Wśród ankietowanych przebywających w DPS w Głównie najwięcej osób odnotowano w grupie wdów i wdowców, to jest $f=0,41$ (24 osoby). Podobną sytuację zaobserwowano wśród pensjonariuszy DPS w Łodzi gdzie osoby owdowiałe stanowiły większość ($f=0,60$) (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanych

Cecha	DPS w Głównie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
Płeć				
kobiety	36	0,61	54	0,61
mężczyźni	23	0,39	34	0,39
Wiek				
40–50 lat	0	0	1	0,01
51–60 lat	17	0,29	20	0,23
pow. 60 roku życia	42	0,71	67	0,76
Stan cywilny				
żonaty/zamężna	10	0,17	3	0,03
panna/kawaler	13	0,22	21	0,24
rozwidziona/y	12	0,20	11	0,13
wdowa/wdowiec	24	0,41	53	0,60
Wykształcenie				
podstawowe	36	0,61	40	0,45
zawodowe	15	0,25	27	0,31
średnie	7	0,12	17	0,19
wyższe	1	0,02	4	0,05
Miejsce zamieszkania przed pobytem w DPS				
miasto	32	0,54	50	0,57
wieś	27	0,46	38	0,43

Źródło: badanie własne

Wśród respondentów najliczniejszą 52,0% (76 osób) legitymowało się wykształceniem podstawowym, 29,0% (42 osoby) wykształceniem zawodowym, 16,0% (24 osoby) średnim, natomiast 3,0% (5 osób) wyższym. W grupie 59 mieszkańców DPS w Głownie 36 osób posiadało wykształcenie podstawowe ($f=0,61$). Wśród 88 osób przebywających w DPS w Łodzi 40 pensjonariuszy legitymowało się wykształceniem podstawowym ($f=0,45$) (tab. 1). Badani przed przybyciem do Domów Pomocy Społecznej w większości byli mieszkańcami miast – 56,0% (82 osoby), natomiast 44,0% (65 osób) zamieszkiwało na wsi. Najliczniejszą grupę wśród pensjonariuszy z DPS w Głownie stanowiły osoby, które przed przybyciem do DPS mieszkały w mieście – $f=0,54$, to jest 32 osoby. Podobną sytuację zaobserwowano wśród mieszkańców DPS w Łodzi – $f=0,57$, to jest 50 osób (tab. 1).

Najliczniejszą grupę wśród ankietowanych, to jest 52,0% (77 osób) stanowiły osoby, które pierwsze wrażenie po przybyciu do placówki oceniły na poziomie dobrym, 27,0% (39 osób) oceniło swoje pierwsze wrażenie na poziomie przeciętnym, 14,0% (21 osób) bardzo dobrym, natomiast 7,0% (10 osób) na poziomie złym. Wśród 59 pensjonariuszy przebywających w DPS w Głownie 30 osób swoje pierwsze wrażenie po przybyciu do placówki oceniło na poziomie dobrym ($f=0,51$). W grupie 88 osób przebywających w DPS w Łodzi, większość mieszkańców również oceniała swoje pierwsze wrażenie po przybyciu do DPS na poziomie dobrym – $f=0,53$, to jest 47 osób (tab. 2)

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytanie jakie było ich pierwsze wrażenie po przybyciu do DPS wg miejsca pobytu

Ocena	DPS w Głownie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
bardzo dobrze	9	0,15	12	0,14
dobrze	30	0,51	47	0,53
przeciętnie	15	0,25	24	0,27
źle	5	0,08	5	0,06
razem	59	1,00	88	1,00

Źródło: badanie własne.

Najliczniejszą grupę wśród ankietowanych, to jest 34,0% (50 osób) stanowiły osoby, które oceniły czystość oraz wyposażenie pokoi na poziomie przeciętnym. Ocenę bardzo dobrą wystawiło 33,0% (49 osób) respondentów, dobrą 27,0% (40 osób), natomiast złą

6,0% (8 osób). W DPS w Głównie 31 osób oceniło czystość oraz wyposażenie pokoi mieszkalnych na poziomie bardzo dobrym ($f=0,53$). W DPS w Łodzi najliczniejszą grupę, to jest 41 osób ($f=0,47$) stanowili pensjonariusze oceniający warunki sanitarno-bytowe panujące w pomieszczeniach mieszkalnych na poziomie przeciętnym (tab. 3).

Tabela 3. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na temat czystości i wyposażenia pokoi mieszkalnych wg miejsca pobytu

Ocena	DPS w Głównie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
bardzo dobrze	31	0,53	18	0,20
dobrze	16	0,27	24	0,27
przeciętnie	9	0,15	41	0,47
źle	3	0,05	5	0,06
razem	59	1,00	88	1,00

Źródło: badanie własne

Warunki sanitarne panujące na terenie placówek 41,0% (61 osób) badanych oceniło jako dobre, 27,0% (39 osób) jako bardzo dobre, 25,0% (37 osób) jako przeciętne, natomiast 7,0% (10 osób) jako złe. Wśród mieszkańców przebywających w DPS w Głównie 26 osób oceniło czystość pomieszczeń na terenie placówki na poziomie dobrym ($f=0,44$). W DPS w Łodzi również większość pensjonariuszy, to jest 35 osób ($f=0,40$) oceniło czystość pomieszczeń na terenie ośrodka na poziomie dobrym (tab. 4).

Ankietowani ocenili dostępność do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w sposób następujący: na poziomie dobrym – 50,0% (73 osoby), przeciętnym – 30,0% (44 osoby), bardzo dobrym – 19,0% (28 osób), złym – 1,0% (2 osoby). Najliczniejszą grupę wśród mieszkańców DPS w Głównie stanowiły osoby, które dostępność do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ocenili na poziomie dobrym ($f=0,39$, 23 osoby). W DPS w Łodzi pensjonariusze w większości ocenili dostępności do lekarza również na poziomie dobrym ($f=0,57$, 50 osób) (tab. 5).

Zrozumiałość przekazywanych przez lekarza informacji o stanie zdrowia ankietowani ocenili w sposób następujący: 32,0% (47 osób) na poziomie bardzo dobrym, 32,0% (47 osób) na poziomie dobrym, 32,0% (47 osób) na poziomie przeciętnym, natomiast 4% (5 osób) oceniło zrozumiałość informacji przekazywanym przez lekarza na poziomie złym.

Tabela 4. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na temat warunków sanitarnych panujących w DPS wg miejsca pobytu

Ocena	DPS w Głownie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
bardzo dobrze	13	0,22	26	0,30
dobrze	26	0,44	35	0,40
przeciętnie	16	0,27	21	0,24
źle	4	0,07	6	0,07
razem	59	1,00	88	1,00

Źródło: badanie własne

Tabela 5. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na temat dostępności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wg miejsca pobytu

Ocena	DPS w Głownie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
bardzo dobrze	14	0,24	14	0,16
dobrze	23	0,39	50	0,57
przeciętnie	20	0,34	24	0,27
źle	2	0,03	0	0
razem	59	1,00	88	1,00

Źródło: Badanie własne.

Wśród respondentów przebywających w DPS w Głownie, 27 osób zrozumiałość przekazywanych przez lekarza informacji oceniło na poziomie dobrym ($f=0,46$). W grupie 88 osób przebywających w DPS w Łodzi, najliczniejsza grupa pensjonariuszy oceniła zrozumiałość przekazywanych przez lekarza informacji o stanie zdrowia na poziomie przeciętnym ($f=0,41$, 30 osób) (tab. 6).

Tabela 6. Rozkład odpowiedzi respondentów na temat zrozumiałości przekazywanych przez lekarza informacji o stanie zdrowia wg miejsca pobytu

Ocena	DPS w Głównie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
bardzo dobrze	18	0,31	30	0,34
dobrze	27	0,46	20	0,23
przeciętnie	11	0,19	36	0,41
źle	3	0,05	2	0,02
razem	59	1,00	88	1,00

Źródło: Badanie własne

Uprzejmość personelu medycznego 42,0% pensjonariuszy (62 osoby) oceniło na poziomie dobrym, 29,0% badanych (43 osoby) na poziomie przeciętnym, 21,0% ankietowanych (28 osób) na poziomie bardzo dobrym, natomiast 8% pensjonariuszy (11 osób) uprzejmość personelu medycznego oceniło źle. W DPS w Głównie większość badanych, to jest 30 osób ($f=0,51$), oceniło uprzejmość personelu medycznego na poziomie dobrym. W DPS w Łodzi pensjonariusze uprzejmość personelu ocenili na poziomie przeciętnym ($f=0,38$, 33 osoby) (tab. 7).

Tabela 7. Rozkład odpowiedzi respondentów na temat uprzejmości personelu medycznego wg miejsca pobytu

Ocena	DPS w Głównie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
bardzo dobrze	18	0,31	13	0,15
dobrze	30	0,51	32	0,36
przeciętnie	10	0,17	33	0,38
źle	1	0,02	10	0,11
razem	59	1,00	88	1,00

Źródło: Badanie własne.

Pomoc personelu pielęgniarskiego przy wykonywaniu codziennych życiowych czynności pensjonariusze ocenili w większość na poziomie dobrym – 53,0% (78 osób), następnie bardzo dobrym – 29,0% (43 osoby), przeciętnym – 14,0% (21 osób) oraz złym – 4,0% (5 osób). Wśród 59 mieszkańców DPS w Głównie, 27 osób oceniło jakość udzielanej przez personel pielęgniarski pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności na poziomie bardzo dobrym ($f=0,46$). W DPS w Łodzi wśród 88 osób, większość mieszkańców jakość udzielanej pomocy przy wykonywaniu codziennych czynnościach, oceniło na poziomie dobrym ($f=0,64$, 56 osób) (tab. 8).

Tabela 8. Rozkład odpowiedzi respondentów na temat pomocy udzielanej przez personel pielęgniarski przy wykonywaniu codziennych czynności wg miejsca pobytu

ocena	DPS w Głównie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
bardzo dobrze	27	0,46	16	0,18
dobrze	22	0,37	56	0,64
przeciętnie	10	0,17	11	0,13
źle	0	0	5	0,06
razem	59	1,00	88	1,00

Źródło: Badanie własne

Najwięcej badanych oceniła jakość podawanych posiłków na poziomie przeciętnym – 49,0% (72 osoby). Dobrze jakość posiłków oceniło 22,0% respondentów (33 osoby), bardzo dobrze 18,0% (26 osób) natomiast źle 11,0% ankietowanych (16 osób). Wśród 59 respondentów przebywających w DPS w Głównie, 21 osób jakość podawanych posiłków oceniło na poziomie przeciętnym ($f=0,36$). Wśród 88 mieszkańców z DPS w Łodzi, większość pensjonariuszy oceniło jakość podawanych posiłków na poziomie przeciętnym ($f=0,58$, 51 osób) (tab. 9).

Na pytanie: „Czy Pan/Pani zadowolony/a jest z pobytu w DPS?” większość badanych, to jest 83,0% (122 osoby) odpowiedziała, że tak, natomiast 17,0% (25 osób) stwierdziło, że nie są zadowoleni z pobytu w placówce. Mieszkańcy DPS w Głównie, w większości byli zadowolenie z pobytu w ośrodku – $f=0,83$, to jest 49 osób. Również większość pensjonariuszy DPS w Łodzi odpowiedziała twierdząco na zadane pytanie – $f=0,83$, to jest 73 osoby (tab. 10).

Tabela 9. Rozkład odpowiedzi respondentów na temat jakości podawanych posiłków wg miejsca pobytu

Ocena	DPS w Głównie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
bardzo dobrze	15	0,25	11	0,13
dobrze	19	0,32	14	0,16
przeciętnie	21	0,36	51	0,58
źle	4	0,07	12	0,14
razem	59	1,00	88	1,00

Źródło: Badanie własne.

Tabela 10. Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie czy są zadowoleni z pobytu z DPS wg miejsca pobytu

Zadowolenie z pobytu	DPS w Głównie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
nie	10	0,17	15	0,17
tak	49	0,83	73	0,83
razem	59	1,00	88	1,00

Źródło: Badanie własne.

Zdecydowana większość respondentów, to jest 84,0% (123 osoby) poleciłaby DPS w którym obecnie przebywa swoim znajomym, natomiast 16,0% (24 osoby) nie rekomendowałoby placówki innym osobom. Większość mieszkańców DPS w Głównie poleciłoby ośrodek swoim znajomym – $f=0,81$, 48 osób. W grupie osób zamieszkujących w DPS w Łodzi również większość pensjonariuszy poleciliby innym ocenianą placówkę – $f=0,85$, to jest 75 osób (tab. 11).

Tabela 11. Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie czy poleciliby placówkę swoim znajomym wg miejsca pobytu

Odpowiedź	DPS w Głownie		DPS w Łodzi	
	N	f	N	f
nie	11	0,19	13	0,15
tak	48	0,81	75	0,85
razem	59	1,00	88	1,00

Źródło: Badanie własne

Wnioski

1. Większość osób mieszkających w Domach Pomocy Społecznej objętych badaniami była zadowolona z pobytu.
2. Usługi świadczone na rzecz pensjonariuszy zostały wysoko ocenione. Najlepiej oceniono warunki opiekuńczo-pielęgnacyjne.
3. Warunki socjalno-bytowe w ocenie mieszkańców wypadły najgorzej, zwłaszcza wśród pensjonariuszy przebywających w DPS w Łodzi.

Bibliografia

- Olechnicki K., Załęcki P. (1999), *Słownik socjologiczny*, Graffiti BC, Toruń.
- Olech A., Łuszczynska M. (2005), *Pomoc społeczna*, [w:] Śnieciński J. M., Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, tom IV, wyd. Żak, Warszawa.
- Golinowska S., Topińska I. (2005), *Pomoc społeczna – zmiany i warunki skutecznego działania*, wyd. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa.
- Trafiałek E. (2006), *Starzenie się i starość*, Kielce.
- Kawula S., Brągiel J., Janke A. (2004), *Pedagogika rodziny. Obszar i panorama problematyki*, wyd. Adam Marszałek, Toruń.
- Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, poz. 964

Jan Krakowiak, Adam Rzeźnicki, Joanna Sułkowska, Elżbieta Klima, Włodzimierz Stelmach

Leszczyńska-Rejchert, A. (2006), *Człowiek straszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, wyd. Uniwersytet Warmińsko-Mazurki w Olsztynie, Olsztyn.

Szumlicz J. (1989), *Instytucjonalne formy pomocy społecznej*, Warszawa.

Zych A.A. (1999), *Człowiek wobec starości. Szkic z gerontologii społecznej*, wyd. Śląsk, Katowice.

Hanna Balkiewicz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Iwona Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Emilia Kwiatek-Brzezińska

Spółeczna Akademia Nauk

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Determinanty zachowań nabywców okularów na podstawie klientów salonu Vision Express w Łodzi

Determinants of glasses purchasers' behavior based on Vision Express' customers in Lodz

Abstract: The aim of the study is to examine corrective glasses and sunglasses' consumer behavior in opticians' shops Vision Express in Lodz. Results of this study also help to define statistical eyeglasses' user, its sex, age, education, and vision defect. The test results demonstrate what spectacle frames most customers choose and what determines their selection. The article also contains information about sunglasses' users, what percentage of corrective glasses' users also benefits from protection against harmful UV radiation to the eye and what guided by customers when choosing sunglasses.

Keywords: consumer behavior, optical market, direct marketing

Wstęp

Szacuje się, że na zaburzenia widzenia cierpi około 285 milionów ludzi. Blisko połowa dorosłych Polaków (w przedziale wiekowym 16-54 lata) ma wadę wzroku choć blisko 29% z nich nie ma o tym pojęcia i nie czuje potrzeby korygowania swojego wzroku

okularami [Lens, Nemet, Ledford, 2010]. Na świecie wada wzroku postrzegana jest jako choroba cywilizacyjna tak jak cukrzyca czy nadciśnienie. Rozwój technologiczny związany z cyfryzacją urządzeń elektronicznych przyczynił się do tego, że na co dzień mamy do czynienia z urządzeniami, które mają negatywny wpływ na nasz narząd wzroku. Aby uniknąć problemów związanych z utratą wzroku niezbędna jest odpowiednia profilaktyka. Regularne badania okulistyczne oraz właściwa metoda terapii mogą zapobiec upośledzeniu widzenia nawet u 80% osób cierpiących na wadę wzroku [Styszyński 2009, s. 7]. Brak odpowiedniego korygowania wady nie tylko może mieć wpływ na jej pogłębianie ale również przyczynia się do większego narażenia na urazy, trudności w życiu codziennym, a nawet depresji. Znaczna część Polaków ocenia swoją jakość widzenia poprzez samoocenę. Około 60% twierdzi, że widzi dobrze lub nawet bardzo dobrze, pomimo tego, że niemal połowa z nich nie była konsultowana okulistycznie lub korzysta z korekcji niedostosowanej do obecnej wady wzroku. Chociaż jak wcześniej wspomniano co drugi Polak powinien korzystać z okularów lub soczewek kontaktowych to co czwarty Polak ma problem z przeczytaniem książki lub gazety. [OKO 5/2014, s. 6].

Znaczenie marki w przemyśle optycznym

Co roku wskazanie trendów wśród opraw okularowych jest coraz trudniejsze, ponieważ z roku na rok na sferze optyki okularowej dozwolone jest coraz więcej szaleństwa. Powstają coraz ciekawsze kształty, w bardzo odważnych kolorach, wykonane z dokładnością co do detalu. Być może wkrótce o tym co jest trendy będą decydować sami użytkownicy okularów, a wszystko to dzięki coraz szerzej rozwijającej się technologii drukarek 3D, które mogą sprawić, że każdy okularnik będzie mógł w zaciszu własnego domu stworzyć niezwykle i niepowtarzalne oprawy, jakie tylko sobie wymarzy. [OKO 6/2014, s.6]

Kolory

Czasy szarych i ciemnych opraw odeszła w niepamięć. Teraz króluje kolor. Oprawy muszą wyróżniać się wyrazistym i żywym kolorem w słonecznym odcieniu. Najpopularniejsze kolory opraw to zieleń, czerwień, fiolet, żółty, pomarańcz oraz niebieski. Charakterystyczny kolor nie musi być jednolity, ponieważ może występować w formie gradalnej w połączeniu z innym równie wyrazistym kolorem. Najciekawszy efekt takiego barwienia można uzyskać na przezroczystych oprawkach wykonanych z acetalu. [OKO 6/2014, s.6].

Istotnym kolorem w modzie okularowej jest czerwień. Odcienie czerwieni na oprawach są niezwykle zróżnicowane pod względem stylistyki oraz odcienia. Czerwień możemy stosować do okularów przeciwsłonecznych (zwłaszcza tych o kocim kształcie), masywnych opraw korekcyjnych z acetatu, subtelnych i delikat-

nych z metalu oraz również w okularach sportowych. Barwa ta może dominować na całej powierzchni oprawki ale czasem, może być tylko delikatnym dodatkiem, który rozjaśni ciemną oprawę. [OKO 1/2012, s.8, OKO 6/2014, s.6]

Rozmiar i kształt

Jak największy rozmiar ma ogromne znaczenie w przypadku okularów przeciwsłonecznych. Najlepiej jak okulary te przykrywają oczy oraz jak największą część twarzy dookoła nich. Duży rozmiar tarczy jest też stosowany w oprawach korekcyjnych. Najpopularniejsze kształty opraw to awiatory, duże kształty kwadratowe dla mężczyzn oraz kocie oprawy dla kobiet. [OKO 6/2014, s.6]

Retro

Lata 60 i 70 ubiegłego wieku są nadal żywe światie optycznym. Pomimo nazwy oprawy w stylu retro nie są nudne wręcz przeciwnie, oprawy te opiera się na stylu vintage dzięki czemu są bardzo kreatywne oraz awangardowe. Najpopularniejszym kształtem retro są niewątpliwie awiatory, zarówno metalowe, jak i w wersji plastikowej. Inne popularne kształty to: owal, kwadrat, okrąg oraz kocie, wszystko to oczywiście w odpowiednio dużym rozmiarze. Oprawy retro bardzo często wyposażone są w charakterystyczne elementy takie jak: połączenie drewna ze skórą, biżuteryjne detale oraz zwierzęce cętki. [OKO 6/2014, s. 7]. Okulary przeciwsłoneczne w stylu retro to okrągłe, masywne kształty dla kobiet oraz awiatory metalowe lub acetatowe dla mężczyzn. Kolorystyka wzorowana na stylu hipisowskim i cygańskim [Optyka, nr 2/2012, s.12]

Eko

Oprawy eko charakteryzują się również specjalnym ekologicznym procesem produkcji. Technologia wytwarzania opraw w sposób, który nie zanieczyszcza środowiska, oszczędza surowce oraz używa materiałów wtórnych pochodzących z recyklingu. Oprawy eko produkowane są między innymi z drewna, najczęściej obrabianego ręcznie drzewa egzotycznego, uprawianego na ekologicznych plantacjach. Kolejnym materiałem naturalnym jest masa rogowa, którą pozyskuje się z rogów bawołów, a oprawy obrabia się ręcznie z jednego kawałka surowca. oprawy wykonane z drewna i masy rogowej są dość sztywne i trudne w modelowaniu ale wyglądają unikalnie i pięknie, co również ma swoje odzwierciedlenie w cenie. Ponadto, oprawy można pokrywać skórą, jedwabiem czy aksamitem, najczęściej na zausznikach. Ostatnią nowością w świecie optycznym są oprawy wykonane z kamienia. Wykonywane są ze skały łupkowej o strukturze marmuru, pomimo obaw, że oprawy te mogą być łamliwe i nietrwałe to firma je produkująca (firma Rolf z Tyrolu) opracowała nowoczesną technologię pracy z kamieniem tworząc niesamowicie wyglądający materiał na oprawy [Optyka, nr 2/2012, s. 6-7].

Metody oraz materiał badawczy

Na potrzeby niniejszej pracy stworzono kwestionariusz ankiety składający się z 23 pytań. Ankieta miała charakter anonimowy, a wypełnienie jej było dobrowolne. Badanie przeprowadzono na grupie 100 osób będących klientami salonu Vision Express w Łodzi. Były to zarówno kobiety jak i mężczyźni w kategoriach wiekowych: 0–20 lat, 21–35 lat, 36–45 lat, 46–60 lat oraz więcej niż 60 lat. Wykształcenie od podstawowego, przez gimnazjalne/zawodowe, poprzez średnie, aż do wyższego. Ankietowani odpowiadali na jedno pytanie otwarte, w którym mieli określić jak długo w latach noszą okulary korekcyjne. Pozostałe pytania zamknięte dotyczyły czterech aspektów:

1. Pytania o posiadane szkła korekcyjne oraz czynniki decydujące o wyborze szkieł.
2. Pytania o posiadane oprawki oraz czynniki decydujące o wyborze opraw.
3. Pytania o okulary przeciwsłoneczne i czynniki decydujące o wyborze okularów przeciwsłonecznych.
4. Pytania dotyczące samopoczucia w okularach oraz miejsc w których klienci najczęściej dokonują zakupy okularów.

Ankietowani w pytaniach dotyczących posiadanych uszlachetnień oraz czynników decydujących o wyborze szkieł i opraw mieli możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

Determinanty zachowań nabywców okularów – wyniki badań

Statystyczny użytkownik okularów

Wg przeprowadzonych badań statystyczny użytkownik okularów Vision Express jest kobietą – 59% ankietowanych. Najczęściej są to kobiety w wieku 21–35 lat (18 osób ankietowanych), średnio co szósta kobieta korzystająca z okularów jest w wieku 46–60, a co siódma kobieta ma powyżej 60 lat, jedną z mniej licznych grup noszących okulary są kobiety w wieku 36–45 (co dziesiąta ankietowana), żadna z ankietowanych kobiet nie jest w wieku poniżej 20 lat.

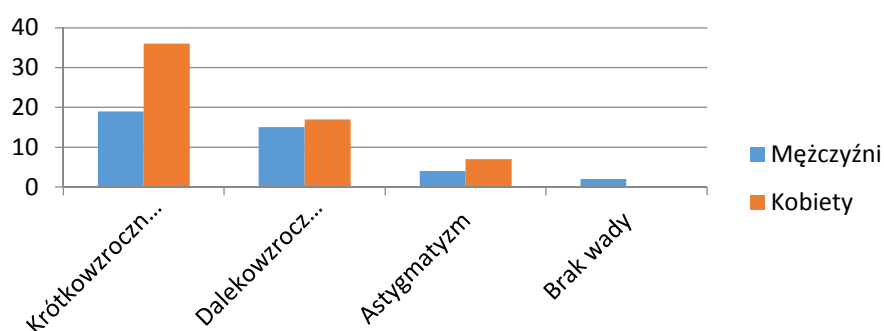
Z kolei mężczyźni stanowią mniej liczną grupę osób noszących okulary – 41%. Wśród nich najliczniejszą grupą są panowie w wieku 46–60 lat – 16% ankietowanych, 11% mężczyzn noszących okulary jest w kategorii wiekowej 21–35 lat. Najmniej liczna grupa mężczyzn okularników jest wieku 60 i więcej – 8% oraz 21–35 lat – 6%. Tak jak w przypadku kobiet, żaden ankietowany mężczyzna nie był w wieku poniżej 20 lat.

Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 33% kobiet i 21% mężczyzn oraz osoby z wykształceniem wyższym – 22% kobiet oraz 14% mężczyzn. Do najmniej licznych grup należą osoby z wykształceniem

gimnazjalnym lub zasadniczym – 2% kobiet i 4% mężczyzn oraz z wykształceniem podstawowym – 2% kobiet i 2% mężczyzn.

Bez wątpienia najpopularniejszą wadą wzroku wśród ankietowanych jest krótkowzroczność, dotyka ona aż 36% kobiet oraz 19% mężczyzn. Dalekowzroczność jest przypadłością 17% kobiet i 15% mężczyzn, a astygmatyzm dotyka 7% kobiet i 4% mężczyzn. Tylko 2% ankietowanych deklaruje brak wady wzroku (rys. 1).

Rysunek 1. Wada wzroku ze względu na płeć



Źródło: Opracowanie własne.

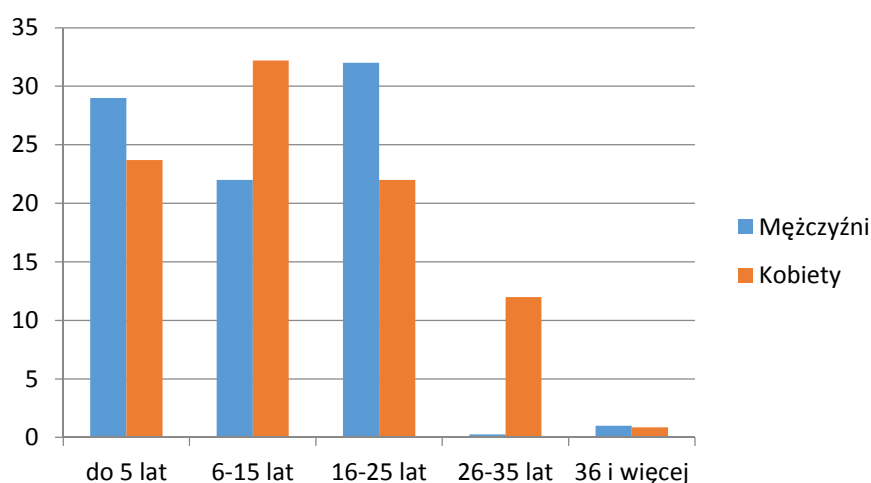
Prawie 24% ankietowanych kobiet oraz 29% ankietowanych mężczyzn okulary nosi krócej niż 5 lat. Najczęściej okulary noszono od 6 do 25 lat, z czego to mężczyźni noszą okulary dłużej od kobiet. 22% ankietowanych panów nosi okulary 6–15 lat, a 32% nosi okulary 16–25 lat, w przypadku ankietowanych kobiet sytuacja jest odwrotna, 32% ankietowanych kobiet nosi okulary 6–15 lat, z 22% kobiet 16–25. Aż 12% ankietowanych kobiet nosi okulary 26–35 lat, a tylko 0,25% ankietowanych mężczyzn nosi tak długo okulary. W przypadku noszenia okularów powyżej 36 lat wyniki są dość wyrównane: 1% mężczyzn oraz 0,85% kobiet (rys. 2).

W przypadku najmłodszych ankietowanych w wieku 21–35 lat najczęściej noszą oni okulary do dali – aż 59% oraz okulary do komputera – 34%, najmniejsza liczba osób korzysta z okularów tylko do czytania – 3,5% oraz z progresywnych – 3,5%, z racji wieku i braku potrzeby korzystania z dwóch par. Żadna z ankietowanych osób znajdujących się w tej kategorii wiekowej nie korzysta z dwóch par okularów.

Osoby w wieku 36–45 lat najczęściej korzystają z okularów do dali – 62,5%, z dwóch par okularów korzysta 19% osób, a okularów tylko do czytania używa 12,5% ankietowanych. Tylko 6% osób korzysta z okularów tylko do komputera, natomiast żadna z ankietowanych osób w tym przedziale wiekowym nie korzysta z okularów

progresywnych. Wśród osób w wieku 46–60 lat wyniki są w miarę wyrównane, najwięcej osób w tym przedziale wiekowym korzysta z okularów do czytania – 34%, a 25% korzysta z dwóch par okularów na przemian, 20% używa okularów progresywnych.

Rysunek 2. Długość noszenia okularów w zależności od płci



Źródło: Opracowanie własne.

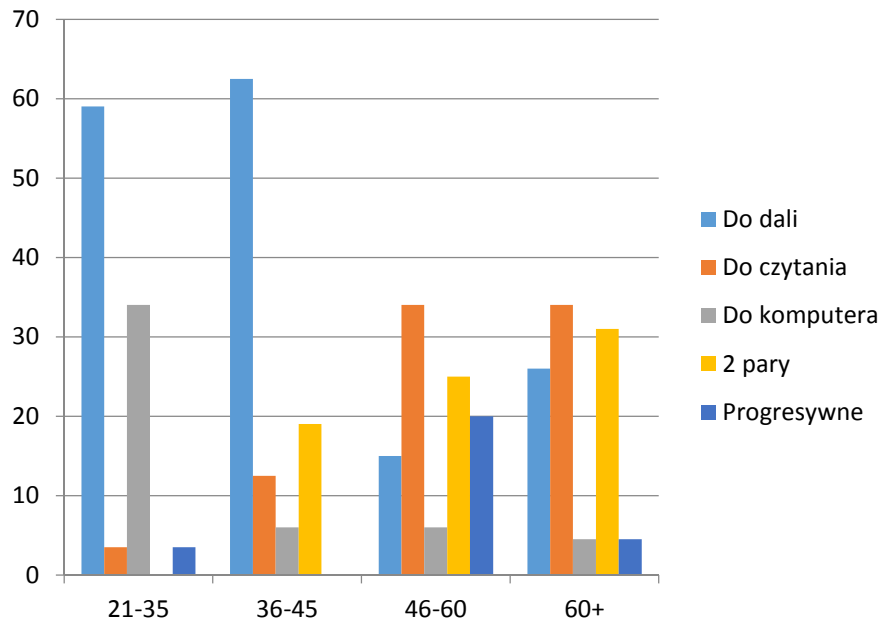
Do dali okularów używa 15% ankietowanych. Najmniej osób w tym przedziale wiekowym korzysta tylko z okularów do komputera – 6%. Seniorzy czyli osoby w wieku powyżej 60 lat najczęściej korzystają z okularów do czytania, ale niewiele mniej osób – 31% stosuje dwie pary okularów na przemian. 26% ankietowanych używa okularów do dali. Okularów do komputera oraz progresywnych używa tylko 4,5% ankietowanych seniorów (rys. 3).

Determinanty wyboru szkieł okularowych

Wśród montowanych w okularach szkieł największą popularnością wśród klientów cieszą się soczewki plastikowe – aż 70% osób noszących okularów je wybiera. Pomimo ciężaru i mniejszego bezpieczeństwa podczas użytkowania, aż 25,5% ankietowanych wybiera soczewki szklane, a tylko 5,5% ankietowanych wybiera soczewki z poliwęglanowe – głównie do opraw nawiercanych (rys. 4).

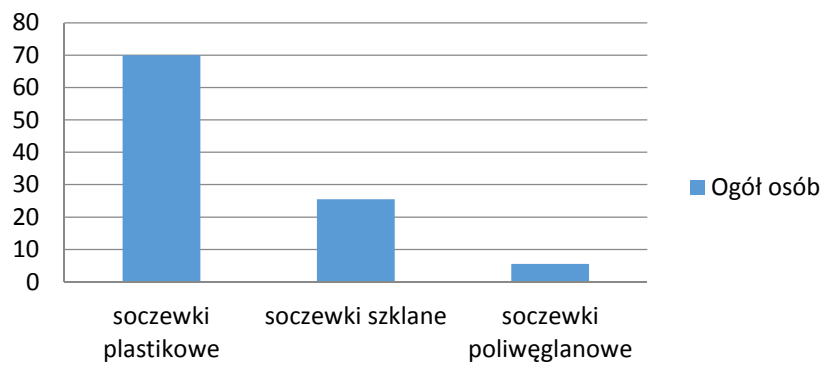
Bez wątplenia najważniejszym czynnikiem decydującym o wyborze szkieł korekcyjnych jest ich cena – 57,5% mężczyzn oraz 79% kobiet. Równie ważne są dla klientów dodatkowe powłoki uszlachetniające szła – 50% mężczyzn i 45% kobiet oraz waga i estetyka szkieł – 47,5% mężczyzn i 50% kobiet.

Rysunek 3. Rodzaj używanych okularów w zależności od wieku



Źródło: Opracowanie własne.

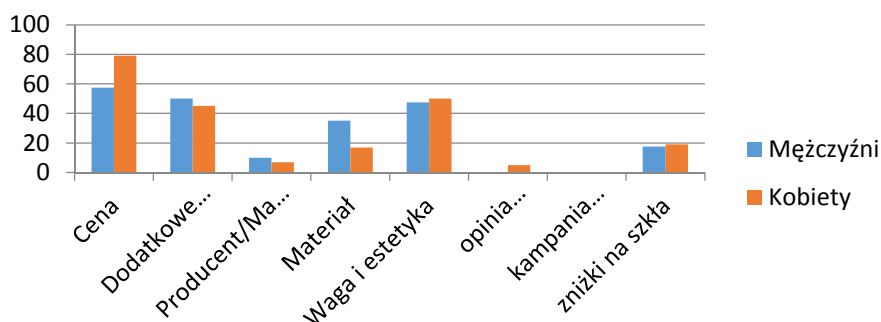
Rysunek 4. Najchętniej wybierane materiał soczewek okularowych



Źródło: Opracowanie własne.

Istnym czynnikiem, ważnym zwłaszcza dla mężczyzn jest materiał, z którego wykonane są soczewki – 35% mężczyzn, 17% kobiet. Poza ceną istotne są również zniżki, które klient otrzyma na szkła, ważne są one dla 17,5% mężczyzn oraz 19% kobiet. Najmniejsze znaczenie ma dla ankietowanych marka i producent szkła – 10% mężczyzn oraz 7% kobiet; może to wynikać z małej znajomości dostępnych na rynku optycznym producentów szkła. Mężczyźni w ogóle nie interesuje opinia znajomych na temat szkła (żaden z ankietowanych nie zaznaczył tej opcji), z kolei w przypadku kobiet tylko 5% jest zainteresowana opinią innych. Kampania reklamowa szkła okularowych nie ma żadnego wpływu na decyzję klientów salonu optycznego (rys. 5).

Rysunek 5. Determinanty wyboru szkła korekcyjnych



Źródło: Opracowanie własne.

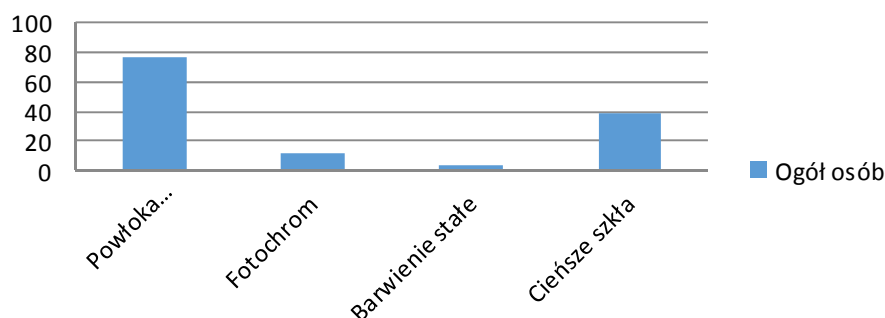
Liderem wśród dodatków szkła okularowych jest powłoka antyrefleksyjna, posiada ją 76,5% ankietowanych, oraz cieńsze soczewki, które są wybierane przez 39% ankietowanych. Wynik ten nie jest zaskoczeniem biorąc pod uwagę odpowiedzi ankietowanych odnośnie tego jak ważne są dla nich estetyka i waga soczewek. 11% ankietowanych posiada w swoich okularach soczewki fotochromowe, natomiast tylko 4% ankietowanych posiada barwione szkła w okularach (rys. 6).

Determinanty opraw okularowych

Najpopularniejszym materiałem opraw wśród ankietowanych jest plastik (tworzywo sztuczne), wybiera go aż 57,5% kobiet i 27,5% mężczyzn, metalowe oprawy są chętniej wybierane przez panów – 45% oraz 25% kobiet. W przypadku oprawek na żyłkę wyniki są dość wyrównane – 17,5% mężczyzn i 14% kobiet. Tytanowe oprawy są wybierane przez 7% mężczyzn, a najmniejszą popularnością cieszą się oprawki nawiercane – 2,5% mężczyzn i 3,5% kobiet co może mieć związek z ogromną popularnością oprawek plastiko-

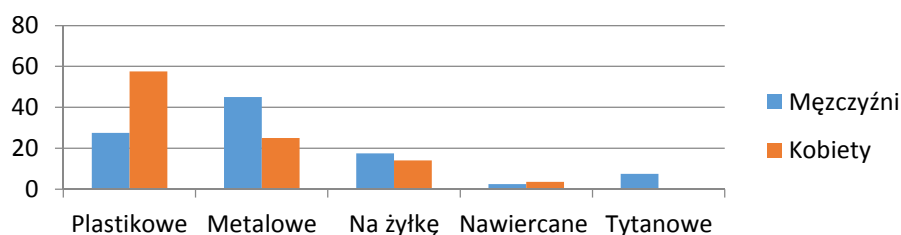
wych, które w odróżnieniu do oprawek wierconych są zdecydowanie bardziej wyraziste i rzucające się w oczy od niemal niewidocznych opraw bezramkowych (rys. 7).

Rysunek 6. Dodatki wybierane przez noszących okulary korekcyjne



Źródło: Opracowanie własne.

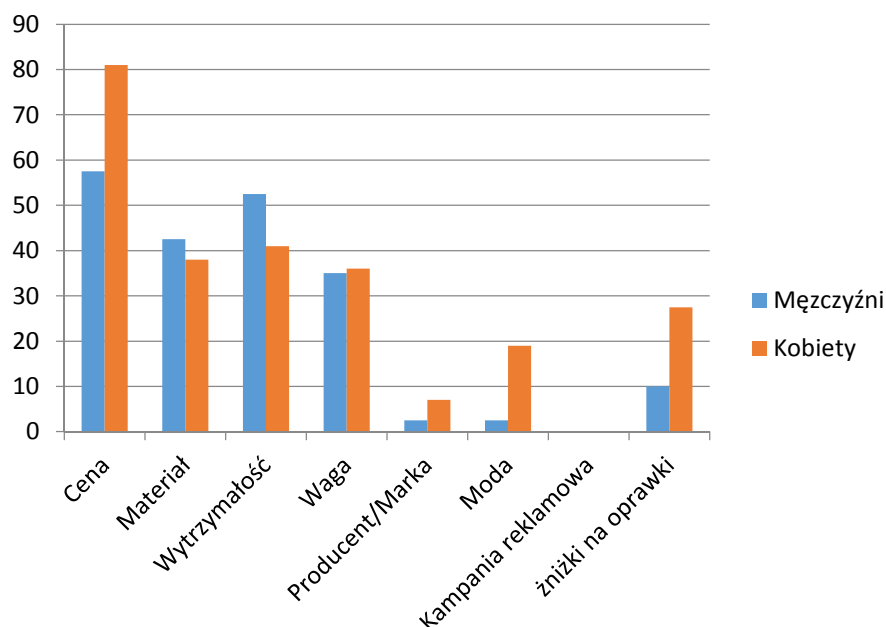
Rysunek 7. Najczęściej wybierany materiał oprawek okularowych



Źródło: Opracowanie własne.

Tak jak w przypadku soczewek okularowych najważniejszą determinantą wyboru oprawki jest jej cena – 58,5% mężczyzn i aż 81% kobiet. Istotnymi czynnikami wyboru opraw jest również materiał 42,5% mężczyzn i 38% kobiet, wytrzymałość, która jest bardzo ważna zwłaszcza dla 52,5% i dla 41% kobiet. Producent/marka nie jest zbyt istotny w wyborze opraw, zwraca na niego uwagę 2,5% mężczyzn i 7% kobiet. Bez wątplenia dla kobiet istotna jest aktualnie obowiązująca moda – sugeruje się nią 19% kobiet i tylko 2,5% mężczyzn. Podobnie jak w przypadku szkielek również zniżki na oprawy mają wpływ na ich wybór – 10% mężczyzn i 27,5% kobiet. Zarówno jak w przypadku wyboru szkielek okularowych kampania reklamowa nie ma wpływu na wybór oprawek okularowych (rys. 8).

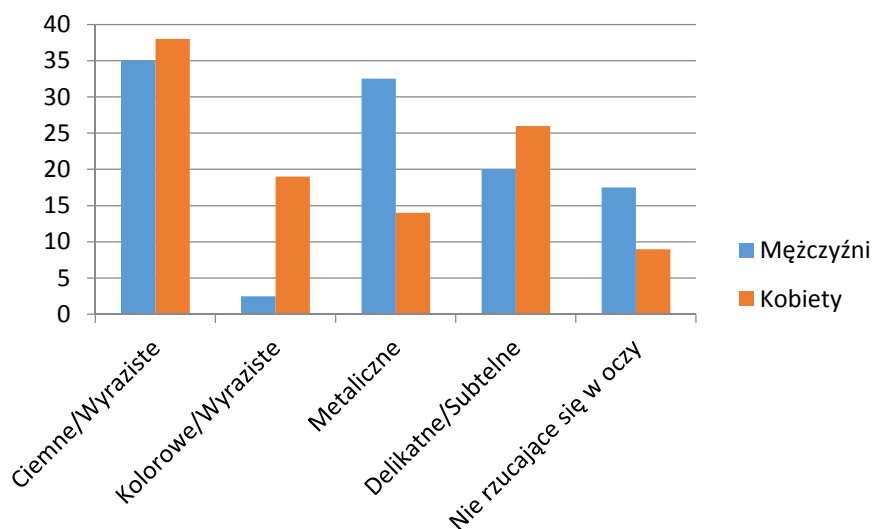
Rysunek 8. Determinanty wyboru oprawek okularowych



Źródło: Opracowanie własne.

Zgodnie z obecnymi trendami w modzie okularowej najpopularniejsze są ciemne i wyraziste oprawy (najczęściej wybiera je 35% mężczyzn i 38% kobiet). W przypadku kolorowych oprawek to panie chętniej eksperymentują z kolorami – 19%, a panowie wolą zachowawcze kolory, ponieważ tylko 2,5% ankietowanych wybiera kolorowe oprawki. Mężczyźni zdecydowanie bardziej preferują oprawki metaliczne 32,5%, tylko 14% kobiet wybiera taką kolorystykę. Pomimo mody na mocne akcenty wielu ankietowanych woli delikatne i subtelne oprawy: 20% mężczyzn i 26% kobiet. Oprawy stonowane, nie rzucające się w oczy są wybierane przez 17,5% mężczyzn i tylko 9% kobiet. Wyniki z tego pytania wskazują, że panie są bardziej odważne w wyborze opraw, chętniej eksperymentują z kolorami i rzadziej starają się ukryć noszone okulary. Panowie wybierają oprawy ciemne i męskie, natomiast częściej decydują się delikatne, nie rzucające się w oczy oprawki (rys. 9).

Rysunek 9. Najchętniej wybierane kolory opraw w zależności od płci



Źródło: Opracowanie własne.

Kocie kształty opraw są wybierane tylko przez kobiety, lecz pomimo obecnie obowiązujących trendów decyduje się na nie tylko 15,5% ankietowanych. Najpopularniejszym kształtem opraw jest zachowawczy i tradycyjny kształt prostokątny, (wybiera go 52% kobiet i aż 70% mężczyzn). Często wybieranym kształtem jest owal, (17% mężczyzn i 25,5% kobiet). Do najmniej popularnych kształtów należą oprawy okrągłe: 5% mężczyzn i 2% kobiet oraz kwadratowe 8% mężczyzn i 5% kobiet.

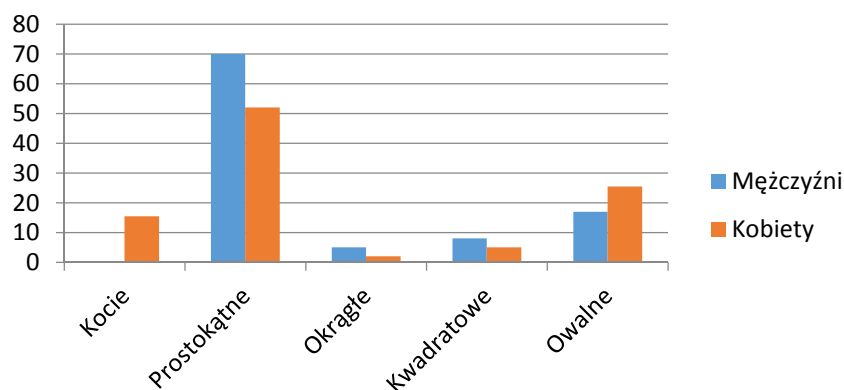
Użytkownicy okularów najchętniej wybierają oprawy średniej wielkości – 86% ankietowanych. 9% osób woli małe oprawki, a wbrew obecnym trendom modowym, które promują bardzo duże oprawki, wybiera je tylko 5% ankietowanych (rys. 10).

Okulary przeciwsłoneczne

Ponad połowa ankietowanych osób: 38 kobiet i 23 mężczyzn na co dzień nosi zamiennie okulary korekcyjne z okularami przeciwsłonecznymi. Niestety 20 ankietowanych kobiet i 17 mężczyzn nosi na co dzień tylko okulary korekcyjne, nie nosząc okularów przeciwsłonecznych. Z osób deklarujących brak wady wzroku wszystkie stosują okulary przeciwsłoneczne.

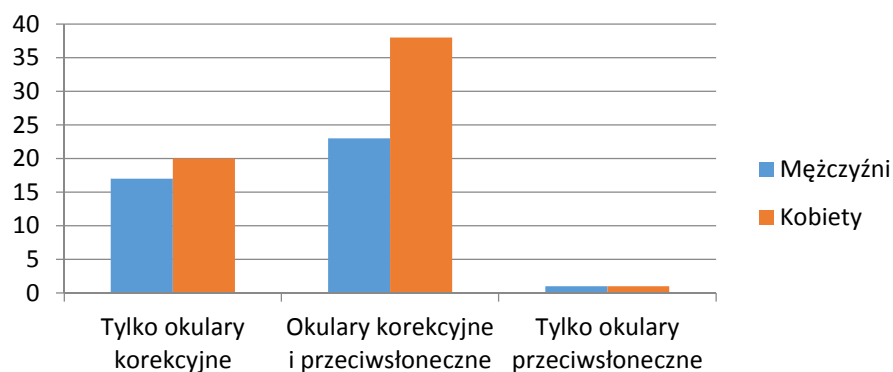
Najpopularniejszym materiałem, z którego wykonane są okulary przeciwsłoneczne ankietowanych osób jest plastik - 85% osób. Metalowe oprawy do szkieł słonecznych posiada pozostałe 15% ankietowanych. Żadna z ankietowanych osób nie posiada okularów przeciwsłonecznych z oprawką wykonaną z tytanu.

Rysunek 10. Najchętniej wybierane kształty opraw



Źródło: Opracowanie własne.

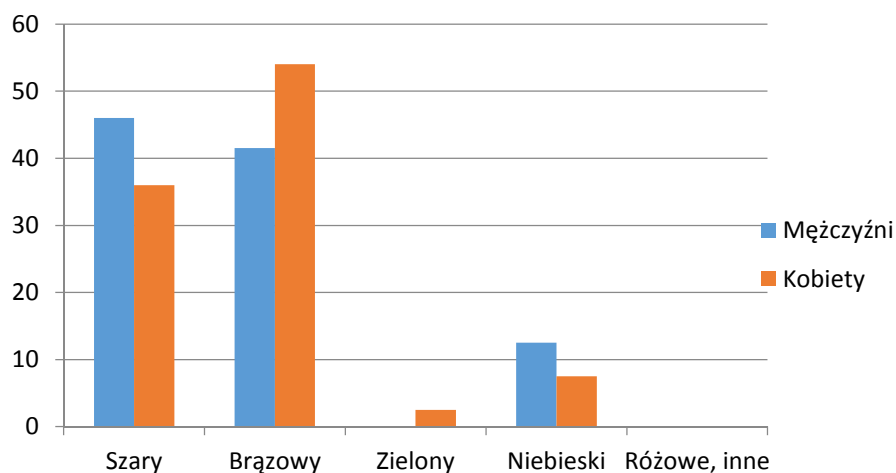
Rysunek 1. Okulary przeciwsłoneczne w zależności od płci



Źródło: Opracowanie własne.

Najpopularniejszymi kolorami zabarwień szkieł przeciwsłonecznych jest szary i brązowy. Szare zabarwienie jest najchętniej wybierane przez mężczyzn – 46%, 36% kobiet, natomiast brązowy jest ulubionym zabarwieniem kobiet – 54%, 41,5% mężczyzn. Zielone zabarwienie jest wybierane tylko przez 2,5% kobiet, różowe i inne zabarwienia nie są wybierane przez żadnego ankietowanego. Niebieskie zabarwienie wybiera aż 12,5% mężczyzn i 7,5% kobiet (rys. 12).

Rysunek 2. Najchętniej wybierane zabarwienia szkieł przeciwsłonecznych

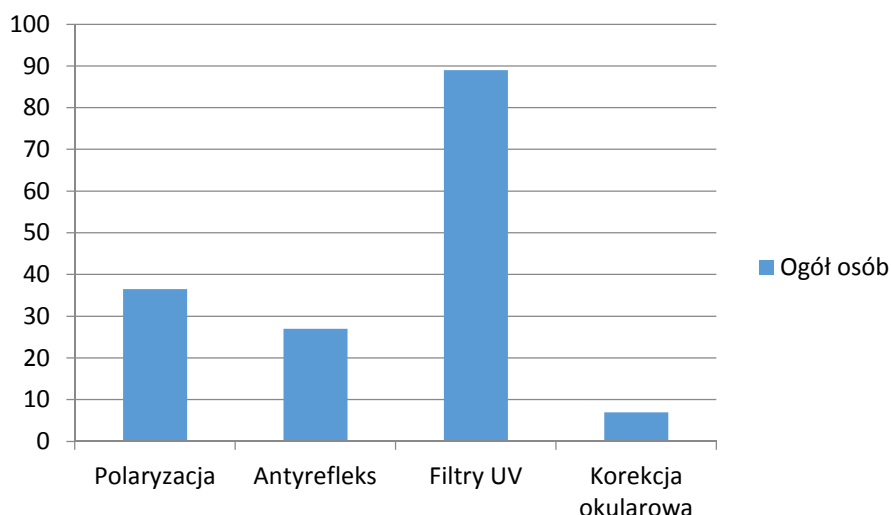


Źródło: Opracowanie własne.

Bez wątpienia najpopularniejszym dodatkiem w okularach przeciwsłonecznych powinien być filtr UV – 89% ankietowanych. Niestety, martwiący jest fakt braku posiadania tego filtra przez pozostałe 11% ankietowanych korzystających z okularów przeciwsłonecznych. Zaraz po filtrach UV popularne są filtry polaryzacyjne, posiada je 36,5% co można uznać za dużą świadomość użytkowników okularów słonecznych odnośnie wyposażania swoich okularów w zabezpieczenia najwyższej jakości. Niewiele mniej ankietowanych – 27% posiada w swoich okularach przeciwsłonecznych powłokę anty-refleksyjną. Niestety tylko 7% ankietowanych spośród osób z wadą wzroku posiada w swoich okularach słonecznych korekcje okularową, pozostaje tylko zastanawiać się co jest tego powodem: mała wada wzroku, korzystanie z soczewek kontaktowych w okresie korzystania z okularów słonecznych czy kwestie finansowe (posiadanie kilku par, droższe szkła), które są bardzo istotne dla użytkowników okularów (rys. 13).

Podobnie jak w przypadku opraw czy szkieł korekcyjnych, najważniejszym czynnikiem decydującym o wyborze okularów przeciwsłonecznych jest cena. Ma ona ogromne znaczenie dla 56% kobiet oraz 42% mężczyzn. W kwestii finansowej ważny jest również rabat/zniżka na zakup tych okularów (dla 15% ankietowanych kobiet oraz 4% ankietowanych mężczyzn). Pozytywnym aspektem jest fakt, iż dla 58% mężczyzn oraz 52% kobiet ważna jest jakość szkieł, które kupują razem z okularami przeciwsłonecznymi. Niemniej jednak powinno mieć to znaczenia dla wszystkich kupujących te okulary, a nie tylko dla połowy ankietowanych.

Rysunek 13. Najczęstsze dodatki okularów przeciwsłonecznych



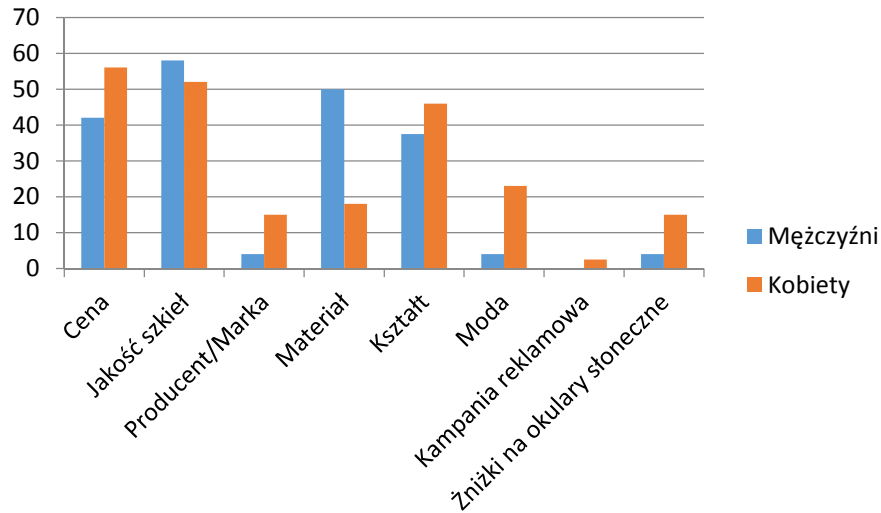
Źródło: Opracowanie własne.

Producent/marka jest ważny dla niewielkiej liczby osób: 4% mężczyzn i 15% kobiet. W przypadku obecnie panującej mody, nie ma ona zbyt dużego znaczenia dla panów, bo sugeruje się nią tylko 4% mężczyzn, natomiast panie sugerują się modą i trendami – 20% ankietowanych kobiet. Ważny przy wyborze okularów słonecznych jest ich kształt, sugeruje się nim 37,5% mężczyzn oraz 46% kobiet. Dla panów jest również bardzo istotny jest materiał kupowanych okularów – 50%, dla pań ma on mniejsze znaczenie – 18%. Reklama ma najmniejsze znaczenie dla ankietowanych, sugeruje się nią tylko 2,5% kobiet (rys. 14).

Dla 55% mężczyzn oraz 44% kobiet noszenie okularów nie ma wpływu na ich samopoczucie, a 25% panów oraz 24% pań nie ma zdania na ten temat. Noszenie okularów podnosi pewność siebie u 17,5% ankietowanych mężczyzn oraz 25% ankietowanych kobiet. Niestety noszenie okularów obniża pewność siebie u 7% kobiet oraz 2,5% mężczyzn (rys. 16).

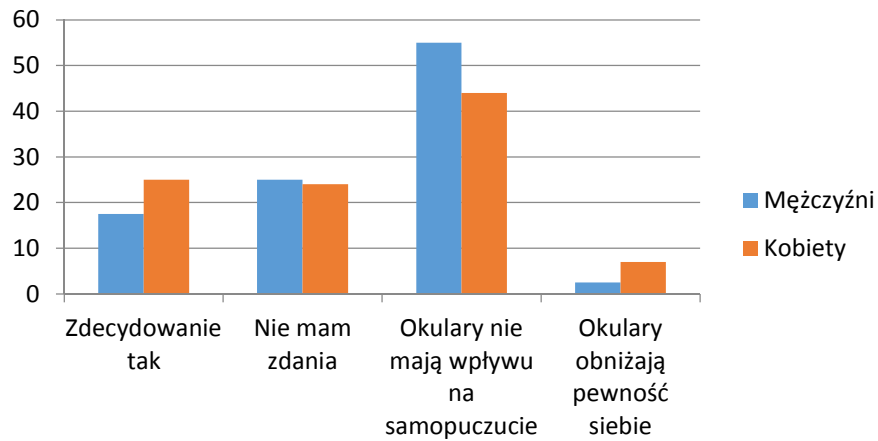
Pomimo faktu, iż większość ankietowanych nosi okulary dłużej niż 5 lat to znaczna część osób z wadą wzroku czuje się dobrze w swoich okularach: 69% mężczyzn i 58% kobiet, 7,5% mężczyzn i 20% kobiet nawet bardzo dobrze. Część ankietowanych jest już znudzona swoimi dotychczasowymi okularami: 10% panów oraz 7% pań, ale żadna z ankietowanych osób nie chciałaby zmienić ich na inne. Niestety, 12,5% mężczyzn i 15% kobiet nie lubi nosić okularów i źle się w nich czuje.

Rysunek 14. Determinanty wyboru okularów przeciwsłonecznych



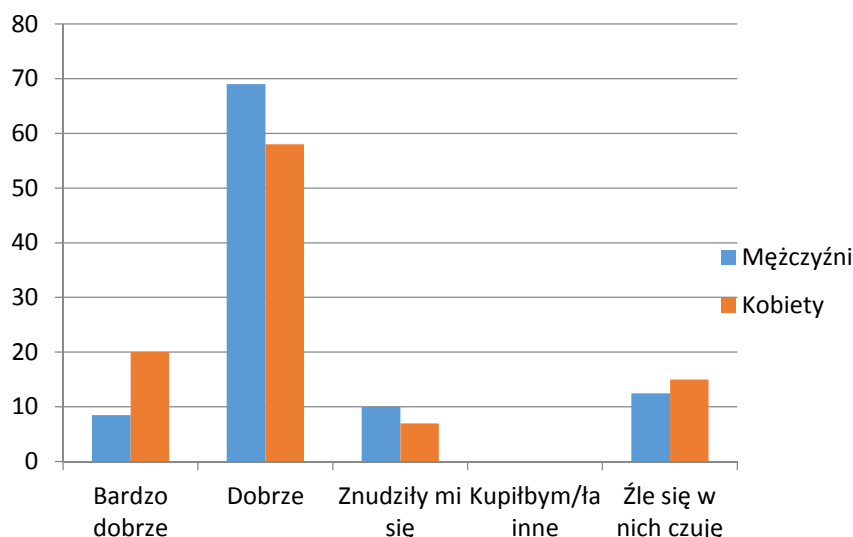
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 15. Wpływ noszenia okularów na pewność siebie



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 16. Samopoczucie badanych w związku z noszeniem okularów

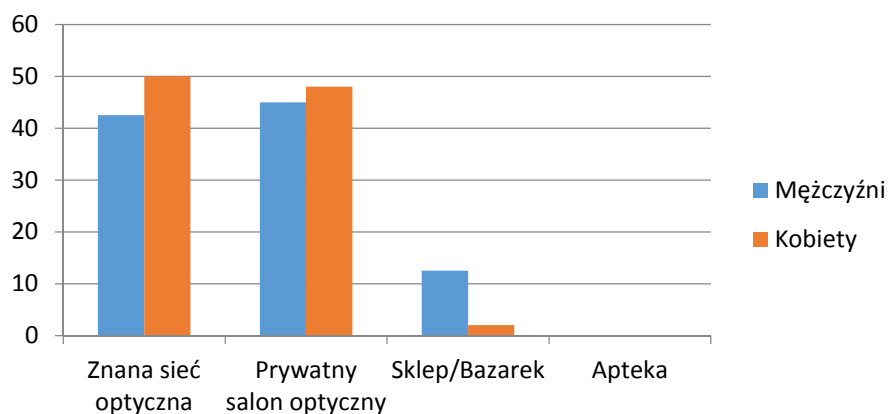


Źródło: Opracowanie własne.

Niemal 98% ankietowanych kobiet kupuje okulary korekcyjne w salonie znanej sieci optycznej – 50% lub w prywatnym salonie optycznym – 48%, co można uznać za bardzo dobry wynik świadczący o dużej świadomości i dbałości o narząd wzroku wśród kobiet. Tylko 2% ankietowanych pań kupuje swoje okulary korekcyjne w sklepie lub na bazarku. Wśród mężczyzn, okulary w sieci optycznej kupuje 42,5% ankietowanych, a w prywatnym salonie zakupów dokonuje 45%. Niestety, aż 12,5% mężczyzn kupuje swoje okulary korekcyjne na bazarku czy w sklepie. Może to wynikać z niechęci panów do odwiedzania lekarzy czy wybierania oprawek, podczas gdy w sklepie można wybrać te, w których się dobrze widzi, nie biorąc pod uwagę konsekwencji jakie mogą płynąć z takiego wyboru (rys. 17).

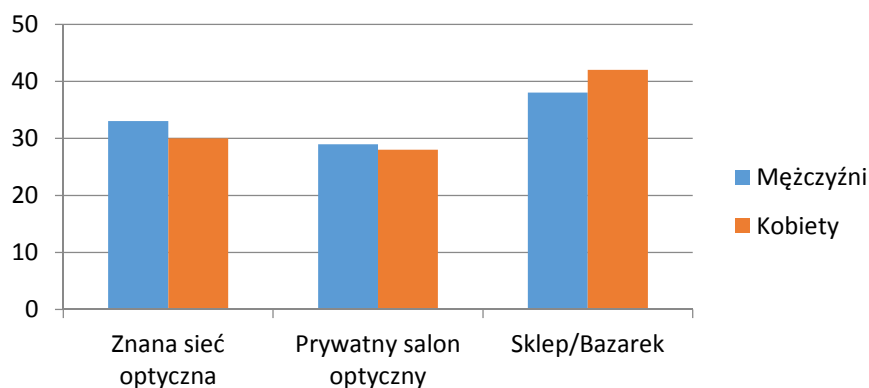
Niestety, w przypadku zakupów okularów przeciwsłonecznych ankietowani nie przykładają wagi do tego gdzie dokonają zakupu. Aż 42% kobiet oraz 38% mężczyzn kupuje okulary słoneczne w sklepie lub na bazarku. Nie zawsze produkty znajdujące się w takich miejscach posiadają odpowiednie zabezpieczenia przed szkodliwym promieniowaniem, a ich pochodzenie jest niewiadome. W znanej sieci optycznej okulary przeciwsłoneczne kupuje 33% mężczyzn oraz 30% kobiet, a w prywatnych salonach zakupów dokonuje 29% mężczyzn oraz 28% kobiet (rys. 18).

Rysunek 17. Najczęstsze miejsca zakupu okularów korekcyjnych



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 18. Najczęstsze miejsca zakupu okularów przeciwsłonecznych



Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowanie

Analiza wyników przeprowadzonych badań ukazuje nie tylko preferencje klientów podczas wyboru opraw i soczewek okularowych, ale również pokazuje świadomość konsumentów na rynku optycznym. Pomimo ogromnego dostępu gotowych okularów korekcyjnych, które można kupić na stacji benzynowej, w hipermarkiecie czy na

bazarze tylko 5% ankietowanych przyznaje się do tego, że okulary korekcyjne nabywa właśnie tą drogą. Niestety, w przypadku okularów przeciwsłonecznych świadomość klientów jest jeszcze niezadowalająca. Ochrona oczu przed promieniowaniem ultrafioletowym jest niezwykle ważna, a skutki zaniedbywania ochrony oczu przed słońcem mogą być opłakane w skutkach. Na co dzień z okularów przeciwsłonecznych korzysta tylko 63% ankietowanych, z czego ponad połowa kupuje okulary w sklepach lub na bazarkach. Nie zawsze mamy pewność, że kupowane w takich miejscach okulary posiadają odpowiednie atesty oraz filtry, naklejka znajdująca się na takich okularach nie zawsze jest gwarancją posiadanych zabezpieczeń. Warto zadbać o ochronę oczu przez cały rok, nawet zimą (kiedy promienie odbijają się od powierzchni śniegu), podczas jazdy samochodem, uprawiania sportu, a zwłaszcza gdy wyjeżdżamy poza granice naszego kraju gdzie słońce świeci znacznie intensywniej.

Według wyników ankiety statystycznym użytkownikiem okularów jest kobieta w wieku 21–35 lat. Posiada wykształcenie średnie, a jej wada wzroku to krótkowzroczność, okulary nosi od 6 do 15 lat i są to okulary do dali. Użytkownicy okularów najczęściej wybierają do swoich okularów soczewki wykonane z materiałów organicznych – 69,4%. Jako uszlachetnienie w swoich szklach posiadają głównie powłokę antyrefleksyjną – 76,5% oraz pocieniane soczewki – 38%. Konsumenci rynku optycznego podczas wyboru szkieł do swoich okularów kierują się głównie ceną soczewek – 70,4%, następnie istotnym czynnikiem jest waga i estetyka szkieł – 50% oraz powłoki jakie będą one posiadać – 49%. Wyniki tego pytania są odzwierciedleniem odpowiedzi odnośnie uszlachetnień szkieł, gdzie to właśnie powłoka antyrefleksyjna oraz pocienienie znajduje się w okularach klientów salonu optycznego.

Najczęściej wybieranym materiałem opraw do okularów korekcyjnych jest plastik oraz metal. Plastikowe oprawki są ulubionym materiałem kobiet, natomiast metal mężczyzn. Klienci salonu optycznego najczęściej wybierają oprawy ciemne i wyraziste, ale nadal duża część okularników wybiera klasyczne delikatne oprawki lub metaliczne. Osoby wybierające ciemne wzory to najczęściej osoby, które chcą się wyróżniać, iść zgodnie z trendami modowymi, najczęściej są to kobiety: 38%. Oprawy delikatne czy metaliczne są wybierane przez osoby, które nie chcą zaznaczać tego że noszą okulary lub charakter pracy, którą wykonują im na to nie pozwala, częściej wybierane przez mężczyzn: 35%. Najpopularniejszym kształtem opraw korekcyjnych jest bez wątpienia prostokąt: 61,2%. Jest to kształt wybierany zarówno przez kobiety jak i przez mężczyzn. Prostokąt jest uniwersalny, pomimo dostępnych na rynku innych ciekawych kształtów ten pasuje do każdego stroju, jest neutralny, pasuje do niemalże każdego kształtu twarzy oraz dobrze sprawdza się w wielu mocach szkieł (głównie minusowych). Okularnicy najczęściej wybierają oprawy średniego kształtu, tak aby

pole widzenia w okularach było jak najbardziej optymalne do ich potrzeb. Podobnie jak w przypadku szkieł najważniejszym czynnikiem decydującym o wyborze oprawy jest ich cena. Trochę mniej od ceny ale nadal bardzo istotna jest wytrzymałość kupowanej oprawy, materiał z którego jest ona wykonana oraz waga oprawy. Marka oprawek okularowych jest ważna tylko dla 5% ankietowanych, podobnie jak moda, którą sugeruje się tylko 12,2% osób.

Okulary przeciwsłoneczne nosi 63% wszystkich ankietowanych, pozostali stosują tylko okulary korekcyjne. Większość szkieł korekcyjnych posiada filtry UV natomiast nie niwelują one oślepienia światłem podczas słonecznych dni czy podczas jazdy samochodem, stąd tak ważna jest odpowiednia ochrona oka przed słońcem. Najczęściej oprawy okularów przeciwsłonecznych wykonane są z tworzywa. Soczewki w okularach słonecznych u 89% ankietowanych posiadają filtry UV, co stanowi powód do zastanowienia się czy pozostałe 11% ankietowanych posiada okulary z niewiadomego źródła lub jest nieświadoma zabezpieczeń w posiadanych okularach. Coraz większą popularnością cieszą się filtry polaryzacyjne, w okularach słonecznych posiada je 36,5% ankietowanych. Warto pamiętać również o tym, że w okularach przeciwsłonecznych może stosować barwione soczewki z korekcją wady, to świetne rozwiązanie dla kierowców oraz dla osób uprawiających sporty. Wśród ankietowanych korekcję w okularach słonecznych posiada tylko 7% osób. Ulubionym kolorem barwienia szkieł przeciwsłonecznych wśród ankietowanych jest brąz, niewiele mniej osób wybiera szary kolor barwienia. W przypadku wyboru okularów przeciwsłonecznych poza ceną, istotnym czynnikiem jest również jakość posiadanych szkieł oraz ich kształt.

Według 48% ankietowanych okulary nie mają wpływu na poczucie pewności siebie, ale aż 22,5% okularników czuje się pewniej gdy ma okulary na nosie. Może to wynikać nie tylko z faktu, że widzą dobrze w swoich okularach, ale również świadomości, że okulary dodają nam charakteru, zmieniają wizerunek czy powodują, że jesteśmy inaczej postrzegani przez ludzi. Ponad połowa ankietowanych czuje się dobrze w swoich okularach, a 15% nawet bardzo dobrze, co może świadczyć o dobrze dobranych mocach szkieł oraz świadomie wybranej oprawce i odpowiednio dopasowanych do potrzeb szkieł. Niestety 13% ankietowanych źle się czuje w swoich okularach co może mieć związek z tym, że czasem trudno pogodzić się z faktem, że nasze oczy potrzebują wsparcia szkieł korekcyjnych.

Bibliografia

- Lens AL., Nemeth Sheila C., Ledford Janice K. (2010), *Anatomia i fizjologia narządu wzroku*, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław.
- Lunden B., Pawłowska B. (2004), *Marketing dla małych i średnich przedsiębiorstw*, BL Info Polska, Gdańsk.
- Nowak J., Zając M. (2005), *Wstęp do optyki*, Oficyna Wydawnicza PW, Wrocław.
- OKO Ogólnopolski Kurier Oftalmiczny*, (2014), nr 5, wyd. Interoptyka s.c..
- Optyka - branżowy dwumiesięcznik*, (2012), nr 2, s. 12, wyd. 2M Media s.c.
- Optyka - branżowy dwumiesięcznik*, (2014), nr 6, s. 6, wyd. 2M Media s.c.
- Optyka - branżowy dwumiesięcznik*, (2014), nr 1, s. 8, wyd. M2 Media s.c.,
- Ratajczyk F. (2002), *Instrumenty optyczne*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław.
- Styszyński A. (2009), *Korekcja wad wzroku – procedury badania refrakcji*, Alfa-Medica Press, Białsko Biała.
- Zając M. (2003), *Optyka okularowa*, Dolnośląskie Wydawnictwo Edukacyjne, Wrocław 2003.

Kinga Kulczycka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Marta Żarnowska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Ewa Stychno

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Artur Wdowiak

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Monika Sadowska

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jan Krakowiak

Społeczna Akademia Nauk

Wstępna ocena ryzyka zawodowego na stanowisku instrumentariuszki jako element skutecznego zarządzania personelem szpitalnym

**Preliminary assessment of occupational risk at the workplace
of an operating room nurse as part of effective management
of the hospital staff**

Abstract: The work of operating room nurses is performed in one of the most important places in each hospital, where the life and health of a patient is decided. Material and methods: The study was conducted in 2014, among a group of 120 nurses in operating rooms in selected hospitals in Lublin, using a modified NIOSH questionnaire. Results: Among occupational risk factors among scrub nurses are transport activities associated with transferring and lifting, or bending and twisting at the waist. A significant risk is also related with the position assumed at work, and a high repeatability of movements. The identified risk factors also include insufficient working space, construction of the workplace, as well as an inappropriate temperature. Con-

clusions: The following risk factors occur during the work of an operating room nurse: forced, standing position, leaning or twisting of the body, lack of possibility to frequently change position, constant flexing of muscles of the lower extremities, and activities requiring the use of considerable strength, as well as high and low air temperature, and inappropriate construction of workplaces.

Keywords: occupational risk, occupational risk factors, work load, work of scrub nurse.

Wstęp

Wstępna cena ryzyka zawodowego jest to czynność polegająca na identyfikowaniu czynników stanowiących zagrożenie dla zdrowia osób pracujących na danym stanowisku, a także kontrolowanie warunków w jakich pracują. Podstawowym celem tych działań jest rozpoznanie swoistych właściwości kontrolowanych elementów aby ułatwić pracodawcy podjęcie właściwych działań służących ograniczeniu ryzyka zawodowego. Bielecki i Szreter [2007, ss. 279-230] sądzą iż, postępowanie takie może być pomocne w podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru stanowisk pracy wymagających szczegółowej analizy i różnorodnych metod oceny ryzyka zawodowego .

Nowości technik medycznych, wzrost automatyzacji i mechanizacji pracy określa wymagania dotyczące poznania zmieniających się warunków środowiska na wszystkich stanowiskach pracy, a także oceny obciążeń fizycznych i psychicznych pracowników. Ważnym czynnikiem zarządzania bezpieczeństwem pracy jest ocena ryzyka zawodowego na poszczególnych stanowiskach działalności ludzkiej. W opinii Horst [2011, ss. 92-96] dzięki wypracowanym przez ergonomię metodom badawczym stało się to możliwe.

Bielecki i Szreter [2007, ss. 279-230] określili, iż do zadań wykonywanych przez osoby pracujące na bloku operacyjnym należy głównie: transportowanie pacjenta na wózek, przemieszczanie na stół operacyjny, asystowanie do zabiegu operacyjnego a także wiele innych czynności: przygotowawczych, pielęgnacyjnych, porządkowych. Specyfika pracy sugeruje, istnienie zagrożenia układu mięśniowo-szkieletowego, związanego z obowiązkiem utrzymywania statycznej pozycji ciała w ciągu wielu godzin, podnoszenie i przemieszczanie pacjenta oraz ciągnięcie czy pchanie wózka.

W opinii Kuriaty, Felińczak, Grzebieluch [2011, ss. 269-273] w pracy pielęgniarki występuje szereg czynników powodujących obciążenie psychiczne. Można zaliczyć do nich np.: pracę w godzinach nocnych, zmianowość, problemy organizacyjne i interpersonalne. Wysoka jest również odpowiedzialność zawodowa za zdrowie i życie pacjenta. Długotrwałe napięcie emocjonalne prowadzi do wypalenia zawodowego na

stanowisku pielęgniarki instrumentariuszki w opinii Kowalczuk, Zdańskiej i Krajewskiej-Kułąk [2011, ss.307-314].

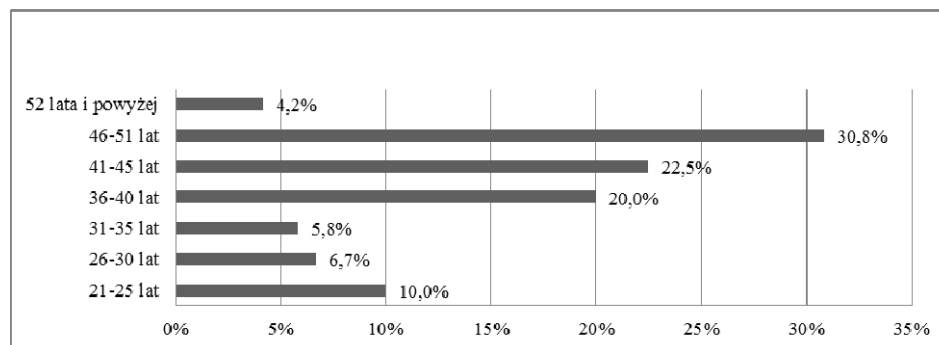
Celem niniejszej pracy jest wstępna ocena ryzyka zawodowego w pracy pielęgniarki operacyjnej.

Material i metoda

Badania przeprowadzono w pierwszej połowie 2014 r. Miejscem badań były bloki operacyjne wybranych lubelskich szpitali. Do badania zakwalifikowano 120 prawidłowo wypełnionych arkuszy ankiet. W badaniach zastosowano zmodyfikowany kwestionariusz ankiety przygotowany, na podstawie metody NIOSH. Listy kontrolne NIOSH składają się z 7 list, każda z nich składa się z pogrupowanych problematycznie zbiorów pytań nakierowanych na wybrane czynniki ryzyka Horst, Lubiński (2003, ss.92-95). Otrzymane wyniki badań poddano analizie statystycznej przy użyciu programu SPSS. W analizie zależności korzystano z testu χ^2 . Jeżeli $p < 0,05$ wówczas zależność jest istotna statystycznie (*). Jeżeli $p < 0,01$, oznacza to, że zależność ma wysoce istotną wartość statystyczną (**).

W badaniach uczestniczyły głównie kobiety (99,2%). W wieku od 21 do 58 lat. Strukturę wiekową respondentów przedstawiono na wyk.1

Rysunek 1. Struktura wieku badanych osób (w odsetkach)



Źródło: opracowanie własne.

Najliczniejszą grupę uczestniczących w badaniach osób stanowią pielęgniarki od 46-51 roku życia (30,8%), a powyżej 36 uczestniczyło w badaniach 77,5 % ogółu respondentów.

Uczestników badania usystematyzowano wg. posiadanego stażu pracy w zawodzie z wyszczególnieniem stażu pracy na stanowisku instrumentariuszki tab.1.

Tabela 1. Struktura respondentów z uwzględnieniem stażu pracy w zawodzie pielęgniarzki oraz stażu pracy na stanowisku pielęgniarzki instrumentariuszki (w odsetkach)

Staż pracy	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
W zawodzie pielęgniarzki	120	2	35	18,25	8,90
Na stanowisku pielęgniarzki instrumentariuszki	119	1	35	16,08	8,57

Źródło: opracowanie własne.

Prawie wszystkie respondentki pracują na stanowisku instrumentariuszki. Staż pracy w zawodzie pielęgniarzki znajduje się w przedziale od 2 do 35 lat – średnio przez nieco ponad 18 lat (18,25). Podobnie na stanowisku pielęgniarzki instrumentariuszki respondentki pracują od 1 do 35 lat - średnio przez nieco ponad 16 lat (16,08). Co wskazuje, że specyfika pracy pielęgniarzki instrumentariuszki jest istotnym czynnikiem przy dokonywaniu wyboru miejsca zatrudnienia. Pielęgniarzki niechętnie zamieniają wybrane przez siebie stanowisko pracy. Analizie poddano również system pracy pielęgniarek operacyjnych Tab. 2.

Tabela 2. Liczba dyżurów w wybranych okresach czasu

Liczba dyżurów 12-godzinnych	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Dziennych - w tygodniu	88	0	8	2,98	1,52
Dziennych - w miesiącu	87	0	16	11,41	5,29
Dziennych - w okresie rozliczeniowym	87	0	50	33,23	15,21
Nocnych w tygodniu	87	0	3	2,00	0,96
Nocnych w miesiącu	87	0	15	7,17	4,05
Nocnych w okresie rozliczeniowym	87	0	40	22,68	11,79

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci są okresowo znacznie obciążeni w czasie wykonywania czynności zawodowych bowiem średnie uzyskane w wynikach badań świadczą o długim czasie

dyspozycyjnym pracowników. Instrumentariuszki mają od 0 do 8 dyżurów 12-godzinnych w tygodniu – średnio niemal 3 dyżury. Z kolei tego typu dyżurów w miesiącu badani mają od 0 do 16 – średnio 11,41 razy. W okresie rozliczeniowym respondenci mają od 0 do 50 dyżurów 12-godzinnych – średnio nieco ponad 33 razy. Zachowane są proporcje pomiędzy dyżurami na zmianie dziennej i nocnej. W okresie tygodnia może mało zauważalne ale w okresie rozliczeniowym dyżurów dziennych jest o 1/3 więcej niż nocnych.

Tabela 3 zawiera informacje dotyczące ilości zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w określonym przedziale czasu.

Tabela 3. Liczba zabiegów operacyjnych

Liczba zabiegów operacyjnych	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
W ciągu dyżuru	108	0	20	6,33	5,23
W tygodniu	108	0	110	30,39	31,40
W miesiącu	108	0	450	110,46	136,54

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci asystują w od 0 do 20 zabiegów operacyjnych podczas dyżuru – przeciętnie do nieco ponad 6 zabiegów. W tygodniu jest to natomiast od 0 do 110 zabiegów – średnio do nieco ponad 30. W ciągu miesiąca badane osoby asystują od 0 do 450 zabiegów operacyjnych – przeciętnie do 110,46 zabiegów. Bardzo duże odchylenia standardowe świadczą o znacznym zróżnicowaniu w badanej grupie.

Wyniki badań

Wstępna ocena ryzyka zawodowego związana jest z identyfikacją czynników, które mogą zagrażać zdrowiu lub życiu pracowników. Jedną z analizowanych czynności jest ręczne przemieszczanie materiałów. Kryteria oceny zawarte w tab. 4. dotyczą: przyjmowanych pozycji, przemieszczania materiałów, czynników sprzyjających bezpieczeństwu wykonywanej pracy, oraz możliwości eliminowania ryzyka podczas wykonywanych czynności.

Tabela 4. Opinia respondentów dotycząca ręcznego przemieszczania materiałów

Ręczne przemieszczanie materiałów	Odpowiedzi twierdzące	
	N	%
Podnoszenie ładunków, narzędzi lub części	112	93,3
Opuszczanie ładunków, narzędzi lub części	100	83,3
Zginanie się w pasie podczas operowania narzędziami, ładunkami lub częściami	104	86,7
Skręcanie się w pasie podczas operowania narzędziami, ładunkami lub częściami	116	96,7
Akceptowanie ciężaru dźwiganych obciążeń	48	40,0
Przemieszczanie na minimalne odległości	42	35,0
Przenoszenie obiektów łatwych do chwycenia	74	61,7
Przenoszenie obiektów stabilnych	88	73,3
Przenoszenie obiektów z możliwością do trzymania bez wyslizgnięcia	62	51,7
Obiekty są zaopatrzone w uchwyty	71	59,2
Noszenie właściwego obuwia	112	93,3
Wystarczająca ilość miejsca do manewrowania	46	38,3
Podczas przemieszczania materiałów można uniknąć obciążenia statystycznego mięśni	17	14,2
Podczas przemieszczania materiałów można uniknąć nagłych ruchów podczas przemieszczania	23	19,2
Podczas przemieszczania materiałów można uniknąć skręcania w pasie	19	15,8
Podczas przemieszczania materiałów można uniknąć dalekiego sięgania	21	17,5
Eliminowanie zagrożeń związanych z dużą powtarzalnością ruchów poprzez rotację	62	51,7
Eliminowanie zagrożenia związanego z dużą powtarzalnością ruchów poprzez osobiste ustalenie tempa	60	50,0
Eliminowanie zagrożenia związanego z dużą powtarzalnością ruchów poprzez odpowiednio ustawione przerwy	37	30,8

Źródło: opracowanie własne.

Do czynników ryzyka zawodowego instrumentariuszki należy podnoszenie ładunków narzędzi lub części (93,3%), opuszczanie ładunków narzędzi lub części (83,3%), zginanie się w pasie podczas operowania narzędziami, ładunkami lub częściami

(86,7%), skręcanie się w pasie podczas operowania narzędziami ładunkami lub częściami (96,7%). Eliminowanie zagrożeń związanych z dużą powtarzalnością ruchów: poprzez rotację występuje u (51,7%), poprzez osobiste ustalenie tempa (50%), a odpowiednio ustawione przerwy (30,8%). Mniej niż połowa respondentów: deklaruje, że pracownicy akceptują ciężar dźwiganych obciążeń (40%) oraz, że występuje wystarczająca ilość miejsca do manewrowania (38,3%). Nieliczne osoby deklarują, że materiały przemieszcza się na minimalne odległości (35%), podczas przemieszczania materiałów można uniknąć obciążenia statycznego mięśni (14,2%) oraz nagłych ruchów (19,2%), a także skręcania w pasie (15,8%) i dalekiego sięgania (17,5%).

Praca pielęgniarki operacyjnej w większości wykonywana jest w wymuszonej pozycji ciała, jest to głównie pochylenie bądź skręcenie tułowia. Nie ma przy tym możliwości na częste zmiany pozycji co prowadzi do ciągłego napinania mięśni w kończynach dolnych. Czynności wykonywane w czasie realizacji obowiązków służbowych przedstawia tab. 5.

Tabela 5. Opinia respondentów dotycząca obciążeń układu mięśniowo-szkieletowego

Inne obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego	Odpowiedzi twierdzące	
	N	%
Czynności manualne zmuszają do wykonywania częstych, powtarzalnych ruchów.	114	95,0
Pozycje przyjmowane podczas pracy zmuszają do częstego pochylenia głowy oraz zginania w stawach ramieniowym, łokciowym, nadgarstku lub palcu.	112	93,3
Warunki pracy nie pozwalają na częstą zmianę pozycji.	85	70,8
Praca wymaga wykonywania siłowych, szybkich lub nagłych ruchów.	93	77,5
Stosowany chwyt końcówkami palców.	82	68,3
Pozycje przyjmowane podczas pracy wymagają ciągłego napinania mięśni w którejkolwiek kończynie.	118	98,3
Przestrzeń pracy pozwala na pełny zakres ruchów.	37	30,8

Źródło: opracowanie własne.

Jako czynniki ryzyka najczęściej występujące na stanowisku, wskazywane są: pozycje przyjmowane podczas pracy (98,3%), wymagające ciągłego napinania mięśni w którejkolwiek kończynie czynności manualne (95%), które zmuszają do wykonywania częstych, powtarzalnych ruchów. Kolejnym (93%) czynnikiem jest, przyjmowana

pozycja podczas pracy zmuszająca do częstego pochylania głowy oraz zginania w stawach ramieniowym, łokciowym, nadgarstku lub palcu.

Ważnym etapem w rozpoznawaniu ryzyka zawodowego jest identyfikacja ergonomicznych czynników ryzyka. Do ich identyfikacji wykorzystano listę kontrolną stanowiska pracy, wyniki tab. 6.

Tabela 6. Opinia respondentów dotycząca ergonomicznych czynników ryzyka

Lista kontrolna stanowiska pracy	Odpowiedzi twierdzące	
	N	%
Przestrzeń pracy pozwala na pełny zakres ruchów.	37	30,8
Konstrukcja stanowiska pracy redukuje lub eliminuje zginanie bądź skręcania nadgarstka.	39	32,5
Konstrukcja stanowiska pracy redukuje lub eliminuje obciążenia statystyczne mięśni.	39	32,5
Konstrukcja stanowiska pracy redukuje lub eliminuje unoszenie łokci.	47	39,2
Pracownicy mają możliwość zmiany pozycji podczas pracy.	52	43,3
Jeśli to niezbędne na stanowisku jest podnózek.	101	84,2

Źródło: opracowanie własne.

Czynnikiem ryzyka jest bez wątpienia: wystarczająca do wykonywania pełnego zakresu ruchów przestrzeń pracy, ponieważ optymalna jest w opinii tylko (30,8%) respondentów, konstrukcja stanowiska pracy która redukuje lub eliminuje zginanie bądź skręcania nadgarstka zdaniem (32,5%) oraz, konstrukcja stanowiska pracy która redukuje lub eliminuje obciążenia statystyczne mięśni w ocenie (32,5%). Respondenci wskazują też na nieprawidłowości w zakresie konstrukcji stanowiska pracy, które redukuje lub eliminuje unoszenie łokci (39,5%), jak i możliwości zmiany pozycji podczas pracy (43,3%).

Do czynników, które mogą stanowić zagrożenie na stanowisku pracy instrumentariuszki zaliczyć można wykonywanie powtarzalnych czynności. Zależności istotne statystycznie wskazują na występowanie związku pomiędzy wymiarem godzin pracy, a wykonywaniem zadań wymagających pięciu lub więcej pełnych powtórzeń zrealizowanych w ciągu minuty. Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Wymiar godzin pracy, a wykonywanie czynności wymagających pięciu lub więcej kompletnych powtórzeń wykonanych w ciągu minuty

Wykonywanie czynności wymagających pięciu lub więcej kompletnych powtórzeń wykonanych w ciągu minuty	Wymiar godziny pracy						Ogółem	
	8 godzin		12 godzin		mieszany 8/12 godzin			
	N	%	N	%	N	%	N	%
tak	19	37,3	10	21,3	16	72,7	45	37,5
nie	32	62,7	37	78,7	6	27,3	75	62,5
Ogółem	51	100,0	47	100,0	22	100,0	120	100,0
Chi ⁻² =16,928, p=0,000**								

Źródło: opracowanie własne.

Stwierdzono, że występuje wysoce istotna statystycznie zależność pomiędzy wymiarem godzinowym pracy, a wykonywaniem czynności wymagających pięciu lub więcej kompletnych powtórzeń wykonanych w ciągu minuty. Czynności takie wykonują głównie respondenci pracujący w trybie mieszanym (72,7%), a znacznie rzadziej pracujący w trybie 8-godzinny (37,3%) oraz 12-godzinny (21,3%). Co może być związane z koniecznością przystosowywania czasu pracy pielęgniarki do zmieniającego się zapotrzebowania na bloku operacyjnym, oraz częstym asystowaniem do zabiegów w trybie pilnym. Obciążenie pracą jako czynnik ryzyka zawodowego, związane jest również z liczbą zabiegów operacyjnych oraz przemieszczaniem ładunków.

Tabela 8. Liczba zabiegów operacyjnych w miesiącu, a chodzenie lub przemieszczanie ładunków jako podstawowe czynności związane z pracą

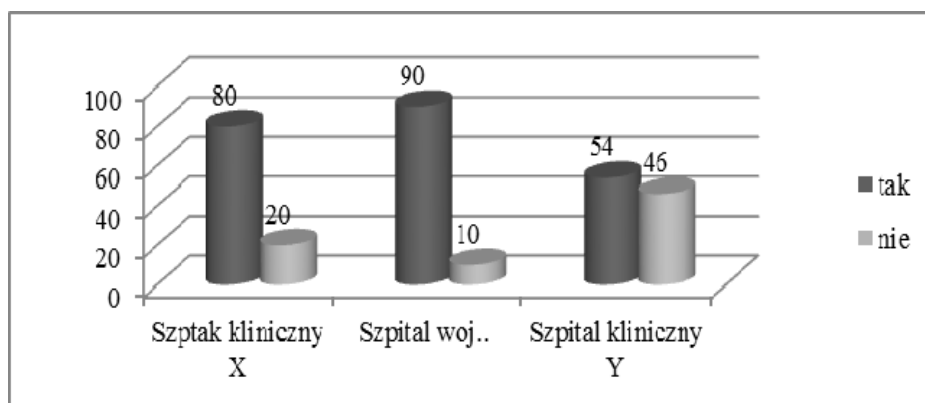
Chodzenie lub przemieszczanie ładunków jako podstawowe czynności związane z pracą.	Liczba zabiegów operacyjnych w miesiącu						Ogółem	
	do 30		od 31 do 60		powyżej 60			
	N	%	N	%	N	%	N	%
tak	9	45,0	33	67,3	46	90,2	88	73,3
nie	11	55,0	16	32,7	5	9,8	32	26,7
Ogółem	20	100,0	49	100,0	51	100,0	120	100,0
Chi ⁻² =16,524, p=0,000**								

Źródło: opracowanie własne.

Występuje wysoce istotna statystycznie zależność pomiędzy liczbą zabiegów operacyjnych w miesiącu, a tym, czy chodzenie lub przemieszczanie ładunków należy do podstawowych czynności związanych z pracą. Im więcej zabiegów operacyjnych wykonywanych w miesiącu, tym więcej badanych deklaruje, że chodzenie lub przemieszczanie ładunków należy do podstawowych czynności związanych z pracą.

W ocenie ryzyka zawodowego istotną rolę odgrywają również czynniki organizacyjne. Zależność między organizacją pracy, a miejscem pracy pielęgniarek operacyjnych przedstawia rys. 2.

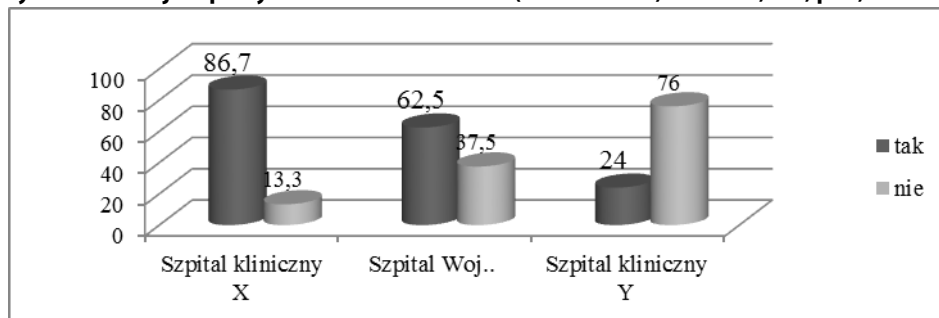
Rysunek2. Miejsce pracy a jej organizacja (w odsetkach) $\chi^2=15,574$, $p=0,000$



Źródło: opracowanie własne.

Presję związaną z organizacją pracy odczuwa 90% badanych zatrudnionych w szpitalu woj. z oraz 80% z szpitalu klinicznym x, a także 54% respondentów szpitala klinicznego y. Do czynników ryzyka zaliczyć można grupę czynników środowiskowych. Poczucie komfortu cieplnego w czasie wykonywanej pracy jest zależne od czynności wykonywanych na stanowisku pracy. Osoby obciążone statycznie w pozycji siedzącej oczekują nieco wyższej temperatury, natomiast osoby wykonujące czynności dynamiczne czują komfort cieplny w nieco niższej temperaturze. Związek między wpływem środowiska pracy a miejscem pracy badanej grupy pielęgniarek przedstawia rys. 3.

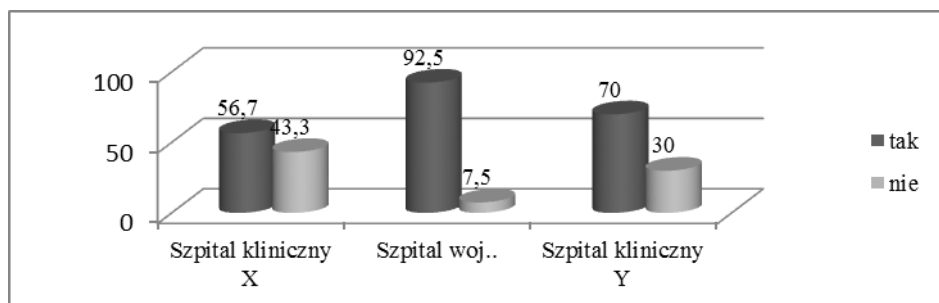
Rysunek 3. Miejsce pracy – a odczuwanie zimna (w odsetkach) $\chi^2=31,933$, $p=0,000^{}$**



Źródło: opracowanie własne.

Występuje zależność pomiędzy miejscem pracy, a odczuwaniem zimna. Zimno odczuwa aż 86,7% respondentów ze Szpitala klinicznego X, 62,5% ze szpitala woj. oraz zaledwie 24% ze Szpitala klinicznego Y. Gorąco odczuwa aż 92,5% respondentów ze Szpitala woj. oraz 70% ze Szpitala klinicznego X, ponad połowa (56,7%) ze Szpitala klinicznego Y.

Rysunek 4. Miejsce pracy – a odczuwania gorąca (w odsetkach) $\chi^2=12,265$, $p=0,002^{}$**



Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Pielęgniarki instrumentariuszki muszą posiadać nie tylko ogromną, fachową wiedzę, ale również umiejętność samodyscypliny, powinny być uczciwe, odporne na stres oraz obciążenie fizyczne twierdzi Ciurus [1998, s. 5].

Utrzymywanie podczas zabiegu operacyjnego niewygodnej, wymuszonej pozycji, przenoszenie ciężkich przedmiotów np. zestawów operacyjnych czy dźwiganie pa-

cjenta na łóżko czy wózek ze stołu operacyjnego wymaga dobrej kondycji fizycznej zdaniem Czarneckiej i Malińskiej [2006, ss. 6-11]. Z przeprowadzonych badań wynika, że mniej niż połowa (40%) osób uczestniczących w badaniach akceptuje ciężar dźwiganymi obciążeniami, oraz występowanie wystarczającej ilości miejsca do manewrowania (38,3%). Respondentki wskazują na występowanie takich czynników ryzyka jak: podnoszenie ładunków narzędzi lub części (93,3%), opuszczanie ładunków narzędzi lub części (83,3%), zginanie się w pasie podczas operowania narzędziami, ładunkami lub częściami (86,7%), skręcanie się w pasie podczas operowania narzędziami ładunkami lub częściami (96,7%). Wszystkie wymienione czynniki powodują znaczny wydatek energetyczny i zwiększają obciążenie wykonywaną pracą. Jak wynika z raportu Ogólnopolskiego Związku pielęgniarek i Położnych (2015, s.15) większość polskich pielęgniarek wykonując obowiązki służbowe przekracza nominalny czas pracy. Z przeprowadzonych badań wynika, że jest to maksymalnie 16 dyżurów (średnio 11,41) być może zaobserwowane statystyki są niższe ponieważ, bardzo duże obciążenie fizyczne uniemożliwia pełnienie większej liczby dyżurów.

Wielogodzinne, trudne zabiegi chirurgiczne narażają pielęgniarkę na duże obciążenie fizyczne, często musi ona pracować na więcej niż jednej sali operacyjnej i znać specyfikę różnych zabiegów i operacji. W opinii Ciuruś [2007, s. 22] stres i dyskomfort podczas wykonywania czynności zawodowych powodują również braki w sprzęcie czy aparaturze medycznej, złe wyposażenie sal operacyjnych oraz niedostateczna obsada personelu pielęgniarskiego. W badaniach wskazano, że pielęgniarki w ciągu miesiąca asystują przeciętnie do 110,46 zabiegów, a organizacja pracy w znacznym stopniu zależy od miejsca zatrudnienia ($\chi^2=15,574$, $p=0,000$).

W opinii 95% respondentek czynności manualne zmuszają je do wykonywania częstych, powtarzalnych ruchów, a 93% ocenia że pozycje przyjmowane podczas pracy zmuszają do częstego pochylania głowy oraz zginania w stawach ramieniowym, łokciowym, nadgarstku lub palcu. Jak wskazują przeprowadzone badania występuje wiele czynników powodujących obciążenie fizyczne a wiek respondentów 77% powyżej 36 roku życia raczej nie jest czynnikiem sprzyjającym wzrostowi kondycji fizycznej.

Jednym z licznych problemów ergonomii jest zagwarantowanie osobie pracującej bezpiecznych oraz nieuciążliwych warunków pracy. Bezpieczeństwo w rozumieniu ergonomicznym oznacza przestrzeganie norm higienicznych identycznych dla ogółu pracowników, którzy podlegają działaniu określonym elementom środowiska pracy, stanowiących gwarancję utrzymania przez osoby pracujące dobrego stanu zdrowia.

Zawód pielęgniarki instrumentariuszki zalicza się do jednego z najtrudniejszych i najbardziej obciążających. Pracy pielęgniarki operacyjnej towarzyszy wysoki stopień obciążenia fizycznego, tak w fazie przygotowań jak i na etapie instrumentowania

podczas operacji. Pielęgniarka w swojej pracy doświadcza także dużego stopnia obciążeń psychicznych, które są spowodowane zarówno funkcjonowaniem instrumentariuszki w środowisku osób chorych i cierpiących, a także różnorodnością zadań jakie stoją przed nią do wykonania oraz dynamiką, która towarzyszy ich zmianom.

Nie ulega wątpliwości, że ryzyko zawodowe w dużym stopniu jest obecne w pracy pielęgniarki operacyjnej. Kosińska i Niebrój [2003, s. 55] twierdzili, że wyjątkowo do- kuczliwe są czynności dotyczące podnoszenia i przemieszczania pacjentów charakte- ryzujących się różnorodną wagą ciała. Także wymuszone ustawienie tułowia przy pracy, zarówno statycznej jak i dynamicznej, jest przyczyną dolegliwości bólowych dotyczących układu mięśniowo-szkieletowego.

Każde środowisko pracy może stanowić źródło zagrożenia dla pracowników. Ze- spół czynników wywodzących się z procesu pracy, jako istotny element ryzyka zawo- dowego został zauważony też przez Kułagowską [2007, ss. 2-3]. Po ukończeniu jednej operacji od razu są przygotowania do następnego zabiegu operacyjnego, aż do za- kończenia wszystkich, zaplanowanych na dany dzień do realizacji, operacji chirurgicz- nych. Zdarzają się jednak i sytuacje tego typu, kiedy występuje nieplanowana, dosyć długa, trwająca nawet około dwóch godzin, przerwa pomiędzy kolejnymi zabiegami chirurgicznymi. Powoduje ona zahamowanie wykonania poszczególnych prac na danym bloku operacyjnym, a pielęgniarki są zmuszone do dłuższego wyczekiwania w gotowości na kontynuację realizacji planu operacyjnego. W efekcie dochodzi do nagromadzenia się zadań na dalszą część dyżuru oraz przedłużenia czasu ich realizacji na godziny popołudniowe czy wieczorne gdy jest już zmniejszona liczba obsad pielę- gniarskich na salach operacyjnych.

Wnioski

1. W pracy pielęgniarki operacyjnej występują czynniki ryzyka tj.: wymuszona, stojąca pozycja ciała, pochYLENIE bądź skręcenie tułowia, brak możliwości częstej zmia- ny pozycji, ciągle napinania mięśni w kończynach dolnych.
2. Wydatek energetyczny na stanowisku pielęgniarki instrumentariuszki jest uwa- runkowany koniecznością wykonywania czynności wymagających użycia znacznej siły.
3. Środowisko pracy wpływa na ryzyko zawodowe poprzez takie jego czynniki jak: wysoka i niska temperatura powietrza.
4. Istnieje wysoki poziom odpowiedzialności na stanowisku pracy a także niewłaści- wa konstrukcja stanowisk.

5. Organizacja procesu pracy stanowi czynnik ryzyka zawodowego w pracy pielęgniarki instrumentariuszki.

Bibliografia

- Bielecki K., Szreter T. (2007), *Blok operacyjny -organizacja i funkcjonowanie*, Wyd. Abakus, Warszawa.
- Ciuruś M.(2007),*Pielęgniarstwo operacyjne*, Wydawnictwo Makmed, Lublin.
- Czarnecka Z., Malińska. (2006), *Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej*, „Pielęgniarka i Położna”, nr 9.
- Horst W.(2004), *Ryzyko zawodowe na stanowisku pracy. Część I. Ergonomiczne czynniki ryzyka*, Wyd. Politechnika Poznańska, Poznań.
- Kosińska M., Niebrój L. (2003), *Ergonomia w opiece zdrowotnej*, Wyd. Eukrasia, Katowice.
- Kowalczyk K. Zdańska A. Krajewska-Kułak E.(2011), *Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego*, "Problemy Pielęgniarstwa", z 19, nr 3.
- Kuлагowska E.(2007), *Warunki pracy na salach operacyjnych*. „Medycyna Pracy”, z.58, nr 1
- Kuriata E. Felińczak A. Grzebieluch J.(2011), *Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu, Część II*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” ,z. 1, nr.3.
- Luce-Wunderle G., Debrand-Passard A. (2013), *Pielęgniarstwo operacyjne*, Wyd. Elsevier & Partner, Wrocław.
- Marcinkowski I.T.(2003), *Higiena profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*, Wyd. PZWL, Warszawa.
- Warunki pracy i zatrudnienia pielęgniarek i położnych – OZZPiP [online]
ozzpip.pl/wp-content/uploads/2015/05/Raport-końcowy, dostęp 2.08 2015
- Wróblewska M. (2004), *Ergonomia, Skrypt dla studentów*, Politechnika Opolska, Opole.

Marta Szkiela

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Marta Stobnicka

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Spółeczna Akademia Nauk

Leokadia Bąk-Romaniszyn

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Health behaviors of cancer patients

Abstract: Breast cancer is a serious public health problem. Healthy lifestyle plays an important role in breast cancer prevention, improving the health of cancer patients, subjective health assessment, extended survival rates. The aim of the present research was to assess health behaviors of cancer patients before and after the cancer diagnosis. The questionnaire study was conducted among 60 women who are breast cancer survivors at the association "Łódzki Klub Amazonka" in Lodz. Before the cancer diagnosis, 20% of respondents did physical exercise lasting at least 30 minutes, 2-3 times a week. Moreover 57% of respondents consumed alcohol, usually on weekends, 20% of respondents smoked cigarettes daily, and 45% of women were passive smokers. Nearly 48% consumed fruits and vegetables once a day. After the diagnosis, 25% of respondents did physical exercise lasting at least 30 minutes, 2-3 times a week. Nearly 48% of respondents consumed alcohol, usually on weekends, 12% smoked cigarettes daily, 38% were passive smokers. And 38% of women consumed fruits and vegetables once a day. Lifestyle and health behaviors of cancer patients did not differ significantly before and one year after the cancer diagnosis. Educational campaigns on healthy lifestyles and health behaviors are needed to reduce the risk of cancer. It is also necessary to increase the role of medical professionals in shaping health behaviors of cancer patients and provide appropriate counseling.

Keywords: Breast cancer, healthy lifestyle, physical activity, healthy diet, alcohol consumption, smoking.

Introduction

Breast cancer is the most frequently diagnosed cancer among women. It is on the second place in terms of cancer deaths among women [Wojciechowska et al. 2012]. In 2008, 1.4 million new cases of breast cancer were diagnosed in the world, there were also 459 000 deaths due to this cancer [Youlten et al. 2012, pp. 237–248]. The incidence of breast cancer continues to rise and is a serious threat to the health and lives of women around the world. We found 16 534 cases of breast cancer and 5 437 deaths due to this cancer in Poland, 2011 [Krajowy Rejestr Nowotworów]. Risk factors for breast cancer (among others) are: genetic factors, lifestyle, obesity, physical inactivity, smoking, drinking, unhealthy eating habits, early menarche, late first pregnancy, and night shift work. Primary prevention (especially conducting a healthy lifestyle) plays an important role in preventing illness from breast cancer. The results of numerous epidemiological studies confirm the fact that there is a relationship between keeping a healthy lifestyle and risk of breast cancer [Moore et. al. 1998, pp. 177–193; Na, Oliynyk 2011, pp. 176–83; World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health]. According to the American Institute for Cancer Research and the World Cancer Research Foundation, elimination or modification of known breast cancer risk factors related to lifestyle, including increased physical activity can prevent up to 50% of breast cancer cases. Research Bernstein et al. have shown that one-hour physical activity intensity above 6.7 MET taken at least once a week for at least one year reduces the risk of developing breast cancer by 20% compared to inactive women. In other studies, Gilliland et al., it has been found that women starting intense physical activity a total of 25 or more MET-hours within a week has been found to reduce the risk of breast cancer in the range 40–66%. Also in the research Mc Tiernan et al. was noticed reduction in the risk of breast cancer with increasing levels of physical activity. Women whose level of physical activity was MET 5,1–10 hours a week reduced the risk of developing breast cancer by 18% compared with women leading passive (sedentary) lifestyle. In contrast, increasing physical activity to a level above 40 MET-hours per week increased the protective effect of 22% [Malicka, Pawłowska 2008, pp. 32–37]. Furthermore, Verloop et al., Frisch et al., and Mittendorf et al. showed that level of physical activity undertaken early in life plays a significance role in the risk of developing breast cancer. Recreational sport between 10 and 15 years old reduces the risk of developing breast cancer by 30–50%. The American Institute for Cancer Research (American Institute for Cancer Research) and the World Foundation for Research on Cancer (World Cancer Research Fund) drew up a comprehensive report

on the impact of diet and nutrition factors associated with the risk of developing cancer. Experts emphasize need for a diet based on products of plant origin, among the key dietary recommendations. Vegetables and fruits should be consumed throughout the year in the amount of at least 400–500 g per day. In addition, the daily diet should be considered approximately 600–800 g cereals and pulses. Consumption of red meat should be limited to 80 g per day, and of products of animal origin should be preferred poultry and fish, and insists on reducing consumption of salt less than 6 grams per day, as well as fat, so that they do not constitute more than 30% of supplied energy [Malicka, Pawłowska 2008, pp. 32-37]. Alcohol consumption and smoking can also affect the increased risk of breast cancer [Suzuki, Ye et al. 2005, pp. 1601–1608; Bjerkaas, Parajuli et al. 2015, pp. 125–129]. The aim of this study was to evaluate selected health behaviors before and one year after a diagnosis of cancer in patients who have completed treatment for breast malignancy.

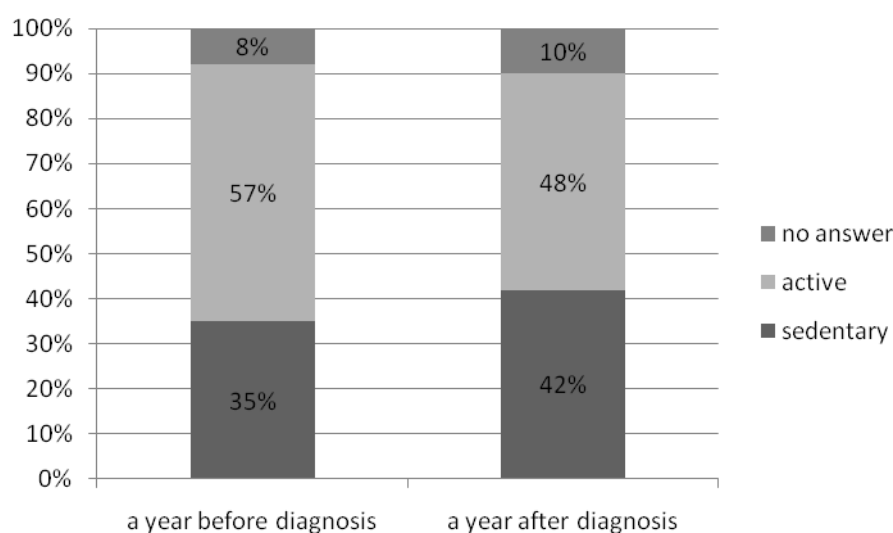
Material and Methods

The study group included 60 women, members of the Association "Lodz Amazon Club" located at the Ignacy Paderewski Street 13 in Lodz. Membership in the "club of Lodz Amazon" and mastectomy were inclusion criteria. Participation in the survey was voluntary, each participant agreed to participate in the study. Questionnaire consisting of 66 closed questions, created for this study, was a research tool. Data on physical activity levels, other healthy behaviors in everyday life, physical therapy after mastectomy and subjective assessment of health status have been collected. The questionnaire included three thematic blocks of questions. The first asked respondents about physical activity and other health behaviors in the past and after mastectomy, which allowed an assessment of the lifestyle changes of the respondents, and evaluation of health behavior ranging from 18 years to the current age of the patients. The second part concerned the participation in the rehabilitation and counseling of medical services, including doctor and physiotherapist to modify lifestyle and behavioral changes that have occurred in cancer patients. The third block of questions referred to the socio-economic data such as age, marital status, education, place of residence, income. For the study was approved by the No. RNN/607/14/KB of 07.15.2014 r. Bioethical Commission at the Medical University of Lodz.

Results

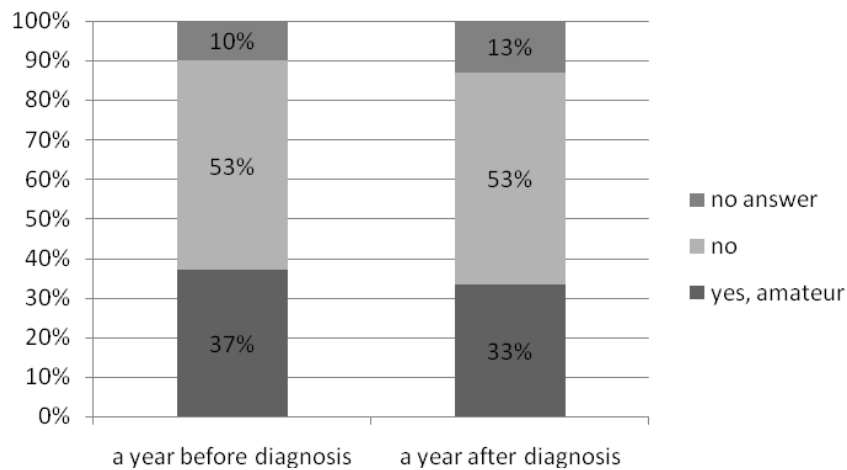
The average age of respondents was 61 years – the youngest respondent was aged 33 and the oldest was 85 years old. Of the 60 women surveyed 34 respondents (57%) led an active lifestyle before detection of cancer. A sedentary lifestyle led 21 women, representing 35% of the surveyed group. On the other hand, after being diagnosed with cancer active lifestyle led 29 women, representing 48% of the group studied. A sedentary lifestyle led 25 respondents, or 42% of the respondents (Figure1).

Figure 1. Physical activity before and after diagnosis



Source: own research.

Women most often practiced amateur sport (37%) before the diagnosis of cancer. Also in the first year after detection of cancer most women cultivated amateur sports survey (33%). Both before and after detection of cancer, none of the surveyed women not practiced the sport professionally, and 53% did not cultivated the sport at all (Figure 2).

Figure 2. Sport before and after diagnosis

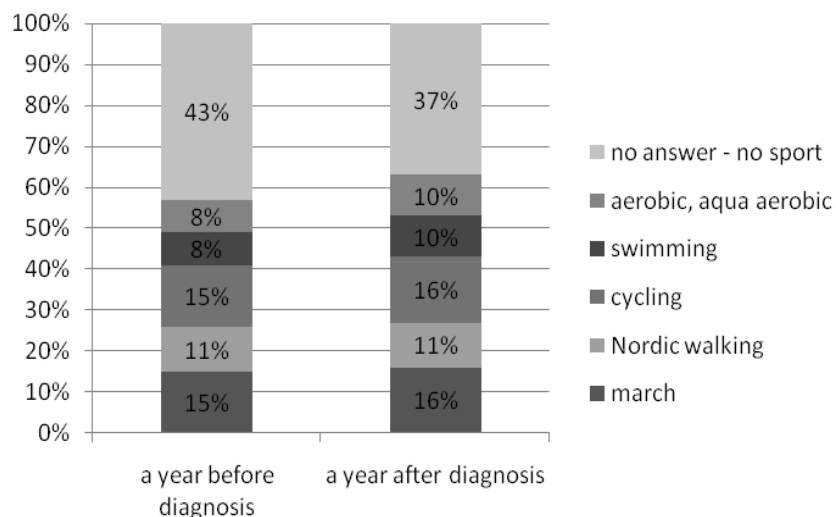
Source: own research.

The most practiced sport discipline, both year before as well as after falling ill with breast cancer, was walking and cycling (for the both disciplines 15% a year against the disease and 16% in the year after falling ill; $p > 0.05$), Nordic walking (11% respondents before and after getting sick; $p > 0.05$), the third place took swimming and group classes (for both disciplines respectively 8% a year against the disease and 10% in the year after falling ill; $p > 0.05$) (Figure 3).

A year before the diagnosis 37% of women reported moderate physical activity, the situation was similar one year after diagnosis, where moderate physical activity was found in 38% of patients; $p > 0.05$. Low physical activity was found in 20% of the respondents before diagnosis of the disease and 22% of women after a diagnosis of cancer; $p > 0.05$. A vigorous physical activity was found only in 3% of the respondents before diagnosis of the disease and 2% of the respondents after a diagnosis of cancer; $p > 0.05$. In both periods (the year before the diagnosis of cancer and in the first year after detection of cancer) none of the respondents not had very intensive physical activity (Figure 4).

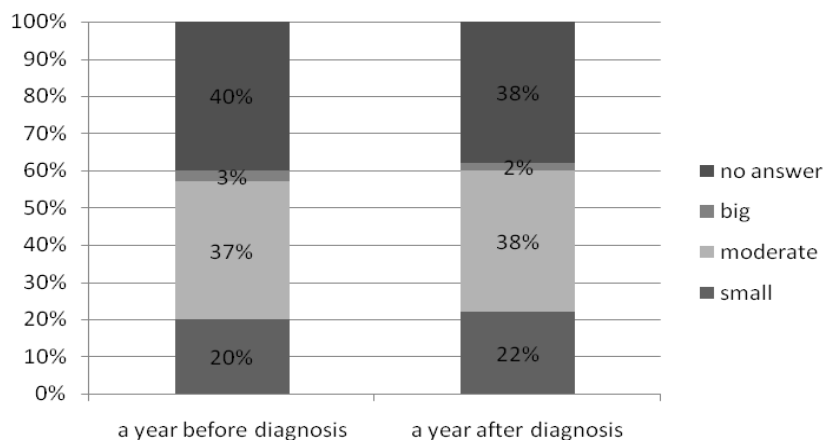
A year before the diagnosis 45% of respondents perform physical exercise (eg. Jogging, cycling, swimming, working on the plot) for at least 30 minutes. A year after the diagnosis of cancer response percentage has not changed a significant and amounted to 48%; $p > 0.05$. A year before the diagnosis of cancer and in the first year after detection of cancer 40% ($p > 0.05$) of respondents did not doing exercise (eg. Jogging, cycling, swimming, gardening) for at least 30 minutes (Figure 5).

Figure 3. Type of sport before and after diagnosis

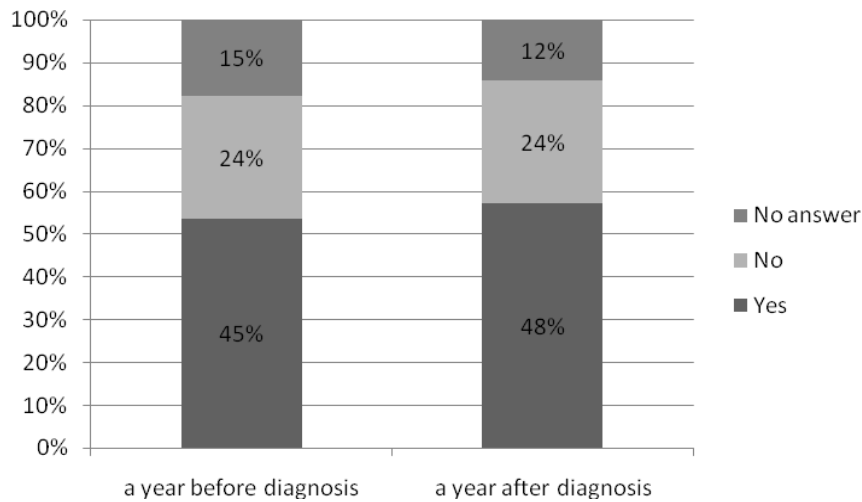


Source: own research.

Figure 4. The intensity of physical activity before and after diagnosis



Source: own research.

Figure 5. Physical exercise for at least 30 minutes before and after diagnosis

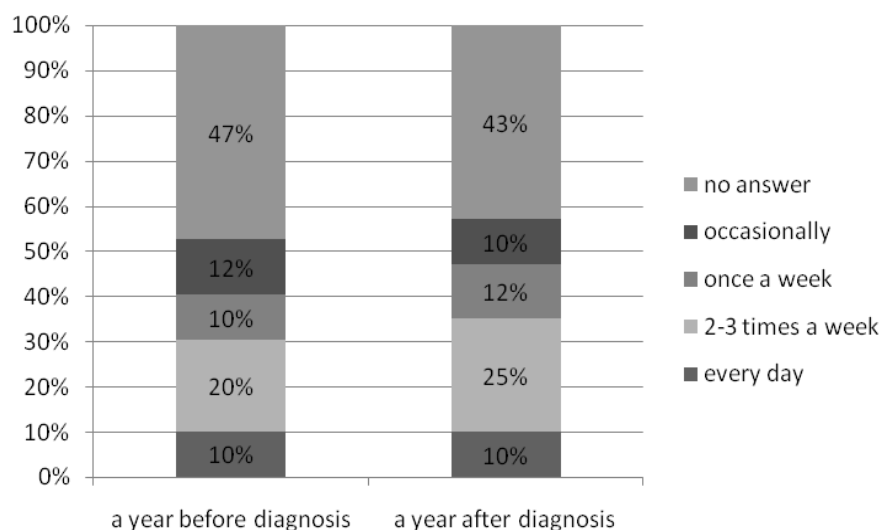
Source: own research.

A year before the diagnosis of cancer 20% of respondents perform physical exercise lasting at least 30 minutes, 2–3 times a week, in the first year after detection of the disease, this percentage was 25%. Both in the first year after detection of cancer as well as in the year before diagnosis of cancer 10% ($p > 0.05$) of women surveyed performed physical exercise lasting at least 30 minutes every day. For the occasional execution of the aforesaid exercise admitted 12% of respondents a year before the detection of the disease and 10% of respondents in the year after detection of the disease (Figure 6).

In the year before the diagnosis 57% of the respondents answered that they consumed alcohol, 35% consumed no alcohol. In the year after a diagnosis 48% of the respondents admitted to drinking alcohol, 42% of women consumed no alcohol (Figure 7).

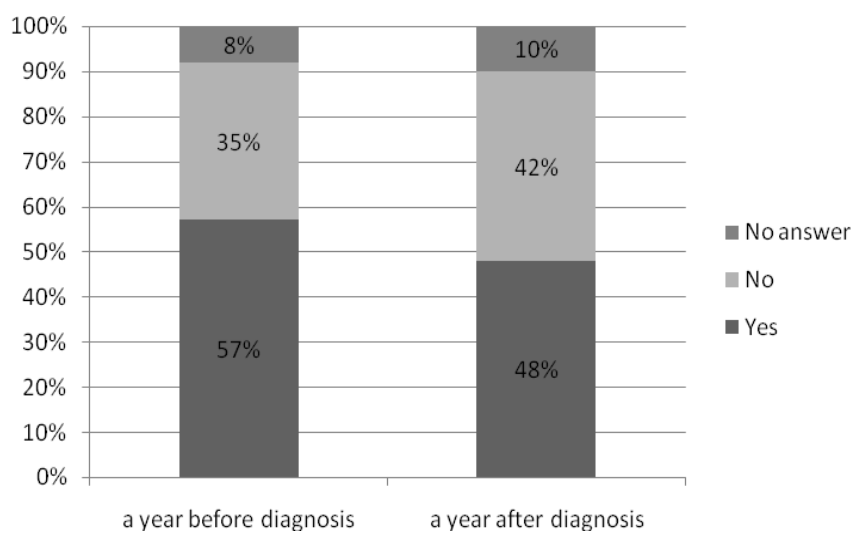
In the year before the diagnosis of breast cancer most 18% of the respondents consumed alcohol only on weekends, 13% of respondents consumed alcohol once a week, and 5% consumed alcohol, 2–3 times a week. A year after diagnosis of the disease 22% of the respondents consumed alcohol only on weekends, 13% drank once a week, and 3% consumed alcohol, 2–3 times a week (Figure 8).

Figure 6. The frequency of physical activity before and after diagnosis

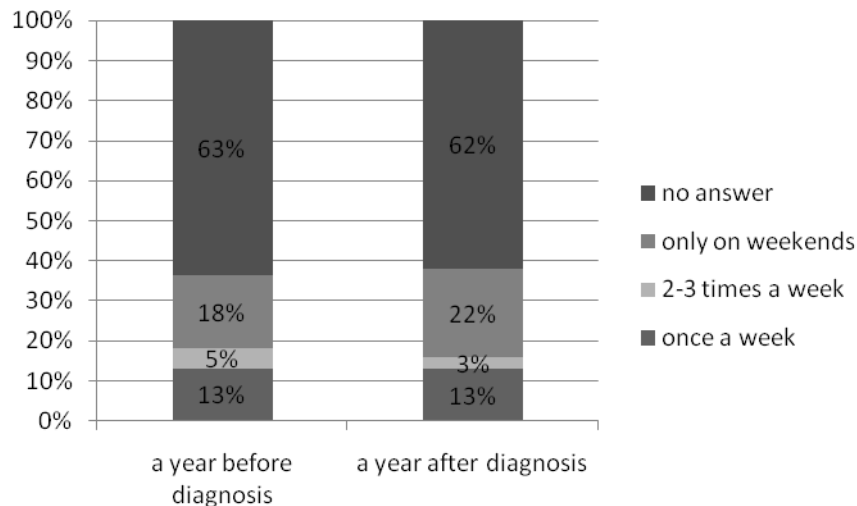


Source: own research.

Figure 7. Alcohol consumption before and after diagnosis



Source: own research.

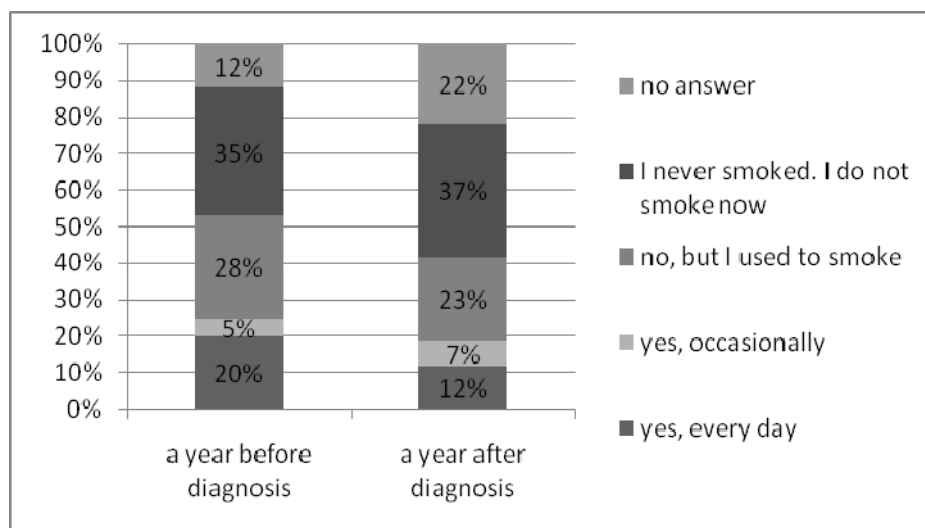
Figure 8. The frequency of alcohol consumption before and after a diagnosis

Source: own research.

20% of respondents a year before the detection of the disease and 12% of respondents a year after detection of the disease admitted to daily smoking cigarettes. 5% of patients one year before the detection of the disease and 7% of surveyed women, one year after detection of the disease admitted to occasional smoking. 28% of respondents a year before detection and 23% one year after detection of cancer are former smoker. Women smokers represent 35% of the patients years before the disease is detected and 37% of the patients upon detection of cancer; $p > 0.05$ (Figure 9).

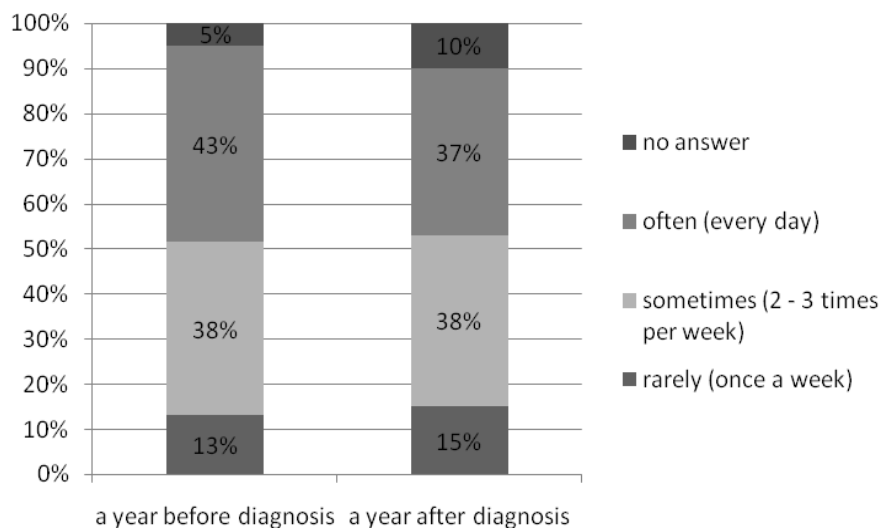
A year before the detection of cancer 43% of the respondents were often (once a week) exposed to secondhand smoke, 38% of respondents said they were exposed to secondhand smoke at times (2-3 times a week), a rare exposure to secondhand smoke was found in 13% respondents. Year after detection of cancer 37% of respondents reported frequent exposure to secondhand smoke, 38% were exposed to secondhand smoke occasionally, and 15% of the respondents found the rare exposure to secondhand smoke (Figure 10).

Figure 9. Smoking before and after diagnosis



Source: own research.

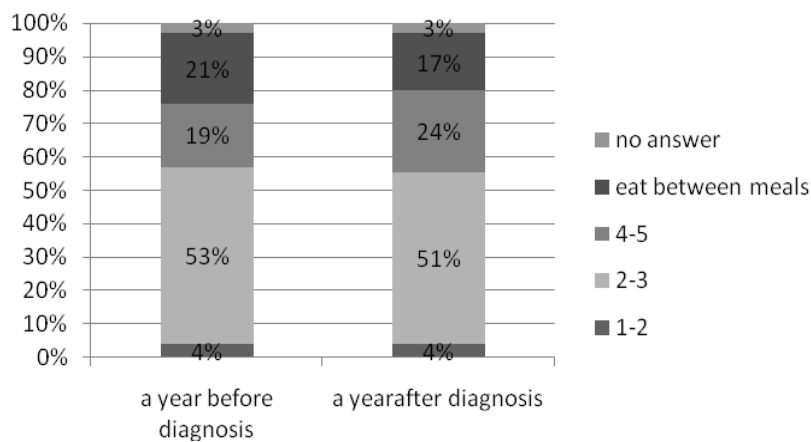
Figure 10. The incidence of smoking before and after diagnosis



Source: own research.

A year before diagnosis of 53% of the respondents consumed 2–3 meals a day, 19% of respondents consumed 4-5 meals a day, 4% of the respondents consumed 1–2 meals a day, and 21% of women eat between meals. One year after diagnosis 51% of the respondents consumed 2–3 meals a day, 24% of respondents consumed 4-5 meals a day, 4% of the respondents consumed 1–2 meals a day, and 17% of women eat between meals (Figure 11).

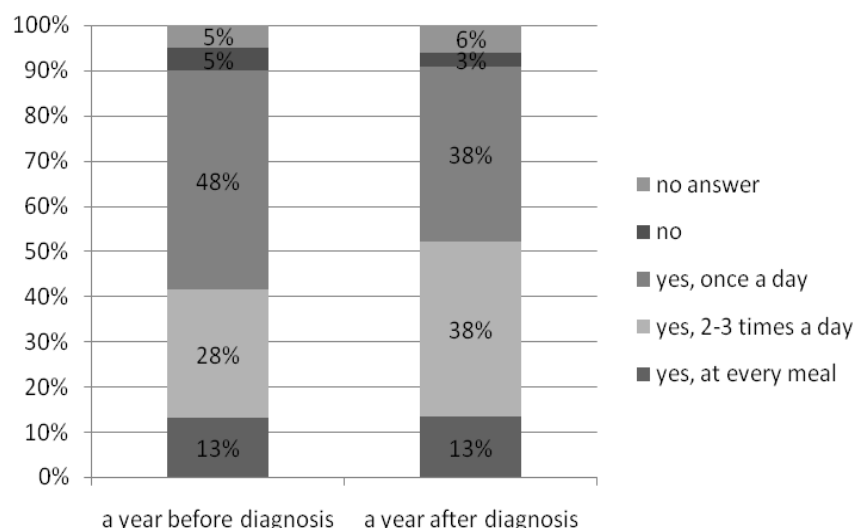
Figure 11. The frequency of meals before and after diagnosis



Source: own research.

A year before diagnosis most surveyed women (48%) consumed fruits and vegetables once a day, 13% of respondents declared consumption of fruits and vegetables at every meal, 28% of women consumed vegetables and fruits 2–3 times a day, and 5% did not eat vegetables and fruit not at all. Year after detection of the disease, also a large group of respondents – 38% of the declared consumption of fruit once a day, 38% respondents declared consumption of fruits and vegetables 2–3 times a day, 13% consumed fruits and vegetables at every meal, and 3% of surveyed women did not eat vegetables and fruit at all (Figure 12).

Figure 12. The frequency of vegetable and fruit consumption before and after diagnosis



Source: own research.

Discussion

Our study found that 57% of respondents led an active lifestyle before detection of cancer, and a year after the rate was slightly lower 48% ($p > 0.05$). In a study by Ridan T. et al. [2015, pp. 181–186], there was no statistically significant difference between the activity before and after falling ill with breast cancer. Our study found that the vast majority of respondents, both before and after detection of the disease, has taken physical activity 2–3 times a week. WOBASZ report shows that Polish general population only 12.5%, the highest of women surveyed (22.6%) are physically active 2–3 times a week [Drygas, Kwaśniewska et al. 2005, pp. 63–66]. Ridan T. et al. [2015, pp. 181–186] have found that most of the surveyed women undertook physical activity both before surgery and after surgery, at a similar level from 1 to 3 times a week. According to a WOBASZ report in Poland, low physical activity during leisure time applies to 56% (62% in the Lodz region) women, 32% of women are properly physically active (29% of women in the Lodz region) in their free time. 37% of women do not perform any physical exercise lasting at least 30 minutes per day during leisure time [Drygas, Kwaśniewska et al. 2005, pp. 63–66]. In the present study, the type of physical activity did not change after detection of disease. The most popular activity,

both before and one year after diagnosis, was walking and cycling, Nordic walking and then third swimming and aerobic/aqua aerobic classes. Similarly, in a study by Ridan T. et al. [2015, pp. 181–86] there was no statistically significant change in type of physical activity after the diagnosis, in the case of walking, cycling, dancing, gym and other activities like housework or working outdoors. Assessing the chosen form of relaxation by the test, there were no differences between the period before and after illness. Other results were obtained in the study by Patterson R.E. et al. In this study, 20% of cancer patients began a new kind of physical activity after diagnosis of cancer, 82.4% of them began to perform aerobic exercise, the others started training Tai Chi, Qi Gong, Yoga [2003, pp. 323–328]. According to the WOBASZ report in Poland, 25% of women (in the Lodz region 20% of women) admit to smoking [Kaleta, Polańska et al. 2008, pp. 143–148]. In our study, 12% of respondents a year after a diagnosis of breast cancer admitted to active smoking and 10% smoked in the past. Similar results were obtained in a study conducted by Demetriou C.A. et al. [2012, p. 113], after the diagnosis 10.8% of the respondents were current smokers, and 6.5% of respondents were former smokers. However, in a study conducted by Bandera E.V. et al. [2013, p. 475], these numbers were much higher, 23.3% of respondents admitted to active smoking after a diagnosis of cancer, former smokers were 16.1% of respondents. In our study, almost half of the respondents (48%) did not drink alcohol after detection of the disease, other results were obtained in a study by McKenzie F. et al. [2014, p. 12], where only 10.6% of women didn't drink alcohol, whereas in the study by Garcia, E., et al. didn't drink 29.3% of women with diagnosed breast cancer [2015, p. 14]. In a study by Kachaniuk H. et al. [2013, pp. 453–458], it was found that 68% of respondents consumed alcohol occasionally. In a study by Kruk J. it was found that women with breast cancer generally drink alcohol once a week [2009, pp. 443–448]. In our study, most women (38%) consumed fruits and vegetables once a day after a diagnosis of breast cancer, whereas in the study by Kruk J. [2006, pp. 224–230], most women (49.4%) more often reached for fruit and vegetables. In a study by Mobarakeh Z.S. et al. [2014, pp. 9543–9547] it was found that 13.22% of women with breast cancer, consumed vegetables and 23.52% consumed fruits. Other results were obtained in the study by Patterson R.E. et al. [2003, pp. 323–328], in this study it was found that 45.1% of cancer patients began to eat more vegetables and fruits after a diagnosis of cancer.

Conclusions

Based on the study it can be concluded that lifestyle and health behaviors of patients before and after the diagnosis don't differ significantly. The majority of respondents both before and after diagnosis are physically inactive. The majority of surveyed women both before and after diagnosis consumed alcohol at least once a week. Also significant is the percentage of women smoking before diagnosis of cancer and when it is detected. The intake of fruit and vegetable among surveyed women is low. The majority of respondents, both before and after detection of the disease consumed fruits and vegetables only once a day. Results of the analysis indicate the need for change:

- Introduction of educational campaigns on healthy lifestyles and health behaviors that reduce the risk of cancer;
- Informing patients about the negative effects of smoking and benefits of quitting smoking;
- Introduction of educational campaigns on the role of physical activity in the prevention of breast cancer;
- Informing patients about the benefits of physical activity;
- Introduction of educational campaigns on healthy eating;
- Informing patients about the positive impact of healthy diet;
- Introduction of educational campaigns about the effects of drinking too much alcohol on the risk of breast cancer;
- It is necessary to increase the role of medical professionals in shaping health behaviors of cancer patients and providing appropriate guidance.

Bibliography

- Bandera E.V., Chandran U., Zirpoli G. et al. (2013), *Body fatness and breast cancer risk in women of African ancestry*, BMC Cancer, 13: 475.
- Bjerkaas E., Parajuli R., Engelandb A. et al. (2015), *Social inequalities and smoking-associated breast cancer – Results from a prospective cohort study*, Preventive Medicine 72; 125-129.
- Demetriou C.A., Hadjisavvas A., Loizidou M. A. et al. (2012), *The mediterranean dietary pattern and breast cancer risk in Greek-Cypriot women: a case-control study*, BMC Cancer, 12: 113.
- Drygas W., Kwaśniewska M., Szcześniewska D. et al. (2005), *Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki programu WOBASZ*, Kardiologia Polska, 63: 6 (supl. 4).
- Garcia E., Hurley S., Nelson D.O. et al. (2015), *Hazardous air pollutants and breast cancer risk in California teachers: a cohort study*, Environmental Health, 14: 14.

- Kachaniuk H., Stanisławek A., Bartoszek A. et al. (2013), *Analiza wybranych zachowań zdrowotnych kobiet jako czynników ryzyka raka piersi*, Przegląd Menopauzalny (6): 453-458.
- Kaleta D., Polańska K., Kwaśniewska M. et al. (2008), *Czynniki warunkujące palenie tytoniu wśród osób dorosłych – wyniki badania WOBASZ w województwie łódzkim*, Medycyna Pracy, 59(2): 143-148.
- Krajowy Rejestr Nowotworów. Polskie Towarzystwo Onkologiczne. http://www.pto.med.pl/linki/krajowy_rejestr_nowotworow
- Kruk J. (2006), *Jedzenie owoców i warzyw, a ryzyko raka piersi*, Współczesna Onkologia, vol. 10, 224-230.
- Kruk J. (2009), *Lifetime Occupational Physical Activity and the Risk of Breast Cancer: a Case-control Study*, Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol. 10: 443-448.
- Malicka I., Pawłowska K. (2008), *Aktywność ruchowa w prewencji pierwotnej i wtórnej raka piersi*, Rehabilitacja Medyczna, tom 12 nr 1, Elipsa-Jaim Kraków, 32-37.
- McKenzie F., Ellison-Loschmann L., Jeffreys M. et al., (2014), *Healthy lifestyle and risk of breast cancer for indigenous and non-indigenous women in New Zealand: a case control study*, BMC Cancer, 14: 12.
- Mobarakeh Z.S., Mirzaei K., Hatmi N. (2014), *Dietary Habits Contributing to Breast Cancer Risk Among Iranian Women*, Asian Pac J Cancer Prev, 15 (21), 9543-9547.
- Moore M.A., Park C.B., Tsuda H. (1998), *Physical exercise: a pillar for cancer prevention?*, Eur. J. Cancer Prev., 7(3): 177-93.
- Na H.K., Oliynyk S. (2011), *Effects of physical activity on cancer prevention*, Ann N Y Acad Sci., Jul, 1229, 176-83.
- Patterson R.E., Neuhouser M.L., Hedderston M.M. et al. (2003), *Changes in diet, physical activity, and supplement use among adults diagnosed with cancer*, Journal of The American Dietetic Association, 103: 323-328.
- Ridan T., Zdebska S., Ogrodzka K. et al., (2015), *Ocena poziomu aktywności fizycznej kobiet po zabiegu jednostronnej mastektomii*, Problemy Higieny i Epidemiologii, 96(1), 181-186.
- Suzuki R., Ye W., Rylander-Rudqvist T. (2005), *Alcohol and Postmenopausal Breast Cancer Risk Defined by Estrogen and Progesterone Receptor Status: A Prospective Cohort Study*, J. Natl. Cancer Inst; 97: 1601-8.
- Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. (2012), *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku*, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf.
- Youlden D.R., Cramb SM, Dunn NAM, et al. (2012), *The descriptive epidemiology of female breast cancer: An international comparison of screening, incidence, survival and mortality*, Cancer Epidemiol 36, 3: 237-248.

Anna Szczerbak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Łukasz Sobieszczyk

Spółeczna Akademia Nauk

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zarządzanie ryzykiem występowania chorób przenoszonych drogą płciową poprzez kształtowanie zachowań seksualnych

Risk management of prevalence of sexually transmitted diseases by formation of sexual behavior

Abstract: Sexual behavior accompanied mankind since the dawn of time, sexuality is an important part of human existence. The impact on the overall sexuality has many aspects, like: surrounding environment, education, peers, the media. From individual units depends the way, how uses their sexuality and how to share it with another person, so it's important and at the same time promoting the development of appropriate sexual behavior.

The aim of the study is to determine the preferred sexual behavior of students Medical University of Lodz and University of Social Sciences and a comparison of students' knowledge about STDs (sexually transmitted diseases).

Keywords: sexuality, sexual behavior, sexually transmitted diseases, risk management of the disease.

Wprowadzenie

Seksualność człowieka jest nieodłącznym elementem jego egzystencji. Jest to pojęcie szerokie, na które składa się wiele aspektów. Pojawiło się ono w literaturze psychologicznej na początku XX wieku za sprawą wiedeńskiego lekarza Zygmunta Freuda, natomiast w życiu społecznym termin ten zaistniał dopiero w latach 60. dwudziestego wieku. W literaturze można spotkać kilka definicji tego terminu [Beisert 2012, s. 10–14].

W Deklaracji Praw Seksualnych opublikowanej przez Światową Organizację Zdrowia w 2002 roku seksualność jest postrzegana jako integralna część osobowości każdego człowieka. Wynika z zależności między jednostką a otaczającym ją środowiskiem społecznym. Na kontakty seksualne mają również wpływ normy, wymogi i oczekiwania, jakie stawia społeczeństwo. Przez seksualność człowieka można rozumieć elementy jego funkcjonowania stanowiące o odmienności zachowań wynikających z odmienności płciowej. Podlega ona pewnym mechanizmom, do których możemy zaliczyć przede wszystkim mechanizm biologiczny. Steruje on fizjologicznymi aspektami odmienności wynikającymi ze statusu seksualnego i „konstrukcji płciowej”. Seksualność jest wyrażana poprzez wiele czynników. Jednym z nich są zachowania seksualne człowieka [Siemieńska-Żochowska 2003, s. 25-27].

Uwarunkowania seksualności i zachowań seksualnych. Wyznaczniki i fazy rozwoju psychoseksualnego człowieka

Seksualność człowieka rozwija się wskutek połączenia wielu czynników psychologicznych, biologicznych, społecznych oraz religijnych. Jest przedmiotem zainteresowania różnych dziedzin wiedzy: medycyny seksualnej, seksuologii, nauk społecznych oraz wielu specjalizacji lekarskich. W obecnych badaniach nad seksualnością i zachowaniami seksualnymi największa uwaga jest zwracana na następujące czynniki: biologiczne, społeczne, psychiczne [Sęk 2004, s. 35].

Badania nad powyższymi kwestiami zaowocowały wieloma osiągnięciami. Spośród nich wyróżnić można kilka najważniejszych, m.in.:

- odkrycie mózgowych ośrodków sterujących zachowaniami seksualnymi, a także dróg nerwowych odpowiadających za orgazm kobiety;
- poznanie roli neuroprzekaźników i hormonów na poziomie obwodowym i centralnym [Gapik 1984, s.301].

W świetle modelu Seligmana dotyczącego rozwoju seksualności seksualność człowieka składa się z kilku kategorii, do których możemy zaliczyć:

- orientację seksualną,
- tożsamość płciową,
- rolę płciową,
- preferencje i zainteresowania seksualne,
- funkcjonowanie seksualne.

Orientacja seksualna polega na wyborze obiektów budzących zainteresowanie i reakcje seksualne. Warunkuje ona poniekąd tożsamość płciową, poczucie przynależności do konkretnej płci, świadomości własnych narządów płciowych. Rola płciowa jest z kolei sposobem wyrażenia tożsamości, która również ma bezpośredni wpływ na konkretne preferencje i zachowania seksualne. Wszystkie powyższe aspekty składają się na funkcjonowanie seksualne człowieka [Długołęcka, Lew-Starowicz 2010, s. 50].

Fazy rozwoju psychoseksualnego człowieka opierają się na trzech podstawowych założeniach:

- Człowiek dojrzewa przez cały okres swojego życia. Każdy kolejny etap jest charakteryzowany przez różne tempo zmian poszczególnych aspektów rozwoju i odmienne zachowania.
- Człowiek od początku swego istnienia jest istotą seksualną. Wynika to z faktu, iż każdy z nas przynależy do jednej z płci od momentu zapłodnienia.
- Seksualność jest jedną z wielu sfer funkcjonowania człowieka, niemożliwą do wyizolowania, zależną od pozostałych i z nimi związaną [Długołęcka, Lew-Starowicz 2010, s. 60].

Płeć i kwestie związane z nią towarzyszą człowiekowi od momentu urodzenia aż do śmierci. Seksualność jest obecna bez względu na poszczególne etapy życia, wraz z upływem lat przechodzi jednak poszczególne fazy rozwojowe. Rozwój seksualny człowieka można rozumieć jako zespół zmian obejmujących rozwój cech płciowych i procesy fizjologiczne związane z napięciem seksualnym oraz techniki służące jego rozładowaniu. W powyższym ujęciu A. Maslow określa potrzebę seksualną na poziomie potrzeb podstawowych, podkreślając jednocześnie, że ma ona charakter specyficzny i nietypowy. Rozumienie dojrzałości seksualnej jak również płciowej jako zdolności do wydawania na świat potomstwa bądź zdolności osiągnięcia orgazmu byłoby jednak dużym uproszczeniem, ponieważ nie opiera się ona jedynie na prawach biologicznych, ale jest uwarunkowana takimi czynnikami, jak potrzeby psychiczne oraz system norm i zasad obowiązujących w danym społeczeństwie. Dlatego w naukach humanistycznych zamiast pojęcia seksualność częściej używa się pojęcia szerszego znaczeniowo, jakim jest erotyka. W erotyce zawiera się seksualność z przeżyciami wewnętrznymi, ocenami i podstawami obejmującymi zarówno więź uczuciową, fascynację osobowością partnera, jak i osobiste przeżywanie szczęścia. A. Maslow pod-

kreślał, że w życiu ludzi zdrowych miłość i seks najczęściej występują łącznie, dlatego często używa się terminów „rozwój psychoseksualny lub erotyczny”.

Czynniki genetyczne określają możliwości rozwojowe człowieka i podlegają w różnym stopniu oddziaływaniom środowiska. Od nich zależy płeć genetyczna, jak również hormonalna, anatomiczna, a ponadto psychiczna. Prenatalne czynniki determinujące określoną płeć wymagają sprawnego funkcjonowania odpowiednich chromosomów płciowych i hormonów. U mężczyzn chromosom Y determinuje rozwój jąder, natomiast brak tego chromosomu u kobiet umożliwia rozwój jajników. Jajniki i jądra natomiast produkują różne hormony, które decydują o powstaniu drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych. Obraz gonad nie pozwala na zróżnicowanie płci przez pierwsze 6 tygodni życia płodowego. Z początkiem 7. tygodnia życia płodowego hipotetyczny czynnik rozwoju jąder (TDF) wywołuje różnicowanie się gonad. W przypadku braku tego czynnika gonada przekształca się w jajnik. U kobiet narządy płciowe powstają z tzw. Przewodu Mullera, u mężczyzn zaś z przewodu Wolffa, który ulega przekształceniu pod wpływem testosteronu wydzielanego przez komórki Leydiga znajdujące się w jądrach [Gapik 1984, s. 251].

Nadal niedostatecznie wyjaśniona jest kwestia hormonów płciowych w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego. Wielu naukowców przypuszcza, że u każdego gatunku istnieje precyzyjnie określony moment w życiu płodowym, który ma decydujące znaczenie dla różnicowania się układu nerwowego zgodnie z płcią chromosomalną [De Cecco, Parker 1995]. Ten krytyczny moment różnicowania się mózgu jest determinowany najprawdopodobniej początkiem wydzielania testosteronu przez jądra. Testosteron defeminizuje i maskulinizuje liczne struktury nerwowe w mózgu, ma więc decydujący wpływ nie tylko na rozwój męskich narządów płciowych, na również na „płeć mózgu”. Arndt podkreśla, że mimo iż mechanizmy biologiczne nie są same w sobie czynnikiem decydującym o seksualności, to wpływ męskich hormonów płciowych, włączając w to lateranizację półkul, nie podlega dyskusji. Z kolei McEven stwierdza, że mózg męski i kobiecy już w chwili urodzin różnią się, inaczej odbierając i przetwarzając napływające do niego informacje.

Badania pozwalają przypuszczać, że mimo, iż proces uczenia się odgrywa niewątpliwie istotną rolę w kształtowaniu się preferencji seksualnych człowieka, to nie należy lekceważyć budowy i funkcjonowania tkanki mózgowej. Budowa ciała, w tym narządów płciowych, jest uwarunkowana genetycznie, ale może podlegać wpływom innych czynników. Nieprawidłowy rozwój struktur nerwowych i gruczołów płciowych wpływa negatywnie, a nawet może hamować rozwój psychoseksualny – na przykład objawy przedwczesnego lub opóźnionego dojrzewania niewątpliwie zakłócają prawidłowy rozwój psychoseksualny. Czynniki fizjologiczne są związane z funkcyjowa-

niem kory mózgowej, ośrodków podkorowych, wewnątrzwydzielniczych gruczołów i narządów płciowych. Kora mózgowa decyduje o powstaniu reakcji seksualnych pod wpływem różnorodnych bodźców zewnętrznych, o przebiegu tych reakcji lub ich wygaszeniu. Ośrodki podkorowe (w układzie limbicznym i międzymózgowiu) kierują wrodzonymi reakcjami seksualnymi i scalają bodźce nerwowe z hormonalnymi. W międzymózgowiu znajdują się także ośrodki nerwowe wegetatywne, regulujące natężenie emocji – przekazują one impulsy do nadnerczy, które wydzielają adrenalinę; prowadzi to do wegetatywnych reakcji, takich jak: blednięcie, czerwienienie się, przyspieszenie bicia serca, pocenie się, itp. Podwzgórze ponadto pobudza czynność wewnątrzwydzielniczą przysadki mózgowej [Długolecka, Lew-Starowicz 2010, s. 29].

Wyznaczniki psychospołeczne odgrywają również bardzo ważną rolę w kształtowaniu zachowań seksualnych. Większość przejawów seksualności człowieka kształtuje się bowiem pod wpływem czynników zewnętrznych. Popęd seksualny opiera się nie tylko na pobudzeniach pochodzących z narządów wewnętrznych, ale i na bodźcach zewnętrznych – od mechanicznej stymulacji narządów płciowych po zindywidualizowane fantazje czy wspomnienia związane z osobistymi doświadczeniami oraz uczucia wyższe. Bodźce seksualne z receptorów docierają w pierwszej kolejności do ośrodków podkorowych, gdzie nabierają znaczenia emocjonalnego i razem z nim są przekazywane do kory mózgowej. Człowiek dzięki temu odczuwa różne stany emocjonalne i decyduje się na określone zachowania seksualne. U dzieci (jak również w przypadku dorosłych osób niedojrzałych psychicznie lub/i społecznie), u których mechanizmy korowe nie są dostatecznie rozwinięte, mechanizmy podkorowe dominują – wtedy zachowania popędowe przeważają nad rozumowymi.

W świetle teorii neurofreudystów popęd seksualny składa się z dwóch komponentów: potrzeby rozładowania napięcia seksualnego i potrzeby więzi emocjonalnej. Związek powyższych potrzeb jest związkiem dynamicznym w przebiegu życia człowieka; można obserwować również jego indywidualne odmiany i różnice zależne od płci [Radwan-Pragłowski 2009, s. 39].

Liczne badania z zakresy pedagogiki i psychologii rozwojowej wykazują istnienie potrzeby kontaktu już od momentu urodzenia (a nawet w okresie prenatalnym) oraz dowodzą korzystnego wpływu dotyku na rozwój noworodków. Środowisko rodzinne jest pierwszym środowiskiem, w którym dziecko zaspokaja tę potrzebę i uczy się różnych form budowania więzi. Od wczesnego dzieciństwa człowiek uczy się seksualnych wzorców, które krystalizują się w okresie dojrzewania w ramach roli płciowej i socjalizacji. Rozwój tożsamości płciowej obejmuje kształtowanie się poczucia własnej płci zgodnej z płcią daną biologicznie i stanowi podstawę do przyjmowania określonych wzorców kulturowych z wiązanych z płcią i uczenia się zachowań służących jej

ekspresji. Pełna identyfikacja płciowa to zarówno poczucie akceptacji jak i przynależności do własnej płci, uformowane w wyniku procesu przyswajania poglądów, wartości, manier, statusu i władzy przedstawicieli własnej płci. Jest ona jednym z najważniejszych zadań i dojrzewania psychoseksualnego. Proces ten zaczyna się już w chwili urodzenia i osiąga szczyt w fazie dojrzewania, chociaż niejednokrotnie przedłuża się jeszcze do okresu dorosłości [Obuchowska, Jaczewski 2002, s. 24–30]

Metodologia

Celem badań prezentowanych w pracy było uzyskanie informacji na temat preferencji i zachowań seksualnych w grupie studentów kierunków medycznych i paramedycznych, co pozwoliłoby na określenie głównych kierunków kształtowania zachowań seksualnych osób w określonym przedziale wiekowym mających na celu zmniejszenie ryzyka występowania chorób przenoszonych drogą płciową.

Kolejnym celem jest określenie stanu wiedzy studentów na temat chorób przenoszonych drogą płciową oraz porównanie wiedzy studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Społecznej Akademii Nauk w Łodzi pod tym kątem. Badania zostały przeprowadzone na kierunkach paramedycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (UM) i Społecznej Akademii Nauk (SAN).

Do przeprowadzenia badań wykorzystano sondaż diagnostyczny. Udział w badaniu był dobrowolny, a ankieta anonimowa. Celem ankiety było wyodrębnienie grup studentów pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania, uczelni, formalnie uzyskanego dotychczas wykształcenia, preferowanych zachowań seksualnych oraz wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową.

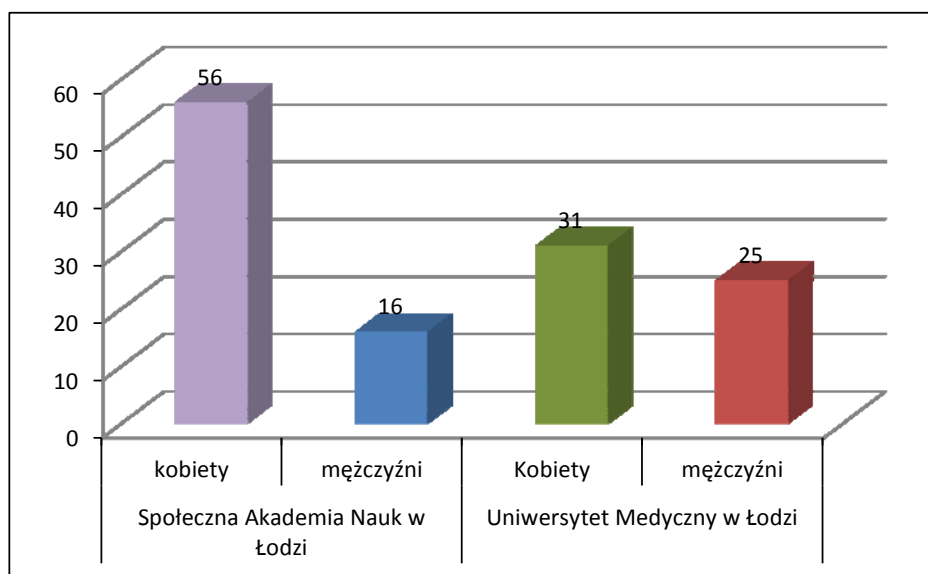
Pięć pytań ankiety dotyczyło metryki respondenta, 17 dotyczyło zachowań seksualnych i 6 wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową.

Analiza wyników badań

W badaniu wzięło udział 128 osób. Strukturę badanych prezentuje rysunek 1. Najliczniejszą grupę stanowią kobiety Społecznej Akademii Nauk, podobnie w przypadku Uniwersytetu Medycznego. Najbardziej ta przewaga jest widoczna w przypadku Społecznej Akademii Nauk. Spośród studentów SAN najliczniejszą grupę stanowią studenci w przedziale wiekowym 23–25 lat i powyżej 25 lat. Szczegółową strukturę wiekową ankietowanych w Społecznej Akademii Nauk w Łodzi obrazuje rysunek 2.

W przypadku Uniwersytetu Medycznego najliczniejszą grupę spośród kobiet stanowią osoby w przedziale wiekowym 23–25 lat i 19–22 lata. W przypadku mężczyzn to studenci w przedziale wiekowym 23–25 i powyżej 25 lat. Szczegółową strukturę wiekową ankietowanych na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi przedstawia rysunek 3.

Rysunek 1. Struktura ankietowanych pod względem płci i uczelni

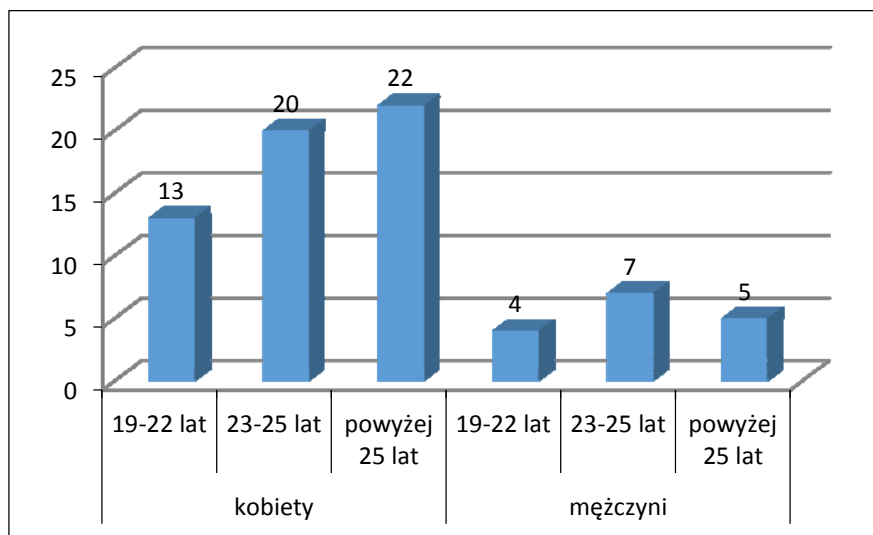


Źródło: opracowanie własne.

Najbardziej liczną grupę studentów w przypadku Społecznej Akademii Nauk stanowiły osoby mieszkające w miastach liczących 10–100 tys. mieszkańców i powyżej. W przypadku Uniwersytetu Medycznego podział ten jest dość równomierny. Zauważalna jest jedynie niska liczba studentów mieszkających w miastach liczących 10–100 tys. mieszkańców.

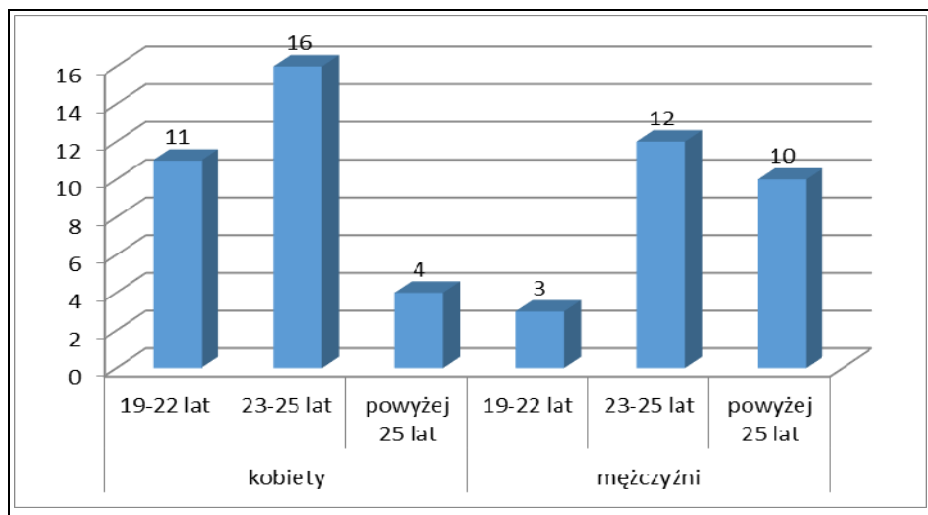
Biorąc pod uwagę strukturę liczby ankietowanych według wykształcenia, w przypadku SAN największą grupę stanowią osoby z uzyskanym dotychczas wykształceniem średnim (w przypadku zarówno kobiet jak i mężczyzn). Z kolei w przypadku Uniwersytetu Medycznego to osoby z wykształceniem wyższym licencjackim (zarówno kobiety jak i mężczyźni – rysunek 5).

Rysunek 2. Struktura wiekowa ankietowanych - SAN



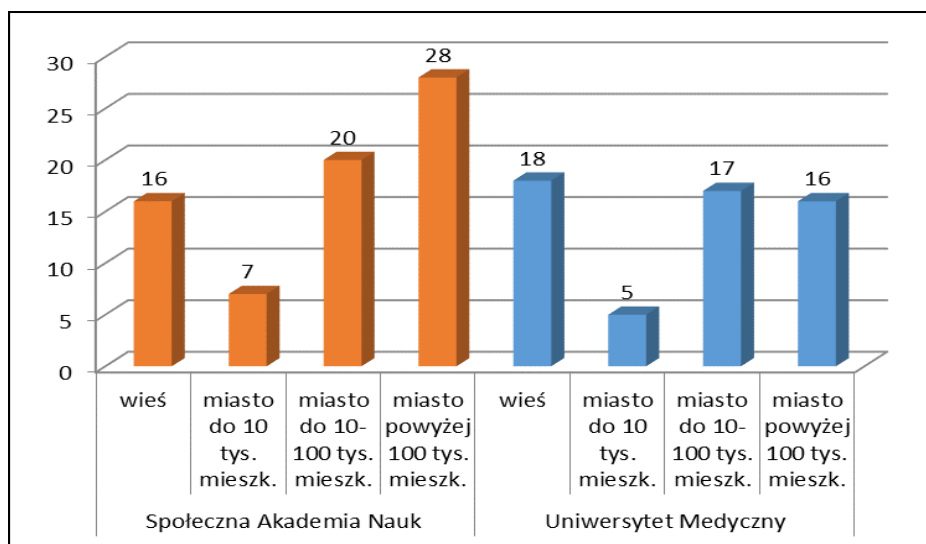
Źródło: opracowanie własne

Rysunek 3. Struktura wiekowa ankietowanych - UM



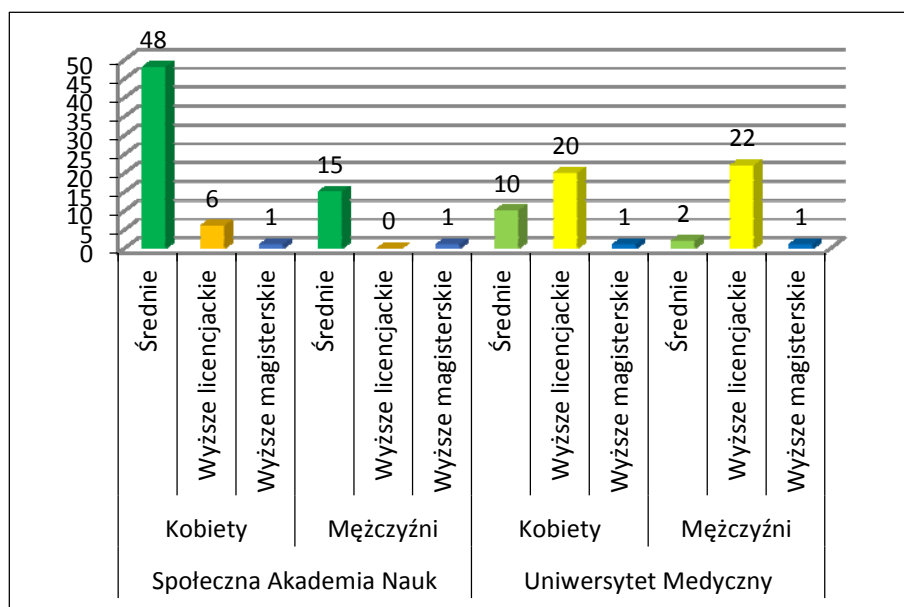
Źródło: opracowanie własne

Rysunek 4. Struktura ankietowanych wg uczelni i miejsca zamieszkania



Źródło: opracowanie własne

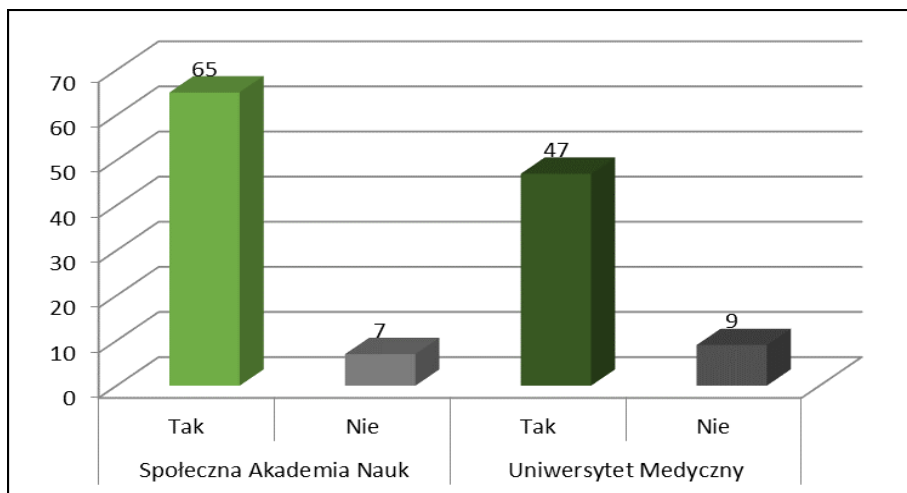
Rysunek 5. Struktura ankietowanych według wykształcenia i przynależności do uczelni



Źródło: opracowanie własne

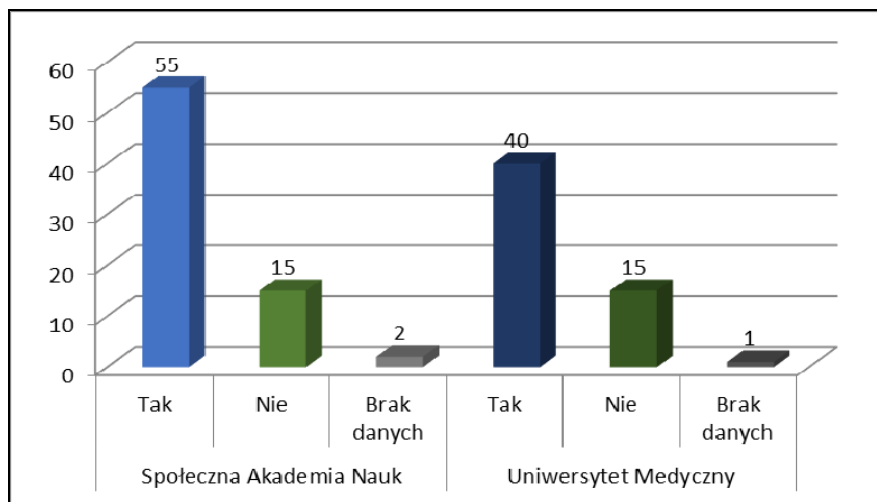
Zarówno w przypadku Społecznej Akademii Nauk jak i Uniwersytetu Medycznego najliczniejszą grupę stanowią osoby aktywne seksualnie oraz będące w związku (rys. 6, 7).

Rysunek 6. Struktura ankietowanych według aktywności seksualnej



Źródło: opracowanie własne.

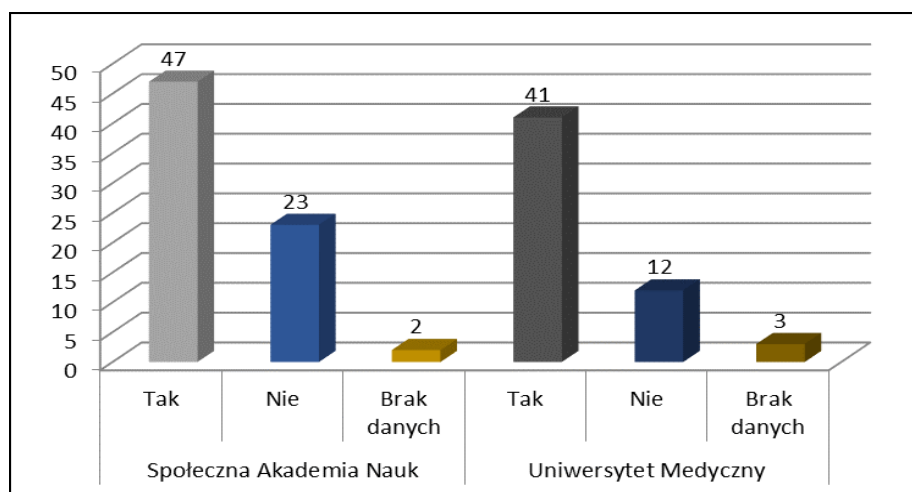
Rysunek 7. Struktura ankietowanych – związek



Źródło: opracowanie własne.

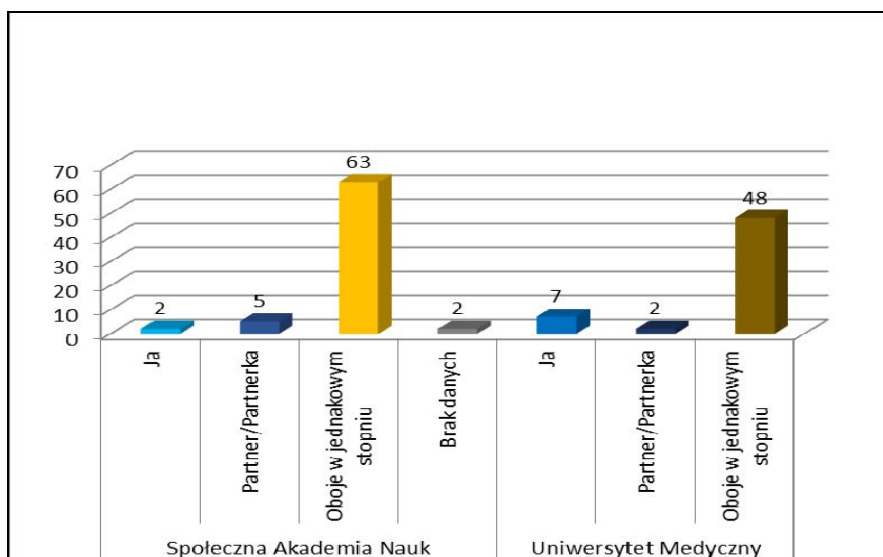
W przypadku obu uczelni zdecydowana większość studentów stosuje antykoncepcję (rys. 8) i uważa, że za stosowanie antykoncepcji powinni być odpowiedzialni partnerzy w jednakowym stopniu (rys. 9).

Rysunek 8. Stosowanie antykoncepcji



Źródło: opracowanie własne

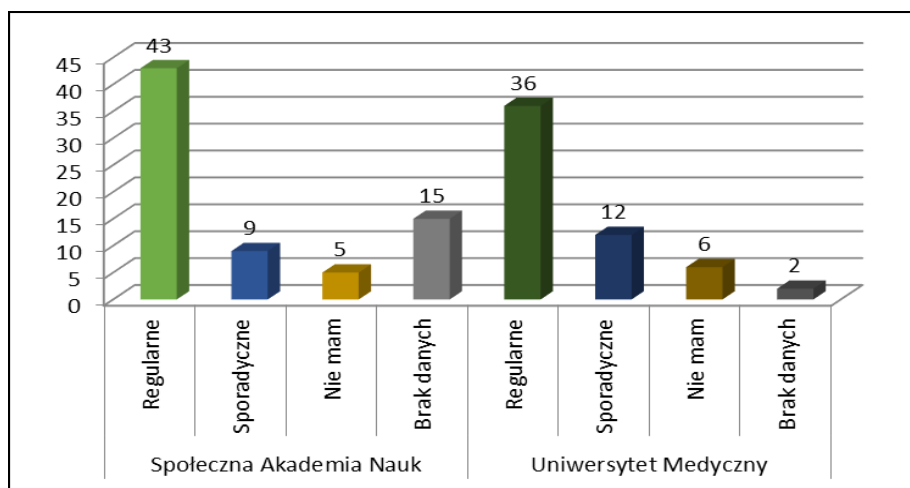
Rysunek 9. Odpowiedzialność partnerów za dobór i stosowanie antykoncepcji



Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość studentów obu uczelni odbywa regularne kontakty seksualne (rys. 10).

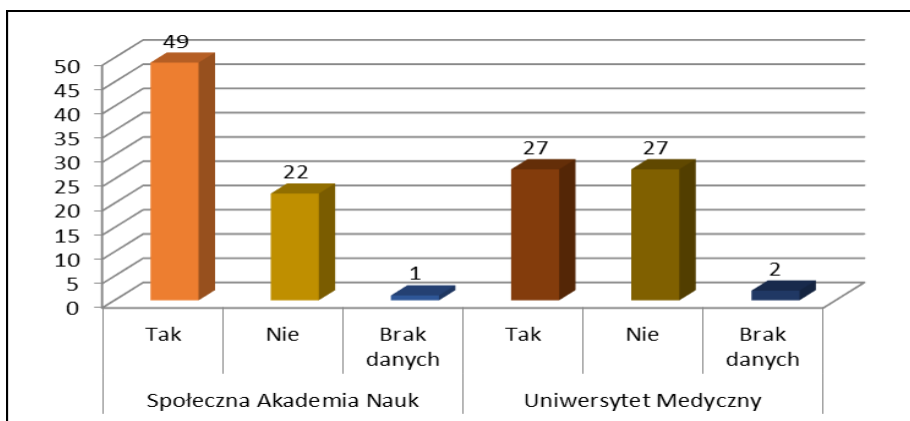
Rysunek 10. Struktura badanych wg częstości kontaktów seksualnych



Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę liczbę osób, które odbyły niezabezpieczony stosunek seksualny, zdecydowanie przeważa grupa studentów Społecznej Akademii Nauk (rys. 11).

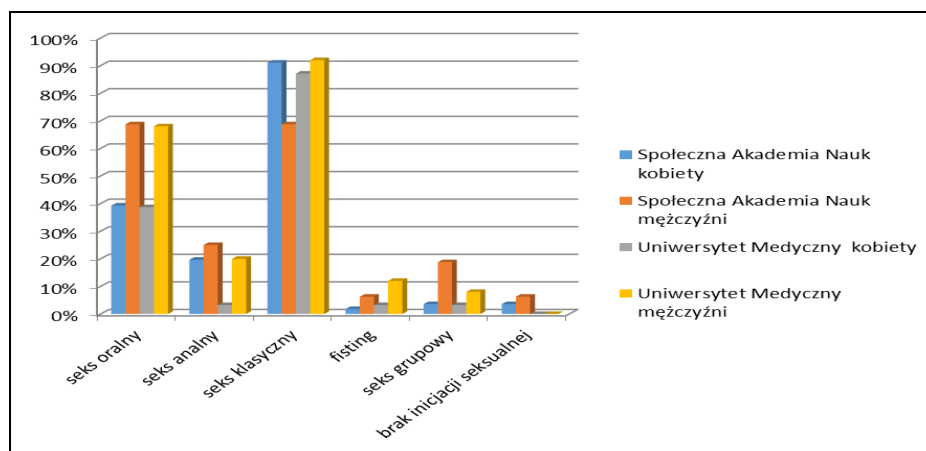
Rysunek 11. Odbycie niezabezpieczonego stosunku seksualnego



Źródło: opracowanie własne.

Nawiązując do preferencji seksualnych, w przypadku obu uczelni i płci, główne preferencje to kolejno seks klasyczny, oralny i analny. W przypadku seksu analnego, jest on bardziej preferowany przez kobiety studiujące na Społecznej Akademii Nauk niż Uniwersytecie Medycznym. Niewielkim uznaniem cieszy się fisting oraz seks grupowy (rys. 12).

Rysunek 12. Preferencje seksualne studentów

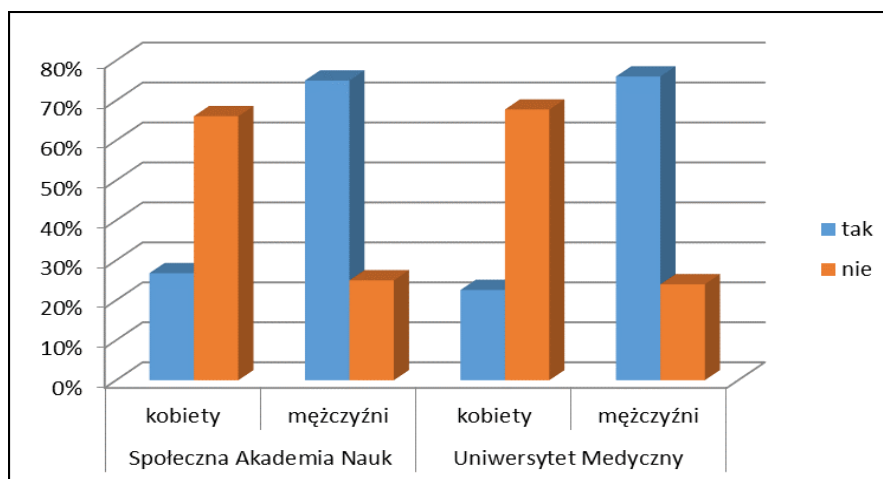


Źródło: opracowanie własne

W przypadku obu uczelni zauważa się decydującą przewagę mężczyzn korzystających z pornografii (rys. 13).

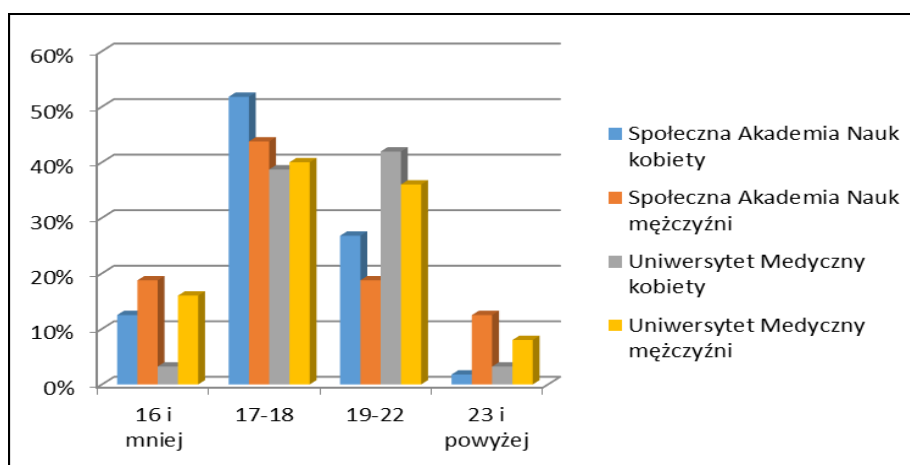
Biorąc pod uwagę wiek inicjacji seksualnej, w przypadku Społecznej Akademii Nauk większość studentów przeżyła pierwszy stosunek w wieku 17–18 lat. W przypadku Uniwersytetu Medycznego podobne wyniki można zaobserwować w przedziale 17–18 lat i 19–22 lat (rys. 14). W przypadku studentów Społecznej Akademii Nauk inicjacja większości studentów była zaplanowana lub też wyniknęła z rozwoju chwili/emocji. Niewielki odsetek studentek SAN-u przeżyło swoją inicjację z powodu presji wieku lub też otoczenia. Z kolei w przypadku studentek oraz studentów Uniwersytetu Medycznego inicjacja seksualna większości respondentów wyniknęła z rozwoju chwili bądź też emocji (rys. 15).

Rysunek 13. Korzystanie z pornografii



Źródło: opracowanie własne.

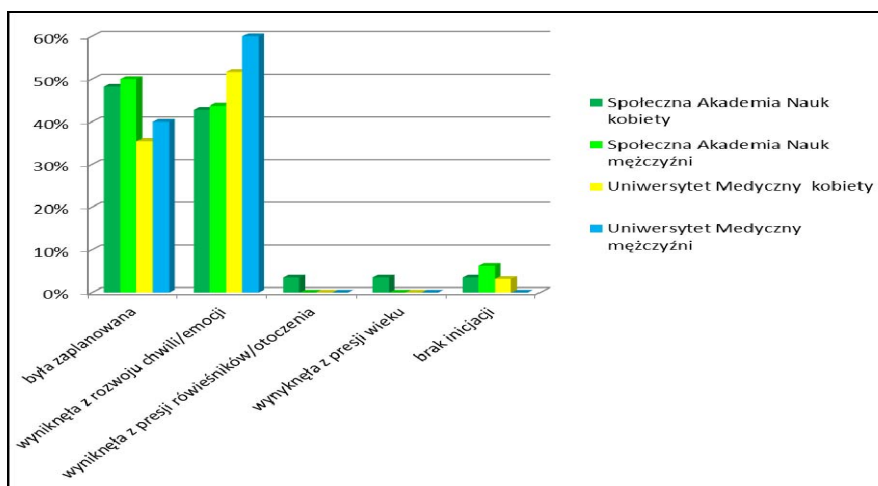
Rysunek 14. Wiek inicjacji seksualnej



Źródło: opracowanie własne.

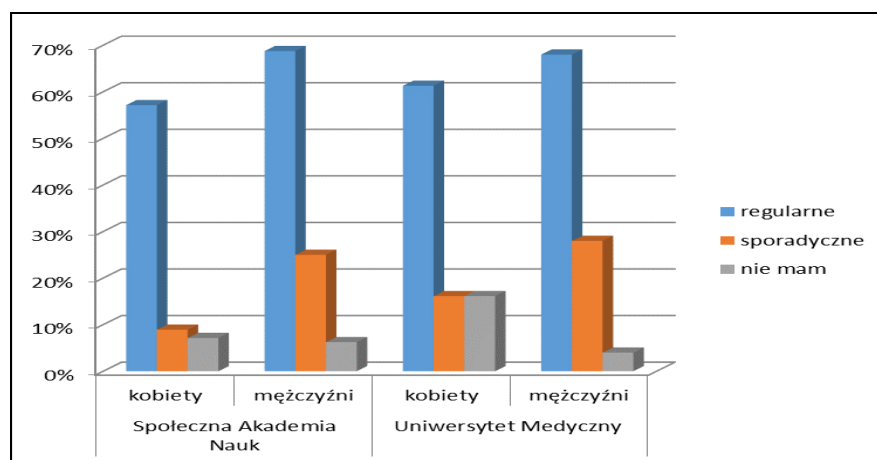
Zdecydowana większość studentów obu uczelni deklaruje regularne kontakty seksualne. W przypadku mężczyzn dość spory odsetek (rzędu 25–30%) przyznaje się do sporadycznych kontaktów płciowych (rys. 16).

Rysunek 15. Motywy inicjacji seksualnej



Źródło: opracowanie własne

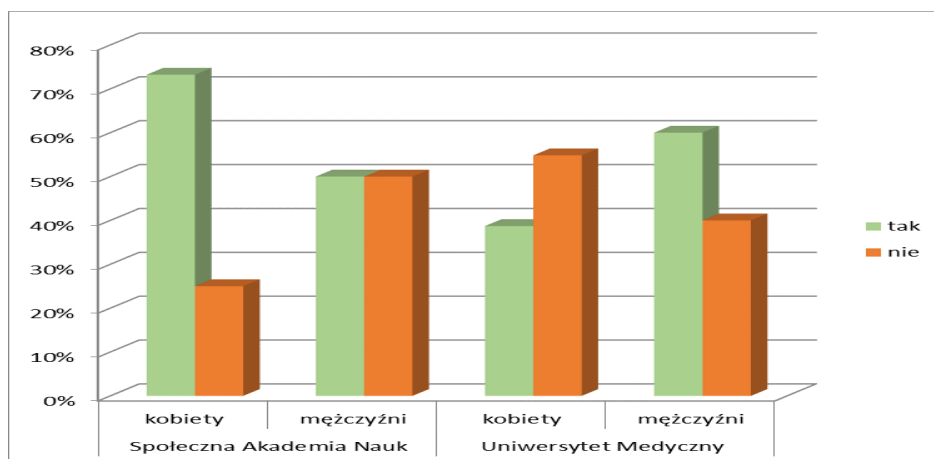
Rysunek 16. Kontakty seksualne



Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość studentek SAN-u biorących udział w badaniu odbyła niezabezpieczony stosunek seksualny, w przeciwieństwie do studentek Uniwersytetu Medycznego. W przypadku mężczyzn można zaobserwować odwrotną zależność (rys. 17).

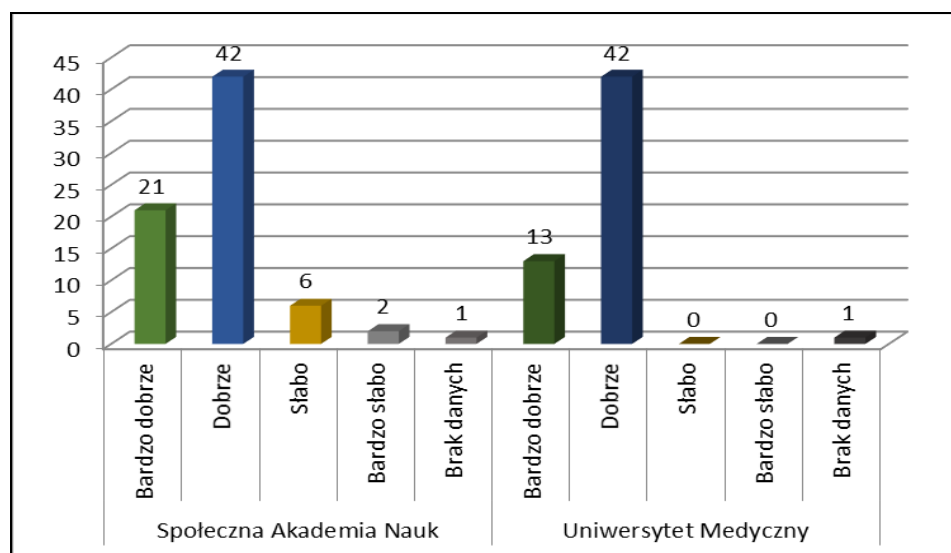
Rysunek 17. Czy zdarzyło się Panu/Pani odbyć niezabezpieczony stosunek seksualny?



Źródło: opracowanie własne.

Większość studentów obu uczelni dobrze i bardzo dobrze ocenia swój poziom wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową (rys. 18).

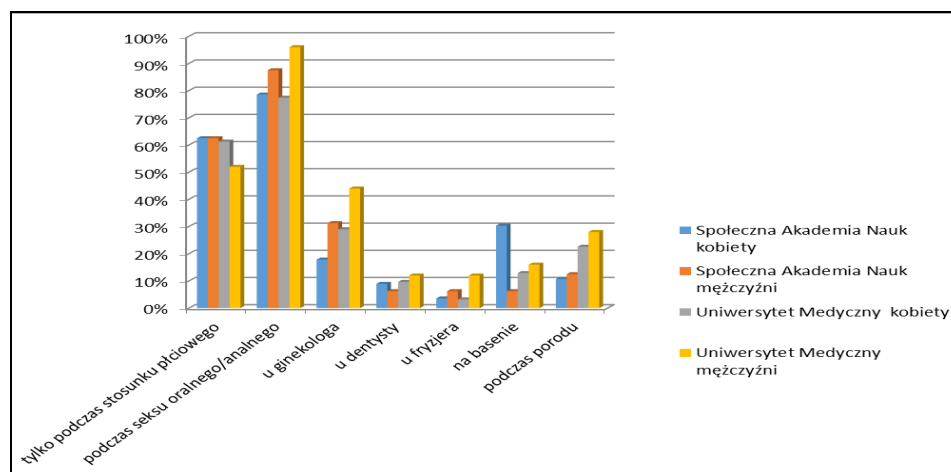
Rysunek 18. Poziom wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową



Źródło: opracowanie własne.

Studenci Uniwersytetu Medycznego mają większą świadomość w kwestii miejsc, w jakich może dojść do zarażenia chorobą weneryczną (rys. 19).

Rysunek 19. Gdzie można zarazić się chorobami wenerycznymi?



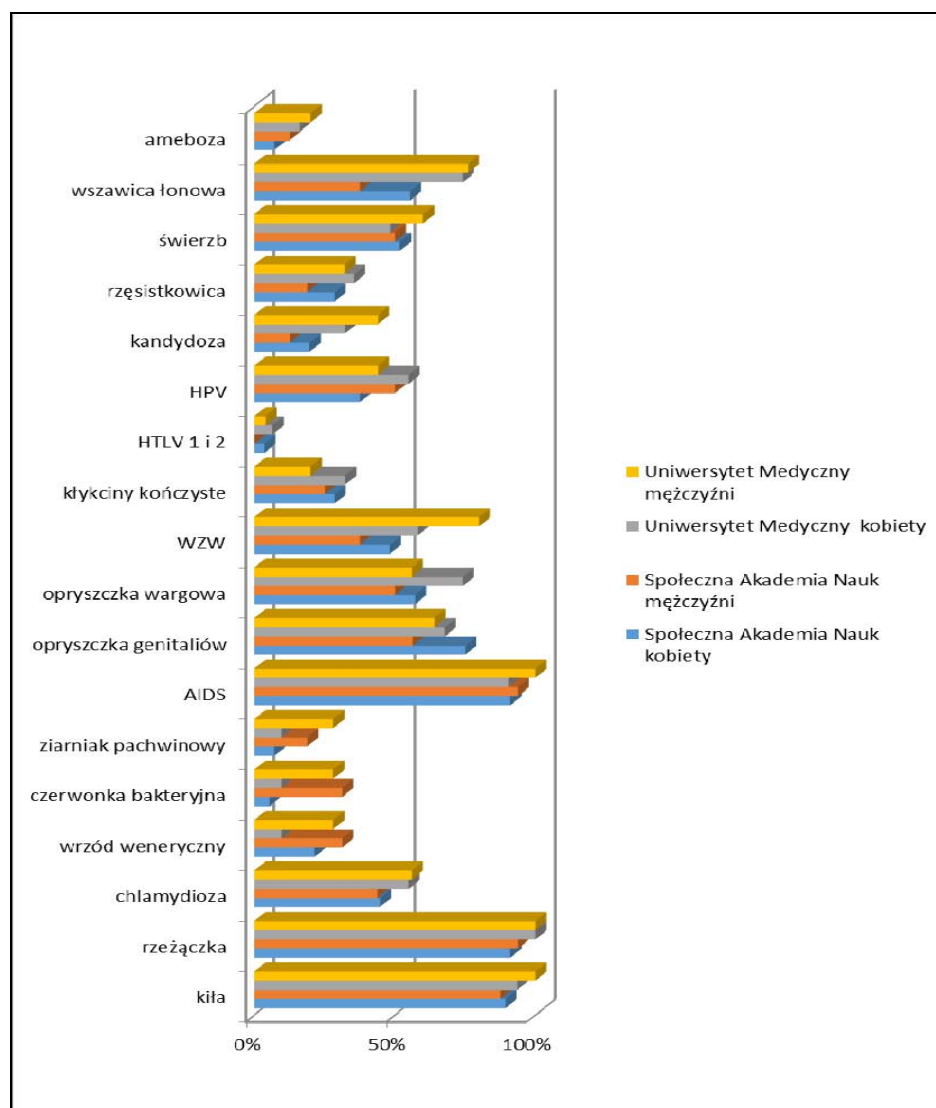
Źródło: opracowanie własne.

Studenci Uniwersytetu Medycznego posiadają wiedzę na temat większej liczby chorób wenerycznych niż studenci SAN-u. Wg wyników badania mężczyźni Uniwersytetu Medycznego potrafią wyróżnić więcej chorób wenerycznych niż kobiety. W przypadku SAN-u obserwuje się zjawisko odwrotne. Najliczniej wyróżnianymi chorobami przenoszonymi drogą płciową są (zarówno w przypadku SAN-u jak i Uniwersytetu Medycznego): AIDS, rzeżączka, kiła, WZW (rys. 20).

Analizując liczbę respondentów pod kątem odbycia stosunku seksualnego z przygodnym partnerem, obserwuje się dość sporą przewagę mężczyzn studiujących w Społecznej Akademii Nauk, mających za sobą przygodny stosunek. W przypadku pozostałych grup zdecydowana większość respondentów takowego stosunku nie odbyła (rys. 21).

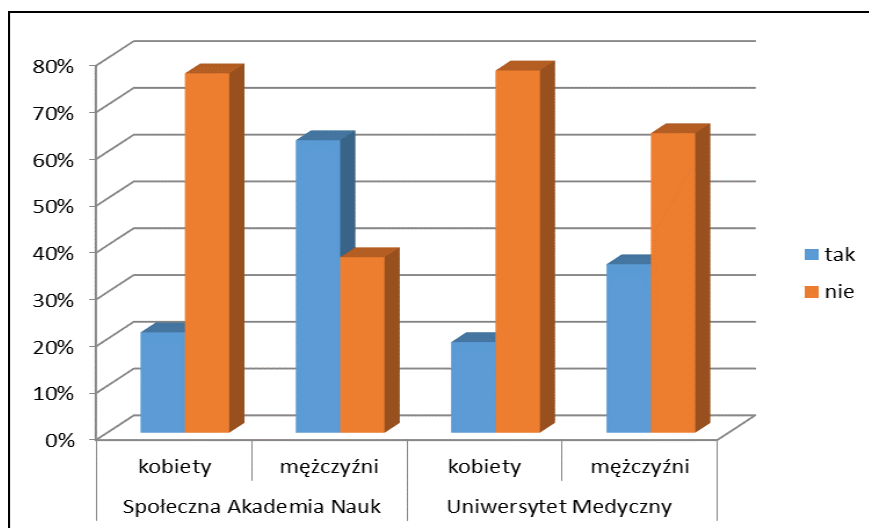
W przypadku respondentów Uniwersytetu Medycznego zdecydowana większość kobiet deklaruje posiadanie jednego lub dwóch partnerów seksualnych w dotychczasowym życiu, większość mężczyzn 3, 4. W przypadku SAN-u większość kobiet przyznaje się do 1 lub 2 partnerów, natomiast większość mężczyzn 5 i powyżej (rys. 22).

Rysunek 20. Znajomość poszczególnych chorób wenerycznych



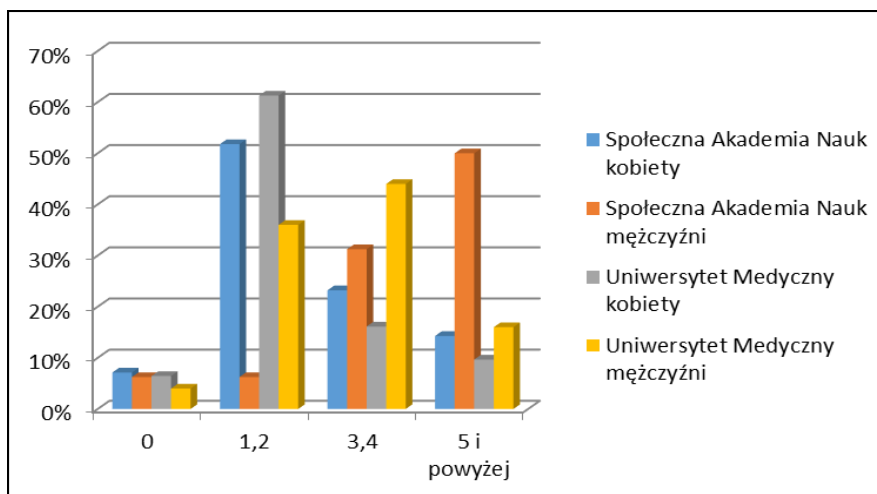
Źródło: opracowanie własne

Rysunek 21. Seks z przygodnym partnerem



Źródło: opracowanie własne

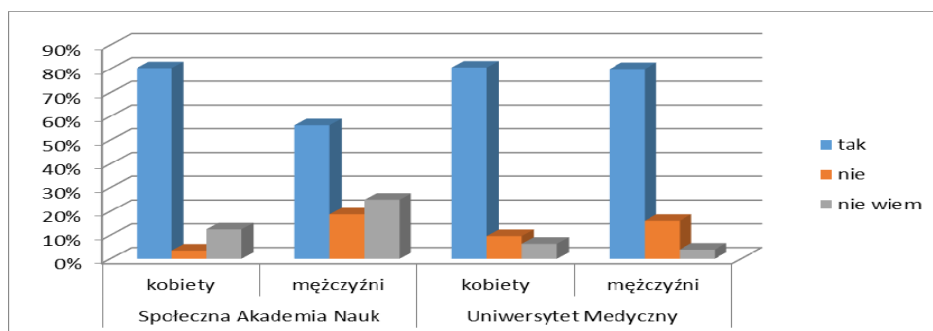
Rysunek 22. Liczba partnerów seksualnych



Źródło: opracowanie własne

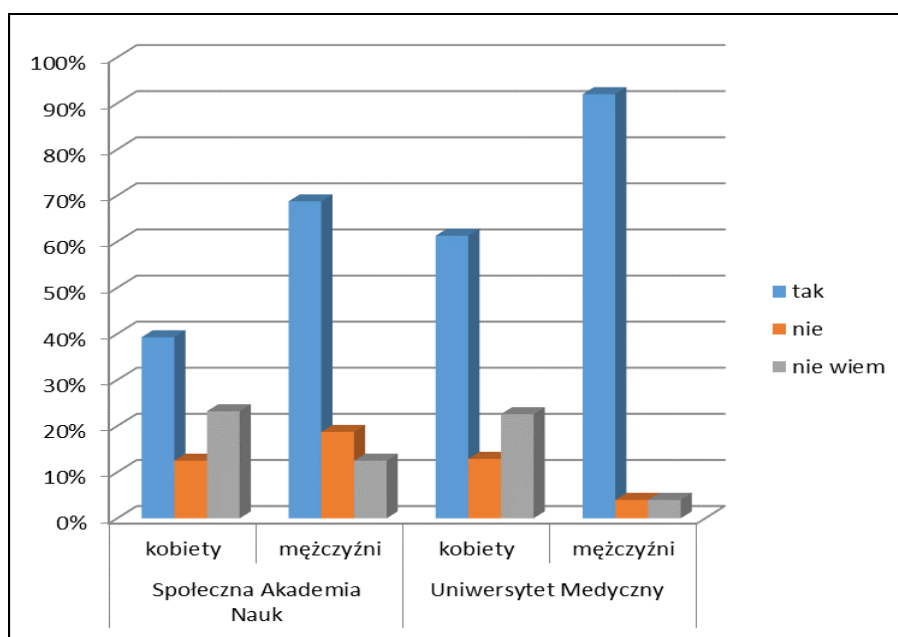
W powszechnej świadomości respondentów obu uczelni kobieta chora na AIDS może urodzić zdrowe dziecko oraz prawo polskie przewiduje sankcje karne za świadome narażenie innych na chorobę przenoszoną drogą płciową (rys. 23, 24).

Rysunek 23. Czy kobieta chora na AIDS może urodzić zdrowe dziecko?



Źródło: opracowanie własne.

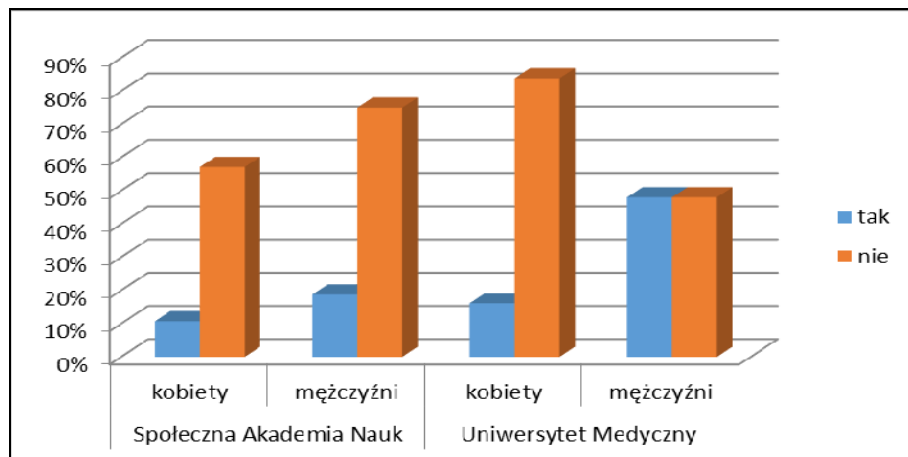
Rysunek 24. Czy prawo polskie przewiduje sankcje karne za świadome narażenie innych na chorobę przenoszoną drogą płciową?



Źródło: opracowanie własne.

Większość respondentów SAN-u oraz studentek Uniwersytetu Medycznego nie wykonywało badania w kierunku wykrycia wirusa HIV. Wg badania występuje wysoki odsetek studentów Uniwersytetu Medycznego, którzy wykonywali takie badanie (rys. 25).

Rysunek 25. Czy kiedykolwiek wykonywał/-a Pan-Pani test w kierunku wirusa HIV?



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Przeprowadzony sondaż diagnostyczny obrazuje, że zdecydowana większość ankietowanych jest aktywna seksualnie (90% respondentów w przypadku Społecznej Akademii Nauk oraz 83% w przypadku Uniwersytetu Medycznego). 76% ankietowanych ze Społecznej Akademii Nauk oraz 71% respondentów z Uniwersytetu Medycznego jest w związku. Środki antykoncepcyjne stosuje 65% ankietowanych studiujących na Społecznej Akademii Nauk oraz 73% ankietowanych studiujących na Uniwersytecie Medycznym, przy czym obie wyżej wymienione grupy jednomyślnie uważają, że za wybór i stosowanie środków antykoncepcyjnych powinno być odpowiedzialnych oboje partnerów w związku. Studenci Społecznej Akademii Nauk podejmują bardziej ryzykowne zachowania seksualne oraz prowadzą bardziej zróżnicowane życie seksualne. 68% studentów SAN-u odbyło niezabezpieczony stosunek seksualny oraz 44% uprawiało seks z przygodnym partnerem. W przypadku studentów Uniwersytetu Medycznego to odpowiednio 48% i 27% respondentów. Studenci Społecznej Akademii Nauk podejmują zatem bardziej ryzykowne zachowania seksualne.

Studenci Uniwersytetu Medycznego lepiej oceniają swoją wiedzę na temat chorób przenoszonych drogą płciową niż studenci Społecznej Akademii Nauk. W pierwszym przypadku 75% respondentów ocenia swoją wiedzę jako dobrą, natomiast 23% jako bardzo dobrą. 2% nie wypowiedziało się w tej kwestii. W przypadku Społecznej Aka-

demii Nauk 58% ankietowanych swoją wiedzę na temat chorób wenerycznych ocenia jako dobrą, 29% jako bardzo dobrą, 8% ocenia swoją wiedzę słabo, 3% bardzo słabo, 2% nie wypowiedziało się. Najczęściej wyróżnianymi chorobami przez respondentów Uniwersytetu Medycznego były: rzeżączka (100%), kiła (96%), AIDS (95%), wszawica łonowa (75%), WZW (68%) i opryszczka genitaliów (66%). W przypadku ankietowanych studiujących na Społecznej Akademii Nauk najczęściej wyróżnianymi chorobami przenoszonymi drogą płciową były: rzeżączka (92%), AIDS (92%), kiła (89%), opryszczka genitaliów (71%), opryszczka wargowa (56%) oraz świerzb (51%).

Zakończenie

Analizując całościowo problematykę pracy, można określić główne błędy popełniane w przypadku zachowań seksualnych grup studentów Społecznej Akademii Nauk oraz Uniwersytetu Medycznego. Problemy te są podobne, aczkolwiek bardziej widoczne w przypadku studentów Społecznej Akademii Nauk. Dotyczą one głównie kontaktów płciowych z przygodnymi partnerami, oraz różnicowania życia seksualnego w ryzykowny sposób.

Prezentowane wyniki pozwalają na pozytywną weryfikację tezy zgodnie z którą Studenci Społecznej Akademii nauk podejmują bardziej ryzykowne zachowania seksualne oraz Studenci SAN-u prowadzą bardziej zróżnicowane życie seksualne niż studenci Uniwersytetu Medycznego.

Nie potwierdziła się natomiast teza, głosząca, iż studenci Uniwersytetu Medycznego posiadają większą wiedzę na temat chorób przenoszonych drogą płciową niż studenci Społecznej Akademii Nauk. Badania wykazały, że obie grupy studentów posiadają w tej kwestii wiedzę na podobnym poziomie.

Analizując wyniki badań, główne kierunki kształtowania zachowań seksualnych dotyczyć powinny zwiększenia świadomości na temat mniej znanych chorób przenoszonych drogą płciową, uświadomienie poziomu ryzyka w przypadku poszczególnych jednostek chorobowych oraz promowanie podstawowych metod profilaktycznych, jakimi są higiena osobista, wierność i zaufanie w związku oraz unikanie przypadkowych kontaktów seksualnych.

Literatura

Beisert M. (2012), *Seksualność w życiu człowieka*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.

De Cecco J., Parker D. (1995), *The biology of Sexuality: Sexual Orientation or Sexual Preference*, [w:] *Journal of Homosexuality*, 1/2.

- Długołęcka A., Lew-Starowicz Z. (2010), *Jak się kochać?*, Wyd. Świat Książki, Warszawa.
- Gapik L. (1984), *Psychospołeczne aspekty zachowania seksualnego*, [w:] *Seksuologia społeczna*, pod red. Kazimierza Imielińskiego, Warszawa.
- Keyes S.M., Rothman E.F., Zhang Z. (2007), *Sexual orientation and sexual behavior: results from the Massachusetts Behavioral Risk Factor Surveillance System*, „*Journal of LGBT Health Research*”.
- Obuchowska, I., Jaczewski, A. (2002), *Rozwój erotyczny*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Radwan-Pragłowski J. (2009), *Kobieta i mężczyzna: człowiek rozdwojony*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Sęk, H. (2004), *Psychologia ryzyka, zdrowie i zachowania zdrowotne w kontekście rozwoju psychoseksualnego* w: M. Beisert (red.). *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Zakład Wydawniczy M. Domke, Poznań.
- Siemieńska-Żochowska R. (2003), *Aktorzy życia publicznego: płeć jako czynnik różnicujący*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Smith Y. L., Van Goozen S.H., Kuiper A. J., Cohen-Kettenis P.T. (2005), *Transsexual subtypes: clinical and theoretical significance*, „*Psychiatry Research*”.
- Szymańska J. (2002), *Programy profilaktyczne. Podstawy współczesnej psychoprofilaktyki*. Wydawnictwo CMPPP, Warszawa.

Barbara Sikora

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Joanna Sułkowska

Spółeczna Akademia Nauk

Wojciech Bielecki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zarządzanie w opiece paliatywnej. Medyczne i pozamedyczne wyznaczniki roli opiekuna w zintegrowanym systemie opieki nad chorym u kresu życia

Management in palliative care. Medical and non-medical determinants of the care giver role in the integrated system of care for patients at the end of life

Summary: Every person is different and has different needs. It is important to know what care and support is available and how to receive it. Care provided to the patient at the end of life should be based on the work of an interdisciplinary and multidisciplinary team formal and informal caregivers. From the patient's caregiver attitude depends the attitude of the patient and the quality of the palliative-hospice care provided to patients and their families in medical and non-medical aspects. Care giver attitudes is the foundation of the desired model for patients at the end of his life and the basis for a safe system of health and social care in the institutional dimension. Integrated system of care at the patient at the end of his life must be based on personality traits, values, skills, knowledge, professional competencies and work experience in caregiving rather than place and organization of palliative-hospice care. In this meaning quality care at the end of life is specialized care and support that recognizes the unique needs of a person who has a terminal condition, their family and carers.

Keywords: core attitude, palliative-hospice care , professionals, medical and non-medical aspects of care, personality and socio-environmental factors.

Wprowadzenie

W kształtowaniu pożądanego modelu opieki, zapewniającego optymalną jakość życia chorego u kresu życia ale i jego rodziny, kluczowym czynnikiem staje się rola opiekuna świadczącego tę opiekę. Co więcej, o jakości życia chorego u kresu decydują nie tylko postawy opiekunów formalnych i nieformalnych sprawujących bezpośrednią opiekę nad chorym, lecz także poziom świadomości i tzw. nastawienie społeczności lokalnej, w której żyje chory. Jeśli zatem przyjąć, iż ów model oparty jest na założeniach: a) opieki holistycznej (całościowej), b) opieki zespołowej (paliatywno-hospicyjnej), c) kontynuacji idei ruchu społecznego jakim jest ruch hospicyjny, d) współczesnych osiągnięciach medycyny paliatywnej, e) współczesnych wartościach społeczności lokalnych (potencjałe prospołeczne i organizacyjne), w których przyszło nam żyć i wreszcie – f) aktualnie funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej (jej zasobach kadrowych, bazowych i finansowych, które stwarzają możliwości integracji działań medycznych i pozamedycznych m.in. na rzecz chorych u kresu życia), szczególnie interesującym elementem strukturalnym, stają się kształtowane w procesie socjalizacji postawy członków zespołu opiekuńczego. Te względnie trwałe struktury (lub dyspozycje do pojawienia się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek do chorego, stanowią *conditio sine qua non* aktywności pomocowo-wspierającej na rzecz chorych i ich rodzin objętych opieką paliatywno-hospicyjną [Rekomendacje Rady Europy 2003, ss. 7–14, Mika 1981, ss. 112–116].

Rdzeń opieki paliatywnej w literaturze przedmiotu

Przesłankami leżącymi u podstaw podjętego dyskursu wokół owego rdzenia opieki paliatywnej były: a) obiektywnie trudna w sensie badawczym problematyka i b) istniejące choć relatywnie nieliczne badania i publikacje z tego zakresu (w Polsce, a także w innych krajach). Ale również – niesporne przecież przeświadczenie, że oto opieka paliatywna jest „dyscypliną”, która wymaga szczególnych kompetencji, umiejętności i postaw w sprawowaniu opieki nad chorym u kresu życia. Rdzeń tych postaw (*core attitude*), może zatem – gdyby udało się dokonać jego pełnej charakterystyki – służyć, jako pewien rodzaj etykiety opisującej profesjonalny obraz członków *teamu* opiekuńczego; świadomość własnych reakcji wobec pacjentów i ich rodzin ma przecież ogromne znaczenie dla wszystkich specjalistów w opiece paliatywnej. Odpowiedź więc na pytanie, co tak naprawdę oznaczają dla owego rdzenia postawy pracowników opieki paliatywnej i czy istnieje jakiś „konkret” tego rdzenia w opiece paliatywnej, to

nic innego, jak przejście w stronę konceptualizacji badań tego problemu [Babbie 2004, ss. 140–168].

W literaturze przedmiotu odnaleźć można wyniki badań międzynarodowych (Niemcy, Anglia), przeprowadzonych wśród profesjonalistów – 350 pracowników struktur opieki paliatywnej funkcjonujących w tych krajach (placówkach stacjonarnych i opieki domowej). Badania te, miały na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy istnieje charakterystyczny tylko dla tej, pełniącej szczególną rolę grupy profesjonalnych opiekunów, członków zespołu opieki paliatywnej (którego trzon – podobnie jak w Polsce – stanowi lekarz i pielęgniarka), zbiór specyficznych elementów albo też „model osobowości” (zbiór umiejętności i kompetencji). Okazuje się, że na ów rdzeń opieki paliatywnej, który powinien stanowić strukturalnie najważniejszą składową „wyposażenia” profesjonalnych opiekunów opieki paliatywnej składają się trzy elementy: 1) określone cechy osobowości opiekuna, 2) jego system wartości i 3) charakterystyczne dla opieki paliatywnej posiadane umiejętności. W badaniach tych, do charakterystycznych cech osobowościowych preferowanych u opiekunów opieki paliatywno-hospicyjnej zaliczono: wiarę i sferę duchowości opiekuna, orientację na pomaganie innym, świadomość swoich mocnych i słabych stron oraz ograniczeń, potrzebę wsparcia innych w pracy z chorym, wysokie ambicje własne, satysfakcję z pracy na rzecz chorych u kresu życia oraz *last but not least* - uzyskiwanie właściwej gratyfikacji z wykonywanej pracy. Preferowane zaś wartości to: szacunek, wolność, otwartość, tolerancja, pozytywne nastawienie do świata, miłość, troska, autentyczność, pewność siebie [IPAC 2009,]. Ekspertsi podkreślali zwłaszcza uniwersalność owego rdzenia w pielęgnacji chorych oraz znaczenie i wagę nauczania podstaw edukacji z zakresu opieki paliatywnej [Simon 2009, s.11].

Z kolei w badaniach B. Kowalewskiej [2007, ss. 484–488], na plan pierwszy wysuwa się: cierpliwość, wyrozumiałość, życzliwość, opiekuńczość, opanowanie, odporność psychiczna, empatię, dużą wiedzę zawodową. Natomiast w publikacjach relacjonujących rezultaty działań podjętych przez Fundację Hospicyjną w ramach kampanii „Hospicjum to też życie” wskazuje się, iż na nabywanie przekonań, w rezultacie warunkujących zmianę postawy z negatywnej/obojętnej na pozytywną, będących podstawowym ogniwem w kształtowaniu indywidualnych postaw potencjalnego wolontariusza/opiekuna, ma wpływ edukacja społeczna (podnoszenie świadomości społecznej na temat opieki paliatywno-hospicyjnej). W kampanii tej, edukacja miała na celu zmianę postaw w zakresie takich aspektów opieki paliatywno-hospicyjnej jak: problematyka opieki u kresu życia, proces umierania, śmierć i towarzyszenie członkom rodziny w żałobie. Kampania społeczna dowiodła, że rzetelna informacja na temat wymienionych aspektów opieki paliatywno-hospicyjnej może zneutralizować lęk,

obawy, strach, który towarzyszy opisywanym zagadnieniom i zmianę postaw wobec chorych u kresu życia [Krakowiak 2012a, ss. 150–157].

Czynniki wpływające na kształtowanie postaw

Postawy to zmienna wielowymiarowa zawierająca: a) element emocjonalno-oceniający (afektywny), b) poznawczy (wiedza i przekonania) i c) behawioralny (dyspozycje do niewymuszonego zachowania się wobec obiektu), determinowana przez: płeć, wiek, staż pracy/opieki, doświadczenie osobiste, wykształcenie, kwalifikacje zawodowe oraz korelaty osobowościowe, system wartości i korelaty środowiskowe [Binnebesel 2010, ss. 9–12]. Dlatego ważne są okoliczności uaktywnienia określonej pożądanej postawy wobec wybranego obiektu, oraz czynniki (moderatory zgodności), które warunkują zgodność postaw z zachowaniem wobec obiektu (postawa deklarowana nie zawsze zgodna jest z rzeczywistym zachowaniem) [Oppenheim 1978, ss. 105–111].

Fakt ten, tłumaczy poniekąd wpływ środowiska hospicyjnego na pożądane zachowania wolontariuszy wobec osób chorych i umierających: hospicjum jest środowiskiem kształtującym pożądane postawy i cechy osobowości. Czynniki środowiskowe, to także warunki sprawowanej opieki nad chorym u kresu życia (struktura, formy, zakres, organizacja pracy/opieki), które niewątpliwie mają wpływ na kształtowanie pożądanych postaw wobec chorego w opiece paliatywno-hospicyjnej. Natomiast tzw. moderatory zgodności (czynniki zgodności postawy z zachowaniem) to: a) czynniki sytuacyjne – umożliwiają postępowanie zgodne z preferencjami, nakłaniają do myślenia o sobie; b) właściwości postawy – wewnętrznie jednorodna, subiektywnie ważna, ukształtowana poprzez bezpośrednie doświadczanie, zaktywizowana, nasycona (jedna informacja kojarzy się od razu z innymi); c) czynniki osobowościowe – związane z innymi postawami [Nowak 1973, ss. 17–69, 213–234].

Na kształtowanie postaw, ma także wpływ poziom intelektualny, od którego zależy siła, trwałość i adekwatność postawy. W literaturze przedmiotu wskazywane są następujące wskaźniki postaw (definityjne i niedefinityjne czyli rzeczowe): a) zachowania i ich kontekst społeczny; b) wypowiedzi na temat obiektu postaw; c) opinie, preferencje związane z obiektem postaw; d) wartości rzeczowe (*użytkowe*, np. model opieki – dostępność usług opieki paliatywno-hospicyjnej; ich brak może powodować wrogą postawę wobec opieki), *symboliczne* (wartość moralna, prawna, religijna, obyczajowa), *temporalne* (znaczenie zachowań/postaw dla teraźniejszości i przyszłości np. dla ulepszenia modelu opieki paliatywno-hospicyjnej [Nowak 1985, ss. 165–189]. Wskaźniki postaw opiekunów formalnych i opiekunów nieformalnych powinny kore-

lować ze wskaźnikami orientacji życiowej (koherencji, poczucia sensu życia, bezpieczeństwa oraz systemem wartości). Z kolei korelaty osobowościowe (cechy osobowości i ściśle z nimi związany system wartości) – to nic innego jak poznawanie swojego subiektywnego świata poprzez kontakt z chorym cierpiącym czyli – doświadczenia własne realizujące się poprzez obserwację i bezpośrednio w procesie opieki relacje z chorym [Binnebesel 2010, ss. 13–38]. Zważywszy na fakt, że zespół opieki interdyscyplinarnej narażony jest na wiele stresów prowadzących np. do niebezpiecznego zespołu wypalania zawodowego [Devi 2011, s. 454], dobra organizacja pracy zespołowej i wsparcie psychospołeczne i duchowe opiekunów formalnych i nieformalnych oraz wolontariuszy bezpośrednio sprawujących opiekę nad chorym u kresu, to czynniki wzmacniające zasoby wewnętrzne opiekuna. I tak, empatia w opiece paliatywno-hospicyjnej to nie tylko cecha wpływająca z osobowości opiekuna i jego systemu wartości, lecz wysokiego stopnia umiejętności komunikacji interpersonalnej – współodczuwania werbalnego, pozawerbalnego. Empatia, która składa się z czterech komponentów jednakowo ważnych (poznania, sposobu zachowania się, emocji, czynników moralnych), to postawa wobec cierpienia chorego, która może stać się także sposobem terapii, stanowiąc swoisty fenomen opieki paliatywno-hospicyjnej [Górecki 2000, s. 58, Łuczak 1997, ss. 170–194].

W postrzeganiu innych ludzi, duże znaczenie odgrywa także percepcja tzw. postaw rodzicielskich. Jest pierwotnym mechanizmem regulującym postrzeganie przez opiekuna innych ludzi – chorego w trudnej sytuacji zdrowotnej i często także społecznej. Na kształtowanie się tych postaw mają wpływ nie tylko korelaty środowiskowe (w szczególności proces dydaktyczno-wychowawczy), lecz także korelaty osobowościowe – system wartości opiekuna. W literaturze przedmiotu występują trzy kategorie wartości, które są ważne dla egzystencji człowieka i dla odczuwania sensu życia: 1) kategoria wartości twórczych, 2) kategoria wartości przeżycia, 3) kategoria wartości nastawienia się (autorefleksja człowieka – egzystencja człowieka w obliczu cierpienia). Owe umiejętności, postawy i wartości mają charakter uniwersalny; dotyczą dowolnego środowiska, w którym spotykamy się z umierającym [Becker 2009, s. 16]. Te kategorie są chronione skutecznie przez stosowane w pełnieniu profesjonalnych ról, określone kodeksem zawodowym normy etyczne, nakazujące obowiązek czynienia dobra i w ten sposób umacniające ludzkie wartości, które to dobro tworzą rzeczywistym, w obliczu nieuleczalnej choroby i nadchodzącej śmierci chorego [Bołoz 2004, ss. 57–65]. Wartości są zatem bardziej centralne niż postawy; wartości wpływają na postawy, a nie odwrotnie. W opiece paliatywno-hospicyjnej wartości są ewidentną składową „rdzenia” tej opieki; ważniejsze dla chorego jest nie tyle to, co się robi, lecz jak to się robi i kto to robi. Warto dodać, iż doświadczenie przez chorego negatyw-

nych emocji w trakcie trwania choroby, niekiedy wzmacnia także niepożądane zachowanie personelu medycznego i członków rodziny (brak poczucia intymności przy wykonywaniu zabiegów, brak informacji na temat aktualnego stanu zdrowia, błędy w komunikacji interpersonalnej i wiele innych czynników – „niewłaściwe traktowanie” przez personel placówki) [Bołoz, 1997, ss. 18–49].

W kształtowaniu i modyfikowaniu postaw ważną rolę odgrywają także czynniki zewnątrzpochodne zwane korelatami środowiskowymi. Zalicza się do m. in. organizację procesu dydaktyczno-wychowawczego, mającego wpływ na poziom wiedzy i umiejętności zdobytych przez opiekunów na każdym poziomie edukacyjnym. W szczególności, w procesie kształcenia zawodowego (ogólnozawodowego i kształtującego umiejętności typowe dla zawodów medycznych i paramedycznych oraz w formie kursów doskonalących, kwalifikacyjnych i specjalizacyjnych w zakresie medycyny i opieki paliatywno-hospicyjnej. Wiedza na temat potrzeb, oczekiwań i preferencji chorych u kresu życia, pozwala dostosować do tych potrzeb formy i metody działań terapeutycznych (organizację opieki paliatywno-hospicyjnej). Innym ważnym czynnikiem środowiskowym jest nabycie przez opiekunów i przedstawicieli władz lokalnych umiejętności organizowania środowiska opieki, pomocy i wsparcia dla osób u kresu życia (hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne). Umiejętność organizacji „zintegrowanego modelu opieki nad chorym u kresu życia i jego rodziną” z udziałem wolontariatu hospicyjnego i we współpracy przedstawicieli nowoczesnych instytucji ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz przeszkolonych opiekunów nieformalnych, to gwarancja zapewnienia chorym u kresu życia optymalnej jakości życia [Biernat 2011, Krakowiak 2013, ss. 177–186]. Przeniesienie dobrych praktyk organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej do innych instytucji opieki nad osobami starszymi, przewlekle chorymi oraz niepełnosprawnymi, przy jednoczesnym zaangażowaniu społecznym w „małej ojczyźnie”, jest szansą rozwoju *„zintegrowanej opieki nad chorym u kresu życia i jego rodziną”* w skali całego kraju [Sikora 2007, s. 43, Krakowiak 2012b, ss. 147–179]. Wreszcie, na kształtowanie się postaw opiekunów wobec chorych u kresu, ma także dobry przykład organizacji i struktury samej opieki paliatywno-hospicyjnej, z zachowaniem wyznaczonych standardów opieki dla poszczególnych form opieki (domowej, stacjonarnej, ambulatoryjnej, wyręczającej) i przestrzeganiem wszystkich zasad pracy – idei ruchu hospicyjnego oraz osiągnięć współczesnej medycyny paliatywnej [de Walden-Gałuszko 2004, ss. 274–311]. Doświadczenie zawodowe, czyli bezpośredni kontakt opiekunów z chorym u kresu życia wg zasady *„każdy chory nauczycielem”* i baczna obserwacja pracy innych członków zespołu interdyscyplinarnego hospicjum, oznaczająca przejmowanie właściwych postaw od innych, to dwa następne czynniki (korelaty środowiskowe) postaw opiekuna [IPAC 2009].

Reasumując: kompetencje, umiejętności, doświadczenie zawodowe/świadczanie opieki nieformalnej, właściwa organizacja środowiska (warunków) usług opiekuńczych opieki paliatywno-hospicyjnej, wiedza i przekonania ukształtowane w procesie dydaktyczno-wychowawczym, to katalog czynników zewnętrznych (środowiskowych), mających wpływ na kształtowanie i modyfikację postaw wobec opieki paliatywno-hospicyjnej i chorego u kresu życia.

Wyzwania współczesności

Alexander K. Smith w artykule pt. *Palliative Care An Approach for All Internists* sugeruje w sposób jednoznaczny, iż medycyna paliatywno-hospicyjna skupiona jest dziś na budowaniu relacji z pacjentem i jego rodziną, pomaganiu w radzeniu sobie z objawami i stresem. Jednak nadal wielu chorych wymagających opieki paliatywnej, z różnych powodów (w tym – systemowych), nie będzie miało permanentnego dostępu do specjalisty z zakresu medycyny paliatywnej. Natomiast będzie miało możliwość takiego kontaktu z internistą (lekarzem pierwszego kontaktu). Chorzy mogą więc w sposób oczywisty wykorzystywać ten rodzaj możliwości, jednak pod warunkiem, że specjaliści z zakresu chorób wewnętrznych będą właściwie przeszkoleni i przygotowani do pracy z takim pacjentem; uzyskiwane w ten sposób efekty mierzone np. czasem przeżycia, mogą być zaskakujące dobre [Smith 2013, ss. 291–292].

Jednak empiria – póki co – pokazuje jakościowo inny obraz. Oto w badaniach z 2010 r. wykazano, że np. chorzy z rozsiałym niedrobnokomórkowym rakiem płuca otrzymujący dobrą opiekę paliatywną, mieli lepszą jakość życia i rzadziej niż u chorych otrzymujących standardową opiekę, występowała u nich depresja. Pomimo mniej agresywnego leczenia, chorzy zrandomizowani do grupy opieki paliatywnej mieli także dłuższe średnie przeżycie. Z kolei, w badaniu stanowiącym przyczynek do komentarza Smitha, autorzy zebrali dane dotyczące wizyt pacjentów u lekarzy opieki paliatywnej i porównali je z danymi z wizyt u onkologów. Wykazano w sposób dowodny, że onkolodzy zwracali większą uwagę na powikłania związane z progresją w badaniach radiologicznych, natomiast lekarze opieki paliatywnej – na aspekt psychospołeczny pogorszenia stanu zdrowia chorego oraz jego wpływ na pacjenta i całą rodzinę. Warto jednakże dodać, że kiedy stan pacjenta pogarszał się, wszyscy specjaliści (sic!) stosowali się do wytycznych opieki nad pacjentem w stanie terminalnym. Trzeba też przy tej okazji pamiętać, że działania mające na celu przedłużenie życia (tzw. agresywne leczenie), u niektórych chorych mogą przynieść efekt przeciwny.

W kategoriach ogólnych, ale także wtedy, gdy punktem odniesienia uczynić modelowe cechy opieki paliatywno-hospicyjnej, sprawą zasadniczą staje się więc kwestia

definiowania zdrowia (choroby). Jest rzeczą bezdyskusyjną, iż w przypadku sprawowania opieki nad chorym u kresu życia (pomimo ogromnych postępów i dostarczania technologii pozwalających poprawiać stan zdrowia poszczególnych ludzi, nauka nie usunęła przecież z naszego życia cierpienia), stworzona w 1946 roku, słynna definicja Światowej Organizacji Zdrowia „*zdrowie to kompletny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny a nie tylko brak choroby*”, w zasadzie nie sprawdza się [The Lancet 2009, s. 781]. W opiece paliatywno-hospicyjnej to co nazywamy umiejętnościami modelowymi czy też „złotymi standardami” [Ellershow, 2003 s. 187], musi stać się trwałym elementem dobrej praktyki całego personelu, funkcjonującego w jej obrębie. Najpierw więc profesjonalistów (opiekunów formalnych), później zaś – nieformalnych członków zespołu terapeutycznego. To warunek konieczny, umożliwiający w gruncie rzeczy sprawowanie opieki w sposób holistyczny. Zwłaszcza, że przed opieką paliatywno-hospicyjną rysują się wyraźnie jakościowo i ilościowo „nowe” wyzwania. Z danych zbieranych przez Światową Organizację Zdrowia, w ramach programu o nazwie Globocan wynika, że w 2012 r. na świecie zdiagnozowano 14,1 mln nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, a 8,2 mln osób zmarło z ich powodu [WHO 2013]. Zgodnie z prognozami WHO, liczba nowych zachorowań na raka będzie w najbliższym czasie bardzo szybko rosła. Statystyki wskazują, że nowotwory niedługo staną się główną przyczyną śmierci wśród ludzi [Twycross 2003, part I, s. 1]; w największej mierze będą to nowotwory płuc, wątroby i żołądka. Jak ocenia Polskie Towarzystwo Onkologiczne (PTO), w Polsce już teraz nowotwory stanowią pierwszą przyczynę przedwczesnych zgonów osób przed 65. rokiem życia. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że w 2011 r. chorobę nowotworową wykryto w Polsce u 144 tys. osób, a liczba zgonów z tego powodu wyniosła 92 tys. [www.onkologia.org]. Według WHO, w ciągu następnych 20 lat co roku liczba chorych na raka ma się powiększać o 22 mln przypadków rocznie. I choć organizacja ta podaje, że ponad 60% zachorowań na raka w skali świata odnotowuje się w Afryce, Azji i Ameryce Środkowej i Południowej, to jednak ten rodzaj ryzyka zdrowotnego siłą rzeczy staje się prawdziwym wyzwaniem również dla naszego obszaru kulturowego.

Bibliografia

- Babbie E. (2004), *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa.
- Becker R. (2009), *Palliative care 1 - principles of palliative care nursing and end-of-life care*. Nursing Times, 105.
- Biernat T. Karwacki A. (2011), *Aktywna polityka społeczna i profesjonalna praca socjalna w województwie kujawsko-pomorskim*.: Raport z badań, Wyd. Edukacyjne AKAPIT, Toruń.

- Binnebesel J., Bleszyński J., Domżała Z. (2010), *Wielowymiarowość cierpienia*, Wyd. Naukowe WSEZ, Łódź.
- Bołoz W. (1997), *Życie w ludzkich rękach*. WATK, Warszawa.
- Bołoz W. (2004), *Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej*. Polska Medycyna Paliatywna , 3 (1).
- de Walden–Gałuszko K. (red.) (2004), *Podstawy opieki paliatywnej*, Warszawa.
- Devi S. *Doctors in distress*, Lancet 2011;337:454
- Ellershaw J., Wilkinson S. (2003), *Care of the dying: a pathway to excellence*, Oxford University Press, Oxford.
- Górecki M. (2000), *Hospicjum w służbie umierającym*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- International Agency for Research of Cancer, WHO, Globocan (2012), *Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*.
- IPAC (2009), *Definition and Elements of Core Attitude In Palliative Care Results of Representative Survey of Professionals in Palliative Care in Germany*, London/UK, CVOU Oldenburg/Germany
- Krakowiak P. (2012a), *Společne i edukacyjne funkcje opieki paliatywno-hospicyjnej. Badania w działaniu 2002-2010*, Fundacja Hospicyjna, Gdańsk.
- Krakowiak P. (2012b), *Wolontariat w opiece u kresu życia. Geneza, rozwój, funkcjonowanie, możliwości optymalizacji i integracji ku syntezie socjopedagogicznej*, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Krakowiak P., Paczkowska A., Janowicz A., Sikora B. (2013), *Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia. Poradnik dla profesjonalistów i opiekunów nieformalnych – rodzin i wolontariuszy*. Fundacja Hospicyjna, Gdańsk.
- Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., i in. (2007), *Opieka hospicyjna i paliatywna oraz eutanazja w opinii pielęgniarek i studentów kierunku pielęgniarstwo: Problemy Hig. Epidemiol.*, 88 (4).
- Łuczak J. (1997), *Palliative Care in Eastern Europe*. University Press Buckingham - Philadelphia.
- Mika S. (1981), *Psychologia społeczna*, PWN, Warszawa.
- Nowak S. (1985), *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa.
- Nowak S. (1973), *Pojęcie postawy w teoriach stosowanych badań społecznych* [w:] Nowak S. (red.), *Teoria postaw*, PWN, Warszawa.
- Oppenheim A.N. (1973), *Questionnaire Design and Attitude Measurement*, Heinemann Educational Books Ltd., London.
- Recommendation (2003), *Rec 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care Adopted by the Committee of Ministers of Council of Europe on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Minister's Deputies*, ECEPT (Eastern and Central Europe Palliative Care Task Force).

Barbara Sikora, Joanna Sułkowska, Wojciech Bielecki

Sikora B. (2007), *Rola pielęgniarki rodzinnej w systemowym postępowaniu z chorym nieuleczalnie i jego rodziną*. Wystąpienie na Konferencji Naukowo-Szkoleniowej XV lecie Opieki Paliatywnej na Ziemi Łódzkiej 2007, Clinical and Experimental Medical Letters, Vol. 48,SUPL. B 2007, Łódź.

Simon S.T., Ramsenthaler C., Bausewein C. et al. (2009), *Core attitudes of professionals in palliative care: a qualitative study*. Int. J. Palliat. Nurs. (8): 405-11.

Smith A.K. (2013), *Palliative Care An Approach for All Internists*, JAMA Int Med;173(4).

The Lancet. (2009), *What is health? The ability to adapt*, Lancet 2009; 373: 781

Twycross R. (2003), *Introducing palliative care*, Oxford: Radcliffe Medical, Oxon, United Kingdom

www.onkologia.org.pl.

www.pto.med.pl (Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024).

Iwona Bednarek

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Paulina Matusiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ilona Baryła

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wiedza studentów kierunków studiów o profilu medycznym na temat zasad udzielania świadczeń zdrowotnych jako ważny element zarządzania opieką zdrowotną

Knowledge of students of medical profile studies on the principles of providing health services as an important element of health care management

Abstract: Primary health care (PHC) is the basis of action for health. PHC is defined as "the provision of health, preventive, diagnostic, therapeutic, rehabilitation and care in the field of general medicine, pediatrics and family, granted under the ambulatory health care".

The aim of the study was to investigate the knowledge of students of Public Health and Physiotherapy at Medical University of Lodz on the principles of providing primary health care services. The survey was conducted in March 2014 among students of public health at the faculty of Health Sciences and physiotherapy students at the Faculty of Military Medicine, Medical University of Lodz. The study involved 211 patients (136 women and 75 men).

Students of public health and physiotherapy graduate studies showed a good knowledge of the availability and functioning of primary health care by providing an average of 76.14% of correct answers.

Keywords: primary health care, students, knowledge.

Wstęp

„Podstawowa opieka zdrowotna są to świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej [Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135]”.

Klasyczna koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) powstała na międzynarodowej konferencji w Ałma-Acie w dniach 6-12 września 1978 r., gdzie podpisano następujące dokumenty: Deklarację z Ałma-Aty, Rekomendację oraz Raport wspólny Dyrektora Generalnego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Dyrektora Zarządzającego Funduszem Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) [Włodarczyk 2000, ss. 213–228].

Deklaracja z Ałma-Aty zakłada, że zdrowie ludzkie jest najwyższym dobrem i należy uczynić wszystko, aby poprawić jego stan, wykorzystując rozwój ekonomiczny i socjalny państw oraz ich wszystkie sektory, nie tylko sektor zdrowia. Zauważono również problem nierównego dostępu ludzi do opieki zdrowotnej zarówno w pomiędzy różnymi krajami, jak i wewnątrz nich. W deklaracji założono poprawę zdrowia ludzi do 2000 r., a podstawowym elementem realizacji tego celu miało być sprawne funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej. Przedsięwzięcia miały być prowadzone na różnych szczeblach: międzynarodowych, państwowych, ale także lokalnym i indywidualnym staraniu każdego człowieka w osiągnięciu i utrzymaniu dobrego stanu zdrowia, który miał im pozwolić na osiąganie sukcesów społecznych i ekonomicznych [WHO 1978].

Krajowy system opieki zdrowotnej powinien być bliski obywatelowi oraz jego rodzinie i całej społeczności lokalnej poprzez stworzenie podstawowej opieki zdrowotnej. Powinna ona być pierwszym etapem kontaktu ludzi z systemem opieki zdrowotnej i funkcjonować na szczeblu lokalnym, tzn. blisko miejsca zamieszkania i pracy ludzi [WHO 1978]. W klasycznej koncepcji POZ zakłada się, że świadczenia te powinny być dostępne dla społeczności lokalnej, której cechami są: wspólne miejsce zamieszkania, spójność społecznej organizacji, podobieństwo cech politycznych, ekonomicznych, społecznych i kulturowych, podobne interesy i aspiracje oraz dopuszcza się różnorodność form tych społeczności (osady, wsie, miasta, osiedla) [Włodarczyk 2000, ss. 213–228]. Metody profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne wyko-

rzystywane w POZ powinny być nie tylko oparte na dotychczasowej wiedzy medycznej i doświadczeniu pracowników, ale także zaakceptowane przez lokalną społeczność. Takie działania mają upowszechnić dostęp do opieki zdrowotnej [WHO 1978].

Podstawowa opieka zdrowotna w różnych regionach może kształtować się inaczej w zależności od sytuacji ekonomicznej, społecznej, kulturowej i politycznej ludzi tam żyjących. Powinna ona być dopasowana do potrzeb lokalnej społeczności i zapewnić jej opiekę i edukację na różne tematy między innymi: zapobieganie i leczenie najczęstszych chorób i urazów, odżywiania, warunków sanitarnych, szczepień ochronnych oraz opieki nad matką i dzieckiem, nie pomijając udostępnienia podstawowych leków w razie potrzeby [WHO 1978]. Zadania POZ wymienione w Deklaracji z Almaty traktowane były przez autorów jako absolutne minimum, które każde państwo powinno spełnić, a w przypadku zamożniejszych państw preferuje się rozszerzenie tej listy [Włodarczyk 2000, ss. 213–228]. W miarę możliwości podstawowa opieka zdrowotna nie powinna ograniczać się jedynie do sektora zdrowotnego, ale obejmować również inne sektory państwa takie jak: rolnictwo, przemysł, edukacja, hodowla i inne [WHO 1978]. Konieczność wielosektorowego działania POZ uwarunkowana jest częstym występowaniem czynników powodujących choroby w innych dziedzinach życia ludzi [Włodarczyk 2000, ss. 213–228].

Obecnie Polsce każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia co zapewnia Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Władze publiczne mają obowiązek zapewnić każdemu obywatelowi, w równym stopniu, dostęp do ochrony zdrowia na zasadach jakie określa ustawa, a w szczególności dzieciom, kobietom w ciąży, niepełnosprawnym i starszym [Dz. U. z 1997 r., nr 78 poz. 483]. Zapewnienie obywatelom dostępu do ochrony zdrowia stało się dla władz państwowych jednym z priorytetów dopiero po odzyskaniu przez Polskę niepodległości w 1918 r. W tym celu w 1920 r. weszła w życie pierwsza ustawa ubezpieczeniowa w Polsce „o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby” i stworzono liczne Kasy Chorych [Godycki-Ćwirko 2010, ss. 29–36, Dz. U. z 2007 r., nr 164, poz. 1166]. Ustawa ta zapewniała ubezpieczonym wizytę lekarską, pomoc położniczą, podstawowe leki i zasilki na wypadek choroby, pogrzebu lub po urodzeniu dziecka. Chorzy oprócz wizyt domowych personelu medycznego mogli także oczekiwać leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego oraz uzdrowiskowego, w placówkach stworzonych przez Kasy Chorych, które zatrudniały lekarzy, dentystów, felczerzy, akuszerki oraz farmaceutów w aptekach [Dz. U. z 2007 r., nr 164, poz. 1166]. Niezadowolenie z funkcjonowania Kas Chorych doprowadziło do ich likwidacji w 1933 r. i do powstania ubezpieczalni społecznych [Godycki-Ćwirko 2010, ss. 29–36, Dz. U. z 2007 r., nr 164, poz. 1166]. Po drugiej wojnie światowej system ochrony zdrowia był silnie scentralizowany i opierał się na modelu Siemaszki [Godycki-Ćwirko 2010, ss.

29–36]. W roku 1972 funkcjonowały zespoły opieki zdrowotnej w skład których wchodziły szpitale, przychodnie, podstawowa opieka zdrowotna, specjalistyczna opieka zdrowotna oraz opieka społeczna [Dz. U. 2007 r., nr 164, poz. 1166].

Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce podobnie jak w innych krajach Europy, opiera się na pracy lekarza rodzinnego. Pierwsze próby przekonania społeczeństwa, przyzwyczajonego do korzystania bezpośrednio ze świadczeń lekarzy specjalistów, były w latach 60., kiedy to wprowadzono specjalizację z medycyny ogólnej dla lekarzy pracujących w POZ w celu polepszenia ich prestiżu w oczach pacjentów. Istotne zmiany w funkcjonowaniu podstawowej opieki medycznej zauważono dopiero w czasach transformacji ustrojowej w Polsce [Baranowski 2012, Latański 2002]. System ochrony zdrowia zaczął dostosowywać się do sytuacji w państwie i do gospodarki rynkowej, a przejawiało się to głównie przez wzrost wymagań obywateli, co do ochrony zdrowia oraz pracowników medycznych do swoich miejsc pracy i sprzętu. Na początku lat 90. XX w. wdrożono wiele zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia, dokonano zmian organizacyjno-prawnych placówek medycznych, a także opracowano nowe programy nauczania dla personelu medycznego [Baranowski 2012]. Dla podkreślenia zmian w systemie ochrony zdrowia oraz polepszenia kompetencji lekarzy w 1993 r. wprowadzono specjalizację z medycyny rodzinnej, która zastąpiła tą z medycyny ogólnej [Latański 2002]. Jako odpowiedź na Deklarację z Alma-Aty w celu poprawy stanu zdrowia ludności i wdrożenia działań profilaktycznych oraz edukacyjnych ustanowiono w 1987 r. „Polski Program Zdrowia dla wszystkich w roku 2000”, który ostatecznie przekształcono w „Narodowy Program Zdrowia” (NPZ).

W roku 1999 zaczęto reformować polski system ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie Kas Chorych. Nowe reformy miały przyczynić się do poprawy jakości usług zdrowotnych oraz lepszego gospodarowania środkami finansowymi. Wtedy właśnie wprowadzono tzw. „ubezpieczeniowe prawo do świadczeń”, a wszyscy ubezpieczeni zostali poproszeni o wybór swojego lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego). Głównie względy ekonomiczne i polityczne przyczyniły się do wprowadzenia w 2003 r. kolejnej reformy systemu ochrony zdrowia na mocy której, stworzono obecnie funkcjonującą instytucję Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Lekarz rodzinny zgodnie z definicją Leewenhorsa jest to „lekarz zapewniający podstawową i ciągłą opiekę zarówno poszczególnym osobom, rodzinom, jak i danej społeczności lokalnej, niezależnie od płci, wieku oraz typu choroby. Sprawuje on opiekę nad chorymi w swoim gabinecie oraz w domu pacjenta. W swym postępowaniu wobec zdrowia i choroby bierze pod uwagę także czynniki psychologiczne i społeczne. Podejmuje wstępną decyzję w każdym problemie zdrowotnym, starając się być w miarę potrzeby przewodnikiem po systemie opieki medycznej. Przedłużony

kontakt z pacjentem przyczynia się w dużej mierze do zbudowania z nim mocnej więzi, a dalej do określenia optymalnej strategii działań na rzecz promocji zdrowia” [Latański 2002]. Lekarz rodzinny jest najważniejszym członkiem zespołu pracującego w podstawowej opiece zdrowotnej i powinien on być jego liderem scalającym działania wszystkich innych. Do sprawnego i efektywnego funkcjonowania POZ niezbędna jest też pomoc innych członków zespołu do których powinni należeć: pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, pracownicy socjalni i asystenci medyczni [Baranowski 2012, s. 12]. Według założeń medycyny rodzinnej lekarzem pracującym w podstawowej opiece zdrowotnej powinien być lekarz o specjalizacji z medycyny rodzinnej, jednak na wciąż trwające jeszcze procesy transformacji POZ w Polsce, wielu lekarzy pracujących w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej są to interniści i pediatrzy [Baranowski 2012]. Funkcja lekarza POZ jest bardzo ważna ponieważ po pomoc do niego zgłasza się wielu ludzi. W Polsce w podstawowej opiece zdrowotnej pracuje ok. 26,8 tys. lekarzy i udzielają oni ok. 140 mln porad rocznie.

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi pierwszy stopień opieki zdrowotnej, zaraz za nią jest opieka specjalistyczna – ambulatoryjna, szpitalna i doraźna, a na końcu specjalistyczna wyżej kwalifikowana w klinikach Uniwersytetów Medycznych, czy też instytutach naukowo-badawczych.

System ochrony zdrowia w Polsce składa się z świadczeniobiorców, płatnika, świadczeniodawców oraz organy kontroli i nadzoru. Świadczeniobiorcy są to pacjenci, korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej. Płatnikiem w Polskim systemie zdrowia jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) czy instytucja ubezpieczeniowa, natomiast świadczeniodawcy są to wszystkie instytucje i osoby wykonujące świadczenia na rzecz pacjentów [Tyska 2012; Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135]. Kontrolę i nadzór nad systemem ochrony zdrowia w Polsce pełnią takie instytucje jak: Ministerstwo Zdrowia, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, Rzecznik Praw Pacjenta, wojewodowie, wojewódzkie centra zdrowia publicznego, konsultanci wojewódzcy z poszczególnych specjalności.

Świadczenia podstawowej opieki medycznej w Polsce są głównie finansowane ze środków publicznych pozyskiwanych ze składki ubezpieczeniowej (dla osób ubezpieczonych) oraz z budżetu państwa (dla osób innych niż ubezpieczone) [Tyska 2012]. Osoby ubezpieczone są to osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz członkowie ich rodzin zgłoszone do ubezpieczenia, którymi mogą być dzieci, wnuki, małżonkowie oraz rodzice i dziadkowie zamieszkujący w jednym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym [Tyska 2012; Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135]. Inne osoby którym również przysługują świadczenia finansowane ze środków publicznych to: dzieci i młodzież do 18 roku życia, kobiety

w okresie ciąży i porożu, osoby bezrobotne zarejestrowane w urzędzie pracy, osoby w trudnej sytuacji materialnej, które otrzymują świadczenia z pomocy społecznej oraz osoby ubezpieczone w innym państwie Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, a także osoby pozbawione wolności, uzależnione od narkotyków, osoby u których występuje ryzyko zakażenia niektórymi chorobami (błonica, cholera, czerwotka, dur brzuszny, dur rzekomy A, B i C, nagminne porażenie dziecięce) [Tyszką 2012; Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135]. Wyróżnić można także osoby, których dostęp do świadczeń jest ograniczony, np. alkoholicy w zakresie leczenia odwykowego, osoby z chorobami, zaburzeniami psychicznymi w zakresie leczenia psychiatrycznego i osoby posiadające Kartę Polaka [40, Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135].

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia z NFZ są udzielane zarówno w placówkach publicznych jak i niepublicznych, pod warunkiem, że mają one podpisaną umowę na udzielanie takich świadczeń z płatnikiem [Tyszką 2012]. Świadczenia POZ udzielane są głównie w warunkach ambulatoryjnych: w gabinecie, poradni lub przychodni. W razie wystąpienia takiej potrzeby świadczeniodawcy są zobowiązani do udzielenia pomocy pacjentowi w jego miejscu zamieszkania. Pacjent ma prawo sam wybrać placówkę z której usług chce skorzystać, bez względu na miejsce zamieszkania, ponieważ nie obowiązuje tzw. rejonizacja [Tyszką 2012].

Podczas pierwszej wizyty w placówce POZ pacjent powinien wypełnić deklarację, w której wybiera swojego lekarza POZ i pielęgniarkę POZ, a kobiety także położną POZ. Pacjent może dwa razy w roku, bezpłatnie dokonać zmiany lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, w przypadku kolejnych nieuzasadnionych zmian, będzie on jednak musiał uiścić opłatę wysokości 80 zł [Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Tyszką 2012].

Świadczeniobiorca na wizytę może umówić się osobiście, każdego dnia, kiedy placówka jest otwarta, ale także telefonicznie, za pośrednictwem osób trzecich oraz drogą elektroniczną, jeśli placówka posiada odpowiednie oprogramowanie umożliwiające ten sposób rejestracji [Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Tyszką 2012]. Placówki POZ są otwarte od poniedziałku do piątku (z wyłączeniem dni ustawowo wolnych) w godzinach od 8 do 18 [Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Tyszką 2012]. Pacjent powinien być przyjęty najszybciej jak jest to możliwe, a w przypadku wystąpienia nieoczekiwanych okoliczności i niemożności przyjęcia w ustalonym terminie, powinien być o tym poinformowany. Podobnie, gdy jego zadeklarowany lekarz POZ będzie nieobecny, powinien być poinformowany o zorganizowanym zastępstwie za niego. W razie nagłego pogorszenia się stanu zdrowia świadczeniobiorcy w czasie jego pobytu poza miejscem zamieszkania

(na urlopie, delegacji itp.) może on skorzystać z pomocy innego lekarza POZ, niż ten podany w deklaracji [Łódzki Odział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Tyska 2012].

Każdy świadczeniodawca, nie tylko w podstawowej opiece medycznej, powinien bezwzględnie przestrzegać w swojej praktyce praw pacjenta. Pacjent ma między innymi do świadczeń zdrowotnych na najwyższym możliwym poziomie, z wykorzystaniem aktualnie dostępnej wiedzy medycznej i z zachowaniem zasad etyki lekarskiej. W razie nie zadowolenia z usługi danego lekarza, ma prawo do opinii drugiego lekarza lub prośby o zwołanie konsylium lekarskiego [Tyska 2012; Dz. U. z 2009 r., nr 52, poz. 417].

Wszyscy świadczeniodawcy są zobowiązani skrupulatnie prowadzić i przechowywać dokumentację medyczną swoich pacjentów, a w razie potrzeby udostępnić ją pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta oraz upoważnionym organom, np. NFZ, innym świadczeniodawcą w zakresie niezbędnym do kontynuowania leczenia, sądom. Pacjent ma prawo do wglądu w swoją dokumentację oraz uzyskania jej oryginału, wyciągu, odpisu lub kopii, na określonych zasadach lub pewną odpłatnością [Łódzki Odział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia; Tyska 2012; Dz. U. z 2009 r., nr 52, poz. 417].

Poza tym pacjenci mają prawo do informacji, wyrażania zgody, tajemnicy informacji z nim związanych, poszanowania intymności i godności, przechowywania rzeczy w depozycie, zgłaszania sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarskiego, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, opieki duszpasterskiej, skargi oraz odstąpienia od leczenia [Maciąg 2006; Tyska 2012; Dz. U. z 2009 r., nr 52, poz. 417].

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej, po godzinach jej pracy, pacjent może bezpłatnie skorzystać z świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa. Opieka taka jest udzielana pacjentowi bez skierowania, w godzinach od 18 do 8 od poniedziałku do piątku oraz całodobowo w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy. Informacje na temat placówek pełniących dyżur nocnej i świątecznej opieki dostępna jest na tablicy informacyjnej w placówce POZ oraz na stronie internetowej NFZ [20, Tyska 2012]. Świadczenia te są wykonywane przez lekarzy i pielęgniarzy zarówno w formie ambulatoryjnej, jak i wizyt domowych w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy. Ważną informacją dla pacjentów jest fakt, że lekarz POZ pełniący dyżur w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej może wydawać swoim pacjentom zwolnienie lekarskie.

Placówki podstawowej opieki zdrowotnej prowadzą także różne profilaktyczne programy zdrowotne, skierowane do osób z grup wysokiego ryzyka. Takie programy niekiedy prowadzone są w całym kraju, a czasem tylko w niektórych województwach.

Przykładowe programy profilaktyczne to: program profilaktyki chorób układu krążenia, program profilaktyki raka piersi, program profilaktyki raka szyjki macicy, program profilaktyczny gruźlicy, program profilaktyki chorób odtytoniowych czy program profilaktyczny badań prenatalnych [Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia; Tyska 2012].

Celem pracy było poznanie wiedzy studentów kierunków Zdrowie Publiczne i Fizjoterapia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na temat zasad udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

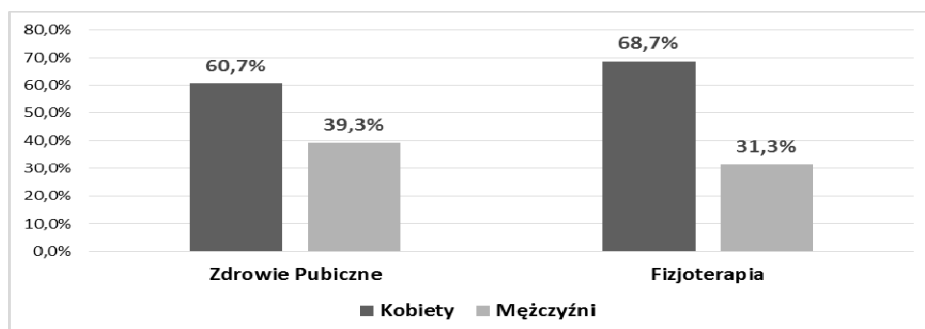
Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 01.03.2014 r. do 18.03.2014 r. wśród 112 studentów kierunku Zdrowie Publiczne studia magisterskie na Wydziale Nauk o Zdrowiu UM w Łodzi oraz wśród 99 studentów na kierunku Fizjoterapia studia magisterskie na Wydziale Wojskowo-Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zbierając materiał empiryczny posłużono się autorskim kwestionariuszem anonimowej ankiety zawierającym 28 pytań. Na pytania zawarte w ankiecie studenci odpowiadali po zakończeniu zajęć. Pytania sprawdzające wiedzę respondentów na temat zasad udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej zawierały 3 odpowiedzi z czego tylko jedna była prawidłowa. Udział w badaniu był dobrowolny. Dane zawarte w ankietach zostały wprowadzone do arkusza kalkulacyjnego programu MS Excel, a następnie zebrany materiał empiryczny poddano analizie opisowej. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi nr RNN/832/13/KB.

Wyniki

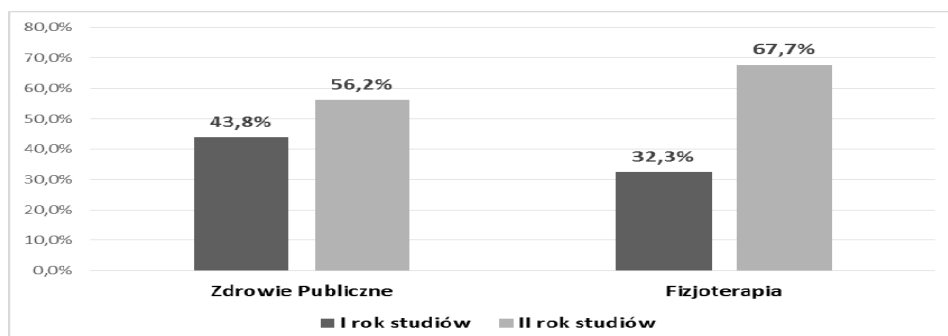
Wśród badanych studentów na obu kierunkach większość stanowiły kobiety (rys. 1). W grupie studentów na kierunku Zdrowie publiczne ponad połowa badanych (56,2%) studiowało na drugim roku. Wśród studentów Fizjoterapii osoby uczące się na drugim roku studiów stanowiły 67,7% respondentów (rys. 2). Wśród studentów Zdrowia Publicznego zdecydowaną większość (67,9%) stanowiły osoby uczące się w trybie niestacjonarnym, natomiast na kierunku Fizjoterapia na studia w trybie niestacjonarnym uczęszczał co trzeci respondent (rys. 3).

Rysunek 1. Badani według płci i kierunku studiów



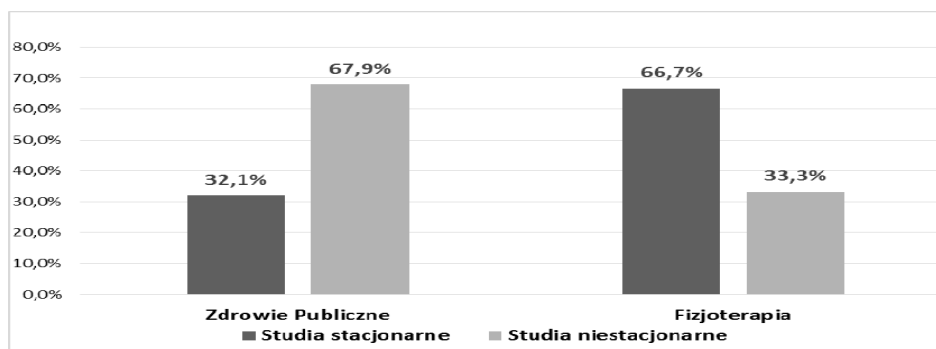
Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 2. Badani według roku i kierunku studiów



Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 3. Badani według trybu i kierunku studiów



Źródło: Opracowanie własne.

Średni uzyskany wyniki przez studentów Zdrowia Publicznego wynosił 76,94% prawidłowych odpowiedzi ($\bar{x}=50,01$ punktów, $s_d=5,75$ punktów), natomiast na kierunku Fizjoterapia 75,25% ($\bar{x}=48,91$ punktów, $s_d=6,54$ punktów). Najczęstszym uzyskiwanym wynikiem na kierunku Zdrowie Publiczne było 84,62% poprawnych odpowiedzi, a na kierunku Fizjoterapii 81,54% poprawnych odpowiedzi. Większość respondentów na obu kierunkach studiów udzieliła 68-78% prawidłowych odpowiedzi. Wszyscy badani odpowiedzieli dobrze na ponad 45% pytań. Ponad 6% osób na kierunku fizjoterapia i 1,79% na kierunku zdrowie publiczne udzieliło prawidłowych odpowiedzi w najniższym przedziale, czyli 45-56% (tab. 1).

Tabela 1. Rozkład badanych wg odsetka prawidłowych odpowiedzi i wg kierunku studiów

Przedziały prawidłowych odpowiedzi	Ogółem		Zdrowie Publiczne		Fizjoterapia	
	N	%	N	%	N	%
0-44%	0	0,00	0	0,00	0	0,00
45-56%	8	3,79	2	6,06	6	1,79
57-67%	21	9,95	11	10,10	10	9,82
68-78%	95	45,02	50	45,45	45	44,64
79-89%	76	36,02	44	32,33	32	39,29
90-100%	11	5,22	5	6,06	6	4,46

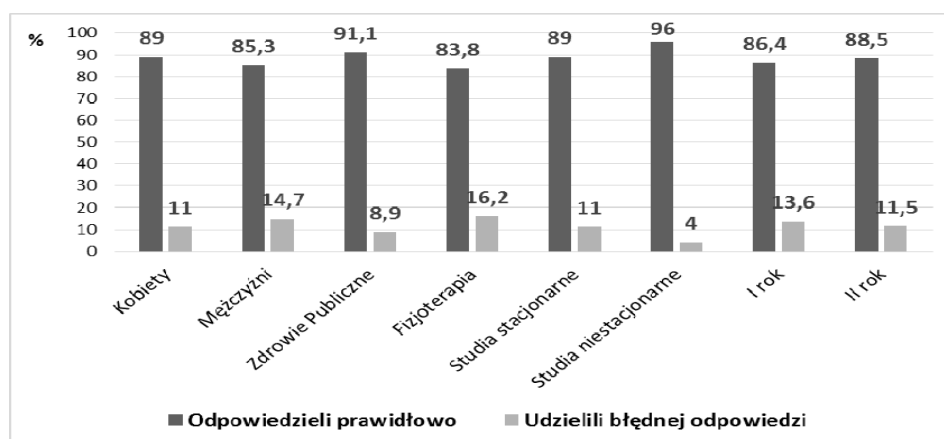
Źródło: Opracowanie własne.

Na pytanie jak wygląda procedura wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ większość ankietowanych (88,0%) odpowiedziała prawidłowo. Częściej prawidłowych odpowiedzi udzielali badani studenci na kierunku zdrowie publiczne (91,1%), niż na kierunku fizjoterapia (83,8%). Na omawiane pytanie kobiety udzieliły częściej prawidłowych odpowiedzi (89%) w porównaniu z mężczyznami (85,3%). Także częściej prawidłowych odpowiedzi udzielili studenci studiów niestacjonarnych (96%) w porównaniu do stacjonarnych (89%) oraz studenci na II rok studiów (88,5%), w porównaniu do studentów uczących się na pierwszym roku (86,4%) (rys. 4).

Prawidłowej odpowiedzi na pytanie dotyczące pobierania opłat za udostępnianie kserokopii dokumentacji medycznej przez zakład opieki zdrowotnej udzieliło 40% badanych. Częściej prawidłową odpowiedź wybierali studenci zdrowia publicznego (48,2%) w porównaniu ze studentami fizjoterapii (30,3%). Omawiana różnica była istotna statystycznie ($\chi^2=10,32$, $p=0,006$). Prawidłową odpowiedź wskazało 41,9% mężczyzn i 36% kobiet. Częściej prawidłowych odpowiedzi udzielali studenci studiów

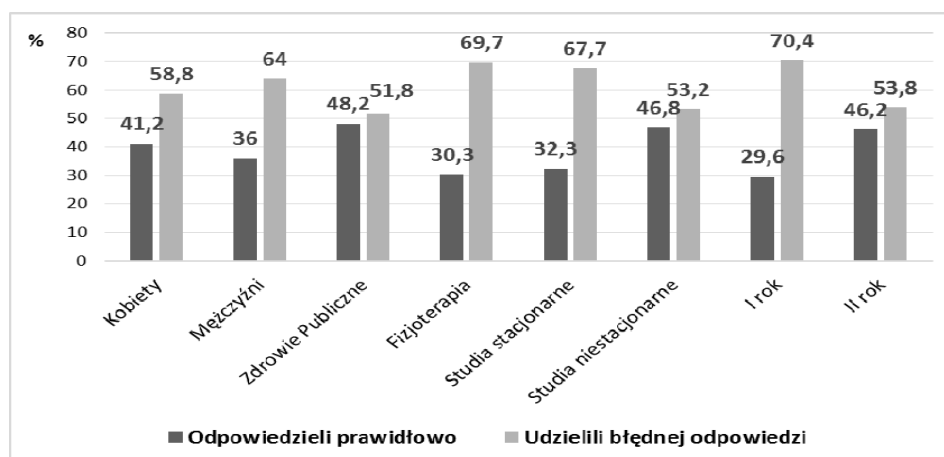
niestacjonarnych (46,8%) w porównaniu do uczących się w trybie stacjonarnym (32,3%) oraz studenci II roku studiów (46,2%) w porównaniu do rozpoczynających naukę (29,6%) (rys. 5).

Rysunek 4. Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie: „Jak, według Pańskiej wiedzy, wygląda procedura wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ?” wg płci oraz kierunku, rodzaj i rok studiów



Źródło: Opracowanie własne.

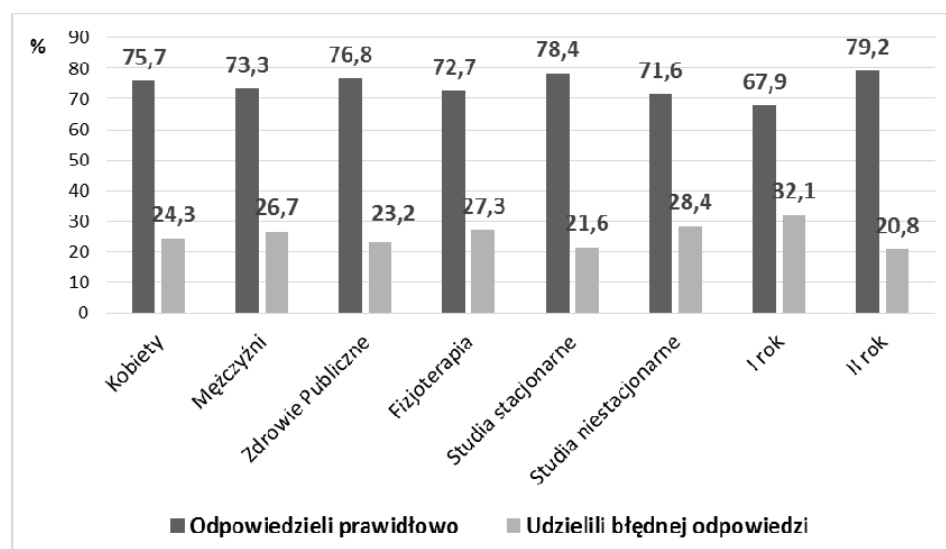
Rysunek 5. Wiedza respondentów na temat pobierania opłat za udostępnianie kserokopii dokumentacji medycznej przez zakład opieki zdrowotnej wg płci oraz kierunku, rodzaj i rok studiów



Źródło: Opracowanie własne.

W kolejnym pytaniu dotyczącym miejsca, gdzie można uzyskać informację na temat udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej większość badanych studentów (75%) wybrała prawidłową odpowiedź. Na kierunku zdrowie publiczne 76,8% ankieterów udzieliło prawidłowych odpowiedzi, natomiast wśród studiujących fizjoterapię na zadane pytanie odpowiedziało prawidłowo 72,7% respondentów. Częściej prawidłowe odpowiedzi udzielały kobiety (75,7%) w porównaniu z mężczyznami (73,3%), studenci studiów stacjonarnych (78,4%) w porównaniu ze studiującymi w trybie niestacjonarnym (71,6%) oraz studenci II roku (79,2%) w porównaniu do rozpoczynających naukę (67,9%) (rys. 6).

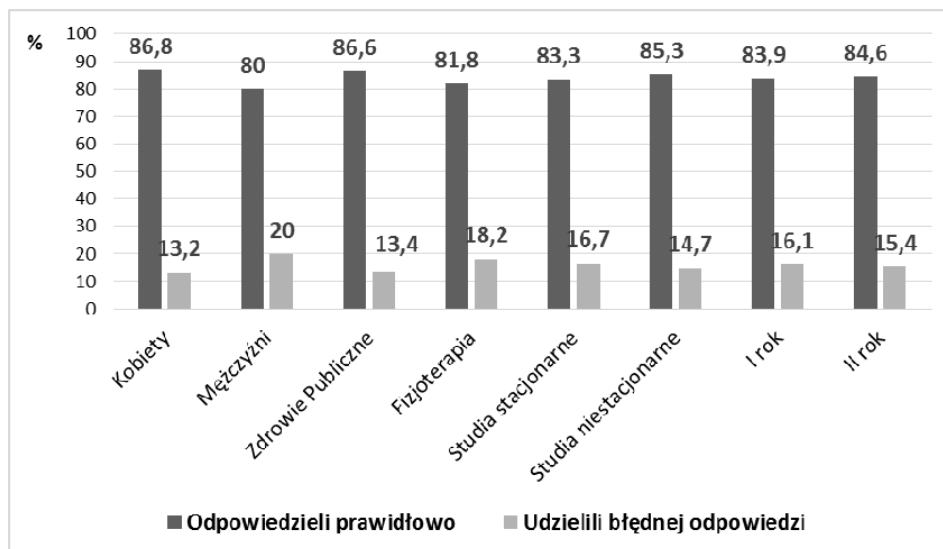
Rysunek 6. Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie: „Gdzie Pana/Pani zdaniem można uzyskać informację, która placówka udziela nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej?” wg płci oraz kierunku, rodzaj i rok studiów



Źródło: Opracowanie własne

Większość respondentów, to jest 64,0% wiedziała, że opieka nocna i świąteczna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej jest bezpłatna i udzielana bez skierowania. Odpowiedzi takiej udzieliło 86,6% badanych studentów zdrowia publicznego i 81,8% studentów fizjoterapii. Prawidłową odpowiedź częściej wybierały kobiety (86,8%) w porównaniu z mężczyznami (80%) (rys. 7).

Rysunek 7. Wiedza respondentów na temat dostępności i opłat za korzystanie z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wg płci oraz kierunku, rodzaju i roku studiów



Źródło: Opracowanie własne.

Na pytanie dotyczące dni i godzin, kiedy można skorzystać z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej większość badanych studentów (77%) udzieliła prawidłowej odpowiedzi. Większą wiedzę na omawiany temat wykazali się studenci zdrowia publicznego (82,1%) w porównaniu ze studentami fizjoterapii (71,7%). Na studiach niestacjonarnych odnotowano 79,8% prawidłowych odpowiedzi a na stacjonarnych 74,5% (rys. 8).

Na pytanie dotyczące zadań lekarza POZ, na wszystkie podpunkty większość badanych udzieliła prawidłowych odpowiedzi. Największą trudność respondentom sprawił podpunkt dotyczący wystawiania zleceń na zakup niektórych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, złą odpowiedź zaznaczyło 99 badanych studentów (53,08%). Rozkład odpowiedzi na omawiane pytanie przedstawiono na rysunku 9.

Omówienie i wnioski

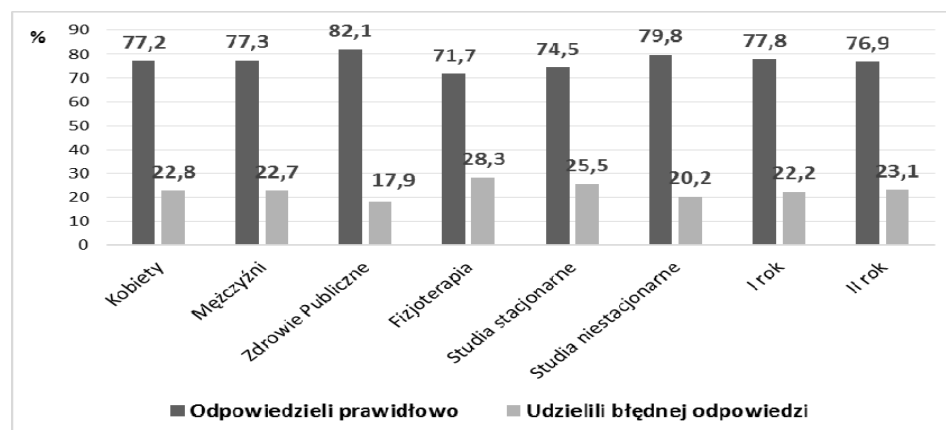
Studenci zdrowia publicznego i fizjoterapii na studiach magisterskich wykazali się dobrą wiedzą na temat dostępności i funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej udzielając średnio 76,1% poprawnych odpowiedzi. W teście wiedzy studenci zdrowia publicznego uzyskali nieznacznie lepsze wyniki (średnio 77%) niż fizjoterapii

(średnio 75%). Jednak wszyscy studenci odpowiedzieli prawidłowo przynajmniej na 47% pytań.

Na pytania dotyczące ogólnej wiedzy dotyczącej POZ studenci zdrowia publicznego udzielili większej liczby prawidłowych odpowiedzi na większość pytań niż studenci fizjoterapii ($p>0,05$). Kobiety udzielały więcej prawidłowych odpowiedzi niż mężczyźni ($p>0,05$), studenci studiów niestacjonarnych więcej niż studenci studiów stacjonarnych ($p>0,05$), a studenci II roku studiów więcej niż I roku ($p>0,05$).

Badani studenci znali zadania lekarza POZ. Największą trudność sprawiło im odpowiedzenie na pytanie dotyczące wystawiania zleceń na zakup niektórych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych (47% błędnych odpowiedzi). Blisko połowa studentów fizjoterapii, nie wiedziała, że lekarz POZ może wystawiać na transport sanitarny, a studenci zdrowia publicznego błędnie zaznaczyli, że lekarz POZ może wystawiać skierowania na nieodpłatne korzystanie z basenu w ramach rehabilitacji (52% błędnych odpowiedzi, $p<0,001$). Na pytania dotyczące zadań lekarza POZ nieznacznie lepiej odpowiadali studenci zdrowia publicznego niż fizjoterapii ($p>0,05$), kobiety lepiej od mężczyzn ($p>0,05$), studenci studiów niestacjonarnych lepiej niż stacjonarnych ($p>0,05$), a studenci II roku lepiej niż I ($p>0,05$).

Rysunek 8. Wiedza respondentów dotycząca dni i godzin w których można korzystać z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wg płci oraz kierunku, rodzaj i rok studiów



Źródło: Opracowanie własne

Rysunek 9. Wiedza respondentów na temat zakresu obowiązków lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wg płci oraz kierunku, rodzaju i rok studiów



Źródło: Opracowanie własne.

Wiedza na temat podstawowej opieki zdrowotnej wśród studentów kierunków medycznych i paramedycznych, jest fundamentem dla dobrego funkcjonowania i rozwoju placówek POZ. Często podstawowa opieka zdrowotna jest pierwszy szcze-

blem systemu ochrony zdrowia, z którym pacjent ma styczność, w związku z tym jej dobra kondycja oddziałuje na cały system ochrony zdrowia, ma wpływ na jego funkcjonowanie oraz ocenę przez pacjentów. Należy zatem promować pogłębianie wiedzy o POZ wśród studentów i wdrażać więcej informacji na jej temat do programu studiów medycznych i paramedycznych.

Bibliografia

- Baranowski J., Windak A. (2012), *Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej*, Sprawne państwo, Program Ernst&Young, Warszawa.
- Godycki-Ćwirko M., Oleszczyk M., Windak A. (2010), *The development of primary health care in Poland from the² Republic to the Round Table Agreement (1918-1989)*, Problemy Medycyny Rodzinnej, 1, 29-36.
- Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r., nr 78, poz. 483.
- Latański M. (2002), *Zdrowie Publiczne a Medycyna społeczna*, [w:] Zdrowie Publiczne, Kulik T., Latański M. (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Lekarz rodzinny – podstawowa opieka zdrowotna (POZ), www.nfz-lodz.pl/index.php/dlapacjentow/jak-sie-leczyc/58-dla-pacjenta/dla-pacjenta-jak-si-leczy/79-podstawowa-opieka-zdrowotna dostęp: 10.09.2015.
- Maciąg A., Sakowska I. (2006), Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych, Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW, 1, ss. 50-62.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dn. 12 lipca 2007 r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki, Dz.U. z 2007 r., nr 164, poz. 1166, Załącznik nr 33.
- Tysza N. (2012), *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych*. Vademecum, Warszawa.
- Ustaw z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135.
- Ustawa z dn. 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2009 r., nr 52, poz. 417.
- Włodarczyk C. (2000), *Podstawowa opieka zdrowotna jako kategoria polityki zdrowotnej*, [w:] Zdrowie Publiczne. Tom 1, Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk C. (red.), Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków, ss. 213-228.
- World Health Organization, (1978), *Declaration of Alma-Ata*, ZSRR, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf dostęp: 10.09.2015 r.

Marta Stobnicka

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Marta Szkiela

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Leokadia Bąk-Romaniszyn

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Społeczna Akademia Nauk

Dorota Kaleta

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Subiektywna ocena stanu zdrowia oraz poziom aktywności fizycznej wśród pacjentek onkologicznych jako istotny element poprawy skuteczności leczenia

Subjective assessment of health status and physical activity among cancer patients as an essential element for improving the effectiveness of treatment

Abstract: Subjective assessment of health status takes into account not only the state of somatic health but also mental health. Subjective assessment of health status is widely used to assess the health situation and to evaluate the effectiveness of health promotion programs. Subjective perception of health status shapes the ability of people in working age to work. The study of subjective health evaluation is a method of inexpensive and not too complicated. The aim of the study was a subjective assessment of health status, and level of physical activity in women after mastectomy. The questionnaire study was conducted among 60 women who are breast cancer survivors at the association "Łódzki Klub Amazonka" in Lodz. The year before diagnosis 5% of women assessed their health as very good and 5% rated their health as bad.

One year after diagnosis 2% of women rated their health as very good, while 15% of women rated their health as poor. Half of the surveyed women considered their own, current state of health as good. 13% of respondents rated very well, their physical activity prior to diagnosis, very bad 2% of respondents. After the operation, only 2% of surveyed women rated their level of physical activity as "very good", the same respondents reported that they felt that their level of physical activity after surgery is "bad". More than half of the surveyed women after mastectomy, assess their quality of life high. It can be concluded that mastectomy adversely affect the quality of life of patients and their general condition, the lowest quality of life is assessed in the field of psychological, and the highest in the physical domain. There is a need to organize various forms of support for women after mastectomy, ensure shorter waiting time for rehabilitation, motivate oncology patients to follow the European Code against Cancer, increasing the role of medical professionals in the promotion of healthy behaviors and to develop mental and physical competence of the whole society.

Key words: breast cancer, mastectomy, quality of life, subjective assessment of health, physical activity.

Wstęp

Według definicji zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization - WHO) zdrowie nie sprowadza się wyłącznie do braku choroby lub inwalidztwa, oznacza także pełnię możliwości człowieka zarówno w fizycznym, psychicznym jak i w społecznym wymiarze funkcjonowania [World Health Organization, 1952]. Definicja ta podkreśla potrzebę badania subiektywnej oceny stanu zdrowia. Subiektywna ocena stanu zdrowia jest wskaźnikiem indywidualnym odnoszącym się do każdej chorej z osobna. Odczuwanie swojego stanu zdrowia jest uznawane za wskaźnik prognostyczny zapadalności na szereg chorób przewlekłych i wpływa na rokowanie tych chorób [Siegrist 1987, pp. 571-578; Svardsudd, Tibblin 1990, pp. 55-60]. Stan zdrowia wyraża się nie tylko w wymiarze fizycznym, ocenianym na podstawie badań medycznych, lecz również w wymiarze psychologicznym, tj. w subiektywnym odczuciu komfortu psychicznego i dobrego samopoczucia. Zdrowie wyraża się brakiem występowania nieprzyjemnych objawów i dolegliwości, lecz również zdolnością do wykonywania zadań i pełnienia przypisanych ról. Należy podkreślić, iż subiektywna ocena stanu zdrowia uwzględnia nie tylko stan zdrowia somatycznego ale i psychicznego. Warto zaznaczyć, że subiektywne postrzeganie stanu zdrowia kształtuje zdolność do pracy osób w wieku produkcyjnym. Osoby charakteryzujące się niskimi wartościami subiektywnej oceny stanu zdrowia częściej korzystają z usług medycznych i mają wyższą absencję chorobową w porównaniu z osobami charakteryzującymi się wysokimi wartościami subiektywnej oceny stanu zdrowia [Miilunpalo, Vuori et al. 1997, pp.

517–528]. W dotychczas przeprowadzonych badaniach wykazano, iż subiektywna ocena stanu zdrowia jest wysoce skorelowana z wynikami obiektywnej oceny stanu zdrowia i wskaźnikami stanu zdrowia [Idler, Angel 1990, pp. 446–452; Idler, Kasl et al. 1990, pp. 91–103; Ferraro, Farmer 1999, pp. 303–315; Miilunpalo, Vuori et al. 1997, pp. 517–528]. Subiektywna ocena stanu zdrowia posiada szerokie zastosowanie do oceny sytuacji zdrowotnej i ewaluacji skuteczności programów promocji zdrowia [Pohjonen, Ranta 2001, pp. 465–475; Kaleta, Makowiec-Dąbrowska et al. 2004, pp. 457–64]. Badanie subiektywnej oceny stanu zdrowia jest metodą mało kosztowną i niezbyt skomplikowaną, przez co jest stosowana w badaniach populacji o dużej liczebności [Kwaśniewska, Bielecki et al. 2004, ss. 63–68]. Celem badania była subiektywna ocena stanu zdrowia oraz ocena poziomu aktywności fizycznej przed i po zachorowaniu na nowotwór złośliwy piersi wśród kobiet u których zakończono leczenie.

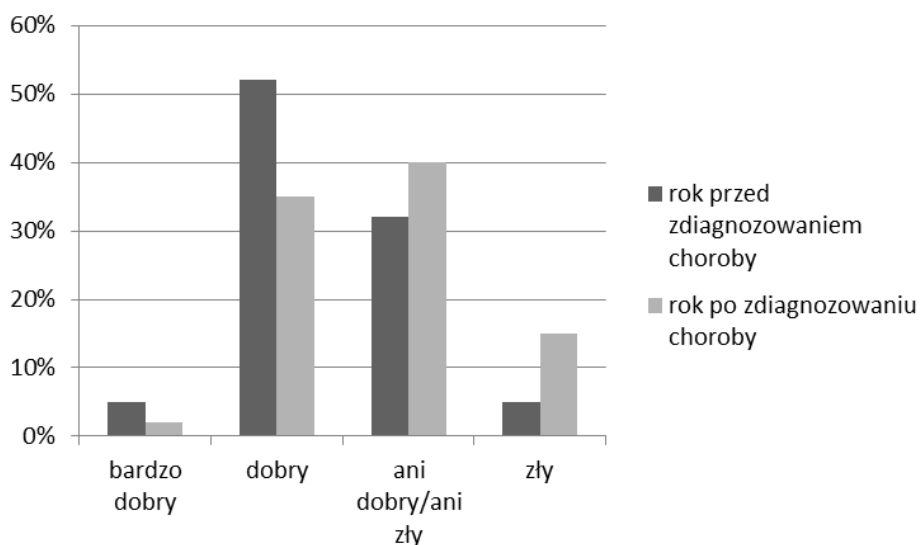
Materiał i metody

Badaniem została objęta grupa 60 kobiet, członkiń Stowarzyszenia „Łódzki Klub Amazonka” mieszczącego się przy ulicy Ignacego Paderewskiego 13 w Łodzi, wśród których była przeprowadzona rehabilitacja po zabiegu mastektomii. O włączeniu do badania decydowało członkostwo w „Łódzkim Klubie Amazonka” oraz przebyty zabieg mastektomii. Udział w badaniu był dobrowolny, każda uczestniczka wyraziła zgodę na udział w badaniu. Narzędziem badawczym był kwestionariusz własny składający się z 66 pytań zamkniętych. Kwestionariusz został stworzony na potrzeby niniejszego badania. Za pomocą kwestionariusza zebrano dane dotyczące poziomu aktywności fizycznej, zachowań prozdrowotnych w życiu codziennym, przeprowadzanej rehabilitacji po zabiegu mastektomii, zapytano także o subiektywną ocenę stanu zdrowia pacjentek. Kwestionariusz zawierał trzy tematyczne bloki pytań. W pierwszym bloku pytano respondentki o aktywność fizyczną, a także inne zachowania zdrowotne w przeszłości i teraźniejszości, po zabiegu mastektomii. Druga część ankiety dotyczyła uczestnictwa w rehabilitacji oraz poradnictwa usług medycznych, w tym lekarza i fizjoterapeuty odnośnie modyfikacji stylu życia oraz zaistniałych zmian zachowań u pacjentek onkologicznych. Trzeci blok pytań odnosił się do danych socjoekonomicznych, takich jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, dochód. Średni wiek respondentek wynosił 61 lat. Najmłodsza respondentka była w wieku 33 lat, a najstarsza miała 85 lat. Na badania uzyskano zgodę nr RNN/607/14/KB z dnia 15.07.2014 r. Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Wyniki

Rok przed wystąpieniem choroby zaledwie 5% badanych kobiet oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry, ponad połowa (52%) ankietowanych oceniła swój stan zdrowia jako dobry, 32% respondentek nie miało zdania na temat swojego stanu zdrowia, a 5% badanych uznało, że posiada zły stan zdrowia. Rok po wystąpieniu choroby tylko 2% badanych kobiet oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry, 35% respondentek uznało, że ma dobry stan zdrowia, 40% badanych nie miało zdania na temat swojego stanu zdrowia, a 15% badanych kobiet oceniło swój stan zdrowia jako zły (rys. 1). Na podstawie powyższych wyników można stwierdzić, że rok przed zdiagnozowaniem choroby więcej kobiet postrzegało swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, natomiast rok po zachorowaniu więcej badanych kobiet nie miało zdania na temat swojego stanu zdrowia oraz uważało, że posiada zły stan zdrowia.

Rysunek 1. Subiektywna ocena stanu zdrowia rok przed i po zdiagnozowaniu nowotworu złośliwego piersi

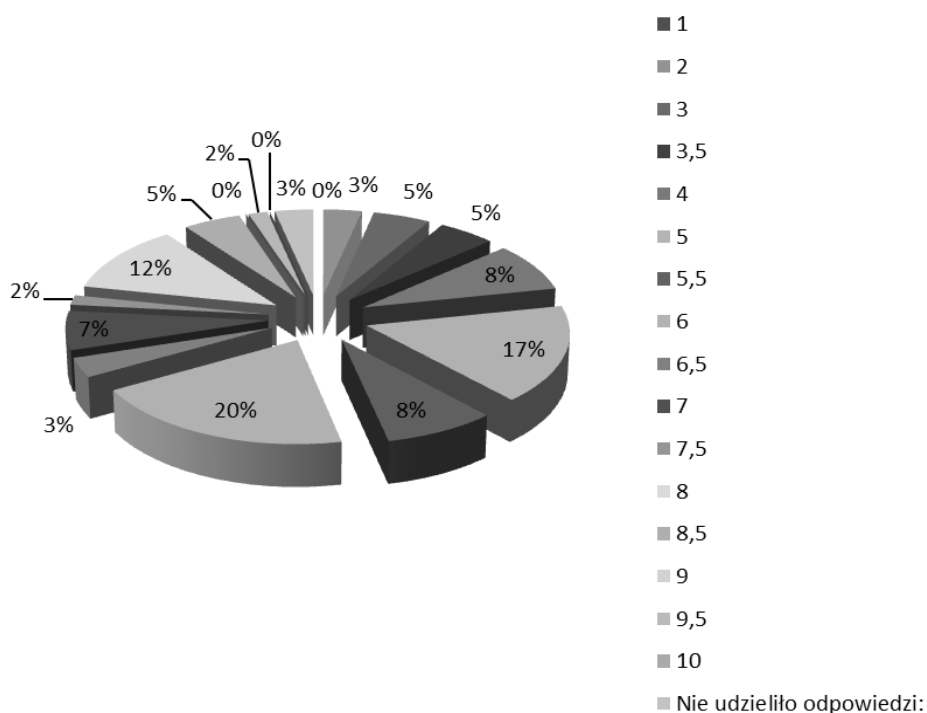


Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Pacjentki zostały poproszone o aktualną ocenę swojego stanu zdrowia w skali od 1 do 10 (1 – bardzo źle; 10 – bardzo wysoko). Połowa badanych kobiet, czyli 30 respondentek oceniło swój stan aktualny stan zdrowia na „6” lub więcej, czyli jako dobry.

Żadna z badanych kobiet nie oceniła swojego aktualnego stanu zdrowia jako bardzo dobry, tylko 1 badana kobieta (2% ogółu badanych) oceniła swój aktualny stan zdrowia na 9,5). Również żadna z ankietowanych nie odpowiedziała, że ocenia swój stan zdrowia jako bardzo zły, aczkolwiek 3% respondentek oceniło swój aktualny stan zdrowia na „2”, a 5% badanych kobiet oceniło swój aktualny stan zdrowia na „3” (rys. 2). Subiektywna ocena stanu zdrowia znacznie pogorszyła się podczas trwania choroby.

Rysunek 2. Aktualna ocena stanu zdrowia

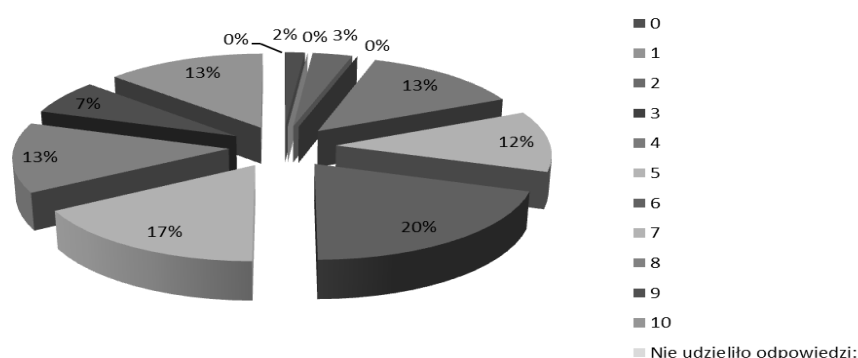


Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Ankietowane zostały również poproszone o subiektywną ocenę swojej kondycji fizycznej przed i po zdiagnozowaniu nowotworu złośliwego piersi w skali od 0 do 10 (0 – bardzo źle; 10 – bardzo dobrze). Przed zachorowaniem 13% ankietowanych kobiet oceniło swoją kondycję fizyczną na „10” (bardzo dobra kondycja fizyczna). Naj-

więcej respondentek (20%) oceniło swoją kondycję fizyczną na „6”. Na drugim miejscu znalazła się ocena „7”, 17% respondentek oceniło tak swój poziom aktywności fizycznej przed zachorowaniem. 13% badanych oceniło swoją kondycję fizyczną na „4” i „8”. Żadna z respondentek nie oceniła swojej kondycji na „1”, natomiast 2% badanych kobiet stwierdziło, że ich kondycja fizyczna przed zachorowaniem była bardzo zła (ocena „0”), (rys. 3).

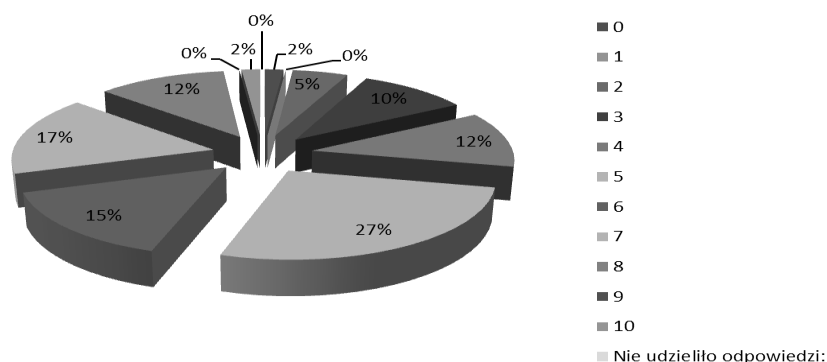
Rysunek 3. Subiektywna ocena poziomu aktywności fizycznej przed zachorowaniem



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Po operacji tylko 2% ankietowanych kobiet oceniło swój poziom aktywności fizycznej jako bardzo dobry (ocena „10”), również 2% respondentek podało, że uważa swój poziom aktywności fizycznej po zabiegu jako bardzo zły (ocena „0”). Po operacji badane kobiety najczęściej oceniały swój poziom kondycji fizycznej na „5”, co stanowi 27% ogółu badanych kobiet. Drugie miejsce zajął wynik „7”, odpowiedź tą wskazało 17% badanych kobiet. Na trzecim miejscu znalazła się odpowiedź „6”, 15% badanych kobiet oceniło tak swój poziom aktywności fizycznej po operacji. Subiektywna ocena poziomu aktywności fizycznej uległa obniżeniu podczas trwania choroby (rys. 4).

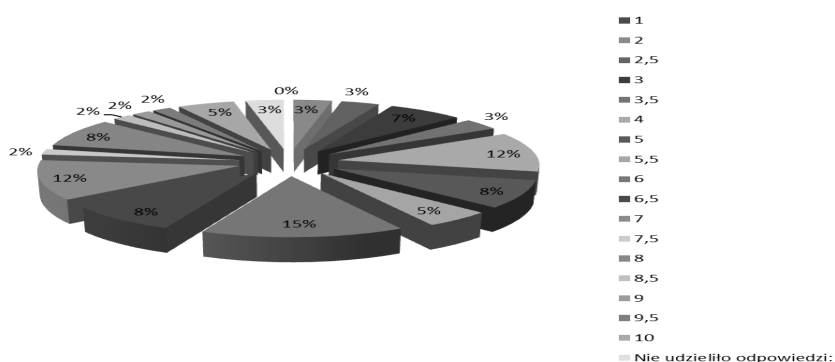
Rysunek 4. Subiektywna ocena poziomu aktywności fizycznej po zachorowaniu



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań

Ankietowe kobiet zostały również poproszone o ocenę własnego poziom ogólnego zadowolenia z życia po zabiegu mastektomii (rys. 5), w skali od 1 do 10 (1 – bardzo nisko; 10 – bardzo wysoko). Poczucie szczęścia, spełnienia i wysoka jakość życia wpływają pozytywnie na funkcjonowanie psychiczne i proces zdrowienia. Im wyższy wskaźnik, tym bardziej pozytywna jest ocena jakości życia badanych kobiet, im mniej negatywna jest ta ocena tym jakość życia badanych kobiet jest lepsza.

Rysunek 5. Poziom ogólnego zadowolenia z życia



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Najczęściej badane kobiety oceniały swój poziom ogólnego zadowolenia z życia po zabiegu mastektomii na „6”. Na drugim miejscu znalazły się oceny „4” i „7”, wskazało je po 12% ankietowanych kobiet. Żadna z badanych kobiet nie odpowiedziała, że ocenia swój poziom ogólnego zadowolenia z życia bardzo nisko (ocena 1). Bardzo dobrze (odpowiedź „10”) swój poziom zadowolenia z życia oceniło zaledwie 5% pacjentek. Odpowiedzi „6” i więcej udzieliły 33 kobiety, czyli ponad połowa badanych kobiet po zabiegu mastektomii, ocenia swoją jakość życia wysoko, 3% badanych kobiet nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Dyskusja

Z badań własnych wynika, że 40% ankietowanych kobiet w pierwszym roku po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej piersi oceniło swój stan zdrowia jako ani dobry/ani zły. Subiektywna ocena stanu zdrowia oraz poziomu aktywności fizycznej znacznie pogorszyła się podczas trwania choroby. Ponad połowa badanych kobiet po zabiegu mastektomii, ocenia swoją jakość życia wysoko. W badaniach własnych stwierdzono, że rok przed zachorowaniem więcej kobiet oceniało swój stan zdrowia jako dobrze lub bardzo dobrze, natomiast rok po zachorowaniu więcej badanych kobiet nie miało zdania na temat swojego stanu zdrowia oraz uważało, że posiada zły stan zdrowia. W badaniach H. Zielińskiej-Więczkowskiej i współpracowników [2010, ss. 276-280], przeprowadzonych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, od września 2008 r. do czerwca 2009 r. odnotowano niską subiektywną ocenę stanu zdrowia. W badaniu tym sprawdzano subiektywną ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjentek po chemioterapii? W grupie A – pacjentki na etapie diagnozowania odpowiedziały zaznaczając odpowiedź 4,40, natomiast w grupie B- ankietowane w trakcie chemioterapii zaznaczyły odpowiedź 3,90 w 10-stopniowej skali. Wyniki są bardzo zbliżone do badań własnych. W badaniach przeprowadzonych przez Puchalska M., Sierko E. i wsp. [2011, ss. 341–347] na 90 kobietach chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych, za pomocą kwestionariusza stworzonego na potrzeby tego badania, również stwierdzono, że jakość życia chorych uległa pogorszeniu. W badaniu tym stwierdzono, że poziom jakości życia uległ obniżeniu głównie przez smutek towarzyszący chorobie, niepokój, obawę przed leczeniem, nudności, wymioty, osłabienie, ból, brak energii życiowej, a także problemy finansowe. Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Musiał Z., Sendacka W. i wsp. [2013, ss. 38–46]. W badaniu tym przebadano 70 kobiet należących do Klubu Amazonek, narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz własny oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF. Stwierdzono, że mastektomia wpływa negatywnie na jakość życia kobiet oraz na ich

stan ogólny, przy czym najniżej jakość życia oceniana jest w dziedzinie psychologicznej, a najwyżej w dziedzinie fizycznej. Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Wrońską i wsp., w badaniu tym zespół przepecał 61 kobiet po mastektomii. Pacjentki były badane pod względem funkcjonowania psychicznego, społecznego oraz środowiskowego. Wykazano, że największą trudność w funkcjonowaniu kobiet po mastektomii stanowi ich kondycja psychiczna [2003, ss. 900-909]. Również w badaniach prowadzonych pod kierunkiem Robb [2007, ss. 84-91], które porównywały jakość życia 127 kobiet ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym piersi z grupą kontrolną, bez zdiagnozowanego nowotworu, liczącą 87 kobiet, stwierdzono, że kobiety po przebytych zabiegach mastektomii uzyskały niższe wyniki w ocenie kondycji psychospołecznej. W badaniu przeprowadzonym przez Stępień R. i Wrońską R. [2008, ss. 31-35] oceniającym poziom lęku i depresji u kobiet po radykalnej mastektomii w kontekście wybranych zmiennych stanu funkcjonalnego, które zostały ujęte w pięciu dziedzinach: stan fizyczny, stan emocjonalny, życie towarzyskie i rodzinne, funkcjonowanie w życiu codziennym, a także w obszarze specyficznych dolegliwości związanych z leczeniem raka piersi, przebadanych zostało 217 pacjentek po mastektomii, oraz 100 zdrowych kobiet. Stwierdzono, że w grupie kobiet po mastektomii zależność pomiędzy poziomem lęku i depresją, a stanem fizycznym oraz życiem towarzyskim i rodzinnym była silniejsza niż w grupie kontrolnej. Inne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Tasiemski T., Kujawa M. i wsp., [2009, ss. 48-58] w badaniu przebadano 53 kobiety po mastektomii, narzędzie badawcze stanowił własny kwestionariusz stworzony na potrzeby tego badania dotyczący obiektywnej oceny sytuacji życiowej oraz Kwestionariusz Satysfakcji Życiowej, który badał subiektywną ocenę sytuacji życiowej. W badaniu tym kobiety po mastektomii oceniły swoją sytuację życiową dość wysoko. Z badań przeprowadzonych przez Nowicki A. i Nikiel M. [2006, ss. 45-50] w których za pomocą kwestionariusza własnego rozesłanego pocztą przebadano 20 kobiet operowanych w latach 2000-2003 w Katedrze i Klinice Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń Akademii Medycznej w Gdańsku, wynika, że kobiety po mastektomii i operacji odtwórczej piersi wyżej oceniają swoją jakość życia.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że mastektomia wpływa negatywnie na jakość życia pacjentek oraz na ich stan ogólny, przy czym najniżej jakość życia oceniana jest w dziedzinie psychologicznej, a najwyżej w dziedzinie fizycznej. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują na potrzebę:

1. Organizowania różnych form wsparcia dla kobiet po operacji mastektomii piersi, np. zajęć z doradcą zawodowym w celu opracowania Indywidualnego Planu Działania i spotkań w zakresie aktywizacji zawodowej, szkoleń zawodowych umożliwiających zmianę zawodu lub podnoszących dotychczasowe kwalifikacje zawodowe w celu pomocy kobietom w powrocie do aktywności zawodowej na rynku pracy, w tym szkoleń językowych, zawodowych.
2. Stworzenia lepszego dostępu do fizjoterapeutów, a co za tym idzie zapewnienia krótszego czasu oczekiwania na rehabilitację kobiet po zabiegu operacyjnym
3. Zwracania przez fizjoterapeutów szczególnej uwagi na pacjentki onkologiczne i motywowania pacjentek onkologicznych do przestrzegania minimalnej dziennej dawki aktywności fizycznej.
4. Motywowania pacjentek onkologicznych o przestrzeganiu regulaminu Europejskiego Kodeksu walki z rakiem, który mówi o wystrzeganiu się otyłości.
5. Zwiększenia roli profesjonalistów medycznych w promocji zachowań prozdrowotnych oraz rozwijaniu kompetencji psychicznych i fizycznych całego społeczeństwa.

Bibliografia

- Ferraro K.F., Farmer M. (1999), *Utility of health data from social surveys: Is there a gold standard for measuring morbidity?*, Am. Soc. Rev., 64: 303–315.
- Idler E., Angel R. (1990), *Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study*, Am. J. Pub. Health, 80: 446–452.
- Idler E., Kasl S., Lemke J. (1990), *Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982–1986*, Am. J. Epidemiol., 131: 91–103.
- Kaleta D., Makowiec-Dąbrowska T., Jegier A. (2004), *Leisure-time physical activity, cardiorespiratory fitness and work ability - a study in randomly selected residents of Łódź*, Int. J. Occ. Med. Envir. Health 17 (4): 457-64.
- Kwaśniewska M., Bielecki W., Drygas W. (2004), *Sociodemographic and clinical determinants of quality of life in urban population of Poland*, Cent. J. Publ. Health, 12(2): 63-68.
- Miilunpalo S., Vuori I., Oja P., Pasanen M., Urponen H. (1997), *Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population*, J. Clinical. Epidemiol., 50: 517–528.
- Musiak Z., Sendek W. i wsp., (2013), *Jakość życia kobiet po mastektomii*, „Problemy Pielęgniarstwa” 21 (1): 38–46.

- Nowicki A., Nikiel M. (2006), *Operacje odtwórcze piersi, ocena satysfakcji pacjentek*, „Współczesna Onkologia”, vol. 10; 2 (45–50)
- Pohjonen T., Ranta R. (2001), *Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: five-year follow-up*, *Prev. Med.*, 32(6): 465-475.
- Puchalska M., Sierko E. i wsp. (2011), *Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych*, „Problemy Pielęgniarstwa” 19 (3): 341–347
- Robb C. i wsp. (2007), *Impact of breast cancer survivorship on quality of life in older women*, *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 62, 1, 84-91.
- Siegrist J. (1987), *Impaired quality of life as risk factor in cardiovascular disease*, *J. Chron. Diseases* 40: 571-578.
- Stępień R., Wrońska I. (2008), *Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi*, „Studia Medyczne”, 10: 31-35.
- Svardsudd K., Tibblin G. (1990), *Is quality of life affecting survival?*, *Scan. J. Prim. Health Care* suppl. 1: 55-60.
- Tasiemski T., Kujawa M. i wsp. (2009), *Jakość życia kobiet po mastektomii*, „Fizjoterapia” 17, 4, 48-58.
- World Health Organization, (1952), *Constitution of the WHO*, World Health Organization. Handbook of basis documents. 5th edition, Geneva, Palais des Nations, 1952: 3
- Wrońska I. i wsp. (2003), *The Quality of Women's Life after mastectomy in Poland*, „Heath Care for Women International”, 24, 10, 900-909.
- Zielińska-Więczkowska H., Betlakowski J. (2010), *Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii*, „Współczesna Onkologia”, vol. 14; 3: 276-280.

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Alina Kowalska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dominika Cichońska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Aleksandra Marjańska

Spółeczna Akademia Nauk

Jan Krakowiak

Spółeczna Akademia Nauk

Postawy studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu wobec zakazów palenia tytoniu jako istotny element zarządzania polityką zdrowotną i legislacyjną

Attitudes of students of the Faculty of Health Sciences toward smoking ban as an important element of health and legislative policy

Abstract: It is estimated that currently in the world is smoked 6 trillion cigarettes per year. Forecasts predict that this number may increase to 7 trillion in 2020. GATS study results showed that 27.0% (8.7 million) of adults smoke tobacco daily in our country. In Poland, the aspects related to the use and sale of tobacco products are regulated since 1996 when The Act of on protection of health against the consequences of consumption of tobacco and tobacco products came into force.

The aim of this study was to investigate attitudes of students of the Faculty of Health Sciences at Medical University of Lodz toward smoking ban.

The study was conducted from March to April 2015 among students of the Faculty of Health Sciences at the Medical University of Lodz. The research tool was an anonymous questionnaire designed to self-completion by the respondents.

Analysis of the collected empirical material showed that the prevalence of smoking among students of the first years at the Faculty of Health Sciences was high. 32,2% of the respondents smoke cigarettes. Most of the smokers did not comply with smoking ban. Studies have shown that most of the students advocated the introduction of smoking bans in public places.

Keywords: tobacco smoking, smoking ban, antitobacco legislation, students.

Wstęp

Szacuje się, że obecnie na świecie wypala się 6 bilionów sztuk papierosów na rok. Prognozy przewidują, że ta liczba może się zwiększyć do 7 bilionów w roku 2020. W krajach europejskich, szczególnie w Europie Zachodniej na przełomie ostatnich 20 lat konsumpcja papierosów zmalała o około 25%. W tym samym czasie zaobserwowano wzrost konsumpcji papierosów o ponad 50% wśród mieszkańców Afryki. Najnowsze dane wskazują, że najwięcej papierosów wypalają mieszkańcy Chin, to jest około 2,3 biliona sztuk rocznie. Wśród krajów europejskich najwięcej papierosów wypalane jest w Bułgarii i Grecji [Eriksen 2012].

W grupie mężczyzn na całym świecie papierosy pali około 800 milionów osób. Większość z palących mężczyzn żyje w krajach o niskim i średnim dochodzie. Najwięcej palących mężczyzn żyje w Chinach. Szacuje się, że ponad 50% Chińczyków powyżej 15 roku życia pali papierosy. Kolejnym krajem charakteryzującym się bardzo wysokimi odsetkami palących mężczyzn są Indie. Z badań wynika, że w Indiach tytoń pali 132 miliony mężczyzn, natomiast prawie 100 milionów go żuje [Shafey 2009].

Palenie tytoniu przez kobiety staje się coraz bardziej powszechnym problemem na świecie. Najnowsze dane wskazują, że w grupie kobiet na świecie tytoń pali 200 milionów osób. Najwyższe odsetki palących kobiet obserwujemy w krajach wysokorozwiniętych.

Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży jest największe w krajach europejskich. Odsetki dzieci inhalujących dym tytoniowy w krajach Europy mieszczą się w przedziale 16—0%. W większości krajów różnice w częstotliwości palenia tytoniu wśród dziewcząt i chłopców są niewielkie. W większości państw chłopcy sięgają częściej po wyroby tytoniowe niż dziewczęta. Szacuje się jednak, że co najmniej w 20 krajach to dziewczęta częściej używają wyrobów tytoniowych w porównaniu z rówieśnikami płci męskiej. Na przełomie ostatnich lat obserwuje się bardzo niepokojące zjawisko jakim jest obniżenie wieku inicjacji tytoniowej zarówno wśród dziewcząt

jak i chłopców. W Europie w wielu krajach co trzecia osoba w wieku poniżej 13 lat przeszła inicjację tytoniową [Mazur 2009, ss. 768–772].

W latach 2009–2010 w Polsce zostało przeprowadzony Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Badanie zostało przeprowadzone wśród kobiet i mężczyzn w wieku 15 lat i więcej. Badanie GATS w Polsce przeprowadzono we wszystkich 16 województwach. Sondaż objął zasięgiem 99,4% badanej populacji. Badanie GATS zostało przeprowadzone za pomocą wystandaryzowanych narzędzie wykorzystywanych na całym świecie w celu monitorowania epidemii palenia tytoniu.

Wyniki badania GATS wykazały, że codziennie pali tytoń 27,0% (8,7 miliona) osób dorosłych w naszym kraju. W grupie mężczyzn odsetek palących codziennie wynosił 33,5%, to jest 5,2 miliona osób, a w grupie kobiet 21,0%, to jest 3,5 miliona osób. Okazjonalnie pali 1,1 miliona Polaków (3,3% mężczyzn oraz 3,4% kobiet). Ogółem do okazjonalnego lub codziennego palenia tytoniu przyznało się 30,3% dorosłych Polaków, to jest 9,8 miliona osób [GATS 2010].

Podstawowym narzędziem do walki z epidemią palenia tytoniu na świecie jest stworzony przez Światową Organizację Zdrowia pakiet MPOWER. Pakiet MPOWER składa się z sześciu elementów:

1. Monitor – monitorowanie konsumpcji tytoniu i prowadzonych działań prewencyjnych.
2. Protect – zapewnienie ochrony przed dymem tytoniowym.
3. Offer help – oferowanie pomocy w rzucaniu palenia.
4. Warn – ostrzeganie o niebezpieczeństwach związanych z używaniem tytoniu.
5. Enforce – wprowadzenie zakazów reklamowania i promowania wyrobów tytoniowych oraz sponsorowania przez przemysł tytoniowy.
6. Raise taxes – podnoszenie podatków na wyroby tytoniowe [Kaleta 2009, ss. 1-5].

Głównym zadaniem pakietu MPOWER jest zwiększenie skuteczności działań antytytoniowych na wszystkich szczeblach.

Monitor

Jako główny element walki z epidemią palenia tytoniu zalicza się systematyczne monitorowanie tego zjawiska. Najważniejsze elementy, które powinny podlegać stałemu monitoringowi to: rozpowszechnienie używania tytoniu, skuteczność podejmowanych działań oraz działalność marketingową, lobbingsową i promocyjną prowadzoną przez koncerny tytoniowe [WHO 2009]. Bardzo ważnym jest, żeby monitoring był prowadzony z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi wśród populacji o dużej liczebności. Tak prowadzone działania dostarczą kompleksowych

i reprezentatywnych dla danej populacji danych. Istotne jest również aby zachęcać do współpracy specjalistów reprezentujących różne sektory co zdecydowanie zwiększy skuteczność prowadzonego monitoringu [WHO 2011].

Protect

Jak wynika z wielu badań biernie palenie tytoniu jest bardzo niebezpieczne dla zdrowia osób niepalących [WHO 2004]. Z tego względu tak ważna jest ochrona osób niepalących przed wdychaniem środowiskowego dymu tytoniowego. Tworzenie miejsc wolnych od dymu tytoniowego jest bardzo skutecznym narzędziem ochrony zdrowia osób niepalących, a dodatkowo przyczynia się do zmniejszenia rozpowszechnienia palenia tytoniu w społeczeństwie. Tworząc miejsca wolne od dymu tytoniowego należy pamiętać o tym aby zakaz palenia był całkowity, bez możliwości wydzielania stref dla osób palących. Tylko tak skonstruowane przepisy będą w pełni chroniły zdrowie osób niepalących. Często obserwowanym zjawiskiem w krajach, w których omawiane zakazy zostały wprowadzone jest przenoszenie zasad dotyczących zakazów palenia do domów palaczy [Borland 2006, ss. 42-50]. Doświadczenia innych państw wskazują, że wdrażanie zakazu palenia tytoniu w miejscach publicznych cieszy się dużym poparciem społeczeństwa. Coraz więcej państw wprowadza całkowity zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych jako skuteczne narzędzie do walki z epidemią palenia tytoniu [Borland 2006, ss. 42–50].

Offer help

Badania prowadzone w wielu ośrodkach na świecie wykazały, że większość osób palących tytoń deklaruje chęć zaprzestania palenia. Ważnym jest aby wspierać osoby palące w podejmowaniu skutecznych prób zerwania z uzależnieniem. Metod pomocy w zaprzestaniu palenia jest wiele. Do najsukuteczniejszych należy zaliczyć nikotynową terapię zastępczą (NTZ), szczególnie w przypadku gdy osobom palącym oferuje się dofinansowanie do kosztów prowadzenia takiej terapii [Kralikova 2009]. Istotne jest również aby osoby palące miały dostęp do innych form pomocy, takich jak: minimalna interwencja antynikotynowa realizowana przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz ogólnodostępne linie telefoniczne oferujące wsparcie w zerwaniu z uzależnieniem.

Warn

Rozpowszechnienie informacji na temat szkodliwości palenia tytoniu jest bardzo szerokie. Większość osób zarówno palących jak i niepalących deklaruje znajomość wpływu inhalowania dymu tytoniowego na zdrowie człowieka. Jednak popularna jest tylko wiedza dotycząca związku palenia tytoniu z wieloma chorobami np. rakiem

płuca. Związek inhalowania dymu tytoniowego z innymi również bardzo groźnymi chorobami jest znany zdecydowanie mniejszemu odsetkowi społeczeństwa. Dlatego ważne jest aby rozpowszechnianie wiedzy na temat szkodliwych następstw zdrowotnych palenia tytoniu było prowadzone w sposób systematyczny i kompleksowy. Do sprawdzonych i zalecanych przez pakiet MPOWER metod uświadamiania społeczeństwa w omawianym obszarze zaliczamy kampanie medialne oraz ostrzeżenia obrazkowe na paczkach papierosów [Bansal-Travers 2011, ss. 674-682; Brennan 2011, ss. 412-418].

Enforce

W pakiecie MPOWER podkreśla się, że bardzo ważnym elementem przeciwdziałania epidemii palenia tytoniu na świecie jest wprowadzanie zakazów reklamowania produktów tytoniowych oraz sponsorowania przez koncerny tytoniowe wydarzeń sportowych i kulturalnych. Agresywny marketing koncernów tytoniowych często skierowany jest do dzieci i wbrew zapewnieniom firm tytoniowych zachęca najmłodszych do rozpoczęcia palenia papierosów. O skuteczności wprowadzania zakazów reklamowania wyrobów tytoniowych w walce z paleniem tytoniu na świecie może świadczyć fakt, że koncerny tytoniowe bardzo mocno sprzeciwiają się takim działaniom. Jak pokazują badania wprowadzenie zakazu reklamowania i sponsorowania przez koncerny tytoniowe imprez masowych może obniżyć wielkość konsumpcji wyrobów tytoniowych nawet o 16% [Anderson 1992].

Raise taxes

Kolejnym elementem uznanym przez Światową Organizację Zdrowia za jedno z najskuteczniejszych narzędzi walki z epidemią palenia tytoniu na świecie jest podnoszenie podatków, a tym samym cen wyrobów tytoniowych. Badania wykazały, że zwiększenie podatku na tytoń o 10% zmniejsza konsumpcję wyrobów tytoniowych o 8% w krajach o niskim i średnim dochodzie oraz o 4% w krajach o dochodzie wysokim. Dodatkowo takie działania prowadzą do wzrostu przychodów państwa z podatków na poziomie 7% [Chaloupka 2000]. Podnoszenie cen tytoniu sprawdza się szczególnie skutecznie w obniżaniu częstości palenia tytoniu przez osoby biedne oraz młodzież i dzieci.

W Polsce aspekty związane z używaniem i sprzedażą wyrobów tytoniowych uregulowane są od 1996 roku kiedy to weszła w życie ustawa o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych [Dz. U. z 1996 r. nr 10, poz. 55]. Ustawa uregulowała następujące obszary związane z tytoniem w naszym kraju:

- wprowadzono obowiązek prowadzenia odpowiednich działań na poziomie kraju zmierzających do ograniczenia konsumpcji tytoniu,

- wprowadzono przepisy chroniące niepalących przed narażeniem na dym tytoniowych w miejscach publicznych,
- ograniczono dzieci i młodzieży dostęp do wyrobów tytoniowych,
- wprowadzono odpowiednie zapisy ograniczające reklamę wyrobów tytoniowych,
- wprowadzono ostrzeżenia na paczkach papierosów.

W Polsce obowiązek ochrony osób niepalących przed konsekwencjami zdrowotnymi wdychania środowiskowego dymu tytoniowego wynika również pośrednie z Konstytucji. Zgodnie z art. 68 niniejszego dokumentu każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne są obowiązane do zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska [Dz. U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 z późn. zm.]. Zapisy ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych w dużej mierze skupiają się ochronie zdrowia osób niepalących poprzez tworzenie stref wolnych od dymu tytoniowego. Najnowsza nowelizacja omawianej ustawy z dnia 8 kwietnia 2010 r. wprowadziła zakazy palenia tytoniu w następujących miejscach:

- na terenie zakładów opieki zdrowotnej i w pomieszczeniach innych obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne;
- na terenie jednostek organizacyjnych systemu oświaty, o których mowa w przepisach o systemie oświaty, oraz jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, o których mowa w przepisach o pomocy społecznej;
- na terenie uczelni;
- w pomieszczeniach zakładów pracy (innych niż wyżej wymienione);
- w pomieszczeniach obiektów kultury i wypoczynku przeznaczonych do użytku publicznego;
- w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych;
- w środkach pasażerskiego transportu publicznego oraz w obiektach służących obsłudze podróżnych;
- na przystankach komunikacji publicznej;
- w pomieszczeniach obiektów sportowych;
- w ogólnodostępnych miejscach przeznaczonych do zabaw dzieci;
- w innych pomieszczeniach dostępnych do użytku publicznego [Dz. U. z 2010 r. nr 81, poz. 529].

Celem niniejszej pracy było zbadanie postaw studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wobec zakazu palenia tytoniu.

Materiał i metody

Badanie było prowadzone od marca do kwietnia 2015 roku wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Wykorzystanym narzędziem badawczym był kwestionariuszem anonimowej ankiety przeznaczonej do samodzielnego wypełnienia przez respondentów. Kwestionariusz ankiety składał się 33 pytań, w tym 5 pytań dotyczyło danych społeczno-demograficznych ankietowanych. Badaniami objęty wszystkich studentów pierwszych lat studiów licencjackich na kierunkach Dietetyka, Ratownictwo Medyczne i Zdrowie Publiczne. Studenci wypełniali ankiety na początku wykładów po wyrażeniu zgodą na przeprowadzenie badania przez osoby prowadzące zajęcia. Wypełnianie ankiety poprzedzono krótkim omówieniem tematu, celu i metody przeprowadzonych badań, studenci zostali również zapewnieni o anonimowości badań. Wypełnione kwestionariusze oddały 143 osoby. Dane zawarte w ankietach zostały wprowadzone do arkusza kalkulacyjnego programu MS Excel, a następnie zebrany materiał empiryczny poddano analizie opisowej.

Wyniki

W badanej grupie większość, to jest 65,0% (93 osoby) stanowiły kobiety. Wśród respondentów najliczniejszą grupę, to jest 76,2% (109 osób) stanowiły osoby w wieku 20 lat. Wśród badanych najliczniejszą grupę, to jest 39,9% (57 osób) stanowiły osoby zamieszkujące przed studiami w miastach powyżej 100 tysięcy ludności (tab. 1).

W grupie 143 badanych do codziennego palenia tytoniu przyznało się 18,2% (26 osób) respondentów, natomiast 14,0% (20 osób) stwierdziło, że palili papierosy okazjonalnie. Wśród 93 kobiet codziennie papierosy paliło 18 studentek, natomiast 13 respondentek przyznało, że paliły tytoń okazjonalnie. W grupie 50 mężczyzn do codziennego palenia papierosów przyznało się 8 studentów, natomiast 7 osób deklaroowało, że palili papierosy okazjonalnie (tab. 2).

Wśród 97 osób, które nie paliły papierosów w okresie prowadzenia badań 6,2% (6 osób) respondentów przyznało, że palili papierosy codziennie w przeszłości, natomiast 26,8% (26 osób) stwierdziło, że w przeszłości palili tytoń okazjonalnie. Wśród 62 kobiet w przeszłości papierosy codziennie paliły 2 studentki, natomiast 20 respondentek przyznało, że paliły tytoń w przeszłości okazjonalnie. W grupie 35 mężczyzn do codziennego palenia papierosów w przeszłości przyznało się 4 studentów, natomiast 6 osób deklaroowało, że palili papierosy w przeszłości okazjonalnie (tab. 2).

Tabela 1. Charakterystyka badanych

Cecha	Studenci	
Płeć	N	%
Kobiety	93	65,0
Mężczyźni	50	35,0
Wiek	N	%
Do 20 lat	109	76,2
21 lat	22	15,4
22 i więcej lat	12	8,4
Miejsce zamieszkania przed studiami	N	%
Miasto pow. 100 tys. mieszkańców	57	39,8
Miasto 50-100 tys. mieszkańców	23	16,1
Miasto poniżej 50 tys. mieszkańców	27	18,9
Wieś	36	25,2

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Palenie tytoniu przez badanych wg płci

Zachowania związane z paleniem tytoniu	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
Palenie tytoniu obecnie	N	f	N	f	N	%
Palili codziennie	18	0,19	8	0,16	26	18,2
Palili okazjonalnie	13	0,14	7	0,14	20	14,0
Nie palili	62	0,67	35	0,70	97	67,8
Palenie tytoniu w przeszłości	N	f	N	f	N	%
Palili codziennie	2	0,03	4	0,11	6	6,2
Palili okazjonalnie	20	0,32	6	0,17	26	26,8
Nie palili	40	0,65	25	0,72	65	67,0

Źródło: opracowanie własne.

Wśród 46 badanych palących papierosy w okresie prowadzenia badań 32 respondentów deklaroowało chęć zaprzestania palenia. Wśród 118 respondentów, którzy przynajmniej raz w życiu zapalili papierosa najliczniejszą grupę, to jest 46,6% (55 osób) stanowiły osoby, które zapaliły swojego pierwszego papierosa w życiu w wieku 8–15 lat, 33,1% badanych (39 osób) przeszło inicjację tytoniową w wieku 16–17 lat, natomiast 20,3% (24 osoby) ankietowanych zapaliło pierwszego papierosa w życiu po osiągnięciu pełnoletności. Wśród 118 respondentów, którzy przeszli inicjację tytoniową zdecydowaną większość, to jest 80,5% (95 osób) stanowili badani, którzy jako powód sięgnięcia po pierwszego papierosa w życiu deklarowali ciekawość. W omawianej grupie 11,0% badanych (13 osób) do zapalenia pierwszego papierosa w życiu zostało namówionych przez palących kolegów lub koleżanki.

Wśród respondentów zdecydowana większość, to jest 82,5% (118 osób) uważało, że palenie tytoniu poważnie szkodzi zdrowiu, 15,4% badanych (22 osoby) twierdziło, że palenie jest prawdopodobnie szkodliwe dla organizmu palacza. (tab. 3)

Wśród respondentów zdecydowana większość, to jest 70,6% (101 osób) uważało, że przebywanie w sąsiedztwie osób palących poważnie szkodzi ich zdrowiu, 26,6% badanych (38 osób) twierdziło, że przebywanie w sąsiedztwie osób palących jest prawdopodobnie szkodliwe dla ich zdrowia (tab. 3).

Tabela 3. Wiedza respondentów na temat wpływu palenia czynnego i biernego na zdrowie

Wiedza na temat wpływu palenia czynnego na zdrowie palacza	N	%
Uważali, że palenie poważnie szkodzi zdrowiu	118	82,5
Uważali, że palenie prawdopodobnie poważnie szkodzi zdrowiu	22	15,4
Uważali, że palenie nie szkodzi zdrowiu	3	2,1
Wiedza na temat wpływu palenia biernego na zdrowie	N	%
Uważali, że palenie poważnie szkodzi zdrowiu	101	70,6
Uważali, że palenie prawdopodobnie poważnie szkodzi zdrowiu	38	26,6
Uważali, że palenie nie szkodzi zdrowiu	4	2,8

Źródło: opracowanie własne.

W grupie 46 respondentów palących tytoń w okresie prowadzenia badań 24 osoby stwierdziły, że w ciągu ostatnich 30 dni paliły papierosy w miejscu gdzie było to zakazane. Wśród badanych palących codziennie lub okazjonalnie w czasie prowadzenia badań 19 osób przyznało, że przynajmniej raz w ciągu ostatnich 30 dni paliło papierosy na przystanku komunikacji miejskiej. Wśród 46 studentek i studentów palących tytoń w okresie prowadzenia badań 5 osób stwierdziło, że w ciągu ostatnich 30 dni poprzedzających badanie paliło papierosy w środkach transportu publicznego. W grupie 46 palących tytoń respondentów 9 osób przyznało, że w ciągu 30 ostatnich dni poprzedzających badanie paliło papierosy w budynku należącym do Uniwersytetu Medycznego (poza wyznaczonym specjalnie do palenia papierosów miejscem – palarnią).

Wśród 143 badanych większość, to jest 78,3% ankietowanych (112 osób) deklaroowało poparcie wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w restauracjach. W grupie 46 respondentów palących tytoń w okresie prowadzenia badań 28 osób deklaroowało poparcie dla wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w restauracjach. Wśród 97 niepalących w analizowanym okresie podobną deklarację złożyły 84 osoby (tab. 4).

Wśród 143 badanych 44,8% ankietowanych (64 osoby) deklaroowało poparcie wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w pubach, dyskotekach i klubach nocnych. W grupie 46 respondentów palących tytoń w okresie prowadzenia badań 9 osób deklaroowało poparcie dla wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w pubach, dyskotekach i klubach nocnych. Wśród 97 respondentów niepalących w analizowanym okresie podobną deklarację złożyło 55 osób (tab. 4).

Wśród 143 badanych 62,2% studentek i studentów (89 osób) deklaroowało poparcie wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w zakładach i miejscach pracy. W grupie 46 ankietowanych palących tytoń w okresie prowadzenia badań 19 osób deklaroowało poparcie dla wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w zakładach i miejscach pracy. Wśród 97 respondentów niepalących w analizowanym okresie takiej samej odpowiedzi udzieliło 70 osób (tab. 4).

Wśród 143 badanych 87,4% (125 osób) odpowiedziało, że popiera wprowadzenie całkowitego zakazu palenia tytoniu w urzędach państwowych. Wśród 46 osób, które przyznały się do palenia tytoniu w okresie prowadzenia badania 34 ankietowanych odpowiedziało, że popiera wprowadzenie całkowitego zakazu palenia tytoniu w urzędach państwowych. Podobną deklarację złożyło 91 badanych w grupie osób niepalących w analizowanym okresie (tab. 4).

Tabela 4. Poparcie dla zakazów palenia tytoniu w miejscach publicznych przez palących i niepalących respondentów

Poparcie dla zakazów palenia tytoniu	Palący		Niepalący		Ogółem	
Restauracje	N	f	N	f	N	%
Popierali zakaz palenia	28	0,61	84	0,87	112	78,3
Nie popierali zakazu palenia	18	0,39	13	0,13	31	21,7
Puby, dyskoteki i kluby nocne	N	f	N	f	N	%
Popierali zakaz palenia	9	0,20	55	0,57	64	44,7
Nie popierali zakazu palenia	37	0,80	42	0,43	79	55,3
Zakłady i miejsca pracy	N	f	N	f	N	%
Popierali zakaz palenia	19	0,41	70	0,72	89	62,2
Nie popierali zakazu palenia	27	0,59	27	0,28	54	37,8
Urzędy państwowe	N	f	N	f	N	%
Popierali zakaz palenia	34	0,74	91	0,94	125	87,4
Nie popierali zakazu palenia	12	0,26	6	0,06	18	12,6
Podczas prowadzenia samochodu	N	f	N	f	N	%
Popierali zakaz palenia	11	0,24	69	0,71	80	55,9
Nie popierali zakazu palenia	35	0,76	28	0,29	63	44,1
W obecności dzieci	N	f	N	f	N	%
Popierali zakaz palenia	42	0,91	97	1,00	139	97,2
Nie popierali zakazu palenia	4	0,09	0	0,00	4	2,8
W obecności kobiet ciężarnych	N	f	N	f	N	%
Popierali zakaz palenia	42	0,91	97	1,00	139	97,2
Nie popierali zakazu palenia	4	0,09	0	0,00	4	2,8
We wszystkich miejscach gdzie przebywają osoby niepalące	N	f	N	f	N	%
Popierali zakaz palenia	10	0,22	69	0,71	79	55,2
Nie popierali zakazu palenia	36	0,78	28	0,29	64	44,8

Źródło: opracowanie własne

Wśród wszystkich respondentów (143 osoby) większość, to jest 56,6% (81 osób) deklaroowało chęć wprowadzenie całkowitego zakazu palenia tytoniu podczas prowadzenia samochodu. W grupie 46 palących respondentów 11 osób odpowiedziało, że chce wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu podczas prowadzenia samo-

chodu. Wśród 97 osób niepalących w badanym okresie podobną deklarację złożyło 69 osób (tab. 4).

W grupie 143 ankietowanych zdecydowana większość, to jest 97,2% (139 osób) odpowiedziała, że chce wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w obecności dzieci. Wśród 46 osób palących w okresie prowadzenia badań zdecydowana większość badanych, to jest 42 osoby zadeklarowały chęć wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w obecności dzieci. W grupie 97 niepalących respondentów podobnej odpowiedzi udzielili wszyscy respondenci (tab. 4).

W grupie wszystkich respondentów (143 osoby) prawie wszyscy badani, to jest 97,2% (139 osób) deklarowali chęć wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w obecności kobiet ciężarnych. Wśród 46 osób, które przyznały się do palenia tytoniu w okresie prowadzenia badań zdecydowana większość badanych, to jest 42 osoby zadeklarowały chęć wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu w obecności kobiet ciężarnych. W grupie 97 niepalących respondentów podobnej odpowiedzi udzielili wszyscy respondenci (tab. 4).

W grupie 143 ankietowanych większość, to jest 55,2% (79 osób) odpowiedziała, że chce wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu we wszystkich miejscach gdzie przebywają osoby niepalące. Wśród 46 palących respondentów 10 osób odpowiedziało, że chce wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu we wszystkich miejscach gdzie przebywają osoby niepalące. W grupie 97 niepalących w okresie prowadzenia badań respondentów podobnej odpowiedzi udzieliło 69 osób (tab. 4).

Podsumowanie i wnioski

1. Analiza zebranego materiału empirycznego wykazała, że rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród studentów pierwszych lat studiów licencjackich na Wydziale Nauk o Zdrowiu było duże. Do palenia papierosów przyznało się 32,2% respondentów. Częstość palenia tytoniów była wyższa wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami.
2. Większość osób palących tytoń codziennie deklarowała chęć zaprzestania palenia.
3. Osoby, które zapaliły w swoim życiu przynajmniej jednego papierosa w zdecydowanej większości (70,7%) przeszły inicjację tytoniową w wieku poniżej 18 lat.
4. Większość palących tytoń studentów świadomie łamała zakazy palenia tytoniu. W grupie 46 osób palących papierosy 24 osoby przyznały się do palenia tytoniu w miejscach gdzie wiedziały, że jest to zakazane.
5. Badania wykazały, że zakazy palenia tytoniu w miejscach publicznych spotkały się z dużym poparciem ze strony studentów.

Bibliografia

- Anderson R., Duckworth S. (1992), *Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence.*, Economic and Operational Research Division, Department of Health, London.
- Bansal-Travers M., Hammond D., Smith P., Cummings K.M. (2011), *The impact of cigarette pack design, descriptors, and warning labels on risk perception in the U.S.*, Am J Prev Med. 40(6), 674-682.
- Borland R.M., Yong H.H., Cummings K.M., Hyland A., Anderson .S, Fong G.T. (2006), *Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey.*, Tob Control. 15(Suppl. 3), 42-50.
- Brennan E., Durkin S.J., Cotter T., Harper T., Wakefield M.A. (2011), *Mass media campaigns designed to support new pictorial health warnings on cigarette packets: evidence of a complementary relationship.* Tob Control. 20(6), 412-418.
- Chaloupka, F.J., Hu T., Warner K.E., Jacobs R., Yurekli A. (2000), *The Taxation of Tobacco Products.* [w:] Tobacco Control in Developing Countries, ed. Jha P., Chaloupka F. Oxford, U.K., Oxford University Press.
- Eriksen M., Mackay J., Ross H. (2012), *The Tobacco Atlas.* Fourth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation.
- Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009-2010* (2010), Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Kaleta D., Kozieł A., Miśkiewicz P. (2009), *MPOWER – strategia na rzecz walki ze światową epidemią używania tytoniu.* Med Pr, 60(2), 1-5.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz. U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- Kralikova E., Kozak J.T., Rasmussen T., Gustavsson G., Le Houezec J. (2009), *Smoking cessation or reduction with nicotine replacement therapy: a placebo-controlled double blind trial with nicotine gum and inhaler.* BMC Public Health, 27, 9, 433 doi: 10.1186/1471-2458-9-433.
- Mazur J., Zielska A., Małkowska-Szcutnik A. (2009), *Związek palenia tytoniu z zespołem zachowań ryzykownych u młodzieży 15-letniej w Polsce i innych krajach europejskich.* Przegl Lek., 66, 10, 768-772.
- Shafey O., Eriksen M., Ross H., Mackay J. (2009), *The tobacco atlas – 3rd ed.* American Cancer Society.
- Ustawa z dnia 8 kwietnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz. U. z 2010 r., nr 81, poz. 529.

Adam Rzeźnicki, Włodzimierz Stelmach, Alina Kowalska, Dominika Cichońska i inni

Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Dz. U. z 1996 r., nr 10, poz. 55.

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic (2011), *Warning about the dangers of tobacco*. Geneva, World Health Organization,

World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic (2009), *The MPOWER package*. WHO, Geneva.

World Health Organization/International Agency for Research on Cancer IARC (2004), *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. Geneva, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83.

Marcin Miśtał

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Iwona Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Alina Kowalska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adam Rzeźnicki

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Włodzimierz Stelmach

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ograniczenie ekspozycji na środowiskowy dym tytoniowy jako metoda zarządzania ryzykiem zdrowotnym u dzieci ze szczególnym uwzględnieniem chorujących na astmę

Reducing exposure on environmental tobacco smoke as a children's health risk management method, taking into account children's suffering from asthma

Abstract: The epidemic of smoking is one of the few preventable causes of worldwide death. It is estimated that smoking is responsible for half of the deaths among smokers. It is also well known that it is one of the main factors the loss of years of life.

The results showed that 44.2% of the country's population over age 15 are exposed to second-hand smoke at home. According to data from the GATS in Poland, the costs resulting from the premature death of one person in 2008 amounted to about 621 000 zł. This gives you the option to estimate that the overall financial loss because of this may reach 5.5 billion zł per year.

Numerous publications show high harmfulness of tobacco smoke affecting the health and development of the child. Child inhales large amounts of toxic substances from the air to the lungs. In

contrast to adults, however, it does unfortunately more efficiently, and it is conditioned by several physiological factors. One of them is that children tend to breathe faster than adults, which results getting into the baby's lungs large portion of the smoke in a short time.

Keywords: Smoking, Asthma, Children, environmental smoke.

Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród dorosłych Polaków oraz w populacji dzieci i młodzieży

Epidemia palenia tytoniu to jedna z niewielu możliwych do wyeliminowania przyczyn zgonów na świecie. Szacuje się, że palenie tytoniu jest odpowiedzialne za połowę zgonów wśród osób palących. Powszechnie wiadomo również, że stanowi ono jeden z głównych czynników utraty lat życia. Wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Polsce wskazują, że w 2000 roku palenie tytoniu przyczyniło się do 69 tys. zgonów. Ponad połowa z nich to zgony mężczyzn w grupie wiekowej 35–69 lat czyli w wieku produkcyjnym [Zatoński 2009].

Wyniki ogólnopolskiego badania sondażowego GATS (Global Adult Tobacco Survey) przeprowadzonego w Polsce w latach 2009–2010 wykazały, że codziennie paliło tytoni 27% dorosłych mieszkańców naszego kraju, w tym 33,5% mężczyzn oraz 21% kobiet. [Ministerstwo Zdrowia 2010] W grupie dzieci w wieku 13–15 odnotowano 23,3% palących, to jest 24,9% wśród chłopców, i 20,6% wśród dziewcząt [Baśka 2006, ss. 110–116]. Tak duża liczba palaczy w różnych grupach wiekowych powoduje, że na wdychanie dymu tytoniowego poprzez tzw. bierne palenie (środowiskowy dym tytoniowy – ETS) jest narażona bardzo duża część społeczeństwa.

Wyniki powyżej cytowanych badań wykazały także, że 44,2% populacji kraju powyżej 15. roku życia jest narażona na bierne palenie w domu. Szczególną uwagę należy zwrócić na zagrożenie biernym paleniem osób szczególnie wrażliwych, którymi są osoby niepalące. Wielkość tej grupy osób w całej populacji stanowi około 28%. Jest ona zróżnicowana pod względem wieku. Szczególnej uwagi wymagają dzieci i młodzież w przypadku niekorzystnego oddziaływania środowiskowego dymu tytoniowego, na ich rozwijający się organizm. W grupie wiekowej 15–19 lat narażonych na bierne palenie w domu było aż 41,4%. Ma to podwójnie niekorzystny wymiar, gdyż wpływa bardzo negatywnie na rozwój młodego człowieka i jednocześnie kształtuje i utrwala w nim niewłaściwe postawy wobec palenia tytoniu. Zaobserwowano, iż palenie tytoniu przez rodziców w domu i tym samym narażanie dzieci na wdychanie dymu tytoniowego znacznie pogarsza stan zdrowia dziecka, na przykład znacznie zaostrza objawy astmy [Przybylski 2007, ss. 626–629]. Podobne wyniki badań odnotowano również w innych grupach wiekowych. Badania na terenie województwa opolskiego wskazują, że ponad 40% dzieci w wieku przedszkolnym (2,5–6 lat) było

narażonych na bierne palenie tytoniu. Z tych samych badań wynika, że dzieci te znacznie częściej chorują w porównaniu z ich rówieśnikami nie narażonymi na wdychanie dymu tytoniowego [Pirogowicz 2008, ss. 427–431].

Czym jest bierne palenie?

W terminologii dotyczącej palenia biernego wstępują różne określenia opisujące to zjawisko. Oprócz najpopularniejszego w Polsce pojęcia *biernego palenia* w literaturze przedmiotu można spotkać się również z określeniami takimi jak: *środowiskowy dym tytoniowy* lub *ekspozycja na dym tytoniowy* (*environmental tobacco smoke* lub *exposure to tobacco smoke*). Oba ostatnie stwierdzenia są znaczeniowo zbieżne i posiadają skrót ETS. W literaturze spotkać można również określenie: *second hand smoke* czyli palenie z drugiej ręki. Używając każdego z tych terminów mamy na myśli inhalowanie dymu tytoniowego, który znajduje się w atmosferze wokół osoby palącej papierosa lub inny produkt tytoniowy wydzielający dym. Najnowsze wytyczne dotyczące terminologii – według ustaleń WHO – zalecają aby unikać stwierdzeń bierne palenie oraz mimowolne narażenie na dym tytoniowy (*involuntary exposure to tobacco smoke*) ponieważ określenia te zawierają pierwiastek domniemanej zgody biernego palacza na wdychanie dymu tytoniowego. tą zgodę koncerny tytoniowe mogą wykorzystać stosując do promowania stanowiska, że takie dobrowolne narażenie jest akceptowalne (takie zdarzenie miało miejsce we Francji) [WHO 2013].

Szkodliwy dym tytoniowy ma dwojakie źródło. Po pierwsze jest to dym, który jest najpierw inhalowany przez palacza do płuc a następnie jest z nich wydychany - to tzw. *strumień główny*. Drugim źródłem szkodliwego dymu jest *strumień boczny*, czyli dym wydzielający się z żarzącej się końcówki papierosa. Szacuje się, że ogół ETS w zamkniętym pomieszczeniu pochodzi w 80% – 94% ze strumienia bocznego a jedynie w 6 – 20% z dymu wydychanego przez palacza [Florek E. 2006].

Od wielu lat wiadomo, że wdychanie środowiskowego dymu tytoniowego jest szkodliwe. W dymie tytoniowym jest ponad 4000 substancji szkodliwych, w tym ponad 40 ma udowodnione silne działanie rakotwórcze [Białkowska 2008]. Wdychając je, bierny palacz jest narażony na nie bardziej niż palacz aktywny. Dym ze strumienia bocznego jest zdecydowanie bardziej szkodliwy dla organizmu oraz zawiera znacznie większą ilość substancji niebezpiecznych niż dym wydychany przez palacza. Można wymienić tutaj takie substancje jak na przykład tlenek węgla, którego jest 3–5 razy więcej w strumieniu bocznym niż głównym, tlenek azotu i cyjanowodór: 4–10 razy więcej, czy też amoniak lub lotny N-nitrozoamin, których może być ponad kilkaset razy więcej [Florek 2006].

Wdychanie takiej mieszanki nie pozostaje obojętne dla zdrowia ludzi narażonych na jego działanie. Szacuje się, że przebywanie w pomieszczeniu, w którym pali się papierosy przez 8 godzin (na przykład w pracy lub domu, gdzie zwłaszcza dzieci często przebywają długo) jest ekwiwalentem aktywnego wypalenia co najmniej kilku papierosów. Nie ma więc wątpliwości, że bierne palenie powoduje takie same problemy zdrowotne jak palenie czynne. Dane szacunkowe wskazują, że tylko w 2002 roku 8720 zgonów w Polsce było spowodowane samą tylko ekspozycją na tytoniowy dym środowiskowy. Około 50 % tych zgonów spowodowane było chorobą niedokrwienną serca [Zatoński 2011].

Według danych z badania GATS w Polsce, koszty wynikające z przedwczesnego zgonu jednej osoby w 2008 roku wynosiły około 621 000 zł. Daje to możliwość estymacji, że ogólne straty finansowe z tego powodu sięgać mogą 5,5 mld zł rocznie. W dłuższej perspektywie czasowej powoduje to ogromne straty finansowe dla gospodarki, których nie pokryje się wpływami z akcyzy płynącej ze sprzedaży wyrobów tytoniowych [Ministerstwo Zdrowia 2010].

Wpływ biernego palenia na dziecko

Wpływ biernego palenia na dziecko jest obecnie bardzo szczegółowo badany i analizowany. Przyczyną tych działań jest większa szkodliwość wdychania środowiskowego dymu tytoniowego przez dzieci niż dorosłych. Zaburzenia zdrowotne powstałe w dzieciństwie mogą być bardziej dotkliwe, i mogą powodować negatywne skutki zdrowotne w dalszym życiu i funkcjonowaniu. Negatywne zmiany w organizmie dziecka powstają szybciej niż u dorosłego, są bardziej trwałe i głębokie. Wyniki badań dowodzą, że narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w dzieciństwie ma negatywne skutki zdrowotne w ciągu trwania życia dorosłego wpływając między innymi na wydolność płuc i częstość występowania poszczególnych jednostek chorobowych [Kałucka 2007, ss. 632–641].

Literatura przedmiotu jednoznacznie wskazuje na znaczną szkodliwość biernego palenia w trakcie trwania różnych etapów rozwoju organizmu człowieka. Dym tytoniowy wywołuje największe szkody w okresie dzieciństwa. Podkreślić należy, że samo palenie w obecności dzieci jest naruszeniem oficjalnie przyjętej przez ONZ Konwencji praw dziecka. Tymczasem część badań wskazuje, że nawet pod 80% rodziców pali w obecności dzieci [Brazowski 2009, s. 70]. Według wielu autorów w społeczeństwie istnieje duże przyzwolenie na palenie przy najmłodszych. Problem jest tym bardziej poważny, że dzieci najczęściej nie mają wiedzy, iż takie warunki im szkodzą, jak rów-

niez nawet jeśli już taką wiedzę posiadają, nie mogą skutecznie przeciwstawić się podobnym praktykom dorosłego rodzica [Wierzejska 2010].

Liczne publikacje wskazują na dużą szkodliwość dymu tytoniowego wpływającą na zdrowie i rozwój dziecka. Dziecko inhaluje duże ilości substancji toksycznych z powietrza do płuc. W przeciwieństwie do dorosłych jednak robi to niestety skuteczniej, a jest to warunkowane kilkoma czynnikami fizjologicznymi. Jednym z nich jest fakt, że dzieci zazwyczaj oddychają szybciej niż dorośli co skutkuje dostaniem się do płuc dziecka dużej porcji dymu w krótkim czasie. Na uwagę zasługuje również fakt, że dziecko ma znacznie mniejsze drzewo oskrzelowe dzięki czemu dym inhalowany jest głębiej, tzn. inhalowany do tkanki płucnej, która w okresie dzieciństwa jest zdecydowanie bardziej wrażliwa na działanie dymu. Z płuc substancje szkodliwe dostają się do krwioobiegu co skutkuje działaniem dymu tytoniowego nie tylko i wyłącznie miejscowo na oskrzela i płuca, lecz na cały organizm.

Jednym ze skutków biernego palenia u dzieci jest wzrost częstości infekcji jakie dziecko przechodzi w ciągu roku. Może być aż dwukrotnie więcej infekcji w porównaniu dziećmi z tego samego środowiska rówieśniczego ale nie narażonych na wdychanie dymu z papierosów [Piramowicz 2008, ss. 427–431]. Z cytowanej pracy można dowiedzieć się między innymi, że w grupie dzieci, które chorują częściej niż 1–3 razy do roku znacznie częściej (bo prawie w 50%) występują dzieci, które są stale narażane na dym tytoniowy. Dzieci te częściej chorują także na zapalenie gardła lub oskrzeli. Warto podkreślić, że dzieci rodziców palących w domu, ponad 4 razy częściej cierpią z powodu zapalenia ucha, które w niektórych przypadkach może prowadzić do głuchoty. Doniesienia naukowe wskazują również na zwiększoną liczbę zachorowań w obrębie nosa i zatok [Zejda J. 2000, ss. 373–388]. Największy wzrost zachorowań na tego typu schorzenia u dzieci obserwuje się zwłaszcza w dwóch pierwszych latach ich życia. Badania wskazują również na bardzo czytelny związek dawka - efekt co pogłębia korelację tych dwóch zjawisk [Dybing 1999, ss. 202–205]. Zaobserwowano również zwiększone spożycie antybiotyków w grupie dzieci narażonych na ETS. W piśmiennictwie możemy znaleźć próby wyjaśnienia tego zjawiska. Jest m.in. informacja wskazująca, że bierne palenie hamuje reakcje przeciwciał zależnych i niezależnych komórek T limfocytów. Podobnie działa się może również z zakłóceniem prawidłowego działania makrofagów, co wpływa na upośledzenie funkcjonowania układu odpornościowego. Na wzrost zachorowalności na infekcje górnych dróg oddechowych wpływ ma również upośledzenie oczyszczania śluzu w płucach dziecka, co doprowadza do trudniejszego oczyszczania się płuc z drobnoustrojów i tym samym wzrostu ich liczby w drogach oddechowych dziecka [Department of Health and Human Services 2006]. Raport ten wskazuje również na niepotwierdzoną jeszcze w pełni teorię

wskazującą, że narażenie na środowiskowy dym tytoniowy może wpływać na florę bakteryjną nie tylko w sposób ilościowy ale również jakościowy, zmieniając skład gatunkowy drobnoustrojów kolonizujących górne drogi oddechowe dziecka. Jak sugerują autorzy może mieć to również wpływ na ilość wykonywanych w późniejszym czasie tonsillektomii.

Część badań zwraca uwagę również na możliwość zwiększania występowania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w życiu dorosłym. POCHP ma silnie udowodniony wpływ na znaczny spadek jakości życia dotkniętej nią jednostki i znacznie przyczynia się do powstawania niepełnosprawności. Zwiększoną szansę na wystąpienie tej choroby w życiu dorosłym mają osoby zarówno aktywnie palące jak i nie palące, jeśli były narażone na ETS w dzieciństwie [Department of Health and Human Services 2006; Kałucka 2007, ss. 632–641; Grochans 2012, ss. 542–545].

Kolejnym ważnym problemem zdrowotnym który dotyka dzieci narażone na dym tytoniowy jest opisywane w literaturze osłabienie rozwoju psychomotorycznego dzieci. Brak jest jednoznacznych danych oddzielających dane dotyczące narażenia na ETS w życiu płodowym i okresie kilku pierwszych lat życia, lecz badania dowodzą że narażenie na ten rodzaj zagrożeń jednoznacznie wpływa na pogorszenie rozwoju psychomotorycznego dziecka. Wykazano, że dzieci będące narażone w życiu płodowym, jak również po urodzeniu na działanie toksyczne składników dymu tytoniowego mają obniżone zdolności językowe. Stwierdzono również, że dzieci takie rozwijają się gorzej ruchowo oraz mają obniżone zdolności poznawcze. Sytuacja taka może bardzo negatywnie wpływać na resztę życia dziecka, które potencjalnie może mieć problemy w uczeniu się oraz mieć uogólnione problemy w szkole [Polańska 2009, ss. 15–20]. Istnieją również badania mówiące, że dzieci które nie były narażone na ETS częściej kończą studia wyższe [Kałucka 2007, ss. 632–641].

Palenie w ciąży

Ważnym i często badanym problemem społecznym jest palenie przez kobiety ciężarne i narażanie ich na wdychanie dymu tytoniowego. Ponieważ składniki dymu tytoniowego mają działanie ogólnoustrojowe wpływa on również na rozwijający się płód co ma negatywny wpływ na późniejsze zdrowie dziecka. Raport Departamentu do Spraw Zdrowia i Pomocy Społecznej w USA podaje kilka możliwych negatywnych mechanizmów dotyczących niekorzystnego wpływu czynnego lub biernego wdychania ETS na rozwijający się płód dziecka. Jednym z nich, wskazywanych przez różnych badaczy, jest wpływ nikotyny na naczynia krwionośne w łożysku. Poprzez ich obkurczenie u płodu dochodzi do hipooksemii, a co za tym idzie prowadzi to do ogranicze-

nia rozwoju. Raport przytacza również badania mówiące o zmniejszonej objętości płuc oraz (częściowo z badań na zwierzętach) o nieprawidłowościach w rozwijaniu się pęcherzyków płucnych. Podkreśla się również wpływ hormonalny tzn. zwiększony poziom kortyzolu w płynie owodniowym jak również katecholamin [Department of Health and Human Services 2006].

Badania wykazały także, że około 14% matek w Polsce paliło papierosy podczas ciąży, a około 40% kobiet było biernie narażone na dym tytoniowy w tym okresie. Szacuje się, że narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w trakcie ciąży skutkuje średnim zmniejszeniem masy urodzeniowej o około 180–200g [Zejda 2000, ss. 373–388; Raja 2013]. Badania przeprowadzone w Szwecji również potwierdzają silną korelację między paleniem matki w trakcie ciąży a niską masą urodzeniową dziecka. Ryzyko urodzenia dziecka z niską masą było ponad dwukrotnie większe w przypadku palących matek w porównaniu do matek niepalących. Te same badania wskazują również na silny związek statystyczny niskiej masy urodzeniowej i narażenia na skutki działania dymu tytoniowego a występowaniem zdiagnozowanej klinicznie astmy u dzieci w wieku szkolnym. Kombinacja tych dwóch czynników według przytoczonych badań powoduje aż sześciokrotne zwiększenie ryzyka na wystąpienie wspomnianych już zaburzeń astmatycznych [Bjerg 2011]. Oprócz niskiej masy urodzeniowej stwierdzono również zależność statystyczną pomiędzy narażeniem ciężarnej na ETS a wywołaniem akcji porodowej przed wyznaczonym terminem porodu, jak również zwiększoną umieralność okołoporodową [Khader 2011, ss. 453–459, Kołodziejczyk 2002, ss. 47–55].

Narażenie na bierne palenie oprócz pogorszenia zdrowia dziecka w dłuższej perspektywie czasowej może doprowadzić do nagłej śmierci łóżeczkowej (SIDS). Raport Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (USA) wskazuje, że już w latach 90-tych XX w. odkryto pierwsze przesłanki sugerujące wzrost występowania SIDS w grupie dzieci narażonych na środowiskowy dym tytoniowy. Znaczącą rolę może ograć tutaj toksyczny wpływ nikotyny na OUN dzieci w życiu płodowym jak również po urodzeniu. To ten składnik dymu upośledza najprawdopodobniej rozwój ośrodka kontroli oddychania co powodować może bezdech i w konsekwencji prowadzić do nagłego zgonu dziecka [Dybing 1999, ss. 202–205; Department of Health and Human Services 2006]. Potwierdzają to również doniesienia mówiące o znacznie większej ilości nikotyny i kotyniny (główny metabolit nikotyny) w tkankach dzieci zmarłych na SIDS w porównaniu z tkankami dzieci zmarłymi w innych przyczyn [McMartin 2002].

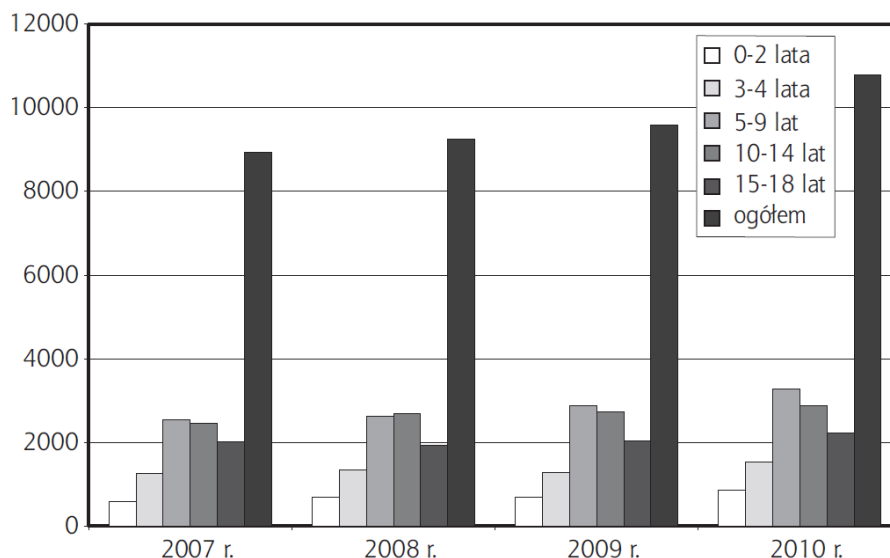
Astma w wieku dziecięcym

Jednym z szerzej opisywanych problemów zdrowotnych dzieci, który ma duży wpływ na jakość ich życia jest astma oskrzelowa. Według danych GUS-u z 2009 roku w grupie wiekowej 0-14 lat była to trzecia co do częstości występowania przewlekła choroba (zaraz po chorobach oczu i alergiach), a w grupie młodzieży 15–29 lat według tego samego raportu jest to druga co do częstości (zaraz po alergiach) choroba przewlekła w populacji ogólnej Polski [Główny urząd statystyczny 2011]. Eksperti jasno podkreślają, że dorośli chorzy na astmę (zwłaszcza z ciężką jej postacią) zgłaszają znaczny wpływ tej choroby na jakość życia. Domniemywać można podobnego wpływu na życie dzieci [Kupryś-Lipińska 2014; Małkowska-Szuktnik 2014]. Dużym problemem metodologicznym w omawianym obszarze jest brak dobrych kwestionariuszy badania jakości życia dzieci a zwłaszcza dzieci z chorobami alergicznymi i chorobami układu oddechowego [Kałak 2012].

Rozpowszechnienie astmy wśród dzieci

Pierwsze poważne doniesienia na temat wpływu palenia przez rodziców na zdrowie ich dzieci miały miejsce w latach 60-70 ubiegłego wieku. Od tego czasu zależności między narażeniem na ETS a występowaniem astmy została udowodniona bezsprzecznie. Badania wskazują, że rozpowszechnienie astmy wśród dzieci w Polsce to około 8,6% populacji [Chazan 2012, ss. 375–382, Piskorz-Ogórek 2012, ss. 378–382]. Trend zmiany tego współczynnika jest rosnący z roku na rok. Choć jak podkreśla w swojej pracy prof. Chazan trend ten może nie wiązać się z realnym wzrostem zachorowań lecz tylko z lepszą diagnostyką i wykrywalnością tych zaburzeń w populacji. Za przyczynę dotychczasowej słabej wykrywalności astmy podaje się przede wszystkim dużą zmienność objawów oraz brak wystarczającej wiedzy lekarzy [Chazan 2012, ss. 375–382]. Wspomnieć należy, że rozkład ten nie jest równomierny w populacji dzieci. Z badań przeprowadzonych np. w województwie warmińsko-mazurskim wynika, że największe występowanie astmy można zaobserwować w grupie wiekowej 5–9 lat (rys. 1). Notuje się również, że liczba zdiagnozowanych przypadków astmy jest dwa razy większa w miastach w porównaniu ze środowiskiem wiejskim [Piskorz-Ogórek 2012, ss. 378–382]. Dane te potwierdzają oficjalne raporty GUS-u, wg których najczęstszą grupą dzieci narażonych na astmę to 5-9 latki mieszkające w miastach. Warto również podkreślić, że w Polsce w 2009 roku częstość występowania astmy była ponad dwukrotnie większa w przypadku chłopców w porównaniu z dziewczynkami [GUS 2011].

Rysunek 1. Rozkład występowania astmy w różnych latach w zależności od wieku dzieci w woj. warmińsko-mazurskim



Źródło: Piskorz-Ogórek [2012].

Doniesienia o zależności między ekspozycją na ETS i występowaniem astmy oskrzelowej pojawiają się na całym świecie. Zależność ta dotyczy zarówno dzieci, które były narażone zarówno na ekspozycję na składniki dymu tytoniowego w trakcie życia płodowego jak również te, które wdychały ETS już po urodzeniu. Badania prowadzone w Polsce jednoznacznie wskazują, że astma u dzieci ma statystycznie gorszy przebieg wśród tych pacjentów, u których dochodzi do ekspozycji na ETS. W grupie poddanej ekspozycji dochodzi przeciętnie do 11. zaostrzeń w roku oraz 3. hospitalizacji z tego powodu. W tym samym czasokresie dzieci nie narażone na ETS takich zaostrzeń miała 5 oraz przeciętnie odbywały poniżej jednej hospitalizacji z powodu astmy [Pirogowicz I. 2007, ss. 630-631]. Potwierdzono również silną statystyczną zależność dawka-efekt narażenia na ETS w domu a przebiegiem astmy (kontrola testem ACT) u dzieci. W badaniu tym dzieci, których rodzice palili codziennie miały znacznie gorsze wyniki leczenia astmy niż dzieci, których rodzice nie palili lub tylko czasami [Butz A. 2011, ss. 460-468, Przybylski G. 2007, Jang A. 2004, ss. 214-217]. Podobne wyniki otrzymano w badaniu amerykańskim gdzie przebieg astmy był kontrolowany za pomocą pomiaru spirometrycznego czynności płuc. W badaniu tym omawiana różnica wynosiła od 8,1% do 12,5% i była istotna statystycznie [Mannino D. 2002, ss. 409-415].

Działanie dymu na oskrzela

W literaturze przedmiotu o działaniu środowiskowego dymu tytoniowego wskazanych jest kilka różnych mechanizmów, które niekorzystnie wpływają na funkcjonowanie płuc i oskrzeli osób na niego narażonych. Jednym z opisanych wpływów jest wykazany silny stres oksydacyjny na jaki narażone są komórki układu oddechowego pod wpływem ETS. Prowadzi to do opisanego również przewlekłego stanu zapalnego w komórkach oskrzeli co bezpośrednio wpływa na powstanie lub zaostrzenie astmy. Wykryto również znaczną aktywację komórek zapalnych z zaznaczoną chemotaksją na dym tytoniowy. Wykazano również, że składniki dymu tytoniowego uszkadzają macierz zewnątrzkomórkową tkanek oraz utleniają tłuszcze będące składnikami tkanek co prowadzi do ich uszkodzenia. Powyższe działania pogarsza również fakt, że dym tytoniowy upośledza regenerację tkanek [Department of Health and Human Services 2006; Van der Vaart 2004, ss. 713–721]. Część doniesień dowodzi, że w przypadku chorych z astmą atopową obserwuje się występowanie przeciwciał IgE skierowanych przeciwko alergenom tytoniowym, z czego można wnioskować, iż astma może być sama w sobie wywoływana przez kontakt z dymem tytoniowym a nie przez niego zaostrzana [Tomasiewicz J. 2002, ss. 55–60].

Miejsce palenia

Z danych Ministerstwa Zdrowia z 2008 roku wynika, że ok 67% dzieci jest narażanych przez swoich rodziców na wdychanie ETS [Ministerstwo Zdrowia 2009]. Z badań wynika, że mimo zdiagnozowanej choroby dziecka i przymusu jego leczenia około ¼ rodziców wciąż naraża swoje dzieci na ETS [Przybylski 2007, ss. 98–102]. Co ciekawe – dowiedziono również, że mimo zachorowania na astmę ¼ młodych dorosłych nadal pali tytoń [Przybylski 2009, ss. 27–33]. Z piśmiennictwa wynika, że dzieci narażone na ETS również znacznie częściej same palą w dorosłym życiu. Udowodniono również, że młodzież leczona na astmę częściej rozpoczynała palenie w grupie narażonej na ETS w porównaniu z dziećmi nienarażonymi [Pirogowicz 2007]. Dzieci narażane przez swoich rodziców są głównie w warunkach domowych, gdzie przebywają w zadymionych przez swoich rodziców pokojach. Mechanizm ten jest tym bardziej istotny w naszej szerokości geograficznej, gdyż zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym spędzamy sporo czasu w słabo wentylowanych pomieszczeniach zamkniętych [Pirogowicz 2008, ss. 427–431; Olesiuk 2011].

Z podobnym działaniem mamy również do czynienia paląc przy dziecku w samochodzie czy komunikacji miejskiej [Ministerstwo Zdrowia 2010]. Z badań wykonanych na dużej grupie dzieci w wieku 3-16 lat leczonych w poradniach alergii układu oddechowego w Polsce wynika, że 74% procent rodziców pali w pomieszczeniach, w których przebywa na co dzień dziecko. Co prawda 85,2% z nich pali w momencie, w którym dziecka nie ma akurat w pomieszczeniu (14,8% pali bezpośrednio przy dzieciach) ale pamiętać należy, że składniki dymu tytoniowego osiadają na meblach, ścianach, dywanach itp., skąd są później uwalniane i wchłaniane do dróg oddechowych dziecka. Badania wykazały również, że kilkanaście procent rodziców pali przy dzieciach prowadząc samochód co jest szczególnie niebezpieczne ze względu na ograniczoną przestrzeń pojazdu [Przybylski 2007, ss. 98–102].

Konkluzja

Omówione, wybrane wyniki badań stanowią podstawę by stwierdzić, że narażenia na środowiskowy dym tytoniowy jest bardzo poważnym problemem zdrowotnym występującym wśród dzieci. Konsekwencje ekspozycji na ETS mają znacznie nie tylko w okresie narażania (dzieciństwa) ale również w całym późniejszym życiu. Niewątpliwie konieczne są działania zmierzające co zwiększania świadomości rodziców w tym zakresie. Według naukowców najbardziej trującymi swoje dzieci rodzicami są osoby charakteryzujące się niskim poziomem wykształcenia [Butz 2011, ss. 460–468, Mannino 2002, ss. 409–415]. Niepokojące również są dane wskazujące, że rodzice palący przy dzieciach to ludzie młodzi poniżej 30–35 roku życia, których dzieci są jeszcze małe [Przybylski 2007, ss. 626–629]. W związku z powyższym dobra edukacja jest podstawą walki o środowisko bez dymu tytoniowego. Badania wskazują, że najlepsze skutki edukacji rodziców uzyskuje się w sytuacjach, w których zagrożone jest zdrowie dzieci, na przykład w momencie kiedy dziecko jest hospitalizowane lub kobieta słyszy o konsekwencjach działania dymu tytoniowego będąc w ciąży [Janson 2004, ss. 510–516].

Bibliografia

- Baška T., Sovinová H., Németh A., Przewozniak K., Warren C., Kavcová E. (2006), *Findings from the Global Youth Tobacco Survey (GYTS) in Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia – smoking initiation, prevalence of tobacco use and cessation*, *Soz Präventiv Med.* 51, 110–116.
- Bjerg A., Hedman L., Perzanowski M., Lundbäck B., Rönmark E., (2011), *A Strong Synergism of Low Birth Weight and Prenatal Smoking on Asthma in Schoolchildren*, *PEDIATRICS* Vol. 127 No. 4.

- Brazowski J., Czerwionka- Szaflarska M (2009), *Bierne palenie tytoniu. Niedoceniany problem w populacji wieku rozwojowego*, *Pediatrica Polska*, 84, 70.
- Butz A., Breyse P., Rand C., Curtin-Brosnan J., Eggleston P., Diette G., Williams D., Bernert J., Matsui E. (2011), *Household Smoking Behavior: Effects on Indoor Air Quality and Health of Urban Children with Asthma*, *Matern Child Health J*, 15:460–468.
- Chazan R. (2012), *Rozpoznawanie i postępowanie w astmie w 2012 roku*, *Pneumonol. Alergol. Pol*, 80, 5: 375-382.
- Department of Health and Human Services (2006), *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General*.
- Dybing E., Sanner T. (1999), *Passive smoking, sudden infant death syndrome (SIDS) and childhood infections*, *Human & Experimental Toxicology*, 18, 202-205.
- Florek E., (2006), „Co tkwi w dymie”, *Poradnik Aptekarski* 6/2006.
- Główny urząd statystyczny (2011), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.* Kraków.
- Grochans E., Bąk A., Reczyńska A., Jurczak A., Szkup-Jabłońska M., Brzostek B.(2012), *Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego*, *Probl Hig Epidemiol*, 93(3): 542-545.
- Jang A., Choi I., Lee S., Nam H., Kweon S., Son M., Lee J., Park S., Kim D., Uh S., Kim Y., Park C. (2004), *The Effect of Passive Smoking on Asthma Symptoms, Atopy, and Airway Hyperresponsiveness in Schoolchildren*, *J Korean Med Sci*; 19: 214-217.
- Janson C. (2004), *The effect of passive smoking on respiratory health in children and adults*, *INT J TUBERC LUNG DIS* 8(5):510-516.
- Joanna Białkowska (2008), *Problem uzależnienia od nikotyny*, *Szkice Humanistyczne*, tom VIII nr 3.
- Kałucka S. (2007), *Consequences of passive smoking in home environment*, *Przegl Lek.*, 64, 10, 632-641.
- Khader Y., Nemeh A., Alzubi I., Lataifeh I, (2011), *The Association Between Second Hand Smoke and Low Birth Weight and Preterm Delivery*, *Maternal and Child Health Journal* , Vol. 15 (4), 453-459.
- Kołodziejczyk J., (2002), *Wpływ biernego palenia na stan zdrowia osób niepalących*, *Kosmos* , Tom 51 nr.1, 47-55.
- Mannino D., Homa D., Redd S. (2002) *Involuntary Smoking and Asthma Severity in Children*, *CHEST*/122/2/, 409-415.
- Ministerstwo Zdrowia (2009), *Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce*. Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia (2010), *Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009-2010*.

- Olesiuk K., Kubasiak M., Marchwińska-Wyrwał E. (2011), *Wykształcenie rodziców a narażenie dzieci na dym tytoniowy w środowisku domowym*, Zagrożenia zdrowotne wśród dzieci i młodzieży tom 3.
- Piramowicz I., Joniec Ł., Guzikowski W., Gwiazda E. (2008), *Wpływ palenia tytoniu na rozwój dziecka i jego stan zdrowotny*, Przegl Lek., 65, 10, 427-431.
- Pirogowicz I., Bujanowska-Fedak M., Gwiazda E., Mastalerz-Migas A., Hoffmann K., Steciwko A., (2007), *Astma oskrzelowa u dzieci i młodzieży a narażenie na dym tytoniowy*, Przegl Lek. 64, 10, 630-631.
- Pirogowicz I., Joniec Ł., Guzikowski W., Gwiazda E. (2008), *Wpływ palenia tytoniu na rozwój dziecka i jego stan zdrowotny*, Przegl Lek. 65, 10, 427-431.
- Piskorz-Ogórek K., (2012), *Epidemiologia wybranych chorób alergicznych u dzieci w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2007-2010*, Hygeia Public Health, 47(3): 378-382.
- Polańska K., Hanke W., Sobala W., Ligocka D. (2009), *Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy a rozwój psychoruchowy dzieci*, Medycyna pracy, 60:1, 15-20.
- Przybylski G., Pasińska M., Gadzińska A., Gołda R., Bannach M., Jóźwicki W., (2009), *Palenie tytoniu wśród młodych chorych na astmę oskrzelową i określenie zachowań dotyczących palenia w najbliższym środowisku chorego*, Medycyna Pracy ;60(1): 27-33.
- Przybylski G., Pasińska M., Pyskir J., Gołda R., Gadzińska A. (2007), *Analiza występowania biernego palenia u dzieci z alergią układu oddechowego*, Problemy higieny i epidemiologii, 88 suplement 3, 98-102.
- Przybylski G., Pyskir J., Pasińska M., Kopiński P., Gołda R., Modrzyński M., (2007), *Bierne palenie w domu nastolatka chorego na astmę oskrzelową a kontrola choroby przy użyciu testu ACT tm*, Przegl Lek., 64, 10, 626-629.
- Raja D., Sultana B. (2013), *Health risk of environmental tobacco smoke (ETS)*, Internet journal of allied healthscience and practice, Vol. 11 No. 2.
- Tomasiewicz J., Rączka A., Łuczak E. (2002), *Obecność swoistych przeciwciał IgE dla alergenów tytoniu u chorych z alergią atopową*, Alergia astma immunologia, 7(1), 55-60.
- Van der Vaart H., Postma D., Timens W., Ten Hacken N. (2004), *Acute effects of cigarette smoke on inflammation and oxidative stress: a review*, Thorax ;59: 713-721.
- WHO (2013), *WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation Article 5.3; Article 8; Articles 9 and 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14 – 2013 edition*.
- Wierzejska R., Jarosz M. (2010), *Palenie tytoniu . Problem zdrowotny i społeczny*, Żywnienie człowieka i metabolizm, XXXVII, nr 2.
- Zatoński W., Przewoźniak K., Janik-Koncewicz K. (2009) *Toward smoke-free public places and worksites in Poland. Report on the TICl project development*. Health Promotion Foundation, Warszawa.

Marcin Miśtał, Iwona Stelmach, Jan Krakowiak, Alina Kowalska, Adam Rzeźnicki, Włodzimierz Stelmach

Zatoński W.,(2011), *Miejsce pracy wolne od dymu tytoniowego*, Fundacja Promocji Zdrowia, Warszawa.

Zejsa J. (2000), *Wpływ biernego palenia tytoniu na stan układu oddechowego u dzieci w Polsce*, Alkoholizm i Narkomania Tom 13, Nr 3, 373-388.

Marta Szkiela

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Leokadia Bąk-Romaniszyn

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Spółeczna Akademia Nauk

Dorota Kaleta

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zwiększanie wiedzy kobiet ciężarnych na temat szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na zdrowie jako efektywne narzędzie redukcji kosztów chorób odtytoniowych

Increasing awareness of pregnant women about the harmful effects of tobacco smoke as an effective tool in reduction of tobacco-related disease burden

Abstract: Environmental tobacco smoke is a serious public health problem. Tobacco smoke negatively affects the health of pregnant woman and the developing fetus. The aim of the current study was to assess the awareness of pregnant women of the negative impact of tobacco smoke on human health. The questionnaire study was conducted at the Provincial Specialist Hospital in Lodz. The data come from 252 pregnant women. Nearly 97% of women were aware of harmful effects of smoking and 95% of respondents believed that smoking negatively affects the health of her unborn child. Nearly 20% of respondents have not seen any association between smoking and the risk of myocardial infarction, nearly 42% did not agree or did not know that smoking can cause a stroke. 17% of women did not have the knowledge that smoking contributes to a lower birth weight, and 34% did not know that smoking contributes to the underdevelopment of biological fetus. The general level of knowledge about the risks related to the inhalation of tobacco smoke is quite good. Unfortunately, detailed knowledge about

relationship between smoking and specific diseases is unsatisfactory. The effective programs increasing the level of women's knowledge about the effects of environmental tobacco smoke on pregnancy and fetus are needed.

Keywords: health risk, knowledge of pregnant women, environmental tobacco smoke, public health.

Wstęp

Istnieje wiele naukowych dowodów potwierdzających związek palenia tytoniu z rozwojem licznych chorób, mimo to wiele ludzi ignoruje te fakty, szkodząc swojemu zdrowiu. Obecnie w Polsce codziennie pali tytoń 5,2 mln dorosłych mężczyzn i 3,5 mln dorosłych kobiet, okazjonalnie pali 0,5 mln mężczyzn i 0,5 mln kobiet. Zatem palacze codzienni i okazjonalni tworzą łącznie grupę liczącą 9,8 mln osób (stanowi to 30,3% polskiej populacji). Należy także zwrócić uwagę na zagadnienie palenia biernego, które powiększa grono osób narażonych na dym tytoniowy. Bierni palacze, choć sami czynnie nie palą to przebywając w towarzystwie są narażeni na środowiskowy dym tytoniowy. Narażenie to, może być rozpatrywane w aspekcie trzech środowisk: domowego, związanego z miejscem wykonywania pracy i związanego z miejscami publicznymi. Większość palaczy to mężczyźni, lecz zmiany społeczne i obyczajowe w XX wieku spowodowały istotny wzrost odsetka palących kobiet [GATS, 2009–2010]. Palenie tytoniu niezależnie, czy czynne, czy bierne ma ogromny wpływ na zdrowie matki i płodu [Alverson et al. 2011, ss. 647–653]. Podczas wdychania dymu tytoniowego w obydwu organizmach podnosi się poziom wielu szkodliwych substancji. Szacuje się że, w skład dymu zaliczonych jest około 4200 związków chemicznych Są wśród nich: nikotyna, tlenek węgla, tlenek azotu, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA), metale ciężkie (ołów i kadm). Łożysko, nie chroni płodu przed tymi substancjami. Brak bariery może doprowadzić do niedotlenienia płodu, ponieważ tlenek węgla ma znacznie większe powinowactwo do hemoglobiny niż tlen. Ograniczenia przepływu krwi w krążeniu maczyno-łożyskowym, co prowadzi do hipotrofii płodu i przedwczesnego oddzielenia łożyskowego. Dodatkowo ekspozycja na dym tytoniowy może zwiększyć występowanie przodującego łożyska, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych i poronienia. Wdychanie dymu tytoniowego w trakcie ciąży przez matkę może być przyczyną zmniejszonej masy ciała noworodka, spadku odporności oraz prowadzić do zwiększonego ryzyka wystąpienia nagłej śmierci łożeczkowej [Eskenazi et al. 1995, ss. 395–398; Polańska, Hanke 2004, ss. 683–691]. Najgorszy wpływ na płód ma narażenie na dym tytoniowych w ostatnich dwóch miesiącach ciąży (krwawienia, wcześniactwo, niska masa urodzeniowa, urodzenie martwego

dziecka) [Pirogiewicz i wsp. 2008, ss. 427–431]. Celem pracy jest ocena poziomu wiedzy kobiet ciężarnych na temat negatywnego działania dymu tytoniowego. Analiza statystyczna danych otrzymanych w badaniu pozwoli zbadać poziom wiedzy na temat zagrożeń związanych z inhalowaniem dymu tytoniowego dla zdrowia matki i jej nienarodzonego dziecka.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im M. Pirogowa w Łodzi, filia przy ulicy Wileńskiej 37, (sierpień–październik 2012). Badaniem zostały objęte kobiety ciężarne zgłaszające się do poradni ginekologiczno-położniczej oraz pacjentki przyjęte na oddział patologii ciąży w tym szpitalu. Kobiety do badania wybrane zostały w sposób losowy, zaś udział w nim był dobrowolny. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz przeznaczony do samodzielnego wypełnienia. Kwestionariusz zawierał trzy tematyczne bloki pytań. Pierwszy odnosił się do danych socjoekonomicznych takich jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, dochód. Drugi dotyczył czynnego palenia papierosów przed i w trakcie ciąży oraz ekspozycji na dym tytoniowy w domu, miejscu pracy i w miejscach publicznych. Trzeci blok pytań miał na celu sprawdzenie poziomu wiedzy wśród kobiet na temat szkodliwości palenia tytoniu dla ciężarnej i jej nienarodzonego dziecka. Każda z kobiet podczas wypełniania ankiety, gdy tylko pojawiły się niezrozumiałe zagadnienia mogła zadawać osobie prowadzącej badanie dodatkowe pytania. Na badania uzyskano zgodę nr RNN/619/12/KB Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

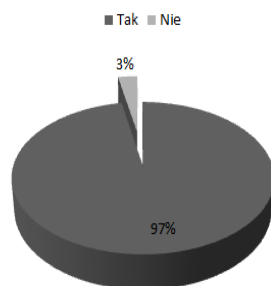
Wyniki

Analiza statystyczna objęła grupę 252 kobiet, które w sposób poprawny wypełniły kwestionariusz, 51 kobiet odmówiło wzięcia udziału w badaniu, 19 ankiet zostało niepoprawnie wypełnionych. Wśród kobiet z poradni ginekologiczno-położniczej odmowa była motywowana brakiem czasu, natomiast wśród kobiet z oddziału patologii ciąży powodem odmowy był najczęściej zły stan zdrowia i samopoczucia pacjentek. Wszystkie informacje uzyskane z badania ankietowego zostały wprowadzone i opracowane w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Office Excel 2007. Na pytanie dotyczące powiązania czynnego palenia ze stanem zdrowia, gdzie wybór odpowiedzi był dychotomiczny: „TAK” lub „NIE” – aż 97% spośród wszystkich badanych kobiet przyznało, że czynne palenie jest szkodliwe dla zdrowia. Rozpatrując analogicznie pro-

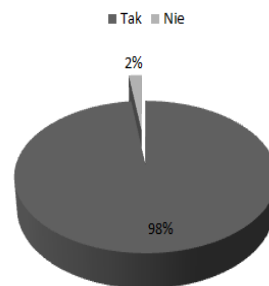
blem narażenia na bierne palenie 98% kobiet uważa, że bierne palenie także negatywnie wpływa na ich zdrowie.

Rysunek 1. Poziom wiedzy na temat szkodliwego wpływu czynnego i biernego palenia tytoniu na stan zdrowia wśród kobiet ogółem [wyrażony w %]

Czy czynne palenie jest szkodliwe dla zdrowia?



Czy bierne palenie jest szkodliwe dla zdrowia?



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Na pytanie dotyczące wpływu palenia tytoniu na stan zdrowia u osób palących, gdzie ankietowane miały wybór trzech odpowiedzi (zgadzam się, nie mam zdania, nie zgadzam się) 94% kobiet zgodziło się z tezą negatywnego oddziaływania palenia na zdrowie, ponad 5% kobiet nie miało zdania na ten temat, a niecały 1% nie zgadzało się z tą tezą. Ponad 97% badanych jest świadoma, że palenie prowadzi do uzależnienia, 2% kobiet nie wyraziło zdania na ten temat. Około 96% ankietowanych kobiet stwierdziło, że palenie tytoniu powoduje nowotwór płuc. Prawie 81% kobiet zgodziło się, że palenie może być przyczyną ataku serca, a ponad 17% badanych nie ma zdania na ten temat. Ponad 58% badanych kobiet zgodziło się ze stwierdzeniem, że palenie papierosów powoduje udar mózgu, który może prowadzić do paraliżu, blisko 38% badanych nie posiada wiedzy na ten temat, a 4% ankietowanych nie zgadza się z tym twierdzeniem. Około 69% badanych nie zgadza się z tezą, która mówi, że palenie nie jest aż tak szkodliwe, ponieważ wiele osób pali przez całe życie i żyje długo, prawie ¼ badanych nie ma zdania na ten temat, a ponad 6% badanych kobiet zgadza się z tą tezą. Ponad 63% ankietowanych kobiet nie zgadza się z twierdzeniem, że okazjonalne palenie tytoniu nie jest szkodliwe, 29% badanych kobiet nie ma zdania odnośnie tej kwestii, a około 8% kobiet zgadza się, że palenie okazjonalne nie szkodzi zdrowiu.

Tabela 1. Poziomu wiedzy kobiet ciężarnych na temat szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na organizm dorosłego człowieka

	KOBIECY OGÓŁEM N=252					
	Zgadzam się		Nie mam zdania		Nie zgadzam się	
	n	%	n	%	n	%
Palenie tytoniu powoduje poważne choroby u osób palących	236	93,65	15	5,95	1	0,4
Dym tytoniowy „bierne palenie” wywołuje poważne choroby u osób niepalących	205	81,35	47	18,65	0	0
Palenie papierosów może być przyczyną ataku serca	204	80,95	43	17,06	5	1,98
Palenie papierosów powoduje raka płuca	241	95,63	9	3,57	2	0,79
Palenie papierosów powoduje udar mózgu, który może prowadzić do paraliżu	148	58,73	95	37,70	9	3,57
Palenie papierosów prowadzi do uzależnienia	246	97,62	5	1,98	1	0,4
Narażenie na dym tytoniowy powoduje choroby serca u osób niepalących	163	64,68	85	33,73	4	1,59
Narażenie na dym tytoniowy powoduje choroby nowotworowe u osób niepalących	182	72,22	63	25	7	2,78
Narażenie na dym tytoniowy może powodować choroby układu oddechowego u dzieci	224	88,89	28	11,11	0	0
Okazjonalne palenie papierosów (od czasu do czasu) nie jest szkodliwe dla zdrowia	20	7,94	73	28,97	159	63,1
Palenie tytoniu nie może być tak szkodliwe jak się uważa, ponieważ wiele osób pali przez całe życie i żyje długo	16	6,35	61	24,21	175	69,44

Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Na zadane ponownie pytanie odnośnie negatywnego wpływu biernego inhalowania dymu na stan zdrowia u osób niepalących z trzema wariantami odpowiedzi (zgadzam się, nie mam zdania, nie zgadzam się) blisko 81% ankietowanych kobiet zgodziło się na powiązanie biernego palenia tytoniu, a stanem zdrowia osób niepalących. Około 19% badanych nie ma zdania na ten temat. Blisko 89% badanych kobiet uważa, że narażenia na bierne palenie może powodować choroby układu oddechowego u dzieci, natomiast 11% ankietowanych nie ma zdania w tej kwestii. 72% badanych kobiet zgadza się ze stwierdzeniem, że narażenie na środowiskowy dym tytoniowy powoduje choroby nowotworowe u osób niepalących, ¼ badanych kobiet nie wyraża zdania w tej kwestii. Natomiast około 3% badanych nie zgadza się z tym stwierdzeniem. Blisko 64% ankietowanych kobiet jest przekonanych, że narażenie na dym tytoniowy powoduje choroby serca u osób niepalących, 34% kobiet nie ma zdania w tej sprawie a około 2% badanych nie zgadza się z tą tezą.

W przypadku wiedzy kobiet ciężarnych na temat szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na przebieg ciąży i stan zdrowia noworodka blisko 95% ankietowanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że palenie przez kobiety ciężarne jest szkodliwe dla ich zdrowia, przebiegu ciąży i zdrowia dziecka, 5% badanych kobiet nie ma zdania w tej kwestii. Prawie 85% kobiet zgodziło się ze stwierdzeniem, że palenie tytoniu przez kobiety ciężarne zwiększa ryzyko spontanicznego poronienia oraz powikłań w trakcie trwania ciąży, ponad 14% nie wyraziło swojego zdania na ten temat, a niecały 1% kobiet nie zgodziło się z tym stwierdzeniem. Ponad 71% ankietowanych kobiet uważa, że palenie podczas ciąży powoduje zwiększenie zagrożenia śmiercią dziecka w czasie porodu, około 28% kobiet nie posiada zdania w tej kwestii, niecały 1% badanych nie zgadza się z tym stwierdzeniem. 83% ciężarnych kobiet jest świadoma tego, że palenie podczas ciąży jest przyczyną niższej wagi urodzeniowej noworodka, 15% ankietowanych kobiet nie ma zdania na ten temat, 2% respondentek uważa, że palenie w czasie ciąży nie ma wpływu na niższą masę urodzeniową. Niespełna 62% kobiet zgodziło się ze stwierdzeniem, że niedorozwój biologiczny płodu w macicy matki palącej jest ściśle związany z liczbą wypalanych dziennie papierosów, 34% badanych kobiet nie ma zdania na ten temat, a 4% badanych nie zgodziło się z tym twierdzeniem. 67% ciężarnych kobiet jest świadomych tego, że skutki palenia tytoniu przez kobiety ciężarne utrzymują się przez długie lata i odbijają się na całym późniejszym rozwoju dziecka (zaburzenia wzrostu, stanie neurologicznym, poziomie intelektualnym, zaburzeniach w zachowaniu). Prawie 28% respondentek nie ma zdania na ten temat, natomiast 5% kobiet nie zgodziło się z tym stwierdzeniem.

Tabela 2. Wiedza kobiet ciężarnych na temat szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na przebieg ciąży i stan zdrowia noworodka

	Kobiety ogółem n=252					
	Zgadzam się		Nie mam zdania		Nie zgadzam się	
	n	%	n	%	n	%
Palenie papierosów przez kobiety w ciąży jest szkodliwe dla niej, przebiegu ciąży i zdrowia dziecka	239	94,84	13	5,16	0	0
Palenie tytoniu przez kobiety ciężarne zwiększa ryzyko spontanicznego poronienia oraz powikłań w trakcie trwania ciąży	214	84,92	37	14,68	1	0,4
Palenie papierosów przez ciężarne powoduje zwiększenie zagrożenia śmiercią dziecka w okresie porodu	181	71,83	70	27,78	1	0,4
Palenie podczas ciąży jest przyczyną niższej wagi urodzeniowej noworodka	208	82,54	17	15,48	5	1,98
Niedorozwój biologiczny płodu w macicy matki palącej jest ściśle związany z liczbą wypalanych dziennie papierosów	156	61,90	87	34,52	9	3,57
Skutki palenia tytoniu przez kobiety ciężarne utrzymują się przez długie lata i odbijają się na całym późniejszym rozwoju dziecka (zaburzenia wzrostu, stan neurologiczny, poziom intelektualny, zaburzenia zachowania)	169	67,06	70	27,78	13	5,16
Nagłe zgony niemowląt (zespół nagłej śmierci łóżeczkowej) wskazują na wyraźną korelację z paleniem tytoniu przez matki	39	36,9	132	52,38	27	10,71

Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Niespełna 37% badanych kobiet dostrzega korelację pomiędzy nagłym zgonem niemowląt (zespołem nagłej śmierci łóżeczkowej), a paleniem tytoniu przez matki w trakcie trwania ciąży. Ponad połowa (52%) kobiet nie posiada wiedzy na ten temat, a około 11% badanych nie widzi takiej korelacji.

Dyskusja

Nie ulega wątpliwości, że aktywne i bierne palenie tytoniu negatywnie wpływa na stan zdrowia. Każda ciężarna kobieta musi mieć świadomość, iż wypalając papierosa, bądź przebywając w pomieszczeniach gdzie palą inne osoby negatywnie oddziałuje nie tylko na swoje zdrowie ale i na zdrowie swojego nienarodzonego dziecka. Wyniki badania wskazują, że 97% kobiet jest przekonana o szkodliwym wpływie czynnego palenia na zdrowie. Zaskakujący może być wynik badania przeprowadzonego przez Bhanji i wsp. [2011, ss. 11–16], gdzie mniej niż 1% badanych kobiet wiedziało o szkodliwym działaniu papierosów na płód i przebieg ciąży (1/3 respondentek zgodziła się ze stwierdzeniem, że dym tytoniowy jest czynnikiem ryzyka nowotworu płuc. Po ponownym zadaniu tego pytania, gdzie tym razem ankietowane miały do wyboru trzecie możliwości odpowiedzi: „nie mam zdania” można zauważyć, że znacznie mniejszy odsetek – 94% ankietowanych kobiet jest przekonana o szkodliwym działaniu czynnego palenia. Wśród ankietowanych jest zatem 5% kobiet, które nie wyraziły zdania na ten temat i 1% kobiet, które nie widzą o powiązaniu palenia ze złym stanem zdrowia. Z badań przeprowadzonych przez Kowalska A. i wsp. [2007, ss. 773–776] w województwie łódzkim – 96,6% kobiet wybrało poprawną odpowiedź wskazującą na szkodliwe działanie tytoniu. Z Raportu Żukiewicz-Sobczak W., Paprzycki P. [2013], również wynika fakt, iż prawie 97,8% kobiet posiada wiedzę na temat wysokiego ryzyka jakie stwarza palenie dla zdrowia. W badaniach przeprowadzonych przez Kleszczewska E., Jaszczyk A., [2007, ss. 831–836] stwierdzono, że 44% niepalących ankietowanych kobiet (do 25 roku życia) nie posiada wiedzy na temat szkodliwości związków zawartych w dymie papierosowym, podobnie 45% niepalących ankietowanych kobiet (od 25 – do 35 roku życia) nie posiada wiedzy na ten temat, natomiast większość ankietowanych palaczek posiada wiedzę o szkodliwości związków zawartych w dymie papierosowym. Można zatem stwierdzić, że przeważająca większość kobiet posiada ogólną wiedzę odnośnie szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na stan zdrowia. Aby możliwe było jednoznacznie potwierdzenie faktu, iż kobiety są rzeczywiście świadome zagrożeń jakie stwarza narażenie na dym tytoniowy w badaniu zadano szereg pytań szczegółowych. Pytania te obejmowały zaburzenia zdrowotne powiązane z ekspozycją na dym tytoniowy. Najwięcej kobiet bo aż 98% potwierdziło fakt, iż

palenie papierosów powoduje uzależnienie. Jak powszechnie wiadomo w mechanizmie uzależnienia największą rolę odgrywa nikotyna, będąca psychoaktywnym alkaloidem. W obecnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu oznaczone zostały kodem F.17. Zespół uzależnienia od nikotyny podobnie jak uzależnienie od heroiny czy morfiny składa się z objawów behawioralnych i fizjologicznych [Siemińska 2011, ss. 357–364; Samochowiec, Rogoziński i wsp. 2001, ss. 323–340]. W badaniach przeprowadzonych przez Seget M. i wsp. [2012, ss. 904–907] na temat świadomości rakotwórczego działania dymu tytoniowego uzyskano bardzo zbliżone wyniki. Większość respondentów, ponad 90%, wskazało na korelację palenia papierosów z występowaniem raka płuc. Kolejne pytanie zawarte w kwestionariuszu brzmiało: „czy palenie może być przyczyna ataku serca?”. Poprawnie na to pytanie odpowiedziało zaledwie 81% badanych, zatem prawie 19% ankietowanych kobiet nie zdaje sobie sprawy z negatywnego wpływu palenia na układ sercowo-naczyniowy. W badaniach przeprowadzonych przez Seget M. i wsp. [2012, ss. 904–907] oceniających poziom wiedzy na temat szkodliwego wpływu dymu tytoniowego wśród 120 mieszkanek Łodzi, uzyskano bardzo podobne wyniki. Ponad 83% kobiet uważa, że palenie ma wpływ na choroby układu sercowo-naczyniowego a 17% kobiet nie widzi takiego związku. W badaniu przeprowadzonym przez Bhanji S. i wsp. [2011, ss. 11–16] stwierdzono, że tylko 7% kobiet uważa, że dym tytoniowy może przyczyniać się do chorób serca. Niepokojący może być fakt, że prawie 30% ankietowanych kobiet nie wyraża swojego zdania na temat szkodliwości okazjonalnego palenia papierosów. W badaniu stwierdzono, że 95% kobiet w ciąży uważa, iż palenie papierosów negatywnie wpływa na przebieg ciąży. Taki sam wynik uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Kowalska A. i wsp. [2007, ss. 773–776] na terenie Łodzi i Opoczna. Inne badanie przeprowadzone przez Główny Inspektorat Sanitarny, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie [Warszawa, 2009] wskazuje nieznacznie niższy poziom wiedzy kobiet na temat ryzyka dla płodu jakie stwarza palenie w ciąży (90% ciężarnych potwierdziło negatywny wpływ dymu tytoniowego na płód). W badaniach przeprowadzonych przez Pasińska M. i wsp. [2007, ss. 39–43], stwierdzono, że większość kobiet potwierdza szkodliwe działanie dymu papierosowego na płód, jednakże w większości przypadków ankietowane kobiety nie potrafiły określić konkretnego działania palenia na ciążę i płód. Badanie wskazało, że ponad 82 % kobiet zgadza się ze stwierdzeniem, iż palenie papierosów przyczynia się do niższej wagi urodzeniowej noworodka. Blisko 85% ankietowanych kobiet zgadza się ze stwierdzeniem, że palenie zwiększa ryzyko spontanicznego poronienia oraz powikłań w trakcie ciąży. Znaczą-

nie mniejszy odsetek kobiet (62%) wskazuje na ścisłą korelację pomiędzy liczbą wypalanych papierosów, a niedorozwojem biologicznym płodu. Niepokojącym może wydawać się fakt, że wiedza kobiet na temat związku palenia tytoni z nagłą śmiercią łóżeczkową jest niewielka. Prawie 53% ankietowanych nie posiada wiedzy na ten temat, a 10% kobiet nie zgadza się z tym twierdzeniem. Palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka SIDS. Niepokojącym faktem jest również to, że według badania przeprowadzonego przez Godała M. i wsp. [2012, ss. 43–47] mimo wiedzy na temat szkodliwości dymu tytoniowego wiele kobiet nie decyduje się na rzucenie palenia po zająściu w ciążę.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że przeważająca większość kobiet posiada ogólną wiedzę odnośnie szkodliwego wpływu dymu tytoniowego na stan zdrowia osób dorosłych oraz negatywnego oddziaływania na rozwijający się płód. Natomiast odpowiedzi na pytania szczegółowe dotyczące konkretnych chorób oraz negatywnych konsekwencji dla organizmu wynikających z wdychania dymu nie są zadawalające.

Wyniki badania wskazują na potrzebę:

- wdrażania kampanii edukacyjnych podnoszących wiedzę nt. szkodliwości czynnego i biernego palenia tytoniu skierowanych do populacji generalnej oraz kobiet ciężarnych;
- stałego prowadzenia kampanii edukacyjnych motywujących do wprowadzenia zmian w dotychczasowym stylu życia dla kobiet ciężarnych i osób z ich otoczenia;
- wprowadzenia dużych obrazkowych ostrzeżeń zdrowotnych na opakowaniach wyrobów tytoniowych informujących o zagrożeniach jakie niesie wdychanie dymu tytoniowego w tym dla kobiety ciężarnej oraz dla płodu;
- prowadzenia szkoleń wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy ginekologów oraz pielęgniarek opiekujących się ciężarną tak aby posiadali właściwe kompetencje do edukowania pacjentów o szkodliwości dymu tytoniowego i prowadzenia poradnictwa w zakresie uzależnienia od tytoniu;
- prowadzenia nowoczesnej polityki zdrowotnej ograniczającej zdrowotne, społeczne i ekonomiczne następstwa palenia tytoniu, która powinna opierać się na wytycznych Ramowej Konwencji ds. Ograniczenia Używania Tytoniu;
- powstania strony internetowej rekomendowanej przez Departament Matki i Dziecka przy Ministerstwie Zdrowia poświęconej w całości zagrożeniom jakie stwarza stosowanie używek (w tym wyrobów tytoniowych).

Bibliografia

- Alverson C.J. et al., (2011), *Maternal smoking and congenital heart defects in the Baltimore-Washington infant study*, "Pediatrics", 127:3, 647–653.
- Bhanji S., Andrades M., Taj F. et al. (2011), *"Factors related to knowledge and perception of women about smoking: a cross sectional study from a developing country"*, BMC Women's Health, 11–16.
- Eskenazi B., Prehn A.W., Christianson R.E. (1995), *Passive and active maternal smoking as measured by serum cotinine: the effect on birthweight*, "Am. J. Public. Health", 85/3 (pp. 395–398).
- Globalny Sondaż Używania Tytoniu Przez Osoby Dorosłe (GATS) (2009–2010), Ministerstwo Zdrowia, WHO.
- Główny Inspektorat Sanitarny, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, (2009) Raport: *„Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Ekspertyza oparta na wynikach ogólnopolskich badań ankietowych z 2009 r.”*, Warszawa, grudzień.
- Godala M., Pietrzak K., Gawron-Skarbek A., (2012), *Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. II. Aktywność fizyczna i stosowanie używek*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 93(1), 43–47.
- Kowalska A., Stelmach W., Szymański P. i wsp. (2007), *Wiedza na temat wpływu palenia tytoniu na stan zdrowia i rozwijający się płód pacjentek poradni dla kobiet w środowisku wielkomiejskim i w małym mieście*, „Przegląd Lekarski”, 66/10, 773-776.
- Kleszczewska E., Jaszczyk A. (2007), *Badanie postaw prozdrowotnych i wiedzydotyczącej palenia papierosów wśród młodych kobiet regionu północno-wschodniej Polski*, „Przegląd Lekarski”, 64/10, 831– 836.
- Pasińska M., Przybylski G., Kazdepka-Ziemińska A., (2007), *Ocena świadomości kobiet ciężarnych z Poradni Badań Prenatalnych na wpływ dymu tytoniowego na stan zdrowotny noworodków*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 88 (supl. 3), 39–43.
- Pirogiewicz I., Joniec Ł., Guzikowski W., Gwiazda E. (2008), *Wpływ palenia tytoniu na rozwój dziecka i jego stan zdrowotny*, „Przegląd Lekarski”, 65/10, 427-431.
- Polańska K., Hanke W., (2004), *Palenie papierosów przez kobiety ciężarne a przebieg i wynik ciąży*, „Przegląd badań epidemiologicznych”, 58(4), 683-691.
- Samochowiec J., Rogoziński D., Hajduk A. i wsp. (2001), *Diagnostyka, mechanizm uzależnienia i metody leczenia uzależnienia od nikotyny*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 3, 323-340
- Seget M., Karolczak D., Wilk M., i wsp., (2012), *Świadomość rakotwórczego działania dymu tytoniowego – badania ankietowe studentów i pracowników CM UMK*, „Przegląd Lekarski”, 69/10, 904-907.

Marta Szkiela, Leokadia Bąk-Romaniszyn, Franciszek Szatko, Jan Krakowiak, Dorota Kaleta

Siemińska A., (2011), *Kiedy zaczyna się uzależnienie od nikotyny?*, „Pneumonologia Alergologia Polska”, 79/5, 357–364.

Żukiewicz-Sobczak W., Paprzycki P. (2013), *Raport: „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży”*, Lublin.

Marta Szkiela

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Franciszek Szatko

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Spółeczna Akademia Nauk

Leokadia Bąk-Romaniszyn

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Narażenie kobiet ciężarnych na środowiskowy dym tytoniowy – aspekt zdrowotny, ekonomiczny, społeczny

Exposure of pregnant women to environmental tobacco smoke – health, economic and social aspect

Abstract: Environmental tobacco smoke (ETS) can cause serious health problems. ETS is particularly dangerous for pregnant women because of potential adverse reproductive effects. The aim of the study was to assess the exposure to ETS of pregnant women. The questionnaire study was conducted at the Provincial Specialist Hospital in Lodz. The study covers data from 252 pregnant women. 22% (n=55) of studied subjects were exposed to ETS at the place of their residence. The survey showed that ETS exposure in the workplace affected 15% (n = 33) of pregnant women. More than half (53%) of women reported that they were exposed to ETS in public places. Because of the high prevalence of exposure to ETS among pregnant women there are necessary comprehensive actions, in order to curb current situation. An important role should be played by medical staff, who take care for pregnant, who educate the patient. Counseling should include pregnant woman and their relatives. Running national antitobacco campaigns is also needed. In addition to creating a modern health policy people should also pay attention to the better enforcement of existing laws banning smoking in public places.

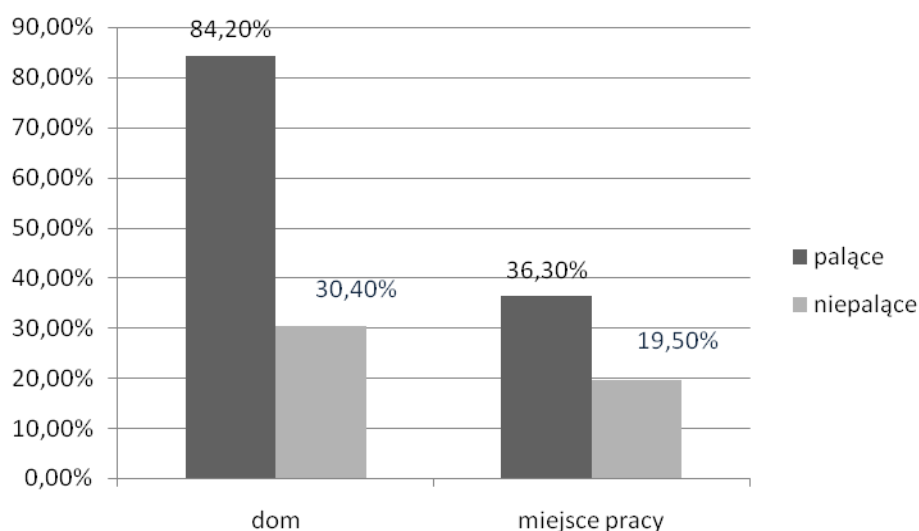
Keywords: environmental tobacco smoke, pregnant women, children, public health.

Wstęp

Bierne palenie ma istotny wpływ na płodność kobiet i mężczyzn, przebieg ciąży oraz stan zdrowia noworodka [Alverson et al. 2011, ss. 647–653]. Dym tytoniowy zawiera wiele szkodliwych substancji, które mają negatywny wpływ na płodność kobiet [Hannoun et al. 2010, 171–174]. Narażenie na środowiskowy dym tytoniowy może być powodem zaburzenia procesu folikulogenezy, czyli procesu dojrzewania komórek jajowych [Freour et al. 2008, ss. 96–102]. W wielu publikacjach zostało udowodnione, że niekorzystne działanie składników dymu tytoniowego dotyczy wszystkich etapów rozwoju prenatalnego (okresu przedzarodkowego, zarodkowego oraz płodowego). Do zaburzeń rozwoju w okresie przedzarodkowym związanych z narażeniem na dym tytoniowy zalicza się: zmniejszony wskaźnik prawidłowej implantacji (ryzyko wystąpienia ciąży pozamaciczej wśród pałaczek aktywnych i biernych jest 1,7 razy większe w porównaniu z kobietami niepalącymi) [Polańska, Hanke 2004, ss. 683–691], zaburzenie procesu decidualizacji (Nieprawidłowy przebieg decidualizacji prowadzi do zaburzeń w wykształceniu doczesnej (*ang. decidua*) czyli właściwego miejsca implantacji zarodka [Tsutsumi et al. 2009, ss. 1614–1617]. Do zaburzeń rozwoju w okresie zarodkowym związanych z narażeniem na dym tytoniowy zalicza się: wady rozwojowe układu sercowo-naczyniowego [Malik 2008, ss. 810–816], wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego [Parker et al. 2009, ss. 897–904], wady układu pokarmowego [Hackshaw A., et al., 2011, ss. 589–604], rozszczep wargi i podniebienia [Polańska, Hanke 2004, ss. 683–91], zmiany w strukturze łożyska [Bartel 2001, Embriologia]. Do zaburzeń rozwoju w okresie płodowym oraz komplikacji przebiegu ciąży związanych z narażeniem na dym tytoniowy zalicza się: zespół opóźnienia wzrostu wewnątrzmacicznego (*ang. Intrauterine Growth Restriction – IUGR*), przedwczesne oddzielenie łożyska [Castles et al., 1999, ss. 208–215], przedwczesne pęknięcie błon płodowych – przed 37 tygodniem ciąży (*ang. Preterm Premature Rupture of Membranes PPROM*). Bierne palenie oznacza inhalowanie dymu tytoniowego powstałego w trakcie palenia tytoniu przez inne osoby. Rozpatrywane jest najczęściej wobec osób niepalących, pomija się natomiast osoby czynnie palące. Takie podejście jest błędne, ponieważ osoby które w danym momencie nie palą czynnie, a jedynie biernie, wydłużają swój czas ekspozycji na dym tytoniowy. Dłuższe wdychanie dymu powoduje zwiększenie stężenia szkodliwych substancji w organizmie, co może znacznie przyspieszyć pojawienie się negatywnych skutków zdrowotnych. Bierne inhalowanie dymu tytoniowego może być rozpatrywane w odniesieniu do różnych środowisk. Najczęściej wskazuje się środowisko domowe i środowisko pracy, ponieważ w tych miejscach człowiek spędza najwięcej godzin w ciągu doby.

Na podstawie rys. 1. można stwierdzić, że kobiety częściej narażone są na bierne palenie w domu niż w pracy. Prawie 85% kobiet palących i ponad 30% kobiet niepalących wdycha dym tytoniowy pochodzący od czynnie palącego domownika. W miejscu pracy co trzecia paląca kobieta (36,9%) oraz jedna piąta kobiet niepalących (19,5%) podlega narażeniu na dym tytoniowy.

Rysunek 1. Narażenie obecnie palących i niepalących kobiet w wieku 15 i więcej na dym tytoniowy w domu i miejscu pracy



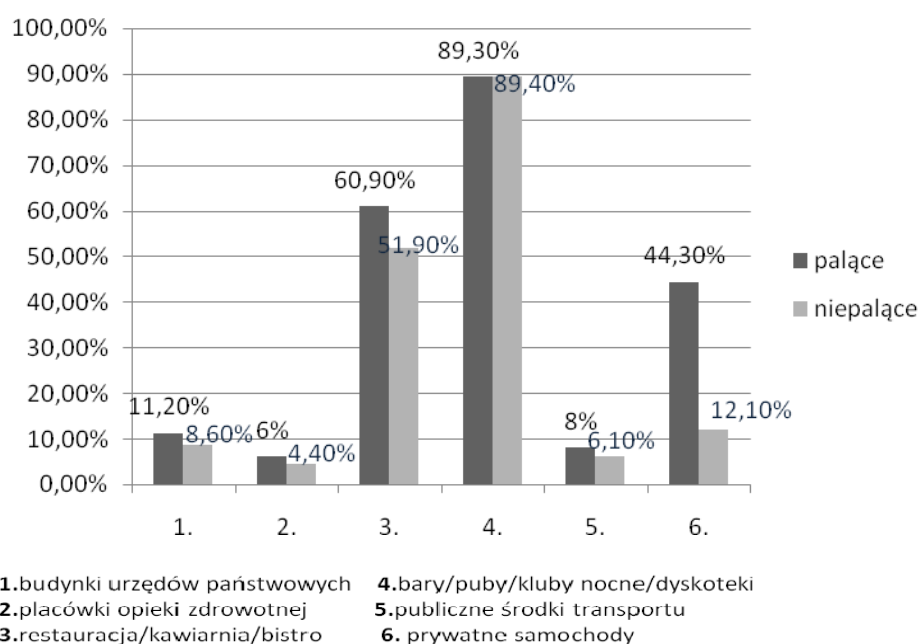
Źródło: opracowania własne na podst. GATS 2009-2010, s. 110 i 113.

Mówiąc o narażeniu na dym tytoniowy w miejscu publicznym bierze się pod uwagę następujące miejsca: budynki urzędów państwowych, placówki opieki zdrowotnej, restauracje, kawiarnie, bistra, puby, bary, kluby nocne, dyskoteki, publiczne środki transportu a także prywatne samochody.

Na podstawie wykresu z rysunku 2. można stwierdzić, że jeśli chodzi o narażenie na dym tytoniowy w miejscach publicznych to wśród kobiet narażenie to najczęściej występuje w barach, pubach, klubach nocnych i dyskotekach. Narażenie na dym tytoniowy w równym stopniu dotyczy kobiet palących i niepalących. W pozostałych miejscach publicznych można zauważyć zróżnicowanie odnośnie narażenia na dym tytoniowy wśród palących i niepalących kobiet. Największa różnica dotyczy narażenia w prywatnym samochodzie i wynosi ona ok. 32%. W najmniejszym stopniu kobiety

narażone są na bierne palenie w palcówkach opieki zdrowotnej. Bierne inhalowanie dymu tytoniowego w tym miejscu dotyczy 6% palących kobiet i 4% niepalących.

Rysunek 2. Narażenie obecnie palących i niepalących kobiet w wieku 15 i więcej na dym tytoniowy w miejscach publicznych



Źródło: opracowania własne na podst. GATS 2009-2010.

Celem pracy jest ocena narażenia kobiet ciężarnych na środowiskowy dym tytoniowy. Analiza otrzymanych danych pozwoli wskazać w jakim środowisku (miejsce zamieszkania, miejsce pracy, miejsca publiczne) kobiety ciężarne są w największym stopniu narażone na dym tytoniowy.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa w Łodzi, filia przy ulicy Wileńskiej 37, od sierpnia 2012 do października 2012 roku. Badaniem objęto kobiety ciężarne zgłaszające się do poradni ginekologiczno-położniczej oraz pacjentki przyjęte na oddział patologii ciąży w wyżej wymienionym szpitalu. Kobiety wybierane zostały w sposób losowy, zaś udział w badaniu

był dobrowolny. Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta przeznaczona do samodzielnego wypełnienia. Kwestionariusz zawierał trzy tematyczne bloki pytań. Pierwszy odnosił się do danych socjoekonomicznych takich jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, dochód. Druga część dotyczyła czynnego palenia papierosów przed i w trakcie ciąży oraz ekspozycji na dym tytoniowy w domu, miejscu pracy i w miejscach publicznych. Trzeci blok pytań miał na celu sprawdzenie poziomu wiedzy wśród kobiet na temat szkodliwości palenia tytoniu dla ciężarnej i jej nienarodzonego dziecka. Każda z kobiet podczas wypełniania ankiety, gdy tylko pojawiły się niezrozumiałe zagadnienia mogła zadawać osobie prowadzącej badanie dodatkowe pytania. Na badania uzyskano zgodę nr RNN/619/12/KB Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Tabela 1. Zakwalifikowanie przeprowadzonych ankiet

Miejsce przeprowadzania badania	Ankiety wypełnione poprawnie	Ankiety wypełnione niepoprawnie	Wypełnianie ankiety przerwane w trakcie badania	Odmowa wypełnienia ankiety	Razem
Przychodnia ginekologiczno-położnicza	144	17	4	28	193
Oddział patologii ciąży	108	2	0	13	123
Razem	252	19	4	41	316

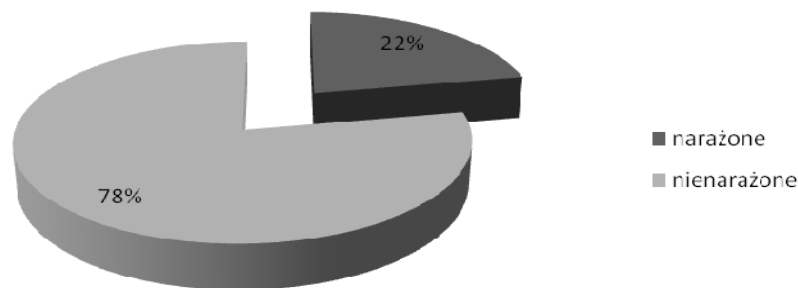
Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Dalsza analiza statystyczna objęła grupę 252 kobiet, które w sposób poprawny wypełniły ankiety. 51 kobiet nie wyraziło chęci na udział w badaniu. Wśród kobiet z oddziału patologii ciąży powodem odmowy był najczęściej zły stan zdrowia i samopoczucia pacjentek. Natomiast wśród kobiet z poradni ginekologiczno-położniczej odmowa była motywowana brakiem czasu. Najczęściej odmawiały kobiety, które zgłaszały się na badania morfologiczne rano w godzinach od 7 do 7.45, a później spieściły się do pracy. Wszystkie informacje uzyskane z badania ankietowego zostały wprowadzone i opracowane w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Office Excel 2007.

Wyniki

Bierne wdychanie dymu tytoniowego w miejscu zamieszkania dotyczy 22% (n=55) ankietowanych (rys. 3).

Rysunek 3. Narażenie na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscu zamieszkania wśród kobiet ciężarnych ogółem



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Kobiety były narażone na dym tytoniowy przez średnio $5,25 \pm 2,25$ dnia w ciągu tygodnia oraz średnio 7 godz. 9 min $\pm$ 7 godz. 21 min w ciągu jednego dnia. Aby lepiej zobrazować problem narażenia na środowiskowy dym tytoniowy w miejscu zamieszkania dokonano zestawienia stosunku kobiet do palenia papierosów do biernego narażenia w domu (tabela 2).

Na podstawie tabeli 2. można zauważyć, że prawie 19% (n=25) kobiet, które wcześniej nigdy czynnie nie paliły, jest narażonych na wdychanie dymu tytoniowego w domu. Wśród badanych które wcześniej paliły, ale zadeklarowały zarwanie z uzależnieniem w czasie ciąży, 21% kobiet nadal jest narażonych na inhalowanie dymu tytoniowego. Niestety 10 spośród 18 kobiet (f=0,56) które czynnie palą w ciąży dodatkowo wdychają dym tytoniowy innego palacza. Inhalując podwójnie większe stężenie szkodliwych substancji.

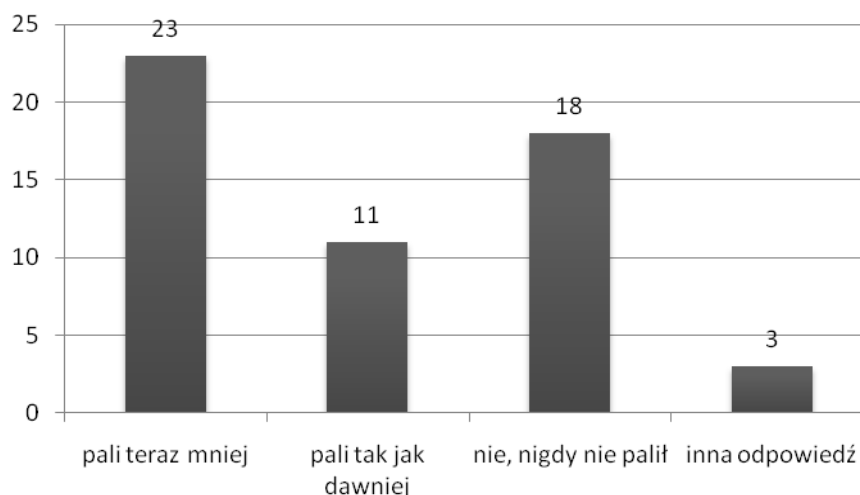
Tabela 2. Narażenie kobiet ciężarnych palących i niepalących na bierne inhalowanie dymu tytoniowego w domu

		Palenie tytoniu przez kobiety ciężarne			Razem
		TAK		NIE	
		Pali w ciąży	Nie pali w ciąży		
Narażenie na bierne palenie w domu	TAK	10	20	25	55
	NIE	8	77	112	197
Razem		18	97	137	252

Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Kobiety ciężarne narażone są na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscu zamieszkania głównie ze strony swoich partnerów – 34 z 55 kobiet ($f=0,62$) podało, że w ich obecności palili oni papierosy (rys. 4). Pozostałe 18 kobiet ($f=0,33$) wskazało, że ich partnerzy nigdy nie palili, a narażenie na dym tytoniowy pochodzi ze strony innych domowników (np. rodziców, teściów).

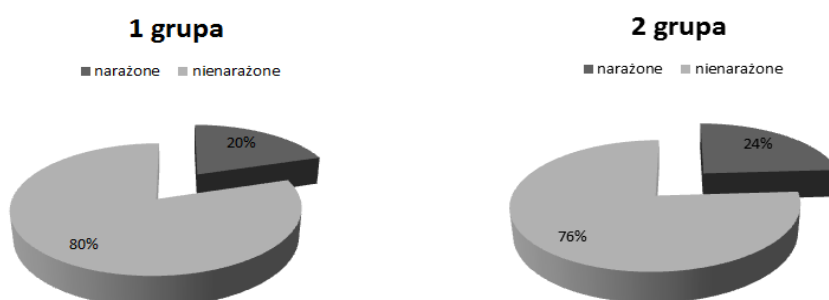
Rysunek 4. Narażenie kobiet ciężarnych na środowiskowy dym tytoniowy ze strony partnerów



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Rozpatrując problem narażenia na bierne palenie w domu w poszczególnych grupach (rys. 5), można stwierdzić, że kobiety przyjęte na oddział patologii ciąży (2 grupa badanych) były narażone w większym stopniu na bierne palenie w domu (24%) niż kobiety zgłaszające się do przychodni (1 grupa badanych – 20%).

Rysunek 5. Narażenie kobiet ciężarnych na inhalowanie dymu tytoniowego w domu z uwzględnieniem podziału na grupy.



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Tabela 3. Średnie dzienne i tygodniowe narażenie kobiet ciężarnych na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscu zamieszkania w podziale na grupy

Narażenie na bierne palenie w domu	Kobiety przyjęte do poradni 1 grupa	Kobiety przyjęte na oddział 2 grupa
Średnia liczba dni w tygodniu	5,3 dnia ($\pm 2,3$)	5,2 dnia ($\pm 2,3$)
Średnia liczba godzin w ciągu doby	6 godz. 51 min ($\pm 7:28$)	7 godz. 30 min ($\pm 7:21$)

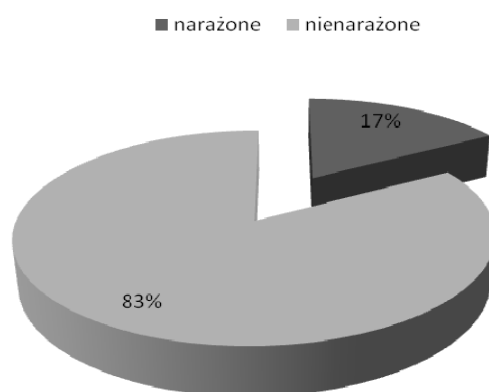
Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Można zauważyć niewielkie różnice w średnim tygodniowym czasie narażenia na dym tytoniowy pomiędzy grupami. Dla 1 grupy średni czas ekspozycji na dym w ciągu jednego tygodnia wynosi 5,3 dnia a dla grupy 2–5,2 dnia. Różnice pomiędzy grupami można dostrzec w średnim dobowym czasie narażenia na dym tytoniowy. Kobiety z przychodni w ciągu jednej doby są krócej ekspozowane na dym tytoniowy niż kobiety z oddziału. Dla kobiet z przychodni (1 grupa) średni czas narażenia na środowi-

skowy dym tytoniowy w ciągu doby wynosi 6 godz. i 51 min, natomiast dla kobiet z oddziału (2 grupa) 7 godz. 30 min.

Narażenie na dym tytoniowy stanowi ważny problem, zwłaszcza w miejscu pracy. Właśnie tu, pracownik chroniony jest zbiorem aktów prawnych mającymi zapewniać mu odpowiednie bezpieczeństwo i higienę pracy. Przeprowadzone badanie ankietowe pokazało, że bierne narażenie na dym tytoniowy w miejscu pracy dotyczy aż 15% (n=33) ciężarnych kobiet.

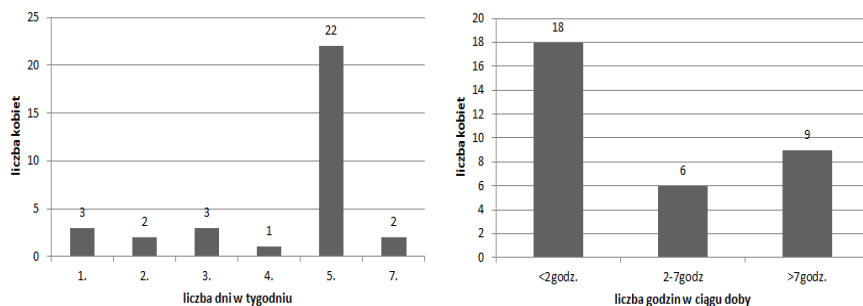
Rysunek 6. Narażenie na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscu pracy wśród kobiet ciężarnych ogółem



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Aktywne zawodowo ciężarne kobiety narażone były na dym tytoniowy przez średnio 4,3 dni $\pm$ 1,5 dnia w ciągu tygodnia pracy. Prawie 2/3 respondentek potwierdziło, że przez 5 dni w tygodniu było narażonych na wdychanie dymu z papierosów w miejscu pracy. Największą część, 18 z 33 badanych ($f=0,55$) stanowiły kobiety, które zadeklarowały, że podlegały działaniu dymu tytoniowego do 2 godzin w czasie jednego dnia roboczego. Średni czas dziennego narażenia na dym tytoniowy dla wszystkich kobiet wynosił 3 godz. 40 min $\pm$ 3 godz. 10 min.

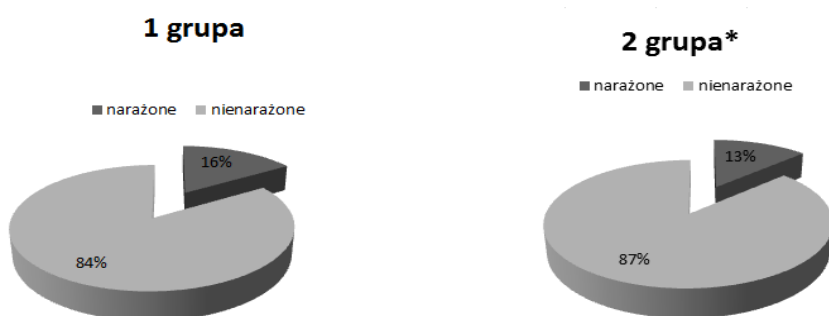
Rysunek 7. Tygodniowe i dzienne narażenie na bierne inhalowanie dymu tytoniowego w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Po porównaniu I i II grupy badanych można zauważyć, że w pierwszej grupie (kobiety z przychodni) problem narażenia na dym tytoniowy dotyczy 16% respondentek. Kobiety w tej grupie w trakcie tygodnia pracy były narażone na działanie dymu tytoniowego przez średnio 4,5 dnia. Biorąc pod uwagę jeden dzień pracy, kobiety wystawione były na ekspozycję dymu przez średnio 3 godz. i 47 min. Kobiety z drugiej grupy w znacznie mniejszym stopniu narażone były na działanie dymu tytoniowego w środowisku pracy. Przebywanie w zadymionym pomieszczeniu deklarowało tu 13% kobiet. Niższe jest także średnie tygodniowe i dzienne narażenie na dym tytoniowy. W ciągu jednego tygodnia pracy kobiety wdychały dym średnio przez prawie 4 dni a w ciągu jednej doby 3godz 25 min.

Rysunek 8. Narażenie kobiet ciężarnych na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscu pracy z uwzględnieniem podziału na grupy



*w celu ułatwienia porównania danych, w grupie 2 liczącej N=98 osób, czyli $N \leq 100$ zastosowano wyliczenia procentowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

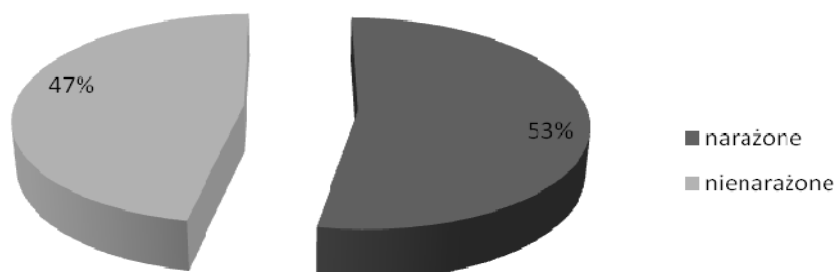
Tabela 4. Średnie dzienne i tygodniowe narażenie kobiet ciężarnych na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscu zamieszkania w podziale na grupy

Narażenie na bierne palenie w miejscu pracy	Kobiety przyjęte do poradni 1 grupa	Kobiety przyjęte na oddział 2 grupa
Średnia liczba dni w tygodniu	4,5 dnia ($\pm 1,5$)	3,9 dnia ($\pm 1,4$)
Średnia liczba godzin w ciągu doby	3 godz. 47 min ($\pm 3:16$)	3 godz. 25 min ($\pm 3:07$)

Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

W przeprowadzonym badaniu ponad połowa (53%) kobiet potwierdziło, że były narażone na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscach publicznych (rys. 9).

Rysunek 9. Narażenie na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscach publicznych wśród kobiet ciężarnych ogółem

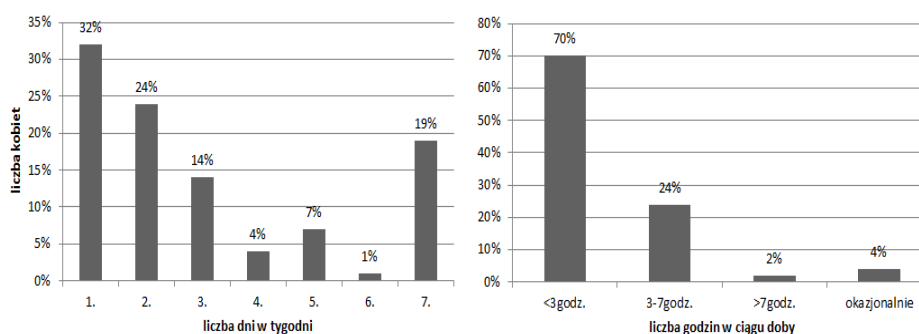


Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Blisko 32% badanych kobiet deklarowało, że było narażonych na bierne palenie w miejscach publicznych przez 1 dzień w tygodniu. Prawie 1/4 ciężarnych kobiet twierdzi, że wdychało dym tytoniowy w miejscach publicznych przez dwa dni w tygodniu. Niestety, aż 19% respondentek stwierdziło, iż na szkodliwe działanie dymu narażona była przez siedem dni w tygodniu. Około 70% ankietowanych podało, że dzien-

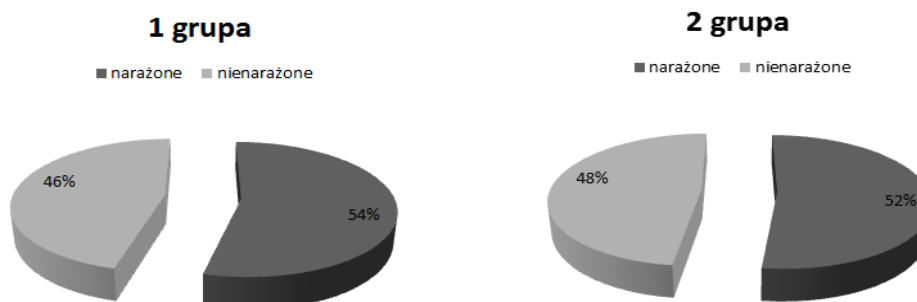
nie w tych miejscach narażona była na środowiskowy dym tytoniowy przez minimum 3 godziny. Ponad 2% kobiet wdychało dym tytoniowy przez ponad 7 godzin w ciągu doby. Niespełna 4% nie potrafiło dokładnie sprecyzować czasu swojego dziennego narażenia na dym dlatego wpisały słownie, iż są narażone „okazjonalnie”.

Rysunek 10. Procentowy rozkład tygodniowego i dziennego narażenia na wdychanie dymu tytoniowego w miejscach publicznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Rysunek 11. Narażenie kobiet ciężarnych na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscach publicznych z uwzględnieniem podziału na grupy



Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Porównując narażenie w obydwu grupach można zauważyć, że 54% kobiet z pierwszej grupy jest narażonych na szkodliwe działanie w miejscu publicznym. Natomiast w drugiej grupie narażonych na wdychanie dymu jest 52% kobiet. Biorąc pod uwagę średni dzienny i średni tygodniowy czas narażenia na środowiskowy dym tytoniowy nie widać znaczących różnic. Dla kobiet z przychodni średni tygodniowy czas

narażenia wynosi 2,8 dnia a dla kobiet z oddziału średni czas narażenia wynosi 3,1 dnia. Niewielka jest także różnica pomiędzy dziennym czasem narażenia. Kobiety z przychodni są narażone średnio przez 2 godz. 11 min w ciągu jednego dnia a kobiety z oddziału przez średnio 2 godz. 08 min na dobę.

Tabela 6. Średnie dzienne i tygodniowe narażenie kobiet ciężarnych na inhalowanie dymu tytoniowego w miejscach publicznych w podziale na grupy

Narażenie na bierne palenie w miejscach publicznych	Kobiety przyjęte do poradni 1 grupa	Kobiety przyjęte na oddział 2 grupa
Średnia liczba dni w tygodniu	2,8 dnia ($\pm 2,1$)	3,1 dnia ($\pm 2,2$)
Średnia liczba godzin w ciągu doby	2 godz. 11 min ($\pm 1:58$)	2 godz. 08 min ($\pm 1:53$)

Źródło: opracowanie własne na podstawie własnych badań.

Dyskusja

W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że 22% respondentek było narażonych na wdychanie dymu tytoniowego w domu. W badaniach GATS [GATS 2009-2010, s.110 i 113] odsetek ten był większy i wynosił 30% dotyczył jedna populacji generalnej. Natomiast w badaniach Yao T. i wsp. [2009], stwierdzono narażenie na bierne palenie w domu aż u 69,1% badanych kobiet. W badaniach przeprowadzonych przez Loke A.Y. i wsp. [2000, ss. 947– 952] wykazano, że ciężarne kobiety posiadające palących partnerów są bardziej narażone na bierne palenie w stosunku do kobiet, których partnerzy nie palą, 71% kobiet posiadających palących mężów było narażonych na bierne palenie w domu (tylko 33% kobiet, których partnerzy nie palą było narażonych na bierne palenie w domu), 77% narażonych w miejscach publicznych (niepalący partnerzy – 66%) oraz 60% narażonych w miejscu pracy (niepalący partnerzy – 50%). W badaniach przeprowadzonych przez Stotts A.L. i wsp. [2014, ss. 1020–1025], stwierdzono, że 56% ciężarnych kobiet było narażonych na bierne palenie ze strony domowników. W badaniu przeprowadzonym przez Yang i wsp. [2010, ss. 549–557] 75,1% ciężarnych kobiet mieszkających z partnerem palącym papierosy zgłosiło narażenie na środowiskowy dym tytoniowy. Pozytywne informacje przyniosły badania przeprowadzone przez Mahfoud Z. i wsp. [2012, ss. 587-591] w których stwierdzono, że w Libanie 40% mężczyzn, których partnerki zaszły w ciążę zmieniło swoje nawyki odnośnie palenia tytoniu.

W przeprowadzonym badaniu własnym prawie 2/3 respondentek potwierdziło narażenie na środowiskowy dym tytoniowy w miejscu pracy. Według badania GATS [2009-2010, s. 110, 113] w miejscu pracy co trzecia paląca kobieta (36,9%) oraz jedna piąta kobiet niepalących (19,5%) podlega narażeniu na dym tytoniowy. W badaniach przeprowadzonych przez Jędrzejczyk T. i wsp. [2006, ss. 265–269] narażenie na bierne palenie w pracy dotyczyło 31,2% niepalących ciężarnych, w badaniach przeprowadzonych przez Wdowiak A. i wsp. [2009, ss. 309–312] tylko 13,33% respondentek było narażonych na środowiskowy dym tytoniowy w miejscu pracy przez cały okres trwania ciąży. W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że ponad połowa (53%) kobiet ciężarnych była narażona na bierne palenie w miejscach publicznych. W badaniach przeprowadzonych przez Azab M. i wsp. [2012, ss. 231–237] stwierdzono, że 31,4% ciężarnych kobiet było narażonych na środowiskowy dym tytoniowy w miejscu publicznym, natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Vardavas C.I. i wsp. [2010, ss. 355–362] stwierdzono narażenie na bierne palenie w miejscach publicznych aż u 64% badanych ciężarnych. Według raportu GATS to właśnie miejsca publiczne stanowią największe zagrożenie, jeśli chodzi o ekspozycje na środowiskowy dym tytoniowy. Wśród miejsc publicznych największe zagrożenie dla kobiet występuje w barach, pubach, klubach nocnych i dyskotekach, gdzie narażenie na bierne palenie zgłosiło 89,3% kobiet palących i 89,4% kobiet niepalących, następnie restauracje, kawiarnie, bistro, gdzie narażenie na bierne palenie zadeklarowało 60,9% kobiet palących i 54,9% kobiet niepalących, prywatne samochody, gdzie narażenie na bierne palenie zgłosiło 44,3% kobiet palących i 12,1% kobiet niepalących, w najmniejszym stopniu kobiety narażone są na bierne palenie w palcówkach opieki zdrowotnej. Bierne inhalowanie dymu tytoniowego w tym miejscu dotyczy 6% palących kobiet i 4% niepalących.

Wnioski

Przeprowadzone badanie wykazało niepokojąco wysoki odsetek ciężarnych kobiet narażonych na bierne palenie w domu, pracy i w miejscach publicznych. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują na pilną potrzebę wprowadzenia zmian tj.:

1. Zwiększenia roli profesjonalistów medycznych w podnoszeniu świadomości kobiet ciężarnych i ich partnerów oraz osób z najbliższego otoczenia odnośnie szkodliwości narażenia na środowiskowy dym tytoniowy
2. Prowadzenia akcji edukacyjnych mających na celu obniżenie przyzwolenia społeczeństwa na palenie w obecności kobiet ciężarnych
3. Podjęcia działań zachęcających do wprowadzania zakazu palenia w domach i prywatnych samochodach

4. Prowadzenia nowoczesnej polityki zdrowotnej ograniczającej zdrowotne, społeczne i ekonomiczne następstwa palenia tytoniu, która powinna opierać się na wytycznych Ramowej Konwencji ds. Ograniczenia Używania Tytoniu
5. Lepszego egzekwowania przepisów prawnych zakazujących palenia w miejscach publicznych
6. Finansowe wspieranie pracodawców w działaniach ograniczających palenie tytoniu wśród pracowników

Zgodnie z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia wszystkie interwencje skierowane na zapobieganie narażeniu ciężarnych kobiet na środowiskowy dym tytoniowy powinny być:

- skoncentrowane na kobiecie i delikatne
- kulturowo i społecznie akceptowalne
- nieoceniające, niestygmatyzujące [WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy, 2013].

Bibliografia

- Alverson C.J. et al., (2011), *Maternal smoking and congenital heart defects in the Baltimore-Washington infant study*, "Pediatrics", 127:3, 647–653.
- Azab M., Khabour O.F., Alzoub K.H. et al., (2012), *Exposure of pregnant women to waterpipe and cigarette smoke*, "Nicotine and Tobacco Research", Volume 15, nr 1 (January), 231–237.
- Bartel H., (2011), *Embriologia*, Wydanie III, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Castles A., Adams E., Melvin C., Kelsch C., Boulton M., (1999), *Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses*, "Am. J. Prev. Med.", Apr;16(3), 208-15.
- Freour T., Masson D., Mirallie S., Jean M., Bach K., Dejoie T., Barriere P. (2008), *Active smoking compromises IVF outcome and affects ovarian reserve*, Jan;16(1):96-102.
- Globalny Sondaż Używania Tytoniu Przez Osoby Dorosłe (GATS) (2009 – 2010), Ministerstwo Zdrowia, WHO.
- Hackshaw A., Rodeck Ch., Boniface S., (2011), *Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11,7 milion control*, "Oxford Journals Human Reproduction", Sep-Oct;17(5):589-604.
- Hannoun A., Nassar A. H., Usta I. M., Musa A.A., (2010), *Effect of female nargile smoking on in vitro fertilization outcome*, "European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology", Jun;150(2), 171-174.
- Jędrzejczyk T., Zarzeźna-Baran M., Balwicki Ł., (2006), *Palenie wśród kobiet ciężarnych w Gdańsku*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 87(4), 256–269.

- Loke A.Y., Lam T.H., Pan S.C. et al., (2000), *Exposure to and actions against passive smoking in non-smoking pregnant women in Guangzhou, China*, "Acta Obstet. Gynecol. Scand.", Nov;79(11), 947-952.
- Mahfoud Z et al. (2012), *Determinants of change in paternal smoking trends during pregnancy in Lebanon*, "Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica", 89(4), 587–591.
- Malik S., Cleves M.A., Honein M.A., Romitti P.A., Bottol.L.D., Yang S., Hobbs C.A., (2008), *Maternal smoking and congenital heart defects*, "Pediatrics", Apr;121(4), 810-816.
- Parker S.E., Mai C.T., Strickland M.J., Olney R.S., Rickard R., Marengo L., Wang Y., Hashmi S.S., Meyer R.E., (2009), *Multistate study of the epidemiology of clubfoot*, Birth Defects Res, Nov; 85(11), 897-904.
- Polańska K., Hanke W. (2004), *Palenie papierosów przez kobiety ciężarne a przebieg i wynik ciąży*, „Przegląd badań epidemiologicznych”, 58(4);, 83-91.
- Stotts A.L., Northrup T.F., Hutchinson M.S., et al., (2014), *Families at Risk: Home and Car Smoking Among Pregnant Women Attending a Low-Income, Urban Prenatal Clinic*, "Nicotine & Tobacco Research", Volume 16, Number 7 (July), 1020–1025.
- Tong V.T., Morello P., Alemán A., et al. (2014), *Pregnant Women's Secondhand Smoke Exposure and Receipt of Screening and Brief Advice by Prenatal Care Providers in Argentina and Uruguay*, Matern Child Health J., Nov 27.
- Tsutsumi R., Hiroli H., Momoeda M., Hosokawa Y., Nakazawa F., Yano T., Tsutsumi O., Taketani Y., (2009), *Induction of early decidualization by cadmium, a major contaminant of cigarette smoke*, FertilSteril, Apr;91(4 Suppl):1614-1617
- Wdowiak A., Wiktor H., Wdowiak L., (2009), *Maternal passive smoking during pregnancy and neonatal Heath*, Ann Agric Environ Med., 16, 309–312.
- WHO *recommendations for the prevention and management of: tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy*, 2013.
- Vardavas C.I., Patelarou E., Chatzi L. et al. (2010), *Factors Associated with Active Smoking, Quitting and Second Hand Smoke Exposure among pregnant woman in Greece*, "J. Epidemiol.", 20(5), 355–362.
- Yang L., Tong E.K., Mao Z. et al., (2010), *Exposure to Secondhand Smoke and Associated Factors among Non-Smoking Pregnant Women with Smoking Husbands in Sichuan Province, China*, "Acta Obstet. Gynecol. Scand.", 89(4), 549–557.
- Yao T., Lee A.H., Mao Z., (2009), *Potential Unintended Consequences of Smoke-Free Policies in Public Places on Pregnant Women in China*, "Am. J. Prev. Med." August; 37(20).

Paulina Tuchowska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Leokadia Bąk-Romaniszyn

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jan Krakowiak

Spółeczna Akademia Nauk

Franciszek Szatko

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Dorota Kaleta

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Palenie tytoniu przez kobiety w wieku rozrodczym – implikacje do kreowania polityki prozdrowotnej

Smoking by women at reproductive age – implications for evidence-based policy making

Abstract: Smoking tobacco during pregnancy increases the risk of miscarriage, premature birth, infants frequently have lower body weight and a higher incidence of birth defects, and worse scores on the Apgar score. Newborns of mothers smoking during pregnancy are also to exposed of greater risk for the SIDS, and in the period infancy-childhood onset attention deficit hyperactivity disorder, referred to as ADHD. The aim of the study was to analyze the smoking patterns of women at reproductive age and quitting attempts by pregnant women, taking into account the most common causes. The survey included 252 pregnant women, who reported to the gynecological and obstetric clinics and women admitted to the pregnancy pathology department in one of hospitals in Łódź city in 2012. The analysis indicated that more than 45% of women have smoked tobacco before pregnancy, of which 16% continued to smoke during pregnancy. Almost half of the women who gave up smoking pointed out that the pregnancy was the main reason for stop smoking. Only 10 % of women were looking for a specialist help while trying to quit smoking. Because of the still high rates of smoking among woman at re-

productive age and in pregnant women population there are necessary comprehensive action, which limit this situation.

Keywords: smoking during pregnancy, passive smoking, pregnant woman, tobacco smoke, knowledge of pregnant women.

Wstęp

Przed II Wojną Światową palenie papierosów nie było zjawiskiem powszechnym, dopiero po wojnie konsumpcja palenia tytoniu gwałtownie wzrosła. Pierwsze badania przeprowadzone w 1974 roku, dotyczące częstości palenia wykazały, że 60% mężczyzn i 18% kobiet codziennie paliło papierosy. Najwyższy odsetek palaczy zarejestrowano w roku 1982, kiedy to 65% mężczyzn i 32% kobiet przyznało się do czynnego palenia. Od tego czasu częstość palenia wśród mężczyzn stopniowo malała, jednak u kobiet tempo spadku częstości palenia obniżało się stopniowo wolniej. Odsetek kobiet palących miał ponownie swój wzrost w latach 2000–2004 i wyniósł on wtedy 26%. [WHO Regional Office for Europe 2009, ss. 23–26]. Według najnowszych wyników badań, których dostarcza nam „Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS). Polska 2009–2010”. wśród palaczy mamy 33,5% mężczyzn i 21% kobiet [WHO Regional Office for Europe, Ministerstwo Zdrowia 2010, s. 9]. Przekładając wyniki na liczby obecnie w Polsce czynne palenie tytoniu deklaruje 3,5 mln a okazjonalne palenie 0,5 miliona dorosłych kobiet. Palenie tytoniu niezależnie, czy czynne, czy bierne ma ogromny wpływ na zdrowie matki i płodu. Od dziesięcioleci trwają badania nad szkodliwym wpływem palenia tytoniu na przebieg ciąży i stanem zdrowia noworodka [Polańska, Hanke 2004, ss. 683–691, Sipowicz, Laudański 2002, ss. 546–551] Wdychanie dymu tytoniowego podnosi poziom wielu szkodliwych substancji w obydwu organizmach. W skład dymu tytoniowego zalicza się około 4200 związków chemicznych wśród których znajdują się między innymi: nikotyna, tlenek węgla, tlenek azotu, wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne (WWA), metale ciężkie (ołów i kadm). Ponad 40 z tych związków ma udowodnione działanie rakotwórcze [Tuchowska, Worach-Kardas, Marcinkowski 2013, ss.166–171]. Wywierają one negatywny wpływ na płodność kobiet. Czas oczekiwania na zajście w ciążę znacznie się wydłuża u kobiet palących czynnie. Na przełomie jednego roku kobiety te mają 3,4 razy mniejsze szanse na zajście w ciążę niż kobiety niepalące [Hannoun, Nassar, Usta, Musa 2010, ss. 171–174]. Dodatkowo u kobiet w ciąży łożysko, nie zabezpiecza w pełni płodu przed wieloma ksenobiotykami, które są zawarte w dymie tytoniowym. Stąd też efektem ich działania mogą być różnego rodzaju zaburzenia w przebiegu ciąży i rozwoju płodu. U kobiet, które paliły tytoń stwierdzono dotychczas między innymi wzrost ryzyka wystąpienia poronień, zaburzeń wzrostu wewnątrzmacicznego

a także słabej kondycji noworodków zaraz po urodzeniu. [Moylan, Gustavson, Qverland i wsp. 2015, ss.13–24] Noworodki matek palących w ciąży są ponadto obarczone większym ryzykiem nagłej śmierci łóżeczkowej, zaś w okresie niemowlęco-dziecięcym wystąpieniem nadpobudliwości psychoruchowej, określanej jako zespół ADHD [Perz 2005, s. 960, Sochaczewska, Czeszyńska, Konefał i wsp. 2010, ss. 687–692] Często też noworodki, których matki paliły otrzymują niższą liczbę punktów w skali Apgar, która służy do określenia stanu zdrowia noworodka zaraz po porodzie w 1, 5 i 15 minucie życia. [Li, Wu, Lei i wsp. 2013, ss. 1–8]. Głównym celem badania jest ocena częstości palenia tytoniu wśród kobiet w wieku rozrodczym przed zajściem w ciążę i w trakcie ciąży. Analiza statystyczna zebranych danych umożliwi również przedstawienie najczęstszych motywów, które kierują kobietami w trakcie podjęcia decyzji o zaprzestaniu palenia.

Materiał i metody

Materiał został zebrany od sierpnia 2012 do października 2012 roku w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa w Łodzi, filia przy ulicy Wileńskiej 37. Badaniem objęto 252 kobiety w wieku do 49 roku życia. Większa część z nich to kobiety ciężarne, które zgłaszały się do poradni ginekologiczno-położniczej (1 grupa, n=144), zaś pozostałe to kobiety ciężarne przyjęte na oddział patologii ciąży w wyżej wymienionym szpitalu (2 grupa, n= 108).

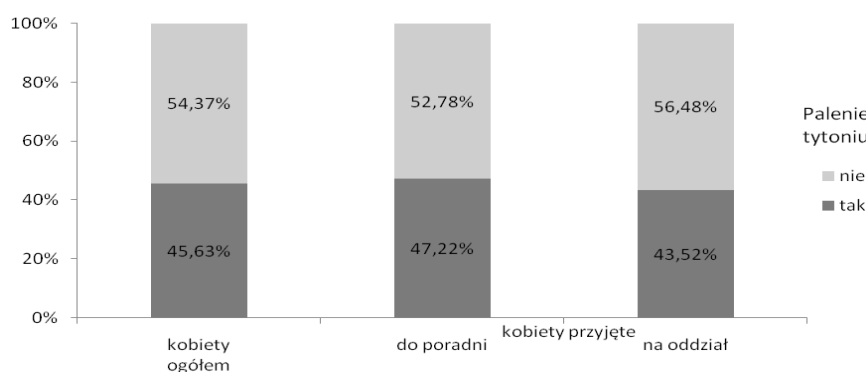
Kobiety wybrano w sposób losowy, zaś udział w badaniu był dobrowolny. Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta przeznaczona do samodzielnego wypełnienia. Kwestionariusz ankiety składał się z trzech części. Pierwsza odnosiła się do danych socjoekonomicznych takich jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, dochód. Druga część dotyczyła czynnego palenia papierosów przed i w trakcie ciąży oraz ekspozycji na dym tytoniowy w domu, miejscu pracy i w miejscach publicznych. Część trzecia miała na celu sprawdzenie poziomu wiedzy wśród kobiet na temat szkodliwości palenia tytoniu dla ciężarnej i jej nienarodzonego dziecka.

Wyniki

Palenie wyrobów tytoniowych przed zajściem w ciążę

Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono, że prawie 46% (n=115) kobiet przyznaje się do palenia tytoniu przed zajściem w ciążę. Wśród kobiet przyjętych do poradni czynne palenie deklarowało ponad 47% (n=68) badanych. Odsetek palaczek w grupie kobiet przyjętych na oddział był niższy i wynosił 43% (n=47).

Rysunek 1. Palenie wyrobów tytoniowych wśród kobiet przed zajściem w ciążę ogółem oraz w podziale na grupy



Źródło: Opracowanie własne.

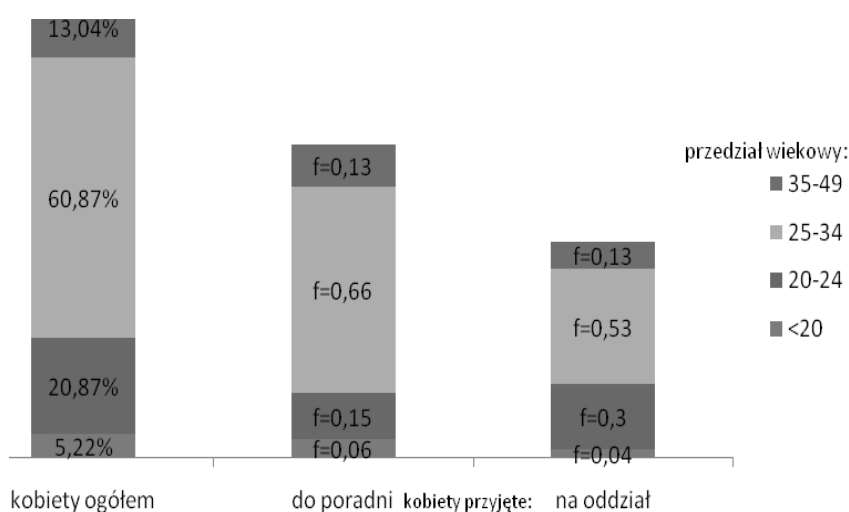
Średni czas palenia tytoniu obliczony został dla grupy kobiet $n=108$ z grupy liczącej $n=115$. W 7 przypadkach kobiety udzieliły odpowiedzi „palę okazjonalnie”, co ze względu na brak wartości liczbowej zostało wyłączone z dalszej analizy tego wskaźnika. Średni czas palenia tytoniu wśród badanych kobiet ($n=108$) był równy $6 \text{ lat} \pm 3,77$. U kobiet zgłaszających do poradni średni czas palenia wynosił $5,8 \text{ lat} \pm 4$. Natomiast dla kobiet przyjętych na oddział średni czas palenia tytoniu był dłuższy i wynosił $6,5 \text{ lat} \pm 3,4$.

Badanie wykazało, że najczęściej paliły kobiety z grupy wiekowej 25–34 lata ok. 61% ($n=70$), następnie kobiety w wieku 20–24 lata 21% ($n=24$). Ponad 13% palących kobiet było w wieku 35–49, najmniej palaczek odnotowano poniżej 20 roku życia. Podobnie kształtował się rozkład cechy, jaką jest wiek w grupie kobiet przyjętych do poradni ginekologiczno-położniczej. Na oddziale patologii ciąży zaobserwowano dwukrotnie wyższy udział kobiet w przedziale wiekowym 20–24 lata ($f=0,15$ vs $f=0,3$).

Największą grupę kobiet, które przyznawały się w ankiecie do palenia tytoniu przed zajściem w ciążę stanowiły kobiety posiadające wykształcenie wyższe magisterskie. Następną grupę pod względem liczebności stanowiły ciężarne z wykształceniem średnim – 31% i 13% badanych, które uzyskały tytuł licencjata. Wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe zadeklarowało prawie 12,3%. W grupie kobiet zgłaszających się do poradni także największą część badanych odnotowano wśród kobiet z wykształceniem wyższym z tytułem magistra $f=47$, następnie wykształceniem średnim $f=0,30$, wyższym z tytułem licencjata $f=0,13$ oraz wykształceniem poniżej średniego $f=0,10$. Nieco inaczej wyglądał rozkład badanej cechy wśród pacjentek z od-

działu patologii ciąży, gdzie mniejsza część badanych miała wykształcenie wyższe magisterskie $f=0,38$, zbliżona część posiadała wykształcenie średnie $f=0,34$, następnie wykształcenie poniżej średniego $f=0,15$ i wyższe licencjackie $f=0,13$.

Rysunek 2. Rozkład wieku wśród kobiet deklarujących palenie przed ciążą ogółem (w %) oraz w odniesieniu do grup (frakcje)



Źródło: Opracowanie własne.

Ponad połowa badanych 53% kobiet palących tytoń przed zajściem w ciążę deklarowało swój dochód na jednego członka rodziny poniżej 1500 PLN. Blisko 21% kobiet uzyskało dochód w granicach 2001-3000 PLN, a 19% w granicach 1501-2000 PLN, najwyższy dochód powyżej 3000 PLN zaznaczyło ok.4% badanych. Największa część kobiet z obydwu grup ($f=53$ vs. $f=54$) oceniła swój dochód na poziomie niższym niż 1500 PLN.

Spośród kobiet deklarujących palenie tytoniu przed zajściem w ciążę prawie 95% ankietowanych mieszkało w miastach a 5% na wsiach. Porównując miejsce zamieszkania kobiet z poradni i kobiet z oddziału, obserwujemy, że u badanych z drugiej grupy większa część mieszka w miastach ($f=0,93$ vs $f=0,98$).

Tabela 1. Charakterystyka statusu socjoekonomicznego kobiet palących tytoń przed zajściem ciążę ogólnie oraz w odniesieniu do poszczególnych grup

Zmienna	Kobiety palące przed ciążą ogółem (w %)	Kobiety palące przed ciążą przyjęte do poradni ginekologiczno-położniczej (fakcje)	Kobiety palące przed ciążą przyjęte na oddział patologii ciąży (frakcje)
WYKSZTAŁCENIE			
Podstawowe	8,7	0,06	0,13
Zasadnicze zawodowe	3,48	0,04	0,02
Średnie	31,30	0,3	0,34
Wyższe licencjat	13,04	0,13	0,13
Wyższe magister	43,48	0,47	0,38
DOCHÓD NETTO NA JEDNEGO CZŁONKA RODZINY			
Poniżej 1000PLN	13,91	0,16	0,11
1000-1500PLN	39,13	0,37	0,43
1501-2000PLN	19,13	0,18	0,21
2001-3000PLN	20,87	0,22	0,19
Powyżej 3000PLN	3,96	0,07	0,06
MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
Wieś	5,22	0,07	0,02
Miasto	94,78	0,93	0,98

*w tym także stały związek nieformalny; ** w tym także w separacji

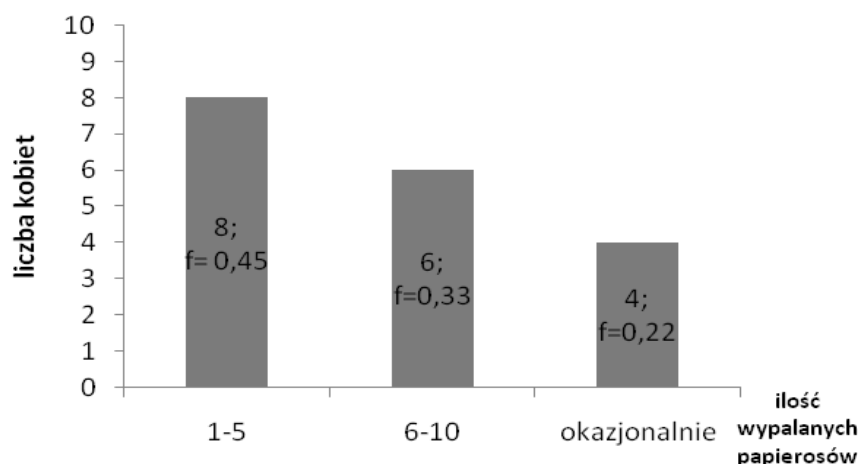
Źródło: Opracowanie własne.

Palenie wyrobów tytoniowych w trakcie ciąży

Badaniem objęto 115 kobiet deklarujących czynne palenie wyrobów tytoniowych przed zajściem w ciążę. 97 (84%) spośród nich zrezygnowało z palenia w trakcie ciąży. Niestety 18 kobiet (16%) dalej kontynuowało palenie przez cały okres trwania ciąży.

Kobiety, które dalej czynnie paliły wyroby tytoniowe podczas trwania ciąży przyznawały się do wypalania od 1 do 5 papierosów dziennie ($f=0,45$). Nieco mniej kobiet paliło od 6 do 10 papierosów na dobę ($f=0,33$). Najmniejsza część ciężarnych nie potrafiła dokładnie podać liczby wypalanych papierosów wskazując odpowiedź „palę okazjonalnie”

Rysunek 3. Ilość dziennie wypalanych papierosów przez kobiety w trakcie ciąży



Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowana większość kobiet palących w trakcie ciąży uważa, że koszty zakupu papierosów nie stanowią dla nich większego obciążenia budżetu domowego. Należy jednak zaznaczyć, że ponad połowa kobiet w tej grupie deklaruje swój dochód na poziomie nie przekraczającym 1500 zł netto na jednego członka rodziny.

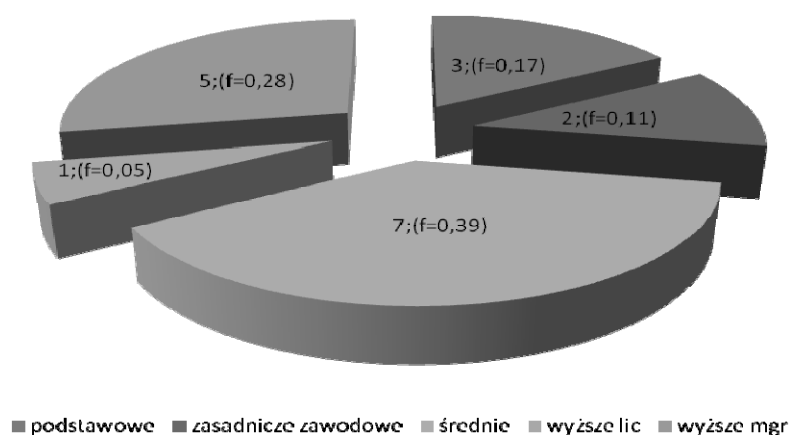
Kobiety, które najczęściej deklarowały czynne palenie w ciąży posiadały wykształcenie średnie ($f=0,39$). Na dalszych miejscach znalazły się ciężarne z wyższym wykształceniem (magisterskie $f=0,28$, licencjackie $f=0,05$). Najmniej spośród badanych w tej grupie kobiet posiadało wykształcenie niższe (podstawowe i zasadnicze zawodowe) $f=0,28$. Co ciekawe wszystkie kobiety czynnie palące w ciąży były mieszkankami miast, z czego znaczna większość ($f=0,56$) w aglomeracji miejskiej powyżej 500 tys. mieszkańców.

Rezygnacja z palenia wyrobów tytoniowych

Dla kobiet, które postanowiły zrezygnować z palenia wyrobów tytoniowych najczęstszym powodem tej decyzji była ciąża. Prawie połowa (48%) kobiet czynnie palących przed ciążą stwierdziła, że to właśnie ta informacja skłoniła je do porzucenia nałogu. Kolejnym najczęściej wskazywanym powodem zerwania z uzależnieniem było przekonanie o szkodliwym działaniu palenia dla zdrowia nienarodzonego dziecka. Tą odpowiedź wskazało 29% badanych. Badane kobiety wskazały również szereg innych motywów, które miały wpływ na zrezygnowanie z palenia. Zaliczamy do nich między innymi: względy finansowe, aktualne dolegliwości, obawa przed chorobą, życzenie

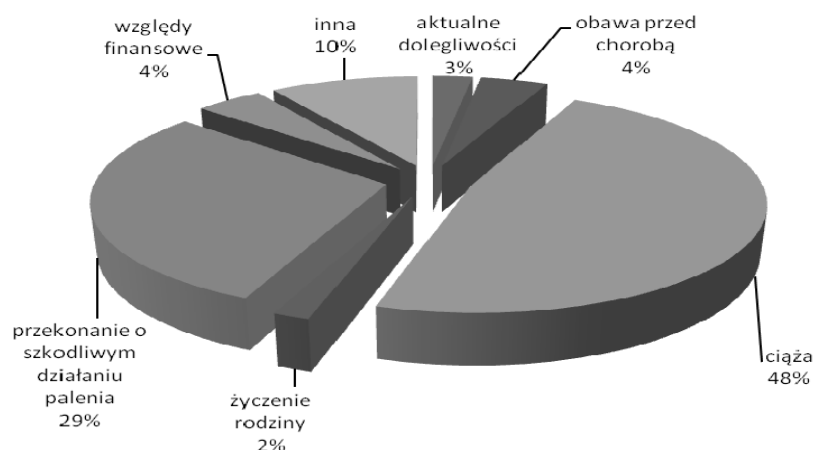
rodziny. Wskaźniki dla nich wahały się od 2 % do 4% wśród badanych. U pozostałych 10% ankieterek, które wskazały odpowiedź „inna”, najczęstszym motywem zaprzestania palenia było pojawienie się u nich „niechęci do papierosów”. Niespełna 10% kobiet palących tytoń zadeklarowało, że szukało pomocy w walce z uzależnieniem u specjalisty.

Rysunek 4. Rozkład wykształcenia wśród kobiet ciężarnych deklarujących palenie w czasie ciąży



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 5. Powody rezygnacji z palenia wyrobów tytoniowych wśród kobiet ciężarnych ogółem



Źródło: Opracowanie własne.

Dyskusja

Badania własne wskazują, że przed zajściem w ciążę paliło 45,5% kobiet. 84% z nich zrezygnowało zupełnie z palenia tytoniu po zajściu w ciążę, a 16% kontynuowało palenie. Ciężarne, które zadeklarowały zerwanie z uzależnieniem nikotynowym stanowią 38,5% wszystkich przebadanych kobiet. Inne badania przeprowadzone w województwie łódzkim wskazują, że około 30% kobiet porzuciło palenie w ciąży [Godala, Pietrzak, Gawron-Skarbek i wsp. 2012, ss. 43–47]. Kolejna analiza mówi, że z palenia tytoniu po zajściu w ciążę zrezygnowało 45% badanych [Wierzejewska, Jarosz, Sawicki i wsp. 2011, ss. 84–98].

Uzyskane wyniki wskazują na bardzo wysoki odsetek kobiet, które kiedykolwiek paliły tytoń przed zajściem w ciążę – 45,5%. Podobnie wysokie wskaźniki uzyskano już dotychczas w badaniach przeprowadzonych w innych regionach naszego kraju. Za przykład może posłużyć badanie Bilara i jego współpracowników. Badanie to obejmowało 189 pacjentek szpitala akademickiego w Szczecinie [1999, ss. 307–311]. Innym badaniem poruszającym kwestię palenia tytoniu przez kobiety ciężarne na terenie województwa łódzkiego było badanie, które przeprowadziła Godala i współpracownicy. Objęto nim grupę 111 kobiet ciężarnych mieszkających na terenie miasta Łodzi w wieku od 16 do 42 lat, zgłaszających się do 3 wybranych poradni ginekologicznych od marca do czerwca 2009 roku. Badania wykazały, że prawie 29,7% kobiet paliło przed zajściem w ciążę [2012, ss. 43–47].

Równie istotnym problemem jest kontynuowanie palenia tytoniu przez kobiety, które są już świadome zajścia w ciążę. Aż 16% spośród przyszłych matek zaniedbuje w ten sposób nie tylko swoje zdrowie, ale i naraża zdrowie nienarodzonego dziecka.

Porównując uzyskane dane z wynikami innych badań, które zostały przeprowadzone w Polsce w ostatnich latach widać znaczące różnice. Jako przykład niech posłuży badanie przeprowadzone w latach 2005–2007 pod kierownictwem Wierzejewskiej, które objęło swym zasięgiem 509 kobiet. Pacjentki te zgłaszały się w ostatnich dniach ciąży do Kliniki Położnictwa Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej przy Uniwersytecie Medycznym w Warszawie. W badaniu tym palenie tytoniu podczas ciąży zadeklarowało 20,2% kobiet, z czego 8,6% respondentek paliła tylko w pierwszych miesiącach ciąży. Niektóre z nich nie wiedziały o zajściu w ciążę, zaś 11,6% kobiet paliło przez cały okres ciąży [Wierzejewska, Jarosz, Sawicki i wsp. 2011, ss. 84–98]. Widać zatem, że odsetek ciężarnych świadomie palących w ciąży był niższy od analizowanego badania o około $\frac{1}{4}$. Natomiast inne badanie z roku 2007, które przeprowadził Adamek i współpracownicy wykazało, że odsetek kobiet palących w ciąży był wyższy i wynosił 21,6%. Badanie to przeprowadzono na grupie 431 ciężarnych, które

zostały przyjęte na oddział porodowy Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Poznaniu [2007, ss. 622–625]. Takie same wyniki, czyli dokładnie 21,6% uzyskano w badaniach Jędrzejczaka i współpracowników prowadzonych od lipca 2005 r. do marca 2006 r., w których brało udział 615 ciężarnych mieszkających w Gdańsku. [ss. 265–269]. Widocznie wyższy odsetek palących kobiet uzyskano w innym badaniu Bilara i współpracowników. W grupie, która liczyła 189 ciężarnych kobiet, przyjętych do szpitala akademickiego w Szczecinie, aż 28,6% przyznało się do czynnego palenia [ss. 307–311].

Jeden z najwyższych odnotowanych w Polsce odsetków wynoszący 35% aktywnych palaczek w ciąży prezentuje badanie dokonane przez Banaszak-Żak. Badanie to przeprowadzono na małej próbie liczącej 100 kobiet, zamieszkałych w Katowicach i Chorzowie [2005, ss. 179-183]. Przedstawione badania obrazują pewne rozbieżności w wynikach kształtujące się na poziomie 19%, które mogą być wynikiem różnic w liczebności grup badanych. W przeszłości przeprowadzono także szereg badań, które wykazały niższe wartości odsetka kobiet palących w ciąży niż omówione wcześniej przykłady. I tak np. w badaniu Chazan i współpracowników na próbie liczącej 1385 kobiet, odsetek ciężarnych palących papierosy wynosił 12,5% [ss. 163–175]. Prawdopodobnie uzyskane wyniki są stanowczo niższe od pozostałych ze względu na miejsce przeprowadzenia badania, czyli na terenie trzech gmin wiejskich w Polsce. Większość tego typu badań była realizowana w miastach, lub ankieterki zamieszkiwały aglomeracje miejskie (92%). Inne badania, które swoim zasięgiem obejmowały gminy wiejskie, odnotowywały wyniki zbliżone wartością do 14% kobiet, które czynnie paliły w trakcie trwania ciąży [Polańska, Hanke, Laudański 2007, ss. 796–801].

Badanie własne wykazało również, że wiek kobiet stanowczo wpływa na ilość wypalanych papierosów. W starszych grupach wiekowych wyższy odsetek dotyczy palaczek codziennych, natomiast w młodszych grupach wiekowych charakterystyczne jest palenie okazjonalne. Wyniki te mają swoje odzwierciedlenie w analizie przeprowadzonej przez Kaletę i współpracowników [2012, ss. 66–79].

Wyniki z badania własnego potwierdzają hipotezę, że najczęstszym powodem rezygnacji z palenia papierosów była informacja o zajściu w ciążę. Odpowiedź tę wskazało 48% ankietowanych kobiet. Zaprzestanie palenia przynosi korzyści zdrowotne dla matki i niweluje szkodliwe działanie składników dymu tytoniowego na rozwijający się płód. Niestety w próbie rzucenia palenia niespełna tylko 10% kobiet ciężarnych zgłosiło się do specjalisty lub szukało innej pomocy i wsparcia wśród bliskich. Kobiety, które zdecydowały się na zerwanie z nałogiem najczęściej stosowały farmakoterapię, często w postaci antynikotynowej terapii zastępczej, ponieważ środki

te są możliwe do nabycia bez recepty [Kaleta, Korytkowski, Makowiec-Dąbrowska i wsp. 2012, ss. 1–13].

Poważny problem stanowi brak prowadzenia antynikotynowej edukacji zdrowotnej dla kobiet ciężarnych przez personel medyczny. Jak wskazują wyniki 46% lekarzy i ponad 41% pielęgniarek i położnych nigdy nie rozmawiało z kobietami na temat szkodliwego wpływu palenia na zdrowie zarówno ich jak i nienarodzonego dziecka [Kowalska, Szymański, Rzeźnicki i wsp. 2007, ss. 837–841]. Z ogólnopolskiego badania GATS wynika, że u 55,4% kobiet edukacja antynikotynowa zakończyła się na zapytaniu przez personel medyczny o to, czy aktualnie palą papierosy. Tylko 42,5% kobiet otrzymało w trakcie wizyty poradę jak zaprzestać palenia tytoniu [WHO Regional Office for Europe, Ministerstwo Zdrowia, 2010].

Dodatkowo edukacja antynikotynowa wśród pacjentek jest mało wiarygodna i nieskuteczna, ponieważ wśród personelu medycznego zdarza się wiele przypadków palących lekarzy lub pielęgniarek i położnych [Gańczak, Szych, Karakiewicz 2012, ss. 72–76].

Wnioski

Przeprowadzone badanie wskazało, że czynne palenie wśród kobiet ciężarnych jest problemem aktualnym i często występującym. Należy przede wszystkim poprawić jakość edukacji antynikotynowej wśród pacjentek, ponieważ jest ona mało wiarygodna i w większości przypadków nieskuteczna. W celu poprawy sytuacji w tym zakresie należy skupić się na tworzeniu i poprawie funkcjonowania istniejących placówek gdzie przyszłe matki mogłyby otrzymać profesjonalną pomoc w walce z uzależnieniem od przeszkolonego w tym zakresie personelu medycznego. Korzystne zmiany mogłoby również przynieść zwiększenie dofinansowania ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia na leki stosowane przy wspomaganiu rzuceniu palenia. W mediach powinno się więcej czasu poświęcić długoterminowym i intensywnym kampaniom mówiącym o zdrowotnych skutkach czynnego i biernego narażenia na dym tytoniowy w szczególności wśród kobiet ciężarnych. Należy też edukować społeczeństwo aby doprowadzić do zmniejszenia przyzwolenia na palenie w obecności kobiet ciężarnych. Najwięcej jednak zależy od woli samych kobiet, to one decydują o swoim zdrowiu i zdrowiu nienarodzonego jeszcze dziecka dokonując wyborów, które mogą zaważyć na ich dalszym życiu.

Bibliografia

- Adamek R., Klejewski A., Urbaniak T. i in., (2007), *Spółeczno-ekonomiczne uwarunkowania palenia tytoniu w czasie ciąży a urodzeniowa masa ciała noworodków*, „Przegląd Lekarski”, z. 64, nr 10.
- Banaszak-Żak B., (2005), *Styl życia kobiet w okresie ciąży*, „Zdrowie Publiczne” z. 115, nr 2.
- Bilar M., Baraniak A., Celewicz Z., (1999), *Nikotynizm wśród kobiet ciężarnych w populacji szczecińskiej*, „Zdrowie Publiczne”, z. 99, nr 9.
- Chazan B., Szymborski J., Zatoński W., (1997), *Ocena postaw kobiet ciężarnych w wieku rozrodczym wobec palenia tytoniu*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” z. 1, nr 2.
- Gańczak M., Szych Z., Karakiewicz B., (2012), *Palenie tytoniu wśród lekarzy i pielęgniarek oddziałów zabiegowych*, „Hygeia Public Health”, z. 47, nr 1.
- Godala M., Pietrzak K., Gawron-Skarbek A. i in., (2012), *Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Część II. Aktywność fizyczna i stosowanie używek*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” z. 93, nr 1.
- Hannoun A., Nassar A.H., Usta I.M. i in., (2010), *Effect of female nargile smoking on in vitro fertilization outcome*, „European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology” z. 150, nr 2..
- Jędrzejczyk T., Zarzecka-Baran M., Balwicki Ł., (2006), *Palenie wśród kobiet ciężarnych w Gdańsku – społeczne uwarunkowania zjawiska*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, z. 87, nr 4.
- Kaleta D., Korytkowski P., Makowiec-Dąbrowska T. i in., (2012), *Predictors of long-term smoking cessation: Results from the Global Adult Tobacco Survey in Poland (2009-2010)*, „BMC Public Health”, z. 12, nr 1020.
- Kaleta D., Makowiec-Dąbrowska, Działkowska-Zaborszczyk i in., (2012), *Determinants of heavy smoking: Results from the Global Adult Tobacco Survey in Poland (2009-2010)*, „International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health”, z. 25, nr 1.
- Kowalska A., Szymański P., Rzeźnicki A. i in., (2007), *Zachowania dotyczące palenia tytoniu pacjentek korzystających z porad w poradniach dla kobiet*, „Przegląd Lekarski”, z. 64, nr 10.
- Li F., Wu T., Lei X. i in., (2013), *The Apgar Score and Infant Mortality*, „PloS ONE”, z. 8, nr 7.
- Molyan S., Gustavson K., Qverland S. i in., (2015), *The impact of maternal smoking during pregnancy on depressive and anxiety behaviors in children: the Norwegian Mother and Child Cohort Study*, „BMC Medicine”, z. 13.
- Polańska K., Hanke W. (2004), *Palenie papierosów przez kobiety ciężarne a przebieg i wynik ciąży. Przegląd badań epidemiologicznych*, „Przegląd Epidemiologiczny” z. 58, nr 8.
- Polańska K., Hanke W., Laudański i in., (2007), *Stężenie kotoniny w osoczu jako biomarker czynnej i biernej ekspozycji kobiet ciężarnych na dym tytoniowy*, „Ginekologia Polska” z. 78.
- Perz S., Kara-Perz H., (2005), *Dym tytoniowy jako czynnik ryzyka zespołu nagłej śmierci noworodka (SIDS) – ocena i wiedzy i postaw kobiet*, „Przegląd Lekarski”, z. 62, nr 10.
- Sipowicz M.A., Laudański T., (2002), *Palenie tytoniu w ciąży – efekty odległe*, „Ginekologia Polska”, z. 73, nr 6.

- Sochaczewska D., Cieszyńska M., Konefał H. i in., (2010), *Palenie czynne lub bierne w okresie ciąży a wybrane parametry morfologiczne i powikłania okresu noworodkowego*, „Ginekologia Polska”, z. 81.
- Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J.T., (2013), *Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, z. 94, nr 2.
- WHO Regional Office for Europe (2009), *Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce*, www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raport_epidemia_16082010.pdf [12 czerwca 2015].
- WHO Regional Office for Europe, Ministerstwo Zdrowia (2010), *Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS)*, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sondaz_tyt_15112010.pdf [12.06.2015].
- Wierzejewska R., Jarosz M., Sawicki W. i in. (2011), *Antyzdrowotne zachowania kobiet w ciężarnych. Tytoń, alkohol, kofeina*, „Żywność Człowieka i Metabolizm”, z. 38, nr 2.

Mariusz Panczyk

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Aleksander Zarzeka

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Jarosława Belowska

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Joanna Gotlib

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Nadzór nad przestrzeganiem praw własności intelektualnej w kształceniu personelu pielęgniarskiego – egzemplifikacja praktyczna zarządzania plagiatem

Monitoring compliance with intellectual property rights in the training of nursing personnel – practical exemplification of plagiarism management

Abstract: Background: Plagiarism is one of the most common forms of academic dishonesty and it concerns Nursing students as well as students of other majors.

Aim: Plagiarism detection of written assignments such as essays prepared by full-time students majoring in Nursing on a Master's degree course at Medical University of Warsaw (MUW) to get a credit for the "Patient Rights" course.

Materials and Methods: A total of 210 written essays prepared by students to get a credit for the "Education in Health Protection Law" course were analysed for plagiarism. Turnitin® anti-plagiarism software was used for generating similarity reports. The following three quantitative similarity indices were determined: general (OWP), internet (IWP), and cross (KWP). Pearson product-moment correlation coefficients for the pairs of indices (OWP-IWP, OWP-KWP, and IWP-KWP) were estimated.

Results: With the assumed threshold for OWP amounting to 20%, texts suspected of plagiarism constituted 52% of the total (mean OWP value of 30%). A strong relation between OWP and KWP ($r = 0.934$; $P < 0.001$) was observed. Although a positive relation was also seen with refer-

ence to OWP-IWP, its strength was significantly lower ($r = 0.626$; $P < 0.001$). KWP-IWP relation also demonstrated a correlation between similarity of the content of a student's essay written with the use of internet resources and a degree to which this student copied texts of other students ($r = 0.412$; $P < 0.001$).

Conclusions: It is advisable to use plagiarism detection with respect to all texts prepared by students.

Keywords: academic cheating, academic dishonesty, plagiarism, nursing education research, plagiarism detection software

Wstęp

Podstawą dobrze funkcjonującej uczelni wyższej jest zachowanie integralności akademickiej (*academic integrity*), której filarami są takie wartości jak: uczciwość, zaufanie, szacunek i odpowiedzialność [Gaberson 1997, ss. 14–20]. W dostępnej literaturze do opisu zjawisk, które naruszają integralność akademicką stosuje się różne określenia: *academic dishonesty*, *academic cheating*, *academic misconduct*. Oszustwo, złe praktyki czy nieuczciwość to terminy, które charakteryzują występki studentów przeciwko etyce akademickiej [McCrink 2010, ss. 653–659]. Problem oszustw egzaminacyjnych czy też plagiatowania prac zaliczeniowych występuje w wielu krajach świata i jest on dostrzegany w uczelniach kształcących specjalistów w naukach o zdrowiu w tym na kierunku Pielęgniarstwo [McCabe 2001, ss. 219–232, McCabe 2009, ss. 614–623, Kirkland 2009, ss. 15–52, Wideman 2009, ss. 17–39, Park 2013, ss. 346–252].

W dniu 5 września 2014 roku ukazał się Dziennik Ustaw z nowelizacją ustawy *Prawo o szkolnictwie wyższym* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1198), która w art. 86c. 1. nakłada obowiązek uchwalenia przez Senat Uczelni „regulaminu zarządzania prawami autorskimi i prawami pokrewnymi (...)”. Ponadto, w art. 167a. 4. wprowadzono zapis, że „uczelnia jest obowiązana do sprawdzania pisemnych prac dyplomowych przed egzaminem dyplomowym z wykorzystaniem programów antyplagiatowych współpracujących z ogólnopolskim repozytorium pisemnych prac dyplomowych”. Powyższe przepisy mają wymusić na władzach uczelni postępowanie, które będzie w większym niż dotychczas stopniu zapobiegać nadużyciom związanym z łamaniem przepisów Prawa autorskiego.

Większość uczelni wdrożyła już odpowiednie procedury i regulaminy dotyczące ochrony własności intelektualnej, jednakże odnoszą się one zwykle do tych dóbr intelektualnych, które mają potencjał komercjalizacyjny. Nadal jednak dużym problemem większości instytucji akademickich jest brak spójnej polityki „zarządzanie plagiatem” (*plagiarism management*). Panuje przekonanie, że nie da się skutecznie walczyć z plagiatem, a uczelnie nie są w stanie zapewnić odpowiedniego poziomu jakości

prac studenckich. Pogląd ten określany jest jako „panika moralna” (*moral panic*), a jego zwolennicy jako główne narzędzie do walki z plagiatem uznają stosowanie coraz to ostrzejszych kar [Sutherland-Smith 2010, ss. 5-16]. Jednakże jak wskazuje praktyk, podejście takie nie zapewnia oczekiwanych korzyści w postaci zmniejszenia liczby nadużyć ze strony studentów. Nowoczesne „zarządzanie plagiatem” w uczelni zakłada stosowanie różnych strategii, w tym wprowadzenie systemu prewencji w postaci odpowiednich procedur antyplagiatowych (oprogramowanie do detekcji plagiatów), ale także wsparcie edukacyjne studentów i prowadzenie kampanii informacyjnej w zakresie przestrzegania *Prawa autorskiego*.

Warszawski Uniwersytet Medyczny (WUM) od kilku lat korzysta w ramach realizacji procedury antyplagiatowej z systemu plagiat.pl. Wszystkie prace dyplomowe (licencjackie, magisterskie i doktorskie) studentów WUM podlegają ocenie pod kątem możliwych nieuprawnionych zapożyczeń treści pochodzących z różnych źródeł. Jednakże dotychczas uczelnia nie oferowała pracownikom akademickim możliwości sprawdzania prac zaliczeniowych przygotowywanych przez studentów samodzielnie poza godzinami zajęć w uczelni. Brak takiej oceny może skłaniać część studentów do nieuczciwych zachowań, których celem jest uzyskanie zaliczenia na podstawie pracy będącej częściowym lub całkowitym plagiatem.

Od roku akademickiego 2011/2012, po raz pierwszy w Wydziale Nauki o Zdrowiu WUM, w celu podnoszenia jakości kształcenia w zakresie prawa, w ramach godzin dydaktycznych dotychczas przeznaczonych na wykłady, rozpoczęto kurs e-learningowy „Kształcenie w zakresie Prawa w ochronie zdrowia” [Gotlib 2012, ss. 419–425]. Wielomodułowy e-kurs umieszczony był na bezpłatnej platformie Moodle™ (*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*)¹, która służy do wspomagania nauczania na odległość. Jeden z 7 modułów tematycznych dotyczył *Praw pacjenta* i przewidziano dla niego zaliczenie w postaci pracy pisemnej. Esej miał stanowić formę podzielenia się doświadczeniami zawodowymi studentów w zakresie przestrzegania praw pacjenta w ich miejscu pracy.

Ze względu na fakt, że kwestia znajomości prawa medycznego, a w szczególności praw pacjenta jest jedną z ważniejszych kompetencji personelu pielęgniarskiego, to zasadna jest ocena stopnia przygotowania studentów z tego zakresu. Jednakże, podobnie jak w przypadku kształcenia w innych obszarów wiedzy i umiejętności, także przy tej ocenie może dochodzić do oszustw i nadużyć ze strony studentów. Szczególnie, że jak podaje McCabe [2009, ss. 614–623] w badaniu dotyczącym nieetycznych zachowań, nie zaobserwowano istotnych różnic między studentami Pielęgniarstwa

¹ Strona Moodle™ Zakładu Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, <http://www.nzd.moodle.wum.edu.pl>, dostęp: 18 grudzień 2014.

a studentami innych kierunków studiów. Nie można zatem przyjąć, że studenci kształcący się w zawodzie pielęgniarstwa ze względu na wysokie standardy etyczne tego zawodu będą znacząco rzadziej dopuszczać się oszustw akademickich w porównaniu z innymi grupami studentów [Hilbert 1988, ss. 163–167, McCabe 2009, ss. 614–623].

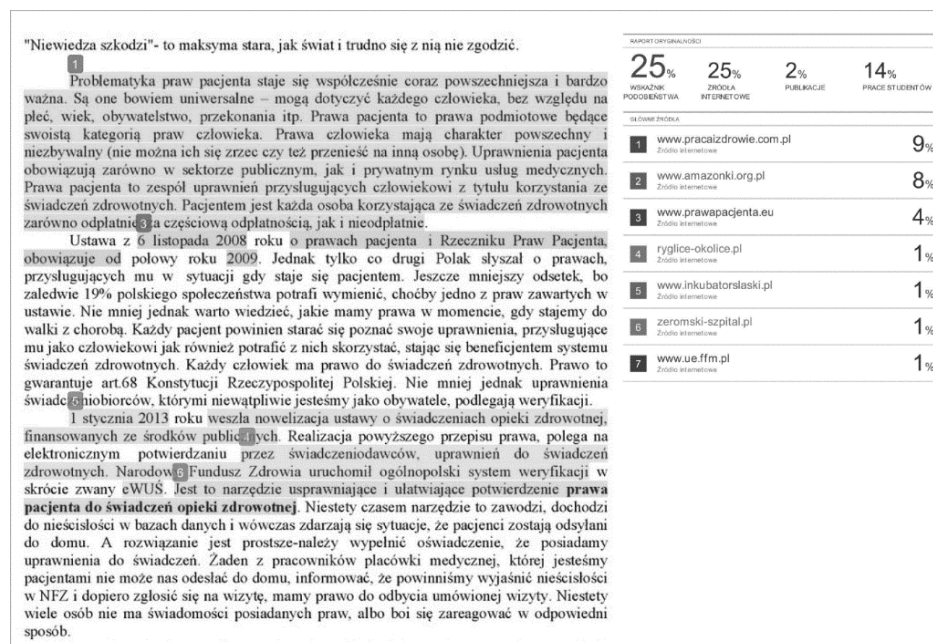
Celem prezentowanych w niniejszej publikacji wyników analiz jest ocena antyplagiatowa pisemnych prac typu esej, przygotowanych w ramach zaliczenia tematu *Prawa pacjenta* przez studentów studiów stacjonarnych drugiego stopnia kierunku Pielęgniarstwo w WUM.

Materiał i metody

Do analizy antyplagiatowej wykorzystano łącznie 210 pisemnych prac typu esej przygotowanych przez studentów kierunku Pielęgniarstwo studiów stacjonarnych drugiego stopnia w WUM. Ocenie poddano zadania wykonane przez studentów z dwóch kolejnych roczników akademickich: 2012/13 ($n = 99$) i 2013/14 ($n = 111$).

Do oceny samodzielności przygotowania prac pisemnych wykorzystano serwis antyplagiatowy Turnitin®, który umożliwia analizę tekstów i wykrywanie przypadków nieuprawnionego kopiowania fragmentów z różnych źródeł. Proces sprawdzania odbywał się w trybie on-line, a każda praca była porównywana z bazą danych treści akademickich, na które składały się: zasoby Internetu (około 45 miliardów istniejących i zarchiwizowanych stron internetowych), publikacje naukowe (ponad 130 milionów artykułów, książek i podręczników pochodzących od czołowych wydawnictw naukowych), prace studenckie (400 milionów prac studentów uzupełnionych o zasoby bazy macierzystej) [<http://turnitin.com/pl/features/originalitycheck>, dostęp 18-12-2014]. Dla każdej z analizowanych prac wygenerowano indywidualny raport z zaznaczeniem fragmentów skopiowanych przez studenta wraz z podaniem źródła oryginalnych treści. Raport podobieństwa określa także trzy wskaźniki ilościowe: ogólny (OWP), internetowy (IWP) oraz krzyżowy wskaźnik podobieństwa (KWP). Uzyskane z raportów dane zestawiono z uwzględnieniem najczęściej kopiowanych źródeł internetowych, a także oszacowano stopień podobieństwa między poszczególnymi pracami w analizie krzyżowej [<http://turnitin.com/pl/features/originalitycheck>, dostęp 18-12-2014]. Wskaźniki IWP oraz KWP były szczegółowo analizowane tylko dla przypadków, dla których przekraczana była wartość 5% podobieństwa. Przykładowy raport antyplagiatowy przedstawiono na rys. 1.

Rysunek 1. Fragment raportu podobieństwa wygenerowanego przez system antyplagiatowy Turnitin®



Źródło: opracowanie własne.

Do określenia ewentualnych różnic w zakresie nieuczciwych praktyk stosowanych przez studentów z dwóch różnych roczników, wykorzystano nieparametryczny test U Manna-Whitneya. Analizie porównawczej poddano wartości wskaźników OWP, IWP i KWP. Natomiast w celu określenia, który rodzaj treści jest najczęstszym źródłem nieuprawnionego kopiowania, oszacowano wartość współczynnika korelacji r-Pearsona dla par wskaźników OWP-IWP oraz OWP-KWP. Skłonność studenta do kompilowania treści pochodzących z różnych źródeł oceniono w analizie interkorelacji dla pary IWP-KWP.

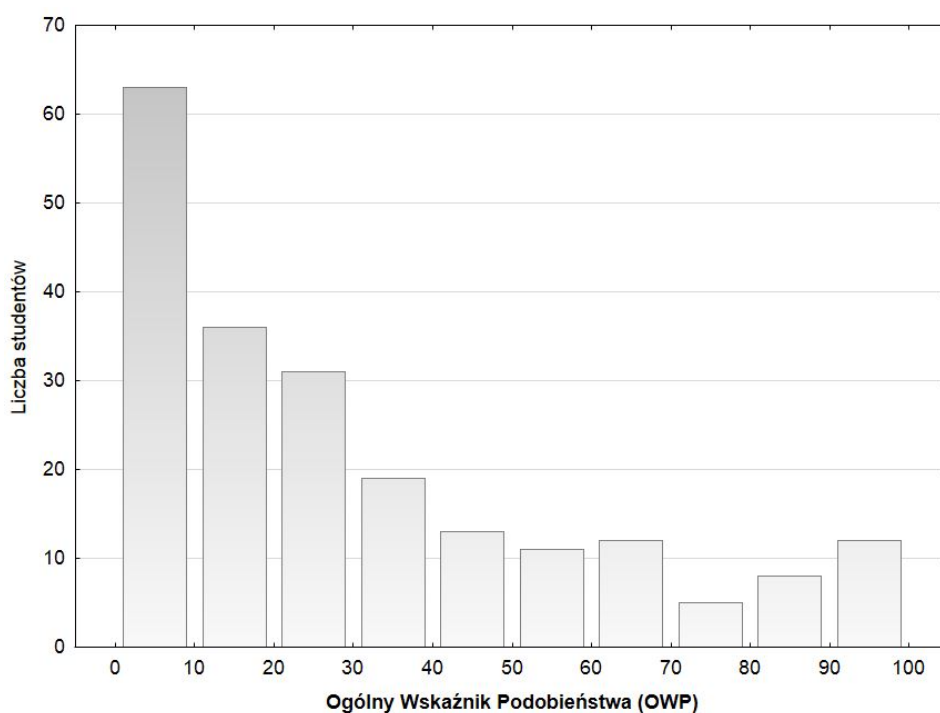
Do obliczeń wykorzystano pakiet statystyczny STATISTICA wersja 10.0 (StatSoft, Inc.) zgodnie z licencją WUM. Dla wszystkich analiz jako domyślny (*a priori*) poziom istotności przyjęto $\alpha=0,05$.

Wyniki

Średnia OWP dla wszystkich analizowanych prac wyniosła $31,04 \pm 27,997\%$ przy medianie równej 22,0%. Stopień zróżnicowania tego wskaźnika dla badanej grupy był

duży, co odzwierciedla wysoka wartość współczynnika zmienności – 90,2%. Z analizy raportów podobieństwa wynika, że 13 spośród badanych prac wykazało ponad 90% OWP, natomiast 63 prace miały OWP poniżej 10%. Szczegółowe wyniki dotyczące częstości rozkładu zmiennej OWP przedstawiono na rys. 2.

Rysunek 2. Histogram częstość rozkładu zmiennej OWP (Ogólny Wskaźnik Podobieństwa) dla wszystkich analizowanych prac zaliczeniowych studentów kierunku Pielęgniarstwo WUM z r. akad. 2012/13 i 2013/14



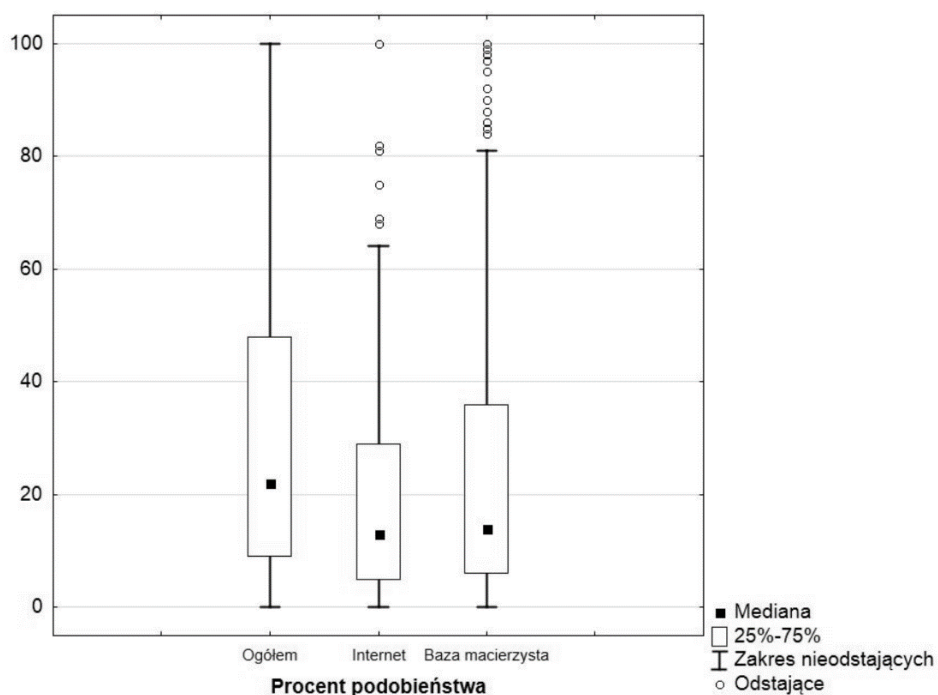
Źródło: opracowanie własne.

W ocenie stopnia podobieństwa prac studentów z bazą stron internetowych Turnitin® zidentyfikowano łącznie 103 różne źródła, z czego aż 28 razy kopiowano treści ze strony www.broszura-ids.pl (*Broszura Online. Wsparcie w codziennej edukacji pacjenta*). Ponadto, 24 źródła internetowe były kopiowane więcej niż raz. Średnia wartość IWP kształtowała się na poziomie $19,48 \pm 18,908\%$ przy medianie wynoszącej 13,0 i wysokim współczynnikiem zmienności 97,1%. Ocena stopnia zróżnicowania wyników za pomocą testu Grubbsa, wskazuje na obecność pojedynczych przypadków odstających od średniej wartości IWP (statystyka Grubbsa = 4,258; $p < 0,003$).

Analiza krzyżowa między treścią prac wszystkich badanych studentów wykazała, że średnia wartość KWP wyniosła $24,65 \pm 26,736\%$ (mediana 14,0%; zmienność 108,5%). Szczegółowa ocena raportów podobieństwa pod kątem zgodności krzyżowej pozwoliła na zidentyfikowanie 15 prac o podobieństwie większym niż 80%, z czego 4 dokumenty wykazały $\approx 99\%$.

Zestawienie wyników dotyczących analizy podobieństwa prac studentów z treściami pochodzącymi z różnych rodzajów źródeł przedstawiono na wykresie (rys. 3).

Rysunek 3. Wykresy ramka-wąsy przedstawiające procent zidentyfikowanego podobieństwa ogólnego oraz w podziale na dwa źródła: Internet i Baza macierzysta w pracach zaliczeniowych studentów kierunku Pielęgniarstwo WUM z r. akad. 2012/13 i 2013/14



Źródło: opracowanie własne.

Analiza porównawcza prac studentów z dwóch różnych roczników akademickich, wykazała, że niezależnie od tego jakie były źródła podobieństwa treści, nie było istotnie statystycznych różnic między grupami studentów (test U Manna-Whitneya; $p > 0,05$) (tab. 1).

Tabela 1. Zestawienie wyników analizy porównawczej raportów podobieństwa dla prac zaliczeniowych przygotowanych przez studentów kierunku Pielęgniarstwo WUM z dwóch różnych roczników

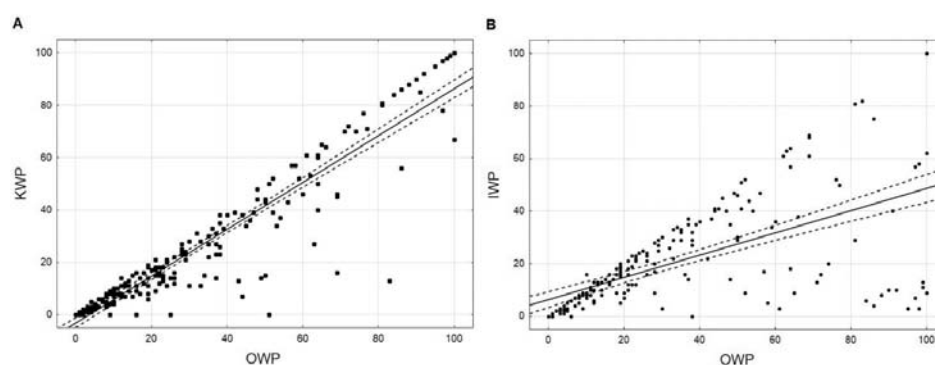
Wskaźnik podobieństwa	Suma rang r. akad. 2012/13	Suma rang r. akad. 2013/14	Statystyka U	P*
Ogólny (OWP)	10844,0	11311,0	5095,0	0,364
Internetowy (IWP)	10662,0	11493,0	5277,0	0,622
Krzyżowy (KWP)	10859,5	11295,5	5079,5	0,346

* nieparametryczny test U Manna–Whitney’a

Źródło: opracowanie własne.

Szacując udział poszczególnych źródeł, z których studenci kopiowali teksty wykazano, że dominujący wpływ na ogólne podobieństwo pracy ma zgodność z treściami pochodzącymi z bazy macierzystej. Miarą tego wpływu jest silna zależność między wartością OWP a KWP, którą oszacowano za pomocą współczynnika korelacji liniowej r -Pearsona ($r = 0,934$; $p < 0,001$). Pozytywną korelację zaobserwowano także w przypadku pary OWP–IWP, ale siła tej korelacji była wyraźnie niższa ($r = 0,626$; $p < 0,001$). Także w przypadku interkorelacji między KWP–IWP stwierdzono związek między podobieństwem treści pracy studenta pochodzącej ze źródeł internetowych, a stopniem kopiowania przez tego studenta tekstów innych studentów ($r = 0,412$; $p < 0,001$). Wyniki analizy korelacji przedstawiono na wykresach rozrzutu (rys. 4).

Rysunek 4. Wykresy rozrzutu dla analizy korelacyjnej określającej związek między wartością Ogólnego Współczynnika Podobieństwa (OWP), a Krzyżowym (wykres A) i Internetowym (Wykres B) Współczynnikiem Podobieństwa



Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

W światowej literaturze dotyczącej badania zjawiska nadużyć w zakresie integralności akademickiej w kształceniu pielęgniarskim odnajdujemy kilka prac pochodzących ze Stanów Zjednoczonych [McCabe 2001, ss. 219–232, McCabe 2009, ss. 614–623] oraz pojedyncze z Kanady [Wideman 2009, ss. 17–39], Wielkiej Brytanii [Kirkland 2009, ss. 15–52] oraz Korei Południowej [Park 2013, ss. 346–252].

Badacze zajmujący się szkolnictwem wyższym, spośród różnych nieuczciwych zachowań studentów, jako najczęstsze wskazują plagiowanie. Samo określenie „plagiat” nie jest jednoznacznie zdefiniowane, nie jest także używane w aktach prawnych. Trudności z określeniem granic plagiatu mają nie tylko naukowcy i wykładowcy, ale także specjaliści zajmujący się *Prawem autorskim* [Perfect 2009, s. 267]. Tak jak w przypadku innych nieetycznych zachowań, określenie rzeczywistej częstości występowania plagiatów w szkolnictwie wyższym jest trudne. Według obserwacji McCabe [2009, ss. 614–623] 58% amerykańskich i kanadyjskich studentów dopuszcza się różnego rodzaju nieuczciwości, a w południowokoreańskich wydziałach kształcenia pielęgniarek do plagiowania przyznaje się w badaniach ankietowych aż 78% studentów [Park 2013, ss. 346–252]. Badania na ogólnych grupach studentów wskazują, że od 7% do 55% badanych przyznaje się otwarcie do popełnienia w przeszłości umyślnego plagiatu, z czego blisko 10% podało że robiło to często [Scanlon 2002, ss. 374–385, Selwyn 2008, ss. 465–479]. Jeśli wziąć pod uwagę, że część ankietowanych nie podała prawdy lub popełniła nieświadomy plagiat, to powyższe dane są tylko przybliżonym szacunkiem rzeczywistego stanu. Z omawianych w prezentowej publikacji wynikach analiz antyplagiatowych prac studentów Pielęgniarstwa wynika, że przy zakładanym progu dla OWI równym 20%, teksty podejrzane o plagiat stanowiły aż 52% wszystkich badanych prac zaliczeniowych (średnia wartość OWI $\approx$ 30%). Tak duża liczba tekstów z nieuprawnionymi zapożyczeniami świadczy o poważnym naruszeniu standardów akademickich i nie może być on akceptowany ani tolerowany przez środowisko uniwersyteckie. Plagiat mocno oddziałuje na integralność akademicką, ponieważ wpływa negatywnie na proces nauczania i uczenia się (*teaching and learning*) [Isserman 2003, s. B12, McCabe 2001, ss. 219–232], a także dlatego, że w przypadku występowania nieetycznych występów w trakcie studiów, istnieje duża szansa na podobne zachowania w późniejszej praktyce zawodowej [Anderson 1994, ss. 323–332, Gaberson 1997, ss. 14–20, Harding 2004, ss. 311–324, Harper 2006, ss. 364–371, Hilbert 1988, ss. 163–167]. Jak podaje Tippit i wsp. [2009, ss. 239–244] uczelnie, które w niedostatecznym stopniu przestrzegają zasad integralności akademickiej ponoszą część odpowiedzialności za nieetyczne zachowania kliniczne swoich absolwentów

nawet, jeśli są one tylko pośrednio związane z oszustwami, których student dopuścił się podczas studiów. Z tego punktu widzenia, wypracowanie przez uczelnię dobrych praktyk w zakresie „zarządzania plagiatem” jest bardzo ważnym elementem funkcjonowania systemu zapewnienia jakości kształcenia w danej instytucji akademickiej.

Mimo, że istnieją dość dobrze udokumentowane dane na temat narastającego problemu plagiatorstwa w uczelniach wyższych, to nie ma jednoznacznie potwierdzających wyników analiz na temat tego w jaki sposób studenci zmieniają swoje nastawienie do nieuczciwych praktyk w sytuacji gdy instytucja akademicka decyduje się na użycie systemów antyplagiatowych. Youmans [2011, ss. 749–761] opublikował wyniki swoich badań porównawczych dotyczących wpływu restrykcyjnej polityki antyplagiatowej oraz użycia oprogramowania Turnitin® na zachowania studentów. Uzyskał zaskakujące wyniki z których wynikało, że odsetek prac które zawierały nieuprawnione zapożyczenia z cudzych utworów wynosił 31% w grupie która nie była informowana na temat kontroli prac oprogramowaniem do wykrywania plagiatów, wobec 46% w grupie która została o tym fakcie poinformowana przed złożeniem prac zaliczeniowych. Jak wnioskuje autor, korzystanie z systemu Turnitin® nie zapobiegło skutecznie plagiatom [Youmans 2011, ss. 749–761]. Do przeciwnych wniosków doszedł Dahl [2007, ss. 173–191], który jednoznacznie zaobserwował pozytywne skutki po wprowadzeniu kontroli antyplagiatowej z użyciem platformy Turnitin®. Także, z innych obserwacji wynika, że na przykład w krajach takich jak Wielka Brytania, gdzie wprowadzono ogólnokrajowy system kontroli oryginalności prac (Turnitin®) w latach 2005–2012 spowodowało to spadek liczby nieoryginalnych prac średnio o 59% (7,7% w 2005 *versus* 3,1% w 2012 roku) [<http://turnitin.com/pl/features/originalitycheck>, dostęp 18–12–2014]. W obliczu powyższych różnic, sporne pozostaje więc twierdzenie, że sama świadomość używania przez wykładowców oprogramowania antyplagiatowego „odstrasza” studentów od chęci popełniania plagiatu. Zapewne, jak podaje Youmans [2011, ss. 749–761] jest wiele różnych czynników, które składają się na rozpowszechnienie zjawiska plagiatowania wśród studentów. Warto podkreślić, że jednym z ważnych czynników jest utrwalanie złych nawyków nabytych przez uczniów w okresie przedakademickim. Prowadzenie konsekwentnej ogólnokrajowej edukacji z zakresu *Prawa autorskiego* już od najmłodszych lat, pozwala na kształtowanie odpowiedniego poziomu świadomości w odniesieniu do praw własności intelektualnych.

Plagiat studencki z reguły jest odnoszony do świadomego fałszywego oznaczania autorstwa całości bądź elementów utworu chronionych prawem autorskim [Barta 2005, s. 11]. Najczęściej ma więc on postać przejęcia planu wyrażania (formy zewnętrznej) cudzego utworu. Wyniki oceny porównawczej pokazują, że sposób w jaki studenci wykorzystują cudze utwory w celu nieuprawnionego zapożyczenia jest bar-

dzo podobny w dwóch różnych rocznikach (test U Manna Whitney'a; $p > 0,05$), co wskazuje na duży stopień utrwalenia złych nawyków wśród studiujących. Natomiast, analiza korelacyjna dostarcza dowodów na istnienie związku między nieuprawnionym kopiowaniem ze źródeł internetowych z równoczesnym zapożyczeniem treści z prac rówieśników (współczynnik korelacji r -Pearsona = $r = 0,412$; $p < 0,001$). Ponadto, analiza tekstów wskazuje, że udział powtórzeń dotyczących fragmentów pochodzących ze źródeł internetowych (średnia IWP wyniosła 19,48%) w całkowitym odsetku podobieństwa (OWP) jest mniejszy, niż w przypadku wzajemnego zapożyczania treści między studentami (średnia KWP wyniosła 24,65%). Dodatkowo, wysoka wartość KWP świadczy o dużym stopniu przyzwalania przez część studentów na świadome udostępnianie swoich prac zaliczeniowych koleżankom i kolegom. Wyniki te nawiązują do danych opublikowane przez Park i wsp. [2013, ss. 346–352] które wskazują, że 21% spośród przebadanych studentów Pielęgniarstwa przyznaje się, że więcej niż raz udostępniło swój tekst innemu studentowi wiedząc, że będzie on służył do nieuczciwego uzyskania zaliczenia. W tym samym badaniu zaobserwowano, że dominującym źródłem plagiatowanych tekstów są prace rówieśników (21,6%) oraz zasoby Internetu (21,3%), a znacznie rzadziej publikacje naukowe oraz książki/podręczniki (8,5%). Wyniki Park i wsp. [2013, ss. 346–352] są więc bardzo zbliżone do tych uzyskanych z analizy antyplagiatowej prezentowanej przez autorów w niniejszej publikacji.

Duży udział w badanej grupie prac o wysokim współczynniku podobieństwa (OWP $\approx 30\%$) jest bardzo złym sygnałem dla środowiska akademickiego i wymaga pilnego podjęcia stosownych działań naprawczych. Należy przedsięwziąć kroki zmierzając do poprawy jakości ocenianych prac studenckich, a pomocne w tym względzie mogą być obserwacje innych badaczy. Jak wskazują analizy predykcyjne, ponad sześciokrotnie rosną szanse ($OR = 6,66$, $p < 0,001$) na nieuczciwe praktyki związane z plagiatowaniem, jeśli studenci nie otrzymują jasnego przekazu, co do grożących im konsekwencji za takie nieetyczne zachowania [Park 2013, ss. 346–352]. Ponadto, blisko dwukrotnie większe jest prawdopodobieństwo nadużyć ze strony studenta, który dokonywał oszustw w szkole średniej oraz w początkowym okresie studiów ($OR = 1,95$, $p = 0,02$) [Park 2013, ss. 346–352]. Z drugiej strony, mniejsze ryzyko wystąpienia plagiatorstwa zaobserwowano w sytuacji, kiedy to środowisko akademickie otwarcie potępiało tego typu zachowania stosując rygorystyczne procedury antyplagiatowe ($OR = 0,64$, $p = 0,002$) [Park 2013, ss. 346–352]. Wydaje się także, że duży wpływ na zmniejszenie liczby plagiatów może mieć prowadzenie dobrej edukacji w zakresie *Prawa autorskiego*. Brown & Howell [2001, ss. 103–118] podkreślają, że już jasne określenie przez daną instytucję akademicką, co jest rozumiane pod pojęciem „plagiat”, potencjalnie wpływa na zmniejszenie liczby prac nieoryginalnych w takiej uczelni. Te obserwacje świad-

czą o konieczności wprowadzenia programów szkoleniowych w zakresie dobrych praktyk akademickich, które powinny być częścią podstawowego kształcenia dla nowopryjętych studentów.

Należy mieć na uwadze, że samo użycie systemu kontroli plagiatowej nie wyeliminuje całkowicie problemu nieuczciwego przygotowywania prac zaliczeniowych [Carroll 2005, ss. 1–4]. Jednak, jak podkreślają Macdonald & Carroll [2006, ss. 233–245], połączenie dobrej edukacji dotyczącej *Prawa autorskiego* oraz stosowanie narzędzi kontroli antyplagiatowej może skutecznie ograniczyć plagiatowanie wśród studentów. Jak podaje Dahl [2007, ss. 173–191], wprowadzenie kontroli za pomocą oprogramowania Turnitin®, pełniło funkcję odstraszącą (spadek liczby plagiatów), ale także miało ono wymiar edukacyjny, ponieważ studenci w trakcie przygotowywania swoich tekstów konsultowali się z nauczycielem w celu rozwiązania napotkanych problemów z prawidłowym zacytowaniem przywoływanych źródeł informacji. Wzrost świadomości dotyczącej zasad dobrej praktyki akademickiej można osiągnąć poprzez użycie systemów antyplagiatowych nie jako narzędzia do karania, ale jako metody kształtowania postaw w zakresie samodzielności przygotowania prac pisemnych. Nowoczesne „zarządzanie plagiatem” powinno opierać się na holistycznym traktowaniu problemu nieuczciwości akademickiej. Macdonald & Carroll [2006, ss. 233–245] wskazując na sukcesy niektórych uczelni brytyjskich (*Oxford Brookes University* czy *Sheffield Hallam University*) w odniesieniu do radzenia sobie z problemem plagiatów zaznaczają, że jedynie wielokierunkowe działania mogą przynieść pozytywne skutki. „Zarządzanie plagiatem” w uczelni nie sprowadza się więc do „walki z patologią / nieuczciwością”, ale ma się opierać na poszukiwaniu różnych rozwiązań o charakterze prewencyjnym i edukacyjnym.

Wnioski

Przedstawione w niniejszej pracy krytyczna analiza problematyki plagiatu studentkiego, pozwala na zaproponowanie kilku rekomendacji mogących stanowić podstawę do optymalizacji „zarządzania plagiatem”:

- jasne określenie w regulaminie zaliczenia przedmiotu konsekwencji złamania zasad wynikających z zapisów *Prawa autorskiego* (odesłanie do procedur dyscyplinarnych przyjętych na uczelni);
- wprowadzenie kontroli antyplagiatowej wszystkich tekstów przygotowywanych samodzielnie przez studentów; w przypadku korzystania z platformy e-learningowej Moodle™ zintegrowanie narzędzi sprawdzających z wtyczką (*plug-in software*) antyplagiatową;

- udostępnianie studentom raportów podobieństwa tak, aby mogły one pełnić rolę edukacyjno-informacyjną;
- w przypadku braku w programie studiów przedmiotu z zakresu *Ochrony własności intelektualnych*, udostępnienie studentom krótkiego przewodnika (np. w formie e-learningowej) dotyczącego podstawowych zasad dobrej praktyki pisania prac, w tym reguł poprawnego cytowania.

Podziękowania

Podziękowania dla Pana Piotra Antczaka Specjalisty ds. Publikacji On-line firmy ABE-IPS Sp. z o.o. za udostępnienie do testowania systemu antyplagiatowego Turnitin®.

Bibliografia

- Anderson R.E., Obenshain S.S. (1994), *Cheating by students: findings, reflections, and remedies*, "Academic Medicine", t. 69, nr 5.
- Barta J., Markiewicz R. (2005), *Autorskoprawne problemy prac magisterskich i doktorskich* [w:] E. Wosik (red.), *Raport o zasadach poszanowania autorstwa w pracach dyplomowych oraz doktorskich w instytucjach akademickich i naukowych*, Fundacja Rektorów Polskich, Warszawa.
- Brown V.J., Howell M.E. (2001), *The efficacy of policy statements on plagiarism: do they change students' views?* "Research in Higher Education", t. 42, nr 1.
- Carroll J. (2005), *Handling student plagiarism: moving to mainstream*, "Brookes eJournal of Learning and Teaching", t. 1, nr 2.
- Dahl S. (2007), *Turnitin®: The student perspective on using plagiarism detection software*, "Active Learning in Higher Education", t. 8 nr 2.
- Gaberson K.B. (1997), *Academic dishonesty among nursing students*, "Nursing Forum", t. 32, nr 3.
- Gotlib J. (2012), *Opinie studentów pielęgniarstwa na temat realizacji zajęć dydaktycznych z przedmiotu „Prawo w ochronie zdrowia” w formie kursu e-learningowego*, „Zdrowie Publiczne”, t. 122, nr 4.
- Harding T.S., Carpenter D.D., Finelli C.J., Passow H.J. (2004), *Does academic dishonesty relate to unethical behavior in professional practice? An exploratory study*, "Science and Engineering Ethics", t. 10, nr 2.
- Harper M.G. (2006), *High tech cheating*, "Nurse Education Practice", t. 6, nr 6.
- Hilbert G.A. (1988), *Moral development and unethical behavior among nursing students*, "Journal of Professional Nursing", t. 4, nr 3.
- Isserman M. (2003), *Plagiarism: A lie of the mind*. "Chronicle of Higher Education", t. 49, nr 34.

- Kirkland K.D. (2009), *Academic honesty: Is what students believe different from what they do?*, Doctor of Education, Bowling Green State University, [online] https://etd.ohiolink.edu/rws_etd/document/get/bgsu1245345453/inline, dostęp: 18 grudzień 2014.
- Macdonald R., Carroll J. (2006), *Plagiarism – a complex issue requiring a holistic institutional approach*, "Assessment & Evaluation in Higher Education", t. 31, nr 2.
- McCabe D.L. (2009), *Academic dishonesty in nursing schools: an empirical investigation*, "Journal of Nursing Education", t. 48, nr 11.
- McCabe D.L., Trevino L.K., Butterfield K.D. (2001), *Cheating in Academic Institutions: A Decade of Research*, "Ethics & Behavior", t. 11, nr 3.
- McCrink A. (2010), *Academic misconduct in nursing students: behaviors, attitudes, rationalizations, and cultural identity*, "Journal of Nursing Education", t. 49, nr 11.
- Park E.J., Park S., Jang, I.S. (2013), *Academic cheating among nursing students*, "Nurse Education Today", t. 33, nr 4.
- Perfect T.J., Field I., Jones R. (2009), *Source credibility and idea improvement have independent effects on unconscious plagiarism errors in recall and generate-new tasks*, "Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition", t. 35, nr 1.
- Scanlon P.M., Neumann D.R. (2002), *Internet plagiarism among college students*, "Journal of College Student Development", t. 43, nr 3.
- Selwyn N. (2008). *'Not necessarily a bad thing ... ': a study of online plagiarism amongst undergraduate students*, "Assessment & Evaluation in Higher Education", t. 33, nr 5.
- Sutherland-Smith W. (2010), *Retribution, deterrence and reform: the dilemmas of plagiarism management*, "Journal of Higher Education Policy and Management", t. 32, nr 1.
- Tippitt M.P., Ard N., Kline J.R., Tilghman J., Chamberlain B., Meagher P.G. (2009). *Creating environments that foster academic integrity*, "Nursing Education Perspectives", t. 30, nr 4.
- Wideman M.A. (2009), *Caring, sharing, coping and control: Academic dishonesty and the nursing student*, Doctor of Education, University of Toronto, [online], <http://hdl.handle.net/1807/19139>, dostęp: 18 grudzień 2014.
- Youmans R.J. (2011), *Does the adoption of plagiarism-detection software in higher education reduce plagiarism?*, "Studies in Higher Education", t. 36, nr 7.
- <http://turnitin.com/pl/features/originalitycheck>, dostęp: 18 grudzień 2014.

Paweł Skoczylas

Spółeczna Akademia Nauk

Opracowanie i wdrożenie strategii konkurencji w WSSz. im. Biegańskiego w Łodzi – studium przypadku

The elaboration and implementation of the competition strategy in Bieganski Hospital in Łódź – case study

Abstract: This thesis constitutes a case study presenting the manner in which, owing to the preparation and implementation of an effective competition strategy, the management of Bieganski Hospital in Łódź strengthens the hospital's position on medical services market, builds its brand and increases the quality and availability of services rendered. The competition strategy elaborated and consistently implemented in Bieganski Hospital in Łódź is the strategy focusing on services connected with the diagnosis and treatment of: infectious diseases and cardiovascular system diseases – which provide the biggest part of the contract with the National Health Fund for the hospital. Within the framework of this strategy, the infectious disease diagnosis and treatment centre – for adults and children – was established in the hospital, whose components include an isolation room dedicated to particularly dangerous diseases and travel medicine centre used by persons going to subtropical and tropical countries. Within the framework of the cardiology section, an early cardiology rehabilitation ward and echocardiography laboratory were created and hemodynamic laboratory was developed. This allowed to increase the number of coronary angiography procedures, angioplasty procedures and to increase the availability of heart ultrasonic examinations within out-patient specialist medical care. Works on opening a cardiac surgery ward, which will provide guaranteed medical services in the mode of planned hospitalisation for adults, ensuring all-day medical care, are currently on-going. This will allow to increase the availability of highly specialized cardio-surgery procedures at the area of Łódzkie Province.

Keywords: competition strategy, health care, Bieganski Hospital, infectious diseases, cardiovascular system diseases.

Wstęp

Konkurencja pomiędzy podmiotami funkcjonującymi w systemie ochrony zdrowia w naszym kraju jest coraz większa. Po pierwsze - pojawiają się coraz to nowe placówki – przede wszystkim niepubliczne, które starają się o jak największy udział w rynku. Poza tym – istniejące jednostki ochrony zdrowia coraz częściej opracowują i wdrażają w życie programy pozwalające na podjęcie konkurencji z innymi placówkami. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie w jaki sposób, poprzez opracowanie i wdrożenie skutecznej strategii konkurencji, kierownictwo WSSz im. Biegańskiego w Łodzi umacnia pozycję szpitala na rynku usług medycznych, buduje jego markę oraz podnosi jakość i dostępność realizowanych świadczeń.

Misja i struktura szpitala

Misją WSSz. im. Biegańskiego jest dążenie do tego, aby stać się nowoczesnym zakładem usługowym z humanitarnym przesłaniem. Realizując przyjętą misję stawiamy na jakość świadczonych usług medycznych, respektowanie praw pacjenta oraz kształcenie personelu medycznego.

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Biegańskiego w Łodzi świadczy usługi zdrowotne w zakresie hospitalizacji, porad ambulatoryjnych i specjalistycznych konsultacji pacjentów. Szpital może realizować także usługi kompleksowe oraz usługi pomocnicze w diagnozowaniu i leczeniu chorych skierowanych z innych placówek. W skład WSSz im. Biegańskiego wchodzi:

- 1) Przedsiębiorstwo Szpital Wielospecjalistyczny.
- 2) Przedsiębiorstwo Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.

Miejsce WSSz im. Biegańskiego w Łodzi w strukturze systemu ochrony zdrowia województwa, a także realizacja zadań nałożonych przez Samorząd Województwa Łódzkiego nakłada na kierownictwo placówki szczególne obowiązki i dyscyplinę zarówno społeczną jak i finansową. Bazę łózkową Szpitala stanowią 313 łóżka, w tym:

- 120 zakaźnych,
- 74 internistycznych,
- 50 kardiologicznych,
- 37 dermatologicznych,
- 10 anestezyjologicznych w tym 4 łóżka izolacyjne,
- 15 rehabilitacji kardiologicznej oraz 7 łóżek dziennych - gastroenterologicznych.

Największy procentowy udział w przychodach szpitala ma działalność w zakresie diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia – 38% oraz chorób zakaźnych – 24%.

WSSz im. Biegańskiego:

- posiada największą w województwie bazę łóżek zakaźnych oraz jeden z czterech w Polsce oddziałów dermatologii dziecięcej, zajmujący się leczeniem dzieci w wieku do 18 lat,
- jest ośrodkiem referencyjnym dla leczenia chorych z makroregionu, zakażonych m.in. wirusami HBV i HCV,
- jest jedynym Szpitalem w województwie łódzkim leczącym chorych na AIDS lekami antyretrowirusowymi.
- w szpitalu funkcjonuje pierwsze w regionie łódzkim izolatorium przeznaczone do przyjmowania pacjentów z chorobami szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi takimi jak: cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne czy zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS).

Szpital Biegańskiego jest także wiodącym ośrodkiem kardiologicznym w regionie, każdego roku jest tu hospitalizowanych około 4000 pacjentów kardiologicznych, u których wykonywanych jest ponad 2500 koronarografii, 1300 angioplastyk wieńcowych oraz około 400 zabiegów związanych z elektroterapią serca – implantacją stymulatorów serca.

Szybka i kompleksowa diagnostyka realizowana jest w oparciu o pełen zakres badań laboratoryjnych oraz EKG, badanie holterowskie, echokardiografię, próby wysiłkowe, kontrolę stymulatorów serca, USG jamy brzusznej, endoskopię zabiegową górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, badania radiologiczne i histopatologiczne.

Uzupełnieniem bazy diagnostycznej Szpitala jest Dział Diagnostyki Laboratoryjnej. W styczniu 2005 roku nastąpiło otwarcie nowej Pracowni Diagnostyki Molekularnej umożliwiającej szybką diagnostykę chorób zakaźnych. Pozwoliło to na skrócenie procesu diagnostycznego pacjentów, ułatwienie podjęcia decyzji o celowanej terapii oraz ocenie jej skuteczności. Diagnostyka molekularna metodą PCR jest obecnie „złotym standardem” diagnostyki zapalenia wątroby typu C i B oraz zakażeń wirusem HIV.

Struktura rynku usług medycznych w województwie łódzkim

Według danych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi [Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Łódzkiego 2013, ss. 145–159], w 2012 r. na terenie województwa łódzkiego funkcjonowało 41 publicznych szpitali opieki całodobowej, 35 szpitali niepublicznych oraz 18 szpitali „jednego dnia”. W ramach stacjonarnej opieki medycznej, pacjenci leczeni byli także w 30 zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, z czego 21 – to placówki niepubliczne.

Ogólna liczba łóżek przeznaczonych do hospitalizacji pacjentów wynosiła 16 067, z tego: w szpitalach – 14 661, tj. 91,2% , a w zakładach opiekuńczo-leczniczych – 1 406, tj. 8,8%. Struktura łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych przedstawia się następująco:

- internistyczne - 12,3% ogólnej liczby łóżek szpitalnych,
- psychiatryczne i leczenia uzależnień – 12,3%,
- chirurgiczne – 11,0%,
- ginekologiczno-położnicze – 8,8%.
- chirurgii ogólnej i dziecięcej – 8,8%.

W roku 2012 w szpitalach na oddziałach całodobowych hospitalizowano łącznie 637 147 pacjentów, w szpitalach „jednego dnia” – 27 387 pacjentów, na oddziałach dziennych 8 979 pacjentów. Ogółem w roku 2012 hospitalizowanych było 673 513 pacjentów. Średni pobyt chorego w szpitalu wynosił blisko 6 dni. Poza oddziałami psychiatrycznymi i rehabilitacyjnymi, najdłużej leczenia byli pacjenci na oddziałach: opieki paliatywnej (15,8 dni), opieki hospicyjnej (17,4 dni), anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci (12,1 dni), udarowych (11,0 dni) i kardiochirurgii (10,0 dni).

Na terenie Województwa Łódzkiego funkcjonują obecnie dwa oddziały kardiochirurgii zlokalizowane w: Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki - oddział dziecięcy oraz w Instytucie Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – oddział dla dorosłych.

Z uwagi na obszar województwa łódzkiego oraz liczbę jego mieszkańców (ponad 2,5 mln osób), w porównaniu z innymi województwami – zauważalny jest niedobór placówek medycznych wykonujących świadczenia kardiochirurgiczne. Wg szacunków kierownictwa Szpitala im. Biegańskiego w Łodzi, w latach 2011–2012 liczba konsultacji kardiochirurgicznych dla potrzeb pacjentów oddziału kardiologii wynosiła – około 350 w roku 2011 oraz około 400 w roku 2012.

W chwili obecnej, potrzeby zdrowotne pacjentów naszego województwa w zakresie leczenia ostrych zespołów wieńcowych oraz planowanej diagnostyki kardiologicznej – w pracowniach kardiologii inwazyjnej są całkowicie zabezpieczone, natomiast potrzeby w zakresie chirurgicznego leczenia schorzeń układu sercowo-naczyniowego, w tym chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego są nie zabezpieczone. Każdego roku, wraz z procesem wzrostu średniej długości życia, rośnie liczba pacjentów mających wskazania do leczenia kardiochirurgicznego. W chwili obecnej część tych pacjentów poddawana jest jedynie zabiegom w zakresie kardiologii inwazyjnej, ratującym życie w trybie doraźnym. Pacjenci tacy, zgodnie z wytycznymi i zaleceniami amerykańskich i europejskich towarzystw kardiologicznych powinni być leczeni kardiochirurgicznie. Niestety region łódzki, posiada tylko jeden oddział kardiochirurgii dla dorosłych z trzema salami operacyjnymi – w szpitalu im. Ster-

linga. W chwili obecnej, przy maksymalnym wykorzystaniu jego potencjału – rocznie można wykonywać ok. 1300 zabiegów. Ta liczba daje wskaźnik ok. 485 zabiegów kardiochirurgicznych na milion mieszkańców. Jest to jeden z najniższych wskaźników w Polsce. Średnia krajowa liczba zabiegów na milion mieszkańców wynosi aktualnie 623. W większości krajów Unii Europejskiej, wskaźnik ten zbliża się do 1000 zabiegów na milion mieszkańców. Istnieje, zatem uzasadniona konieczność rozwoju oddziałów kardiochirurgicznych w regionie łódzkim. W przeciwnym razie w istotny sposób pogłębi się, widoczny już teraz utrudniony dostęp pacjentów do zabiegów kardiochirurgicznych. Bezpośrednio przyczyni się to z jednej strony do zwiększenia umieralności z powodu schorzeń układu sercowo-naczyniowego, z drugiej zaś będzie przyczyną wypływu środków finansowych z terenu województwa łódzkiego do województw ościennych posiadających dobrze rozwiniętą bazę placówek kardiochirurgicznych.

Rodzaje strategii konkurencji placówek medycznych

Strategia konkurencji placówki ochrony zdrowia jest połączeniem zaplanowanych celów oraz środków, które mają umożliwić ich osiągnięcie [Porter 2010, s. 14]. Jest to podejmowanie obrony lub ataku przed pięcioma siłami konkurencji. Celem strategii może być utrzymanie aktualnej pozycji placówki w sektorze lub jej poprawa, a także uprzedzanie i wykorzystywanie zmian czynników, leżących u podłoża sił konkurencyjnych, tak aby skutecznie sobie z nimi radzić [Pierścionek 2003, s. 275].

Porter rozróżnia trzy rodzaje strategii konkurencji [Porter 2010, s. 58], a mianowicie: przywództwo kosztowe, różnicowanie, koncentrację. Obłój z kolei zwraca uwagę na: sposób dostarczania produktu, jego cenę oraz jakość [Obłój 2000, s. 56].

Najczęściej strategię konkurencji stosuje się samodzielnie, ale zdarzają się przypadki opracowania i wdrożenia strategii łączonych – przede wszystkim przez duże podmioty oferujące kompleksową opiekę medyczną [Swayne 2012, s. 322]. Podejście takie stosuje się najczęściej w przypadkach, kiedy wcześniejsze próby zastosowania samodzielnej strategii konkurencji zakończyły się niepowodzeniem. Dzięki zastosowaniu strategii łączonych powstają całe systemy opieki medycznej, oferujące bardzo szeroką paletę świadczeń z zakresu medycyny zachowawczej, zabiegowej i rehabilitacji. Decyzje związane z obraną strategią konkurencji mogą dotyczyć obszaru prowadzonej konkurencji, sposobów dojścia do przewagi konkurencyjnej oraz typu zachowań konkurencyjnych [Gołębiowski 2001, s. 23].

Strategia przywództwa kosztowego polega na obniżeniu kosztów oferowanych świadczeń poniżej poziomu reprezentowanego przez placówki konkurencyjne działające w danym sektorze [Rymarczyk 2004, s. 86]. Jednostki stosujące taką strategię

posiadają najczęściej znaczny udział w rynku. Strategia przywództwa kosztowego wymaga znacznych nakładów finansowych na nowoczesny sprzęt, aparaturę, technologie medyczne, etc., stawia jednak placówkę na uprzywilejowanej pozycji podczas negocjacji z dostawcami – duże zakupy dają możliwość uzyskania wysokich upustów cenowych. Strategia przywództwa kosztowego stosowana jest często przez placówki specjalizujące się w POZ oraz opiece długoterminowej [Swayne 2012, s. 321]. Strategia różnicowania polega na stworzeniu produktu, postrzeganego przez pacjentów jako produkt wyjątkowy, niepowtarzalny. Strategia ta może dotyczyć także usług dodatkowych, sposobu obsługi pacjentów, czy kanałów dystrybucji usług. Placówki medyczne, które stosują strategię różnicowania bazują na lojalności pacjentów wobec ich marki, unikalności świadczeń i braku substytutów. Strategia różnicowania stosowana jest przez placówki wysokospecjalistyczne, przede wszystkim szpitalne, ściśle współpracujące z uczelniami medycznymi.

Strategia koncentracji polega na oferowaniu świadczeń medycznych dla konkretnej populacji pacjentów (kobiet, dzieci, pacjentów onkologicznych, kardiologicznych, ortopedycznych, etc.). Strategię tę stosują wysokospecjalistyczne jednostki medyczne, oferujące zarówno świadczenia ambulatoryjne, jak i szpitalne, a czasem opiekę kompleksową – jednoimienne oddziały szpitalne i poradnie specjalistyczne. Strategia koncentracji zawsze sprowadza się do zawężania prowadzonej działalności, co zazwyczaj powoduje bardzo wysoki poziom specjalizacji. Niektóre placówki specjalizują się w obszarach, którymi zajmowały się już od dawna – „okopują się” na wcześniej zajmowanych pozycjach, inne natomiast wyszukują dla siebie różnych nisz rynkowych, obejmujących świadczenia, którymi placówka dotychczas nigdy się nie zajmowała.

Założenia strategii konkurencji WSSz im. Biegańskiego w Łodzi

Opracowując strategię konkurencji szpitala Biegańskiego, brano pod uwagę następujące elementy:

- mapę potrzeb zdrowotnych dla Łodzi i województwa w perspektywie krótko, średnio i długoterminowej;
- możliwości zapewnienia specjalistycznej kadry medycznej;
- aktualny stan rozwoju szpitala;
- infrastrukturę szpitala;
- źródła finansowania szpitala;
- aktualny stan prawny umożliwiający podejmowanie działań związanych z rozwojem szpitala.

Szpital Biegańskiego jest ośrodkiem wysokospecjalistycznym, oferującym jednak świadczenia medyczne w stosunkowo wąskim zakresie specjalności. Jest to efekt prowadzonej od lat polityki – zmierzającej do przygotowania możliwie najlepszej oferty świadczeń medycznych w zakresie kardiologii, chorób zakaźnych i dermatologii. Od kilku lat prowadzony był projekt rozbudowy i rozwoju Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Zakaźnych – dla dorosłych i dla dzieci, którego elementem jest także unikalne w skali kraju izolatorium – przeznaczone do diagnostyki i leczenia chorób szczególnie niebezpiecznych. Uzupełnieniem kompleksowej oferty świadczeń medycznych w zakresie chorób zakaźnych jest nowopowstałe w strukturze Przychodni Specjalistycznej – Certyfikowane Centrum Medycyny Podróży. Prowadzone są także prace zmierzające do uzyskania kompleksowości oferty świadczeń medycznych w zakresie kardiologii – zarówno ambulatoryjnych jak i szpitalnych, obejmujących kardiologię zachowawczą, interwencyjną oraz rehabilitację kardiologiczną. Celem uzyskania pełnej kompleksowości świadczeń kardiologicznych, kierownictwo szpitala – po uzyskaniu zgody organu założycielskiego – podjęło czynności niezbędne do uruchomienia oddziału kardiochirurgii. Istotnym elementem polityki kierownictwa szpitala jest także ciągle dążenie do poprawy jakości udzielanych świadczeń, poprzez:

- otoczenie pacjentów fachową opieką na najwyższym poziomie,
- dbałość o zapewnienie poprawnej realizacji zapisów Karty Praw Pacjenta,
- zagwarantowanie pacjentom dostępu do pełnej i rzetelnej informacji,
- okresowe badanie satysfakcji pacjentów,
- stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników szpitala,
- wdrażanie najnowszych rozwiązań technologicznych z zakresu diagnostyki i leczenia pacjentów,
- tworzenie silnej, rozpoznawalnej marki szpitala,
- ciągłe doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością.

Wysoka jakość świadczeń zdrowotnych realizowanych przez wykwalifikowany personel z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu i zaplecza logistycznego ma ogromne znaczenie dla budowy silnej marki szpitala na rynku usług medycznych.

Koncentracja na diagnostyce i leczeniu chorób zakaźnych

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Biegańskiego w Łodzi jest jedynym w mieście szpitalem posiadającym łóżka o profilu zakaźnym, natomiast w skali województwa - dysponuje największą bazą łóżek zakaźnych zarówno dla dorosłych jak i dla dzieci, w tym również dla pacjentów z HIV/AIDS. W województwie łódzkim funkcjonuje jeszcze 5 oddziałów zakaźnych w szpitalach w Bełchatowie, Piotrkowie Trybunalskim, Tomaszowie Mazowieckim, Radomsku i w Skierniewicach. Obecnie zakończony

został proces modernizacji pionu zakaźnego szpitala. Szpital w okresie 2007–2014 realizował projekt związany z utworzeniem Centrum Diagnozowania i Leczenia Chorób Zakaźnych. Został on dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz środków budżetu Województwa Łódzkiego. Celem realizacji projektu była poprawa jakości i dostępności udzielanych świadczeń dla pacjentów naszego regionu. W ramach zadania przeprowadzono kompleksową modernizację infrastruktury technicznej oraz aparatury i sprzętu medycznego. Wszystkie oddziały zakaźne zostały zmodernizowane. W wyniku realizacji projektu powstało nowoczesne Centrum, które pozwala na prowadzenie kompleksowego procesu diagnostycznego i leczniczego na terenie jednostki dla pacjentów naszego regionu. Obecnie prowadzi się prace zmierzające do rozszerzenia działalności pionu zakaźnego poprzez stworzenie centrum kwalifikacji, przygotowania do przeszczepów wątroby oraz prowadzenia chorych po takich przeszczepach, także w ramach działalności ambulatoryjnej.

Certyfikowane Centrum Medycyny Podróży

Transformacja ustrojowa spowodowała częstsze przemieszczanie się polskich obywateli za granicę, częściowo w celach zarobkowych, w przeważającej mierze są to wyjazdy turystyczno-rekreacyjne. Obok podróży do bliskich i względnie bezpiecznych krajów – głównie europejskich, liczba turystów poszukujących 3S: słońca, morza, piasku (*sun, sea, sand*) zwiększyła się wielokrotnie, osiągając obecnie - według danych Krajowej Izby Turystycznej około 7–10 mln osób, w tym do 1 mln podróżujących do stref zagrożenia endemicznymi, epidemicznymi i kosmopolitycznymi chorobami transmisyjnymi. Poza ekspozycją na patogeny, podróżni ekspozowani są na zatrucia, urazy, choroby odśloneczne skóry, czynniki ryzyka skojarzone w nurkowaniu, chorobę wysokościową i jet-lag syndrom – zespół nagłej zmiany strefy czasowej, stres, z możliwym i częstym pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia lub już współistniejących chorób przewlekłych. Zwiększone jest także ryzyko zawleczenia do kraju niektórych chorób transmisyjnych i pogorszenia sanitarnego bezpieczeństwa kraju. Wśród turystów nierzadko dochodzi do konieczności korzystania z pomocy medycznej za granicą, zdarza się, iż powstają trwałe następstwa chorób i urazów z ich konsekwencjami zdrowotnymi, prawnymi i społeczno-ekonomicznymi. Do grup szczególnie zagrożonych należą dzieci, osoby w wieku starszym, obciążone chorobami przewlekłymi, z deficytami odporności i sprawności ogólnej. Wiedza na temat zagrożeń w podróży jest w polskim społeczeństwie niedostateczna, często znikoma, co ilustrują wrywkowe badania ankietowe wśród różnych grup społecznych. Informacja na temat bezpieczeństwa i zachowania zdrowia w podróży, nawet uwzględniając nieliczne na rynku poradniki, nie jest propagowana dostatecznie ani skutecznie. Biura podróży

nie są przygotowane by informować bezpośrednio swoich klientów o potencjalnych źródłach i skutkach zagrożeń. Często, informowanie klientów o niebezpieczeństwach związanych z podróżą w określone rejony świata jest sprzeczne z ich interesem ekonomicznym. Precyzyjna i szczegółowa informacja o rodzaju i skali zagrożeń nie jest znana także personelowi placówek medycznych, niekiedy nawet reklamujących się jako ośrodki, gabinety, czy nawet „centra medycyny podróży”. Nie są one certyfikowane, ani kontrolowane pod względem jakości świadczonych usług. Dostępność, jakość i kompleksowość oferty z zakresu świadczeń medycyny podróży jest w województwie łódzkim niezadowalająca. Była to bezpośrednia przyczyna utworzenia przy WSSz Biegańskiego - Certyfikowanego Centrum Medycyny Podróży – funkcjonującego w strukturze Przychodni Specjalistycznej.

Koncentracja na diagnostyce i leczeniu chorób układu krążenia

W dążeniu do uzyskania kompleksowej opieki kardiologicznej na przełomie 2007 i 2008 roku w WSSz. im. Biegańskiego utworzono Oddział Wczesnej Rehabilitacji Kardiologicznej i Pracownię Echokardiograficzną oraz rozbudowano Pracownię Hemodynamiki. Pozwoliło to na zwiększenie liczby przeprowadzanych zabiegów z zakresu koronarografii, angioplastyk oraz zwiększenie dostępności do badań ultrasonograficznych serca w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Rozwój działalności medycznej szpitala umożliwia także wdrażanie nowych metod kardiologii interwencyjnej w prewencji udarów mózgu. Obecnie na terenie Województwa Łódzkiego nie ma odpowiednich warunków do takiej działalności. Według danych epidemiologicznych w Polsce z powodu udarów mózgu cierpi około 60.000 osób. Umieralność spowodowana udarem wynosi 100 na 100 000 dla mężczyzn i 80 na 100 000 dla kobiet. 80% wszystkich udarów stanowią udary niedokrwienne w tym 20% są to udary o przyczynie zatorowej. W przeważającej większości przypadków są to udary spowodowane miażdżycą dużych naczyń oraz chorobami serca. Diagnostyka i leczenie chorób układu krążenia wymaga tworzenia wysokospecjalistycznych ośrodków, wyposażonych w odpowiednią aparaturę i sprzęt oraz posiadających interdyscyplinarny zespół specjalistów. Tworzenie centrów diagnostyki i leczenia chorób naczyniowych przyczynia się do poprawy jakości opieki nad chorymi, zmniejsza odsetek niepełnosprawności po zawale i udarze, skraca czas hospitalizacji co istotnie zmniejsza koszty leczenia, pozwala na wdrożenie profilaktyki zawału i udaru. Szybka interwencja w chorobach kardiologicznych w sposób istotny zmniejsza odsetek zachorowań na choroby naczyniowe mózgu. Pacjenci, u których udar dokonuje się z powodu zatorowania sercopochodnego, mogą stanowić w Polsce rocznie grupę ok. 12.000 chorych. Znaczna jej część ma szansę być skutecznie leczona farmakologicznie lekami przeciw-

krzepliwymi. U niektórych jednak pacjentów leczenie takie nie jest bezpieczne ze względu na ryzyko krwawień, bądź trudności w osiągnięciu poziomu terapeutycznego i jego monitorowania w trakcie trwającej niekiedy wiele lat kuracji. W szczególności ta wyselekcjonowana grupa pacjentów w znamienny sposób może skorzystać z nowych interwencyjnych metod leczenia. Koncentracja na pionie kardiologicznym obejmuje także dalszy rozwój kardiologii inwazyjnej, z coraz większym uwzględnieniem zabiegów pozawieńcowych oraz rozwój świadczeń z zakresu elektroterapii i elektrofizjologii. Dla zapewnienia nowoczesnego procesu terapeutycznego w zakresie kardiologii niezbędny jest rozwój szeroko pojętej rehabilitacji kardiologicznej. Planuje się powstanie Centrum Rehabilitacji Powikłań Schorzeń Naczyniowych. Ośrodek taki zajmowałby się kontynuacją terapii chorych po udarach mózgu, zabiegach w zakresie naczyń obwodowych, a także po zabiegach rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Multidyscyplinarne podejście do procesu rehabilitacji takich chorych, w zabezpieczeniu specjalistycznych oddziałów na terenie szpitala stworzy w pionie kardiologicznym unikalne centrum kompleksowej diagnostyki, terapii i rehabilitacji.

Utworzenie oddziału kardiochirurgii

Oddział Kardiochirurgii będzie udzielał medycznych świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji planowej dla osób dorosłych, zapewniając całodobową opiekę lekarską dla pacjentów oraz warunki do bezpiecznej hospitalizacji, wykonywania specjalistycznych zabiegów operacyjnych, w tym przeszczepów serca. Pozwoli to na zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych procedur na terenie województwa łódzkiego, które obecnie wykonywane są poza jego granicami.

Podsumowanie

Jak przedstawiono powyżej, strategia konkurencji w WSSz im. Biegańskiego, jest strategią koncentracji na świadczeniach związanych z diagnostyką i leczeniem: chorób zakaźnych oraz chorób układu krążenia – które przynoszą szpitalowi największą część kontraktu z NFZ. Szpital jest przygotowany organizacyjnie do realizacji założeń powyższej strategii: posiada środki finansowe niezbędne do realizacji zaplanowanych inwestycji oraz posiada silną pozycję konkurencyjną w dziedzinie zakaźnictwa i kardiologii. Konsekwentna realizacja zaplanowanej i wdrożonej w szpitalu strategii pozwoli na skrócenie kolejek oczekujących pacjentów, poprawę opieki nad chorymi leczonymi ambulatoryjnie i hospitalizowanymi oraz stworzenie jak najlepszych warunków do dalszego poszerzania oferowanych świadczeń i umacniania silnej marki szpitala na rynku usług medycznych.

Bibliografia

- Gołębiowski T. (2001), *Zarządzanie strategiczne. Planowanie i kontrola*, Difin, Warszawa.
- Oblój K. (2000), *Strategia sukcesu firmy*, PWE, Warszawa.
- Pierścionek Z. (2003), *Strategie konkurencji i rozwoju przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa.
- Porter M.E. (2010), *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów konkurentów*, MT Biznes Sp. z o.o., Warszawa.
- Rymarczyk J. (2004), *Internacjonalizacja i globalizacja przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa.
- Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M. (2012), *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa.
- Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Łódzkiego, Łódź 2013, http://www.wczp-lodz.pl/Dokumenty/informator_statystyczny_woj_lodzkie_2012.pdf, dostęp: 17 lipca 2014.

Adam Gawor

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Grzegorz Piotrowski

Spółeczna Akademia Nauk

Związki chorób przyzębia z chorobami sercowo-naczyniowymi o podłożu miażdżycowym. Implikacje praktyczne w zakresie organizacji systemu opieki stomatologicznej

The relations between parodontal and cardiovascular atherosclerotic diseases. Practical implications in terms of dental health care system

Abstract: Cardiovascular atherosclerotic disorders still remain the leading cause of death worldwide as well as in Poland. The cause of atherosclerosis has not been precisely defined. Only risk factors, whose causative role in atherosclerosis is not certain, have been identified. Parodontal diseases are regarded to be chronic inflammatory process and therefore may play significant role in the pathogenesis of atherosclerosis. Effective treatment of periodontal disorders is associated with retardation of inflammation, improvement of endothelium function and the fall in the number of cardiovascular diseases. If parodontal disorders are really causative factors of atherosclerosis, the health care system should pay more attention on dental service to prevent early "number one" killer – cardiovascular disorders. Significant changes in health care system are needed to make dental control and dental treatment available more easily for wider part of the society.

Keywords: Parodontal diseases, Atherosclerosis, Dental Health Care System, Risk factors, Cardiovascular disorders.

Wprowadzenie

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w 2011 roku zmarło 98,3 osób na 10 tysięcy ludności. Według rozpoznań na kartach zgonów z powodu chorób układu krążenia na 10 tysięcy ludności zmarło aż 45,2 osoby a ponadto 9,2 osoby z powodu chorób naczyń mózgowych oraz 8,1 osób z powodu miażdżycy [Główny Urząd Statystyczny 2011]. Wskaźniki te stanowią łącznie aż 63,6% wśród wszystkich zgonów w Polsce. Zdecydowana większość tych zgonów spowodowana jest chorobami rozwijającymi się na tle miażdżycy tętnic wieńcowych, mózgu oraz aorty i tętnic obwodowych. To bardzo duża skala problemu.

Nie znamy czynnika (czynników) etiologicznego miażdżycy tętnic. Natomiast, mimo ogromnej ilości pacjentów z chorobami związanymi z miażdżycą tętnic oraz dużego postępu w diagnostyce i terapii tych schorzeń, obracamy się na poziomie definiowania jedynie czynników ryzyka.

W roku w Polsce według danych Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii ostry zespół wieńcowy rozpoznano aż u 120.035 pacjentów. Z powodu udaru mózgu w Polsce w 2011 roku hospitalizowano aż 93 tysiące osób [Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego 2013]. To ogromna rzesza pacjentów tylko z ostrym przebiegiem procesu miażdżycowego tętnic wieńcowych serca oraz mózgu. Do chorób spowodowanych miażdżycą tętnic zalicza się chorobę niedokrwienną serca, choroby naczyniowe mózgu oraz choroby tętnic obwodowych. Choroby te mają ostre i przewlekłe manifestacje kliniczne oraz różnorodne następstwa i powikłania. Podstawowa strategia walki z tymi chorobami oparta jest na usuwaniu lub optymalnej modyfikacji ich czynników ryzyka.

Wśród wielu nowych, potencjalnych czynników ryzyka miażdżycy tętnic zaczęto również dostrzegać choroby przyzębia. Przyczyniły się do tego prace, które pojawiły się na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego wieku [Matilla 1989, ss. 779–781; Matilla 1993, ss. 51–55]. Rozpatrywanie związku przyczynowo-skutkowego między chorobami przyzębia a schorzeniami rozwijającymi się na tle miażdżycy tętnic stało się tematem wielu publikacji naukowych. W tej pracy postanowiono odnieść się do aktualnych problemów dotyczących związków chorób przyzębia z chorobami układu krążenia na tle miażdżycy tętnic.

Problem związku tych dwóch grup chorób jest bardzo poważny, również z powodów społeczno-ekonomicznych. Jeśli przyjmimy, że choroby przyzębia stanowią istotny czynnik ryzyka rozwoju miażdżycy to należałoby dążyć do tworzenia takich systemów publicznej opieki stomatologicznej, które będą zapobiegać występowaniu chorób przyzębia, a ponadto skutecznie je leczyć. Takie systemy będą

kosztowne. Opieka stomatologiczna jest bowiem jedną z bardziej kosztochłonnych dziedzin medycyny.

Obecnie brak jest obiektywnych dowodów na to, które z metod terapii i profilaktyki chorób przyzębia są najskuteczniejsze. Przyjęcie zasady istnienia związku przyczynowo-skutkowego między chorobami przyzębia a miażdżycowymi chorobami układu krążenia, czy też uznanie chorób przyzębia za czynnik ryzyka rozwoju miażdżycy powinno też prowadzić do ustalenia ścisłych wytycznych profilaktyki i leczenia, opartych na szerokich badaniach klinicznych, zarówno dla stomatologów jak i kardiologów. W aktualnym piśmiennictwie pojawiają się już publikacje, w których dyskutuje się o możliwych zadaniach publicznej opieki zdrowotnej w zakresie chorób przyzębia [Batchelor 2014, ss. 405–409]. Prowadzone są też analizy ekonomicznej opłacalności terapii chorób przyzębia u pacjentów z różnymi schorzeniami ogólnoustrojowymi oraz u kobiet w ciąży.

W badaniach prowadzonych w USA stwierdzono, że koszty związane z opieką medyczną nad takimi osobami znacząco zmniejszyły się, jeśli podjęto u nich terapię chorób przyzębia. W przypadku cukrzycy typu 2 zmniejszenie kosztów wynosiło aż 40,2%. W przypadku udarów mózgu koszty spadły o 40,9%, a choroby niedokrwiennej serca o 10,7%. Natomiast spadek kosztów opieki medycznej nad kobietami w ciąży osiągnął aż 73,7% [Jeffcoat 2014, ss. 166–174].

Choroby przyzębia

Choroby przyzębia to ciąg klinicznych manifestacji stomatologicznych w odpowiedzi na odkładanie się płytki nazębnej. To choroby dotyczące tkanek otaczających i utrzymujących zęby. Należą do nich cement korzeniowy, ozębna, więzadła, dziąsła oraz kość wyrostka zębodołowego. Proces chorobowy prowadzi do zapalenia oraz destrukcji pozapalnej wymienionych struktur, a w konsekwencji do utraty zębów [Górska 2013]. W przebiegu naturalnym to schorzenia przewlekłe. W klasyfikacji generalnie obejmują zapalenie dziąseł oraz zapalenie przyzębia. Choroby te pod względem epidemiologicznym dotyczą bardzo szerokiej populacji.

Stosunkowo świeża publikacja Eke P.I. i wsp. z 2012 roku potwierdza obecność chorób przyzębia aż u 47% populacji amerykańskiej w wieku powyżej 30 roku życia [Eke 2012, ss. 907–908]. Ciężką postać choroby stwierdzono u 8,5% populacji. Powyżej 65 roku życia aż 64% populacji ma umiarkowaną i ciężką postać choroby. Z tych badań wynika, że jest to obecnie choroba prawie powszechna, szczególnie w wieku podeszłym.

Wcześniejsze amerykańskie badania z lat 1999-2004 dotyczące epidemiologii chorób przyzębia podawały niższe wskaźniki chorobowe [Dye 2007, ss. 1–92]. Między 65 a 75 rokiem życia umiarkowaną i ciężką postać chorób przyzębia stwierdzano tylko u 14% a powyżej 75 roku życia u 20% osób.

Powstanie płytki nazębnej, będącej biofilmem bakteryjnym, indukuje proces zapalny dziąseł oraz przyzębia. Proces powstawania bakteryjnej płytki nazębnej na powierzchni koron i korzeni zębów ma kilka faz [Darveau 1997, ss. 12–32; Wolf 2005]. Rozpoczyna się przywieraniem bakterii do powierzchni zębów. Dojrzała naddziąsłowa płytka nazębna wnika poniżej krawędzi dziąsła, powodując zapalenie dziąsła oraz dąży w kierunku wierzchołka korzenia zęba. Tworzy się patologiczna dziąsłowa kieszonka przyzębowa. Proces zapalny obejmuje obok dziąsła cały aparat zawieszeniowy zęba wraz z kośćmi wyrostka zębodołowego. Związek między bakteryjną płytką nazębną a zapaleniem dziąseł został w sposób eksperymentalny udowodniony w pracy Loe H. [1965, ss. 177–187].

Podczas badania stomatologicznego u pacjentów z zapaleniem dziąseł obserwujemy ich zaczerwienienie i obrzęk oraz krwawienie w czasie zgłębnikowania [Ziętek 2009, ss. 562–566]. To jedne z podstawowych wskaźników procesu chorobowego. Ocena głębokości patologicznej dziąsłowej kieszonki przyzębowej oraz stopnia utraty aparatu zawieszeniowego zęba czy zaniku kości wyrostka zębodołowego to również inne istotne wskaźniki zaawansowania choroby [Ainamo 1982, ss. 281–291].

Istnieje korelacja między zaawansowaniem choroby przyzębia a ilością bakterii w przestrzeni poddziąsłowej i wysokością miana przeciwciał klasy IgG i IgA przeciwko tym bakteriom we krwi obwodowej [Consensus report 1996, ss. 926–932, Socransky 2005, ss. 135–187]. Do najbardziej patogennych drobnoustrojów, związanych z zapaleniem tkanek przyzębia, należą bakterie *Actinobacillus actinomycetem-comitans*, *Porphyromonas gingivalis* oraz *Tannerella forsythensis*. Z materiału uzyskanego od pacjentów z okolic naddziąsłowych i poddziąsłowych wyizolowano aż ponad 500 typów drobnoustrojów [Moore 1994, ss. 66–77]. Ich związek z chorobami przyzębia jak i z innymi chorobami ogólnoustrojowymi, w tym sercowo-naczyniowymi, to niezwykle ciekawy wątek badań naukowych.

Czynniki ryzyka chorób przyzębia

Obecność bakterii patogennych to podstawowy warunek wystąpienia zapaleń dziąseł i przyzębia [Konig 1989]. Jednak zarówno wystąpienie schorzenia jak i kierunek dalszego przebiegu zależą także od istniejących u danego pacjenta czynników ryzyka.

Obok obecności określonych czynników ryzyka ważny jest również ich stopień nasilenia. Czynniki ryzyka zapaleń dziąseł i zapaleń przyzębia są w niektórych sferach podobne do czynników ryzyka miażdżycowych chorób sercowo-naczyniowych.

Do czynników ryzyka chorób przyzębia zalicza się schorzenia genetyczne oraz pewne defekty genetyczne i polimorfizmy, które sprzyjają chorobie [Kornman 2001, ss. 48–57]. Mogą one prowadzić między innymi do nieprawidłowych funkcji układu immunologicznego na różnych poziomach. Pozostałe czynniki ryzyka klasyfikowane są na ogólnoustrojowe oraz miejscowe – lokalne [Wolf 2006]. Wśród ogólnoustrojowych wymienia się między innymi takie, jak: cukrzyca, palenie papierosów, stres, czynniki psychospołeczne oraz nieprawidłowy styl życia wpływające, między innymi, na nieodpowiednie odżywianie czy zły stan higieny jamy ustnej.

Do lokalnych – miejscowych czynników ryzyka zalicza się: anomalie w zakresie ilości wydzielania śliny oraz jej jakości, oddychanie przez nos, zewnętrzne czynniki działające miejscowo niekorzystnie na błonę śluzową, dziąsła i przyzębie (np. niewłaściwe posługiwanie się szczoteczką do zębów może prowadzić do urazów oraz stanów zapalnych zarówno miejscowych jak i niekiedy ogólnoustrojowych), reakcje alergiczne w obrębie jamy ustnej – nieprawidłowa funkcja narządu żucia.

Wiele wymienionych czynników ryzyka chorób przyzębia jest również czynnikami ryzyka chorób sercowo-naczyniowych o podłożu miażdżycowym. Podeszły wiek jest uznanym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych [Jousilahti 1999, ss. 1165–1172]. Badania epidemiologiczne potwierdzają również zwiększoną częstość występowania chorób przyzębia w wieku podeszłym [Eke, 2012, ss. 907–908; Dye 2007, ss. 1–92]. W badaniu INTERHEART wykazano, że 6 niezależnych czynników ryzyka (zaburzenia lipidowe, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, czynniki psychospołeczne) w istotny sposób determinuje wystąpienie zawału serca [Jousilahti 1999, ss. 1165–1172]. Trzy z nich, a mianowicie palenie tytoniu, cukrzyca oraz czynniki psychospołeczne uznawane są za istotny element ryzyka chorób przyzębia.

Co ciekawe, wśród czynników ryzyka chorób przyzębia nie wymienia się niedoborów witaminowych, a przede wszystkim niedoboru witaminy C. Czynniki psychospołeczne mogą determinować specyficzne trendy odżywiania z brakiem lub zbyt małą ilością świeżych warzyw i owoców. To może prowadzić do niedoboru witaminy C. Skuteczny sposób zapobiegania i leczenia szkorbutu znaleziono dopiero w drugiej połowie XVIII wieku. Jest to związane z nazwiskami Johna Pringle'a oraz Jamesa Cooka [Herman 1956]. Skorbut zanikał, gdy do jedzenia dodawano świeżą żywność z obecnością owoców, jarzyn czy kiszonej kapusty. Jednak dopiero w początkach XX wieku poznana została rola witaminy C w profilaktyce tej choroby.

Opisy objawów szkorbutu, szczególnie we wczesnych fazach, mogą się kojarzyć z opisami chorób przyzębia, szczególnie w fazach zaawansowanych. Są doniesienia, że niedobory witaminy C mogą w określonych warunkach wpływać na przyspieszenie rozwoju miażdżycy [Babaev 2010, ss. 1751–1757].

Bardzo interesującym problemem jest tak istotny wpływ palenia papierosów na ryzyko wystąpienia licznych chorób u człowieka. To nie tylko choroby sercowo-naczyniowe i choroby przyzębia, ale też choroby układu oddechowego i pokarmowego oraz choroby nowotworowe. To przedmiot wielu badań. Być może, że związku przyczynowo-skutkowego należy poszukiwać w warunkach decydujących o uprawie rośliny, jaką jest tytoń szlachetny oraz w procesach technologii produkcji papierosów. Związane są one z użyciem wielu środków ochrony roślin i nawozów sztucznych oraz środków chemicznych. Ich obecność w papierosowych mieszankach tytoniu i ich produktów spalania oraz sam efekt nikotyny i innych, licznych składników dymu papierosowego mogą mieć istotne znaczenie chorobotwórcze. Być może, że związku przyczynowo-skutkowego należy poszukiwać w częstej obecności w liściach tytoniu, jednego z najbardziej aktywnych w przyrodzie, wirusa mozaiki tytoniowej. Liście tytoniu narażone są również na inne choroby wirusowe, bakteryjne oraz grzybicze [Pawlak 2007, ss. 25–32; Pusz 2012, ss. 37–40; Fiedorow 1991, ss. 173–180]. Ich rola w inicjacji procesów chorobotwórczych, w tym chorób przyzębia, również nie powinna być pomijana.

Obecność chorób przyzębia może sprzyjać szybkiemu wnikananiu czynników infekcyjnych oraz chemicznych, obecnych w mieszankach tytoniu i dymie papierosowym, do krwioobiegu człowieka. Należy te elementy brać pod uwagę ze względu na to, że palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka chorób przyzębia oraz miażdżycy.

Związki chorób przyzębia z miażdżyco-pochodnymi chorobami sercowo-naczyniowymi

W opublikowanym w 2012 roku w *Circulation* stanowisku American Heart Association podano, że dotychczasowe epidemiologiczne badania dowodzą związku między chorobami przyzębia a miażdżyco-pochodnymi chorobami naczyniowymi, niezależnego od uznanych czynników ryzyka sercowo-naczyniowych [Lockhart 2012, ss. 2520–2544]. Związek ten można zakwalifikować w świetle publikacyjnych standardów na poziomie dowodów klasy A oraz klasy B.

Dostępne badania wskazują także, że leczenie chorób przyzębia hamuje ogólnoustrojowy stan zapalny oraz poprawia nieinwazyjne wskaźniki chorób

sercowo-naczyniowych a także funkcję śródbłonna. To stwierdzenie jest także oparte na poziomie dowodów klasy A oraz B. Natomiast brak jest dowodów klasy A i B na związki przyczynowo-skutkowe między chorobami przyzębia a chorobami układu sercowo-naczyniowymi na tle miażdżycy w naukowych publikacjach medycznych.

Otomo-Corgel J. i wsp. stwierdzają, że aktualnie nie ma uzgodnionego poglądu, czy istnieje związek przyczynowo-skutkowy między chorobami przyzębia a chorobami ogólnoustrojowymi, w tym chorobami układu krążenia [2012, ss. 20–28]. Być może, że powodu należy poszukiwać między innymi w stosowaniu przez autorów prac badawczych różnych definicji służących do rozpoznania chorób przyzębia. Od bardzo rygorystycznych do bardzo łagodnych [Linden 2013, ss. 8–19].

Choroby przyzębia pogarszają przebieg kliniczny ostrych schorzeń sercowo-naczyniowych. Wskaźniki zdrowia jamy ustnej korelują ze stopniem uszkodzenia mięśnia sercowego podczas zawału serca [Wożakowska-Kapłon 2013, ss. 370–377; Marfil-Alvares 2014, ss. 993–998]. Generalnie istnieje przekonanie, że w ostrych zespołach wieńcowych znajdujemy większe nasilenie chorób przyzębia oraz większy ubytek zębów [Zieboltz 2012, s. 17]. Brak udowodnionego związku przyczynowo-skutkowego między chorobą przyzębia a miażdżycowo-pochodnymi chorobami sercowo-naczyniowymi, co potwierdzono w stanowisku American Heart Association, wyklucza obecnie uznanie chorób przyzębia jako czynnika etiologicznego, ale nie wyklucza rozpatrywania ich jako czynnika ryzyka.

Według Kannela W.B., który po raz pierwszy wprowadził to pojęcie do piśmiennictwa medycznego, za czynnik ryzyka należy uważać każdy element jakościowy lub ilościowy, którego występowanie w populacji ludzi zdrowych wiąże się ze statystycznie istotnym zwiększeniem zachorowania lub zgonu z powodu określonej choroby [1961, ss. 33–50]. Czynnik ryzyka jest istotnie związany z powstaniem choroby, ale sam nie jest wystarczający do jej powstania.

Istota tej definicji przy rozpatrywaniu chorób przyzębia jako czynnika ryzyka miażdżycowo-pochodnych chorób sercowo-naczyniowych, została potwierdzona w wielu pracach badawczych. Między innymi DeStefano i wsp. już w 1993 roku udowodnili, że u mężczyzn poniżej 50 roku życia zapalenie przyzębia jest silnym czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca, ze względnym ryzykiem wynoszącym 1,72 [1993, ss. 688–691].

Europejskie wytyczne z 2012 roku, dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej stwierdzają, że zapalenie przyzębia może być uważane za czynnik ryzyka złego stanu zdrowia w zakresie układu sercowo-naczyniowego [Perk 2012, ss. 1635–1701]. Autorzy wytycznych uważają, że zapalenie

przyczębia jest związane z dysfunkcją śródbłonna, miażdżycą oraz wzrostem ryzyka zawału serca oraz udaru mózgu.

Potencjalne mechanizmy wpływu chorób przyczębia na rozwój i przebieg chorób sercowo-naczyniowych o podłożu miażdżycowym

Choroby przyczębia są związane z miażdżycowymi chorobami sercowo-naczyniowymi nie tylko poprzez niektóre wspólne czynniki ryzyka. Można przypuszczać, że przewlekły stan zapalny dziąseł i przyczębia z okresowymi zaostrzeniami może doprowadzić do odczynu zapalnego, uogólnionego lub miejscowego w określonym obszarze naczyniowym. To może wpływać na destabilizację blaszek miażdżycowych w różnych obszarach układu tętniczego.

Efektem może być przyspieszenie procesu ich rozwoju a nawet ich pękanie z kaskadą miejscowego wykrzepiania śródnaczyniowego. Sprzyjać temu zjawisku może podwyższona aktywność płytek krwi, stwierdzona u pacjentów z zapaleniem przyczębia [Papanagiotou 2009, ss. 605–611].

Wiele dotychczasowych pokoleń lekarzy prowadziło praktykę kardiologiczną, uznając regułę istniejącą od XIX wieku, że należy leczyć i/lub usuwać ogniska zakażenia u pacjentów z chorobami układu krążenia. Reguła ta była oparta na teorii, że ogniska zakażenia (sepsy) są odpowiedzialne za powstanie różnych chorób zapalnych, w tym układu krążenia. W ostatnich latach ta reguła i teoria nie są stosowane w praktyce lekarskiej.

Mimo ignorowania teorii ognisk zakażenia jako czynnika inicjującego, szeroko porusza się w piśmiennictwie kardiologicznym i stomatologicznym związek zapaleń przyczębia z chorobami układu krążenia. Istnienie tych związków może być klasycznym przykładem na to, że teoria ognisk zakażenia może odgrywać istotną rolę w tłumaczeniu mechanizmów rozwoju chorób sercowo-naczyniowych o podłożu miażdżycowym w przebiegu zapaleń przyczębia. Zapalenie przyczębia można uznać za ognisko zakażenia.

Na podstawie przeprowadzonego w 2007 roku przeglądu piśmiennictwa Mustapha I.Z. i wsp. stwierdzili, że choroby przyczębia z podwyższonymi wskaźnikami infekcji bakteryjnej są związane z incydentami choroby niedokrwiennej serca oraz wczesną aterosclerogenezą [2007, ss. 2289–2302]. U pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi oraz bardziej zaawansowanymi postaciami choroby przyczębia obserwuje się wyższe osoczowe stężenia interleukiny 1 oraz czynnika martwicy nowotworów (TNF alfa) [Czerniuk 2002, ss. 31–37].

Pussinen P.J. i wsp. wykazali, że wysoki poziom przeciwciał przeciwko patogenom chorób przyzębia i stężeń endotoksyny oraz wartości stężeń białka C-reaktywnego, interleukiny 6 i TNF alfa są istotnie statystycznie związane z ryzykiem incydentów chorób sercowo-naczyniowych [2007, ss. 1433–1439].

W badaniach na szerokiej populacji pacjentów z chorobami przyzębia wykazano, że w ciężkich postaciach tej choroby poziomy markerów zapalenia (białko C-reaktywne, leukocytoza, stężenie fibrynogenu) są istotnie wyższe w porównaniu do osób zdrowych [Bing Lu 2011, ss. 536–542].

Zoellner H. twierdzi, że wśród możliwych mechanizmów mogących tłumaczyć związki przyczynowo-skutkowe między chorobami przyzębia a chorobami sercowo-naczyniowymi należy rozpatrywać bakteryjne zapalenie tętnic, specyficzne właściwości aterogenne bakterii jamy ustnej, polimorfizmy cytokin oraz ostrą odpowiedź zapalną [Zoeller 2011, ss. 181–192]. Obecność bakterii we krwi można stwierdzić po wielu procedurach dentystycznych [Drinnan 1990, ss. 378–382].

Ogólne zasady leczenia chorób przyzębia

Europejskie wytyczne dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych z 2012 roku zalecają traktowanie leczenia zapaleń przyzębia w tej dziedzinie w sposób równie poważny jak postępowanie przy obecności innych czynników ryzyka [Perk 2012, ss. 1635–1701].

Przeglądy badań klinicznych potwierdzają, że intensywna terapia zapalenia przyzębia zmniejsza u pacjentów wskaźniki stanu zapalnego oraz poprawia istniejącą dysfunkcję śródbłónka tętnic [Tonetti 2009, ss. 15–19; Behle 2006, ss. 256–262; Orlandi 2014, ss. 39–46]. Leczenie zapalenia przyzębia poprawia również parametry gospodarki węglowodanowej [Giblin 2014, ss. 23–30]. Niestety, jak dotychczas, nie ma w piśmiennictwie klinicznych publikacji, które w sposób istotny potwierdzałyby, że leczenie zapaleń przyzębia zapobiega chorobom sercowo-naczyniowym [Lockhart 2012, ss. 2520–2544].

Leczeniem zapaleń dziąseł i zapaleń przyzębia zajmują się stomatolodzy a szczególnie periodontolodzy. Wstępne postępowanie powinno być rozpoczęte od ustalenia czynników ryzyka choroby oraz ich eliminacji lub optymalnej modyfikacji. Leczenie schorzeń zapalnych przyzębia obejmuje leczenie farmakologiczne miejscowe i ogólne oraz leczenie chirurgiczne [Górska 2013; Wolf 2006]. Składa się ono z kilku faz, w tym obejmuje istotny okres leczenia podtrzymującego. Pojawiają się doniesienia, że w miejscowym leczeniu mogą mieć zastosowanie żele z metforminą oraz atorwastatyną [Rao 2013, ss. 1165–1171; Praddep 2013 ss. 871–879].

Wykazano również, że atorwastatyna podawana doustnie w dawce 80 mg na dobę zmniejszała stan zapalny przyzębia [Subramanian 2013, ss. 2382–2391].

To może sugerować, że choroby przyzębia i choroby sercowo-naczyniowe mogą mieć wspólne czynniki wywołujące.

Wnioski (implikacje) w zakresie prewencji i terapii chorób sercowo-naczyniowych obejmującym problem chorób przyzębia

W publikowanym w 2014 roku artykule w BMJ „Time to take periodontitis seriously” Chapple I.L.C. stwierdza, że zapalenie przyzębia jest najczęstszą przewlekłą chorobą zapalną spotykaną u ludzi [2014, s. 2645]. Dotyka prawie połowy osób dorosłych w Wielkiej Brytanii. Według niego to jeden z większych problemów zdrowia publicznego. Prowadzi do utraty zębów i gorszego stanu odżywienia. Pogarsza jakość życia i być może przyczynia się do wzrostu populacyjnej śmiertelności. W istotny sposób zwiększa koszty opieki zdrowotnej. Ponieważ często zapalenie przyzębia jest skąpo-objawowe, jego rozpoznanie i podjęcie odpowiedniego leczenia następuje dopiero po wielu latach od początku choroby.

Te stwierdzenia należy przyjąć za aktualne również na terenie Polski. Należy zgodnie z europejskimi wytycznymi w zakresie prewencji chorób sercowo-naczyniowych, traktować zapalenia przyzębia jako czynnik ryzyka. Profilaktyka i leczenie chorób przyzębia powinno być istotnym elementem, rozpatrywanym w procesie prewencji oraz terapii chorób sercowo-naczyniowych.

Palenie tytoniu, jako bardzo istotny czynnik ryzyka zarówno chorób przyzębia jak chorób sercowo -naczyniowych, powinno być w pierwszej kolejności eliminowane w prewencyjnej i terapeutycznej działalności lekarskiej i stomatologicznej. W każdej postaci chorób przyzębia, a szczególnie w formach zaawansowanych u dzieci oraz u pacjentów w wieku podeszłym, należy rozważyć niedobór witaminy C, wynikający z nieprawidłowego odżywiania.

Publiczny system opieki zdrowotnej powinien zapewniać wczesny i łatwiejszy niż obecnie dostęp do specjalistów stomatologii. Powinna także wzrosnąć świadomość wśród pracowników służby zdrowia oraz w społeczeństwie w zakresie roli chorób przyzębia w patogenezie miażdżycy.

Bibliografia

- Ainamo J., Barmes D., Beagrie G. i in. (1982), *Development of the World health Organisation (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN)*, „Int. Dent. J.”, nr 32.
- Babaev V.R., Li L., Shah S. i in. (2010), *Combined vitamin C and vitamin E deficiency worsens early atherosclerosis in apoE-deficient mice*, „Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.”, nr 30.
- Batchelor P. (2014), *Is periodontal disease a public health problem?*, „British Dental Journal”, nr 217.
- Behle J.H., Papapanou P.N. (2006), *Periodontal infections and atherosclerosis vascular disease: an update*, „Int. Dent. J.”, nr 56., suppl. 1.
- Bing L. (2011), *Prospective association of periodontal disease with cardiovascular and all-cause mortality: NHANES III follow-up study*, „Atherosclerosis”, nr 218.
- Chapple I.L. (2014), *Time to take periodontitis seriously*, „British Medical Journal”, nr 348, 2645.
- Consensus report: periodontal disease: pathogenesis and microbial factors (1996), „Ann. Periodontol.”, nr 1.
- Czerniuk M.R., Górka R., Filipiak K.J. (2002), *Wpływ choroby przyzębia na intensywność i dynamikę odczynu zapalnego u chorych z ostrymi niewydolnościami wieńcowymi*, „Dent.Med.Probl.”, nr 39.
- Darveau R.P., Tannaer A., Page R.C. (1997), *The microbial challenge in periodontitis*, „Periodontology 2000”, nr 14.
- De Stefano F., Anda R.F., Kahn H.S. i in., *Dental disease and risk of coronary heart disease and mortality*, „British Medical Journal”, nr 306.
- Drinnan A.J., Gogan C. (1990), *Bacteremia and dental treatment*, „J.Am.Dent.Assoc.”, nr 120.
- Dye B.A., Tan S., Smith V. i in. (2007), *Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004*, „Vital Health Stat.”, listopad, nr 248.
- Eke P.I., Dye B.A., Wei L. i in. (2012), *Prevalance of periodontitis in adults in the United States 2009 and 2010*, „J. Dent. Res.”, nr 91.
- Fiedorow Z., Gołębiak B., Weber Z. (1991), *Choroby roślin rolniczych*, Skrypt Akademii Rolniczej w Poznaniu, Poznań.
- Giblin L.J., Boyd L.D., Rainchuso L. i in. (2014), *Short-term effects of non-surgical periodontal therapy on clinical measures of impaired glucose tolerance in people with prediabetes and chronic periodontitis*, „J.Dent. Hyg.”, nr 88, supplement.
- Główny Urząd Statystyczny (2011), *Obszary tematyczne – zdrowie*, www.stat.gov.pl
- Górka R. (red.) (2013), *Periodontologia współczesna*, MTP, Warszawa.
- Herman P. (1956), *Zeigt mir Adams Testament. Wagnis und abenteuer der entdeckungen*, Hoffman und Campe Verlag, Hamburg.

- Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego (2013), *Udary mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne*, Warszawa.
- Jeffcoat M.K., Jeffcoat R.L., Gladowski P.A. i in. (2014), *Impact of periodontal therapy on general health. Evidence from insurance data for five systemic conditions*, „Am. J. Prev. Med.”, nr 47.
- Jousilahti P., Vartiainen E., Tuomilehto J. i in. (1999), *Sex, age, cardiovascular risk factors and coronary heart disease. A prospective follow-up study of 14786 middle-aged men and women in Finland*, „Circulation”, nr 99.
- Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego (2013), *Udary mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne, konferencja*, Warszawa.
- Kannel W.B. (red.) (1961), *Factors of risk in the development of coronary heart disease – six year follow-up experience. The Framingham Study*, „Ann. Intern. Med.”, nr 55.
- König K.G. (1989), *Karies und Parodontopathien. Ätiologie und Prophylaxe*, „Thieme”, Stuttgart.
- Kornman K.S., Duff G.W. (2001), *Candidate genes as potential links between periodontal and cardiovascular diseases*, „Am. Periodontol.”, nr 6.
- Linden G.J., Lyons A., Scannapieco F.A. (2013), *Periodontal systemic associations: review of evidence*, „J. Periodont.”, nr 84, suppl. 4.
- Lockhart P.B., Bolger A.F., Papapanou P.N. i in. (2012), *Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association. A scientific statement from the American Heart Association*, „Circulation”, nr 125.
- Loe H., Theilade E., Jensen S.B. (1965), *Experimental gingivitis in man*, „J. Periodont.”, nr 36.
- Marfil-Alvares R., Mesa F., Arrebola-Moreno A. i in. (2014), *Acute myocardial infarct size is related to periodontitis extent and severity*, „J. Dent. Res.”, nr 93.
- Mattila K.J., Nieminen M.S., Valtonen V.V. i in. (1989), *Association between dental health and acute myocardial infarction*, „British Medical Journal”, nr 298.
- Mattila K.J. (1993), *Dental infection as a risk factor for acute myocardial infarction*, „European Heart Journal”, nr 14, suppl. K.
- Moore W.E., Moore L.V. (1994), *The bacteria of periodontal diseases*, „Periodontology 2000”, nr 5.
- Mustapha I.Z., Debrey S., Oladubu M., i in. (2007), *Markers of systemic bacterial exposure in periodontal disease and cardiovascular disease risk: a systemic review and meta-analysis*, „J. Periodontol.”, nr 78.
- Otomo-Corgel J., Purcher J.J., Rethman M.P., i in. (2012), *State of the science: chronic periodontitis and systemic health*, „J. Evid. Based Dent. Pract.”, nr 12, suppl. 3.
- Papapanagiotou D., Nicu E.A., Bizzarro S. i in. (2009), *Periodontitis is associated with platelet activation*, „Atherosclerosis”, nr 202.

- Pawlak A., Gawor Z., *Bierne palenie-wielkie ryzyko chorób układu krążenia. Dowody XXI wieku*, „Czynniki Ryzyka”, nr 4.
- Perk J. (red.) (2012), *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice /version 2012/. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice/constituted by representatives of nine Societies and by invited experts*, „Eur. Heart J.”, nr 33.
- Praddep A.R., Kumari M., Rao N.S. i in. (2013), *Clinical efficacy of subgingivally delivered 1,2% atorvastatin in chronic periodontitis: a randomized controlled clinical trial*, „J. Periodont.”, nr 84.
- Pussinen P.J., Tuomisto K., Jousilahti P. i in. (2007), *Endotoxemia, immune response to periodontal pathogens, and systemic inflammation associate with incident cardiovascular disease events*, „Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.”, nr 27.
- Pusz W., Ogórek R. (2012), *Potencjalny szkodliwy wpływ grzybów zasiedlających surowiec tytoniowy na pracowników magazynów*, „Mikologia Lekarska”, nr 19.
- Rao N.S., Pradeep A.R., Naik S.B. (2013), *Locally delivered 1% metformin gel in the treatment of smokers with chronic periodontitis: a randomized controlled clinical trial*, „J. Periodont.”, nr 84.
- Socransky S.S., Haffajee A.D. (2005), *Periodontal microbial ecology*, „Periodontology 2000”, nr 38.
- Subramanian S., Emami H., Vucic E. i in. (2013), *High-dose atorvastatin reduces periodontal inflammation. A novel pleiotropic effect of statins*, „J. Am. Coll. Cardiol.”, nr 62.
- Tonetti M.S.(2009), *Periodontitis and risk for atherosclerosis: an update on intervention trials*. „J. Clin. Periodont.”, nr 36, suppl.10.
- Wolf H.F. (2005), *Periodontology. Color atlas of dental medicine*. „Georg Thieme Verlag.”, Stuttgart.
- Wolf H.F., Rateitschak E.M., Rateitschak K.H. (2006), *Periodontologia*. Czelej, Lublin.
- Wożakowska-Kapłon B., Włosowicz M., Gorczyca-Michta I., i in. (2013), *Oral health status and the occurrence and clinical course of myocardial infarction in hospital phase: a cause – control study*, „Cardiology J.”, nr 20.
- Zieboltz D., Priegnitz A., Hasenfuss G. i in. (2012), *Oral health status of patients with acute coronary syndrome – a case control study*, „BMC Oral Health”, nr 12.
- Ziętek M.(2009), *Choroby przyzębia a aterotromboza*, „Czas. Stomatol.”, nr 62.
- Zoellner H. (2011), *Dental infection and vascular disease*, „Semin. Thromb. Hemost.”, nr 37.