

TROSKA O ZDROWIE W ASPEKcie SPOŁECZNYM

CZĘŚĆ 2

TROSKA O ZDROWIE W ASPEKCIE SPOŁECZNYM

CZĘŚĆ 2

**Pod redakcją naukową
Anny Goździalskiej i Jerzego Jaśkiewicza**

Kraków 2015

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja: dr hab. n. med. Marek Stępniewski, prof. UJ

Projekt okładki: Oleg Aleksejczuk

Adiustacja: zespół

Zdjęcie na okładce: Jakub Aleksejczuk

ISBN 978-83-65208-25-5

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2015

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana
w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie,
ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie
za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących,
nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca: Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2015

Sprzedaż prowadzi:
Księgarnia U Frycza
tel./faks: (12) 252 45 93
e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Skład: Oleg Aleksejczuk

Druk i oprawa: MKpromo

Spis treści

Wstęp	7
<i>Arkadiusz Stosur</i>	
Artykuł 68 ust. 2 Konstytucji RP jako podstawa prawna zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych – wprowadzenie do tematyki	9
<i>Agnieszka Włodarczyk, Anna Goździalska</i>	
Komunikowanie się pielęgniarki z pacjentem w warunkach szpitalnych.....	27
<i>Katarzyna Białek, Jakub Lickiewicz</i>	
Rola personelu medycznego wobec rodzin pacjentów leczonych na Oddziale Intensywnej Terapii	43
<i>Marta Kowalewska, Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz</i>	
Umiejętność wynikająca z poziomu kompetencji społecznych pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej niesienia profesjonalnej pomocy rodzinom dotkniętym przemocą.....	59
<i>Jadwiga Szymanek, Anna Goździalska</i>	
Poziom wiedzy pielęgniarek pracujących na oddziałach internistycznych i chirurgicznych na temat cukrzycy typu 2	69
<i>Anna Tokarz, Anna Goździalska</i>	
Jakość życia chorych odczulanych na jad owadów błonkoskrzydłych.....	83
<i>Justyna Krawczyk, Jerzy Jaśkiewicz</i>	
Jakość życia pacjentów po zabiegu koronarografii.....	97
<i>Grzegorz Kaczmarczyk, Grzegorz Machnik, Anna Piotrowska-Mietelska, Monika Gąsecka-Czapla, Łukasz Rybak</i>	
Wirus HPV. Czy warto się szczepić.....	111

Wstęp

Przedstawiamy drugą część monografii pod tytułem *Troska o zdrowie w aspekcie społecznym*. Zawarte w niej rozdziały poruszają szeroko pojęte zagadnienia opieki zdrowotnej.

Prawo do leczenia w Polsce warunkuje zapis w Konstytucji RP (art. 68 ust. 2). Zagadnienie to jest tematem jednego z rozdziałów dotyczących zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Nowoczesne zabiegi terapeutyczne, na przykład koronarografia przekładają się na poprawę jakości życia chorych. Wpływają one także na relację personelu medycznego z pacjentem i jego rodziną. Poznanie takich zależności tłumaczy perspektywę następstw leczenia i wpływa na jego skuteczność. Zgodnie z zasadą, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć, od lat trwa dyskusja nad zasadnością szczepień ochronnych. Oprócz obowiązujących w Polsce szczepień wykonywanych według kalendarza szczepień pojawia się wiele szczepionek komercyjnych, nie ujętych w kalendarzu. Ten stan powoduje różnego rodzaju obawy co do rzeczywistej celowości szczepień. Problem ten został omówiony w jednym z rozdziałów niniejszej monografii. Powszechnym problemem współczesnego społeczeństwa są reakcje nadwrażliwości i alergii. Miesiące wiosenne i letnie napawają strachem osoby o zwiększonej wrażliwości immunologicznej – temat ten został szeroko poruszony w rozdziale dotyczącym chorych odczulanych na jad owadów błonkoskrzydłych. Autorzy mają nadzieję, że przedstawiona tematyka wzbudzi zainteresowanie czytelników. Oczekujemy także twórczych uwag dotyczących zamieszczonej tematyki.

dr n. farm. Anna Goździalska
prof. dr hab. med. Jerzy Jaśkiewicz

Arkadiusz Stosur

doktorant Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Artykuł 68 ust. 2 Konstytucji RP jako podstawa prawna zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych – wprowadzenie do tematyki

Streszczenie

Niniejsza praca stara się ustalić zakres zasady konstytucyjnej zawartej w sformułowaniu „każdy ma prawo do ochrony” zawierającej odesłanie generalne i abstrakcyjne. W doktrynie prawa oraz orzecznictwie sądowym określa się, że jej adresatem są organy władz publicznych, w których możliwościach leży realizacja określonego celu z zakresu ochrony zdrowia. Prawo do profilaktyki zdrowotnej chroni jedną z najważniejszych wartości każdego człowieka. Przepisy dotyczące prawa do profilaktyki zdrowotnej zostały zawarte w artykule 68 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku. Prawo do profilaktyki zdrowotnej w Konstytucji RP jest umieszczone między prawami społecznymi, gospodarczymi i kulturalnymi. Jednak konstrukcja przepisów konstytucyjnych oraz powiązanie prawa do profilaktyki zdrowotnej z innymi przepisami, w szczególności z zasadą poszanowania godności ludzkiej oraz prawem do ochrony życia ludzkiego przedstawia jednostkowy charakter tego uprawnienia. Sposób klasyfikowania i określania prawa do profilaktyki zdrowotnej wypełnia bardzo ważną rolę w zakresie sposobu jego realizacji i zakresu gwarancji jego ochrony.

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, konstytucja, zasad konstytucyjna, zasad równości, Trybunał Konstytucyjny, prawo do ochrony zdrowia, prawa człowieka

Article 68 paragraph. 2 of the Constitution as the legal basis
of the principle of equal access to health care services financed
from public funds – introduction to the subject

Abstract

This paper seeks to determine the scope of constitutional principle contained in the wording „everyone has the right to protection” containing general and

abstract reference. The doctrine of law and judicial decisions determined that it is addressed are public authorities, in which the possibilities is implementation specific purpose of health care. The right to health prevention protects one of the most important values of each person. The regulations concerning the right to health prevention are grounded in the article 68 of the April 2nd 1997 Constitution. In the Constitution the right to health prevention is placed among social, economic and cultural rights. However the construction of constitutional regulations and relationship of the right to health prevention to different regulations, in particular to the rule of respect of human dignity and the right to protection of human life shows the personal character of this right. The method of classification of the right to health prevention has very important role for determining how to implement it and for the range of warranty of protection.

Key words: Human health, constitution, constitutional principles, principles of equality, the Constitutional Court, the right to health, human rights

Wprowadzenie

W treści ust. 1 art. 68 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. wskazano na fundamentalną dla funkcjonowania całego obszaru ochrony zdrowia zasadę, że każdy ma prawo do ochrony. Aktualnie system ochrony zdrowia definiuje się jako działania, które tworzą formułę działań ukierunkowanych na następujące kwestie:

- 1) zdrowia publicznego: promocji zdrowia, prewencji, badań przesiewowych, higieny a także bezpiecznych warunków pracy i życia pod względem zdrowotnym,
- 2) opieki zdrowotnej,
- 3) opieki długoterminowej,
- 4) rehabilitacji,
- 5) opieki społecznej,
- 6) opieki paliatywnej.

Niniejsza praca stara się określić zakres zasady konstytucyjnej zawartej w sformułowaniu „każdy ma prawo do ochrony” zawierającej odesłanie generalne i abstrakcyjne. W doktrynie prawa oraz orzecznictwie sądowym określa się, że jej adresatem są organy władz publicznych, w których możliwościach leży realizacja określonego celu z zakresu ochrony zdrowia.

Prawo do ochrony zdrowia nie jest jedynie prawem socjalnym. Ma charakter złożony, wielowątkowy i wieloaspektowy, jak słusznie wykazał to Trybunał Konstytucyjny w treści wyroku z dnia 7 stycznia 2004 roku (sygn. akt K14/03, Dz.U. z 2004 roku, poz. 37). Ścisły związek z prawem do ochrony życia pozwala na włączenie prawa do ochrony zdrowia do

osobistych praw człowieka. Główny komponentem prawa do ochrony zdrowia jest założenie, że jest to prawo podstawowe, przynależne każdemu człowiekowi niejako w sposób naturalny i mechaniczny. Można zatem zbudować oryginalną formułę logiczną: dla każdego człowieka (przypisanego do danej państwowości) przynależna jest kategoria ochrony zdrowia (życia). W konsekwencji należy postawić kolejne pytanie – być może jest to prawo o charakterze podwójnie kategoryzowanym (w ramach katalogu praw obywatelskich tym razem): prawa socjalnego oraz prawa osobistego (w ścisłym tego sensie). Jak właściwie wskazuje się w doktrynie właśnie ze względu ten na podwójny genetycznie charakter prawa do ochrony zdrowia zobowiązania władzy publicznej można rozpatrywać zarówno w zakresie pozytywnym, jak i negatywnym.

1.

Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP zawiera ogólną normę interpretacyjną stanowiącą, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Jest to konstrukcja publicznego prawa podmiotowego. Jego odpowiednikiem (korelatem) normatywnym staje się obowiązek ustawowy władz publicznych w zakresie dostosowania i obowiązkach władz publicznych, polegających na właściwym uregulowaniu zagadnienia w ustawach dotyczących ochrony zdrowia. Wskazana norma prawna stanowi podstawę istnienia obowiązków władzy publicznej, skonkretyzowanych przez przepisy ustawy. W celu właściwej interpretacji art. 68 ust. 1 i ust. 2 Konstytucji należy go powiązać treściowo z art. 30 oraz art. 2 i art. 8 ust. 2 Konstytucji RP [2, 10].

Również wyrażona w treści art. 2 Konstytucji RP zasada demokratycznego państwa prawnego daje podstawę do ochrony zdrowia na zasadzie równości. Natomiast konstytucyjna zasada prawnej ochrony życia określona w treści art. 38 Konstytucji RP ma szczególne znaczenie w kontekście ogólnej ochrony prawa do ochrony zdrowia. Życie ludzkie stanowi samoistną wartość, która samodzielnie pozwala jednostce korzystać z innych praw i wolności. Prawo do ochrony zdrowia zabezpiecza życie i związaną z nim integralność cielesną jednostki ludzkiej. Stąd należy stwierdzić, że prawo do ochrony zdrowia pozwala jednostce na korzystanie z innych praw określonych w ustawie zasadniczej. Władze publiczne powinny zatem dążyć do wypełnienia obowiązku polegającego na umożliwieniu jednostce pełnej, trwałej i bezpośredniej realizacji prawa do ochrony zdrowia. Tym samym władze publiczne nie powinny

w sposób uznaniowy, w oderwaniu od podstawy prawnej ograniczać lub zamykać możliwości korzystania przez jednostkę z prawa do ochrony zdrowia. Ten model postępowania dotyczy zarówno sfery stanowienia, jak i stosowania prawa.

Natomiast przedmiotem prawa wyrażonego w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP jest dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej równy dla wszystkich podmiotów uprawnionych w sposób niezależny od ich sytuacji materialnej. Warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych określa ustawa. Stworzenie takiego ograniczenia ma charakter techniczny i służy wskazaniu na prawo do określonego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [23]. Dostęp gwarantowany przepisami Konstytucji do świadczeń zdrowotnych ma być źródłowo niezależny od stopnia zamożności i statusu społecznego obywateli. Co zatem oznacza równość w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej? Zapewne jest to element zarówno kierunkowej zasady ogólnej, jak i sprawiedliwości dystrybutywnej. Równość oznacza, że osoby chore powinny otrzymywać terapie na zasadzie indywidualnych potrzeb zdrowotnych, a nie na podstawie czynników pozazdrowotnych [16]. Przepis ten stanowi rozwinięcie zasady równości i koncepcji solidaryzmu społecznego, wyrażonych w art. 32 i art. 2 Konstytucji RP. Należy dodać, że prawo do ochrony zdrowia nie ma charakteru absolutnego i podlega ograniczeniom wyrażonym w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, do których można m.in. zaliczyć czynniki ekonomiczne, zmuszające władze publiczne do wydatkowania wyłącznie środków publicznych na świadczenia zdrowotne, które pozostają w ich dyspozycji. Jednocześnie z treści art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wynika, że obowiązek władz publicznych zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie rozciąga się na cudzoziemców, w stosunku do których może zostać ograniczony z zastrzeżeniem szanowania obowiązujących norm prawa międzynarodowego.

Dokonując wykładni przepisu art. 68 ust. 2 Konstytucji RP należy przede wszystkim zwrócić uwagę na subtelną okoliczność, że prawa i wolności socjalne, związane z kierunkami i celami prowadzonej przez władze publiczne polityki społecznej mają szczególny charakter prawny [19]. W odniesieniu do relacji państwo – jednostka Konstytucja nie tylko nie musi kształtować normy prawne w ten sposób, że prawom obywateli odpowiadają relewantne obowiązki władz państwowych. Ustawa zasadnicza posługuje się bowiem językiem wartości, zasad i haseł, rzadko

natomiast konkretnie sformułowanymi normami prawnymi. Niemniej należy pamiętać o zasadzie wynikające z treści art. 8 ust. 2 Konstytucji RP w zakresie bezpośrednio obowiązywania ustawy zasadniczej w ramach polskiego systemu prawa.

2.

Prawo do ochrony zdrowia opisane w treści art. 68 Konstytucji RP zostało umieszczone w katalogu praw i wolności ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych. Powinności władzy publicznej w zakresie prawa do ochrony zdrowia wynikają z analizy art. 68 ust. 2–5 Konstytucji RP. Na tej podstawie prawo do ochrony zdrowia gwarantuje z jednej strony możliwość uzyskania pewnych świadczeń opieki zdrowotnej, a z drugiej stwarza zabezpieczenie normatywne ochrony zdrowia poprzez możliwość żądania na jego podstawie zaniechania zachowań zagrażających zdrowiu.

Konstytucja rozróżnia pojęcia „prawo do ochrony zdrowia” oraz „prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Artykuł 68 ust. 2 Konstytucji RP stanowi, że: „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji ma każdy człowiek; natomiast prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje jedynie obywatelom polskim. Zakres podmiotowy wskazanych norm nie jest tożsamy.

3.

Konstytucje państw demokratycznych traktują tę zasadę nie tylko jako podstawę regulacji dotyczącej podstawowych praw i wolności jednostki, ale też jako jedną z podstawowych zasad ustroju państwa (art. 1 i 9 konstytucji Hiszpanii z 1978 r., art. 14 ust. 1 konstytucji Japonii z 1946 r., art. 15 ust. 1 kanadyjskiej Karty praw i wolności z 1982 r., art. 32 ust. 1 konstytucji Polski z 1997 r., art. 8 ust. 1 i 2 konstytucji Szwajcarii z 1999 r.). Z reguły unormowanie tej zasady dokonywane jest w kilku postanowieniach określających różne jej aspekty. Najpierw zostaje sformułowana zasada ogólna (przykładowo art. 6, art. 32 ust. 2, art. 33, 60, art. 68 ust. 2, art. 70 ust. 4, art. 96 ust. 2, art. 127, art. 169 ust. 2 Konstytucji RP z 1997 r.) sta-

nowiąca *lex generalis* dla pozostałych norm konstytucyjnych dotyczących równości i ją konkretyzujących.

Zasada równości w ujęciu wielu konstytucji odnosi się nie tylko do obywateli, ale do wszystkich osób podlegających jurysdykcji danego państwa. Mają do niej także zastosowanie rozważania dotyczące podmiotowego zakresu podstawowych praw i wolności, które przeprowadzę niżej. W większości krajów rozciąga się ona także na osoby prawne, a w niektórych sądy konstytucyjne rozciągają jej zakres podmiotowy także na związki i grupy nieposiadające osobowości prawnej. Zwykle podobnie w nauce prawa i orzecznictwie sądowym w krajach demokratycznych określa się istotę zasady równości. Polega ona na tym, że – jak ujął to polski Trybunał Konstytucyjny: „wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się daną cechą istotną (relewantną) w równym stopniu, mają być traktowane równo. A więc według równej miary, bez zróżnicowań dyskryminujących, jak i faworyzujących” (orzeczenie TK z dnia 11 lipca 2000 r., K30/99, OTK ZU 2000/5, poz. 145). Trybunał Konstytucyjny wyróżnił zarazem dwa główne elementy zasady równości:

- 1) równość wobec prawa oznaczającą nakaz równego traktowania przez władzę publiczną w procesie stosowania prawa,
- 2) równość w prawie oznaczającą nakaz kształtowania treści prawa z uwzględnieniem zasady równości.

Podobnie ujmują istotę zasady równości sądy konstytucyjne innych państw. Przykładowo w orzecznictwie austriackiego trybunału konstytucyjnego powtarza się formuła określająca, że zasada równości zobowiązuje ustawodawcę, aby unikał regulacji prawnych zawierających nieusprawiedliwione merytorycznie zróżnicowania. Jeżeli zróżnicowania ustawowe w ramach tej samej instytucji prawnej nie mogą być wyprowadzone z różnic w stanie faktycznym, wówczas ustawa narusza zasadę równości.

Polski Trybunał Konstytucyjny określił także, że nierówne traktowanie podmiotów podobnych nie musi oznaczać dyskryminacji lub uprzywilejowania, ponieważ konieczna jest jeszcze ocena kryterium, na podstawie którego dokonano zróżnicowania. Wszelkie odstępstwa od nakazu równego traktowania podmiotów podobnych muszą znajdować obiektywne uzasadnienie. Musi ono mieć charakter relewantny, czyli pozostawać w bezpośrednim związku z celem i zasadniczą treścią przepisów, w których zawarta jest kontrolowana norma, oraz służyć realizacji tego celu i treści. Ponadto argumenty na rzecz różnicowania muszą mieć

charakter proporcjonalny. Stąd waga interesu, któremu ma służyć różnicowanie sytuacji adresatów normy, musi pozostawać w odpowiedniej proporcji do wagi interesów, które zostaną naruszone w wyniku nierównego potraktowania podmiotów podobnych. Wreszcie argumenty te muszą pozostawać w związku z innymi wartościami, zasadami czy normami konstytucyjnymi, uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów

Podobnych (orzeczenie TK z dnia 23 października 1995 r., K4/95, OTK ZU 1995, cz. II, poz. 11; orzeczenia TK z dnia 3 września 1996 r., K10/96, OTK Nr 4/1996, poz. 33; także wyrok TK z dnia 18 stycznia 2000 r., K17/99, OTK ZU 2000/1, poz. 4).

W orzecznictwie sądowym nie utożsamia się zasady równości z zakazem różnicowania. Przykładem mogą być orzeczenia austriackiego trybunału konstytucyjnego, w których uznał on za niezgodne z zasadą równości regulacje ustawowe przewidujące jednakowe sankcje za każde niewłaściwe zachowanie określonych podmiotów bez dyferencjacji związanych z intensywnością i zakresem niewłaściwego zachowania. Zasada równości nie wyklucza preferowania pewnych grup (dyskryminacja pozytywna, uprzywilejowanie wyrównawcze), gdy jest to konieczne w celu doprowadzenia do faktycznej równości.

4.

Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej została wyrażona w treści art. 68 Konstytucji RP. Dokonując wykładni przepisu art. 68 ust. 2 Konstytucji RP należy przede wszystkim zwrócić uwagę, że prawa i wolności socjalne, związane z kierunkami i celami prowadzonej przez władze publiczne polityki społecznej, mają szczególny charakter prawny. Jak zauważał Lech Garlicki, w odniesieniu do relacji państwo – jednostka Konstytucja nie tylko nie musi, ale wręcz nie może być ujęta w formie precyzyjnych norm, które nadawałyby się do stosowania bez pomocy norm albo instrumentów interpretacyjnych niższego rzędu [7]. Związane jest to z faktem, że ustawa zasadnicza posługuje się językiem wartości, zasad i haseł, rzadko natomiast konkretnie sformułowanymi normami prawnymi. Omawiając zagadnienie stosowania praw socjalnych jako szczególnych praw podstawowych statuowanych w Konstytucji Kazimierz Działocha zauważał, że na etapie dyskusji nad projektami wzbudziło ono silne kontrowersje, związane z propozycją ustanowienia formuły, by określonych i wyraźnie wskazanych praw so-

cialnych można było dochodzić tylko w granicach określonych ustawą [5]. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na liczne wątpliwości w tej kwestii, wskazując m.in. na ogólność sformułowania tych przepisów i wysoki stopień abstrakcji, który nie pozwala wyprowadzać z nich konkretnych wskazówek postępowania, na brak sankcji, na niemożliwość bezpośredniego stosowania czy wreszcie na deklaracyjny charakter niektórych regulacji. Niezwykle celne są uwagi Sławomiry Wronkowskiej i Zygmunta Ziemińskiego, którzy podkreślali złożoność normy udzielającej kompetencji normodawczej i stwierdzali, że powinna ona zawierać określenie: podmiotu uzyskującego upoważnienie do dokonywania aktów stanowienia, trybu stanowienia, dopuszczalnej treści stanowionych norm oraz prawnych następstw aktu stanowienia, czyli powinności adresata takiej normy. Autorzy ci uznawali następnie, że jeżeli w ustawie konstytucyjnej mają być zawarte normy merytoryczne, to powinny one mieć treść normatywną w tym sensie, że zawarte w nich winny być powinności teoretyczne, a nie jedynie aksjologiczne, tzn. określające obowiązek odpowiedniego zachowania adresata normy ze względu na jej treść, a nie oceny wartościujące [28].

Ów normatywny obowiązek (jak w przypadku art. 68 ust. 2 Konstytucji RP) może oczywiście dotyczyć tworzenia prawa uwzględniającego określoną aksjologię. Kluczowe jest jednak stwierdzenie, że z przepisów ustawy zasadniczej można wywieść normę udzielającą kompetencji prawotwórczej wtedy, gdy statuują one obowiązek, a nie jedynie możliwość, stworzenia stosownej regulacji prawnej, która uwzględnia, ramowe z konieczności, postanowienia dookreślające jej dopuszczalną treść.

5.

Analizując konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia na tle art. 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej Janusz Trzcіński zauważał, że wśród przepisów Konstytucji RP statuujących prawa jednostki należy odróżnić takie, na podstawie których konstruować można prawa podmiotowe, od tych, które mają jedynie charakter norm programowych. Dokonując wykładni systemowej art. 68 Konstytucji RP, przywołany autor stwierdzał następnie, że przepis ten jest tak sformułowany, aby nie mógł stworzyć po stronie obywatela żadnych roszczeń ani praw podmiotowych. Niemniej Trzcіński określił, że odwołując się do art. 8 ust. 1 Konstytucji RP, można wyciągnąć inne wnioski. Można zatem określić,

że art. 68 ust. 2 Konstytucji RP ze względu na swą redakcję przypomina normę programową, a nie prawo podmiotowe. Stąd klasyfikacja tego przepisu rangi konstytucyjnej sytuuje go pośród norm programowych. Trzcíński postawił zarazem tezę, że na gruncie obecnie obowiązującej Konstytucji RP istnieje możliwość odczytania i deskrypcji norm programowych przyjmując założenie, że norma tego rodzaju posiada zakodowane minimum zakresowe praw obywatela będące odpowiednikiem minimum obowiązków ciążących na władzy publicznej zawartych w tych samych przepisach programowych [3].

Postanowienia o prawach społeczno-ekonomicznych obywatela nie mogą zdaniem Trzcíńskiego być odczytywane wyłącznie jako deklaracja czy manifest określający cele państwa bowiem byłoby to sprzeczne z treścią art. 8 ust. 1 Konstytucji RP, zgodnie z którym jest ona najwyższym prawem RP.

Paweł Sarnecki z kolei podnosi, że trudno wyobrazić sobie wspólnie akt konstytucyjny pozbawiony przepisów wskazujących na perspektywiczne, nieraz odległe, cele czy zadania władzy publicznej, które winny być przez nią realizowane w życiu społecznym. Sarnecki podniósł ponadto, że nie wszystkie zagadnienia życia społecznego mogą być regulowane w ustawach zasadniczych w równym stopniu konkretności. Nie wszystkie potrzeby i oczekiwania społeczne mogą być w nich ujęte w postaci przepisów powołujących do życia skonkretyzowane uprawnienia, zwłaszcza w sferze socjalnej. Uwagi te odnoszą się w całej rozciągłości do organizacji prawnej zapewniania opieki zdrowotnej, choćby ze względu na kwestię subiektywizacji ryzyka niezdrowia. W tym kontekście wspomniany autor wskazywał na wysoki stopień ogólności norm konstytucyjnych. Podkreślał także znaczenie funkcji Konstytucji. Odnosząc się do formuły tej funkcji prawnej (normatywnej) Sarnecki zauważał, że normy programowe mogą się przyczyniać do jej realizacji, służąc jako wytyczne interpretacyjne do właściwego stosowania instytucji konstytucyjnych [18]. Zwracał także uwagę, że normy programowe wyrażają funkcję ideową oraz edukacyjną Konstytucji [14].

W świetle obowiązującego stanowiska doktryny prawa konstytucyjnego można przyjąć, że norma prawna, wyinterpretowana z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, ma charakter programowy, tzn. wiąże swych adresatów poprzez wskazywanie pożądaných celów, lecz nie określa konkretných, niezbędnych kroków realizacyjnych, za to odsyła w tym względzie do ogólnospołecznej wiedzy adresatów, opartej na podstawach empirycz-

nych. Wskazane w takiej normie cele mają charakter trwały w tym znaczeniu, że nie może dojść do ich zrealizowania, które zwałniałoby zobowiązane podmioty od troski o co najmniej utrzymanie osiągniętego stanu rzeczy. Należy zaznaczyć, że normy są adresowane do organów państwowych, natomiast nie powołują do życia konkretnych roszczeń prawnych podmiotów trzecich, zwłaszcza obywateli. Norma programowa nie wskazuje, jak należy się zachować, aby zrealizować pewien cel, lecz określa, jaki cel powinien zostać zrealizowany. Jak trafnie to określa Daniel Eryk Lach „nałożony na władze publiczne obowiązek zapewnienia równego dostępu (...) oznacza coś więcej niż tylko uregulowanie wzajemnych relacji podmiotów w ramach systemu opieki zdrowotnej, stanowiące zadanie władzy ustawodawczej, do którego odsyła art. 68 ust. 2 zdanie drugie Konstytucji RP. Obowiązek ten powinien bowiem obejmować również – prowadzony przez władzę wykonawczą lub sądowniczą – nadzór nad działalnością świadczeniodawców (...), a także NFZ, przy czym nadzór ten należy rozumieć dynamicznie, tj. nie tylko przez pryzmat wypełnienia ustawowych warunków, ale w kontekście realizacji zasady równego dostępu. Dynamizm ten oznacza m.in. konieczność regularnej ewaluacji istniejących rozwiązań prawnych i zgodności skutków ich obowiązywania z założonymi celami, aby możliwe było wprowadzanie niezbędnych korekt na bieżąco” [14].

Koncepcja dychotomicznego podziału na reguły i zasady znaczy, że normy programowe mają strukturę zasad (principles), a jedną z ich najbardziej charakterystycznych cech jest to, że mogą być spełnione w różnym stopniu. Cecha ta ma istotne znaczenie w sytuacji kolizji między regułą a zasadą (principle), a także między dwoma zasadami. W przypadku kolizji między regułą a zasadą literatura wskazuje na dwie możliwe sytuacje skutkujące dwoma sposobami rozstrzygnięcia tej kolizji [14]. Po pierwsze, w przypadku kolizji norm hierarchicznie równorzędnych w systemie prawa trzeba uwzględnić tę okoliczność, że zasady nakazują realizować określony stan rzeczy w ramach faktycznych i prawnych możliwości, a zatem prymat przyznać należy regule, która dookreśla w takiej sytuacji granice prawnych możliwości zastosowania danej zasady. Druga sytuacja jest bardziej skomplikowana, a jednocześnie bardziej interesująca w kontekście omawianej problematyki realizacji zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Chodzi bowiem o przypadek, w którym następuje kolizja reguły ustawowej z zasadą statuowaną w Konstytucji. Tomasz Gizbert-Studnicki uznaje, że w takiej sytuacji możliwe

jest rozstrzygnięcie *in abstracto* przez odwołanie się do rangi hierarchicznej kolidujących norm, a jego skutek stanowi derogacja reguły [9].

6.

Chociaż z ową tezą należy się zgodzić, to w odniesieniu do kolizji rozwiązań ustawowych o charakterze reguł z mającymi charakter zasad (principles) prawami socjalnymi i wyinterpretowanymi z nich konstytucyjnymi normami programowymi warto zauważyć, że sensem statuowania w Konstytucji praw socjalnych jest określenie celów i kierunków polityki społecznej państwa oraz aksjologicznych ram systemu zabezpieczenia społecznego, w tym opieki zdrowotnej, w celu rozwiązania istniejących problemów społecznych i usunięcia rażących nierówności [9].

Tomasz Gizbert-Studnicki i Andrzej Grabowski trafnie stwierdzają, że na podstawie normy programowej nie sposób ustalić jednoznacznie, jakie zachowania adresata są nakazane lub zakazane, gdyż ich rozumienie zależy od wiedzy dotyczącej rzeczywistości społecznej i założeń dotyczących jej natury, a spór na ten temat jest w istocie nierozstrzygalny [10]. Odnosząc się do kolizji ustawowej reguły z konstytucyjną zasadą równego dostępu, trzeba zatem zauważyć, że uzasadnieniem konkretnej reguły może być inna zasada (principle) wynikająca z przepisów Konstytucji. Reguły przewidujące takie uprzywilejowanie mogą być oceniane jako naruszenie zasady równości (w tym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP), z drugiej strony urzeczywistniają one konstytucyjne wytyczne z art. 18 Konstytucji RP oraz art. 68 ust. 3 Konstytucji RP [14].

W takiej sytuacji dochodzi nie tyle do kolizji reguły z zasadą, ile do kolizji dwóch zasad (principles), którą stwierdza się w sytuacji skonstataowania istnienia reguły sprzecznej z jedną zasadą, a zgodnej z inną. Odnosząc się z kolei do kwestii kolizji między dwoma zasadami, należy zauważyć, że o ile kolizja między dwoma regułami możliwa jest do stwierdzenia i rozstrzygnięcia *in abstracto*, o tyle w przypadku zasad niemożliwe jest abstrakcyjne ustalenie ich hierarchii, w związku z czym ewentualna kolizja musi być rozstrzygana tylko w odniesieniu do skonkretyzowanego stanu faktycznego. Normy te mogą bowiem konkurować z sobą w tym sensie, że wyznaczają cele, których jednoczesna realizacja w danej sytuacji i rozpatrywanej perspektywie czasowej jest niemożliwa lub znacznie utrudniona.

7.

Odnosząc się do kwestii nierozstrzygalności *in abstracto* kolizji między normami programowymi rangi konstytucyjnej, należy wrócić do poruszonego wcześniej zagadnienia wzajemnej relacji art. 68 ust. 2 i art. 68 ust. 3 Konstytucji RP. Gdyby przyjąć, że z obu tych przepisów można wyinterpretować odrębne normy programowe, to wobec ich treści należałoby uznać, że norma z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP jako *lex specialis* deroguje (w odniesieniu do określonych w niej podmiotów) ogólną zasadę z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Z drugiej strony trzeba mieć na uwadze, że równość dostępu, o której mowa w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, musi uwzględniać zróżnicowaną sytuację prawną i faktyczną podmiotów. Wydaje się zatem, że uzasadniona jest teza, zgodnie z którą przepis art. 68 ust. 3 Konstytucji RP nie statuuje odrębnej normy programowej, mogącej konkurować z tą wyinterpretowaną z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, ale jest jej dopełnieniem i uszczegółowieniem. Konstytucja RP nakłada na władze publiczne obowiązek stworzenia systemu opieki zdrowotnej, który gwarantowałby obywatelom równy dostęp do świadczeń, a jednocześnie zapewniał szczególną opiekę zdrowotną dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

8.

Omawiając charakter prawny art. 68 ust. 2 Konstytucji RP jako normy programowej, należy przytoczyć także wypowiedź Bogusława Banaszaka, którego zdaniem w przepisie tym wyraźnie określono cel działania władz publicznych, przy czym norma, w której to uczyniono, ma charakter gwarancyjny, a nie programowy [1]. Na władzach publicznych spoczywa obowiązek stworzenia odpowiednich służb (instytucji) umożliwiających zapobieganie chorobom, a w razie ich wystąpienia – stworzenie odpowiednich warunków do ich zwalczania i leczenia. Potwierdzając zatem normatywny charakter omawianego obowiązku Banaszak odrzucał konstrukcję normy programowej na rzecz normy gwarancyjnej [1] i stwierdzał, iż ze statuowanego w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP obowiązku władzy publicznej nie można wyprowadzać żadnych praw podmiotowych [1].

Warto też przytoczyć tu stanowisko Jana Jończyka, który zauważał, że przepis art. 68 ust. 2 Konstytucji RP statuuje w istocie rzeczy zakaz różnicowania obywateli według kryterium sytuacji materialnej, nie jest natomiast uprawnieniem świadczeniobiorców [12]. Stanowisko takie (choć

w bezpośrednim odniesieniu do art. 68 ust. 3 Konstytucji RP) zajął także Trybunał Konstytucyjny. W wyroku z dnia 22 lipca 2008 r. (sygn. K24/07) Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że przepis ten stanowi podstawę do rekonstrukcji normy klasyfikowanej jako programowa, a nie określa praw przysługujących bezpośrednio obywatelowi i nie może stanowić podstawy indywidualnego dochodzenia roszczeń ani być uznawany za źródło konstytucyjnych praw podmiotowych. Trybunał wskazał przy tym, że ten kierunek rozumowania znajduje potwierdzenie również w przebiegu dyskusji twórców Konstytucji RP.

Podsumowując, należy stwierdzić, że przepis art. 68 ust. 2 (w związku z art. 68 ust. 3 i art. 8 ust. 2) Konstytucji RP ma niewątpliwie charakter normatywny. Wydaje się przy tym, że można z niego wyinterpretować normę gwarancyjną – nakładającą na władze publiczne obowiązek skonstruowania systemu opieki zdrowotnej z jednej strony realizującego zasadę równości dostępu, z drugiej zaś gwarantującego wybranym podmiotom szczególną opiekę ze względu na niedookreślone prawnie, powiązane z aksjologią oraz zmieniającą się rzeczywistością społeczną kryterium równości dostępu. O normie gwarancyjnej można mówić z punktu widzenia treści przepisu (nałożenie określonego obowiązku na władze publiczne), natomiast o normie programowej – z punktu widzenia treści nałożonego obowiązku.

Należy także zaznaczyć, że Leszek Bosek i Mikołaj Wild wskazują, że umiejscowienie przepisu art. 68 ust.1 w schemacie redakcyjnym Konstytucji RP pozwala traktować prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne chronione skargą konstytucyjną [2].

9.

Trzeba zwrócić uwagę, że pojęcie „zasada prawa” jest wieloznaczne, a ponieważ przedmiot opracowania stanowi zasada równego dostępu, która będzie często zestawiana z innymi zasadami, należy krótko odnieść się do uwag teoretyków prawa dotyczących wspomnianego terminu. Tymczasem pojęcie „zasady prawa” przyjęte w polskiej doktrynie teorii prawa odnosi się nie do oceny ich struktury wewnętrznej, ale do ich szczególnej roli w systemie prawnym. Zasady prawa wyróżniane są nie z uwagi na budowę, ale funkcję i znaczenie dla danej gałęzi prawa, chodzi zatem o szczególną doniosłość wyrażonej w takiej zasadzie wypowiedzi dyrektywnej.

W pracy „Zasady prawa. Zagadnienia podstawowe” S. Wronkowska, M. Zieliński i Z. Ziemiński wskazywali, że termin „zasada prawa” może być używany zarówno na określenie typu ukształtowania jakiejś instytucji prawnej (podstawowe znaczenie opisowe), jak i w znaczeniu dyrektywy postępowania, przy czym dyrektywa ta może mieć charakter ścisły lub jedynie postulatywny [27]. Omawiając zagadnienie zasad w ścisłym znaczeniu wymienieni autorzy przywoływali opinię Jerzego Wróblewskiego, który uznawał je za normy danego systemu prawa pozytywnego posiadające charakter zasadniczy. Owa zasadniczość przypisywana jest danej normie

Omawiając zagadnienie interpretacji przepisów prawa jako zasad prawa, S. Wronkowska, M. Zieliński i Z. Ziemiński podkreślali inną okoliczność istotną w kontekście analizowanej relacji art. 68 ust. 2 i art. 68 ust. 3 Konstytucji RP. Jak już wspomniano, z jednej strony oba te przepisy należy interpretować łącznie, jako jedną normę kompetencyjną skierowaną do ustawodawcy zwykłego. Z drugiej strony w tytule opracowania i jego treści jest mowa o „zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”, a to sformułowanie odnosi się do treści art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. W związku z tym należy zwrócić uwagę na wypowiedź cytowanych autorów, którzy stwierdzali, że przepisy formułujące wyjątki powinny być traktowane jak przepisy uadekwatniające merytorycznie dyrektywę wysłowioną w przepisie przewodnim. Dalej wskazywali oni, że wyróżnianie najpierw ogólnie sformułowanych zasad prawa, a następnie dopiero wyjątków od nich – podporządkowane jest wyraźnie praktycznym celom formułowania tych zasad [27].

Co do zasad dyrektywalnych, dotyczących praw socjalno-ekonomicznych, S. Wronkowska, M. Zieliński i Z. Ziemiński wskazywali, że chodzi w tym przypadku także o normy nakazujące podjęcie przez organy państwa działań zmierzających do spowodowania takiego stanu rzeczy, w którym określone dobra (np. opieka zdrowotna) byłyby powszechnie dostępne. Podkreślali w tym kontekście także znaczenie zasad ogólnych (dotyczących sytuacji prawnej członków społeczeństwa) oraz zasad o charakterze formalnym, kształtujących sytuację prawną jednostek. Wskazywali następnie, że ze względu na te zasady nie powstają dla obywateli określone prawa, ale realizacja tych zasad powinna stwarzać sytuację równego traktowania obywateli. Cytowani autorzy stwierdzali wreszcie, że przez zasady prawa odnoszące się do statuowanych w ustawie zasadniczej praw socjalnych można rozumieć odtworzone na podsta-

wie przepisów Konstytucji normy prawne adresowane do organów państwa i wyznaczające im obowiązki określonych zachowań, choćby tylko przez wskazanie celów, które prawodawca zamierza osiągnąć. Obowiązki te mogłyby dotyczyć m.in. działalności prawotwórczej organów państwa, w tym określać nakazy ustanowienia norm takiej treści, aby zobowiązywały poszczególne podmioty do świadczeń na rzecz jednostki i norm gwarantujących jednostce realizację tych świadczeń. Ze zwrotem „zasada prawa” należałoby zatem powiązać normy ogólniejsze od innych oraz nadrzędne wobec innych w tym znaczeniu, że sformułowane w akcie prawnym najwyższej rangi, stanowiące podstawę kompetencyjną dla innych norm i wyznaczające kierunek prawotwórczej działalności państwa.

10.

W świetle tych uwag należy uznać, że z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP wynika podstawowa dla konstrukcji systemu opieki zdrowotnej zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Z przepisu tego można bowiem wyinterpretować normę kompetencyjną, adresowaną do władzy ustawodawczej i nakazującą skonstruować taki system opieki zdrowotnej, który uwzględnia jako podstawową dyrektywę równość dostępu, a jednocześnie, z uwagi na treść art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, przewiduje uprzywilejowanie niektórych podmiotów. Obowiązek nałożony na władze publiczne nie może być natomiast wykładany w kierunku publicznego prawa podmiotowego, które przysługuje obywatelom. Niemniej z obowiązku tego wynika refleksja prawa przedmiotowego oznaczająca zakaz tworzenia takiej regulacji prawnej, która w nieuzasadniony sposób różnicowałaby dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w zależności od sytuacji materialnej obywateli, przez co rozumieć należy przede wszystkim wprowadzanie nieusprawiedliwionych barier finansowych dotyczących dostępu do świadczeń. Art. 68 ust. 2 Konstytucji RP musi być interpretowany w kontekście zarówno zasad konstytucyjnych, jak również umiejscowienia i usytuowania w ogólnej klasyfikacji praw i wolności określonych w Konstytucji RP.

Jednocześnie należy podkreślić, że niezwykle ważnym zagadnieniem pozostaje kwestia wchodzenia zakresów przedmiotów praw człowieka (mającymi zawartość aksjonormatywną) z innymi prawami człowieka albo wartościami natury moralnej [6]. Jak słusznie wskazała A. Mokrzy-

ka „Zdrowie (...) to także kategoria ściśle związana z takimi pojęciami i relacjami, jak prawa człowieka, prawa konstytucyjne, polityka socjalna, współczesna rola, funkcje i zadania państwa oraz jego instytucji, odpowiedzialność publiczna i prywatna, zarządzanie sferą publiczną, wzrost gospodarczy, zdrowie populacji a postęp, koszty i korzyści systemowe, rozwój nauki i technologii” [15].

Na zakończenie należy przytoczyć analizę przeprowadzoną przez Trybunał Konstytucyjny: „Treść art. 68 ust. 2 Konstytucji nie przeczy wyrażonemu wcześniej pogładowi o względnej swobodzie ustawodawcy w zakresie kształtowania modelu systemu ochrony zdrowia. Powierzchny byłyby w szczególności wnioski, że powołany przepis zakłada konieczność funkcjonowania w ramach ogółu świadczeniodawców pionu tzw. publicznej służby zdrowia albo że – idąc dalej – jest to argument na rzecz całkowicie budżetowego modelu tegoż systemu. Wyrażna jest jedynie wola ustrojodawcy niedopuszczenia do wykreowania całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia (tzw. samofinansowanie). W pozostałym zakresie ustawodawca zwykły, realizując własne cele polityczne i społeczne, może swobodnie kształtować określony model ochrony zdrowia.

Konieczne jest jednak uwzględnienie dyrektyw wynikających z rozpatrywanych łącznie norm art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji: system ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące jego komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości” (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 roku (sygn. akt K 14/03, Dz.U. z 2004 roku, poz. 37, teza 4.3).

Bibliografia

1. Banaszak B., *Konstytucja RP. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 409–410.
2. Bosek L., Wild M., *Kontrola konstytucyjności prawa*, Warszawa, 2014, s. 397–399.
3. Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005, s. 74.
4. Działocha K., *Równość wobec prawa w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego w Polsce*, [w:] *Zasada równości w orzecznictwie trybunałów konstytucyjnych*, red. L. Garlicki, J. Trzciniński, Wrocław 1990.

5. Działocha K., *Zasada bezpośredniego stosowania konstytucji w dziedzinie wolności i praw obywateli*, [w:] *Obywatel – jego wolności i prawa. Zbiór studiów przygotowanych z okazji 10-lecia urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich*, oprac. B. Oliwa-Radzikowska, Łódź 1998.
6. Freeman M., *Prawa człowieka*, Warszawa 2007, s. 85–88.
7. Garlicki L., *Normatywna wartość ustawy zasadniczej*, [w:] *Konstytucyjne podstawy systemu prawa*, red. M. Wyrzykowski, Warszawa 2001.
8. Garlicki L., *Wolności i prawa jednostki w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku. Bilans pięciu lat*, [w:] *Pięć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Materiały z konferencji na Zamku Królewskim w Warszawie, 17 października 2002*, red. H. Jerzmański Warszawa 2002.
9. Gizbert-Studnicki T., *Zasady i reguły prawne*, „Państwo i Prawo” 1988, z. 3.
10. Gizbert-Studnicki T., Grabowski A., *Normy programowe w konstytucji*, [w:] *Charakter i struktura norm Konstytucji*, red. J. Trzciniński, Warszawa 1997.
11. Grabowski R., *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Rzeszów 2006, s. 207.
12. Jończyk J., *Ochrona zdrowia*, „Państwo i Prawo” 2007, z. 2.
13. *Komentarz do art. 68 Konstytucji w „Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. III, red. L. Garlicki, Warszawa 2003.
14. Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011.
15. Mokrzycka A., *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia?*, Kraków 2014.
16. Oniszczyk J., *Wolności i prawa socjalne oraz orzecznictwo konstytucyjne*, Warszawa 2005, s. 285–286.
17. Sadurski W., *Teoria sprawiedliwości. Podstawowe zagadnienia*, Warszawa 1988,
18. Sarnecki P., *Normy programowe w Konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003.
19. Szurgacz H., *Zagadnienie przekazywania przez państwo zadań w zakresie zabezpieczenia społecznego podmiotom niepublicznym*, [w:] *Konstytucyjne problemy prawa pracy i zabezpieczenia społecznego. Referaty na XV Zjazd Katedr i Zakładów Prawa Pracy i Ubezpieczeń Społecznych, Wrocław 1–2 czerwca 2005 r.*, red. H. Szurgacz, Wrocław 2005.
20. Trzciniński J., *Konstytucyjne prawo do zdrowia na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003.

21. Trzcíński J., *Naruszenie konstytucyjnych wolności lub praw jako podstawa skargi konstytucyjnej*, [w:] *Zgromadzenie ogólne Sędziów Trybunału Konstytucyjnego 10 marca 1999 roku*, oprac. Gabinet Prezesa TK, Warszawa 1999.
22. Tuleja P., *Normatywna treść praw jednostki w ustawach konstytucyjnych RP*, Warszawa 1997.
23. Urbaniak M., *Konstytucyjna zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej a jej ustawowa realizacja w prawie polskim. Wybrane problemy*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2013, nr 3 (15), s. 82–83.
24. Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000.
25. Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.
26. Włodarczyk W.C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Kraków 1998.
27. Wronkowska S., Zieliński M., Ziemiński Z., *Zasady prawa. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1974.
28. Wronkowska S., Ziemiński Z., *O aspekcie normatywnym ustawy zasadniczej PRL*, „Państwo i Prawo” 1988, z. 7, s. 28–36.
29. Zieliński M., *Konstytucyjne zasady prawa*, [w:] *Charakter i struktura norm Konstytucji*, red. J. Trzcíński, Warszawa 1997.
30. Ziemiński Z., *O pojmowaniu sprawiedliwości*, Lublin 1992.
31. Ziemiński Z., *Sprawiedliwość społeczna jako pojęcie prawne*, Warszawa 1996.

Agnieszka Włodarczyk, Anna Goździalska

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Komunikowanie się pielęgniarki z pacjentem w warunkach szpitalnych

Streszczenie

Sposób komunikowania się pielęgniarki z pacjentem przebywającym w warunkach szpitalnych ma bardzo duże znaczenie. Komunikowanie się wpływa na przebieg dalszych relacji z personelem medycznym, opiekującym się danym pacjentem w określonym czasie jego życia, choroby i kalectwa. Forma komunikacji jest związana nierozłącznie z towarzyszącym choremu poczuciem lęku i cierpieniem. Celem pracy jest zbadanie poziomu wiedzy i postaw personelu pielęgniarskiego związanych z elementami komunikacji interpersonalnej w relacjach z pacjentem hospitalizowanym, oraz czynników wpływających na jej skuteczność.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety autorstwa własnego. Zmienne jakościowe opisywano za pomocą częstości wystąpień poszczególnych wartości oraz rozkładu procentowego. Zmienne ilościowe w analizowanej ankiecie nie pojawiły się. Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego R 3.1.2 (IBM)

Z przeprowadzonych badań wynika, że w znacznej mierze personel pielęgniarski jest świadomy wpływu sposobu komunikowania się z pacjentem hospitalizowanym na jego postawę i zachowanie się, choć nie wszyscy o tym wiedzą, a dla wielu osób jest to nieistotne. W badanej grupie zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy występują problemy związane z prawidłowym komunikowaniem się w relacjach z pacjentem w warunkach szpitalnych, na co wpływ ma wiele różnorodnych czynników, wynikających między innymi z braku znajomości podstawowych zasad skutecznego komunikowania się.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, pacjent, komunikowanie się

Nurses's skills in communication with hospitalised patients

Abstract

The way the nurse and patient communicate is of vital importance. Communication has a great impact on further relationship between the patient and medical staff that takes care during the patient's life, illness and lameness. The method of communication is connected with the patient's fear and pain.

The aim of this thesis is to examine the nurses' knowledge and attitudes in terms of interpersonal communication with the patient and factors that have impact on its effectiveness.

Research was conducted using the diagnostic survey in which self-created survey technique was applied. Qualitative variables were described using frequency of occurrence of particular values and percentage distribution. Quantitative variables did not occur. Statistical analysis was made using statistical package R 3.1.2. (IBM).

The research showed that nurse-patient communication problems occur in the group of female nurses as well as male nurses that underwent the test. The problems are caused by different factors proceeding from lack of knowledge of effective communication methods and from medical condition of the patient and their attitude as addressee and recipient of the message which is vital in the process of nursing, diagnosing, treatment and rehabilitation.

Key words: nurse, patient, communication

Wprowadzenie

Sposób komunikowania się pielęgniarki z pacjentem przebywającym w warunkach szpitalnych ma wpływ na przebieg dalszych relacji z personelem medycznym, opiekującym się nim w określonym czasie jego życia, choroby i kalectwa, a także w jego starości. Forma komunikacji powinna być powiązana z towarzyszącym choremu poczuciem lęku i cierpieniem. Uwzględnić należy ogólny stan osoby chorej, stopień jej niepełnosprawności a także odrębności obyczajowo-wyznaniowe i językowe. Rozmowa z pacjentem nie ogranicza się jedynie do otrzymania informacji związanych z sytuacją zdrowotną, będącą przyczyną hospitalizacji.

Odpowiednie podejście do pacjenta, wysyłanie właściwych komunikatów werbalnych i niewerbalnych daje mu poczucie świadomego decydowania o sobie samym. Nawiązanie kontaktu i podtrzymanie dobrych relacji pielęgniarki z pacjentem w trakcie pobytu w szpitalu opiera się na całościowym podejściu do chorego z uwzględnieniem aspektów biologicznych, psychicznych i społecznych, a także relacji i więzi z jego krewnymi. Często to właśnie pierwszy kontakt z pacjentem rzutuje na jego nastawienie do rodzaju udzielanych świadczeń medycznych i opieki. To pierwsze spotkanie wpływa na jego zaangażowanie się w proces leczenia, rehabilitacji, samoopieki i współpracy z członkami zespołu terapeutycznego, a także z rodziną, oraz oddziałuje na obecny stan zdrowia.

Istotne jest, unikanie sporów, prowokujących, kontrowersyjnych postaw, działań i wypowiedzi, nie przejawianie lęku i zdenerwowania, panowanie nad emocjami, zagwarantowanie pacjentowi świadczeń prowadzących do zachowania bezpieczeństwa jemu samemu i wszystkim pozostałym uczestnikom procedury, oraz chęci udzielania pomocy i nietolerowaniu agresywnych zachowań [1].

Zgodnie z respektowanymi prawami pacjenta każdy niezależnie od wyznania pochodzenia, statusu społecznego i majątkowego ma prawo do poszanowania wyznawanych wartości moralnych, kulturowych i religijnych, oraz do kontaktu z przedstawicielami swego wyznania podczas pobytu w szpitalu i sprawowania praktyk religijnych. Postawa pielęgniarki powinna być pełna otwartości, zrozumienia, elastyczności i braku uprzedzeń, a także empatii, życzliwości i tolerancji, a niejednokrotnie i cierpliwości [2].

Często pacjent nie informuje o wszystkich swoich potrzebach i pragnieniach, nawet tych najistotniejszych dla niego w danej chwili z obawy że zostaną one zlekceważone i uznane za zbyt błahe i bezsensowne lub z powodu krępowania się [1, 3].

Istotne jest zawsze pierwsze wrażenie, stanowiące o przychylności w decydującej rozmowie, emanowanie pozytywnych emocji ułatwiających porozumiewanie się; bywa też wręcz odwrotnie, kiedy ustawia się przeszkodę, którą jest niekorzystny wizerunek zewnętrzny i stan higieny osobistej. Na rozpoczęcie, podtrzymanie lub kończenie wzajemnych relacji ma wpływ uśmiech w formie pozawerbalnej o znaczeniu od wstydliwego przez przyjemny, przychylny, życzliwy, zniewalający i zachęcający, do ironicznego, drwiącego, kpiącego, prześmiewczego, sugerującego lekceważenie i złośliwego lub nerwowego [4].

Pielęgniarka empatyczna łatwiej porozumiewa się z pacjentami, swobodniej wyraża swoje odczucia, zezwala na otwarte komunikowanie się, umie stworzyć ciepłą opartą na wzajemnym zaufaniu atmosferę. Niekiedy jednak empatia nie ma tak pozytywnego działania np. empatyczne zachowanie związane z uchylaniem się od informacji dotyczących cierpienia oraz tendencja do uspokajania samego siebie [5].

Zrozumienie przez pielęgniarkę stanu fizycznego i emocjonalnego człowieka chorego jest pomocne w nawiązaniu relacji z pacjentem w trakcie procesu leczenia, w dążeniu do osiągnięcia przez niego zdrowia, sprawności czy ratowania życia [4].

Na autentyczność identyfikowania się z etycznym ideałem wykonywanego zawodu wywierają wpływ dobre relacje z pacjentem, relacje niosące satysfakcję z jakości własnej pracy i rozwoju zawodowego, przekładające się na rozwój swej osobowości [6].

Cel pracy

Celem pracy jest zbadanie poziomu wiedzy i postaw personelu pielęgniarskiego związanych z elementami komunikacji interpersonalnej w relacjach z pacjentem hospitalizowanym, oraz czynników wpływających na jej skuteczność.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety autorstwa własnego. Grupę badaną stanowiły pielęgniarki i pielęgniarze ($n=100$) w trakcie kształcenia na pierwszym i drugim roku studiów niestacjonarnych drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Spośród badanych 58% miało tytuł licencjata pielęgniarstwa, 20% ukończyło studia pomostowe, 17% liceum medyczne, 11% studia magisterskie, a 6% studium medyczne. 92% respondentów było płci żeńskiej, 8% męskiej. Średni staż pracy wynosił 14,4 lat ($SD=9,72$) i wahał się od pół roku do 38 lat. Mediana wynosiła 14,5 roku. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 5,62 i 14,4 lat. Oznacza to, że typowy staż pracy w ankietowanej grupie to od 5,62 do 14,4 lat. 22% respondentów pracowało na SOR-ze, 9 ankietowanych (9%) w izbie przyjęć, 8 ankietowanych (8%) na OAiT, pozostałe 61 osób (61%) na różnych oddziałach szpitalnych.

Wyniki

Dla 52% respondentów aktualne miejsce pracy jest jednocześnie pierwszym, a dla 48% kolejnym miejscem pracy. 43% pracuje w więcej niż jednej palcówce służby zdrowia. 34% raczej zgadza się z twierdzeniem, że ukończona szkoła pielęgniarstwa przekazała podstawy wiedzy i umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej, porozumiewania się z pacjentem hospitalizowanym. 27%) raczej się nie zgadza, 19% zgadza się, 15% nie zgadza się, a 5% nie pamięta, czy taka wiedza została przekazana.

45% respondentów swój poziom wiedzy teoretycznej dotyczącej elementów komunikacji interpersonalnej, porozumiewania się z pacjentem hospitalizowanym ocenia jako dobry, 28% jako średni, 13% jako bardzo

dobry, 11% jako niewystarczający, a 3% przyznaje, że nie ma żadnej wiedzy w tym zakresie.

53% poziom swoich umiejętności praktycznych dotyczących elementów komunikacji interpersonalnej, porozumiewania się z pacjentem hospitalizowanym ocenia jako dobry, 23% jako średni, 15% jako bardzo dobry, 8% jako niewystarczający, a 1% przyznaje, że nie ma żadnych umiejętności praktycznych w tym zakresie.

Spśród respondentów 55% nie uczestniczyło, 35% uczestniczyło, a 10% nie pamięta, czy uczestniczyło w szkoleniu z zakresu elementów komunikowania interpersonalnego, porozumiewania się z pacjentem hospitalizowanym. 72% chciałoby wziąć udział w szkoleniu na temat elementów komunikacji interpersonalnej, porozumiewania się z pacjentem hospitalizowanym, 15% weźmie w nim udział, jeżeli będzie tego wymagał pracodawca, 9% nie chce uczestniczyć w takim szkoleniu, a 4 ankietowanych (4%) uważa, że nie jest to konieczne.

Aż 85% respondentów wśród najczęstszych przyczyn nieskutecznej komunikacji interpersonalnej z pacjentem związanej z jego pobytem w szpitalu wymienia przeciążenie obowiązkami personelu pielęgniarskiego, 67% negatywny stosunek do służby zdrowia, 58% zbyt wygórowane oczekiwania pacjenta i jego rodziny, 44% brak zaangażowania i inicjatywy ze strony pacjenta, 40% niski poziom umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej z pacjentem, a 22% brak zaangażowania personelu pielęgniarskiego.

Średnio, maksymalna liczba pacjentów na oddziale wynosiła 29,61 osób (SD=14,12) i wahała się od 5 do 64 osób. Mediana wynosiła 30 osób, a więc połowa ankietowanych pracowała na oddziałach mniejszych, a połowa na większych niż 30-osobowe. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 20,25 i 40 osób, a więc typowa wielkość oddziału to pomiędzy 20, 25 a 40 pacjentów. W powyższych obliczeniach nie uwzględniono oddziałów niemających przypisanej maksymalnej liczby pacjentów (SOR, izba przyjęć, pogotowie ratunkowe, blok operacyjny), mimo że niektórzy ankietowani pracujący na takich oddziałach podawali ich maksymalną „pojemność” (np. część pracowników SOR wpisywała odpowiedź „100”, a pracownicy pogotowia ratunkowego często dawali odpowiedź, że zajmują się na raz jednym pacjentem).

Średnio, 12-godzinny dyżur dzienny pełniło 3,88 osoby (SD=2,31). Obsada dyżuru wahała się od 1 do 17 osób. Mediana wynosiła 3 osoby, a więc w połowie przypadków dyżur pełniło mniej, a w połowie więcej

niż 3 osoby. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 2 i 5 osób, co oznacza, że typowa obsada dyżuru to pomiędzy 2 a 5 osób. Przeciętnie na dyżurze jeden pracownik personelu pielęgniarskiego przypadał na 11,81 pacjenta. Średnio, trwający 7 godzin i 35 minut dyżur dzienny pełniło 3,23 osoby ($SD=1,91$). Obsada dyżuru wahała się od 1 do 8 osób. Mediana wynosiła 2 osoby, a więc w połowie przypadków dyżur pełniło mniej, a w połowie więcej niż 2 osoby. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 2 i 4 osoby, a więc typowa obsada dyżuru to pomiędzy 2 a 4 osoby. Przeciętnie na dyżurze jeden pracownik personelu pielęgniarskiego przypadał na 12,29 pacjenta. Średnio, 12-godzinny dyżur nocny pełniło 3,49 osoby ($SD=2,11$).

Obsada dyżuru wahała się od 1 do 17 osób. Mediana wynosiła 3 osoby, a więc w połowie przypadków dyżur pełniło mniej, a w połowie więcej niż 3 osoby. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 2 i 5 osób, a więc typowa obsada dyżuru to pomiędzy 2 a 5 osób. Przeciętnie na dyżurze jeden pracownik personelu pielęgniarskiego przypadał na 13,08 pacjenta.

Tylko 46% respondentów zna język angielski, 23% rosyjski, 14% niemiecki, po 4% włoski i/ lub francuski. Aż 90% badanych nie posługuje się językiem migowym, i aż 98% nie zna alfabetu Braille'a.

Istotne jest również, że 53% respondentów ma nieznaczną wiedzę na temat obyczajów kulturowych poszczególnych grup etnicznych i ich obrzędów religijnych, 30% nie zna ich obyczajów i obrzędów; tylko 36% zna metody pozawerbalnego porozumiewania się z pacjentem, u 22 ankietowanych (22%) jest to spontaniczne, również 22 ankietowanych (22%) twierdzi, że wynika to z kontekstu rozmowy i okoliczności, 19 ankietowanych (19%) przyznaje, że nie zna metod pozawerbalnego porozumiewania się z pacjentem, a jeden ankietowany (1%) nie udzielił odpowiedzi na to pytanie.

Spośród badanych 43% zdarzyła się sytuacja, że nie udało się nawiązać kontaktu z pacjentem, 21% zdarza się to sporadycznie, 15% taka sytuacja się nie zdarzyła, 11% zdarza się często. 58% zdarzyło się, że komunikat przekazany pacjentowi został przez niego nieprawidłowo zinterpretowany, 12% twierdzi, że pacjent nie sygnalizował wątpliwości, 11% taka sytuacja się nie zdarzyła.

Aż 56% badanych znalazło się w sytuacji, że ich komunikat przekazany pacjentowi był sprzeczny z komunikatem przekazanym przez inną pielęgniarkę lub osobę z personelu, 30% nie wie, czy taka sytuacja miała miejsce, 14% się to nie zdarzyło.

Aż 52% ankietowanych nie ma wsparcia psychologa podczas rozmowy z pacjentem „trudnym”, 42% może takie wsparcie uzyskać, 6% nie wie, czy może takie wsparcie uzyskać. 57% uważa się za osobę asertywną, 23% przeciwnie, 16% nie wie, czy są asertywni, 4% nie zna znaczenia pojęcia asertywność.

Spośród badanych 83% uważa, że sposób, w jaki prowadzona jest rozmowa z pacjentem ma wpływ na jego postawę i zachowanie, 8% nie wie, czy tak jest, 9% uważa, że jest to nieistotne. 88% respondentów zna prawa pacjenta i zasady kodeksu etyki zawodowej pielęgniarek, 7% nie pamięta ich treści, 4% ich nie zna, a 1% nie udzielił odpowiedzi na to pytanie.

W przeprowadzonym badaniu 79% ankietowanych kieruje się w swej pracy zawodowej empatią, 13% nie kieruje się empatią, 6% nie wie, co to pojęcie znaczy, a dwóch ankietowanych 2% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Okazało się, że 40% nie zgadza się ze stwierdzeniem, że nawiązywanie wzajemnej relacji pielęgniarki z dzieckiem autystycznym polega na odzwierciedleniu jego zachowania, 38% zgadza się z tą opinią, 18% uważa, że nie ma to istotnego znaczenia, a 4% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Aż 84% ankietowanych uważa, że nawiązywanie kontaktu wzrokowego podczas wzajemnych relacji pielęgniarki z pacjentem hospitalizowanym sprzyja ich skutecznej komunikacji, 13% uważa, że zależy to od sytuacji i okoliczności, 2% uważa, że nawiązywanie kontaktu wzrokowego podczas wzajemnych relacji pielęgniarki z pacjentem hospitalizowanym nie sprzyja ich skutecznej komunikacji, a jeden ankietowany (1%) nie udzielił odpowiedzi na to pytanie.

Tylko 37% respondentów uważa, że podczas rozmowy z pacjentem pobudzonym pielęgniarka i pacjent powinni przyjąć pozycję siedzącą, 30% uważa, że pacjent powinien siedzieć, a pielęgniarka może siedzieć lub stać, w zależności od okoliczności, 17% nie zgadza się z opinią, że podczas rozmowy z pacjentem pobudzonym pielęgniarka i pacjent powinni przyjąć pozycję siedzącą, 15% uważa, że nie ma to istotnego znaczenia, a 1% nie udzielił odpowiedzi na to pytanie.

W sytuacji, gdy pacjent nieprzytomny, sztucznie wentylowany za pomocą respiratora i monitorowany, podczas rozmowy w jego obecności wykazuje tendencje do tachykardii, zaczyna „kłócić się z respiratorem”, może to mieć związek z obecnością i rozmową w jego pobliżu, 62% ankietowanych uważa to za prawdziwe, 22% uważa, że taka reakcja pacjenta

wynika z jego stanu zdrowia, 12% uważa, że nie ma to istotnego znaczenia, 4% uważa, że te dwie rzeczy nie mają związku.

Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika, że w znacznej mierze personel pielęgniarski jest świadomy wpływu sposobu komunikowania się z pacjentem hospitalizowanym na jego postawę i zachowanie się, choć nie wszyscy o tym wiedzą, a zdaniem kilku osób jest to nieistotne. Według pielęgniarek i pielęgniarzy ukończona szkoła pielęgniarska raczej przekazała podstawy wiedzy i umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej, porozumiewania się z pacjentem hospitalizowanym; jedynie kilka osób tego nie pamięta. Swoją wiedzę teoretyczną oraz umiejętności praktyczne dotyczące elementów komunikacji interpersonalnej, porozumiewania się z pacjentem hospitalizowanym oceniają w zasadzie na poziomie dobrym, ale i też średnim, niewielu ankietowanych na poziomie bardzo dobrym, czy niewystarczającym, są też osoby deklarujące ich brak.

Respondenci znają języki obce, głównie angielski, rosyjski, niemiecki, włoski, francuski, przeważnie w stopniu podstawowym, średnio zaawansowanym i zaawansowanym. Natomiast połowa spośród 100 ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy nie posługuje się żadnym językiem obcym; przeważająca większość z nich nie używa języka migowego, a prawie wszyscy nie znają alfabetu Braille'a.

W większości ankietowani znają obyczaje kulturowe grup etnicznych i ich obrzędy religijne lub mają nieznaczną wiedzę na ten temat. Metody porozumiewania się z pacjentem są im głównie znane, choć dla niektórych z nich wynikają one z kontekstu prowadzonej rozmowy lub są spontaniczne. Nie wszyscy są asertywni, niektórzy nie wiedzą, lub nie znają znaczenia tego pojęcia, przede wszystkim w swej pracy zawodowej kierują się empatią, choć nie dla wszystkich jest znane to pojęcie. W większości nie uczestniczyli w szkoleniu z zakresu komunikowania interpersonalnego, porozumiewania się z pacjentem hospitalizowanym, a niektórzy nie pamiętają, ale wyrażają chęć uczestnictwa w takim szkoleniu. Ich zdaniem dostępność do szkoleń z zakresu komunikacji interpersonalnej, porozumiewania się z pacjentem hospitalizowanym jest niewystarczająca.

Problemy związane z elementami komunikacji interpersonalnej w relacjach pielęgniarki z pacjentem hospitalizowanym występują raczej

sporadycznie niektórzy nie mają z nimi żadnych kłopotów. Zdarzały się sytuacje, że nie udało się nawiązać kontaktu z pacjentem, niekiedy uzyskana odpowiedź nie była związana z pytaniem, zdarzały się też sytuacje, że komunikat przekazany pacjentowi został przez niego nieprawidłowo zinterpretowany.

Niestety często informacje przekazywane pacjentowi są sprzeczne z komunikatami przekazywanymi przez inną pielęgniarkę/osobę z personelu, choć i co do tego nie zawsze jest pewność. Spostrzeżenia te znajdują odzwierciedlenie w piśmiennictwie. Na podstawie opublikowanych wyników badań, przeprowadzonych przez Tarczyńską i Leszkiewicz [7], dotyczących komunikacji interpersonalnej w relacjach pielęgniarki z pacjentem, w których badaną grupę stanowiło 50 pielęgniarek i 50 pacjentów, uzyskane dane wykazały, że trudności w porozumiewaniu się personelu pielęgniarskiego związane są przede wszystkim z niewystarczającą ilością czasu i przeciążeniem obowiązkami. Opinię tę wyrazili poddani badaniu pacjenci [7]. Według nich pielęgniarki rozmawiają głównie w trakcie czynności i zabiegów wykonywanych przy chorych, którzy deklarują konieczność komunikowania się z innymi osobami, a relacji z pielęgniarką nie chcą ograniczać jedynie do rozmów dotyczących ich stanu zdrowia.

Natomiast badania wspomnianej grupy pielęgniarek [7] wykazały, że mimo zapewnień posługiwania się przez nie technikami komunikacyjnymi, pielęgniarki nie korzystają z nich z powodu ich nieznamomości. 80% z nich nie potrafiło określić znaczenia terapeutycznej komunikacji, chociaż 70% podawało odpowiedź o zastosowaniu jej w relacjach z pacjentem. Zbadana grupa pielęgniarek wykazała chęć uczestniczenia w szkoleniach obejmujących komunikowanie się, tym bardziej, że znaczna część z nich w ogóle nie brała w nich udziału do tej pory, również podczas nauki zawodu nie miała w programie nauczania wykładów związanych z tematem komunikowania się. Jedynie 5 ankietowanych pielęgniarek brało udział w tego typu szkoleniu, a 43 uznają za konieczne uczestniczenie w szkoleniach z zakresu komunikowania się. Zarówno zdaniem pacjentów, jak i pielęgniarek znaczący wpływ na wzajemne relacje ma uśmiechanie się, odpowiedni ton wypowiedzi, nawiązywanie relacji wzrokowej, stosowanie zrozumiałego słownictwa, oraz aktywne słuchanie, a sposób takiego komunikowania się z pacjentami zadeklarowała jedynie połowa spośród poddanych badaniu pielęgniarek. Właściwe i pożądane komunikowanie się pielęgniarki z pacjentem powoduje wzbudzenie w nim za-

ufania, zmniejszenie poziomu natężenia niekorzystnych emocji i doznań, oraz sprzyja współpracy [7].

Trudne sytuacje, jakie potrafią stwarzać pacjenci hospitalizowani w kontaktach z pielęgniarkami wynikają głównie z ich agresji, sytuacji w których bywają wulgarni i roszczeniowi, konfliktowi, nie stosują się do zaleceń personelu, łamią regulamin wewnętrzny szpitala, podejmują próby samowolnego oddalenia się ze szpitala, lub pozostają w charakterze zatrzymanych przez policję, lub są więźniami. Zdarza się, że pielęgniarki zostają znieważane przez swoich pacjentów, ich rodziny, lub znajomych.

Negatywne emocje pacjentów w trakcie pobytu szpitalu związane z ich niezadowoleniem wynikającym z niezaspokojonych oczekiwań co do jakości opieki i leczenia na oddziale lub próbą wymuszenia satysfakcjonujących działań i określonych postaw personelu wobec siebie, przejawiają się często dezaprobatą, frustracjami i zniecierpliwieniem, gdzie często trudno tu o porozumienie [8, 9].

Według uczestników przeprowadzonych badań, nawiązywanie wzajemnej relacji pielęgniarki z dzieckiem autystycznym nie polega na naśladowaniu jego zachowania, ale część z nich jest przekonanych, że polega, a dla nielicznych nie ma to istotnego znaczenia.

Aby pomóc dziecku w postrzeganiu pielęgniarki jako nie zagrażającej mu osoby pielęgniarka musi być świadoma, że przez niespójne i nieskoordynowane ruchy, niekiedy dziwne, nadawane są przez dziecko sygnały komunikujące strach, bezradność, niezrozumienie, czy odczuwanie (niekoniecznie realnego) zagrożenia i braku poczucia własnego bezpieczeństwa. Odzwierciedlając jego emocje, zrównując się z poziomem dziecka autystycznego, przekazywane są emocje i informacje o jego akceptacji i podobieństwie do niego. Polega to na tym, że na krzyk odpowiada się krzykiem, a na klaśnięcie klaśnięciem, przez co dziecko jest w stanie nas zauważyć i zrozumieć [10].

O zaletach nawiązywania kontaktu wzrokowego w nawiązywaniu skutecznej komunikacji podczas wzajemnych relacji pielęgniarki z pacjentem hospitalizowanym, przekonana jest większość osób, dla niektórych z nich zależność ta wynika z sytuacji i okoliczności.

Podczas rozmowy niezadowolenie z towarzystwa lub omawianego tematu przejawia się zależnie od tego, w jaki sposób rozmawiający spoglądają wzajemnie na siebie i czy w ogóle utrzymywany jest kontakt wzrokowy oraz jak długo trwa, gdyż próby jego unikania mogą sugerować

wać nudzenie się lub nieszczerłość i niezdecydowanie [4]. Nie można też akceptować agresywnego zachowania się pacjenta, pielęgniarka bowiem daje do zrozumienia pacjentowi, że oczekiwane i aprobowane jest zachowywanie się zgodne z obowiązującymi normami, ogólnie powszechnie aprobowanymi; unikać należy groźnej mimiki twarzy i gestykulacji oraz przedłużającego się kontaktu wzrokowego czy przekrzykiwania chorego i demonstrowania swej siły i przewagi nad nim [8, 9].

Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań można stwierdzić, że w badanej grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy występują problemy związane z prawidłowym komunikowaniem się z pacjentem w warunkach szpitalnych, na co wpływ ma wiele różnorodnych czynników, wynikających między innymi z braku znajomości podstawowych zasad skutecznego komunikowania się, a także związanych ze stanem zdrowia pacjenta i jego postawy jako odbiorcy i nadawcy komunikatów, co ma istotne znaczenie w procesie pielęgnowania, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji.

Badania przeprowadzone przez Tarczyńską i wsp. [7] wśród 60 pielęgniarek odnośnie ich moralnych i etycznych postaw w stosunku do osoby cierpiącej, pozwoliły sprecyzować, że poddane badaniu uczestniczki za najistotniejsze określiły bycie odpowiedzialną (56,67%), obowiązkową (50%), sumienną (46,67%), dobrą (45%), wytrwałą (45%), życzliwą (36,67%), empatyczną (36,67%). 53% spośród personelu pielęgniarskiego uznało, że posługiwanie się cnotami etycznymi podczas wykonywania obowiązków zawodowych wywiera pozytywny wpływ, co ma znaczenie.

Wymiarem doskonałości moralnej praktyki zawodowej pielęgniarki jest umiejętność podejmowania decyzji etycznych podpartych własną wiedzą etyczną, systemem wartości, doświadczeń życiowych, rozumowaniem i zdolnościami poznawczymi, wrażliwością moralnej natury i osobistym zmotywowaniem [11,12].

Podobne opinie pielęgniarek i pielęgniarzy uzyskano w niniejszym badaniu.

Badania przeprowadzone na grupie 100 pacjentów losowo dobranych, będących pacjentami oddziału chirurgii ogólnej przyjętymi do szpitala w trybie planowym w celu leczenia chirurgicznego wykazały, że oczekują oni od personelu pielęgniarskiego poza manualną zręcznością i sprawnością umiejętnego przekazywania medycznych informacji, pozostawania w gotowości do ich udzielania, oraz postawy uprzejmej, życzliwej i troskliwej [13].

Ponadto wyniki badań grupy obejmującej 115 rodziców hospitalizowanych noworodków na oddziałach patologii noworodków, związanych z zakresem oczekiwań rodziców względem personelu pielęgniarskiego pediatrycznego/neonatologicznego w 94% zwracają uwagę na troskliwość i kompetencje zawodowe, w 56,2 % oczekują gwarancji bezpieczeństwa dzieci czemu służyć mają udzielanie informacji i przeprowadzanie rozmów związanych z objawami i sytuacjami w trakcie hospitalizacji powodującymi niepokój rodziców [14].

Przeprowadzone przez Jakubik i wsp. [15] badania odnoszące się do roli pielęgniarki w adaptacji dziecka do szpitalnych warunków w zależności od jego wieku obejmują działania dotyczące zarówno dziecka, jak i jego rodziców. Odnoszą się one do rozmowy z rodzicami przygotowującej ich do hospitalizacji pacjenta, czynnego uczestnictwa podczas pielęgnacji i częstego kontaktu. Pomocne dla dziecka w procesie przystosowania się do realiów pobytu w szpitalu jest informowanie go i komunikacja z nim kształtujące właściwy wizerunek jego choroby. Indywidualne cechy osobowości i predyspozycje pielęgniarki opiekującej się dzieckiem są pomocne w inicjowaniu i utrzymywaniu relacji terapeutycznej, a związane są z autentycznością, otwartością, z poziomem wrażliwości oraz wysoką świadomością emocjonalną [15].

W odpowiedzi na pytania dotyczące komunikowania się z dzieckiem hospitalizowanym i jego rodziną, większość ankietowanych w niniejszych badaniach zgłaszała trudności wynikające z braku podstawowej wiedzy na temat komunikowania się.

Sytuacji, w której niezbędna staje się konieczność hospitalizacji noworodka ze względu na jego stan zdrowia, towarzyszą zazwyczaj gwałtowne, trudne do opanowania i niekiedy negatywne emocje ze strony rodziców związane z instynktem rodzicielskim, oraz chęcią bycia rodzicem dobrze rozwijającego się i nie chorującego dziecka [10,11].

Z analizy wyników badań własnych wynika, że 83 spośród 100 uczestników ankiety (83%) pracuje na oddziale, na którym są leczeni pacjenci przewlekle chorzy, 67 ankietowanych (67%) na oddziale, na którym są leczeni pacjenci z chorobami nowotworowymi, 65 ankietowanych (65%) na oddziale, na którym są leczeni pacjenci umierający, 61 ankietowanych (61%) na oddziale, na którym są leczeni pacjenci nieprzytomni, 59 ankietowanych (59%) na oddziale, na którym są leczeni pacjenci po zabiegach operacyjnych, 51 ankietowanych (51%) na oddziale, na którym są leczeni pacjenci sztucznie wentylowani, a 6 ankietowanych (6%) na oddziale, na którym nie są leczeni pacjenci z wymienionych grup.

Niezwykłe umiejętności w zakresie nawiązywania i podtrzymywania relacji interpersonalnych podczas rozmowy pielęgniarki z pacjentem stają się nieodzowne, wówczas gdy stan zdrowia chorego ulega pogorszeniu [3, 17].

W terminalnej fazie choroby wraz z krewnymi pacjenta, respektując oczekiwania i stany emocjonalne, podczas wspólnej pracy uwzględniane są wzajemne cele w związku z opieką nad chorym. Podczas procesu komunikowania się zaangażowane powinny być nie tylko osoby, lecz również całe grupy. Aby uzyskać w miarę możliwości jak najlepsze wsparcie emocjonalne dla pacjenta i jego bliskich, personel pielęgniarski wraz z pozostałymi członkami zespołu interdyscyplinarnego powinni zapewnić właściwą komunikację, wykorzystując w tym celu dotychczasowe doświadczenia oraz wiedzę uzyskaną podczas treningu [17].

Pielęgniarka podczas kontaktu z pacjentem umierającym i jego rodziną w sposób umiejętny oraz delikatny komunikując się z pacjentem ułatwia mu proces umierania. Sztuka komunikowania się stanowi umiejętność wymagającą doskonalenia i uczenia się, a szczególnie pielęgniarka powinna mieć wiele empatii, zdolność do akceptacji, naturalność i umiejętności słuchania [3].

Pacjentowi bez narzucania się należy okazać szacunek, udzielić wsparcia, zapewnić bezpieczeństwo i komfortowe warunki oraz nadzieję, która pomimo ciężkiej i nieuleczalnej choroby da mu poczucie, że w ostatnich chwilach życia może być jeszcze szczęśliwy [3, 17].

Przy pacjencie z zaburzeniami świadomości i nieprzytomnym ogromnie ważne jest, aby pielęgniarka i jego krewni zachowywali się względem niego tak jak wobec osoby w pełni świadomej, a rozmowy w jego obecności powinny uwzględniać go jako ich uczestnika. Relacją zwrotną pacjenta może być szybsza akcja serca lub zwiększenie częstotliwości oddechu, wzmożone napięcia mięśniowe, grymas na twarzy, łzy płynące z oczu, mruganie powiekami [18].

Wnioski

1. Personel pielęgniarski jest świadomy wpływu sposobu komunikowania się z pacjentem hospitalizowanym na jego postawę i zachowanie.
2. Pielęgniarki oceniają swój poziom wiedzy teoretycznej i praktycznej dotyczącej elementów komunikacji interpersonalnej, porozumiewania się z pacjentem podczas jego hospitalizacji na poziomie dobrym,

natomiast z przeprowadzonych badań wynika, że niewiele z nich zna metody pozawerbalnego porozumiewania się z pacjentem.

3. Znaczna część poddanych badaniu pielęgniarek, pielęgniarzy deklaruje chęć uczestniczenia w szkoleniu dotyczącym komunikowania się.
4. Trudności w porozumiewaniu się pielęgniarki z pacjentem przebywającym w warunkach oddziału szpitalnego wynikają głównie z przeciążenia personelu pielęgniarskiego obowiązkami.
5. Większość spośród badanej grupy pielęgniarek, pielęgniarzy w pracy zawodowej kieruje się empatią, a ponad połowa uważa się za osoby asertywne.

Bibliografia

1. Steciwko A., Barański J., *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia*, Elsevier, Urban & Partner, Wrocław 2012, suplement 3 (8): 133–138.
2. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B., *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studentów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
3. Gołębowska K., Górna K., Jaracz K., Jarenko A., *Specyfika komunikowania się z chorym umierającym*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2011; 1 (39): 29–33.
4. Zwolska H., Małyśiak M., *Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów międzyludzkich. Poradnik dla ucznia*, Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom 2007.
5. Kliś M., *Adaptacyjna rola empatii w różnych sytuacjach życiowych*, „Horyzonty Psychologii. Rozprawy i Artykuły Naukowe” 2012; 2: 147: 71.
6. Stępień R., Ździebło K., Wiraszka K., *Determinanty etycznego postępowania pielęgniarki w opiece onkologicznej*, „Acta Scientifica Acta Demiae Ostroviensis”: 27–36.
7. Tarczyńska B., Leszkiewicz M., *Praca zbiorowa. Wielowymiarowość roli i zadań pielęgniarki w różnych dziedzinach życia społecznego. Komunikacja interpersonalna w relacjach pielęgniarka–pacjent. Refleksja o cierpieniu, a etos zawodu pielęgniarskiego w ocenie studentów Wydziału Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Medycznej LZDZ w Legnicy*, Seria: Prace dyplomowe (6), Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy, „Acta Scholare Superioris Medicinae Legnicensis”, Legnica 2008; 6: 29–57.
8. Mielnik-Błaszczak M., Ziolo A., Kawiak-Jawor E., *Relacja lekarz–pacjent – od paternalizmu do partnerstwa*, Zdr. Publ., 2011; 121: 95–98.

9. Rymaszewska J., *Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej” 2008: 74–81.
10. Szeler K., *Wybrane metody terapii osób dotkniętych autyzmem w świetle literatury*, „Pedagogika Christiana” 2007; 2 (20): 113–127.
11. Fry S.T., Johnstone M.J., *Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Zasady podejmowania decyzji etycznych*, tłum. M. Witkowska, E. Mielczarek-Pankiewicz, wyd. 2, Warszawa–Lublin 2009.
12. Waksmańska V., Grzywna T., Grzywna-Rożenek E., *Moralność i etyka a kodeks pielęgniarki na przykładzie przemocy w rodzinie*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008; 17 (2): 128–131.
13. Kapała W., Skrobisz J., *Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych*, „Nowiny Lekarskie” 2006; 75 (4): 351–358.
14. Bednarek A., Mianowana V., Jachorek M., *Oczekiwania rodziców hospitalizowanych noworodków w zakresie realizowanej opieki. Część I*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2011; 19 (1): 27–33.
15. Jakubik M., Kierys A., Bednarek A., *Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2011; 19 (4): 545–550.
16. Jankowska A.K., Grzešek E., Kubica A., Koziański M., Grąbczewska Z., *Specyfika współpracy lekarz–pacjent w pediatrii*, „Folia Cardiologica Excerpta” 2010; 5, 2: 74–77.
17. Kleja J., Filipczak-Bryniarska I., Wordliczek J., *Komunikacja w opiece paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2010; 4, 2: 81–85.
18. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W., *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2003.

Katarzyna Białek¹, Jakub Lickiewicz²

¹ Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

² Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego
– Collegium Medicum

Rola personelu medycznego wobec rodzin pacjentów leczonych na Oddziale Intensywnej Terapii

Streszczenie

Wstęp: Podczas hospitalizacji na intensywnej terapii rodzina pacjenta jest szczególnie narażona na silne emocje. Doświadczenie tej trudnej sytuacji może być konsekwencją zmian psychologicznych, np. wystąpienia zespołu stresu pourazowego (PTSD) czy depresji. Ich nasilenie jest uzależnione także od relacji z personelem medycznym.

Cel pracy: Celem badania było ustalenie natężenia reakcji psychologicznych oraz poziom kontroli lęku, gniewu i depresji a także zdefiniowanie sposobów radzenia sobie z emocjami i stresem członków rodzin chorych leczonych na Oddziale Intensywnej Terapii.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 48 krewnych chorych leczonych na OIT. Do zbierania danych użyto autorskiej skali autooceny emocji wobec hospitalizacji osoby bliskiej na intensywnej terapii oraz standaryzowanych kwestionariuszy służących do: pomiaru kontroli emocji w sytuacjach trudnych – Skala Kontroli Emocji (CECS, *Courtald Emotional Control Scale*), dominującego stylu radzenia sobie ze stresem – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS, *Coping Inventory for Stressful Situations*) oraz pomiaru aktualnego nastroju – Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL.

Wyniki: Oceniając emocje odczuwane przez bliskich osób leczonych na OIT wykazano, że w chwili przyjęcia chorego na oddział najsilniej odczuwany był lęk (68,75%), kolejno rozpacz (60,41%) i smutek (56,25%). Ich nasilenie zmniejszało się w 2–3. dobie pobytu chorego na OIT. Mężczyźni w większym stopniu niż kobiety tłumili zachowania i reakcje emocjonalne związane z lękiem. Kolejna hospitalizacja w rodzinie przejawia większą tendencję do stosowania unikowego stylu radzenia sobie ze stresem ($p \leq 0,05$).

Wnioski: Negatywne emocje wśród bliskich osób hospitalizowanych na OIT są bardzo intensywne. Należy podkreślić znaczenie edukacji i wsparcia emocjonalnego udzielanych rodzinie chorego przez personel medyczny.

Słowa kluczowe: intensywna terapia, rodzina chorego, personel medyczny

The role of medical personnel to the family members of ICU patients

Abstract

Introduction: During hospitalization in intensive care units patient's family feels very strong emotions. They can be a consequence of adverse changes in the psyche, for example post-traumatic stress disorder and depression. Their intensity is also dependent on the relationship between family members of ICU and medical staff.

Aim: The aim of the study was to determine the intensity of the psychological reaction and level of control of anxiety, anger and depression as well as define ways of coping with emotions and stress of family members of patients in the Intensive Care Units /ICU/.

Material and methods: Examined were 48 of next-of-kin of ICU patients. In examination used evaluation feeling emotional reactions author's scale and used of standardized questionnaires: CECS (Courtaid Emotional Control Scale), CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) and UMACL (Mood Scale Adjectives).

Results: The major emotions of patient's families on ICU on the first day of stay in hospital were: anxiety (68.75%), despair (60.41%) and sadness (56.25%). On second/third day of hospitalization, the emotions became less severe. Men more than women suppressed behaviors and emotional reactions associated with anxiety. Another hospitalization in the family ($p \leq 0.05$) shows the tendency to avoid relatives using a style of coping with stress ($p \leq 0.05$).

Conclusions: Negative emotions among relatives of patients hospitalized in the ICU are very intense. Therefore, the role of education and emotional support given to the family of the patient by medical staff, should be emphasized.

Key words: intensive care unit, patient's family, medical staff

Wstęp

Oddział Intensywnej Terapii to oddział szpitalny w którym pacjenci leczeni są w stanie zagrożenia życia [1]. Są to chwile niezwykle trudne i przekładające się na obawę i niepewność o stan chorego, przebieg procesu terapeutycznego, a także o to, co przyniesie kolejny dzień i jakie są rokowania osoby hospitalizowanej. Krewni doświadczają wówczas wielu negatywnych emocji, takich jak lęk, strach, rozpacz, frustracja, niepewność czy bezradność. Ich wystąpienie może być konsekwencją niepożądanых zmian w psychice, np. depresji czy zespołu stresu pourazowego (PTSD – *Post-Traumatic Stress Disorder*) [2–3]. Odnotowano, że nasilenie tych objawów uzależnione było między innymi od relacji z personelem medycznym [4]. Lęk i stany depresyjne występowały rzadziej w grupie tych rodzin, które miały prawidłowy kontakt z pracownikami oddziału [3–4]. Specyfika intensywnej terapii wymaga więc zapewnienia opieki i skutecznego wsparcia emocjonalnego krewnym leczonych pacjentów.

W związku z powyższym znaczną część pracy personelu medycznego powinny stanowić rozmowy z chorym i jego rodziną [5].

Wydaje się, że szczególnie istotna jest ocena wpływu działań diagnostycznych związanych z ciężkim stanem hospitalizowanego pacjenta na powikłania psychologiczne i jakość życia po hospitalizacji na OIT członków rodziny. Ciekawym zagadnieniem może być także to, czy decyzje podejmowane w trakcie leczenia mogłyby ulegać zmianie, gdyby lekarze wiedzieli więcej o stanie psychicznym i potrzebach emocjonalnych członków rodzin chorych leczonych na intensywnej terapii. Pomimo że na świecie w ostatnich latach wzrosła liczba takich analiz, w polskim piśmiennictwie prace na ten temat są nieliczne. Rozpoczęte przez Płaszewską-Żywko i Gazdę [2] oraz Łopacińską [5] badania oceniające reakcje emocjonalne i potrzeby rodzin chorych leczonych na Oddziale Intensywnej Terapii nie znalazły kontynuacji empirycznej w innych ośrodkach w kraju.

Cel badań

Celem badania było ustalenie natężenia reakcji psychologicznych oraz poziom kontroli lęku, gniewu i depresji a także zdefiniowanie sposobów radzenia sobie z emocjami i stresem w związku z hospitalizacją członka rodziny na Oddziale Intensywnej Terapii.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród członków rodzin chorych leczonych z powodów stanów zagrażających życiu w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Krakowskiego Centrum Medycyny Ratunkowej i Katastrof Szpitala Uniwersyteckiego w okresie od października 2014 roku do kwietnia 2015 roku. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Dyrektora Szpitala, Kierownika Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Ordynatora Oddziału Intensywnej Terapii oraz lekarzy prowadzących. Ankietowanie odbywało się za zgodą personelu medycznego, następnie kolejno ponownie pytano każdego z krewnych, czy wyraża dobrowolną zgodę na wypełnienie kwestionariuszy. Badania przeprowadzono ze szczególną dbałością o przestrzeganie zasad etycznych. Ponadto, respondenci poinformowani zostali, że są one anonimowe a uzyskane dane będą uogólnione i posłużą wyłącznie do pracy

naukowej. Ze względu na wysoki poziom trudności i specyfikę grupy badawczej, badania zostały przeprowadzone na liczbie 48 respondentów.

Do zbierania danych posłużono się autorską skalą autooceny nasilenia emocji wobec hospitalizacji osoby bliskiej na intensywnej terapii oraz standaryzowanymi kwestionariuszami służącymi do: pomiaru kontroli emocji w sytuacjach trudnych – Skala Kontroli Emocji (CECS, *Courtald Emotional Control Scale*), dominującego stylu radzenia sobie ze stresem – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS, *Coping Inventory for Stressful Situations*) oraz pomiaru aktualnego nastroju – Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL. Do opisu natężenia reakcji psychologicznych w ankiecie posłużono się skalą od 1 do 5, przy czym 1 oznaczało najniższe subiektywne nasilenie danej emocji, a 5 najwyższe. Ankieta składała się z 15 pytań dotyczących określenia poziomu reakcji psychologicznych towarzyszących zarówno w pierwszym dniu hospitalizacji, w ciągu 2–3 dni po przywiezieniu osoby bliskiej na OIT, jak i myśli dotyczących przyszłości. W ankiecie zamieszczono także pytania o dane demograficzne badanych krewnych. Do opisu cech jakościowych wykorzystano rozkłady liczbowe i procentowe, natomiast analizę statystyczną uzyskanych danych przeprowadzono za pomocą programu Statistica for Windows /Statsoft Pl/. Jednak była ona utrudniona ze względu na małą liczbę badanych krewnych.

Wyniki

Wypełnione kwestionariusze uzyskano od 48 członków rodzin chorych leczonych na Oddziale Intensywnej Terapii, w tym 29 kobiet (60,4%) i 19 mężczyzn (39,6%) w wieku od 21 do powyżej 60 lat. Powyższe wartości przedstawiono w tabeli 1.

Oceniając emocje odczuwane przez bliskich osób leczonych na OIT wykazano, że w chwili przyjmowania chorego na oddział najsilniej odczuwany był przez nich lęk (68,75%), kolejno rozpacz (60,41%) i smutek (56,25%). Nasilenie powyższych emocji zmniejszało się w drugiej-trzeciej dobie pobytu chorego na OIT (tabela 2).

Negatywne emocje związane z hospitalizacją osoby bliskiej na Oddziale Intensywnej Terapii są czynnikiem niezwykle stresogennym, dlatego zbadano sposób radzenia sobie ze stresem poszczególnych krewnych używając Kwestionariusza CISS. W odpowiedziach dotyczących poszukiwania strategii radzenia sobie podczas leczenia członka rodziny na

intensywnej terapii zarówno u kobiet (średnia=54,79), jak i u mężczyzn (średnia=60,05) jako dominująca pojawia się tendencja do zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem. Równocześnie dla większości badanych pomocna okazuje się modlitwa (70,83%) wsparcie pozostałych osób rodziny i bliskich (68,75%). Jest to zgodne z odpowiedziami 23 spośród 48 badanych krewnych, którzy na pytanie, czy rozmawiają w rodzinie na temat sytuacji osoby chorej odnotowali, że omawiają ją wszyscy członkowie.

Tabela 1. Dane społeczno-demograficzne badanych krewnych

		Liczba krewnych	Odsetek krewnych N=48 (100%)
Płeć	Kobiety	29	60,4
	Mężczyźni	19	39,6
	Ogółem	48	100
Wykształcenie	Średnie	9	18,8
	Wyższe	32	66,7
	Zawodowe	7	14,6
	Ogółem	48	100
Stopień pokrewieństwa	Matka	18	37,5
	Ojciec	10	20,8
	Brat	8	16,6
	Siostra	1	2,1
	Babcia	2	4,2
	Dziadek	1	2,1
	Żona/Mąż	4	8,3
	Kuzyn	1	2,1
	Inne	3	6,3
	Ogółem	48	100

Tabela 2. Porównanie poziomu natężenia negatywnych emocji u krewnych pacjenta na wiadomość o hospitalizacji, w drugiej-trzeciej dobie oraz myśli dotyczące przyszłości

Emocje	Wiadomość o hospitalizacji na OIT	Druga-trzecia doba hospitalizacji na OIT	Dotyczące przyszłości
Lęk	68,75%	20,83%	68,75%
Rozpacz	60,41%	39,58%	33,33%
Smutek	56,25%	33,33%	20,83%
Nadzieja	14,58%	37,5%	58,33%
Niepewność	31,25%	31,25%	43,75%
Bezsilność	33,33%	29,16%	29,16%
Napięcie	43,75%	20,83%	14,58%

Zbadano czy istniały różnice w podziale na płeć w zakresie poziomu kontroli emocji, zwłaszcza w odniesieniu do tłumienia emocji negatywnych tj. gniewu (G), lęku (L) i depresji (D). Wykazano, że mężczyźni w większym stopniu niż kobiety tłumili zachowania i reakcje emocjonalne związane z lękiem (średnia=17,37). Stopień kontroli gniewu i przygnębienia był podobny. Kontrola emocji nie zależała jednak zarówno od stylu radzenia sobie ze stresem, stanu aktualnego nastroju, jak i wieku, wykształcenia i stopnia pokrewieństwa ankietowanych ($p \geq 0,05$). Odnotowano jednak, że im badany krewny był w wyższym przedziale wiekowym, tym wykazywał mniejszy poziom aktywności do działania i większe przygnębienie ($p = .041$).

W badaniu weryfikowano również stan aktualnego nastroju badanych krewnych chorych leczonych na OIT za pomocą Kwestionariusza UMACL, który definiuje nastrój jako doświadczenie afektywne o umiarkowanym czasie trwania (co najmniej kilka minut) obejmując trzy wymiary afektu: Pobudzenie Napięciowe (PN), Ton Hedonistyczny (TH) oraz Pobudzenie Energetyczne (PE). Przyjęto założenie, że pobudzenie napięciowe można określić jako „lękotwórcze” opisane na biegunach zdenerwowany–zrelaksowany, pobudzenie energetyczne natomiast jako energię i aktywność do działania ujęte na poziomie energiczny–zmęczony, z kolei ton hedonistyczny to subiektywne odczucie przyjemności – nieprzyjemności w sytuacji trudnej. Odnotowano, że kobiety czuły się przestraszone ($M = 26,52$) i smutne ($M = 17,48$) i w umiarkowanym stopniu chętne do podjęcia jakiegokolwiek działania. Z kolei u mężczyzn najczęściej odnotowywano poziom pobudzenia energetycznego (średnia=26,79), a w dalszej kolejności – zdenerwowania ($M = 25,42$). Powyższe wartości przedstawiono w tabeli 3.

Biorąc pod uwagę liczbę hospitalizacji na OIT w rodzinie wykazano, że kolejne leczenie na OIT powoduje wzrost tendencji do zachowań unikowych (SSU $p = .013$) i angażowania w czynności zastępcze (ACZ; $p = .030$) badanych grup. Co więcej, badani krewni odnotowali mniejszy poziom przygnębienia niż ci doświadczający jej po raz pierwszy (TH; $p = .030$). Zwraca także uwagę wartość p uzyskana w analizie pobudzenia energetycznego (PE), która tylko nieznacznie przekracza graniczny poziom istotności. Może to świadczyć o występowaniu pewnej tendencji, przy czym analiza powinna zostać powtórzona na większej liczbie osób, aby można było sformułować jednoznaczne wnioski. Istotnie statystycznie nie różnią się także mediany tłumienia gniewu (G; $p = .073$) oraz depresji (D; $p = .285$) w badanych grupach (tabela 4).

Tabela 3. Kwestionariusz UMACL: = umiarkowane; ↓ niskie; ↑ wysokie nasilenie cechy oraz wartość średnia arytmetyczna (M) wraz z odchyleniem standardowym (SD) w podziale na płeć dla poszczególnych skal

Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL (nastrój dla N=48)					
SKALA KWESTIONARIUSZA	STAN NASTROJU	Kobiety		Mężczyźni	
		M	SD	M	SD
Pobudzenie Napięciowe (PN) ↑	zdenerwowanie – przestraszenie	26,52	7,51	25,42	7,47
Ton Hedonistyczny (TH) ↓	subiektywne odczucie przyjemności	17,48	8,79	20,00	8,09
Pobudzenie energetyczne (PE) =	umiarkowane pobudzenie i aktywność do działania	24,72	6,67	26,79	5,69

Tabela 4. Wartość średnia arytmetyczna (M) wraz z odchyleniem standardowym (SD) w podziale liczbę hospitalizacji w rodzinie dla poszczególnych skal Kwestionariuszy CISS, CECS, UMACL

		Liczba hospitalizacji w rodzinie	Wartości		
			N=48	M	SD
Przeciętne ważone (Definicja 1)	SSZ	Pierwsza	38	57,74	11,98
		Kolejna	10	53,60	9,94
	SSE	Pierwsza	38	47,53	11,51
		Kolejna	10	52,60	8,50
	SSU	Pierwsza	38	39,66	7,43
		Kolejna	10	47,10	10,5
	ACZ	Pierwsza	38	15,66	5,81
		Kolejna	10	20,80	7,40
	PKT	Pierwsza	38	16,63	2,94
		Kolejna	10	17,90	5,97
	TH	Pierwsza	38	17,47	8,56
		Kolejna	10	22,30	7,57
	PN	Pierwsza	38	26,71	7,69
		Kolejna	10	23,70	6,12
	PE	Pierwsza	38	24,87	6,37
		Kolejna	10	28,10	5,70
	Gniew	Pierwsza	38	14,87	6,37
		Kolejna	10	18,70	5,35
	Depresja	Pierwsza	38	15,63	6,44
		Kolejna	10	17,90	6,55
Lęk	Pierwsza	38	16,08	5,99	
	Kolejna	10	18,30	6,84	

Nie wykazano jednak statystycznie istotnych różnic pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem, poziomem kontroli emocji a stanem aktualnego nastroju w badanych grupach. Również stan zdrowia pacjenta i stopień pokrewieństwa okazały się czynnikami nie na tyle wpływającymi, aby uznać je za istotny zarówno w przypadku sposobu radzenia sobie ze stresem, tłumienia emocji negatywnych i stanu aktualnego nastroju ($p \geq 0,05$).

Dyskusja

Wzrost przeżycia chorych przyjmowanych do Oddziałów Intensywnej Terapii spowodował, że w centrum zainteresowania badaczy znalazła się nie tylko ocena śmiertelności w oddziale, ale także oszacowanie wyników długoterminowych, takich jak przeżywalność czy jakość życia leczonych chorych. Wydaje się jednak, że obok nich konieczna jest także weryfikacja wpływu stopnia zaawansowania choroby osoby hospitalizowanej i intensywnej terapii na zależną od zdrowia jakość życia poszczególnych jego krewnych. W działaniach dotyczących w pierwszej kolejności ratowania i leczenia chorego zdarza się bowiem, że niedostrzegane bądź bagatelizowane są przeżycia jego najbliższych. Wskazuje się, że emocje związane z intensywną terapią mogą prowadzić do zaburzenia funkcjonowania rodziny nie tylko podczas hospitalizacji, ale również w późniejszym okresie [2–3, 6]. Obserwacja krewnych leczonych pacjentów jest jednak bardzo utrudniona, zarówno ze względu na specyfikę sytuacji, jak i moment kryzysu, w jakim się znajdują. Podobne trudności wystąpiły również w czasie badań prowadzonych przez autorów pracy.

Pomimo że wyniki dotyczące przeżywalności chorych leczonych na OIT są bardzo wysokie, aspekt emocjonalnych przeżyć najbliższych krewnych jest stosunkowo mało podkreślany zarówno w badaniach naukowych, jak i powszechnej praktyce. Nie świadczy to o niedostatku wrażliwości na reakcje psychologiczne członków rodzin, lecz raczej wskazuje na brak umiejętności postępowania w takich sytuacjach. Personel medyczny w stosunku do rodziny pacjenta hospitalizowanego na OIT kieruje się bardziej własną intuicją i empatią niż profesjonalnymi schematami postępowania. Wobec tego istnieje zagrożenie nieporozumienia w zakresie komunikacji i relacji obu stron, co może w efekcie prowadzić do niezamierzonego zwiększania stresu i błędów jatrogennych u członków rodzin leczonych chorych [7]. Podstawowym celem prowadzonych

badania nad stanem rodzin osób bliskich poddawanych intensywnej terapii powinno być więc ustalenie, czy można zapobiec nasileniu ich stresu i czy czynniki generujące ten stres można obniżyć bądź zneutralizować.

Oceniając emocje odczuwane przez bliskich pacjentów leczonych na OIT najwyższe wskaźniki odnotowano w pierwszej dobie pobytu. Wynikają one z faktu nagłego początku choroby, rokowania oraz tego, od kogo i w jaki sposób można uzyskać informacje [2]. Ponadto krewni leczonych chorych muszą sprostać wielu stresującym wydarzeniom związanym ze środowiskiem szpitalnym i procedurami medycznymi [8]. Nie bez znaczenia jest też fakt, że krytyczna choroba osoby bliskiej często występuje bez ostrzeżenia, a stres dla rodziny jest nagły i niespodziewany. Hospitalizacja na OIT może być również uznana za potencjalnie traumatyczne wydarzenie, stanowi bowiem wyjątkowy rodzaj stresora, który obejmuje stan bezpośredniego zagrożenia życia i przekłada się na dezintegralność osoby bliskiej [9]. W przypadku niemal wszystkich tych emocji ostatecznie ich nasilenie zmniejszało się w drugiej–trzeciej dobie pobytu chorego na OIT, w porównaniu z tym odczuwanym w dniu przyjęcia. Członkowie rodziny pacjentów przebywających na intensywnej terapii wykazują jednak wysoki poziom lęku i niepokoju, które utrzymują się przez cały okres hospitalizacji [2, 9].

Literatura przedmiotu podaje, że silniejsze odczuwanie negatywnych emocji wyraziły kobiety. W chwili przyjęcia członka rodziny na OIT deklarowały one intensywniejsze niż mężczyźni odczuwanie przygnębienia i zdenerwowania, a w późniejszym okresie – strachu. Również w badaniu Paparrigopoulos [9] odnotowały one większy niepokój i objawy depresji oraz bardziej intensywne i trwałe reakcje stresu. Potwierdzają to badania Płaszewskiej-Żywko i Gazdy [2], w których odnotowano, że mężczyźni w większym stopniu niż kobiety tłumili zachowania i reakcje emocjonalne związane z lękiem. Jednak w przeprowadzone badania omówione w pracy nie wykazano istotnych różnic w zakresie emocji odczuwanych przez krewnych w podziale na płeć.

Wśród członków rodziny największe prawdopodobieństwo wystąpienia ostrego stresu oraz objawów lęku wykazywali małżonkowie [10]. Splot emocji i działań charakteryzujących bliską relację i nagłą nieobecność w domu może być powodem ich większej podatności na stres. Odnotowano prawie czterokrotny wzrost tendencji do PTSD wśród żon i prawie trzykrotny wśród mężów. U członków rodzin istnieje także ryzyko wystąpienia PTSS (*Posttraumatic Stress Symptoms*) [11]. Częstotliwość wystę-

powania nie była jednak związana z tym, czy małżonek przeżył, aczkolwiek wystąpienie objawów depresji było bardziej prawdopodobne wówczas, gdy choremu groziła trwała niepełnosprawność [6]. Niemniej inne badania wskazują, że objawy depresji są bardziej powszechne u członków rodzin pacjentów, którzy zmarli niż wśród tych, którzy pozostali przy życiu [12]. Jednak na podstawie analizy wyników niniejszej pracy nie stwierdzono związku pomiędzy stopniem pokrewieństwa z chorym a rodzajem i nasileniem emocji. Oznacza to, że nie ma zależności pomiędzy bliższą i dalszą rodziną w sposobie radzenia sobie ze stresem, stanem aktualnego nastroju oraz kontroli emocji. Wyniki pokazały, że niezależnie od stopnia pokrewieństwa członkowie rodzin chorych leczonych na OIT reagują podobnie w tej sytuacji.

Uwzględniając powyższe dane łatwo jednak zauważyć, jak wiele różnorodnych reakcji o różnym stopniu intensywności wywołuje hospitalizacja członka rodziny na OIT. Stąd niezwykle częstym zjawiskiem są próby ucieczki od tej sytuacji, podejmowane z reguły w sposób mechaniczny, unikowy i adresowany wyłącznie do zewnętrznej warstwy osobowościowych prerogatyw, co po części potwierdziły powyższe badania, w których wykazano stosowanie unikowego stylu radzenia ze stresem wobec wzrostu współczynnika hospitalizacji na intensywnej terapii w rodzinie. Kolejna grupa przejawia większe tendencje do zachowań unikowych i angażowania w czynności zastępcze. Można założyć, że być może jest to wynik wcześniejszych doświadczeń badanych krewnych oraz całkowite podporządkowanie się i oddanie opieki nad chorym w ręce lekarzy, jako profesjonalistów, doradców i osób posiadających autorytet. Co więcej, badani krewni w sytuacji kolejnej hospitalizacji członka rodziny na OIT wykazują mniejszy poziom przygnębienia w przeciwieństwie do badanych doświadczających jej po raz pierwszy. Jest to sprzeczne z badaniami zagranicznymi, w których odnotowano, że liczba hospitalizacji może zwiększać ryzyko występowania negatywnych reakcji psychologicznych u krewnych pacjentów [3].

Niektórzy badacze twierdzą, że objawy te z czasem się zmieniają, co może mieć związek z poprawą lub pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta. Mogą tu wystąpić dwa zjawiska. Z jednej strony członkowie rodziny mogą pokonać objawy lęku i depresji po pierwszych kilku dniach pobytu osoby bliskiej na OIT i są w stanie znaleźć mechanizmy, które pozwolą im zredukować stres związany z kontaktem z oddziałem, z drugiej – wręcz przeciwnie – ich objawy mogą się nasilić w czasie i, w konsekwencji, stres

może doprowadzić do fizycznego lub psychicznego wyczerpania [13]. Zbadano więc, czy stopień zaawansowania choroby różnicuje reakcje psychologiczne poszczególnych członków rodzin. Jednak stan zdrowia pacjenta okazał się czynnikiem nie wpływającym istotnie na zarówno sposób radzenia sobie ze stresem, jak i poziom aktualnego nastroju badanych krewnych w tej sytuacji. Jest to sprzeczne z badaniami zagranicznymi, w których wykazano – biorąc pod uwagę stan chorego – że najwyższy poziom zarówno depresji, niepokoju, jak i objawów ostrego stresu zostały zanotowane u krewnych w przypadku pacjentów w stanie krytycznym, zwłaszcza po urazie mózgu [12]. Szczególne warunki panujące w OIT wywołują wiele emocji negatywnych. Ponadto aparatura monitorująca funkcje życiowe podłączona do pacjenta oraz wdrożone postępowanie terapeutyczne i zmieniony wygląd chorego są niezwykle stresujące [5]. Można zatem założyć, że sam kontakt z personelem medycznym na oddziale i specyfika intensywnej terapii są same w sobie tak trudne i przytłaczające, że niezależnie od stanu zdrowia osoby chorej każde jej odwiedziny na OIT są dla krewnych niezwykle silnym przeżyciem. Co więcej, w badaniach wykazano, że dla dwóch osób ankietowanych (4,16%) pierwsza wizyta była tak wielkim obciążeniem, że nie pamiętają tamtej chwili.

W związku z powyższym niezwykle ważna jest rola i udzielanie wsparcia rodzinie przez personel medyczny. Istotnymi jego wymiarami są poczucie bliskości lekarzy i pielęgniarek oraz sposób przekazywania informacji. Literatura podaje, że tylko 50% rodzin chorych leczonych na OIT jest zadowolonych z komunikacji z lekarzami i tylko połowa krewnych rozumie przekazywane informacje dotyczące rozpoznania i leczenia, co nie spełnia podstawowych standardów świadomej zgody [4,14]. W badaniach na temat oczekiwań rodzin związanych z uzyskiwaniem danych o bliskich hospitalizowanych na OIT zwraca się uwagę na jasność, zrozumiałość i kompletność informacji oraz przekazywanie ich w sposób partnerski. Co więcej, według Basińskiej [4] trudności w komunikacji z ciężko chorymi na OIT i w konsekwencji konieczność komunikowania się z ich krewnymi oznacza, że koncentracja na chorym obejmuje również koncentrację na rodzinie. Poziom lęku wśród członków rodzin chorych leczonych na OIT był także niższy w tej grupie osób, które doświadczały większego wsparcia społecznego [3].

Jedną z form profilaktyki jest także zaangażowanie krewnych leczonych chorych w opiekę nad nimi, polegającą na wykonywaniu prostych

czynności pielęgnacyjnych. Ten typ interwencji pozwala im aktywnie uczestniczyć w procesie zdrowienia chorego i akceptować jego ograniczenia a także wzmacnia poczucie bliskości rodziny z pacjentem oraz przekłada się na wrażenie pewności bycia potrzebnym [3]. Ponadto umożliwia obserwację zmian u chorego. Rodzina wówczas w większym stopniu zdaje sobie sprawę z sytuacji, w jakiej się znalazła i lepiej uświadamia sobie stan zagrożenia życia pacjenta. W konsekwencji może to zapobiec, niejednokrotnie nierealnym, oczekiwaniom dotyczącym procesu leczenia [14, 15], ale również ułatwić kontakty z personelem medycznym pośrednio modyfikując reakcje rodziny [3]. Może to mieć zasadnicze znaczenie również w kwestii późniejszych obaw dotyczących przyszłości. Porównując bowiem opisywane przez badanych krewnych uczucia na ten temat najsilniejszym okazał się lęk, którego natężenie, w porównaniu z tym w dniu przyjęcia pacjenta na OIT pozostawało bez zmian, w przeciwieństwie do wzrostu subiektywnego poczucia nadziei i –co interesujące – niepewności. Jest to zgodne z badaniami zagranicznymi, w których wykazano, że wysokie współczynniki lęku i depresji występują u rodzin chorego pod koniec jego pobytu na OIT [13]. Mogą być one następstwem niepokoju o nadchodzące zmiany w strukturze i funkcjonowaniu rodziny poza środowiskiem szpitalnym, a przede wszystkim obaw związanych z koniecznością dostosowania się do zdezorganizowanego dnia, podporządkowaniu się systemowi dalszej opieki zdrowotnej czy choćby opanowaniu trudności związanych z emocjami.

Wszystkie powyżej wymienione zachowania czy reakcje psychologiczne krewnych chorych leczonych na OIT nie są regułą a jedynie składają się na część możliwości reakcji natury emocjonalnej tych osób. W podejściu do konkretnego człowieka należy bowiem indywidualizować przebieg i opis jego reakcji przyznając mu prawo do przeżywania i radzenia sobie z sytuacją krytyczną w specyficzny, właściwy mu sposób. Każdy bowiem doświadcza jej inaczej.

W zaprezentowanych badaniach nie wykazano istotnych zależności pomiędzy krewnymi i ich sposobem radzenia sobie ze stresem czy stanem aktualnego nastroju i poziomem kontroli emocji. Może to oznaczać, że specyfika sytuacji, widok aparatury podtrzymującej funkcje życiowe i kontakt z środowiskiem medycznym, a przede wszystkim konfrontacja i lęk przed śmiercią są tak obciążające, że nie da się ich sparametryzować. Warto też zadać pytanie, czy kryzys, w jakiej znaleźli się krewni chorego leczonego na OIT jest na tyle obiektywnym przeżyciem, że można go ująć w kon-

tekst analiz statystycznych i poszukiwać wspólnych właściwości, których identyfikacja pozwoliłaby lepiej zrozumieć ich istotę, zarówno od strony fizycznej jak i psychicznej. Wydaje się bowiem, że specyfiki tego momentu w życiu człowieka nie da się sprowadzić do jednego, wszechobejmującego wzorca, tłumacząc to choćby heterogenicznością badanej populacji. Co więcej, mimo pewnych obserwowanych podobieństw każdy z analizowanych przypadków prezentuje swoją indywidualną drogę przeżywania tego procesu i zarówno intensywność reakcji psychologicznych, jak i sama hospitalizacja osoby bliskiej na OIT nie poddają się żadnym uogólnieniom, uproszczeniom, schematom czy statystycznym wskaźnikom.

Tym większe znaczenie ma więc otoczenie ich opieką i troską. Równie zalecanym działaniem pomocy rodzinie w celu zrozumienia stanu psychicznego krytycznie chorego jest włączenie psychologów w pracę oddziału. Szczególnie istotne wydają się także [za: 2] udzielanie wsparcia emocjonalnego oraz właściwe komunikowanie oraz rzetelne i pełne zrozumieni sytuacji przekazywanie informacji zarówno przez lekarzy, jak i pielęgniarki, zawsze w zakresie zgodnym z ich kompetencjami.

Wnioski

1. W dniu przyjęcia chorego na OIT najsilniej odczuwanymi emocjami przez krewnych były: lęk, rozpacz, smutek. Ich nasilenie zmniejszało się w drugiej–trzeciej dobie hospitalizacji.
2. Kobiety czuły się bardziej przestraszone i smutne, i wykazywały mniejszy poziom tłumienia emocji negatywnych niż mężczyźni.
3. Badani krewni w sytuacji kolejnej hospitalizacji członka rodziny na OIT wykazują mniejszy poziom przygnębienia w przeciwieństwie do badanych doświadczających takiej sytuacji po raz pierwszy.
4. Współczynnik liczebności hospitalizacji w rodzinie wykazuje większą tendencję do stosowania unikowego stylu radzenia sobie ze stresem w tej sytuacji.
5. Stopień zaawansowania choroby, pokrewieństwo oraz zmienne demograficzne nie różnicują reakcji psychologicznych oraz sposobu radzenia sobie ze stresem, stanu aktualnego nastroju i poziomu kontroli emocji badanych krewnych w tej sytuacji.
6. Nie ma zależności pomiędzy sposobem radzenia sobie ze stresem, stanem aktualnego nastroju oraz tłumieniu emocji negatywnych członków rodzin chorych leczonych na OIT.

Bibliografia

1. Gaszyński W., *Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej*, Repetytorium, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
2. Płaszewska-Żywko L, Gazda D. *Reakcje emocjonalne i potrzeby rodzin chorych leczonych na oddziale intensywnej terapii*, *Anesth Intens Terap.* 2012; 44(3): 164–168.
3. Jezierska N., Borkowski B., Gaszyński W., *Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units*, *Anaesth Intens Terap.* 2014; 46: 42–45.
4. Basińska K., Owczuk R., Suchorzewska J., Wujtewicz M., Wujtewicz., *Komunikacja pomiędzy personelem medycznym a rodzinami chorych leczonych w oddziale intensywnej terapii – badania wstępne*, *Anaesth Intens Terap.* 2011; 43: 85–89.
5. Łopacińska I., *Pacjent i jego rodzina na oddziale intensywnej opieki medycznej*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2009; 17(1): 50–53.
6. Harvey M.A., *The truth about consequences-Post-Intensive care syndrome in intensive care unit survivors and their families*, *Crit Care Med.* 2012; 40 (8): 2506–2507.
7. Jopek A., Gadzinowska-Szczucińska J., Szczapa T., *Ocena percepcji stresu odczuwanego przez rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka*, *Ginekol Pol.* 2008; 80: 367–373.
8. Rodriquez A.M., Gregorio M.A., Rodriquez A.G., *Psychological repercussions in family members of hospitalized critical condition patients*, „Journal of Psychosomatic Research” 2005; 58: 447–451.
9. Paparrigopoulos T., Melissaki A., Efthymiou A., *Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients*, „Journal of Psychosomatic Research” 2006; 61: 719–722.
10. Elliott D., Davidson J.E., Harvey M.A., Bemis-Dougherty A., Hopkins R.A. et al., *Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting*, *Crit Care Med.* 2014; 42 (12): 2518–2526.
11. Davidson J.E., Harvey M.A., Schuller J. et al., *Post-intensive care syndrome: What it is and how to help prevent it*, „American Nurse Today” 2013; 8, 5: 32–28.
12. Wartella J.E., Auerbach S.M., Ward K.R., *Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients*, „Journal of Psychosomatic Research” 2009, 66: 503–509.

13. Pochard F., Darmon I., Fassier T., *Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study*, „Journal of Critical Care” 2005; 20: 90–96.
14. Suchorzewska J., Basińska K., *Rola i znaczenie badania satysfakcji chorych leczonych na oddziałach intensywnej terapii*, „Anestezjologia Intensywna Terapii” 2011; 43: 119–122.
15. Jones C., Backman C., Griffiths R.D., *Intensive care diaries and relatives symptoms of posttraumatic stress disorder after critical illness: a pilot study*, Am J Crit Care. 2012; 21 (3): 172–176.

Umiejętność wynikająca z poziomu kompetencji społecznych pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej niesienia profesjonalnej pomocy rodzinom dotkniętym przemocą

Streszczenie

Przemoc w rodzinie została zdefiniowana w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Podano, że przemoc to „jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób wymienionych (...), w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne”.

Istotne znaczenie w pomaganiu rodzinom, gdzie występuje przemoc, mają osoby, które z racji swojego zawodu są z nimi w bezpośrednim kontakcie. Profesjonalne osoby mogą obserwować zachowanie członków rodziny i w razie konieczności podjąć działania zmierzające do zapewnienia im bezpieczeństwa. Umiejętność rozpoznawania sygnałów świadczących o przemoc jest niezwykle ważna. Pojawiają się nowe wyzwania przed grupą pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, od których wymagane są aktywne zachowania, a także wysokie kompetencje społeczne zdobywane poprzez trening społeczny.

W pracy pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej szczególnie istotne są m.in. takie kompetencje, jak: umiejętności związane z percepcją społeczną (trafne spostrzeganie innych, np. ich przeżyć lub intencji, oraz rozumienie i prawidłowa ocena sytuacji społecznych), wrażliwość społeczna i empatia, znajomość reguł społecznych, umiejętność rozwiązywania konkretnych problemów interpersonalnych i sterowania sytuacjami społecznymi, a także umiejętności warunkujące radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych i wymagających asertywności.

Słowa kluczowe: przemoc w rodzinie, przemoc wobec dzieci, pomoc społeczna, procedura „Niebieskie Karty”

The ability to carry professional help resulting from the social skills of primary care nurses to families affected by violence

Abstract

Domestic violence is defined in the Law on the prevention of domestic violence. Given that violence is a „one-off or repeated willful act or omission violate the rights or personal rights of persons referred to (...), in particular expose these people to the danger of loss of life, health, affecting their dignity, physical integrity, freedom, including sexual, causing damage to their physical or mental, as well as causing suffering and moral damage „.

An important role in helping families where violence is used, play people who by virtue of their profession have direct contact with them. They can see the state as well as the behavior of family members and, if necessary, to take action to ensure their security and stop the violence. Ability to recognize signals of violence is extremely important. There are new challenges before a group of primary care nurses who are required to be active behavior, as well as high social competence acquired through social training.

The work of primary health care nurses are particularly important m.in such competencies as: skills related to social perception (accurate perception of others, eg. Their experience or intentions and understanding and correct assessment of social situations), social sensitivity and empathy, knowledge social rules, the ability to solve specific problems of interpersonal and social situations control, and conditioning skills to deal with conflict situations and demanding assertiveness.

Key words: domestic violence, violence against children, social assistance, the procedure of Blue Cards

Wprowadzenie

W Polsce przemoc w rodzinie w wielu środowiskach nadal traktowana jest jako temat wstydlivy. Uważa się, że informacje o tym zjawisku nie powinny opuszczać „czterech ścian mieszkań”, w których dochodzi do dramatów. Jednak od kilku lat rzeczywistość w tym zakresie zmienia się. Wprowadzono nowe narzędzia prawne i procedury zmierzające do skuteczniejszej ochrony osób dotkniętych przemocą w rodzinie. Dzięki kampaniom społecznym zwiększa się świadomość międzyludzka, a przeprowadzone szkolenia podnoszą profesjonalizm służb odpowiedzialnych za walkę z tym zjawiskiem. W gminach specjalnie utworzone zespoły interdyscyplinarne i grupy robocze opracowują szczegółowe plany pomocy. Współpracujące ze sobą służby podejmują odpowiednie działania, aby wyeliminować przemoc i nieść niezbędną pomoc. Istotne jest tu również uwrażliwianie społeczeństwa na zjawisko przemocy oraz informowanie o konieczności reagowania na podejrzenie, że dochodzi do przemocy.

Należy pamiętać, że bez powiadomienia służb lub właściwych organów oraz dalszej współpracy z nimi, przeciwdziałanie przemocy w rodzinie jest znacznie utrudnione [1].

Przemoc

Rozpoznanie przemocy w rodzinie wymaga długofalowych działań, zarówno w formie poradnictwa specjalistycznego oraz współpracy wielu instytucji i organizacji. Celem udzielania profesjonalnej pomocy jest zapewnienie bezpiecznego funkcjonowania osobie, która doświadcza przemocy, jak również dzieciom w tej rodzinie [2].

Przemoc w rodzinie to zamierzone działanie przeciw członkowi rodziny naruszające prawa i dobra osobiste, powodujące cierpienie i szkody. Przemoc charakteryzuje się także następującymi własnościami: jest intencjonalna, powoduje cierpienie i ból, zakłada nieproporcjonalność sił, narusza prawa i dobra osobiste osób słabszych. Ponadto jest to zjawisko destabilizujące funkcjonowanie całej rodziny, prowadzące często do jej rozpadu oraz rozkładu więzi między jej członkami. Podsumowując, przemoc w rodzinie wyznacza zaistnienie czterech warunków:

- działanie podejmowane jest z pewną intencją (np. uzyskanie przewagi, zmuszenie do posłuszeństwa),
- jedna osoba ma wyraźną przewagę nad drugą (np. fizyczną, ekonomiczną),
- działanie lub zaniechanie jednej osoby narusza prawa i dobra osobiste drugiej,
- osoba wobec której stosowana jest przemoc, doznaje cierpienia i szkód fizycznych i psychicznych.

Formy przemocy

Przemoc może przybierać różne formy, wśród których wyróżnia się: przemoc fizyczną, psychiczną, seksualną, a także ekonomiczną. Przemoc nie jest jednorazowym aktem, lecz procesem dynamicznym, który ma tendencję do powtarzania się. Przemoc nie zatrzymana skutecznie ma tendencję progresywną [3].

Zjawisko przemocy charakteryzuje się cyklami przemocy składającymi się z trzech następujących po sobie faz:

1. Faza narastania napięcia – osoba stosująca przemoc jest napięta i zirytowana, często robi awantury z byle powodu i prowokuje kłótnie.

2. Faza gwałtowanej przemocy – ostry incydent przemocy. Osoba stosująca przemoc staje się gwałtowna i wpada w szał.
3. Faza miodowego miesiąca – jest to czas skruchy osoby stosującej przemoc. Sprawca najczęściej wówczas przeprasza, żałuje tego, co zrobił i okazuje miłość.

Następujące po sobie fazy powodują coraz większe uwikłanie osoby doznającej przemocy w zaistniałą sytuację. Z czasem staje się ona bezradna, aż zaprzestaje wszelkich działań. Wynika to z przekonania, że cokolwiek nie zrobi, nie będzie to miało sensu i nic nie zmieni. W fazie miodowego miesiąca osoby doznające przemocy często ponownie wierzą w przemianę sprawcy i rezygnują z pomocy osób lub instytucji zewnętrznych.

Akty przeciwko przemocy

Podstawowym aktem prawnym dotyczącym problemu przemocy w rodzinie jest Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie [4]. Zgodnie z art. 9d ust. 4 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, w każdym przypadku, w którym zaistnieje podejrzenie stosowania przemocy w rodzinie przedstawiciele: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty, ochrony zdrowia zobowiązani są do wszczęcia Procedury „Niebieskie Karty”.

Procedura „Niebieskie Karty” obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie. Procedurę tę oraz wzory formularzy „Niebieska Karta – A, B, C, D” określa rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” i wzorów formularzy „Niebieska Karta” [8]. Podjęcie odpowiednich działań nie wymaga zgody osoby, która jest dotknięta przemocą w rodzinie. Procedurę „Niebieskie Karty” zawsze wszczyna uprawniony przedstawiciel, który jako pierwszy powziął informację w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie. Do wszczęcia procedury wystarczy podejrzenie, że ktoś jest dotknięty przemocą w rodzinie. Dla pełnego wyjaśnienia konieczne jest odpowiednie udokumentowanie i uprawdopodobnienie przemocy.

Dokumentem wszczynającym procedurę i stwierdzającym podejrzenie występowania przemocy w rodzinie jest formularz „Niebieska Karta

– A”, który należy wypełnić niezwłocznie w obecności osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie. Jeśli stan zdrowia lub sytuacja zagrożenia uniemożliwia bezpośrednie podjęcie tej procedury to należy ją wdrożyć niezwłocznie, gdy będzie taka możliwość. Nawet jeśli nie ma możliwości rozmowy z osobą poszkodowaną (np. nie zgadza się), również wszczyna się procedurę „Niebieskie Karty”.

Jednocześnie z wypełnieniem formularza „Niebieska Karta – A” osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie przekazuje się formularz „Niebieska Karta – B”, podejmuje się działania interwencyjne we współpracy z pozostałymi służbami, zawiadamia się organy ścigania o możliwości popełnienia przestępstwa. Wszystkie działania muszą być dokumentowane tj. z każdego działania sporządza się dokumentację (notatki, protokoły), którą w przypadku podejrzenia przestępstwa przekazuje się organom ścigania. Formularze „Niebieska Karta – C” i „Niebieska Karta – D” są wypełniane przez członków zespołu interdyscyplinarnego bądź grupy roboczej.

Działalność Zespołów Interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy

Zespół interdyscyplinarny to zespół składający się z przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty, ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych, kuratorów sądowych, a czasami prokuratorów oraz przedstawicieli podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Zadaniem zespołu interdyscyplinarnego jest integrowanie i koordynowanie działań wyżej wymienionych podmiotów oraz specjalistów w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie [7].

Skład osób uczestniczących w pracy danego zespołu uzależniony jest w szczególności od rodzaju problemu oraz kompetencji i możliwości poszczególnych służb, instytucji i organizacji.

Przewodniczący zespołu zwołuje posiedzenie interdyscyplinarnego komitetu lub grupy roboczej. Na posiedzenia wzywana jest osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie (pisemnie, telefonicznie, osobiście) oraz osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie (pisemnie). Jednak nie ma przewidzianych środków przymusu ani konsekwencji za niestawiennictwo osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie.

Zadaniem zespołu jest profesjonalna pomoc osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie. Równolegle zespół podejmuje działania wobec osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie w kierunku zaprzestania przemocy, rozstrzygnięcie o zasadności podejmowanych działań oraz opracowanie indywidualnego planu pomocy.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” dokładnie definiuje zadania poszczególnych służb, w tym także zadania pracownika socjalnego dotyczące podejmowanych działań w przypadku rodziny doświadczającej przemocy.

Profesjonalizm niesienia pomocy osobie dotkniętej przemocą w rodzinie wyznacza zaangażowanie oraz przede wszystkim – współdziałanie instytucji, spójność i kompleksowość podejmowanych przez nich działań. Instytucje, które powinny współpracować ze sobą celem niesienia pomocy osobie dotkniętej przemocą to: Ośrodki Pomocy Społecznej, Ośrodki Interwencji Kryzysowej, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, Ośrodki Wsparcia, w tym Domy dla Samotnych Matek, jednostki specjalistycznego poradnictwa, przedstawiciele ochrony zdrowia (ratownicy medyczni, lekarze, pielęgniarki).

Obowiązki osoby, która zauważyła stosowanie przemocy

Osoba, która powzięła informację o stosowaniu przemocy powinna:

- diagnozować sytuację i potrzeby osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie,
- udzielać kompleksowych informacji o możliwościach uzyskania pomocy, formach pomocy dzieciom doznającym przemocy w rodzinie,
- podejmować dalsze działania mające na celu poprawę sytuacji osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie,
- organizować dostęp do pomocy medycznej (jeśli wymaga tego stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie),
- zapewniać osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, w zależności od potrzeb, schronienie w całonocnej placówce świadczącej pomoc, w tym w szczególności w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie.

Pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej może także prowadzić rozmowy z osobą podejrzaną o stosowanie przemocy dotyczące konsekwencji stosowania przemocy wobec osób najbliższych lub innych możliwości takich jak podjęcie terapii czy uczestnictwo w programie korekcyjno-edukacyjnym. Pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej może podejmować powyższe działania indywidualnie, bez względu na to czy w przypadku danej rodziny została powołana grupa robocza.

Do pracy z konkretną rodziną powoływane są grupy robocze, w skład których wchodzi osoby bezpośrednio pracujące z rodziną lub znające jej sytuację. Skład grup roboczych może zmieniać się w zależności od bieżącej sytuacji rodziny, potrzeb i działań. Zadaniem grupy roboczej jest opracowanie planu pomocy i taki podział zadań między jej członków, by praca z rodziną przyniosła jak najlepsze efekty. Głównym celem pracy przedstawicieli służb w ramach grup roboczych jest zatrzymanie zjawiska przemocy występującej w danej rodzinie, ale na różnym etapie prac tych grup wyznaczane są oczywiście cele szczegółowe opracowywane w zależności od gotowości do współpracy i podejmowania działań przez osoby doświadczającej przemocy. Grupy robocze pracują nie tylko z osobami doświadczającymi przemocy, ale także z tymi, które podejrzane są o jej stosowanie. Podczas tego typu spotkań członkowie grupy roboczej nie tylko informują o konsekwencjach prawnych stosowania przemocy wobec osób najbliższych i realnych możliwości ich wyciągnięcia, ale mają także ofertę pomocową dla tych, którzy nie radzą sobie z własną agresją.

W każdym przypadku otrzymania informacji o bezpośrednim zagrożeniu życia lub zdrowia dziecka w związku z przemocą w rodzinie odbywa się wizyta pracownika socjalnego we wskazanym środowisku, który dokonuje oceny sytuacji dziecka w rodzinie. W przypadku braku potwierdzenia zagrożenia życia lub zdrowia dziecka pracownicy przeprowadzają rozmowę z rodzicami, opiekunami prawnymi lub faktycznymi dziecka przekazując informację na temat instytucji wspierających rodziny mieszkające na terenie gminy, przyjmują pisemne oświadczenie od ww. zawierające informacje dotyczące sytuacji dziecka w rodzinie.

Osobie dotkniętej przemocą w rodzinie udziela się bezpłatnej pomocy, w szczególności w formie:

- 1) poradnictwa medycznego, psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego;
- 2) interwencji kryzysowej i wsparcia;

- 3) ochrony przed dalszym krzywdzeniem, przez uniemożliwienie osobom stosującym przemoc korzystania ze wspólnie zajmowanego z innymi członkami rodziny mieszkania oraz zakazanie kontaktowania się i zbliżania się do osoby pokrzywdzonej;
- 4) zapewnienia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie bezpiecznego schronienia w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;
- 5) badania lekarskiego w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie oraz wydania zaświadczenia lekarskiego w tym przedmiocie;
- 6) zapewnienia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie, która nie ma tytułu prawnego do zajmowanego wspólnie ze sprawcą przemocy lokalu, pomocy w uzyskaniu mieszkania.

Procedura „Niebieskie Karty”

Przemoc w rodzinie to zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie skierowane przeciwko członkowi rodziny, które narusza prawa i dobra osobiste powodując cierpienie i szkody. Procedura „Niebieskie Karty” wszczynana jest w każdym przypadku, w którym zaistnieje uzasadnione podejrzenie stosowania przemocy w rodzinie. Do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” zobowiązani są przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty, ochrony zdrowia. Podjęcie odpowiednich działań nie wymaga zgody osoby, która jest dotknięta przemocą w rodzinie.

Zasady postępowania i udzielania profesjonalnej pomocy są uporządkowanym sposobem działania w trudnych sytuacjach [6]. Ich podstawową zaletą jest to, że pozwalają szybko i skutecznie działać bez zbędnego zastanawiania się nad sensem i kolejnością podejmowanych czynności. Szczególnie wtedy, kiedy zagrożone jest bezpieczeństwo osoby doznającej przemocy w rodzinie, znajomość zasad postępowania staje się wskazana [7].

Znęcanie się nad osobą najbliższą ujęte w art. 207 k.k. jest przestępstwem ściganym z urzędu (z oskarżenia publicznego). Przepis ten wskazuje, że organy ścigania – policja i prokuratura, jeśli posiadają wiedzę lub jakkolwiek sposób zostały powiadomione o popełnieniu tego przestępstwa, są zobligowane do wszczęcia i prowadzenia postępowania karnego.

Jednocześnie, do zainicjowania ścigania osoby znęcającej się nie jest potrzebny wniosek osoby pokrzywdzonej – ofiary przemocy. Zgłoszenie może nastąpić ze strony osoby prywatnej (sąsiad, członek rodziny), osoba prowadząca prywatną praktykę zawodową (m.in. psycholog, prawnik, terapeuta), lub przedstawiciel służby publicznej, np. kurator, nauczyciel, pedagog szkolny, wychowawca w placówce opiekuńczo-wychowawczej, pracownik socjalny. Każdy, kto posiada wiedzę i istotne informacje na temat popełnionego przestępstwa ściganego z urzędu, ma obowiązek niezwłocznie poinformować o tym organy ścigania. Jednakże charakter obowiązku zgłoszenia jest różny w zależności od tego czy jest się osobą prywatną czy też osobą reprezentującą instytucje państwowe i samorządowe.

Głównym zadaniem służby zdrowia jest ochrona zdrowia pacjenta. Zjawisko przemocy domowej kwalifikuje się do zakresu sytuacji objętych świadczeniami zdrowotnymi ponieważ:

- a) bardzo często towarzyszą mu wyraźne uszkodzenia zdrowia somatycznego,
- b) zawsze występują poważne uszkodzenia zdrowia psychicznego.

W dziedzinie pomocy ofiarom przemocy domowej, oprócz zadań podstawowych, takich, jak np. udzielenie pomocy medycznej, istotne jest:

- rozpoznanie sygnałów świadczących o występowaniu przemocy, szczególnie, gdy ofiary bądź świadkowie próbują to ukryć,
- umiejętność przeprowadzania rozmowy umożliwiającej rozpoznanie formy przemocy i częstotliwość jej występowania,
- poinformowanie ofiar o możliwościach szukania pomocy,
- wystawienie na prośbę pokrzywdzonego zaświadczenia lekarskiego o stwierdzonych obrażeniach,
- poinformowanie ofiar o miejscach i warunkach wystawienia obdukcji,
- w przypadku stwierdzenia takiej konieczności, lub na prośbę pokrzywdzonych, powiadomienie i ich sytuacji służb np. pomocy społecznej, policji, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych,
- powiadomienie organów ścigania o stwierdzeniu lub podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

Funkcjonariusze policji oraz pracownicy służby zdrowia i instytucji zapewniających ofiarom specjalistyczne wsparcie powinni posiadać właściwe przeszkolenie oraz dysponować odpowiednimi zasobami i uprawnieniami umożliwiającymi dotarcie do ofiar, tak, by wszystkie formy

przemocy były niezależnie od kontekstu rozpoznawane i rejestrowane, i by spotykały się z odpowiednią reakcją [7].

Głównym celem oddziaływań pomocowych w pierwszym rzędzie jest zapewnienie bezpieczeństwa ofiarom przemocy, zaspokojenie ich podstawowych potrzeb bytowych. Kolejne działania odnoszą się do odbudowania zdolności do samodzielnego rozwiązywania problemów [9].

Czas trwania przemocy może być okresem bardzo długim, a pomoc i wsparcie dociera do ofiar dopiero wtedy, gdy pokrzywdzony doznaje poważnych urazów i konieczna jest pomoc medyczna. Sytuacja ta wynika bardzo często z faktu, iż ofiary przemocy wytwarzają szereg psychologicznych mechanizmów obronnych, pozwalających na zachowanie równowagi psychicznej przez długi okres czasu. Poszkodowani kierują się do osób czy instytucji pomocowych w sytuacji, gdy mechanizmy obronne stają się niewystarczające, co prowadzi do załamania. Dlatego też, ważne jest tworzenie możliwości łatwego kontaktu z instytucjami świadczącymi specjalistyczne usługi na rzecz ofiar przemocy [3, 5].

Bibliografia

1. Biskupska M., *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie – rola profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej*, „Nowiny Lekarskie” 2013; 82 (3).
2. Mellibruda J., *Przeciwdziałanie przemocy domowej*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2009.
3. Gruszczyńska B., *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawno-kryminologiczne*, Oficyna Wolters Kluwer, Kraków 2007.
4. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. 2005 Nr 180, poz. 1493.
5. Herzberger S., *Przemoc domowa. Perspektywa psychologii społecznej*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2002.
6. Giddens A., *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
7. Michalska K., Jaszczak-Kuźmińska D., *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwo Edukacyjne PAMPEDIA Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2007.
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13.09.2011 r. w sprawie procedury „Niebieskiej Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”, Dz.U. Nr 209, poz. 1245.
9. Najwyższa Izba Kontroli. *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie przez administrację publiczną*, NIK, Warszawa 2013.

Jadwiga Szymanek, Anna Goździalska

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Poziom wiedzy pielęgniarek pracujących na oddziałach internistycznych i chirurgicznych na temat cukrzycy typu 2

Streszczenie

Cukrzyca jest chorobą, w której znaczący wpływ na życie i stan pacjenta mają zachowania zdrowotne chorych. Do obowiązków pielęgniarek należy między innymi podejmowanie działań edukacyjnych. Aby było to możliwe pielęgniarka musi mieć niezbędne wykształcenie i aktualną wiedzę na temat cukrzycy.

Praca prezentuje wyniki badań stanu wiedzy pielęgniarek na oddziałach chirurgicznych i internistycznych, różnic w poziomie ich wiedzy oraz czynników, które mogą wpływać na jej poziom. Badania przeprowadzono w Szpitalu Specjalistycznym im. S. Żeromskiego w Krakowie na grupie 100 pielęgniarek – 50 pracujących na oddziałach internistycznych i 50 na oddziałach chirurgicznych. Do realizacji zaplanowanych badań użyto ankiety, składającej się z 44 pytań, w tym 35 pytań dotyczyło wiedzy pielęgniarek.

Uzyskane dane pozwoliły na ocenę poziomu wiedzy pielęgniarek i wykazały wiele braków w zakresie znajomości niektórych zagadnień związanych z cukrzycą oraz brak zależności pomiędzy pracą na konkretnym oddziale, a stanem wiedzy. Analiza tych badań pozwoliła na wyodrębnienie czynników mających wpływ na stan wiedzy pielęgniarek, takich jak: wykształcenie, staż pracy, wiek, ukończone kursy diabetologiczne. Istnieje zatem potrzeba prowadzenia szkoleń z zakresu diabetologii oraz opracowania systemu informacyjnego o tych szkoleniach.

Słowa kluczowe: cukrzyca, pielęgniarki, wiedza pielęgniarek, edukacja w zakresie cukrzycy

The level of knowledge of nurses working in departments of internal medicine and surgery on type 2 diabetes

Abstract

Diabetes is a disease in which patient's health behavior has important impact on his/her live. Patient's participation in therapy depends on knowledge, skills and motivation. The duties of nurses include among others, educational activi-

ties. To make this possible the nurse must have necessary and actual knowledge about diabetes.

This work assessed comparatively knowledge of nurses working on surgical and internal medicine wards and factors that may influence its level. The research was conducted at Specialist Hospital Stefan Zeromski in Cracow. To achieve these goals a survey consisting of 44 questions, including 35 questions about nurses' knowledge. The study group consisted of 50 nurses working on internal medicine wards and 50 nurses working on surgical wards.

Analysis of these research made possible to identify some factors influencing the knowledge level of nurses such as education, work experience, age. It showed deficiencies in some areas. The knowledge level was not depended on working ward. There is a need for training in the field of diabetes and the development of an information system about it.

Key words: diabetes, nurses, nurses' knowledge, education on diabetes

Wprowadzenie

Cukrzyca to przewlekłe zaburzenie metaboliczne, w którym występują powtarzalnie takie czynniki, jak hiperglikemia na czczo i glukozuria, hiperglikemia po posiłkach w ciągu dnia i glikozuria oraz stężenie glukozy we krwi większe od uznawanego za charakterystyczne dla osób zdrowych po podaniu doustnym testowej dawki 75 g glukozy [1].

Wyróżnia się kilka rodzajów cukrzycy. W cukrzycy typu 1 wydzielanie endogennej insuliny prawie nie występuje. Cukrzyca typu 2 dotyczy osób z obwodową insulinoopornością z następowym względnym niedoborem insuliny spowodowanym upośledzeniem biosyntezy i wydzielania insuliny przez komórki β wysp trzustki [2,3]. Cukrzyca typu 2 obejmuje około 90% wszystkich przypadków cukrzycy, zatem jest najczęściej rozpoznawanym typem cukrzycy [2].

Inne rodzaje cukrzycy to np. cukrzyca ciążowa, MODY (maturity onset diabetes of the youth), LADA (latent autoimmune diabetes in adults, ang.) czy cukrzyca wtórna stanowiąca ok. 2–3% wszystkich przypadków [4].

Cukrzyca jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą metaboliczną na świecie. Według danych WHO (World Health Organization) w 2003 r. na cukrzycę w grupie wiekowej 20–79 lat chorowało na świecie 194 mln ludzi, w Europie 48 mln. Opublikowane dane z 2011r. pokazują, że cukrzyca dotyczy 6,8% Polaków w wieku 20–74 lat, czyli około 2,5 miliona dorosłych Polaków (4). Istnieje zatem konieczność stworzenia i realizacji na całym świecie programu prewencji i poprawy jakości opieki diabetologicznej zgodnie z zaleceniami WHO, IDF (International Diabetes Federa-

tion) i EASD (European Association for the Study of Diabets) (4). Ważna jest zatem wczesna diagnostyka czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń metabolizmu węglowodanów, wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2 oraz stanów poprzedzających jej wystąpienie, czyli nieprawidłowej glikemii na czczo oraz upośledzonej tolerancji glukozy. Wczesne zastosowanie optymalnej terapii w celu wyrównania metabolicznego, może zapobiec lub opóźnić wystąpienie przewlekłych powikłań cukrzycy [5–7].

Cukrzyca towarzyszą liczne powikłania, takie jak mikroangiopatie [8], makroangiopatie [9]. Retinopatia cukrzycowa to uszkodzenie naczyń krwionośnych siatkówki oka wywołane hiperglikemią i nadciśnieniem tętniczym [10]. Może wystąpić też nefropatia cukrzycowa. Na skutek hiperglikemii i nadciśnienia tętniczego dochodzi do postępującej choroby nerek. [3], Neuropatia to powikłanie cukrzycy, w którym dochodzi do uszkodzenia obwodowego układu nerwowego. Uszkodzenie może dotyczyć pojedynczego nerwu (mononeuropatia) lub wielu nerwów (polineuropatia) [11].

Choroba niedokrwienne kończyn dolnych towarzysząca cukrzycy może prowadzić do powstania stopy cukrzycowej [2, 12]. W miarę trwania cukrzycy chory coraz częściej ma nadciśnienie tętnicze [3, 13]. Dyslipidemia występuje u 60–80% ludzi chorych na cukrzycę typu 2 [14, 15].

Leczenie cukrzycy typu 2 polega między innymi na zmianie dotychczasowego stylu życia, zmniejszeniu masy ciała oraz wielokierunkowym, intensywnym leczeniu hipotensyjnym, hipoglikemizującym, hipolipemizującym oraz redukcji zaburzeń układu krzepnięcia i fibrynolizy [16, 17]: Z uwagi na progresywny charakter cukrzycy typu 2 leczenie powinno być intensyfikowane etapami [18] i dostosowane do zmieniającego się i postępującego zaburzenia gospodarki węglowodanowej [19].

Dieta i wysiłek fizyczny w cukrzycy mają bardzo istotną rolę. Nie jest możliwe wyrównanie metaboliczne cukrzycy u pacjenta, który nie przestrzega zaleceń dietetycznych oraz wysiłku fizycznego, pomimo stosowania intensywnych form insulinoterapii, czy przyjmowania leków przeciwcukrzycowych [16, 20–22].

Przy wyborze leku zasadnicze znaczenie ma współistnienie otyłości, nasilenie hiperglikemii porannej i popołudniowej, wydolność nerek, wątroby oraz obecność innych chorób [23]. U osób, u których nie udało się osiągnąć wyrównania cukrzycy za pomocą leków doustnych, konieczne staje się wdrożenie leczenia insuliną, które może mieć charakter trwały lub okresowy [24–27].

Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem z cukrzycą jest prowadzenie działalności profilaktycznej. Wyróżnia się trzy poziomy prewencji: pierwotna, wtórna i trzeciorzędowa. Prewencja pierwotna ma na celu utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia oraz zapobieganie chorobie poprzez kontrolowanie czynników ryzyka [28–30].

Prewencja wtórna ma na celu wczesne wykrywanie choroby i zapobieganie jej progresji oraz identyfikację osób z nierozpoznaną (bezobjawową) cukrzycą [29].

Prewencja trzeciorzędowa polega na optymalnym leczeniu cukrzycy i zapobieganiu powikłaniom [31].

W wielu przypadkach to pielęgniarka jest głównym źródłem wiedzy na temat choroby, to właśnie ona kształtuje umiejętności pacjenta w zakresie samokontroli i odpowiednio go motywuje [32]. Pielęgniarka mająca aktualną wiedzę z zakresu diabetologii jest w stanie zapewnić pacjentom opiekę na wysokim poziomie [33, 34].

Edukacja powinna być realizowana w sposób usystematyzowany, od momentu rozpoznania i rozpoczęcia terapii, przez reedukację na podstawie corocznej oceny potrzeb szkoleniowych pacjenta lub prowadzona na jego prośbę [35–38].

Prowadzenie edukacji w ocenie pacjentów wpływa na wzrost poczucia zadowolenia i satysfakcji z życia [39]. Dzięki edukacji pacjent oswaja się ze swoją chorobą, uczy się prowadzenia właściwego trybu życia, co ma przełożenie na poprawę jakości życia i zmniejsza w przyszłości możliwość wystąpienia powikłań choroby [40].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest analiza stanu wiedzy pielęgniarek pracujących na oddziałach internistycznych i chirurgicznych na temat cukrzycy typu 2 oraz czynników, które mogą wpływać na ich poziom wiedzy.

Materiał i metody

Badania przeprowadzone zostały po otrzymaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej Krakowskiej Akademii nr KBKA/15/O/2014 oraz Dyrekcji Szpitala. Badania ankietowe przeprowadzono w październiku i listopadzie 2014 roku w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego w Krakowie, os. Na Skarpie 66.

Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 44 pytań podzielonych na dwie części: pierwsza zawierała pytania o zmienne niezależne, takie jak: oddział na jakim badana pracuje, wiek, staż pracy w zawodzie, wykształcenie, samoocenę poziomu wiedzy respondentek, źródła pozyskiwania wiedzy i udział w szkoleniach wśród ankietowanych. Natomiast druga część kwestionariusza obejmowała 35 pytań sprawdzających wiedzę pielęgniarek na temat cukrzycy. Ankieta była anonimowa, a udział w niej całkowicie dobrowolny.

Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą programu Statistica 7 (Statsoft Poland). Do obliczeń użyto testów: chi-kwadrat oraz Kruskala-Wallisa. Dla wszystkich obliczeń statystycznych przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Grupę badawczą stanowiło 100 pielęgniarek (50 pracujących na oddziale internistycznym oraz 50 pielęgniarek pracujących na oddziale chirurgicznym). Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 40 – 50 lat (34%). Drugą co do liczebności grupą wiekową były pielęgniarki w wieku 30–40 lat (31%) oraz osoby w wieku do powyżej 50 lat (15%). W wieku poniżej 30 roku życia było 20% ankietowanych.

Osoby z wykształceniem wyższym zawodowym stanowiły 41% badanych, z wykształceniem średnim – 37%, a z wykształceniem wyższym magisterskim – 22% badanych. Pielęgniarki ze stażem pracy pomiędzy 21 a 30 lat pracy stanowiły 34% badanych, a z najdłuższym stażem pracy powyżej – 30 lat, 13% badanych. Staż poniżej 10 lat pracy miało 27% badanych, a między 10 a 20 lat – 26% badanych.

Wyniki

Pielęgniarki oceniły swoją własną wiedzę na temat cukrzycy typu 2 dość wysoko. Aż 43% pielęgniarek uznało swoją wiedzę na poziomie bardzo dobrym lub dobrym, 47% respondentek oceniło swoją wiedzę na poziomie wystarczającym do pracy na danym oddziale szpitalnym, a tylko 10% oceniło się raczej słabo.

Zdecydowana większość pielęgniarek (92%) wyraziła chęć podnoszenia własnych kwalifikacji w zakresie diabetologii. Natomiast 8% ankietowanych uważało, że posiadana przez nich wiedza jest wystarczająca do rzetelnego wykonywania przez nich obowiązków służbowych. W ciągu ostatnich 5 lat 19% respondentów uczestniczyło w szkoleniu z zakresu

diabetologii. Najczęstszym powodem, który podawały respondentki, w przypadku pytania o przyczyny niekorzystania przez pielęgniarki ze szkoleń z zakresu diabetologii jest brak wsparcia finansowego pracodawcy oraz nieudzielanie urlopów szkoleniowych przez pracodawcę – taką opinie podało 48% ankietowanych. 19% ankietowanych podało, że nie słyszało o takim kursie.

Po przeprowadzeniu testu wiedzy na temat cukrzycy składającego się z 35 pytań i przeanalizowaniu danych, okazało się, że 8% ankietowanych zaznaczyło mniej niż 15 odpowiedzi poprawnych. 15–20 prawidłowych odpowiedzi podało 26%. Natomiast 39% 20–25, a 19% 25–30 prawidłowych odpowiedzi. Ponad 30 odpowiedzi prawidłowych udzieliło 8% respondentów.

Pytania zawarte w wypełnianym przez respondentki kwestionariuszu sprawdzały podstawową wiedzę teoretyczną z zakresu cukrzycy typu 2. Dotyczyły one definicji cukrzycy i jej objawów, prawidłowej wartości glikemii, diagnostyki cukrzycy, hemoglobiny glikowanej, spożycia alkoholu w cukrzycy, leków podawanych przy tym schorzeniu i ich skutków ubocznych, technik i miejsc podawania insuliny i jej przechowywania, występujących powikłań cukrzycy, prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego, wiedzy z zakresu diety stosowanej w cukrzycy oraz zalecanej aktywności fizycznej.

Najmniej poprawnych odpowiedzi (25%) dotyczyło zastosowania odpowiedniej diety przed wykonaniem doustnego testu tolerancji glukozy, składu diety cukrzycowej (33%), prawidłowej ilości soli w diecie (40%), definicji wymiennika węglowodanowego (34%) oraz skutków spożycia alkoholu przez chorego (35%), objawów ubocznych niektórych leków (47%) oraz wartości prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi (47%).

Na pytania dotyczące sposobu podawania insuliny poprawnie odpowiedziało 96% badanych, o wykonywania pomiarów cukru (90%), o prawidłowe wyniki stężenia glukozy na czczo (86%), o objawy hipoglikemii (84%), o sposób przechowywania insuliny (85%), o sposoby regulowania poziomu cukru (82%), oraz o aktywność fizyczną, jaką powinien stosować pacjent z cukrzycą (84%).

Analizowano wpływ poszczególnych czynników na wiedzę ankietowanych. W wyniku zastosowania testu rang Kruskala Wallisa stwierdzono, że praca na danym oddziale nie ma wpływu na poziom wiedzy na temat cukrzycy ($p=0,87$). Brak jest również istotnej statystycznie różnicy w wiedzy na temat cukrzycy w zależności od wieku osób badanych

($p=0,38$), od stażu pracy pielęgniarek ($p=0,21$), od poziomu wykształcenia respondentek ($p=0,16$). Natomiast od udziału w szkoleniu z zakresu diabetologii w ciągu ostatnich 5 lat poziom znamienności wynosił $p=0,06$.

Czerpanie wiedzy o cukrzycy ze szkoleń jest istotnie statystycznie zależne od oddziału, ($p=0,00$). Pielęgniarki pracujące na oddziale chirurgicznym, w przeciwieństwie do pielęgniarek z oddziału internistycznego, w większości nie czerpią wiedzy na temat cukrzycy ze szkoleń.

Pielęgniarki deklarują, że w pogłębianiu swojej wiedzy korzystają najczęściej ze szkoleń Internetu i czasopism. Występuje istotna statystycznie różnica w wiedzy na temat cukrzycy w zależności od czerpania wiedzy o cukrzycy z Internetu, w stosunku do innych źródeł ($p=0,0203$). Czerpanie wiedzy o cukrzycy z Internetu nie jest istotnie statystycznie zależne od oddziału, na jakim pracuje pielęgniarka ($p=0,83$).

Czerpanie wiedzy o cukrzycy z czasopisma jest istotnie statystycznie zależne od oddziału ($p=0,00$). Z analizy danych wynika, że osoby pracujące na oddziale chirurgicznym w ponad 70% przypadków czerpią wiedzę na temat cukrzycy z czasopism. Natomiast dla pielęgniarek pracujących na oddziale internistycznym czasopisma nie są głównym źródłem wiedzy na temat cukrzycy.

Chęć poszerzenia wiedzy z zakresu diabetologii nie jest istotnie statystycznie zależna od oddziału ($p=0,13$). Z analizy danych wynika, że większość pielęgniarek z chęcią poszerzyłoby swoją wiedzę z zakresu diabetologii. Deklarowanymi najczęstszymi przyczynami niekorzystania z kursów przez pielęgniarki jest brak informacji o takim kursie, brak wsparcia finansowego pracodawcy i nieudzielanie urlopów szkoleniowych przez pracodawcę.

Brak informacji o kursie z zakresu diabetologii jest istotnie statystycznie zależne od oddziału ($p=0,00$). Z analizy danych wynika, że większość respondentek, które odpowiedziały, że przyczyną niekorzystania z kursów z zakresu diabetologii jest brak informacji o takim kursie, pracuje na oddziale chirurgicznym.

Dyskusja

Dużym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej okazuje się wciąż wzrastająca liczba chorych na cukrzycę. Z powodu ograniczonej dostępności, już teraz wielu pacjentów nie trafia do poradni diabetologicznych

tylko pozostaje pod opieką lekarzy rodzinnych. Edukacja tych chorych spoczywa głównie na pielęgniarkach pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej i zatrudnionych w oddziałach szpitalnych [32].

Jak wynika z badań B. Kosickiej i I. Wrońskiej [34] na pielęgniarsce spoczywa obowiązek głównego edukatora cukrzycy. Pacjenci informowani przez pielęgniarkę mają znacznie wyższy poziom wiedzy na temat cukrzycy i metod postępowania w tej chorobie niż grupa chorych informowanych przez inne osoby.

Według Ciechaniewicz [41] najbardziej bezpośrednim źródłem informacji jest pielęgniarka, która lepiej niż ktokolwiek inny jest w stanie ocenić potrzeby pacjenta i jego gotowość do uczenia się. Pielęgniarka z pacjentem chorym na cukrzycę ma kontakt w zasadzie na każdym oddziale szpitalnym zwłaszcza internistycznym, ale i chirurgicznym. Specyfika pracy tych oddziałów jest różna. W oddziale chirurgicznym opieka nad chorym polega głównie na opiece przed, śród i kooperacyjnej, a pielęgniarka, opiekująca się pacjentem z cukrzycą musi posiadać wiedzę umożliwiającą jej prawidłowe działanie w każdym z tych etapów, prowadząc działania diagnostyczne, biorąc udział w leczeniu i edukacji pacjenta. Pielęgniarki oddziału internistycznego mają często kontakt z chorym u którego rozpoznaje się cukrzycę, biorą udział w działaniach diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, profilaktycznych i edukacyjnych pacjenta z cukrzycą.

Warunkiem koniecznym do sprawowania prawidłowej opieki nad pacjentem z cukrzycą opartej na wzajemnym zaufaniu i pomocy jest regularnie aktualizowana odpowiednia wiedza zawodowa pielęgniarek [32].

Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej [42] oraz Kodeks etyki zawodowej informują, że pielęgniarka ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz adekwatnie do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa powinna rozwijać swoje kompetencje [43].

Badania przeprowadzone przez Kadłubowską M. i wsp. [33] wykazały, że wiedza ogólna na temat cukrzycy różni się na poszczególnych oddziałach. Największą wiedzę mają pielęgniarki pracujące na oddziale wewnętrznym, następnie na oddziale chirurgii ogólnej i naczyniowej na samym końcu pielęgniarki z oddziału stacji dializ. Wyniki badań własnych nie potwierdzają tej zależności. Badania własne wykazały, że praca na danym oddziale nie ma wpływu na poziom wiedzy na temat cukrzycy i nie istnieje statystyczna zależność pomiędzy nimi.

Badania własne pokazują, że wiedzę pielęgniarek na poziomie dobrym i bardzo dobrym miało 37% respondentek, natomiast na poziomie wystarczającym 46% pielęgniarek. 17% pielęgniarek miało wiedzę na poziomie słabym i bardzo słabym. Spośród ankietowanych żadna nie wypełniła poprawnie całego kwestionariusza. Podobne wyniki przedstawiła Kadłubowska M. i wsp. [33], tu również uzyskano wyniki świadczące o bardzo dobrym i dobrym stanie wiedzy u 41,7% pielęgniarek. Natomiast w badaniu tym więcej, bo aż 35% respondentek, miało niski i bardzo niski poziom wiedzy.

Na pytanie o wartość prawidłowego ciśnienia tętniczego krwi 47% pielęgniarek odpowiedziało prawidłowo, a glukagonu i 1 WW (jednego wymiennika węglowodanowego) – odpowiednio 45% i 34% respondentek.

W badaniach przeprowadzonych przez Kłys E. i wsp. [44] wśród studentek pielęgniarstwa na pytanie dotyczące prawidłowej wartości ciśnienia u pacjenta z cukrzycą studentki zaznaczyły mniej niż 50% prawidłowych odpowiedzi. Autorzy zwracają uwagę na konieczność jak najszybszego uzupełnienia tych braków ponieważ umiejętność interpretacji pomiaru należy do podstawowych obowiązków pielęgniarek. W badaniach przeprowadzonych przez Kamińską A. i wsp. [32] na pytanie dotyczące optymalnego ciśnienia tętniczego krwi tylko 26% odpowiedziało prawidłowo, a 19% badanych odpowiedziało prawidłowo na pytanie dotyczące podawania glukagonu. Na pytanie dotyczące 1 WW, 55% odpowiedziało poprawnie. Wyżej wymienione wyniki badań własnych nieznacznie się różniły wskazują jednak na niski poziom wiedzy w tym zakresie.

Na pytanie dotyczące hemoglobiny glikowanej w przeprowadzonych badaniach ankietowani odpowiedzieli prawidłowo w 49% natomiast wyniki, jakie uzyskała Kadłubowska M. i wsp. [33] były bardziej optymistyczne, bo poprawnie odpowiedziało na to pytanie 99% pielęgniarek.

W określeniu diety osoby chorej na cukrzycę 33% odpowiedzi było poprawnych. Według badań Kłys E. i wsp. [44] w pytaniu na temat diety uzyskano 70% prawidłowych odpowiedzi. Na pytanie dotyczące skutków spożycia alkoholu przez chorego – 35% odpowiedzi było poprawnych. Wyniki te potwierdzają badania Kłys E. i wsp. [44], gdzie tylko 20% studentek odpowiedziało prawidłowo na to pytanie.

W badaniach dokonano również analizy czynników, które mogą wpływać na stan wiedzy pielęgniarek.

Jak wynika z przeprowadzonego badania wśród pielęgniarek występuje zainteresowanie tematem cukrzycy, ale zbyt mała liczba personelu

pielęgniarskiego doszkała się w tej dziedzinie. W ciągu ostatnich 5 lat 19% respondentów uczestniczyło w szkoleniu z zakresu diabetologii. Badania takie zostały przeprowadzone przez Wilczewską i wsp. [45] i wynika z nich, że kursy na temat cukrzycy ukończyło 30% pielęgniarek. natomiast w badaniach Gawor i wsp. [46] 8,8% pielęgniarek. W badaniach Szewczyk i wsp [47] przeprowadzonym w 2006r. wśród 311 pielęgniarek z całej Polski 42,8% pielęgniarek uczestniczyło w szkoleniach z zakresu diabetologii.

Jak wykazały badania własne pielęgniarki deklarują, że w pogłębianiu swojej wiedzy korzystają najczęściej ze szkoleń Internetu i czasopism.

W badaniach Wilczewskiej wsp. [45] najczęstszym źródłem uzupełniania wiedzy dla 80% pielęgniarek było czasopismo „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”. Jak wynika z badań własnych pielęgniarki pracujące na oddziale chirurgicznym w ponad 70% przypadków czerpią wiedzę na temat cukrzycy z czasopisma, a przyczyną niekorzystania z kursów z zakresu diabetologii jest brak informacji o takim kursie. Natomiast osoby pracujące na oddziale internistycznym w przeważającej większości czerpią wiedzę na temat cukrzycy ze szkoleń. Wyniki tych badań wskazują na konieczność wprowadzenia lepszego przepływu informacji odnośnie szkoleń diabetologicznych szczególnie na oddziałach chirurgicznych.

Pielęgniarka ma bardzo ważną rolę w edukacji chorych na cukrzycę, gdyż to ona najczęściej kontaktuje się z pacjentem i to do jej obowiązków należy podejmowanie działań edukacyjnych. Aby to było możliwe sama musi posiadać aktualną i rzetelną wiedzę na temat cukrzycy. Wyniki badań przedstawione w niniejszej pracy wskazują na konieczność podnoszenia kwalifikacji diabetologicznych przez pielęgniarki i organizowania szkoleń z tego zakresu oraz opracowania systemu informacyjnego odnośnie tych szkoleń.

Wnioski

1. Nie wykazano statystycznej zależności pomiędzy poziomem wiedzy na temat cukrzycy pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgicznych, a pracujących na oddziałach wewnętrznych.
2. Personel medyczny w subiektywnej ocenie ma lepsze zdanie o własnej wiedzy niż wskazują na to badania.
3. Pielęgniarki najczęściej czerpią wiedzę o cukrzycy ze szkoleń, Internetu i czasopism, a wiedza pielęgniarek o cukrzycy korzystających

z Internetu jest zdecydowanie większa od tych, które nie korzystają z tego źródła informacji. Pielęgniarki są zainteresowane szkoleniami i podnoszeniem kwalifikacji w zakresie diabetologii, a powodem niekorzystania ze szkoleń diabetologicznych przez pielęgniarki jest: nieudzielanie urlopów szkoleniowych przez pracodawcę, brak wsparcia finansowego i brak informacji o takim kursie.

4. Pielęgniarki pracujące na oddziałach chirurgicznych rzadziej korzystają ze szkoleń w zakresie diabetologii, powodem może być brak informacji o takim kursie, który jest dużo większy w tych oddziałach niż w oddziałach internistycznych.
5. Istnieje konieczność podnoszenia kwalifikacji diabetologicznych wśród pielęgniarek i organizowania szkoleń z tego zakresu oraz opracowania systemu informacyjnego o tych szkoleniach.

Bibliografia

1. Pączek L., Mucha K., Foroncewicz B., *Choroby wewnętrzne, Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
2. Tatoń J., *Postępowanie w cukrzycy typu 2 oparte na dowodach, Standardy dla lekarzy*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
3. Januszewicz W., Kokot F., *Interna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
4. Szewczyk A. *Pielęgniarstwo diabetologiczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.
5. Muggeo M., *Accelerated complications in type 2 diabetes mellitus; the need for greater awareness and earlier detection*, Diab. Med. 1998, suppl. 4); 15: 60–62.
6. Cisińska G., Mczulski D., *Analysis of risk factors of diabetes based on Findrisc survey*, Hygeia Public Health, 2013; 48 (2).
7. Stryjewski P., Januś B., Krupa E., Nessler B., Badacz L., Nessler J., *Wpływ wieku, płci oraz masy ciała na częstość występowania nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy, u pacjentów hospitalizowanych na oddziale kardiologicznym*, „Przegląd Lekarski” 2011; 68 (9).
8. Szmít S., Opolski G., *Mikroangiopatia cukrzycowa – współczesne spojrzenie na patogenezę i znaczenie w chorobach układu sercowo-naczyniowego*, „Przegląd Kardiologiczny” 2006; 1: 20–21, 27–34.
9. Sosnowski C., Janeczko-Sosnowska E., Pasierski T., *Wpływ cukrzycy typu 2 na miażdżycę tętnic wieńcowych i obwodowych*, Diabetol Klin Dośw. 2005; 5: 433.

10. Szczeklik A., *Choroby wewnętrzne. Przyczyny, rozpoznanie i leczenie*, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.
11. Hurel S., *Powikłania mikroangiopatyczne: patofizjologia i postępowanie*, „Medycyna po Dyplomie” 2011; 4 (20).
12. Nowakowski A., Derkacz A., Chmiel-Perzyńska I., *Pacjent z zespołem stopy cukrzycowej w codziennej praktyce lekarza rodzinnego*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2011; 13.
13. Gardner D., Shoback D., *Endokrynologia ogólna i kliniczna Greenspana*, t. 1, b.m.w., wyd. II polskie, Wyd. Czelej, Lublin 2011.
14. May H.T., Anderson J.L., Pearson R.R. et al., *Comparison of effects of simvastatin alone versus fenofibrate alone versus simvastatin plus fenofibrate on lipoprotein subparticle profiles in diabetic patients with mixed dyslipidemia (from the Diabetes and Combined Lipid Therapy Regimen Study)*, *Am J Cardiol.* 2008; 101(4): 486–489.
15. Kokot F., *Choroby wewnętrzne – podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
16. Nabrdalik K., Gumprecht J., *Cukrzyca typu 2 – zasady postępowania w diagnostyce i terapii. Algorytmy w medycynie*, „Lekarz” 2011; 1–2.
17. Okulewicz-Morawska M., Jasik M., *Nowoczesne leczenie cukrzycy typu 2*, „Nowa Klinika” Choroby Cywilizacyjne, 2011; 2 (18): 239.
18. *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2010*, „Diabetologia Praktyczna” 2010; 11, Suplement A: A1–A47.
19. Sieradzki J., Małecki M., *Zasady leczenia chorych z cukrzycą w gabinecie lekarza rodzinnego*, „Terapia” 2011; 5, 2.
20. Fiodorenko-Dumas Ź., Pupka A., *Rehabilitacja w chorobach naczyń obwodowych*, Medfarm Polska, Wrocław 2011.
21. Kara I., Zysnarska M., Adamek R., Kalupa W., Gromadecka-Sutkiewicz M., Nowicka T., Maksymiuk T., *Palenie tytoniu, alkohol i aktywność fizyczna wśród pacjentów z cukrzycą typu 2*, „Przegląd Lekarski” 2012; 10.
22. Mędrala-Kuder E., *Aktywność fizyczna jako dodatkowa forma rehabilitacji chorych na cukrzycę typu 2*, *Roczn. PZH.* 2010; 1.
23. Sieradzki J., *Leczenie cukrzycy typu 2 w świetle ostatnio publikowanych zaleceń – uwagi praktyczne*, „Terapia” 2013; 6, 2.
24. Dąbrowski M., *Cele leczenia pacjenta z cukrzycą – jak bardzo agresywnie do nich dążyć?*, „Medycyna po Dyplomie” 2013; 3 (22).
25. Sieradzki J., *Zasady leczenia chorych z cukrzycą w gabinecie lekarza rodzinnego*, „Terapia” 2011; 2 (5).

26. Tatoń J., „Klasyczne” oraz innowacyjne wskazania i algorytmy insulinoterapii cukrzycy, „Nowa Klinika” 2012; 5 (19).
27. Henke J.A., Griffith M.L., Fowler M.J., *Rozpoczęcie insulinoterapii i modyfikowanie dawek insuliny u chorych na cukrzycę typu 2*, „Diabetologia Praktyczna” 2010; 2 (11).
28. Sieradzki J., *Możliwości profilaktyki cukrzycy typu 2 ze szczególnym uwzględnieniem osób z obciążeniem rodzinnym*, „Lekarz” 2011; 6.
29. Dymek-Skocznyńska A., Drozd E., Talarska D., *Profilaktyka cukrzycy typu 2 – rola i udział pielęgniarki*, *Pielęgniarstwo Polskie*” 2009; 3 (33).
30. Tatoń J., Czech A., Bernas M., *Diabetologia kliniczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
31. Koziarska-Rościszewska M., *Cukrzyca u osób starszych – diagnostyka, leczenie, prewencja powikłań*, Łódź 2005.
32. Kamińska A., Reyer D., Polaszewska-Muszyńska M., *Ocena wiedzy pielęgniarek uczestniczących w Regionalnym Programie Warsztatów Edukacji Diabetologicznej – doniesienie wstępne*, „Diabetologia Kiniczna” 2013; 2, 3.
33. Kadłubowska M., Bąk E., Kolonko J., *Wiedza pielęgniarek na temat choroby cukrzycowej i uczestnictwo w szkoleniach z zakresu diabetologii*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008; 3 (16).
34. Kosicka B., Wrońska I., *Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007; 2, 3 (15).
35. Piksa E., Krzemień J., Karnafel W., *Metody i standardy podawania insuliny*, „Terapia” 2014; 1.
36. Wierusz-Wysocka B., Zozulińska-Ziółkiewicz D., Drozd E., Stanisławska A., *Edukacja w cukrzycy*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2013; 5.
37. Hans-Wytrychowska A., Kurpas D., Sapilak B.J., *Wpływ edukacji na wyrównanie metaboliczne i ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL) u pacjentów chorujących na cukrzycę – badania własne*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2010; 2 (12).
38. Krzemińska S., *Edukacja chorego na cukrzycę*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2006; 1–2.
39. Jaworska M., Świerblewska E., Kunicka K., Burakowska A., Adamska K., Skuratowicz-Kubica A., *Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną*, „Diabetologia Praktyczna” 2010; 2 (11).
40. Kurowska K., Nowakowska K., *Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2*, „Diabetologia Praktyczna” 2011; 6 (12).

41. Ciechaniewicz W., *Funkcja wychowawcza*, „Pielęgniarstwo 2000” 1997; 6 (35).
42. Tatoń J., Czech A., Bernas M., *Metodyczny podręcznik edukacji terapeutycznej w cukrzycy niewymagającej wstrzykiwania insuliny*, Warszawa 1999.
43. Mirowska M., *Poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą oraz udział pielęgniarek w edukacji diabetologicznej*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010; 3 (18).
44. Kłys E., Gerstenkorn A., *Ocena poziomu wiedzy studentek pielęgniarstwa na temat cukrzycy typu 2*, „Diabetologia Kliniczna” 2005; 6 (5): 250–254.
45. Wilczewska L., Książek J., Piotrkowska R., Laddach I., *Edukacja zdrowotna w procesie pielęgnowania pacjentów z cukrzycą*, Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska. Sect. D Med. 2005; 6 (60), suppl. 16: 221–224.
46. Gawor A., Bełkowska-Kosycarz B., Lewandowska J. *Przygotowanie chorych na cukrzycę do samoopieki w opinii własnej i pielęgniarek*, Annales UMCS, Sectio D 2003; LVIII (supl. XIII): 400–405.
47. Szewczyk A., Kościńska E., Krupiec-Kruk G. i wsp., *Poziom i organizacja opieki nad pacjentami z cukrzycą przebywającymi w różnych oddziałach szpitalnych*, „Magazyn Edukacyjny PFED” 2007; 1: 24–25.

Jakość życia chorych odczulanych na jad owadów błonkoskrzydłych

Streszczenie

Uczulenie na jad owadów błonkoskrzydłych – głównie os i pszczoł oraz szerszeni – jest dużym problemem dla pewnej części społeczeństwa. Użądlenia owadów mogą być przyczyną nawet zagrażających życiu – reakcji alergicznych, których najpełniejszym i najgroźniejszym zespołem objawów klinicznych jest wstrząs anafilaktyczny. W ostatnich latach znacznie wzrosło zainteresowanie zagadnieniem jakości życia. Jakość życia w chorobach alergicznych nie oznacza jedynie braku objawów, dotyczy też sfery emocjonalnej, zawodowej i społecznej. Przede wszystkim chodzi o lęk, który stanowi często pogorszenie komfortu życia, nawet jeśli objawy nie występują. Celem pracy była ocena jakości życia chorych odczulanych na jad owadów błonkoskrzydłych. Badania ankietowe przeprowadzono w Klinice Alergii i Immunologii w Krakowie wśród 101 pacjentów odczulanych na jad owadów błonkoskrzydłych. Większość badanych osób nie ma istotnych problemów z wykonywaniem zwykłych czynności dnia codziennego ani z aktywnością fizyczną – niezależnie od częstotliwości występowania uczucia zaniepokojenia bądź lęku na widok owada żądającego.

Słowa kluczowe: alergia na jad owadów błonkoskrzydłych, jakość życia, odczulanie

Quality of life of patients desensitized for Hymenoptera venom Abstract

Hypersensitivity to Hymenoptera venom is an important problem for some people. Insect stings can cause serious – even life threatening – reactions. The most dangerous are hypersensitivity to stings of wasps, bees and hornets. In recent years, significantly increased interest in the issue of quality of life. Quality of life in allergic diseases does not concentrate on the absence of symptoms, but concerns also emotional, professional and social issues. One of the most important consequences of this type of allergy is fear, which often causes deterioration of life, even if symptoms do not occur. The aim of the study was to assess the quality of life of patients desensitized to Hymenoptera venom. The study was conducted at the Department of Allergy and Immunology CMUJ in Krakow among 101 patients desensitized to Hymenoptera venom. Most of the responders has no major problems with normal daily activities or with physical activity – regardless of the feelings of concern or fear at the sight of a stinging insect.

Key words: allergy to insect stings, quality of life, desensitization

Wprowadzenie

Nadwrażliwość na jad owadów błonkoskrzydłych stanowi problem medyczny i społeczny. Znajomość problematyki jest niezbędna nie tylko specjalistom alergologii, ale przede wszystkim lekarzom pierwszego kontaktu. Wczesne i właściwe postępowanie lekarskie po użądleniu oraz w czasie oczekiwania na konsultację specjalisty, nie tylko decyduje o bezpieczeństwie chorego, ale przede wszystkim ma istotne konsekwencje dla decyzji, które będą podejmowane podczas kolejnych etapów leczenia [1].

Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych wiąże się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia reakcji anafilaktycznej potencjalnie zagrażającej życiu, co pociąga za sobą pojawienie się lęku i obniżenie jakości życia. W alergii na jad owadów obserwuje się duży wpływ choroby na sferę emocjonalną, zawodową, relacje społeczne, realizowaną aktywność [2].

Osobnicze ryzyko użądlenia wynosi około 30% w ciągu życia. U dorosłych, wśród przyczyn anafilaksji, użądlenia przez owady zajmują trzecie miejsce po pokarmach i lekach, u dzieci plasują się na drugim miejscu [3]. U około 90% osób użądlenie przez osę lub pszczołę wywołuje ograniczoną reakcję miejscową w postaci obrzęku, zaczerwienienia i świądu, utrzymującego się przez 24 godziny. U pozostałych osób, rozwija się rozległa reakcja miejscowa (1,5–17%) lub najgroźniejsza uogólniona reakcja alergiczna, tak zwana systemowa, która występuje u około 0,8–5% populacji [1]. Szczególną sytuacją, kiedy duża reakcja miejscowa może stanowić stan zagrożenia życia jest użądlenie w okolice głowy, szyi i jamy ustnej. Szybko narastający obrzęk naczynioruchowy okolicznych tkanek może prowadzić do ostrej niedrożności górnych dróg oddechowych. Chorzy ci wymagają agresywnego postępowania leczniczego oraz rozważenia intubacji dotchawiczej.

Śmiertelność w wyniku użądlenia przez owady jest niska i wynosi około 0,45 zgonu na 1 milion mieszkańców na rok. W USA z powodu użądlenia przez owady umiera około 40–80 osób rocznie, w Niemczech 5–30 (21), w Polsce w sezonie lotów owadów umiera od kilku do kilkunastu osób. Nadal jednak brakuje dokładnych danych [2].

Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych stanowi poważny problem w praktyce alergologicznej i to nie tylko pod względem klinicznym, ale też społecznym i jednostkowym. Potencjalne zagrożenie utraty życia towarzyszące tej alergii powoduje konieczność objęcia osób nią dotkniętych programem opieki. Uraz psychiczny, który powstaje u chorych po

przebyciu ciężkiej ogólnoustrojowej reakcji poużądleniowej, a zwłaszcza objawy dotyczące układu oddechowego, generują lęk przed kolejnym atakiem owada i ewentualnym zgonem, pogarszając funkcjonowanie ofiar użądlenia w wielu obszarach życia. Dochodzi do odczuwalnej zmiany stylu życia i ograniczeniu aktywności fizycznej, co może znacząco wpływać na jakość życia. Dlatego istotna jest właściwa diagnostyka tych osób pod kątem alergii na jad i określenie, w jakim stopniu mogą oni być w przyszłości narażeni na ciężkie objawy po użądleniu. W przypadku chorych reagujących układowo na użądlenie, opóźnienie w kierowaniu ich do placówek specjalistycznych, brak zaopatrzenia w leki interwencyjne może być przyczyną zagrażającego życiu opóźnienia leczenia doraźnego i przyczynowego. Obecnie wykorzystywane są w diagnostyce alergii na jad owadów błonkoskrzydłych testy skórne oraz oznaczenie stężenia swoistych przeciwciał w klasie IgE [4].

Częstość występowania alergii na poszczególne gatunki owadów jest różna dla różnych regionów świata. Ocenia się, że około 30% osób ogólnej populacji reaguje na użądlenia owadów miejscowym odczynem zapalnym. U około 3% występują objawy ogólne. Atopia nie stanowi czynnika predysponującego do tych reakcji, niemniej jednak odczyny alergiczne u tych osób mają zwykle cięższy przebieg [5].

U około 90% użądlenie wywołuje ograniczoną reakcję miejscową, taką jak obrzęk, zaczerwienienie, świąd lub pieczenie skóry i krótkotrwały ból w miejscu użądlenia, utrzymujący się do 24 godzin. W świetle aktualnego piśmiennictwa reakcje uczuleniowe o charakterze ogólnoustrojowym występują u 0,3–7,5% populacji, w tym u dzieci są to wartości poniżej 1%. Natomiast nasilone reakcje lokalne dotyczą 2,4–26,4% osób, u dzieci do 19% [6]. Najczęściej umierają osoby starsze (po 60 r. ż), dodatkowo obciążone innymi schorzeniami. W Europie z powodu potwierdzonej badaniem lekarskim alergii na jad owadów ginie ok. 200 osób [5].

W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy Środkowej, największe znaczenie epidemiologiczne mają użądlenia osy i pszczoły miodnej. Istnieją zasadnicze różnice w charakterystyce użądleń i składnikach jadu błonkówek. Do głównych składników jadu pszczelego należą proteiny (apamina, peptyd MCD, melityna) oraz enzymy (fosfolipaza A₂, hialuronidaza). Ponadto w skład jadu pszczelego wchodzi niewielkie ilości amin biogennych (histamina, dopamina, noradrenalina), węglowodanów, fosfolipidów, aminokwasów i feromonów. Histamina, acetylocholina, melityna i kininy odpowiedzialne są za ból towarzyszący użądleniom. Jad

osy jest bardziej immunogeny, jego głównym alergenem jest antygen 5, fosfolipaza A i hialuronidaza [1].

Nadwrażliwość na jad owadów może rozwijać się na podłożu immunologicznym i nieimmunologicznym (tj. reakcje toksyczne). Najczęstszym mechanizmem powstania alergii na jad owadów jest reakcja nadwrażliwości typu I, w wyniku której dochodzi do powstania przeciwciał w klasie IgE (u 50–80% pacjentów. W tej grupie dochodzi do dużych reakcji miejscowych i udaje się u nich wykryć specyficzne przeciwciała IgE). Inne możliwe mechanizmy powstania alergii na jad owadów to reakcje nadwrażliwości typu III (reakcje kompleksów immunologicznych i z udziałem składowych dopełniacza C3 i C5) lub typu IV (reakcje typu późnego). Są to tzw. mechanizmy IgE – niezależne [3].

Objawy występujące po użądleniu mogą ograniczać się do miejscowego stanu zapalnego, ale może pojawić się też szerokie spektrum objawów ogólnych, ze stanem bezpośredniego zagrożenia życia włącznie.

Reakcje miejscowe dzieli się na: normalne odczyny miejscowe i nadmierne odczyny miejscowe. Normalne reakcje miejscowe (ang. *normal reaction* – NR) – charakteryzują się niewielkim obrzękiem, zaczerwienieniem i bólem trwającym do kilku godzin. Stopień intensywności odczynu zależy od ilości jadu, rodzaju owada, miejsca użądlenia, wieku a przede wszystkim osobniczej wrażliwości pacjenta. Powyższe objawy są bardziej nasilone, jeżeli użądlenie dotyczy błony śluzowej (np. jamy ustnej) lub okolic bogatych w luźną tkankę łączną (powieki, wargi, opuszki palców). Nadmierne reakcje miejscowe (ang. *large local reactions* – LLR) są spowodowane późną fazą reakcji alergicznej i definiowane są jako obrzęk o średnicy powyżej 10 cm i trwający dłużej niż 24 godziny. Obrzękom towarzyszy zazwyczaj rumień, miejscowy świąd i ból [7].

Przedmiotem zainteresowania klinicystów są przede wszystkim układowe reakcje na jad owadów. Stanowią one bowiem realne zagrożenie dla życia chorego. Pierwsze objawy reakcji ogólnej na jad owadów błonkoskrzydłych pojawiają się z reguły kilka minut, a niekiedy już kilka sekund po użądleniu (do 15 min.).

Najgroźniejszym powikłaniem uogólnionej reakcji alergicznej jest wstrząs anafilaktyczny, w przebiegu którego dochodzi do spadku ciśnienia tętniczego krwi, utraty przytomności, a w końcu do zatrzymania akcji serca i oddechu.

W przypadku jednoczesnego użądlenia przez kilkadziesiąt lub więcej pszczoł mogą pojawić się objawy reakcji toksycznej jako efekt bezpo-

średniego działania toksycznego dużej dawki jadu na komórki. Zawarte w jadzie – fosfolipaza A2 i melityna – powodują hemolizę, martwicę rozplywną mięśni prążkowanych oraz trombocytopenię. Przyjmuje się, że toksyczność jadu może pojawić się po minimum 50 użądleniach u człowieka dorosłego [1].

Naczelną zasadą postępowania jest niezwłoczne podjęcie interwencji, szczególnie u osób z wywiadem obciążonym w kierunku alergii i wcześniejszych epizodów anafilaksji. W przypadku każdego użądlenia należy jak najszybciej usunąć żądło (najlepiej do 30 sek. od użądlenia) poprzez jego podważenie, a nie ściskając – tak, aby nie doszło do dalszego przedostawania się jadu do organizmu [1]. W dalszej kolejności wskazane jest wykonanie zimnego okładu, np. przyłożenie lodu. Niska temperatura powoduje obkurczenie się naczyń skóry i chroni przed przedostawaniem się składników jadu dalej do naczyń krwionośnych, a wraz z krwią do całego organizmu. Jeśli użądlenie nastąpiło w kończynę, pomocne może być założenie opaski uciskowej powyżej miejsca użądlenia. Miejscowo można zastosować maść, żel lub aerozol z antyhistaminikiem (np. Fenistil) lub steroidem (np. Hydrocortison) [7].

Jedynym leczeniem przyczynowym anafilaksji na jad owadów błonkoskrzydłych i zarazem metodą z wyboru, o udokumentowanej licznymi badaniami wysokiej skuteczności, sięgającej w przypadku odczulania na jad osy 95–98% i 80–90% w odniesieniu do jadu pszczoły, jest immunoterapia swoista (VIT – ang. *Venom immunotherapy*) [8]. Uważa się ją za ratującą życie [9] i dlatego nie ustalono górnej granicy wieku dla jej stosowania (10). Polega ona na wielokrotnym podawaniu rosnących dawek alergenu w celu uzyskania tolerancji na ten alergen [3,11].

Celem odczulania jest uzyskanie drogą podawania kolejnych dawek szczepionki efektu hiposensytyzacji i protekcji przed reakcją anafilaktyczną w sytuacji kolejnego użądlenia oraz poprawa jakości życia osób uczulonych [12].

Czas trwania immunoterapii określa się indywidualnie, ale zazwyczaj wynosi on co najmniej 3–5 lat. Dawki podtrzymujące (która najczęściej wynosi 100 µg) podaje się co 4 tygodnie w pierwszym roku immunoterapii i jeżeli pacjent dobrze je toleruje, to przerwy między nimi można wydłużyć do 6–8 tygodni w kolejnych latach VIT [6].

W medycynie pojęcie jakości życia pojawiło się w latach 70. XX wieku. Potrzeba badań nad jakością życia brała się z rosnącego niezadowolenia z dotychczas stosowanych kryteriów służących ocenie wyników le-

czenia lub sprawowania opieki. Patrząc przez pryzmat holistycznej koncepcji człowieka zaczęto zauważać, że efekt interwencji leczniczej w postaci przedłużenia życia czy poprawy wyników badań już nie wystarcza. Potrzeba uściślenia definicji jakości życia pojawiła się wraz z ewolucją definicji zdrowia, gdy przestało ono być postrzegane jedynie jako brak choroby, a określone zostało przez WHO jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny [13–16].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena jakości życia chorych odczulanych na jad owadów błonkoskrzydłych oraz ukazanie problemów zdrowotnych i zagadnień związanych z jakością życia chorych z rozpoznaną alergią na jad owadów błonkoskrzydłych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Klinice Alergii i Immunologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, ul. Skawińska 8 w okresie od 11 lipca do 13 października 2014 r. wśród pacjentów, którzy wyrazili zgodę na dobrowolny udział w badaniu wypełnili anonimową ankietę. Zgodę na przeprowadzenie badań wyraził kierownik Oddziału Klinicznego Kliniki Alergii i Immunologii Szpitala Uniwersyteckiego. Badania przeprowadzone zostały po otrzymaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego nr KBKA/19/O/2014.

Grupę badawczą stanowiło 101 pacjentów odczulanych na jad owadów błonkoskrzydłych (pszczoły, osy), będących pod stałą opieką Poradni Alergologicznej i zakwalifikowanych do odczulania w Oddziale Klinicznym Alergii i Immunologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego R 3.1.2. (IBM) Wykorzystano statystyki opisowe oraz test chi kwadrat. Za istotne statystycznie uznano wyniki $p \leq 0,05$.

Większość uczestników ankiety stanowiły kobiety – 53,5%, mężczyzn było 46,5%. Najwięcej ankietowanych było w przedziale wiekowym 31–40 lat (42,5%), najmniej w wieku 18–30 lat (10,9%). Wśród badanych najwięcej osób było z wyższym wykształceniem – 44,5% uczestników. Z wykształceniem podstawowym i licencjackim – po 1,9%. Umysłowo

pracowało 30,7% uczestników, 24,8% pracowało fizycznie. Najwięcej respondentów – 61,4% mieszkało na wsi.

U 78,2% badanych nie występowały choroby o podłożu alergicznym. Pozostali cierpią na astmę oskrzelową (9,9%), nadwrażliwość na niektóre leki i pokarmy, nieżyt nosa i zatok. 86,1% osób nie korzystało z opieki alergologa, 13,9% ankietowanych korzystało z porad lekarza specjalisty – alergologa w związku z rozpoznaniem innej alergii (oprócz alergii na jad owadów).

U 66,3% ankietowanych wystąpiła pokrzywka uogólniona i świąd skóry po ukąszeniu, u 67,3% osób – spadek ciśnienia tętniczego krwi, duszność i świszczący oddech u 50,5% badanych, obrzęk gardła lub języka u 42,5% ankietowanych. Utrata przytomności wystąpiła u 42,5% badanych, a u 5,9% osób doszło do zatrzymania akcji serca i oddechu.

63,4% uczestników nie ma problemów z wykonywaniem czynności dnia codziennego. 54,6% ankietowanych nie odczuwa niepokoju i lęku w życiu codziennym w związku z występowaniem u nich alergii na jad owadów błonkoskrzydłych. W okresie letnim 62,4% spośród grupy badanej czuje się trochę ograniczonych w codziennej aktywności życiowej, 10,9% uczestników ankiety czuje się bardzo ograniczonych. 50,5% respondentom czasem przeszkadza to, że muszą uważać na owady żądłące podczas wyjazdów wakacyjnych.

87,1% ankietowanych umie rozpoznać u siebie objawy rozpoczynającej się alergii. 92% spośród badanych deklaruje, że zastosuje w przypadku kolejnej silnej reakcji alergicznej po użądleniu adrenalinę domięśniowo. 75,2% badanych otrzymało raczej wyczerpujące informacje odnośnie alergii na jad owadów, a tylko 18,8% osób uważało, że otrzymało zdecydowanie wystarczające informacje od pielęgniarek i lekarzy w przychodni.

38,6% uczestników ankiety jest odczulanych powyżej 3 lat, 35,6% ankietowanych od 2–3 lat, 23,8% ankietowanych od 0,51 roku, a 2% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Jednak długość okresu odczulania nie wpływała znacząco na wiedzę pacjenta na temat znajomości objawów rozpoczynającej się alergii $p = 0,800$.

51,5% ankietowanych nosi zawsze przy sobie ampułkostrzykawkę z adrenaliną, a 86 badanych, którzy otrzymali ampułkostrzykawkę z adrenaliną czuli się dzięki temu bezpieczniej, co stanowi 88,66% ogółu ankietowanych. Do zmniejszenia poczucia lęku i niepokoju przyczyniło się również otrzymanie wystarczających informacji odnośnie alergii na jad owadów błonkoskrzydłych – tak odpowiedziało 72,3% pacjentów.

42,6% ankietowanych czasem omija miejsca, gdzie można spotkać owady żądłące, 23 22,8% nigdy ich nie omija, 19,8% omija je często, a 14,8% – zawsze. Zachowania te nie wpływają jednak na problemy z wykonywaniem codziennych czynności ($p = 0,231$).

39,6% respondentów czasem sprawdza miejsca, w których można spotkać owady żądłące, 28,7% nigdy tego nie robi, 20,8% robi to często, a 10,9% zawsze. Aktywność ta jednak nie wpływa na niepokój i lęk w życiu codziennym ($p = 0,371$).

68,3% czasem porusza temat alergii na jad owadów z przyjaciółmi, sąsiadami, 19,8% porusza ten temat często, 10,9% nigdy. Aktywność respondentów prawie nie wpływa znamienne na konieczność zwiększenia ostrożności na świeżym powietrzu ($p = 0,066$).

Najbliższe rodziny 58,4% respondentów trochę obawiają się ponownej reakcji alergicznej po kolejnym użądleniu, rodziny 38,6% respondentów obawiają się bardzo, a rodziny 3% wcale. Aktywność zawodowa nie wpływa na ograniczenia aktywności w lecie ($p = 0,089$).

71,3% nie poświęca, a 28,7% rezygnuje z wyjazdu na urlop w lecie, w związku z uczuleniem na jad owada. Osoby, które poświęcają swój urlop, średnio robią to w wymiarze 4,13 dnia rocznie. Ograniczenie aktywności nie wpływa na żaden z najważniejszych aspektów jakości życia osób odczulanych ($p = 0,292$).

Dyskusja

Na podstawie aktualnego piśmiennictwa wiadomo, że pewne czynniki wpływają na ciężkość reakcji alergicznej po użądleniu przez owada. Do najczęściej wymienianych należą: wiek, płeć, choroby układu krążenia, przyjmowane leki (głównie β -blokery i ACEI), mastocytoza, podwyższony poziom tryptazy w surowicy krwi [6] oraz epizod ciężkiej reakcji anafilaktycznej po użądleniu (SYS – III–IV w wywiadzie).

Na podstawie przeprowadzonych badań przyjmuje się, że ryzyko wystąpienia ciężkiej reakcji anafilaktycznej (SAR) po użądleniu rośnie wraz z wiekiem. Ponadto u osób starszych często stwierdza się współistnienie jednocześnie kilku dodatkowych czynników ryzyka. Płeć męska predysponuje do częstszych reakcji alergicznych po użądleniach przez pszczołę, ponieważ mężczyźni częściej niż kobiety wykonują zawody i czynności wymagające przebywania na świeżym powietrzu (pszczelarze, rolnicy, sadownicy, leśnicy, pracownicy budownictwa itp.). Pszczelarze i ich rodzi-

ny oraz ich sąsiedzi, z racji wykonywanego zawodu i dużego prawdopodobieństwa kontaktu z pszczołami stanowią grupę dużego ryzyka uczuleń na jad pszczoł. Miesiące letnie w związku z częstszym przebywaniem na wolnym powietrzu obfitują w zwiększoną liczbę użądleń przez owady.

W piśmiennictwie można znaleźć rozbieżne informacje odnośnie częstszego występowania alergii na jad owadów błonkoskrzydłych u osób z chorobami atopowymi. Niektóre badania nie wykazują takiej korelacji, podczas gdy inne wyraźnie wskazują na związek powyższej alergii z atopią [6].

W niniejszym badaniu u większości ankietowanych (78,2%) nie występują choroby o podłożu alergicznym, pozostali cierpią na astmę oskrzelową (9,8% badanych), nadwrażliwość na niektóre leki i pokarmy, nieżyt nosa i zatok. W związku z tym większość respondentów nie korzysta z opieki specjalisty-alergologa, oprócz porad związanych z rozpoznaniem alergii na jad owadów błonkoskrzydłych.

Farnik-Brodzińska wraz z Pierzchałą [17] podkreślają znaczenie badań jakości życia w chorobach alergicznych. W leczeniu chorób alergicznych duże znaczenie, poza farmakoterapią, mają działania chorego, np. unikanie kontaktu z alergenem. Lepsze poznanie chorego, wpływu choroby na ograniczenie codziennej aktywności, subiektywnej oceny przebiegu leczenia, pozwala na podjęcie bardziej skutecznych form pomocy chorym. Uzyskanie pełnej współpracy w procesie leczenia, która zadowoliliby i pacjenta, i lekarza prowadzącego, jest czasem bardzo trudne, ponieważ rezygnacja z kontaktu z alergenem jest czasem niemożliwa lub nie zawsze akceptowalna przez pacjenta. Przykładem dużego znaczenia oceny subiektywnej jest zgoda chorego na odczulanie – która wymaga długoletniej i rygorystycznej współpracy z lekarzem.

Dowiedziano, że immunoterapia alergenowa jest najskuteczniejszą formą profilaktyki i leczenia, szczególnie rekomendowana osobom uczulonym na jad owadów błonkoskrzydłych. Skuteczność tego leczenia ocenia się na 95–100% w przypadku alergii na jad osy oraz rzędu 80–100% w alergii na jad pszczoły [18]. Swoista immunoterapia w przypadku alergii na jad owadów jest metodą z wyboru u pacjentów, którzy w wyniku użądlenia przez owada przebyli ciężką ogólną reakcją anafilaktyczną z zaburzeniami oddechowymi i naczyniowo-sercowymi, w której mechanizmie udokumentowano udział swoistych IgE. Immunoterapia swoista polega na wytworzeniu tolerancji immunologicznej w stosunku do określonego alergenu i stała się uznaną metodą leczenia wybranych chorób alergicznych.

Od 1974 roku VIT jest ciągle udoskonalana i obecnie jest najskuteczniejszą metodą leczenia alergii na jady owadów, zarówno w odniesieniu do zapobiegania reakcjom systemowym, jak i poprawy jakości życia [11].

Nowe kierunki rozwoju immunoterapii mają na celu rozszerzenie wskazań do odczulania, zwiększenie skuteczności leczenia, przy jednoczesnym zmniejszeniu ryzyka powikłań. Dzięki zastosowaniu technik biologii molekularnej duże nadzieje wiąże się z możliwością zastosowania tzw. alergenów rekombinowanych. Mają one zmniejszyć liczbę objawów niepożądanych. Trwają również badania nad wprowadzeniem innych niż podskórna dróg podawania szczepionek. Coraz częściej znajdują zastosowanie szczepionki podawane podjęzykowo.

Każdy pacjent pomimo prowadzonej immunoterapii powinien być wyposażony w zestaw przeciwwstrząsowy, gdzie powinien się znajdować: lek antyhistaminowy (np. cetyryzyna), glikokortykosteroid (np. prednison) i ampułkostrzykawka z adrenaliną [4]. Dzięki tej doraźnej pomocy zyskuje się czas na dotarcie do lekarza lub przybycie pogotowia ratunkowego. Ryzyko ponownego wstrząsu po użądleniu wynosi około 50% u osoby dorosłej i około 30% u dzieci.

Z przeprowadzonych badań wynika, że możliwość ponownego użądlenia przez owada przeraża większość ankietowanych, a w sezonie lotów owadów codziennie myśli o swojej alergii ponad połowa respondentów.

Badania przeprowadzone przez Sachę [18] wskazują, że pacjentów po przebytej ciężkiej reakcji alergicznej po użądleniu przez osę lub pszczołę, zakwalifikowanych do VIT, cechuje duży poziom lęku przed ponownym użądleniem, a osiągnięcie dawki podtrzymującej VIT skutkuje znaczącym spadkiem poziomu lęku przed ponownym użądleniem przez owada u obu płci.

Kurzawa R. [19] ocenił czynniki związane z prawidłową techniką i stosowaniem urządzeń do automatycznego podawania adrenaliny u pacjentów uczulonych na jad błonkówek oraz ich wpływ na jakość życia. Autorzy badań wykazali, że u większości badanych noszenie tych urządzeń przy sobie znacznie wpłynęło na poprawę jakości ich życia, u 72% badanych pacjentów zdecydowanie obniżył się lęk przed ponownym użądleniem a prawie wszyscy ocenili, że używanie tych urządzeń jest łatwe

Podobnie odpowiadali respondenci w niniejszym badaniu: 88,6% spośród badanych, którzy otrzymali ampułkostrzykawkę z adrenaliną do samodzielnego stosowania czuje się dzięki temu bezpiecznie. Również większość pacjentów, którzy otrzymali wyczerpujące informacje na temat alergii na jad owadów błonkoskrzydłych uważa, że przyczyniło się do zmniejszenia ich niepokoju i lęku.

Alergia nie tylko powoduje pewne ograniczenia, szczególnie w zakresie jakości życia, przebiegu kariery zawodowej, rozwoju osobistego i wyboru stylu życia, ale również jest przyczyną znaczącego, ekonomicznego obciążenia opieki zdrowotnej i makroekonomii, wynikającego z okresu utraconej zdolności do pracy i nieobecności w pracy.

Alergia wykazuje niekorzystny wpływ zarówno na pojedynczego pacjenta, jak i na całe społeczeństwo. Pacjenci nieuchronnie doświadczają zaburzeń wpływających na jakość życia, sen, nastrój, zdolność wykonywania pracy i uczenia się i na ogólny rozwój umysłowy.

Współpraca pomiędzy lekarzami rodzinnymi oraz lekarzami alergologami, prowadzącymi swoistą immunoterapię na jad błonkówek, stanowi podstawę właściwej opieki nad pacjentami uczulonymi na jady owadów. Przyjęcie wspólnych zasad prawidłowego postępowania terapeutycznego bezpośrednio po uządleniu, zaopatrzenia pacjenta w zestaw pierwszej pomocy przed skierowaniem do placówki specjalistycznej jest warunkiem bezpieczeństwa chorego i powinno być obowiązującym standardem w codziennej praktyce lekarskiej.

Diagnostykę i swoistą immunoterapię na jad owadów błonkoskrzydłych prowadzą w Polsce ośrodki alergologii tak dziecięcej, jak i dorosłych [4]. Dostępne są specjalistyczne placówki alergologiczne publicznej służby zdrowia, gdzie leczenie uczulenia na jad owadów za pomocą immunoterapii jest dla pacjenta bezpieczne i bezpłatne (refundowane przez NFZ).

Wnioski

1. W trakcie odczulania na jad owadów błonkoskrzydłych jakość życia chorych znacząco się poprawia, a większość badanych osób nie ma większych problemów z wykonywaniem podstawowych czynności dnia codziennego.
2. Ograniczenie aktywności nie wpływa w istotny sposób na żaden z najważniejszych aspektów jakości życia chorych odczulanych na jad owadów.
3. U większości uczestników badań nie występują inne choroby o podłożu alergicznym oprócz uczulenia na jad owadów błonkoskrzydłych.
4. Ponad połowa ankietowanych otrzymało ampułkostrzykawkę z adrenaliną i nosi ją zawsze przy sobie, co zdecydowanie przyczyniło się do zmniejszenia uczucia niepokoju i lęku.
5. Długość okresu odczulania nie ma wpływu na poziom wiedzy na temat postępowania w razie wstrząsu anafilaktycznego.

Bibliografia

1. Gawlik R., *Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych*, „Alergoprofil” 2012; 1 (8): 27–30.
2. Łukaszuk M., Jastrzębska E., Olędzki B., Ziętkowski Z., Bodzenta-Łukaszuk A., *Uządlenia – profilaktyka i leczenie*, Białystok 2000.
3. Cichočka-Jarosz E., *Anafilaksja na jad owadów*, „Alergia. Astma. Immunologia” 2014; 19 (1): 10–15.
4. Cichočka-Jarosz E., Lange J., Lis G., *Program opieki nad chorymi z nadwrażliwością na jady owadów błonkoskrzydłych – założenia, zasady realizacji*, „Alergia. Astma. Immunologia” 2008; 13 (1): 1–9.
5. *Alergologia praktyczna*, red. K. Obtulowicz, PZWL, Warszawa 2001.
6. Matysiak J., Matysiak J., Kokot Z.J., Bręborowicz A., *Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych ze szczególnym uwzględnieniem pszczoły miodnej (Apis mellifera) – aktualny stan wiedzy*, „Alergia. Astma. Immunologia” 2011; 16 (4): 163–171.
7. *Choroby wewnętrzne*, red. A. Szczeklik, P. Gajewski, Medycyna Praktyczna, Kraków 2009.
8. Bodzenta-Łukaszuk A., Kucharewicz I., Olędzki B., *Immunoterapia swoista w alergii na jad owadów błonkoskrzydłych*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2008; 62 (2): 105–106.
9. Kuna P., *Monitorowanie swoistej immunoterapii*, Nowa Klinika, Kraków 1997.
10. Szymański W., Bodzenta-Łukaszuk A., Kucharewicz I., Złotnik I., *Alergia na jad owadów. brak miejsca*, „Problemy Lekarskie” 2001; 40 (2): 105–115.
11. Dąbrowski A., *Immunoterapia na jad owadów błonkoskrzydłych – nowe trendy*, „Terapia” 2007; 10: 17–19.
12. Kempiański K., Niedożytko M., *Skuteczność immunoterapii w alergii na jad owadów błonkoskrzydłych*, „Alergia. Astma. Immunologia” 2011; 16 (3): 123–131.
13. Majkowicz M., *Problemy i perspektywy oceny jakości życia w chorobie nowotworowej (ujęcie krytyczne)*, [w:] *Psychoonkologia*, red. K. de Walden-Gałuszko, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000: 15–16.
14. Brzezińska A., Stolarska M., Zielińska J., *Poczucie jakości życia w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2010.
15. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
16. Wrześniewski K., *Jakość życia pacjentów z chorobami internistycznymi – kilka uwag metodologicznych*, [w:] *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego*, red. J. Kozłowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2005: 105–115.

- niowego*, red. K. Łoboz-Grudzień, B. Panaszek, I. Uchmanowicz, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2008.
17. Farnik-Brodzińska M., Pierzchała W., *Znaczenie badań jakości życia w chorobach alergicznych*, „Alergologia Współczesna” 2001; 4 (09): 2–6.
 18. Sacha M., Czarnobilska E., Stobiecki M., Dyga W., *Wpływ immunoterapii swoistej z jadem owadów błonkoskrzydłych na poziom lęku przed ponownym użądleniem*, Prz. Lek. 2012; 69 (12): 1261–1265.
 19. Kurzawa R., *Anafilaksja*, „Alergia. Astma. Immunologia” 2009; 16 (3): 171–194.

Justyna Krawczyk, Jerzy Jaśkiewicz

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Jakość życia pacjentów po zabiegu koronarografii

Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie, czym jest koronarografia, w jaki sposób przeprowadza się ten zabieg i jak należy przygotować, a potem opiekować się pacjentem, który przeszedł ten rodzaj zabiegu. Praca ma również wykazać, jaki jest poziom życia pacjentów, którzy przeszli zabieg. Z przeprowadzonych badań wśród pacjentów jednego z krakowskich szpitali, wysunięto wnioski dotyczące jakości życia po zabiegu koronarografii.

W niniejszej pracy do zgromadzenia danych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę szacowania z techniką ankietową.

Słowa kluczowe: koronarografia, tętnice wieńcowe, zawał serca, jakość życia

Quality of life of patients after coronary angiography

Abstract

The aim of the work is to present what is coronary angiography, how the intervention is carried out and how to prepare and then take care of the patient who underwent this type of medical treatment. Work also shows what is the level of life of patients who went through surgery. Do their lives have improved, or went worse.

The study among patients of one of Cracow hospital, allowed to put forward proposals how to improve quality of life after coronary angiography. What are the indications for this medical treatment and contraindications to it. How should we prepare the patient for testing, and then how to take care of him after the intervention. In paper there are analyzes of conducted surveys and put forward appropriate applications.

Key words: coronary angiography, coronary arteries, heart attack, quality of life

Wprowadzenie

Koronarografia to radiologiczny zabieg diagnostyczny, którego wynik pozwala na bardzo dokładną ocenę budowy i drożności tętnic, które doprowadzają krew do mięśnia sercowego. Zadaniem koronarografii jest

wyjaśnienie przyczyn bólów w klatce piersiowej. Kiedy zostają stwierdzone zmiany w tętnicach wieńcowych, koronarografia daje możliwość zaplanowania leczenia. To badanie pozwala na podjęcie decyzji, czy pacjent może być leczony zachowawczo, czy musi zostać poddany inwazyjnej formie leczenia. Zadaniem koronarografii jest też ocena skuteczności leczenia interwencyjnego, po angioplastyce przezskórnej lub operacji kardiochirurgicznej [1].

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Koronarografia jest zabiegiem dość bezpiecznym, niemniej jednak aż w 7% przypadków mogą wystąpić powikłania, takie jak zaburzenia rytmu, niedokrwienie mózgu, zator tętnicy udowej, obrzęk płuc, zawał serca, a nawet zgon. Ryzyko związane z wykonaniem koronarografii jest zazwyczaj wielokrotnie mniejsze, niż ewentualne powikłania w leczeniu zachowawczym. Koronarografia jest niezastąpionym zabiegiem potwierdzającym diagnozę niewydolności wieńcowej i wskazującym najkorzystniejszą dla chorego metodę postępowania. Wybór sposobu leczenia zależy od stopnia miejsca i rodzaju zwężenia, a także stanu naczyń za zwężeniem [1].

Koronarografię wykonuje się na sali zabiegowej tzw. pracowni kardioangiograficznej. Kontrast radiologiczny pozwala na uwidocznienie różnych części serca i naczyń. W trakcie badania środek kontrastowy wstrzykuje się kilkakrotnie do każdej z dwóch tętnic wieńcowych a układ stołu i lampy rentgenowskiej zmienia się w taki sposób, żeby lekarz mógł uzyskać pełny i najlepszy obraz naczyń. Wstrzyknięcie środka kontrastowego wiąże się zazwyczaj z bólem. Czasami też towarzyszą mu takie objawy, jak uczucie gorąca lub ciężaru w klatce piersiowej. Badanie jest nagrywane najczęściej na płycie CD, która może być odtwarzana także w domowym komputerze. Analiza nagrywanego podczas badania filmu pozwala bardzo precyzyjnie ocenić miejsca, w których tętnice wieńcowe są zwężone lub całkowicie niedrożne oraz ocenić anatomię jam serca. Ponadto dokonywane są pomiary ciśnienia i saturacji krwi, które służą późniejszej ocenie pracy serca [2].

Koronarografia jest współcześnie uważana za złoty standard pod względem przyżyciowych zabiegów naczyń wieńcowych [3]. Nie jest jednak wolna od pewnego rodzaju ograniczeń. Zabieg ten niesie też ze sobą określone ryzyko powikłań. Kwalifikacja do tej inwazyjnej metody diagnostycznej musi mieć mocne uzasadnienie. Wskazania do wykonania koronarografii u chorych ze stabilną postacią choroby wieńcowej obejmują dwie klasy zaleceń. Do pierwszej z nich zalicza się [4] chorych z angi-

ną w klasie III i wyższej według CCS, z wysokim prawdopodobieństwem choroby w testach inwazyjnych, szczególnie przy braku poprawy po leczeniu farmakologicznym, chorych po przebytych nagłym zatrzymaniu krążenia, chorych z groźnymi arytmiami komorowymi, chorych wcześniej poddanych rewaskularyzacji (PCI, CABG) z nawrotem dolegliwości.

Do drugiej klasy wskazań należą [4]: chorzy z brakiem jednoznacznej diagnozy w badaniach nieinwazyjnych, ze średnim lub wysokim ryzykiem choroby wieńcowej; chorzy z wysokim ryzykiem restenozy poprzez skórnej interwencji wieńcowej.

Jeżeli pacjent ma stabilną postać choroby wieńcowej, to koronarografia wykonywana jest u niego w sposób planowy. Jeżeli natomiast chory ma wybitnie dodatnie wyniki badań nieinwazyjnych oraz istnieje bardzo wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe, to może mieć charakter zabiegu wykonywanego w trybie pilnym. Do trybu pilnego wykonania koronarografii kwalifikowani są pacjenci, u których występują ostre zespoły bólu wieńcowego. Wtedy zabieg diagnostyczny jest zazwyczaj wstępem do całej procedury terapeutycznej, obejmującej angioplastykę wieńcową lub pilnego zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego. Koronarografia jest dużą korzyścią dla chorych z powikłaniami ostrych zespołów wieńcowych, takimi jak obrzęk płuc lub wstrząs kardiogeny w przebiegu zawału serca [4]. U pacjentów, u których występuje ostry zespół wieńcowy z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (STEMI) koronarografia w trybie pilnym staje się wstępem do przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI). Musi być wdrożona z wyboru w pierwszych 12 godzinach od wystąpienia pierwszych objawów. Należy jednak zastrzec, że czas transportu do ośrodka specjalizującego się w hemodynamice nie może przekroczyć 90 minut [4]. Chorzy z objawami wstrząsu kardiogenego mają rozszerzony czas nawet do 36 godzin od wystąpienia pierwszych objawów, jednak nie później niż do 18 godzin od rozwinięcia się objawów wstrząsu [4].

Wskazania do przeprowadzenia koronarografii u pacjentów wstępnie leczonych fibrynolitycznie zależą od skuteczności tej terapii oraz stanu, w jakim znajduje się pacjent. Większość chorych z OZW bez uniesienia ST (niestabilna dusznica bolesna/zawał serca bez uniesienia ST) otrzymuje wskazania do wykonania badania koronarograficznego, natomiast termin badania zależy od wprowadzonej strategii leczenia. Wstępna strategia inwazyjna dotyczy grupy wysokiego ryzyka zgonu i zmierzania do zawału serca. Zaleca się wtedy zrobienie koronarografii do 48 godzin od pojawienia się objawów u pacjentów z następującymi objawami [1]: na-

wracające dolegliwościami spoczynkowe, dynamiczne zmiany odcinka ST (obniżenie, przemijające uniesienie), podwyższone markery uszkodzenia miokardium, niestabilność hemodynamiczną, złośliwe arytmie komorowe, cukrzyca. Natomiast u pacjentów bardzo wysokiego ryzyka koronarografię wykonuje się do 2,5 godziny [4]. U pacjentów, którzy początkowo byli leczeni zachowawczo (farmakologicznie) termin wykonania koronarografii zależy od tego, jaka jest skuteczność podjętego leczenia oraz od wyników testów obciążeniowych [4].

Inną grupą wskazań do wykonania koronarografii są przypadki, w których należy dokonać oceny stanu tętnic wieńcowych u pacjentów przed planowymi zabiegami kardiochirurgicznymi – nabytej lub wrodzonej wady serca bądź tętniaka aorty wstępującej. Stan naczyń wieńcowych w tej grupie pacjentów wiąże się z tym, jak rozległy będzie planowany zabieg operacyjny [4]. Wiele publikacji zajmujących się diagnostyką inwazyjną dowodzi, że nie ma żadnych bezwzględnych przeciwwskazań do koronarografii z wyjątkiem braku zgody pacjenta na badanie. Należy przyjąć zasadę dążenia do zminimalizowania stosunku ryzyka zabiegu do ewentualnych korzyści wynikających z zabiegu. Wyniki otrzymane po zabiegu mają jak najefektywniej przyczynić się do leczenia. Istnieje grupa względnych przeciwwskazań, do której zalicza się [1,4]: udar mózgu przebyty w ciągu ostatniego miesiąca, postępującą niewydolność nerek, czynne krwawienia, czynne zakażenie, gorączkę o nieustalonej przyczynie, bardzo wysokie nadciśnienie tętnicze, znaczne zaburzenia elektrolitowe, zatrucie naparstnicą, ciężkie zaburzenia metaboliczne (hipertyreoza, niewyrównana cukrzyca), niedokrwistość dużego stopnia, chorobę psychiczną lub układową istotnie zwiększającą ryzyko zabiegu, uczulenie na środki kontrastowe, doustne leczenie przeciwzakrzepowe, zaawansowaną chorobę nowotworową. Zawsze należy brać pod uwagę, że pomiędzy pacjentami z jednoznacznymi wskazaniem, a tymi, którzy mają przeciwwskazania do diagnostyki inwazyjnej naczyń wieńcowych są też chorzy, których wskazania pozostają dyskusyjne. Dla tej grupy pacjentów szczególne znaczenie ma indywidualne doświadczenie lekarza prowadzącego oraz wzięcie pod uwagę wybranego przez pacjenta sposobu dalszego leczenia, to jest terapię zachowawczą lub inwazyjną [3].

Jak podczas każdego procesu pielęgnowania, tak i w przypadku koronarografii bardzo istotne znaczenie ma odpowiednia opieka pielęgniarki nad chorym na każdym etapie badania, a szczególnie przed i po zabiegu [1].

Zadania zespołu pielęgniarskiego przed zabiegiem koronarografii obejmują zarówno procedurę przyjęcia chorego na oddział, jak i przeprowadzenie wywiadu z chorym, a także przygotowaniu chorego do koronarografii. U każdego chorego przy przyjęciu należy wykonać badanie EKG, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar masy ciała. Do zadań pielęgnacyjno-leczniczych, które należą do obowiązków pielęgniarki zalicza się [5]:

1. Zapoznanie pacjenta z topografią oddziału, wskazanie miejsca w sali.
2. Przeprowadzenie wywiadu z pacjentem: zebranie informacji dotyczących poprzednich pobyków w szpitalach, reakcji uczuleniowych, przyjmowanych leków, chorób przewlekłych, w tym nadciśnienie tętnicze, cukrzyca.
3. Poinformowanie pacjenta o terminie wykonania badania.
4. Przygotowanie chorego do badania: toaleta całego ciała; w zależności od techniki badania przygotowanie miejsca nakłucia – golenie miejsc owłosionych tj. pachwiny, okolic nadgarstka; podanie leków na zlecenie lekarza, w tym środka uspokajającego, jeśli pacjent tego wymaga; założenie wkłucia i pobranie krwi na zleczone badania, w tym koagulologię – szczególnie w przypadku przyjmowania przez pacjenta leków przeciwkrzepliwych; wskazany współczynnik czasu protrombinowego INR poniżej 1,8 – badania biochemiczne oraz grupę krwi – w przypadku, gdy pacjent nie zgłosił się z kompletem badań.
5. Pacjent pozostaje na czczo – minimum ok. 6–8 godz. przed badaniem.
6. Podłączenie na zlecenie lekarza wlewu kroplowego z 500 ml 0,9% NaCl przed badaniem, aby uzyskać lepszą filtrację nerek.
7. Sprawdzenie stanu wygolienia miejsca nakłucia tętnicy.
8. Pielęgniarka nie podaje następujących leków: heparyny niskocząsteczkowej, preparatów metforminy oraz leków moczopędnych.
9. Jeżeli z wywiadu wiadomo, że u pacjenta wystąpiła reakcja uczuleniowa pielęgniarka podaje dodatkowo na zlecenie lekarza prednizon lub hydrocortisonum hemissuccinatum.
10. Po otrzymaniu zgłoszenia pielęgniarka zawozi pacjenta do pracowni hemodynamiki w celu wykonania badania. Przed transportem na badanie, pacjent powinien oddać mocz.

Oprócz zadań pielęgnacyjno-leczniczych, zespół pielęgniarski ma powierzone zadania edukacyjne. Koronarografia to badanie inwazyjne, w związku z tym pacjent musi wyrazić świadomą zgodę na jego wykonanie. Wcześniej chory otrzymuje pisemne informacje o badaniu [6]. Ze-

spół pielęgniarzki może według stanu swojej wiedzy i kompetencji udzielić odpowiedzi na pytania, które stawia chory. Zgoda pacjenta na badanie musi mieć formę pisemną, stąd zespół pielęgniarzki powinien zadbać o tę formalność. Do zadań pielęgniarek należy też poinformowanie chorego, jakie zasady zachowania obowiązują go w trakcie zabiegu. Chory powinien też otrzymać informację o tym, że musi zgłaszać niepokojące objawy podczas zabiegu, do których należą m.in.: uczucie gorąca po podaniu środka kontrastowego, które powinno ustąpić w ciągu 30 sekund czy nudności. Pacjent powinien też wiedzieć o konieczności wykonywania poleceń otrzymanych od personelu wykonującego zabieg [5].

Do zadań organizacyjnych zespołu pielęgniarzkiego należy też założenie dokumentacji pacjenta: karty gorączkowej, karty zleceń, karty pielęgnacji pacjenta. Ponadto zespół odpowiada za dokonywanie wpisów zgodnych z obserwacjami, na bieżąco dokumentującymi dokonywane czynności, problemy zgłaszane przez pacjenta oraz zlecenia lekarskie. Wpisy w dokumentację wykonuje się na bieżąco [5].

Cewniki koronarograficzne są usuwane pacjentom natychmiast po badaniu, jeszcze na stole zabiegowym. Kolejno lekarz musi usunąć koszulkę naczyniową, a miejsce nakłucia należy uciskać ręcznie [7]. Później poprzez założony opatrunek uciskowy. Taki ucisk musi pozostać na miejscu wkłucia przez kilka godzin. Czasami też miejsce nakłucia w pachwinie zamykane zostaje przez specjalne zapinki lub szwy automatyczne. Jeżeli wkłucie jest wykonywane przez tętnicę promieniową, pacjent może chodzić zaraz po zabiegu. Natomiast, jeżeli nakłuto tętnicę udową, chory może wstać z łóżka po 6–8 godzinach w przypadku nakłucia tętnicy udowej [1].

Do zadań pielęgnacyjno-leczniczych należących do zespołu pielęgniarzkiego po badaniu należą następujące czynności [5]:

1. Przewiezienie pacjenta z zakładu hemodynamiki do oddziału kardiologii na salę chorych. Tu należy pamiętać o przybliżeniu pacjentowi dzwonnka, do wezwania pielęgniarzki.
2. W przypadku, kiedy nakłuto choremu tętnicę promieniową: pacjent może zostać przywieziony na salę chorych w pozycji siedzącej; konieczne jest, aby utrzymać kończynę górną w pozycji wyprostowanej przez dwie godziny; pacjent jest przewożony na salę z uciskiem na tętnicy promieniowej, który może zostać lekko poluzowany po 30–45 minutach; ucisk pozostawia się na trzy-cztery godziny. Pielęgniarzka w tym czasie kontroluje palce dłoni, ich zasinienie, ruchomość, czucie.

3. W przypadku, kiedy nakłuto pacjentowi tętnicę udową: chory przewożony jest na salę w pozycji płaskiej z niewielkim tylko uniesieniem głowy; zadaniem pielęgniarki jest przypomnienie choremu o tym, że nie może wstawać i zginać kończyny po stronie założonego ucisku. Jeżeli wystąpi silny ból, osłabienie lub inne niepokojące objawy, pacjent powinien wiedzieć, że musi niezwłocznie poinformować o tym personel. Potrzeby fizjologiczne do czasu usunięcia ucisku powinny odbywać się w obrębie łóżka. Ponadto ucisk na tętnicy udowej musi pozostać przez trzy–cztery godziny, a po usunięciu ucisku w miejscu nakłucia przez około od czterech do sześciu godzin można stosować worek z piaskiem lub okład z lodu.
4. W trakcie ucisku tętnic w miejscu nakłucia pielęgniarka musi prowadzić obserwację kończyny, co 30 minut pod kątem: możliwości wystąpienia krwotoku, stopnia ocieplenia i zasinienia kończyny, bolesności, zachowania ruchomości, obecności tętna na tętnicy grzbietowej stopy.
5. Jeżeli pacjent zgłasza dużą bolesność, a kończyna jest wyziębiona pielęgniarka powinna zmniejszyć ucisk na tętnicy i poinformować o tym lekarza. Może też podać leki przeciwbólowe, jeżeli takie otrzyma zlecenie.
6. W czasie przewidzianym procedurą, pielęgniarka sprawdza miejsce nakłucia i usuwa ucisk. W to miejsce zakłada opatrunek jałowy.
7. Zadaniem pielęgniarki jest poinformowanie pacjenta o możliwości wystąpienia krwawienia z miejsca, gdzie było nakłucie. Pacjent musi zwrócić szczególną uwagę na miejsce nakłucia, a w przypadku pojawienia się krwi, pacjent powinien ucisnąć miejsce krwawienia i natychmiast zgłosić o tym personelowi.
8. Zespół pielęgniarski powinien też zadbać o to, żeby pacjent wypił około 1,5 litra wody. Można też na zlecenie lekarza podłączyć 500 ml 0,9% NaCl.
9. Pielęgniarka jest też zobligowana do pionizowania pacjenta w odpowiednim czasie.
10. Zespół pielęgniarski wykonuje opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem do czasu jego wypisu ze szpitala, zwracając szczególną uwagę na miejsce nakłucia tętnicy [5].

Po wykonanym zabiegu zespół pielęgniarski ma też do wykonania wiele zadań związanych z edukacją pacjentów i zapewnieniem im możliwie szybkiego kontaktu z rodziną, a w przypadkach ciężkich z psychologiem [8].

Koronarografia należy do zabiegów inwazyjnych, mogą zatem wystąpić powikłania. Do najczęstszych powikłań należą te związane z miejscem wkłucia do tętnicy obwodowej. Rzadziej występujące powikłanie ma związek z podaniem środka cieniującego. Jeszcze rzadszym powikłaniem są zaburzenia hemodynamiczne lub powikłania w okolicy ujścia tętnic wieńcowych i łuku aorty.

Do powikłania miejscowych można zaliczyć następujące dolegliwości: krwiak i miejscowe krwawienie w miejscu nakłucia tętnicy, rozwarstwienie tętnicy i powstanie tętniaka, tętniak rzekomy, przetoka tętniczko-żylna, przerwanie ciągłości tętnicy, zakrzep lub zator spowodowany skrzepliną lub oderwaną blaszką miażdżycową, niedokrwienie kończyny oraz zakażenie.

Powikłania ogólne, które mogą wystąpić po koronarografii zależą od wyjściowego stanu ogólnego pacjenta oraz podawanego środka kontrastowego podczas badania. W tej grupie powikłań znajdują się: nudności i wymioty, reakcje uczuleniowe związane z podawaniem środka cieniującego (pokrzywka, obrzęk, reakcja bronchospastyczna, wstrząs anafilaktyczny), przemijające zaburzenia neurologiczne, niewydolność nerek (nefropatia kontrastowa), nasilona reakcja wazowagalna, która objawia się bradykardią i hipotonią [5].

Ostatnim rodzajem powikłań są powikłania krążeniowe (wieńcowe i hemodynamiczne), które u niewielkiej odsetki pacjentów, mogą przybrać ciężką postać. Tutaj można wskazać na następujące powikłania [5]: groźną arytmie (migotanie komór, blok przedsionkowo-komorowy, asystolie), ostrą niewydolność krążenia (obrzęk płuc, wstrząs), zawał mięśnia sercowego, udar mózgowy, uszkodzenie dużych naczyń tętniczych (w tym łuku aorty) wymagające pilnej operacji naprawczej, zgon pacjenta.

Ciężkie powikłania występują rzadko. Szacunkowo występuje około 0,04% we wszystkich przeprowadzonych badaniach koronarograficznych, a więc nie limitują powszechnego wykorzystania diagnostyki inwazyjnej w praktyce klinicznej [5,9].

Wyniki

Założeniem badań było przeprowadzenie ankiety wśród 30 pacjentów, którzy byli poddani badaniu koronarografii. Ankiety rozdano pacjentom 5 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie. Kwestionariusze ankiet rozdano w kwietniu 2015 roku na oddziale kardiologicznym oraz w po-

radni kardiologicznej. Część ankiet przeprowadzono osobiście, pozostałe dotarły do respondentów za pośrednictwem pielęgniarek dyżurujących na wybranym oddziale. Ze względu na narzędzie badawcze, a była nim ankieta, gromadzenie materiałów trwało niespełna dwa tygodnie.

W badaniach statystycznych udział wzięło 30 pacjentów, którzy byli poddani badaniu koronarografii. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wieku 51–55 lat. Większość badanych (67%) mieszka w mieście. Większość ankietowanych to mężczyźni z wykształceniem średnim. Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy pracują czynnie zawodowo. Jako najczęstsze schorzenie, które było wskazaniem do koronarografii ankietowani podawali zawał serca. Takiej odpowiedzi udzieliło 18 ankietowanych. 8 osób podało ostry zespół wieńcowy, a 4 osoby rozwarstwienie lub tętniak aorty wstępującej.

Chorobą występującą najczęściej wśród ankietowanych było nadciśnienie tętnicze (26 osób). 11 osób podało nikotynizm, 9 osób nadwagę, 7 badanych podawało cukrzycę i arytmie. 6 respondentów wskazało nadczynność tarczycy. 5 osobom dolegało migotanie przedsionków. 4 badanych podało rwę kulszową. W 3 ankietach udzielono odpowiedzi: dna moczanowa.

Statystycznie każdy z ankietowanych cierpiał na od dwóch do sześciu innych chorób towarzyszących. Jako czas do realizacji zabiegu od czasu rozpoznania choroby 18 ankietowanych podało okres kilku godzin, natomiast 12 – kilku dni.

Dla 23 ankietowanych zabieg koronarografii był pierwszym w życiu. Dla 7 ankietowanych był to zabieg kolejny, z czego 5 badanych podało, że było to drugie badanie koronarografii w ich życiu, natomiast dwóch ankietowanych miało już po raz trzeci wykonywaną koronarografię. Aż 19 osób nie potrafiło wskazać, czym jest koronarografia. 8 osób odpowiedziało poprawnie, że jest to przetykanie żył. 3 osoby podały błędną odpowiedź, że jest to operacja. U 19 pacjentów zastosowano leczenie zachowawcze (farmakologiczne). 11 badanych przeszło zabieg angioplastyki. U żadnego z ankietowanych nie doszło do powikłań w wyniku zabiegu. Zapytano też o to, czy po zabiegu ankietowani odczuli jakies dolegliwości. Tutaj 5 osób podało, że odczuwało dolegliwości, natomiast 25 spośród badanych nie miało żadnych dolegliwości. Nikt spośród 5 respondentów, którzy mieli dolegliwości, nie wskazał, jaki miały one charakter; 90% (27 osób) pytanym odczuło poprawę stanu zdrowia po koronarografii. Największą grupę stanowią osoby, które dobrze oceniają wpływ korona-

rografii na stan zdrowia po zabiegu. Takiej odpowiedzi udzieliła połowa badanych, czyli 15 osób. 13 ankietowanych odpowiedziało, że ocenia ten wpływ pozytywnie. Tylko 2 osoby oceniły go źle.

Wpływ koronarografii na codzienne wykonywanie obowiązków 12 ankietowanych oceniło bardzo dobrze, 5 – doskonale, a 9 – dobrze. 4 osoby określiły go jako przeciętny. Na aktywność fizyczną koronarografia w 15 przypadkach wpłynęła dobrze, w 7 – doskonale. 6 osób określiło go jako bardzo dobry. Dla 2 osób koronarografia miała przeciętny wpływ. Wpływ koronarografii na pracę zawodową w 18 przypadkach został określony jako dobry, w 8 jako bardzo dobry. 4 osoby określiły go jako zły. Koronarografia miała też doskonały wpływ na życie towarzyskie dla 12 ankietowanych. 11 określiło go jako bardzo dobry, 9 jako dobry, a 1 osoba uznała, że jest on przeciętny. Koronarografia wpłynęła źle na życie seksualne aż połowy badanych (15 osób). Natomiast 9 osób określiło zabieg jako dobry a 6 jako bardzo dobry. Wpływ na podróżowanie w 12 ankietach został uznany za zły. Zdaniem 11 badanych koronarografia wpłynęła bardzo dobrze na podróżowanie, dla 3 osób doskonale, dla 4 dobrze. W ankiecie zadano też pytanie dotyczące tego, czy koronarografia zmieniła życie badanych. Tutaj 25 osób odpowiedziało „tak”, a jedynie 5 osób uznało, że nie, co w populacji badanych wyrażało się w stosunku procentowym 83% do 17%.

Największą grupę stanowiły osoby, które bardziej doceniają swoje życie, tj. 19. 10 osób deklaruje, że ma świadomość, że ich dotychczasowe postępowanie wpływało na ich życie, 6 osób ma większy dystans do spraw mniejszej wagi. 3 osoby miało świadomość barier powodowanych stanem ich zdrowia. W 14 ankietach pojawiły się inne odpowiedzi, takie jak: ograniczenie tłustego jedzenia (5 odpowiedzi), rzucenie palenia (4 odpowiedzi), więcej się ruszam (3 odpowiedzi), mniej się denerwuję (2 odpowiedzi).

Aż 87% (26 osób) osób uważało że zabieg dał im „nowe życie”, 3 osoby uznały, że tak nie jest. 1 osoba nie udzieliła odpowiedzi. 7 osób podało, że koronarografia przyczyniła się najbardziej do poprawy aktywności fizycznej, 5 osób do aktywności zawodowej, 4 osobom koronarografia zmieniła sposób myślenia o własnym zdrowiu.

Dyskusja

Niniejsza praca dotyczy badań jakości życia pacjentów w związku z zabiegiem koronarografii. Sawicka i wsp [10] prezentują badania w odnie-

sieniu do oceny jakości życia pacjentów, którzy zostali zakwalifikowani do zabiegu koronarografii w trybie planowym. Wretkowski i wsp. [11] oraz Płaszewska-Żywko i wsp. [12] prezentują ocenę życia pacjentów, którzy już przeszli zabieg koronarografii.

Celem pracy, podobnie jak celem badań Wretkowskiego i wsp. [11] oraz Płaszewskiej-Żywko i wsp. [12] była ocena stanu zdrowotnego i jakości życia pacjentów po zabiegu koronarografii. Sawicka i wsp. [10] sprowadzała się do oceny jakości życia pacjentów cierpiących na chorobę niedokrwinną serca zakwalifikowanych do wykonania koronarografii w trybie planowym. Wszystkie badania dotyczą też opieki pielęgniarstwa nad pacjentami, którzy są przygotowani lub przeszli zabieg koronarografii.

Należy jednak zaznaczyć, że w analizie badanej populacji nie uwzględniono, w jakim trybie chorzy byli poddani zabiegowi, natomiast uwzględniono, który raz pacjenci przeszli zabieg. Można wnioskować, że pacjenci widzą pozytywne skutki zabiegu koronarografii. Dostrzegają, że zabieg pozwolił im na sprawniejsze funkcjonowanie. Według średniej dotyczącej wpływu koronarografii na poszczególne czynności uwidacznia się tendencja do wysokiej oceny wpływu zabiegu na życie towarzyskie i codzienne wykonywanie obowiązków przez ankietowanych. Praca dowodzi też, że pacjenci, którzy przeszli zabieg koronarografii z optymizmem patrzą w przyszłość. Pacjenci uważają, że zabieg wpłynął pozytywnie na ich stan zdrowia i dał im „nowe życie”. Badania Wretkowskiego i wsp. [11] oraz Płaszewskiej-Żywko i wsp. [12] też świadczą o tym, że pacjenci odczuwają większy komfort życia po zabiegu. Płaszewska-Żywko i wsp. [12] rozróżnia w swoich badaniach jakość życia pacjentów, u których dokonano nakłucia tętnicy udowej oraz tych, u których zabiegu dokonano poprzez nakłucia tętnicy promieniowej. Badania Płaszewskiej-Żywko i wsp. [12] wskazują, że pacjenci ocenili ból po nakłuciu tętnicy udowej jako bardziej nasilony, niż ci, u których wybrano dostęp przez tętnicę promieniową. U osób, u których dokonano nakłucia tętnicy udowej odnotowano też większą liczbę powikłań, takich jak krwiak w miejscu wkłucia, tętniak rzekomy, duże krwawienie w miejscu wprowadzenia cewnika i inne komplikacje.

Sawicka i wsp. [10] dowodzi natomiast, że pacjenci oczekujący na zabieg koronarografii obciążeni nierzadko innymi chorobami, takimi jak np. cukrzyca, przejawiają objawy depresji o różnym nasileniu. Według autorek artykułu badani obciążeni schorzeniami kardiologicznymi z objawami depresji, negatywnie oceniają własny stan zdrowia, nie dostrzegają pozytywnych aspektów w oczekiwanym zabiegu koronarografii. Konsekwencją depresji jest brak umiejętności radzenia sobie z chorobą.

Pacjenci też wykazują mniejszą chęć podejmowania zachowań prozdrowotnych.

Wyniki pracy ukazały pozytywne postrzeganie stanu swojego zdrowia przez pacjentów po koronarografii. Badania przedstawione przez Sawicką i wsp. [10] wskazują, że duży odsetek (60%) chorych oczekujących na koronarografię charakteryzuje się objawami depresji o łagodnym i umiarkowanie ciężkim nasileniu. Osoby te w mniejszym stopniu stosują się do wszelkich zaleceń dotyczących choroby. Takie zachowania wpływają niekorzystnie na jej przebieg, co może prowadzić do powikłań i niepomyślnych wyników koronarografii.

Wszystkie badania dowodzą, że koronarografia to bezpieczny zabieg, którego powodzenie zależy w dużej mierze od odpowiedniego przygotowania pacjenta do zabiegu, jak również na odpowiedniej opiece nad pacjentem po zabiegu. Tutaj ogromną rolę ma zespół pielęgniarstwa, którego zadaniem jest zarówno opieka nad pacjentem przed zabiegiem, w trakcie oraz po zabiegu. Na tą opiekę składa się szereg czynności pielęgnacyjnych oraz wsparcie psychiczne, jakiego należy udzielić każdemu choremu, który został poddany zabiegowi koronarografii. Nieocenione znaczenie mają te pielęgniarki, które mają odpowiednią wiedzę i praktykę, aby sprawować opiekę nad pacjentem, u którego dojdzie do powikłań po zabiegu.

Badania przeprowadzone przez Płaszewską-Żywko i wsp. [12] dowodzą, że pielęgniarki zdecydowanie wyżej oceniają zabieg koronarografii wykonywany przez nakłucie tętnicy promieniowej niż udowej. Ich ocena wynika z braku utrudnień w opiece nad chorymi, większy komfort pacjentów, mniejszą liczbę powikłań i zdecydowanie krótszy czas hospitalizacji. Pielęgniarki dostrzegają też fakt łatwiejszego przygotowania psychicznego pacjentów w zależności od wyboru miejsca nakłucia. Pielęgniarki widzą znacznie więcej trudności w opiece nad chorymi, u których dokonano nakłucia tętnicy udowej niż u tych, u których nakłuto tętnicę promieniową. Opieka nad pacjentem z nakłutą tętnicą promieniową nie wymaga bezwzględnej konieczności korzystania przez chorego z pomocy innych osób. Takiego pacjenta można wcześniej spionizować. U takich pacjentów nie ma tylu powikłań naczyniowych. Zdecydowanie lepiej oceniane jest też przez pielęgniarki przygotowanie pacjenta do zabiegu. Według pielęgniarek miejsce wkłucia do tętnicy promieniowej jest łatwiejsze do przygotowania niż nakłucie tętnicy udowej.

Pielęgniarki zauważają też, że założenie opatrunku uciskowego na miejsce wkłucia w sytuacji nakłucia tętnicy promieniowej nie ogranicza samodzielności pacjentów lub zmniejsza ją tylko w niewielkim stopniu.

Opatrunek uciskowy na tętnicy udowej według opinii pielęgniarek powoduje znaczne obniżenie zdolności pacjentów do samoobsługi. Jest on zdaniem pielęgniarek zdecydowanie niekorzystny dla aktywności ruchowej pacjentów i jest to związane z koniecznością unieruchomienia pacjenta na od 8 do 24 godzin.

Pielęgniarki mają odpowiednią wiedzę na temat powikłań, jakie występują po koronarografii. Potrafią wskazać te powikłania. Zdaniem pielęgniarek opieka nad pacjentem z nakłutą tętnicą promieniową jest korzystniejsza dla zespołu pielęgniarskiego i organizacji pracy w oddziale. Ta opinia wynika z faktu, że łatwiej przebiega proces pielęgnacyjny nad takimi pacjentami, nie ma opóźnień w usuwaniu koszulek naczyniowych, wykonuje się mniej badań dodatkowych. Pacjenci się szybciej rehabilitują i są krócej hospitalizowani. W związku z tym pielęgniarki dostrzegają też komfort pacjenta.

Wnioski

1. Pacjenci, którzy przeszli koronarografię mają wiedzę o istocie tego badania, jednak jest to wiedza bardzo ogólna i niewystarczająca.
2. Pacjenci potrafią wskazać dolegliwości, jakie odczuwali przed zabiegiem koronarografii. Połowa pacjentów potrafi wskazać przynajmniej dwie dolegliwości.
3. Pacjenci odczuwają dużą poprawę stanu zdrowia po koronarografii.
4. Koronarografia wpłynęła pozytywnie na jakość życia pacjentów w wielu jego obszarach. Zabieg poprawił funkcjonowanie w niektórych sferach życia, w szczególności dotyczy to aktywności fizycznej.

Bibliografia

1. *Choroby wewnętrzne*, red. A. Szczeklik, Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.
2. *Zarys kardiologii*, red. H. Chlebus, W. Januszeicz, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992.
3. Marchena E., Ferreira A.C., *Sekrety kardiologii interwencyjnej*, wyd. polskie, red. H. Wysocki, Urban&Partner, Wrocław 2006.
4. *Kardiologia w praktyce – wybrane zagadnienia*, red. M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
5. Dziki M., Klamut H., Krupienicz A., *Propozycja standardów postępowania z pacjentem przyjmowanym do koronarografii i angioplastyki wieńcowej*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2012; 1 (38).

6. <http://www.punktzdrowia.pl/choroby-i-dolegliwosci/choroby-cywilizacyjne>[dostęp: 20.02.2015].
7. <http://www.szpitalmsw.pl/mswia/?koronarografia-informacjepodstawowe,105&PHPSESSID=b9afa55f42ef521d762c7e669fb97610> [dostęp: 25.02.2015].
8. *Pielęgniarstwo kardiologiczne*, red. D. Kaszuba, A. Nowicka, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
9. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/choroby-cywilizacyjne> [dostęp: 20.02.2015].
10. Sawicka J., Jurkowska G., Bachórzewska-Gajewska H., *Ocena jakości życia oraz częstość występowania objawów depresji u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca kierowanych na planową koronarografię*, „Przegląd Kardi-diabetologiczny” 2008; 3, 1: 23–27.
11. Płaszewska-Żywko L., Klecha L., *Porównanie wybranych aspektów opieki nad chorymi po zabiegach koronarografii z dostępu przez tętnicę udową i tętnicę promieniową*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” 2011; 2: 93–98.
12. Wretowski D., Kochman J., Rak A., *Koronarografia*, „Standardy Medyczne” 2005; 1.

Grzegorz Kaczmarczyk^{1,2}, Grzegorz Machnik², Anna Piotrowska-Mietelska², Monika Gąsecka-Czapla², Łukasz Rybak²

¹ Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

² Diagnostyka Sp. z o.o., Kraków

Wirus HPV. Czy warto się szczepić

Streszczenie

Zwiększająca się liczba zakażeń wirusem HPV (*Human papilloma virus* – wirus brodawczaka ludzkiego) wśród kobiet i mężczyzn wymaga szybkiej i efektywnej popularyzacji informacji o zakażeniu tym groźnym wirusem oraz skutecznej profilaktyki. Zakażenie HPV przenosi się głównie poprzez kontakt z zakażonym naskórkiem i drogą płciową. Zakażenie niektórymi typami wirusa może prowadzić w skrajnych przypadkach do wystąpienia nowotworów narządów płciowych, raka gardła i innych mniej lub bardziej groźnych zmian chorobowych.

Ze względu na możliwą zmienność typów wirusa podczas choroby, osoby zakażone mogą przez lata nie wykazywać objawów. Wśród kilkuset wyodrębnionych dotychczas typów wirusa HPV tylko kilkanaście z nich jest onkogenne w mniejszym bądź większym stopniu. Najnowszym sposobem zapobiegania powikłań w zakażeniach HPV są szczepionki dla kobiet i mężczyzn, działające na najgroźniejsze typy wirusa.

Diagnostyka zakażeń HPV staje się powszechna dzięki rozwojowi biologii molekularnej i techniki PCR. Współczesna diagnostyka określa poziom zakażenia, typ wirusa i jego aktywność, co w połączeniu z wynikami innych badań (np. cytologii) daje pełny obraz zakażenia i możliwość działania dla lekarza.

Słowa kluczowe: HPV, szczepionki

HPV virus. Is the vaccination needed?

Abstract

The problem of HPV (*human papilloma virus*) infection in both genders is increasing. For that reason, we need to provide people with information about infection, caused by this dangerous virus, and its prevention. HPV infection is transmitted through contact with infected epithelium and by sexual contact. In extreme cases, HPV can cause genital cancers, throat cancer and other pathological lesions.

Among several hundred HPV types only several dozen are oncogenic with different oncogenic potential. HPV vaccination for women and males is the most recent method for prevention of high-risk HPV types and its complications. The

development of molecular biology techniques including PCR made it available as a universal diagnostic tool for HPV infection.

Current diagnostic techniques provide detection of infection, confirmation of virus strain and its activity; combination of molecular biology techniques results and other diagnostic methods (e.g. cytology) enables complete infection assessment and therapeutic decisions.

Key words: HPV, vaccines

Wprowadzenie

Wirus HPV został odkryty w latach 50 XX wieku jednocześnie przez badaczy z różnych krajów. Nie od razu poznano naturę onkogeną wirusa. Od czasu gdy po raz pierwszy powiązано zakażenie HPV z występowaniem raka (rak skóry) minęło kilkadziesiąt lat. W 1972 roku odkrycia tego dokonała S. Ginsburg-Jabłońska [1]. Kilka lat później, w 1976 roku Harald zur Hausen odkrył dwa do dnia dzisiejszego najbardziej patogenne typy wirusa HPV (16 i 18) oraz opisał ich odpowiedzialność za występowanie raka szyjki macicy. Kolejne lata przynosiły nowe dane, z których wynikało, że wirus brodawczaka może być śmiertelnie niebezpieczny dla zdrowia. Wirus może atakować nie tylko skórę, lecz również gardło, głowę i szyję, migdałki, zatoki, lecz przede wszystkim narządy płciowe [2]. Jest przy tym bardzo zmienny w okresie zakażenia i występuje w ponad stu siedemdziesięciu odmianach, z których kilkanaście może powodować nowotwory [3]. Wirus HPV przenosi się bardzo łatwo (skóra, błony śluzowe) więc może powodować poważne zagrożenia dla ludzkiego zdrowia. Nieustanny rozwój technik diagnostycznych (m. in: PCR, sekwencjonowanie, cytologia LBC – *Liquid Base Cytology* – Cienkownikarstwowa Cytologia na Podłożu Płynnym) spowodował odkrycie nowych, groźnych typów HPV u ludzi. Wszystkie powyższe powody były przyczyną prac nad szczepionkami. Dopiero w ostatnim dziesięcioleciu udało się uzyskać, przeprowadzić badania i wprowadzić na rynek kilka skutecznych w działaniu szczepionek skierowanych przeciwko najgroźniejszym typom wirusa HPV [4]. Skuteczność szczepionek jest bardzo wysoka (powyżej 90% dla najgroźniejszych odmian wirusa) więc stanowią one bardzo dobre zabezpieczenie przeciwko najgroźniejszym typom HPV. Niemniej istotną sprawą jest opracowanie skutecznych szczepionek/szczepionki dla innych typów HPV, które co prawda są w mniejszym stopniu odpowiedzialne za występowanie chorób, lecz również stanowią zagrożenie. Korzyści spowodowane stosowaniem szczepień HPV są bardzo wymierne zważywszy na fakt, że około 250 tys. kobiet umiera co-

rocznie w wyniku raka szyjki macicy spowodowanego głównie infekcją HPV [5].

Budowa wirusa HPV i jego patogenne rodzaje

Wirus HPV jako materiał genetyczny ma dwuniciowe DNA, a otoczka białkowa ma kształt wielościanu. Jego DNA ma długość około 8000 par zasad. Zdolność do wywoływania transformacji nowotworowej HPV zawdzięcza obecności dwóch białek (E6 i E7). Białka te blokują działanie i inaktywują ludzkie białka p53 i pRb hamujące transformację nowotworową komórek. Wirus HPV zakaża wyłącznie keratynocyty skóry i błon śluzowych. Do dzisiaj odkryto ponad 170 typów HPV, z których większość może wywołać choroby u człowieka. Tylko kilka typów HPV jest uznanych za mogące powodować nowotwory u ludzi [6]. Do najgroźniejszych należą typ 16 i 18. Są one obecne w około 70% przypadków raka szyjki macicy i zostały sklasyfikowane przez WHO jako typ I „kancerogeny u człowieka”. Szczególnie typ 16 HPV jest uznawany jako najgroźniejszy i obecny w ponad 90% przypadków raka szyjki macicy. Typy 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 zostały również sklasyfikowane przez WHO jako typ I „kancerogeny” a zdolność wywoływania przez nie raka została udowodniona. Jako typ Ia o ograniczonym potencjale nowotworowym został sklasyfikowany typ 68. Ten typ HPV może powodować nowotwory szyjki macicy, lecz jego obecności nie odnotowywano zbyt często w preparatach histologicznych. Typy: 26, 53, 66, 67, 70, 73, 82 również o ograniczonej zdolności wywoływania raka zostały sklasyfikowane jako typ IIb. Do tej samej grupy zostały włączone typy 30, 34, 69, 85 i 97, lecz tylko ze względu na podobieństwo filogenetyczne. Nie udowodniono obecności tych typów HPV w wycinkach z tkanek rakowych. Jako niskoonkogenicna grupa powodująca głównie zmiany na narządach płciowych (kłykciny kończyste) zostały sklasyfikowane typy 6 i/lub 11 [7]. Typy HPV 6 i 11 występują u ponad 90% przypadków kłykciny u ludzi.

Patogeneza chorób wywoływanych przez HPV

Wirus HPV jest szeroko rozpowszechniony wśród ludzi. Około 80% społeczeństwa ma z nim styczność w ciągu życia. Obecnie przyjmuje się, że zakażenie wirusem jest efektem rozpoczęcia współżycia seksualnego a nie typowym zakażeniem wirusowym w pełnym tego słowa znaczeniu.

Zaobserwowano również, że wirus może być przeniesiony u danej (jednej) osoby z rąk na narządy płciowe. W ciągu 56 miesięcy od rozpoczęcia współżycia około 70% osób jest zakażonych różnymi typami, z czego większość zakażeń zachodzi u osób pomiędzy 17 a 30 rokiem życia. Ze względu na nieczęste współżycie osób poniżej 17 roku życia i powyżej 40 roku życia infekcje HPV w tych grupach są na poziomie kilku procent (9% – grupa młodsza i 5% grupa starsza) [8].

Szczególnie wrażliwe na zakażenie są osoby w wieku dojrzewania ze względu na zmiany zachodzące w organizmie. Do przekazywania HPV najczęściej dochodzi drogą płciową. Należy tu zauważyć, że stosowanie prezerwatyw nie zabezpiecza w pełni przed zakażeniem. Dzieje się tak ponieważ zakażenie następuje przede wszystkim przez kontakt skóry ze skórą (takiej ochrony prezerwatywy całkowicie nie zapewniają). Ciekawostką jest fakt, że kobiece prezerwatywy są skuteczniejsze w zapobieganiu zakażeniom HPV. Zakażenie może nastąpić też drogą oralną lub analną. Stąd obserwowane przypadki występowania raka gardła, raka głowy i szyi oraz kłykcin kończystych. Bardzo rzadko matka może przenieść zakażenie na nowonarodzone dziecko lub zakażenie może przenieść się przez rzeczy osobiste. W przypadku zakażenia dziecka przez matkę podczas narodzin, wirus może pozostawać w stanie latentnym przed kilkudziesięciu lat.

Hipotetycznie zakażenie HPV nie może przenieść się przez płyny ustrojowe (np. krew, surowica), chociaż zważywszy, że każdy rak ma unaczynienie, to komórki rakowe mogą pojawić się we krwi. W zdecydowanej większości zakażeń HPV wymagany jest jednak fizyczny kontakt skóry ze skórą [3,7]. Czynniki wpływające na podatność na zakażenie dzielimy na biologiczne i behawioralne. Do czynników biologicznych u osób młodych należą: nie w pełni wykształcona odporność nabyta oraz duże zmiany okolic szyjki macicy zachodzące podczas dojrzewania i rozpoczęcia współżycia. Do czynników behawioralnych należą: zmiana otoczenia (zmiana miejsca zamieszkania ze względu na rozpoczęcie nauki, zawieranie nowych znajomości) oraz rozpoczęcie współżycia wiążące się nierzadko ze zmianą partnerów w ciągu krótszego bądź dłuższego czasu. Badania wykazują, że u kobiet, które miały przynajmniej jednego partnera seksualnego w ciągu 4 następujących po sobie lat prawdopodobieństwo, że któryś z nich był zakażony HPV wynosi powyżej 85%. Wobec groźnych danych o zakażeniach wirusem HPV należy dodać, że około 75–90% zakażeń ulega samowyleczeniu w ciągu roku do dwóch

lat od zakażenia bez działań medycznych. Nie jest jednak jasne, czy wirus ulega całkowitemu zniszczeniu czy przechodzi w stan latentny, ale jest nadal obecny. Niemniej jednak u pozostałych 10–20% zakażonych – w przypadku braku leczenia – prawdopodobieństwo rozwoju raka jest bardzo zwiększone i wynosi aż do 60% w ciągu od kilku do kilkunastu lat. Szczególnie niebezpieczny jest typ 16 HPV, którego obecność wiąże się z prawie 30% prawdopodobieństwem rozwinięcia cytologii typu CIN 3 (neoplazja wewnątrz nabłonkowa szyjki macicy III stopnia – największe przemiany komórek, najbardziej złośliwe) w ciągu 13 lat [3]. Okres od momentu dostania się wirusa do komórek do chwili wystąpienia charakterystycznych zmian na ciele jest bardzo zróżnicowany i wynosi od kilku miesięcy do kilkudziesięciu lat. Dlatego też praktycznie niemożliwe jest ustalenie źródła zakażenia u każdego chorego.

Diagnostyka HPV

Wykrywanie różnych typów HPV w coraz większej ilości tkanek ludzkich rozwijało się równie szybko, co identyfikacja nowych typów wirusa. Wykrywanie HPV jest możliwe praktycznie wyłącznie przez techniki biologii molekularnej, które rozwinęły się w ciągu kilkudziesięciu ostatnich lat (różne odmiany PCR, sondy molekularne, sekwencjonowanie). Co więcej, wykrywanie infekcji HPV jest możliwe praktycznie od początku infekcji podczas badań przesiewowych w momencie, gdy potencjalne zmiany w organizmie nie są jeszcze widoczne. Umożliwia to działanie prewencyjne, leczenie oraz monitorowanie zakażenia podczas jego fazy przewlekłej. Obecnie technika PCR pozwala na proste i szybkie wykrywanie wszystkich odmian HPV powodujących raka szyjki macicy oraz potencjalnie onkogennych dla innych narządów (głowa i szyja, płuca czy odbyt). Należą tu odmiany „nisko” i „wysoko” onkogenne HPV. Ponadto możliwe już jest określenie, czy zakażenie HPV jest w fazie aktywnej (obecność mRNA w tkance) czy też w fazie latentnej (obecność samego DNA wirusa), co daje możliwość monitorowania skuteczności terapii lub powiązania zmian chorobowych z aktywnym zakażeniem.

Choroby wywoływane przez HPV i ich leczenie

Cechą charakterystyczną wirusa brodawczaka ludzkiego jest zdolność namnażania się tylko w dojrzałych keratynocytach epitelium skóry i błon

śluzowych, a zakażenia powodowane przez wirusa mają charakter wyłącznie lokalny. HPV nie powoduje zakażeń systemowych. Wirus HPV może wywołać w zależności od typu szereg chorób. Od niewielkich zmian na skórze do raka szyjki macicy. Do lekkich zmian wywołanych przez HPV należą:

- kurzajki, brodawki i brodawczaki naskórka. Lokalizacja zmian jest różna. Najczęściej są to drogi oddechowe, krtani, zatoka szczękowa, jama ustna, przełyk;
- kłykciny kończyste, brodawki i brodawczaki męskich i żeńskich narządów płciowych nabłonka wielowarstwowego błon śluzowych. Zmiany występują najczęściej na wargach sromowych, prąciu, okolicy krocza, przedsionku pochwy.

Małe zmiany ulegają same remisji w około 30%–60% przy stosowaniu dodatkowo niewielkiej ilości maści przeciwzapalnych. Gdy kuracja nie pomaga, stosuje się wtedy bardziej radykalne metody leczenia (kriokoagulacja lub laser), włącznie z usunięciem chirurgicznym zmienionej tkanki. Do poważnych i śmiertelnych chorób wywoływanych przez HPV należy rak szyjki macicy, rak płuc i rak odbytu. Stwierdzono również obecność HPV w wielu innych odmianach raka. Należą tu nowotwory: krtani, głowy, szyi i gardła, rak penisa, sromu, jamy ustnej. W zależności od umiejscowienia się patologicznej zmiany spowodowanej obecnością HPV stwierdza się jego różne typy. W zmianach, które nie obejmują narządów płciowych występuje tylko kilka typów HPV i najczęściej są to typy 6, 11, 16 i 18. Natomiast praktycznie każdy z typów HPV znajdować się może w zmianach obejmujących narządy płciowe i odbytu. Najwięcej rodzajów wirusa znaleziono w kłykcinach kończystych i śródbłonkowej neoplazji różnego stopnia. W przypadku stwierdzenia raka szyjki macicy stosuje się zabieg konizacji (usunięcia części zmienionej). Jednak w niektórych przypadkach, gdy zmiany są duże jedynym wyjściem jest usunięcie całej macicy niekiedy razem z węzłami chłonnymi miednicy, połączone ze stosowaniem z radio i chemioterapii [3].

Zapobieganie chorobom wywołanym przez HPV

Wyniszczenie wirusa HPV przez organizm nie zawsze przekłada się na odporność na późniejsze zakażenie, zwłaszcza gdy zawsze jest obecne potencjalnie nowe lub stałe źródło infekcji. Najlepszą metodą zapobiegania

chorobom wirusowym i powikłaniom są skuteczne szczepionki. Jednak nie w każdym przypadku udaje się opracować szczepionkę, która zabezpiecza przed zakażeniem lub powikłaniami ze względu na zmienność wirusa (HCV, HIV). Duża część społeczeństwa ma styczność z wirusem HPV w ciągu życia a straty spowodowane przez choroby nowotworowe wywołane obecnością HPV, szczególnie wśród kobiet, sięgają 1700–1800 przypadków rocznie [5].

Ponadto nie ma jak dotąd skutecznego leku, który może być przepisany podczas choroby pacjentowi. Wraz z postępem medycyny obserwuje się jednak spadek infekcji, jak i śmiertelności spowodowanej zarówno infekcjami HPV jak też innymi chorobami narządów płciowych. Niemniej jednak poziom śmiertelności wciąż utrzymuje się wysoko w krajach słabo rozwiniętych i rozwijających się. Szczególnie w Rosji, gdzie prawdopodobieństwo śmierci na raka przez 65 rokiem życia wynosi wśród kobiet ponad 20%.

Opracowywanie szczepionki na HPV rozpoczęto jednocześnie na kilku uniwersytetach na świecie w latach 80. XX wieku. Pierwszą szczepionkę przeciw najgroźniejszym typom HPV wynaleziono w Australii, w 2006 roku i w tym samym roku została ona opatentowana w USA. Rok później opatentowano drugą szczepionkę. Szczepionki zostały skonstruowane przeciwko najgroźniejszym odmianom wirusa wywołującym raka szyjki macicy oraz jedna z nich dodatkowo przeciwko odmianom wywołującym powstawanie kłykcin kończystych. Obydwie zostały dopuszczone do sprzedaży w roku 2006 i 2007 w USA [9]. W tym samym roku szczepionki pojawiły się w Polsce. W chwili obecnej w Polsce są dostępne obydwie szczepionki działające na HPV. Pomimo dostępności nowoczesnych szczepionek ich popularność w Polsce nie jest wysoka. Wynika to z kilku powodów. Najpoważniejszym powodem jest brak wiedzy na temat wirusa i chorób przez niego powodowanych wśród osób młodych. Może to wynikać z faktu, iż w wieku gdy następuje większość zakażeń HPV niewiele osób myśli o zabezpieczeniu się przed tym wirusem. Ponadto szczepionka została wprowadzona w 2006 roku więc informacje o niej nie są rozpowszechnione szeroko wśród młodzieży a rodzice nie zawsze śledzą najnowsze osiągnięcia medycyny i nie zachęcają dzieci do szczepień. Osoby, które wiedza o istnieniu szczepionki na HPV często nie szczepią się lub swoich dzieci co też ma kilka powodów. Jednym z powodów braku szczepień jest brak szerokodostępnej informacji na temat skuteczności szczepionek na HPV, która przekracza 90% w przypadku

typów najgroźniejszych [4, 9]. Brak ogólnodostępnej i pewnej informacji jest również przyczyną informacji błędnych podawanych między ludźmi o efektach ubocznych szczepionek i brakiem wiary w ich skuteczność. Niezależnym od wiedzy powodem braku szczepień jest również koszt szczepionek, który w obydwu przypadkach przekracza 1200 zł (dane z 2015 roku) oraz brak czasu na kilka wizyt u lekarza w celu podania kolejnej dawki szczepionki (w każdym przypadku 3 dawki).

Kto może się szczepić a kto nie powinien

Szczepienia na HPV zalecane są przede wszystkim dziewczynkom w wieku 11–12 lat. Niemniej jednak szczepione powinny być zdrowe dzieci od 9 roku życia, nastolatki i osoby dorosłe. Jedna z dostępnych szczepionek może być podawana również chłopcom i mężczyznom, co należy uznać za ważne. Zaletą szczepionek przeciw HPV jest to, że można je podawać również kobietom z nieprawidłową cytologią, osobom w trakcie leczenia immunosupresyjnego oraz kobietom w trakcie laktacji. Dodatkowo zaleca się szczepienie chłopców przeciwko HPV. Dane statystyczne za ostatnie 20 lat jednoznacznie wskazują, że istotnie statystycznie zwiększa się ilość zachorowań na raka odbytu i raka jamy ustnej i gardła u mężczyzn, i kobiet. Przeciwwskazaniami do szczepień jest uczulenie na: jakąkolwiek substancję obecną w szczepionkach, jakąkolwiek chorobę w trakcie jej trwania, przeciwwskazaniem jest także ciąża [3–6, 7, 9].

Podsumowanie

Opracowanie szczepionek działających na najgroźniejsze typy wirusa HPV jest niewątpliwym osiągnięciem dzisiejszej technologii i stanu wiedzy. Należy jednak pamiętać, że nowe szczepionki nie chronią nas przed wszystkimi typami wirusa, a te również mogą powodować groźne choroby. Wobec realnego zagrożenia chorobami wirusowymi (nie tylko HPV) najskuteczniejszym sposobem walki z nimi jest przede wszystkim informowanie społeczeństwa nie tylko o istnieniu nowych szczepionek, ale również o ich skuteczności, i niezbędności szczepień pomimo niekiedy wysokiej ceny szczepionek w aptece.

Bibliografia

1. Jabłońska S., Dąbrowski J., Jakubowicz K., *Epidermodysplasia verruciformis as a model in studies on role of papovaviruses in oncogenesis*, „Cancer Research” 1972; 32: 583–589.
2. Durst M., Gissmann L., Ikenberg H. et al., *A papillomavirus DNA from a cervical carcinoma and its prevalence in cancer biopsy samples from different geographic regions*. Proc Natl Acad Sci U S A. 1983 Jun; 80 (12): 3812–3815.
3. WHO IARC Monograph „*Biological Agents*”, Vol. 100B; February 24th – March 3rd, Lyon France 2009.
4. Harper D., *Current prophylactic HPV vaccines and gynecologic premalignancies*, „Current Opinion in Obstetrics & Gynecology” 2009; 21 (6): 457–464.
5. Ferlay J., Bray F., Pisani P. et al., *Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*, International Agency for Research on Cancer; GLOBOCAN 2002: Cancer Base 5 (v 2.0), IARC Press, Lyon 2004.
6. Scheurer M., Tortolero-Luna G., Adler-Storthz K., *Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention*, „International Journal of Gynecological Cancer” 2005; 15 (5): 727–746.
7. WHO IARC Monograph *on the evaluation of carcinogenic risks to humans*, Vol. 90, Human Papillomaviruses, Lyon 2007; 47–78.
8. Nielsen A., Kjaer S., Munk C., Iftner T., *Type-Specific HPV Infection and Multiple HPV Types: Prevalence and Risk Factor Profile in Nearly 12,000 Younger and Older Danish Women*, „Sexually Transmitted Diseases” 2008, March; 35(3): 276–282.
9. WHO, *Human papillomavirus vaccines. WHO position paper*, Wkly. Epidemiol. Rec. 2009, April; 84 (15): 118–131.

