

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik || Quarterly

2017, Vol. 6, Nr 3, 73–112

ISSN 2084-4212
eISSN 2450-839X

Spis treści/Content

PRACE ORYGINALNE || ORIGINAL PAPERS

- Ocena zapotrzebowania na szkolenia z zakresu prawa medycznego wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego**
Assessment of medical law training needs among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Warmian-Masurian, and Lublin Voivodships 75
Anna Dembowska, Joanna Gotlib
- Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych**
Problem of professional burnout among surgical clinic nurses 82
Violetta Teresa Szewczyk, Dorota Milecka, Jolanta Kolańska, Małgorzata Kornatowska, Izabella Uchmanowicz
- Ocena możliwości doskonalenia zawodowego wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego**
Assessment of professional development opportunities for midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Lublin, and Warmian-Masurian Voivodships 91
Bożenna Szymczak, Joanna Gotlib

PRACE POGLĄDOWE || REVIEWS

- Oparzenia u dzieci – rodzaje, ocena ciężkości oraz zasady postępowania**
Burns in children – types, gravities and rules of conduct 98
Alicja Burzec, Elenora Mess, Maciej Ornat, Iwona Pirogowicz

PRACE KAZUISTYCZNE || CASE REPORTS

- Poród lotosowy – studium przypadku**
Lotus birth – case study 104
Anna Stysiał, Monika Przestrzelska, Katarzyna Żelazko
- Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w opiece nad pacjentem z wodogłowiem po wszczepieniu zbiornika Rickhama**
Application of International Classification for Nursing Practice (ICNP®) in the care of a hydrocephalus patient after implantation of Rickham's reservoir 107
Alicja Targos, Anna Rozensztrauch, Izabella Uchmanowicz

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik, Organ Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego
Quarterly, The authority of the European Center for Postgraduate Education

Indexed in:
Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Central European Journal of Social Sciences
and Humanities (CEJSH), Index Copernicus International (ICI), International Academy of Nursing Editors (INANE),
Journal Storage (JSTOR), Polish Medical Bibliography (PBL), Polish Scholarly Bibliography (PBN),
Polish Scientific Journals Database (PSJD), Polish Scientific and Professional Electronic Journals (ARIANTA)

Komitet Naukowy || Scientific Committee

Komitet Naukowy || Scientific Committee:

Prof. dr hab. Jacek Gajek (Wrocław)
Prof. dr hab. Beata Karakiewicz (Szczecin)
Prof. dr hab. Andrzej Kierzek (Wrocław)
Prof. dr hab. Grzegorz Mazur (Wrocław)
Prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)
Prof. dr hab. Tomasz Szydełko (Wrocław)
Prof. Sabina De Geest (Bazylea, Szwajcaria)
Prof. Daria Jarosova (Ostrawa, Czechy)
Dr hab. prof. nadzw. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)
Dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Warszawa)
Dr hab. prof. nadzw. Dorota Zyśko (Wrocław)
Dr hab. n. med. Krystyna Górna (Poznań)
Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib (Warszawa)
Dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska (Lublin)
Dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz (Bydgoszcz)
Dr n. med. Jolanta Kolańska (Wrocław)
Dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)
Dr n. med. Ewa Kuriata-Kościelniak (Wrocław)
Dr n. med. Katarzyna Łagoda (Białystok)
Dr n. med. Agnieszka Młynarska (Katowice)
Dr n. med. Ewa Molka (Tarnowskie Góry)
Dr n. med. Krzysztof Tuszyński (Poznań)
Dr n. med. Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)
Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)
Dr Diane Carroll (Boston, USA)
Dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)
Dr Elena Gurkova (Bratysława, Słowacja)
Dr Eleni Kletsou (Ateny, Grecja)
Dr Ekaterini Lambrinou (Nikozja, Cypr)
Dr Monica Parry (Toronto, Canada)
Dr Renata Zelenikova (Praga, Czechy)
Dr n. o zdr. Robert Dymarek (Wrocław)
Dr n. o zdr. Stanisław Manulik (Wrocław)

Redakcja || Editors

Redaktor naczelny || Editor-in-Chief:

dr hab n. o zdr. prof. nadzw. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

Z-ca redaktora naczelnego || Deputy editor-in-chief:

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Wrocław)

Sekretarz Redakcji || Editorial Secretary:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska (Wrocław)

Redaktor językowy || Polish Language Editor:

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,
wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny || Statistical Editor:

dr inż. Tomasz Janiczek, tomasz.janiczek@pwr.wroc.pl

Redaktor języka angielskiego || English Language Editor:

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni || Subject Editors:

Pielęgniarstwo internistyczne || Internal medicine nursing:

dr hab n. o zdr. prof. nadzw. Izabella Uchmanowicz
izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne ||

Neurology and neurosurgery nursing:

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk
joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska opieka długoterminowa || Palliative and long-term care nursing:

dr n. med. Dominik Krzyżanowski
dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo epidemiologiczne || Epidemiology in nursing:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

Socjologia medycyny || Medical Sociology:

dr n. społ. Irena Wolska-Zogata, zogata@wp.pl

Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnictwo ||

Gynecological and obstetrical nursing:

dr n. med. Monika Przestrzelska
monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Adres redakcji || Editorial Office

Adres redakcji || Editorial office:

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław
Tel.: 783-371-474; Fax: 71 750-30-67
e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

Wydawca || Publisher:

Na zlecenie ECKP Wrocław || On behalf ECKP Wrocław

WYDAWNICTWO
Continuo

Wydawnictwo Continuo || Continuo Publishing House

ul. Lelewela 4 pok. 325, 53-505 Wrocław

Tel.: 71 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.continuo.pl

Prenumerata na rok 2017 || Subscription for 2017:

Cena rocznika dla Instytucji: 80 zł || Annual price for the
Institutions: 80 PLN

Cena rocznika dla odbiorców indywidualnych: 40 zł || Annual
price for individuals: 40 PLN

e-mail: zamowienia@continuo.pl, tel.: 71 791-20-30

Reklamy || Ads:

e-mail: zamowienia@continuo.pl, tel.: 71 791-20-30

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności ||

Editors are not responsible for advertisements content

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Nakład: 500 egzemplarzy || Print: 500 copies

Kwartalnik WPIoZ ukazuje się w wersji pierwotnej drukowanej oraz w wersji elektronicznej na stronie
www.wspolczesnepielęgniarstwo.pl

OCENA ZAPOTRZEBOWANIA NA SZKOLENIA Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO WŚRÓD POŁOŻNYCH ZATRUDNIONYCH W WYBRANYCH SZPITALACH NA TERENIE WOJEWÓDZTW: MAZOWIECKIEGO, PODLASKIEGO, WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO I LUBELSKIEGO

Assessment of medical law training needs among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Warmian-Masurian, and Lublin Voivodships

Anna Dembowska^{1,2}, Joanna Gotlib³

¹Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie

³Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

adres do korespondencji: joanna.gotlib@wum.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Dynamiczny postęp wiedzy medycznej powoduje, że współcześnie od położnej wymaga się ciągłego doskonalenia zawodowego. Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem, obowiązkiem położnej jest ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Jednym z najważniejszych obszarów wiedzy, niezbędnych do prawidłowego wykonywania zawodu położnej jest znajomość najważniejszych zagadnień prawa medycznego.

Cel pracy. Ocena zapotrzebowania na szkolenia z zakresu prawa medycznego wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego.

Materiał i metody. 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku: 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Większość badanych ($n = 92,60\%$) miała wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyło studia I stopnia, 19% ($n = 30$) – studia magisterskie. Średni czas stażu pracy wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16; min: 0,5; maks: 39; mediana: 27; modalna: 28). Zdecydowana większość badanych zatrudniona była na pełny etat ($n = 150, 98\%$). Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 74% (153/204). Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe (standaryzowany kwestionariusz) przeprowadzono w roku 2017.

Wyniki. W badanej grupie 89% położnych uczestniczyło w szkoleniach zawodowych w ciągu ostatniego roku, 76% badanych brało udział w szkoleniach organizowanych przez zakład pracy. 86% badanych opowiedziało się za przydatnością prawa medycznego w codziennej pracy zawodowej, a 61% uczestniczyło w różnego rodzaju kursach z zakresu prawa medycznego. 67% położnych stwierdziło, że zdarzyły się w ich pracy sytuacje, w których personel, z powodu nieznamości prawa medycznego, nie wiedział jak się zachować, a 63% doświadczyło trudności w podjęciu szkoleń, w tym: trudności finansowe – 53%, niedogodne terminy szkoleń – 33%. 42% badanych wyraziło chęć skorzystania ze szkoleń z zakresu prawa medycznego w formie e-learningowej.

Wnioski. 1. W badanej grupie położne ciągle podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe uczestnicząc aktywnie w różnego rodzaju szkoleniach. 2. Badana grupa położnych deklarowała, że udział w szkoleniach z zakresu prawa medycznego zdecydowanie wpłynęłaby na poprawę jakości funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej i świadczonych usług przez położne. 3. Najbardziej dogodną formą szkoleń są według badanej grupy położnych szkolenia stacjonarne finansowane przez pracodawcę i organizowane w weekend lub w godzinach pracy. 4. Zdecydowana większość położnych jest zainteresowana poszerzeniem wiedzy z zakresu prawa medycznego, ponadto rośnie zainteresowanie

SUMMARY

Background. Today, the fast development of medical knowledge requires active midwives to attend continuous training courses. In accordance with applicable law, midwives are obliged to continuously improve their professional skills. Nowadays, the understanding of the main issues in medical law constitutes one of the most important areas of knowledge that is necessary for the proper performance of the tasks of a midwife.

Objectives. The study aimed to assess medical law training needs among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Warmian-Masurian, and Lublin Voivodships.

Material and methods. 153 midwives (women: 100% of all) employed in six healthcare entities located in Central-Eastern Poland. Mean age: 46.84 years (SD: 12.44; min: 24 years; max: 61 years; median: 50; mode: 52). Most study participants ($n = 92.60\%$) had secondary medical education, 20% (32 persons) had completed first-cycle programmes, and 19% ($n = 30$) – second-cycle programmes. Mean job tenure amounted to 24.56 years (SD: 10.16; min: 0.5; max: 39; median: 27; mode: 28). A vast majority of the study participants worked full-time ($n = 150,98\%$). A questionnaire return rate was 74% (153/204). A voluntary and anonymous survey (a standardised questionnaire) was conducted in 2017.

Results. As many as 89% of midwives participating in the study had attended professional training courses during the past year and 76% of the respondents had taken part in courses organised by their employers. According to 86% of the study participants, the knowledge of medical law was useful in their everyday practice and 61% of the total participated in a variety of medical law courses. 67% midwives said that they had experienced situations at work in which the personnel had not known what to do due to their ignorance of medical law and 63% of all encountered difficulties in attending training courses, including financial difficulties (53%) and insufficient training dates (33%). 42% of the respondents were willing to participate in e-learning courses on medical law.

Conclusions. 1. Midwives participating in the survey continue to improve their professional competences by taking different types of training courses. 2. According to the respondents, participation in medical law courses would significantly improve the quality of functioning of healthcare entities and services provided by midwives. 3. Midwives taking part in the study agreed that on-site courses financed by the employer and organised at weekends or during working hours constituted the most convenient form of training. 4. A vast majority of midwives was interested in improving their knowledge of medical law. There was also a growing interest in e-learning courses. 5. There is an insufficient amount of post-graduate training courses in medical law offered to midwives.

szkoleniami e-learningowymi 5. Oferta kształcenia podyplomowego dla położnych z zakresu prawa medycznego jest niewystarczająca.

Słowa kluczowe: położne, kompetencje zawodowe, prawo medyczne, kształcenie podyplomowe.

WSTĘP

Prawo medyczne to zbiór przepisów regulujących m.in. prawa i obowiązki pacjenta, personelu medycznego, funkcjonowanie podmiotów leczniczych oraz innych podmiotów świadczących usługi medyczne. Pierwsze opracowania dotyczące prawa medycznego ukazały się na świecie pod koniec XIX wieku (opracowania belgijskie i francuskie), a w Polsce pierwszym opracowaniem na temat prawa medycznego była książka T. Cypriana i P. Asłanowicza z roku 1949 [1]. Prawo do ochrony zdrowia stanowi jedno z podstawowych praw człowieka i jest wyznacznikiem jakości życia [2].

Zawód położnej, usankcjonowany prawnie w epoce odrodzenia, ma bogatą tradycję, a zasady wykonywania zawodu położnej są silnie osadzone w praktyce zawodowej i podstawach naukowych. Ciągły rozwój medycyny powoduje, że współcześnie od czynnej położnej zawodowo wymaga się stałego doskonalenia zawodowego [3, 4]. Zgodnie z kodeksem etyki zawodowej pielęgniarki i położnej i aktualnie obowiązującymi przepisami prawa krajowego obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych [5–11].

Podstawą wykonywania zawodu położnej jest znajomość i stosowanie w praktyce prawa medycznego. Nieznajomość praw i obowiązków pacjentów może prowadzić do zagrożenia zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów [12].

Odpowiedzialność zawodową pielęgniarek i położnych reguluje Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 11 lipca 2011 r., która stanowi, że członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu [13].

Położne dążą do poszerzania wiedzy oraz umiejętności i pomimo wielu barier systemowych i finansowych stają się bardziej odpowiedzialne i samodzielne w zakresie świadczonych usług i zyskują coraz większy prestiż zawodowy [5, 7, 14].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena zapotrzebowania na szkolenia z zakresu prawa medycznego wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego.

MATERIAŁ

W badaniach udział wzięły łącznie 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku w badanej grupie kobiet wyniosła 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Zdecydowana większość badanych kobiet to mężatki ($n = 125,81\%$), panny stanowiły tylko 16% badanych ($n = 26$). Większość badanych ($n = 102,66\%$) zamieszkiwała miasto do 100 tys. mieszkańców. 32 osoby zadeklarowały, że mieszkają na wsi ($n = 32,2\%$). 13 osób badanych zamieszkiwało miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców, a tylko 5 osób badanych – miasto powyżej 500 tys. mieszkańców.

W badanej grupie położne ukończyły różne rodzaje szkół zakończone uzyskaniem dyplomu zawodowego położnej. Największa grupa badanych – 110 osób (71%) – ukończyła 2,5-letnią medyczną szkołę zawodową, 13 badanych ukończyło 2-letnią medyczną szkołę zawodową. 18 badanych (11%) ukończyło studia pomostowe I stopnia i kontynuowało kształcenie na studiach magisterskich uzyskując dyplom magistra położnictwa. Najmniejsza grupa badanych – zaledwie 5 osób – ukończyła studia jednolite magisterskie (studia pięcioletnie).

Większość badanych ($n = 92,60\%$) miała wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyły studia I stopnia, 19%

Key words: midwives, professional competence, medical law, postgraduate education.

($n = 30$) – studia magisterskie. Żadna z badanych położnych nie miała stopnia doktora.

Średni czas stażu pracy w badanej grupie wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16; min: 0,5; maks: 39; mediana: 27; modalna: 28). Zdecydowana większość badanych zatrudniona była na pełny etat ($n = 150, 98\%$). Tylko dwie osoby zadeklarowały, że pracują na umowę zlecenie. Badane położne zatrudnione były na stanowiskach: położna ($n = 82$), położna specjalista ($n = 9$), położna oddziałowa ($n = 3$), położna odcinkowa ($n = 12$), starsza położna ($n = 38$), młodszy asystent ($n = 2$), zastępca położnej oddziałowej ($n = 2$), położna środowiskowa ($n = 2$), położna koordynująca ($n = 1$), starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa ($n = 1$).

Odsetek zwrotu ankiet

Badania przeprowadzono w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej: Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach (25/34, 73%), Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej we Włodawie (15/18, 83%), Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej (27/50, 54%), Szpitalu Powiatowym Gajda-Med w Pułtusku (9/13, 69%), Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (52/41, 60%) oraz w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (48/50, 96%). Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 74% (153/204).

METODY

Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe zostały przeprowadzone w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej.

Do badań wykorzystano kwestionariusz ankiety dotyczącej oceny zapotrzebowania pielęgniarek i położnych na szkolenia z obszaru prawa medycznego, powstały w Zakładzie Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kwestionariusz ankiety rozdawany był osobiście przez Autorów badania.

Ankieta składała się z 23 pytań jednokrotnego wyboru, w tym 8 pytań dotyczących uczestnictwa w innych szkoleniach medycznych, 15 pytań dotyczących zainteresowania udziałem w szkoleniach z zakresu prawa medycznego. Kwestionariusz zawierał również 9 pytań dotyczących danych socjodemograficznych respondentek biorących udział w badaniu: płeć, wiek, stan cywilny, miejsce stałego zamieszkania, rodzaj ukończonej szkoły, wykształcenie, staż pracy, forma zatrudnienia oraz zajmowane stanowisko.

Analiza statyczna uzyskanych wyników

W pracy wykorzystano metody statystyki opisowej, uzyskane w badaniach dane przedstawiono z użyciem m.in. takich statystyk, jak liczba i odsetek udzielonych odpowiedzi.

Opinia Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Autorzy niniejszej pracy nie uzyskali zgody Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na przeprowadzenie prezentowanych badań, ze względu na fakt, że według komunikatu Komisji Bioetycznej WUM: „Komisja nie wydaje opinii w sprawie badań ankietowych, retrospektywnych i innych nieważnych badań naukowych”.

WYNIKI

Zdecydowana większość badanych położnych uczestniczyła w szkoleniach zawodowych w ciągu ostatniego roku, w tym po-

nad połowa badanych – 1–3 razy w roku. Najczęściej deklarowana forma szkoleń to szkolenia organizowane przez zakład pracy i przez zakład pracy finansowane. Prawie co piąta osoba sama finansowała swoje szkolenia i tyleż samo osób skorzystało z dofinansowań Unii Europejskiej (tab. 1).

Zdecydowana większość badanych nie korzystała jeszcze z formy szkoleń e-learningowych. Ponad połowa respondentek doświadczyła trudności przy podjęciu szkoleń zawodowych. Jedna trzecia badanych doświadczyła trudności finansowych w podjęciu szkoleń i tyleż samo wskazało na zbyt dużą odległość między miejscem zamieszkania a miejscem szkolenia. Co piąta osoba badana wskazała na trudności rodzinne wynikające z opieki nad dziećmi lub innymi osobami, co piąta osoba stwierdziła brak szkoleń z interesującej dziedziny.

Tabela 1. Częstość udziału w szkoleniach zawodowych oraz najczęstsze trudności w podjęciu szkoleń przez ankietowane położne

Pytanie	Odpowiedź	Liczba badanych (n)	Odsetek badanych (%)
Jak często korzysta Pani/Pan ze szkoleń zawodowych?	w ogóle nie korzystam ze szkoleń zawodowych	3	2
	1–3 razy w roku	75	57
	4–6 razy w roku	20	15
	ponad 6 razy w roku	3	2
	trudno powiedzieć	30	23
Czy w ciągu ostatniego roku uczestniczyła Pani/Pan w szkoleniach podnoszących Pani/Pana umiejętności zawodowe?	tak	117	89
	nie	14	11
Proszę wskazać, jaka była forma szkoleń, w których uczestniczyła/-ł Pani/Pan w ciągu ostatniego roku?	wewnętrzne, organizowane przez Pani/Pana zakład pracy	100	76
	zewnętrzne	60	46
	trudno powiedzieć	7	5
Z jakich źródeł były finansowane te szkolenia?	szkolenie finansowane w 100% przez zakład pracy	64	49
	szkolenie dofinansowane częściowo przez zakład pracy	20	15
	szkolenie finansowane przez mnie w 100%	25	19
	szkolenie finansowane/dofinansowywane z funduszy Unii Europejskiej	25	19
	trudno powiedzieć	25	19
Czy w Pani/Pana miejscu pracy są zbierane i analizowane informacje dotyczące potrzeb szkoleniowych personelu?	tak	65	50
	nie	38	29
	nie wiem	27	21
Czy zdarzyło się Pani/Panu skorzystać z jakiegokolwiek formy szkoleń w formie e-learningu?	tak	17	13
	nie	108	82
	nie wiem	3	2
Czy zdarzyło się Pani/Panu doświadczyć trudności (np. zawodowe, osobiste), gdy chciała/-ł Pani/Pan wziąć udział w szkoleniu?	tak	83	63
	nie	38	29

Na czym polegały trudności, jakich Pani/Pan doświadczyła/-ł?	bariery finansowe	70	53
	niedogodne terminy dostępnych szkoleń	43	33
	brak zastępstwa dla szkolącego się pracownika	33	25
	zbyt duża odległość między miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania	41	31
	obowiązki wynikające z opieki nad dzieckiem/ /dziećmi lub innymi osobami	31	24
	brak szkoleń z danej dziedziny	16	12
	niesprzyjająca atmosfera w pracy, brak akceptacji dla osób doszkalających się	13	10
	nie dotyczy	21	16

W badanej grupie ze szkoleń z zakresu prawa medycznego korzystała ponad połowa badanych. Były to najczęściej szkolenia wewnątrzzakładowe i przez zakład pracy finansowane. Połowa respondentek jest zadowolona z poziomu swojej wiedzy z zakresu prawa medycznego, ale co czwarta badana osoba przyznaje się, iż wiedza, która posiada, jest niewystarczająca. Zdecydowana większość w grupie badanej przyznaje, że zdarzały się sytuacje, w których personel nie wiedział jak się zachować, ze względu na brak znajomości prawa medycznego. Zdecydowana większość położnych przyznała, że zrealizowanie szkoleń z zakresu prawa medycznego wpłynie na poprawę jakości funkcjonowania zakładu pracy, w którym pracują. Najbardziej dogodną formą szkoleń według badanych są szkolenia odbywające się w jeden weekend i szkolenia odbywające się w dni powszednie w godzinach pracy. Ponad 3/4 badanych dysponuje zapleczem umożliwiającym realizację szkoleń za pośrednictwem Internetu, a 1/3 wyraziła chęć udziału w takiej formie kształcenia. Ponad połowa ankietowanych odczuwa potrzebę pogłębiania wiedzy na temat prawa medycznego (tab. 2).

Tabela 2. Przydatność znajomości prawa medycznego w pracy zawodowej i zainteresowanie formami szkoleń z zakresu prawa medycznego w badanej grupie położnych

Pytanie	Odpowiedź	Liczba badanych (n)	Odsetek badanych (%)
Czy w Pani/Pana miejscu pracy, według Pani/Pana wiedzy, zdarzają lub zdarzyły się sytuacje, w których personel nie wiedział jak ma się zachować ze względu na brak znajomości prawa medycznego?	takie sytuacje zdarzają się bardzo często	6	5
	takie sytuacje zdarzają się często	12	9
	takie sytuacje zdarzają się od czasu od czasu	24	18
	takie sytuacje zdarzają się rzadko	14	11
	takie sytuacje zdarzają się bardzo rzadko	32	24
	nie spotkałam/em się ani nie słyszałam/em o takiej sytuacji	28	21
Czy kiedykolwiek brała Pani/Pan udział w szkoleniu z zakresu prawa medycznego?	trudno powiedzieć	14	11
	tak	80	61
	nie	29	22
	nie pamiętam	20	15

Proszę wskazać, jaka była forma szkoleń z zakresu prawa medycznego, w których uczestniczyła/-ł Pani/Pan?	wewnętrzne (organizowane przez Pani/Pana miejsce pracy)	77	59	Jaka forma organizacji szkolenia z zakresu prawa medycznego byłaby najbardziej dla Pani/Pana dogodna?	szkolenie odbywające się w jeden weekend	71	54
	zewnętrzne	33	25		w dni powszednie – kilka dni pod rząd, w godzinach pracy	19	15
	trudno powiedzieć	8	6		szkolenie internetowe (e-learning)	10	8
	nie dotyczy	26	20		szkolenie cykliczne – odbywające się przez kilka weekendów	15	11
	brak odpowiedzi	4	3		w dni powszednie – kilka dni pod rząd, wieczorami	3	2
Z jakich źródeł były finansowane szkolenia z zakresu prawa medycznego?	szkolenie finansowane w 100% przez zakład pracy	56	43	trudno powiedzieć	20	15	
	szkolenie dofinansowane częściowo przez zakład pracy	2	2	Czy byłaby Pani skłonna/ /byłby Pan skłonny skorzystać z jakiegokolwiek formy kształcenia z obszaru prawa medycznego (np. szkolenie, kurs, studia podyplomowe) w formie e-learningu?	zdecydowanie tak	7	5
	szkolenie finansowane przez mnie w 100%	9	7	raczej tak	49	37	
	szkolenie finansowane z funduszy Unii Europejskiej	13	10	raczej nie	44	34	
	szkolenie finansowane/dofinansowane z Naczelnej/ /Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych	11	8	zdecydowanie nie	3	2	
	trudno powiedzieć	27	21	trudno powiedzieć	26	20	
	nie dotyczy	28	21	Czy Pani/Pana miejsce pracy dysponuje zapleczem (tj. sprzętem komputerowym, dostępem do Internetu), umożliwiającym realizację szkoleń e-learningowych (tj. szkoleń realizowanych za pośrednictwem Internetu)?	zdecydowanie tak	43	33
	Czy w Pani/Pana opinii wiedza z zakresu prawa medycznego może być przydatna w Pani/Pana codziennej pracy zawodowej?	zdecydowanie tak	58	44	raczej tak	52	40
		raczej tak	55	42	raczej nie	12	9
raczej nie		6	5	zdecydowanie nie	8	6	
zdecydowanie nie		0	0	trudno powiedzieć	16	12	
brak odpowiedzi		2	2	Czy Pani/Pan dotychczas czerpała/-ł wiedzę na temat prawa medycznego?	warsztaty	8	6
Czy wiedza z zakresu prawa medycznego, którą Pani/Pan posiada jest wystarczająca w Pani/ /Pana pracy zawodowej?	zdecydowanie tak	11	8	szkolenia stacjonarne	49	37	
	raczej tak	60	46	trudno powiedzieć	18	14	
	raczej nie	26	20	szkolenia specjalizacyjne	43	33	
	zdecydowanie nie	8	6	kurs kwalifikacyjny	18	14	
	trudno powiedzieć	25	19	kurs specjalistyczny	11	8	
	brak odpowiedzi	1	1	kurs dokształcający	4	3	
Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z poziomu swojej wiedzy z zakresu prawa medycznego?	zdecydowanie tak	2	2	studia licencjackie	12	9	
	raczej tak	64	49	studia licencjackie pomostowe	4	3	
	raczej nie	31	24	studia magisterskie	14	11	
	zdecydowanie nie	9	7	inne, jakie?	6	5	
Jakimi formami szkolenia z zakresu prawa medycznego byłaby Pani/byłby Pan najbardziej zainteresowana/y?	warsztaty	51	39	dotychczas nie czerpałam/-em wiedzy z żadnego źródła	7	5	
	staże w klinikach krajowych i zagranicznych	5	4	Czy odczuwa Pani/Pan potrzebę pogłębiania wiedzy na temat prawa medycznego?	zdecydowanie tak	15	11
	szkolenia stacjonarne	78	60	raczej tak	75	57	
	blended-learning – szkolenia mieszane w formie tradycyjnej i e-learningowej	9	7	raczej nie	22	17	
	szkolenia e-learningowe	2	2	zdecydowanie nie	1	1	
	studia podyplomowe	2	2	trudno powiedzieć	17	13	
	szkolenia specjalizacyjne	8	6	Jak Pani/Pan sądzi, czy zrealizowanie szkoleń z zakresu prawa medycznego wpłynęło na poprawę jakości funkcjonowania zakładu pracy, w którym Pani/Pan pracuje?	zdecydowanie tak	30	23
	kurs kwalifikacyjny	14	11	raczej tak	62	47	
	kurs specjalistyczny	10	8	raczej nie	8	6	
	kurs dokształcający	22	17	zdecydowanie nie	0	0	
	studia magisterskie	7	5	trudno powiedzieć	30	23	

Największym zainteresowaniem dodatkowym kształceniem w obszarze prawa medycznego wśród badanych jest prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Zdecydowana większość respondentek zainteresowana jest do-

stępem do dokumentacji i jej przechowywaniem. Ponad 3/4 położnych opowiedziało się za szkoleniami dotyczącymi praw pacjenta, kompetencji pielęgniarek w zakresie praw pacjenta i konsekwencjami naruszenia tych praw. Kształceniem podyplomowym w temacie prawa medycznego zainteresowana jest zdecydowana większość badanych i tyleż samo zainteresowana jest szkoleniami z zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych. Połowa respondentek zainteresowana jest szkoleniami dotyczącymi: uzyskiwania prawa i wykonywania zawodu; uznawaniem kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w krajach Unii Europejskiej; prowadzeniem własnej działalności gospodarczej (tab. 3).

Tabela 3. Zainteresowanie szkoleniem w wybranych, szczegółowych obszarach prawa medycznego w badanej grupie położnych

Pytanie	Odpowiedź	Liczba badanych (n)	Odsetek badanych (%)
Dostęp do dokumentacji medycznej	zdecydowanie tak	34	26
	raczej tak	63	48
	raczej nie	22	17
	zdecydowanie nie	2	2
Przechowywanie dokumentacji medycznej	zdecydowanie tak	21	16
	raczej tak	57	44
	raczej nie	37	28
	zdecydowanie nie	5	4
Podmioty upoważnione do korzystania z dokumentacji medycznej	zdecydowanie tak	31	24
	raczej tak	68	52
	raczej nie	22	17
	zdecydowanie nie	1	1
Dokumentacja medyczna w formie elektronicznej	zdecydowanie tak	55	42
	raczej tak	56	43
	raczej nie	13	10
	zdecydowanie nie	0	0
Katalog praw pacjenta	zdecydowanie tak	53	40
	raczej tak	62	47
	raczej nie	9	7
	zdecydowanie nie	1	1
Konsekwencje naruszenia praw pacjenta	zdecydowanie tak	59	45
	raczej tak	60	46
	raczej nie	5	4
	zdecydowanie nie	1	1
Kompetencje pielęgniarek w zakresie praw pacjenta	zdecydowanie tak	62	47
	raczej tak	60	46
	raczej nie	5	4
	zdecydowanie nie	0	0
Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych	zdecydowanie tak	47	36
	raczej tak	63	48
	raczej nie	10	8
	zdecydowanie nie	0	0
Zakres odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych	zdecydowanie tak	57	44
	raczej tak	57	44
	raczej nie	9	7
	zdecydowanie nie	0	0
Zasady działania Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych	zdecydowanie tak	23	18
	raczej tak	47	36
	raczej nie	32	24
	zdecydowanie nie	14	11
Zasady uzyskiwania i wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej	zdecydowanie tak	34	26
	raczej tak	47	36
	raczej nie	25	19
	zdecydowanie nie	12	9
Uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w innych krajach Unii Europejskiej	zdecydowanie tak	21	16
	raczej tak	45	34
	raczej nie	31	24
	zdecydowanie nie	14	11

Zakres kompetencji pielęgniarek wobec pacjentów psychiatrycznych	zdecydowanie tak	25	19
	raczej tak	61	47
	raczej nie	15	11
	zdecydowanie nie	13	10
Prowadzenie działalności gospodarczej	zdecydowanie tak	26	20
	raczej tak	56	43
	raczej nie	19	15
	zdecydowanie nie	10	8

DYSKUSJA

Zawód położnej ma jasno określony prawem zakres obowiązków i kompetencji, a wyrażona w art. 22. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasada wolności działalności gospodarczej daje również położnym możliwość wyboru formy organizacyjno-prawnej wykonywania zawodu [3, 15]. Ciągłe nowelizacje przepisów prawnych stawiają przed położnymi nowe wyzwania i konieczność ustawicznego dokształcania się [16].

Mroczek i wsp. [9] badali wśród pielęgniarek znajomość Kodeksu Etyki Zawodowej oraz ustaw regulujących zasady wykonywania zawodu. Mając na uwadze obowiązek ustawicznego kształcenia, 42% położnych wzięło udział w dodatkowych formach kształcenia, a 58% nie wyraziła chęci udziału w dokształcaniu. Kostrzewska i Małek [17] badając pielęgniarki w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łukowie, stwierdziły, że 42% badanych deklaruje, że zna zasady etyczne. W badaniach własnych zapytano ankietowane położne o częstość udziału w szkoleniach zawodowych: 57% zadeklarowało udział w szkoleniach 4–6 razy w roku, 15% badanych – 1–3 razy w roku, a 2% – ponad 6 razy w roku. 2% badanych położnych w ogóle nie uczestniczyło w szkoleniach. W badaniach własnych na pytanie o uczestnictwo położnych w szkoleniach w ciągu ostatniego roku aż 89% udzieliło odpowiedzi twierdzącej.

Najczęstszą formą szkolenia, z jakiej korzystały badane położne, są szkolenia wewnętrzne organizowane przez pracodawcę (76%). Na pytanie, czy kiedykolwiek uczestniczyły w szkoleniu z zakresu prawa medycznego – większość (61%) – ankietowanych brała udział w takim szkoleniu, a 22% nie uczestniczyło w szkoleniu z zakresu prawa medycznego.

W badaniach własnych na pytanie, czy wiedza z zakresu prawa medycznego może być przydatna w codziennej pracy zawodowej, 44% ankietowanych odpowiedziało, że zdecydowanie tak, 42% – raczej tak, a 5% odpowiedziało, że raczej nie. Żadna z ankietowanych osób nie negowała przydatności wiedzy z obszaru prawa medycznego w codziennej pracy.

Następne zadane respondentom pytanie brzmiało, czy wiedza z zakresu prawa medycznego, którą posiadają, jest wystarczająca w ich codziennej pracy; tylko 8% odpowiedziało zdecydowanie tak, 46% – raczej tak, 20% jest przekonana o niskim poziomie swej wiedzy, a 18% nie potrafi określić przydatności posiadanej wiedzy.

Aftyka i wsp. [18] przeprowadzili badanie wśród 158 pielęgniarek na temat częstości występowania błędów medycznych w pracy i próbie ich klasyfikacji. Zdecydowana większość deklaruje, że chociaż raz w życiu była w sytuacji prawdopodobnego popełnienia błędu, a połowa przyznała się do błędu, który został wykryty i nie zdążył osiągnąć pacjenta. Według większości respondentów błędy medyczne w praktyce pielęgniarskiej pojawiają się dosyć często. Jest to zgodne z wynikami prezentowanymi w literaturze: według metaanalizy Ioannidisa i wsp. błędy medyczne popełniane są podczas wykonywania 10–63% procedur [19]. Z kolei badania Vincenta i wsp. [20] wykazały, że 10,8% pacjentów choć raz doświadczyło błędu medycznego, a 11,7% więcej niż jednego błędu medycznego.

Wiedza na temat ponoszenia odpowiedzialności prawnej i zawodowej pielęgniarek i położnych według badań przeprowadzonych przez Zespół z Warszawskiego Uniwersytetu Me-

dycznego [21] jest niewystarczająca i wymaga uzupełnienia. Publikacja Gaweł i wsp. [22] miała określić stopień świadomości zawodowej pielęgniarek dotyczącej istoty zagadnień prawa medycznego w pracy zawodowej. Podczas wykonywania swojej pracy zdecydowana większość jest świadoma ponoszenia odpowiedzialności zawodowej, a zaledwie 2% nie jest tego świadoma.

W badaniach własnych zapytano położne, czy w miejscu pracy, według ich wiedzy, zdarzyły się sytuacje, w których personel nie wiedział, jak ma się zachować ze względu na nieznaną prawa medycznego. Aż 67% badanych odpowiedziało, że takie sytuacje mają miejsce, w tym 5% uważa, że zdarzają się często, 18% – od czasu do czasu, 11% – rzadko, 24% – bardzo rzadko, 21% nigdy nie spotkało się z taką sytuacją.

Tomaszewska i wsp. [12] przeprowadziła badanie wśród 220 osób celem oceny poziomu aktualnego rozwoju własnego pielęgniarstwa i zbadania ich oczekiwań dotyczących doskonalenia zawodowego. 78% badanych wyraziło zainteresowanie szkoleniami z komunikacji interpersonalnej, a 69% badanych – aspektami prawnymi wykonywania zawodu. W badaniach własnych na pytanie zadane położnym, jakimi formami szkolenia z zakresu prawa medycznego byłyby najbardziej zainteresowane, 60% odpowiedziało, że najbardziej dogodną formą są szkolenia stacjonarne, za formą warsztatów opowiedziało się 39% respondentek, 17% zainteresowanych było kursem dokształcającym, 11% kursem kwalifikacyjnym, a 8% kursem specjalistycznym, czyli tradycyjnymi formami szkoleń podyplomowych dla pielęgniarek i położnych.

Cisoń-Apanasewicz i wsp. [23] badali 95 pracowników medycznych: pielęgniarki, położne oraz innych przedstawicieli zawodów medycznych uczestniczących w różnych formach doskonalenia zawodowego. Celem badania było wskazanie form dodatkowego kształcenia, motywów i barier wpływających na niepodejmowanie kształcenia. Zdecydowana większość pielęgniarek (90,5%) opowiedziało się za koniecznością uczestnictwa w szkoleniu podyplomowym. Najczęstszym powodem, dla którego podejmowane są szkolenia – 71,5% badanych wskazało, że wzbogacenie wiedzy i umiejętności zawodowych, a 44,2% – podniesienie prestiżu zawodowego. W odpowiedzi na pytanie o formę dokształcania najczęściej ankietowani wskazywali na kurs specjalistyczny.

Kolejnym zagadnieniem, które poruszyła w swych badaniach Tomaszewska i wsp. [12], było badanie czynników ograniczających rozwój zawodowy pielęgniarek. W badaniu 80% respondentów wskazywało na bariery finansowe i wysokie koszty kształcenia podyplomowego, 66% badanych – że to kadra zarządzająca placówkami zdrowia i pielęgniarstwem (55%) ogranicza kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.

W badaniach własnych na pytanie, czy ankietowane położne doświadczyły trudności, gdy chciały uczestniczyć w szkoleniach, 63% odpowiedziało twierdząco, 29% udzieliło odpowiedzi przeczącej. Najczęstszą barierą, jaką wskazywały ankietowane, to bariery finansowe (53%), niedogodne terminy dostępnych szkoleń (33%), zbyt duża odległość od miejsca szkolenia (31%), jak również obowiązki wynikające z opieki nad dziećmi/innymi osobami (24%).

Badania Górskiego wskazują, że wśród wszystkich grup zawodowych niedostateczna jest wiedza i znajomość przepisów prawa [24]. Główną przyczyną rezygnacji ze szkoleń są bariery finansowe, a większość badanych deklaruje chęć podjęcia szkoleń

e-learningowych. Preferowaną formą szkoleń są szkolenia w czasie godzin pracy oraz w weekendy.

Edukacja, podobnie jak inne dziedziny życia człowieka, ulega ciągłym przeobrażeniom, a kierunki zmian wyznaczają nowe technologie informatyczne i łatwość dostępu do sieci internetowych, nowe oczekiwania studentów, powodując zmiany w dotychczasowych metodach edukacyjnych [25–27].

Narzędzia e-learningowe mogą być wykorzystane w nauczaniu na odległość zarówno studentów pielęgniarstwa, jak i pielęgniarek praktyków, podejmujących pracę w zawodzie. Badania przeprowadzone przez Zych i wsp. [28] w 2002 r. wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w ośrodkach ochrony zdrowia w rejonie Polski południowej oraz przez Oskędra i wsp. [29] w 2006 r. wśród studentów I i II roku studiów stacjonarnych, jak i niestacjonarnych na kierunku pielęgniarstwo wykazały, że ankietowani byli zainteresowani podnoszeniem swoich kwalifikacji zawodowych z wykorzystaniem narzędzi e-learningowych. Podobne wyniki uzyskał wśród pielęgniarek w Wielkiej Brytanii Mc Veigh [30]. Większość deklarowała wzięcie udziału w kursach online, które pozwalają nie tylko na zdobycie wiedzy, ale pozwalają także na elastyczne zarządzanie czasem i indywidualne tempo uczenia się. Podobne opinie dotyczące zalet i korzyści płynących z kształcenia online wyrazili studenci badani w 2007 r. przez Betlej [31] oraz Karewicz [32], którzy byli uczestnikami kursu zorganizowanego za pośrednictwem Platformy Zdalnej Edukacji opartej na oprogramowaniu Moodle, i potwierdzili, że e-learning to nieograniczony dostęp do wiedzy, indywidualizacja procesu kształcenia, oszczędność czasu i kosztów nauki. W badaniach Bodys-Cupak i wsp. [33] przeprowadzonych wśród 109 studentów pielęgniarstwa, gdzie narzędziem edukacyjnym był wirtualny pacjent z odległą, 3/4 badanych uznała, że ta metoda usprawniła zdobywanie przez nich wiedzy, a połowa była zadowolona z tej metody uczenia się.

Zaprezentowane w niniejszej pracy wyniki badań własnych wykazały, że ze szkoleń z zakresu prawa medycznego w formie e-learningu skłonnych byłoby skorzystać 42% badanych. Zaplecze komputerowe, umożliwiające realizację szkoleń online, posiada 73% badanych. Uczestnictwo w szkoleniach e-learningowych z zakresu prawa medycznego mogłoby w przyszłości stanowić ciekawe uzupełnienie tradycyjnych form kształcenia dla pielęgniarek i położnych.

WNIOSKI

1. W badanej grupie położne ciągle podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe uczestnicząc aktywnie w różnego rodzaju szkoleniach.
2. Badana grupa położnych deklaruje, że udział w szkoleniach z zakresu prawa medycznego zdecydowanie wpłynęłaby na poprawę jakości funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej i świadczonych przez położne usług.
3. Najbardziej dogodną formą szkoleń są według badanej grupy położnych szkolenia stacjonarne finansowane przez pracodawcę i organizowane w weekend lub w godzinach pracy.
4. Zdecydowana większość położnych jest zainteresowana pogłębianiem wiedzy z zakresu prawa medycznego, ponadto różnie zainteresowanie szkoleniami e-learningowymi.
5. Oferta kształcenia podyplomowego dla położnych z zakresu prawa medycznego jest niewystarczająca.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Świtła K. Pojęcie, zakres i charakterystyka prawa medycznego. *Monitor Prawniczy* 2017; 10(12): 1–5.
2. Kulik B, Pacian J, Pacian A. Prawne podstawy odpowiedzialności zawodowej pracowników ochrony zdrowia. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2010; 8(2): 96–100.
3. Iwanowicz-Palus G, Bień A, Golanko E. Położna w Zjednoczonej Europie. *Probl Pielęg* 2013; 1(1): 117–122.

4. Karkowska D. *Status zawodowy położnej. Zarys problemu*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2007: 5–10.
5. Bogusz R, Majchrowska A. Motywy podejmowania kształcenia podyplomowego w zawodzie pielęgniarstwie. *Pielęg XXI* w 2012; 3(40): 58–63.
6. Gaweł G, Pater B, Potok H. Świadomość odpowiedzialności zawodowej wśród pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2010; 18(2): 105–110.
7. Kodeks Etyki Zawodowej Polskiej Pielęgniarki i Położnej. Część

- szczegółowa, rozdział II, pkt 1. Dostępny na URL: <https://www.google.pl/search?client=firefox-b-ab&q=kodeks+etyki+zawodowej+piel%C4%99gniarki+i+po%C5%82o%C5%BCnej&sa=X&ved=0ahUKEwjwxfexnPXVAhXhQJoKHeLMDWIQ1QIaSgF&biw=853&bih=578>.
8. Kotlenga M, Grabowska H, Świetlik D. Ocena wiedzy na temat aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki w Polsce w grupie pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2013; 21(3): 290–296.
 9. Mroczek B, Kędzia A, Trzasczka M, i wsp. Stan wiedzy na temat Kodeksu Etyki Zawodowej wśród pielęgniarek i położnych. *Probl Pielęg* 2008; 16(4): 369–373.
 10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2003 nr 197, poz. 1923).
 11. Zimmermann A, Banasik P. Wpływ nowych regulacji prawnych na zasady wykonywania zawodu przez pielęgniarki (część II). *Probl Pielęg* 2013; 21(2): 271–279.
 12. Tomaszewska M, Cieśla D, Czerniak J. Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość. *Probl Pielęg* 2012; 20(3): 271–279.
 13. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych (Dz.U. 2011 nr 174, poz. 1038).
 14. Dalkowska A, Dalkowski P, Gaworska-Krzemińska A. Historyczno-prawne regulacje zawodu pielęgniarki. *Probl Pielęg* 2007; 15(2, 3): 115–118.
 15. Urbaniak M, Zdanowska J. Prawne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki w ramach indywidualnej i grupowej praktyki. *Probl Pielęg* 2010; 18(3): 358–362.
 16. Felcenloben M. Funkcje doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych* 2009; 4: 111–114.
 17. Kostrzewska Z, Małek K. Respektowanie zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2008; 16: 259–268.
 18. Aftyka A, Rozalska-Walaszek I, Medak E, i wsp. Opinie pielęgniarek na temat częstości występowania błędów medycznych w codziennej praktyce. *Pielęg XXI* w 2014; 4(49): 5–10.
 19. Ioannidis JPA. Laus Evidence on interventions to reduce medical errors. An overview and recommendations for future research. *JGIM* 2001; 5(16): 325–334.
 20. Vincent C, Neale G, Waloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322: 517–519.
 21. Gotlib J, Belkowska J, Zarzeka A, et al. Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek na temat zasad ponoszenia odpowiedzialności cywilnej i karnej. *Pielęg XXI* w 2015; 2(51): 11–17.
 22. Gaweł G, Pater B, Potok H, i wsp. Świadomość odpowiedzialności zawodowej wśród pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2010; 18(2): 105–110.
 23. Cisoń-Apanasewicz U, Gaweł G, Ogonowska D, i wsp. Opinie pielęgniarek na temat kształcenia podyplomowego. *Probl Pielęg* 2009; 17(1): 32–37.
 24. Górski K. *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*. Warszawa: IBC Group Central Europe Holding S.A.; 2011.
 25. Kononowicz A, Pyrczak W, Roterman-Konieczna I. E-learning in medicine. *Probl Hig Epidemiol* 2006; 4: 364–371.
 26. Walecki P, Pyrczak W, Lasoń W, i wsp. *E-learning i telemedycyna – problemy strukturyzacji wiedzy*. W: Morbitzer J, red. *Komputer w edukacji*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP Kraków; 2006: 243–248.
 27. Hankiewicz K. Ocena oferty e-learningowej poznańskich uczelni publicznych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Ekonomiczne Problemy Usług* 2012; 703(88): 156–164.
 28. Zych B, Oskędra I, Kłapa W. *Kształcenie pielęgniarek w systemie distance learning – oczekiwania, możliwości i propozycje rozwiązań*. Materiały konferencyjne V Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Media a edukacja”. Poznań, 20–23 kwietnia 2002 r. Dostępny na URL: www.tojned.net38.
 29. Oskędra I, Zych B, Kózka M. *Zapotrzebowanie studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych I i II stopnia na kształcenie w systemie distance learning*. Materiały konferencyjne V Międzynarodni Sympozium Osetrovatelsvi. Ostrawa; 2006: 271–278.
 30. Mc Vigh H. Factors influencing the utilization of e-learning in post-registration nursing students. *Nurs Educ Tod* 2009; 29(1): 91–99.
 31. Betlej P. E-learning w organizacji zajęć I opinii studentów – studium przypadku. *E-mentor* 2009; 1: 56–60.
 32. Karewicz J. E-learning jako narzędzie wspomagające dydaktykę studiów stacjonarnych. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie* 2007; 40: 147–151.
 33. Bodys-Cupak I, Majda A, Zalewska-Puchała J, i wsp. E-learning jako innowacyjna metoda nauczania studentów pielęgniarstwa. *Pielęg XXI* w 2014; 4(49): 11–17.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib
 Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
 Wydział Nauki o Zdrowiu
 Warszawski Uniwersytet Medyczny
 ul. Żwirki i Wigury 61
 02-091 Warszawa
 Tel. 22 57 20 490; 608 108 028
 E-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.09.2017 r.

Po recenzji: 20.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 21.09.2017 r.

PROBLEM WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PIELEŃNIAREK OPERACYJNYCH

Problem of professional burnout among surgical clinic nurses

Violetta Teresa Szewczyk¹, Dorota Milecka², Jolanta Kolasińska³,
Małgorzata Kornatowska⁴, Izabella Uchmanowicz³

¹ Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

³ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁴ Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Zespół wypalenia zawodowego jest ciągle niedocenianym problemem, szczególnie w zawodach medycznych. Praca na bloku operacyjnym niesie za sobą określone obciążenia i wymagania, a przede wszystkim odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, co naraża często pracownika na stres, konsekwencją czego może być powstanie zespołu wypalenia.

Cel pracy. Zbadanie problemu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych w wrocławskich szpitalach.

Materiał i metody. Badaniem ankietowym objęto 108 pielęgniarek i pielęgniarzy. Posłużono się następującymi narzędziami badawczymi: Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach (MBI), Skala Satysfakcji z Pracy (SSP) Zalewskiej, a także ankieta własna, składająca się z 23 pytań, analizujących indywidualne predyspozycje pracowników i czynniki, które mają wpływ na satysfakcję.

Wyniki. Wyczerpanie emocjonalne koreluje istotnie ze wszystkimi podskalami kwestionariusza SSP ($p < 0,05$) oprócz podskali zadowolenia z warunków pracy. Poczucie braku satysfakcji zawodowej koreluje istotnie ze wszystkimi podskalami kwestionariusza SSP ($p < 0,05$) oprócz podskali zadowolenia ze swoich osiągnięć. Wynik łączny kwestionariusza Maslach koreluje istotnie ze wszystkimi podskalami kwestionariusza SSP ($p < 0,05$). Wiek wpływa na zadowolenie z pracy i satysfakcję z własnych osiągnięć ($p < 0,05$). Depersonalizacja zależy od miejsca zamieszkania ($p < 0,05$). Stan cywilny wpływa na satysfakcję zawodową i zadowolenie z warunków pracy ($p < 0,05$). Osoby ze stażem do 10 lat były istotnie bardziej przekonane, że ponownie wybrałyby ten sam zawód niż osoby ze stażem 11–20 lat ($p < 0,05$). Osoby odczuwające stres miały wyższy poziom wyczerpania i wypalenia zawodowego ($p < 0,05$), wyższy ogólny poziom poczucia braku satysfakcji zawodowej ($p < 0,05$), większe przekonanie, że ich praca jest bliska ideału ($p < 0,05$), jak również wyższe zadowolenie z wykonywanej pracy i ogólną satysfakcję z pracy ($p < 0,05$). Osoby w dobrej i bardzo dobrej sytuacji materialnej były bardziej zadowolone z wykonywanej pracy ($p < 0,05$). Osoby pracujące w systemie wielozmianowym miały większe poczucie braku satysfakcji zawodowej ($p < 0,05$). Osoby, które wybrały zawód dla jego prestiżu lub przypadkowo były bardziej zadowolone z wykonywanej pracy niż osoby, które wybrały zawód z powodów „innych” ($p < 0,05$) oraz miały wyższy ogólny poziom satysfakcji z pracy ($p < 0,05$).

Wnioski. Praca zmianowa wpływa na nasilenie zjawiska wypalenia zawodowego i braku satysfakcji z pracy. Im krótszy staż pracy, tym pielęgniarki mają mniejsze wypalenie zawodowe i są bardziej usatysfakcjonowane z rodzaju wykonywanej pracy. Stan cywilny wpływa na wypalenie zawodowe i satysfakcję z pracy. Osoby będące w związku mają wyższą satysfakcję z pracy i mniejszy poziom wypalenia zawodowego.

Słowa kluczowe: zespół wypalenia zawodowego, zadowolenie z pracy, pielęgniarki operacyjne, badania ankietowe.

SUMMARY

Background. The burnout syndrome is a still underestimated problem, especially in the medical profession. Work on the surgery unit carries the specific burdens and requirements, and above all the responsibility for the life and health of the patient, that often exposes a nurses to stress, which may result in burnout syndrome.

Objectives. Investigating the problem of occupational burnout among surgical nurses in Wrocław hospitals. A group of 108 nurses were included in the survey.

Material and methods. The following research tools were used: Maslach Burnout Inventory (MBI), Scale for Job Satisfaction (SSP) by Zalewska, as well as our own questionnaire, consisting of 23 questions, analysing individual employee predispositions and factors that influence satisfaction.

Results. Emotional exhaustion correlates significantly with all subscales of the SSP questionnaire ($p < 0.05$) in addition to their satisfaction of working conditions. The feeling of lack of professional satisfaction correlates significantly with all subscales of the SSP questionnaire ($p < 0.05$) in addition to their satisfaction of achievement. The total score of the Maslach questionnaire correlates significantly with all subscales of the SSP ($p < 0.05$). Age influences job satisfaction and satisfaction with self-achievement ($p < 0.05$). Depersonalization depends on place of residence ($p < 0.05$). Civil status influences professional satisfaction and satisfaction with pacify conditions ($p < 0.05$). Persons with a placement of up to 10 years were significantly more likely to choose the same profession again than those aged 11–20 years ($p < 0.05$). People experiencing stress had a higher level of exhaustion and burnout ($p < 0.05$), a higher overall level of feeling of lack of professional satisfaction ($p < 0.05$), greater belief that their work is close to the ideal ($p < 0.05$), as well as higher job satisfaction and overall job satisfaction ($p < 0.05$). People in good and very good financial situation were more satisfied with their work ($p < 0.05$). People working in the multi-shift system had a greater sense of lack of professional satisfaction ($p < 0.05$). People who have chosen the profession for his prestige or accidentally were more satisfied with their work than those who chose the profession for “other” reasons ($p < 0.05$) and had a higher overall job satisfaction ($p < 0.05$).

Conclusions. Shift work affects the intensity of burnout and lack of job satisfaction. The shorter the work experience, the less occupational burnout among nurses and the greater the satisfaction of the work performed. Civil status affects professional burnout and job satisfaction. People in the relationship have higher job satisfaction and lower incidence of burnout.

Key words: occupational burnout syndrome, job satisfaction, surgical nurses, questionnaires research.

WSTĘP

Zespół wypalenia zawodowego jako problem jest ciągle niedoceniany, prowadzi do obniżenia pracy określonych grup zawodowych i obniżenia jakości życia. W przypadku zawodów medycznych zespół wypalenia zawodowego jest obserwowany

bardzo często, gdyż zarówno stres, jak i zespół wypalenia zawodowego towarzyszą nam każdego dnia [1].

Zjawisko wypalenia dotyczy szczególnie osób z tych zawodów, którzy mają bezpośredni kontakt z drugim człowiekiem, im kontakt jest częstszy i bliższy, tym bardziej wyczerpuje. Pra-

cownicy, którzy nieustannie poznają problemy innych ludzi, ciągła troska, udzielanie wsparcia to wszystko powoduje, że pracownicy socjalni, pielęgniarki, lekarze, pracownicy służb medycznych narażeni są na nieustanny stres, za co niejednokrotnie płacą wysoką cenę psychicznego wyczerpania [2].

Udowodniono, że w każdym przedziale wiekowym można znaleźć ludzi twórczych oraz znużonych rutyną. Pojawienie się syndromu wypalenia nie jest wynikiem stresu, lecz z brakiem umiejętności radzenia sobie i niezadowalającym wsparciem społecznym. Bardzo ważną rolę odgrywają stosunki panujące w pracy:

- nadmierny biurokracyzm,
- rywalizacyjne relacje wśród pracowników,
- częsty brak zrozumienia ze strony przełożonych – niedostatki komunikacji [3].

Wypalenie zawodowe dotyczy ludzi, którzy pracują, bądź dopiero rozpoczęli swoją ścieżkę zawodową. W tym drugim przypadku młodzi absolwenci szkół medycznych mają bardzo duże oczekiwania związane z pracą. Często te wyobrażenia są mylne, znacznie odbiegające od realiów. Rozpoczynają karierę zawodową bardzo mocno zmotywowani i stawiają sobie wygórowane cele. Zdarza się, że niektórzy pracownicy potrafią dobrze funkcjonować w warunkach trudnych, stresujących. Praca pod presją nie prowadzi wówczas do wypalenia zawodowego. Znacznie trudniej uniknąć go osobom ambitnym, stawiającym sobie zbyt wygórowane cele i mającym duże oczekiwania. Łatwiej w ich przypadku o niespełnienie na polu zawodowym [4].

W pracy Wons [2] jednoznacznie wykazano, że kluczowym czynnikiem dla rozwoju wypalenia zawodowego jest wielokrotne doświadczanie niepowodzeń w pracy, a także towarzyszący temu stres oraz przekonanie o niemożności skutecznego radzenia sobie z konfliktami, trudnościami i frustracjami w życiu zawodowym. Zdarza się często, że oczekiwania osób stojących u progu kariery zawodowej znacznie odbiegają od realiów. Takie rozczarowanie rzeczywistością prowadzi nie tylko do utraty złudzeń, ale do frustracji i niezadowolenia, co ostatecznie grozi wypaleniem zawodowym.

Na powstanie wypalenia zawodowego mają wpływ przede wszystkim warunki pracy i cechy osobowościowe pracownika. Model skonstruowany przez Sęk [5] uwzględnia wpływ szerokiego zakresu czynników środowiskowych, jak i czynników osobowych. Wypalenie to proces, który powstaje na skutek długotrwałego stresu charakterystycznego dla danego zawodu.

Do czynników sprzyjających wypaleniu zawodowemu wyodrębnionych przez Sęk [5] zalicza się: ocenę sytuacji w terminach niebezpieczeństwa, poziom przeżywanego stresu, nieracjonalne przekonania o roli zawodowej i mechanizm unikania trudności.

Wypalenie zawodowe jest sprawą indywidualną dla każdego człowieka. Wskazane powyżej nieprawidłowości wpływają niekorzystnie na wydajność i komfort pracy. Ponadto przyczyniają się do licznych objawów, takich jak emocjonalne wyczerpanie, cynizm, a nawet poczucia nieefektywności zawodowych działań. Satysfakcja z wykonywanych działań w miejscu pracy jest możliwa tylko wówczas, gdy wspomniane wcześniej obszary są zadowalające [6].

Objawy wypalenia zazwyczaj zmieniają się w czasie i stopniowo narastają. Mogą obejmować sferę psychiczną lub fizyczną, wpływać zarówno na zachowania w miejscu pracy, jak i na środowisko rodzinne. Charakterystycznymi konsekwencjami syndromu wypalenia są dystansowanie się od zawodowych problemów, psychofizyczne wyczerpanie, obniżenie zaangażowania, poczucie braku adekwatnej gratyfikacji, brak satysfakcji z wykonywanej pracy, poczucia bezsensu i rezygnacji z profesjonalnej działalności włącznie [7].

Praca na bloku operacyjnym niesie za sobą określone obciążenia i wymagania, a przede wszystkim odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, co naraża często pracownika na stres, konsekwencją czego może być powstanie zespołu wypalenia. Ciuruś

[8] opisuje fizyczne i psychiczne obciążenia w pracy pielęgniarek operacyjnych. Szczególnie istotnym obciążeniem fizycznym jest trwająca często wiele godzin praca w pozycji stojącej i pochyleniu. Towarzyszy jej często konieczność dźwigania pacjentów, a także ciężkich zestawów z narzędziami chirurgicznymi. Pielęgniarka operacyjna ma bezpośredni kontakt ze środkami, które mogą powodować podrażnienia (rękawiczki, talk, środki dezynfekcyjne, substancje służące do utrwalania preparatów). Osoby pracujące na bloku operacyjnym mają również kontakt z promieniowaniem laserowym, polem elektromagnetycznym i wysokim napięciem elektrycznym. Ponadto pielęgniarki operacyjne mają częsty kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym (wydzieliny, wydaliny, opiłki kostne, krew, płyny ustrojowe) [8]. Obciążenia psychiczne w pracy pielęgniarki operacyjnej to przede wszystkim czynniki stresogenne, związane z charakterem pracy, oraz wszystkie czynności, które trzeba wykonać przy pacjencie. Szczególnie obciążające i stresogenne są zabiegi wykonywane u pacjentów z urazami wielonarządowymi, przy zabiegach transplantacji, zgonu pacjenta w trakcie trwania operacji, jak i po skończonym zabiegu. Pojawiają się również czynniki stresogenne uwarunkowane organizacją pracy (konieczność jednoczesnej współpracy z różnymi zespołami chirurgów, niewłaściwe wyposażenie w odpowiednie środki do dezynfekcji, przeciążenia pracą, minimalne zatrudnienia instrumentariuszek w bloku operacyjnym [9].

CEL PRACY

Celem pracy jest zbadanie problemu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. Celem drugorzędym była analiza występowania czynników wpływających na stopień wypalenia zawodowego.

MATERIAŁ I METODY

Uczestnicy badań

Ankieta została skierowana do 108 pielęgniarek pracujących w szpitalach na blokach operacyjnych na terenie Wrocławia.

Narzędzia badawcze

Osoby badane uzupełniły trzy ankiety:

- 1) Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Ch. Maslach (MBI – ang.: *Maslach Burnout Inventory*),
- 2) Skalę Satysfakcji z Pracy A. Zalewskiej (SSP), a także
- 3) ankietę własną, składającą się z 23 pytań. W tej ankiecie została umieszczona informacja, że jest ona całkowicie dobrowolna i anonimowa, a uzyskane informacje zostaną wykorzystane do celów naukowych.

Analiza statystyczna

Analizę wykonano w programie R, wersja 3.3.1. W analizie danych wykorzystano elementy statystyki opisowej. Wyniki badań przedstawione zostały w postaci tabel i wykresów. Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając średnią (\bar{X}), odchylenie standardowe (SD), medianę (Me), kwartyle (Q), minimum (min) oraz maksimum (maks).

Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu *t*-Studenta (gdy zmienna miała rozkład normalny w analizowanych grupach) lub testu U Manna-Whitneya (gdy rozkładu normalnego nie miała).

Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą analizy wariancji ANOVA (gdy zmienna miała rozkład normalny w analizowanych grupach) lub testu Kruskala-Wallisa (gdy rozkładu normalnego nie miała). Gdy takie porównanie pokazało istotne statystycznie różnice wykonywano analizę *post-hoc*: testem HSD Tukeya (w przypadku normalności rozkładów) lub testem Dunna (w przypadku braku normalności).

Korelację między dwiema zmiennymi ilościowymi analizowano wykorzystując współczynnik Pearsona (gdy obie zmienne miały rozkład normalny) lub Spearmana (gdy co najmniej jedna z nich rozkładu normalnego nie miała).

Siłę zależności interpretowano według następującego schematu: $|r| \geq 0,9$ – zależność bardzo silna; $0,7 \leq |r| < 0,9$ – zależność silna; $0,5 \leq |r| < 0,7$ – zależność średnio silna; $0,3 \leq |r| < 0,5$ – zależność słaba oraz $|r| < 0,3$ – zależność bardzo słaba (pomijalna).

Schemat interpretacji wykonano według Hinkle i wsp. [9]. Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro-Wilka. W analizie przyjęto poziom istotności dla $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystyka uczestników badań

W tabeli 1 przedstawiono szczegółową charakterystykę uczestników badania z uwzględnieniem wybranych cech socjodemograficznych i specyfiki bloku operacyjnego.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Cecha	n	%	
Wiek	20-25 lat	11	10,19
	26-30 lat	13	12,04
	31-40 lat	19	17,59
	powyżej 40 lat	65	60,19
Płeć	kobieta	102	94,44
	mężczyzna	4	3,70
	brak odpowiedzi	2	1,85
Wykształcenie	pielęgniarka dyplomowana	42	38,89
	licencjat pielęgniarstwa	47	43,52
	magister pielęgniarstwa	19	17,59
Dodatkowe kwalifikacje	kursy	35	32,41
	specjalizacje	28	25,93
	kursy i specjalizacje	30	27,78
	brak	15	13,89
Miejsce zamieszkania	miasto	85	78,70
	wieś	23	21,30
Czy jest Pani/Pan w związku?	w związku	83	76,85
	samotna/y	25	23,15
Specyfika bloku operacyjnego	blok wieloprofilowy	8	7,41
	centralny blok operacyjny	10	9,26
	chirurgia dziecięca	8	7,41
	chirurgia naczyniowa	5	4,63
	chirurgia ogólna i urologia	9	8,33
	chirurgia plastyczna	2	1,85
	chirurgia ręki	1	0,93
	ginekologia i położnictwo	9	8,33
	kardiochirurgia	9	8,33
	laryngologia	2	1,85
	neurochirurgia	10	9,26
	ortopedia	12	11,11
	wiele różnych bloków	6	5,56
	brak odpowiedzi	17	15,74

Wskaźnik wypalenia zawodowego (MBI)

Wszystkie wskaźniki przyjmują wartości od 0 do 100, gdzie 0 oznacza brak danego objawu, a 100 – najsilniejsze jego nasilenie (tab. 2).

Tabela 2. Wskaźnik wypalenia zawodowego

	n	X	SD	Me	Min	Maks	Q1	Q3
Wyczerpanie emocjonalne	108	38,37	27,23	33,33	0	100	19,44	55,56
Depersonalizacja	108	24,07	27,72	20	0	100	0	40
Poczucie braku satysfakcji zawodowej	108	40,39	25,73	37,5	0	100	21,88	62,5
Wynik łączny	108	34,28	20,45	30,14	0	85,46	19,44	47,34

Skala satysfakcji z pracy (SSP)

Wszystkie wskaźniki przyjmują wartości od 1 do 7, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 7 – „zdecydowanie się zgadzam” (tab. 3).

Tabela 3. Skala satysfakcji z pracy

	n	X	SD	Me	Min	Maks	Q1	Q3
Pod bardzo wieloma względami moja praca jest bliska ideału	107	3,36	1,32	3	1	6	2,5	4
Mam świetne warunki w pracy	108	3,46	1,46	3	1	7	2	4
Jestem zadowolona/y z pracy	108	4,14	1,3	4	1	7	3	5
Jak dotąd w pracy udawało mi się osiągnąć to, czego chciałam/em	108	4,04	1,32	4	1	7	3	5
Gdybym miała/ł zdecydować raz jeszcze, wybrałabym/łbym tę samą pracę	108	4,08	1,99	4	1	7	2,75	6
Wynik łączny	107	3,81	0,9	3,8	1,2	5,8	3,2	4,4

Satysfakcja z pracy a wyczerpanie emocjonalne

Wyczerpanie emocjonalne koreluje istotnie ze wszystkimi podskalami kwestionariusza SSP oprócz podskali zadowolenia z warunków pracy ($p < 0,05$). Zależności te są ujemne, tzn. im większa satysfakcja z pracy, tym mniejsze wyczerpanie emocjonalne (tab. 4).

Tabela 4. Wyczerpanie emocjonalne

Satysfakcja z pracy	Korelacja z wyczerpaniem emocjonalnym			
	Współczynnik korelacji	p^*	Kierunek zależności	Siła zależności
Idealna praca	-0,25	0,01	ujemny	bardzo słaba
Warunki pracy	-0,184	0,057	-	-
Zadowolenie z pracy	-0,428	<0,001	ujemny	słaba
Osiągnięcia	-0,226	0,019	ujemny	bardzo słaba
Ponowny wybór	-0,233	0,015	ujemny	bardzo słaba
Wynik łączny	-0,402	<0,001	ujemny	słaba

* p – poziom istotności statystycznej.

Satysfakcja z pracy a depersonalizacja

Współczynniki korelacji są nieistotne statystycznie ($p > 0,05$), a więc poziom depersonalizacji nie koreluje istotnie z satysfakcją z pracy (tab. 5).

Tabela 5. Depersonalizacja

Satysfakcja z pracy	Korelacja z depersonalizacją			
	Współczynnik korelacji	p^*	Kierunek zależności	Siła zależności
Idealna praca	-0,149	0,125	-	-
Warunki pracy	-0,126	0,194	-	-
Zadowolenie z pracy	-0,164	0,09	-	-
Osiągnięcia	-0,111	0,253	-	-
Ponowny wybór	-0,014	0,886	-	-
Wynik łączny	-0,172	0,077	-	-

* p – poziom istotności statystycznej.

Satysfakcja z pracy a poczucie braku satysfakcji zawodowej

Poczucie braku satysfakcji zawodowej koreluje istotnie ze wszystkimi podskalami kwestionariusza SSP oprócz podskali zadowolenia ze swoich osiągnięć ($p < 0,05$). Zależności te są ujemne, tzn. im większa satysfakcja z pracy, tym mniejsze poczucie braku satysfakcji zawodowej. Najsilniejsza jest korelacja między poczuciem braku satysfakcji zawodowej a ogólną satysfakcją z pracy (tab. 6).

Tabela 6. Poczucie braku satysfakcji zawodowej

Satysfakcja z pracy	Korelacja z poczuciem braku satysfakcji zawodowej			
	Współczynnik korelacji	<i>p</i> *	Kierunek zależności	Siła zależności
Idealna praca	-0,318	0,001	ujemny	słaba
Warunki pracy	-0,351	< 0,001	ujemny	słaba
Zadowolenie z pracy	-0,267	0,005	ujemny	bardzo słaba
Osiągnięcia	-0,164	0,089	–	–
Ponowny wybór	-0,23	0,016	ujemny	bardzo słaba
Wynik łączny	-0,429	< 0,001	ujemny	słaba

p* – poziom istotności statystycznej.Wynik łączny kwestionariusza Maslach (MBI)**

Wynik łączny kwestionariusza Maslach koreluje istotnie ze wszystkimi podskalami kwestionariusza SSP ($p < 0,05$). Zależności te są ujemne, tzn. im większa satysfakcja z pracy, tym niższy poziom wypalenia zawodowego. Najsilniejsza jest korelacja między ogólnym wypaleniem zawodowym a ogólną satysfakcją z pracy (tab. 7).

Tabela 8. Wiek a wypalenie zawodowe

Parametr	Wiek	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Q1</i>	<i>Q3</i>	<i>p</i> *
Wyczerpanie emocjonalne	20–25 lat (A)	11	23,23	20,16	22,22	0	77,78	11,11	22,22	$p = 0,141$
	26–30 lat (B)	13	33,33	24,43	22,22	0	77,78	22,22	44,44	
	31–40 lat (C)	19	45,61	27,19	44,44	0	100	22,22	66,67	
	powyżej 40 lat (D)	65	39,83	28,18	44,44	0	100	11,11	55,56	
Depersonalizacja	20–25 lat (A)	11	27,27	18,49	20	0	60	20	40	$p = 0,518$
	26–30 lat (B)	13	24,62	29,61	20	0	100	0	40	
	31–40 lat (C)	19	28,42	30,78	20	0	100	0	40	
	powyżej 40 lat (D)	65	22,15	28,09	20	0	100	0	40	
Poczucie braku satysfakcji zawodowej	20–25 lat (A)	11	34,09	21,72	25	12,5	87,5	25	43,75	$p = 0,685$
	26–30 lat (B)	13	34,62	20,51	37,5	0	75	25	37,5	
	31–40 lat (C)	19	40,79	25,63	37,5	0	87,5	18,75	56,25	
	powyżej 40 lat (D)	65	42,5	27,4	37,5	0	100	12,5	62,5	
Wypalenie zawodowe – wynik łączny	20–25 lat (A)	11	28,2	11,86	29,07	11,57	55,09	22,41	33,24	$p = 0,493$
	26–30 lat (B)	13	30,85	22,46	26,57	4,17	84,26	16,2	36,94	
	31–40 lat (C)	19	38,27	20,7	38,15	3,7	85,46	21,94	48,7	
	powyżej 40 lat (D)	65	34,83	21,17	30,28	0	80,09	19,44	52,69	
Idealna praca	20–25 lat (A)	11	3,09	1,22	3	1	5	2,5	3,5	$p = 0,66$
	26–30 lat (B)	13	3,54	0,88	3	3	6	3	4	
	31–40 lat (C)	19	3,11	1,24	3	1	6	2	4	
	powyżej 40 lat (D)	64	3,45	1,44	3	1	6	2	5	
Warunki pracy	20–25 lat (A)	11	3,73	0,9	4	2	5	3	4	$p = 0,747$
	26–30 lat (B)	13	3,62	1,5	4	1	6	3	4	
	31–40 lat (C)	19	3,47	1,65	3	1	7	2	4,5	
	powyżej 40 lat (D)	65	3,38	1,49	3	1	7	2	4	
Zadowolenie z pracy	20–25 lat (A)	11	4,91	0,54	5	4	6	5	5	$p = 0,031$
	26–30 lat (B)	13	4,54	1,05	4	3	6	4	5	
	31–40 lat (C)	19	3,68	1,06	4	2	5	3	4,5	
	powyżej 40 lat (D)	65	4,06	1,43	4	1	7	3	5	
Osiągnięcia	20–25 lat (A)	11	4,91	0,83	5	3	6	5	5	$p = 0,045$
	26–30 lat (B)	13	3,46	1,45	3	2	6	2	4	
	31–40 lat (C)	19	4,16	1,46	4	2	7	3	5	
	powyżej 40 lat (D)	65	3,97	1,26	4	1	6	3	5	
Ponowny wybór	20–25 lat (A)	11	5,18	1,33	5	3	7	4	6	$p = 0,095$
	26–30 lat (B)	13	4,85	1,68	5	1	7	4	6	
	31–40 lat (C)	19	3,74	2,13	4	1	7	2	5,5	
	powyżej 40 lat (D)	65	3,85	2,03	4	1	7	2	6	
Satysfakcja z pracy – wynik łączny	20–25 lat	11	4,36	0,62	4,2	3,4	5,2	4,1	4,9	$p = 0,083$
	26–30 lat	13	4	0,68	4	3	5,6	3,6	4,4	
	31–40 lat	19	3,63	0,74	3,8	2,2	5	3,2	4,1	
	powyżej 40 lat	64	3,73	0,99	3,6	1,2	5,8	3	4,5	

p* – poziom istotności statystycznej.Tabela 7.** Wynik łączny kwestionariusza MBI

Satysfakcja z pracy	Korelacja z wynikiem łącznym kw. Maslach			
	Współczynnik korelacji	<i>p</i> *	Kierunek zależności	Siła zależności
Idealna praca	-0,311	0,001	ujemny	słaba
Warunki pracy	-0,285	0,003	ujemny	bardzo słaba
Zadowolenie z pracy	-0,384	< 0,001	ujemny	słaba
Osiągnięcia	-0,233	0,015	ujemny	bardzo słaba
Ponowny wybór	-0,247	0,01	ujemny	bardzo słaba
Wynik łączny	-0,455	< 0,001	ujemny	słaba

p* – poziom istotności statystycznej.Wiek a wypalenie zawodowe**

Wartości *p* są niższe od 0,05 dla zadowolenia z pracy i z własnych osiągnięć, a więc wartości tych podskal zależały od wieku. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę *post-hoc*. Pokazała ona, że: 1) osoby w wieku 20–25 lat były istotnie bardziej zadowolone z pracy niż osoby w wieku 31–40 lat, 2) osoby w wieku 20–25 lat były istotnie bardziej zadowolone ze swoich osiągnięć niż osoby w wieku 26–30

lat. Pozostałe wartości p są wyższe od 0,05, a więc wartości pozostałych podskal nie zależały od wieku (tab. 8).

Wykształcenie a wypalenie zawodowe

Wszystkie wartości p są wyższe od 0,05, a więc poziom wypalenia zawodowego ani poziom satysfakcji z pracy nie zależały od wykształcenia.

Dodatkowe kwalifikacje a zadowolenie z pracy

Wszystkie wartości p są wyższe od 0,05, a więc poziom wypalenia zawodowego ani poziom satysfakcji z pracy nie zależały od posiadania dodatkowych kwalifikacji.

Miejsce zamieszkania a wypalenie zawodowe

Wartość p jest niższa od 0,05 dla depersonalizacji, a więc wartości tej podskali zależały od miejsca zamieszkania. U osób ze wsi były one wyższe. Wartości p dla pozostałych podskal są większe od 0,05, a więc ich wartości nie zależały od miejsca zamieszkania (tab. 9).

Tabela 9. Miejsce zamieszkania a wypalenie zawodowe

Parametr	Miejsce zamieszkania	n	X	SD	Me	Min	$Maks$	$Q1$	$Q3$	p^*
Wyczerpanie emocjonalne	miasto	85	35,82	26,53	33,33	0	100	11,11	55,56	$p = 0,063$
	wieś	23	47,83	28,31	55,56	0	88,89	27,78	72,22	
Depersonalizacja	miasto	85	20,47	25,07	20	0	100	0	40	$p = 0,015$
	wieś	23	37,39	33,2	20	0	100	20	60	
Poczucie braku satysfakcji zawodowej	miasto	85	40,29	26,19	37,5	0	87,5	25	62,5	$p = 0,924$
	wieś	23	40,76	24,49	37,5	12,5	100	18,75	62,5	
Wypalenie zawodowe – wynik łączny	miasto	85	32,19	19,17	29,07	0	85,46	19,44	44,17	$p = 0,085$
	wieś	23	41,99	23,48	39,91	4,17	84,26	22,55	61,16	
Idealna praca	miasto	84	3,4	1,33	3	1	6	3	4	$p = 0,61$
	wieś	23	3,22	1,31	3	1	5	2	4	
Warunki pracy	miasto	85	3,46	1,48	3	1	7	2	4	$p = 0,954$
	wieś	23	3,48	1,38	3	1	6	2,5	4,5	
Zadowolenie z pracy	miasto	85	4,13	1,24	4	1	7	3	5	$p = 0,657$
	wieś	23	4,17	1,53	4	1	6	4	5	
Osiągnięcia	miasto	85	4,01	1,31	4	1	7	3	5	$p = 0,738$
	wieś	23	4,13	1,36	4	2	6	3	5	
Ponowny wybór	miasto	85	4,2	1,93	4	1	7	3	6	$p = 0,283$
	wieś	23	3,65	2,21	3	1	7	1,5	6	
Satysfakcja z pracy – wynik łączny	miasto	84	3,84	0,86	3,8	2	5,8	3,2	4,4	$p = 0,876$
	wieś	23	3,73	1,05	4	1,2	5,2	3,2	4,6	

* p – poziom istotności statystycznej.

Tabela 10. Stan cywilny a zadowolenie z pracy

Parametr	Stan cywilny	n	X	SD	Me	Min	$Maks$	$Q1$	$Q3$	p^*
Wyczerpanie emocjonalne	w związku	83	37,08	26,73	33,33	0	100	11,11	55,56	$p = 0,405$
	samotna/y	25	42,67	28,99	33,33	0	88,89	22,22	66,67	
Depersonalizacja	w związku	83	22,41	26,58	20	0	100	0	40	$p = 0,291$
	samotna/y	25	29,6	31,16	20	0	100	0	40	
Poczucie braku satysfakcji zawodowej	w związku	83	36,9	24,3	37,5	0	100	12,5	50	$p = 0,014$
	samotna/y	25	52	27,41	50	0	87,5	25	75	
Wypalenie zawodowe – wynik łączny	w związku	83	32,13	19,27	29,17	0	80,09	18,47	44,07	$p = 0,067$
	samotna/y	25	41,42	22,95	36,94	0	85,46	22,41	57,59	
Idealna praca	w związku	82	3,48	1,3	3	1	6	3	4	$p = 0,112$
	samotna/y	25	3	1,35	3	1	6	2	4	
Warunki pracy	w związku	83	3,65	1,43	3	1	7	3	5	$p = 0,018$
	samotna/y	25	2,84	1,4	3	1	6	2	4	
Zadowolenie z pracy	w związku	83	4,19	1,37	4	1	7	3	5	$p = 0,314$
	samotna/y	25	3,96	1,06	4	2	6	3	5	
Osiągnięcia	w związku	83	4,07	1,29	4	1	6	3	5	$p = 0,547$
	samotna/y	25	3,92	1,44	4	2	7	3	5	
Ponowny wybór	w związku	83	4,1	2	4	1	7	3	6	$p = 0,894$
	samotna/y	25	4,04	1,99	5	1	7	2	6	
Satysfakcja z pracy – wynik łączny	w związku	82	3,89	0,94	4	1,2	5,8	3,2	4,75	$p = 0,096$
	samotna/y	25	3,55	0,71	3,6	2	5	3,2	4	

* p – poziom istotności statystycznej.

Stan cywilny a zadowolenie z pracy

Wartość p jest niższa od 0,05 dla poczucia braku satysfakcji zawodowej i dla zadowolenia z warunków pracy, a więc wartości tych podskal zależały od stanu cywilnego. Osoby samotne miały większe poczucie braku satysfakcji zawodowej i były mniej zadowolone z warunków pracy. Wartości p dla pozostałych podskal są większe od 0,05, a więc ich wartości nie zależały od stanu cywilnego (tab. 10).

Staż pracy a wypalenie zawodowe

Wartość p jest niższa od 0,05 dla chęci ponownego wyboru tego samego zawodu, a więc wartości tej podskali zależały od stażu pracy. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę *post-hoc*. Pokazała ona, że: 1) osoby ze stażem do 10 lat były istotnie bardziej przekonane, że ponownie wybrałyby ten sam zawód niż osoby ze stażem 11–20 lat. Pozostałe wartości p są wyższe od 0,05, a więc wartości pozostałych podskal nie zależały od stażu pracy (tab. 11).

Tabela 11. Staż pracy a wypalenie zawodowe

Parametr	Staż pracy	n	X	SD	Me	Min	Maks	Q1	Q3	p*
Wyczerpanie emocjonalne	do 10 lat (A)	39	35,33	28,6	22,22	0	100	11,11	55,56	p = 0,427
	11-20 lat (B)	22	43,43	24,22	44,44	0	100	25	55,56	
	ponad 20 lat (C)	47	38,53	27,59	44,44	0	88,89	16,67	55,56	
Depersonalizacja	do 10 lat (A)	39	26,15	24,77	20	0	100	0	40	p = 0,282
	11-20 lat (B)	22	25,45	26,32	20	0	80	0	55	
	ponad 20 lat (C)	47	21,7	30,88	0	0	100	0	30	
Poczucie braku satysfakcji zawodowej	do 10 lat (A)	39	38,14	24,99	37,5	0	87,5	25	50	p = 0,775
	11-20 lat (B)	22	40,91	24,15	37,5	0	87,5	28,12	59,38	
	ponad 20 lat (C)	47	42,02	27,39	50	0	100	12,5	62,5	
Wypalenie zawodowe – wynik łączny	do 10 lat (A)	39	33,21	21,16	29,07	3,7	85,46	18,24	45,93	p = 0,624
	11-20 lat (B)	22	36,6	18,4	39,03	0	66,76	20,95	49,44	
	ponad 20 lat (C)	47	34,09	21,09	29,17	0	80,09	19,44	46,25	
Idealna praca	do 10 lat (A)	39	3,18	1,32	3	1	6	3	4	p = 0,479
	11-20 lat (B)	22	3,36	1,22	3,5	1	6	2,25	4	
	ponad 20 lat (C)	46	3,52	1,38	3,5	1	6	2,25	5	
Warunki pracy	do 10 lat (A)	39	3,18	1,48	3	1	7	2	4	p = 0,312
	11-20 lat (B)	22	3,64	1,18	3	2	6	3	4	
	ponad 20 lat (C)	47	3,62	1,54	3	1	7	3	5	
Zadowolenie z pracy	do 10 lat (A)	39	4,18	1,19	4	2	6	3,5	5	p = 0,963
	11-20 lat (B)	22	4,18	1,05	4	2	6	4	5	
	ponad 20 lat (C)	47	4,09	1,5	4	1	7	3	5	
Osiągnięcia	do 10 lat (A)	39	4,18	1,39	4	2	7	3	5	p = 0,64
	11-20 lat (B)	22	3,86	1,17	4	2	6	3	4,75	
	ponad 20 lat (C)	47	4	1,34	4	1	6	3	5	
Ponowny wybór	do 10 lat (A)	39	4,72	1,79	5	1	7	4	6	p = 0,01
	11-20 lat (B)	22	3,09	1,82	3	1	7	2	3,75	
	ponad 20 lat (C)	47	4,02	2,06	4	1	7	2,5	6	
Satysfakcja z pracy – wynik łączny	do 10 lat (A)	39	3,89	0,84	4	2	5,6	3,3	4,4	p = 0,454
	11-20 lat (B)	22	3,63	0,8	3,7	2,2	5	3,05	4	
	ponad 20 lat (C)	46	3,84	1	3,8	1,2	5,8	3,2	4,7	

*p – poziom istotności statystycznej.

Tabela 12. Stres w pracy a wypalenie zawodowe

Parametr	Stres w pracy	n	X	SD	Me	Min	Maks	Q1	Q3	p*	
Wyczerpanie emocjonalne	często (C)	46	43	26,25	44,44	0	100	22,22	55,56	p < 0,001	
	b. często (BC)	27	50,62	29,93	55,56	0	100	27,78	77,78		C, BC > R
	rzadko, b. rzadko (R)	35	22,86	18,46	22,22	0	66,67	11,11	38,89		
Depersonalizacja	często (C)	46	27,83	30,54	20	0	100	0	55	p = 0,269	
	b. często (BC)	27	27,41	30,46	20	0	100	0	40		
	rzadko, b. rzadko (R)	35	16,57	19,7	20	0	60	0	20		
Poczucie braku satysfakcji zawodowej	często (C)	46	47,83	25,18	50	0	87,5	25	62,5	p = 0,004	
	b. często (BC)	27	42,59	28,01	37,5	0	100	18,75	56,25		
	rzadko, b. rzadko (R)	35	28,93	20,73	25	0	87,5	12,5	37,5		C > R
Wypalenie zawodowe – wynik łączny	często (C)	46	39,55	20,06	36,39	0	84,26	23,73	52,06	p < 0,001	
	b. często (BC)	27	40,21	21,22	36,94	0	85,46	21,94	57,59		C, BC > R
	rzadko, b. rzadko (R)	35	22,79	15,42	19,91	0	63,98	14,54	29,54		
Idealna praca	często (C)	45	3,53	1,22	3	1	6	3	4	p < 0,001	
	b. często (BC)	27	2,52	1,31	2	1	6	1,5	3		C, R > BC
	rzadko, b. rzadko (R)	35	3,8	1,18	4	2	6	3	5		
Warunki pracy	często (C)	46	3,37	1,37	3	1	6	2	4	p = 0,491	
	b. często (BC)	27	3,3	1,56	3	1	6	2	4,5		
	rzadko, b. rzadko (R)	35	3,71	1,49	4	1	7	3	4		
Zadowolenie z pracy	często (C)	46	4,09	1,33	4	1	7	3	5	p = 0,001	
	b. często (BC)	27	3,56	1,15	4	1	6	3	4		
	rzadko, b. rzadko (R)	35	4,66	1,19	5	2	6	4	5,5		R > BC
Osiągnięcia	często (C)	46	4	1,25	4	1	6	3	5	p = 0,63	
	b. często (BC)	27	3,89	1,5	4	2	7	2	5		
	rzadko, b. rzadko (R)	35	4,2	1,28	4	2	6	3	5		
Ponowny wybór	często (C)	46	4,15	2,02	4,5	1	7	3	6	p = 0,251	
	b. często (BC)	27	3,52	2,23	4	1	7	1	6		
	rzadko, b. rzadko (R)	35	4,43	1,7	5	1	7	3	6		
Satysfakcja z pracy – wynik łączny	często (C)	45	3,82	0,91	3,8	2	5,4	3,2	4,6	p = 0,003	
	b. często (BC)	27	3,36	0,86	3,4	1,2	5	3	4		
	rzadko, b. rzadko (R)	35	4,16	0,78	4	2,2	5,8	3,6	4,8		R > BC

*p – poziom istotności statystycznej.

Stres w pracy a wypalenie zawodowe

Wartość p jest niższa od 0,05 dla wyczerpania emocjonalnego, poczucia braku satysfakcji zawodowej, ogólnego wypalenia zawodowego, poczucia idealnej pracy, zadowolenia z pracy i ogólnej satysfakcji z pracy, a więc wartości tych podskal zależały od częstości odczuwania stresu. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę *post-*

-hoc. Pokazała ona, że: 1) osoby odczuwające stres często lub bardzo często miały wyższy poziom wyczerpania zawodowego i wyższy ogólny poziom wypalenia zawodowego niż osoby odczuwające go rzadko lub bardzo rzadko; 2) osoby odczuwające stres często miały wyższy ogólny poziom poczucia braku satysfakcji zawodowej niż osoby odczuwające go rzadko lub bardzo rzadko; 3) osoby odczuwające stres często, rzadko lub bardzo

Tabela 13. Sytuacja materialna a zadowolenie z pracy

Parametr	Sytuacja materialna	n	X	SD	Me	Min	Maks	Q1	Q3	p*
Wyczerpanie emocjonalne	dobra, b. dobra (D)	28	35,32	28,05	33,33	0	88,89	11,11	55,56	$p = 0,742$
	wystarczająca (W)	27	37,86	28,62	33,33	0	88,89	16,67	61,11	
	niewystarczająca, zła (N)	53	40,25	26,44	33,33	0	100	22,22	55,56	
Depersonalizacja	dobra, b. dobra (D)	28	21,43	28,77	10	0	100	0	40	$p = 0,626$
	wystarczająca (W)	27	25,93	26,5	20	0	100	0	40	
	niewystarczająca, zła (N)	53	24,53	28,19	20	0	100	0	40	
Poczucie braku satysfakcji zawodowej	dobra, b. dobra (D)	28	37,95	24,88	31,25	0	100	21,88	50	$p = 0,174$
	wystarczająca (W)	27	48,61	26,7	50	0	87,5	25	75	
	niewystarczająca, zła (N)	53	37,5	25,24	37,5	0	87,5	12,5	50	
Wypalenie zawodowe – wynik łączny	dobra, b. dobra (D)	28	31,56	20,01	28,19	3,7	73,43	16,44	44,79	$p = 0,502$
	wystarczająca (W)	27	37,47	20,81	35,65	0	84,26	21,16	53,43	
	niewystarczająca, zła (N)	53	34,09	20,66	30,28	0	85,46	20,37	44,17	
Idealna praca	dobra, b. dobra (D)	28	3,71	1,38	3,5	1	6	3	5	$p = 0,227$
	wystarczająca (W)	26	3,38	1,33	3	1	6	2,25	4	
	niewystarczająca, zła (N)	53	3,17	1,27	3	1	6	2	4	
Warunki pracy	dobra, b. dobra (D)	28	3,79	1,45	4	1	7	3	5	$p = 0,264$
	wystarczająca (W)	27	3,41	1,42	3	1	6	2,5	4	
	niewystarczająca, zła (N)	53	3,32	1,48	3	1	7	2	4	
Zadowolenie z pracy	dobra, b. dobra (D)	28	4,79	1,29	5	1	7	4	6	$p = 0,001$
	wystarczająca (W)	27	4,15	1,49	4	1	6	3	5	
	niewystarczająca, zła (N)	53	3,79	1,08	4	1	6	3	5	$D > N$
Osiągnięcia	dobra, b. dobra (D)	28	4,39	1,34	5	2	6	3	5,25	$p = 0,058$
	wystarczająca (W)	27	4,22	1,28	5	1	6	3,5	5	
	niewystarczająca, zła (N)	53	3,75	1,28	4	2	7	3	5	
Ponowny wybór	dobra, b. dobra (D)	28	3,82	2,14	3	1	7	2	6	$p = 0,641$
	wystarczająca (W)	27	4,37	1,8	5	1	7	3	5,5	
	niewystarczająca, zła (N)	53	4,08	2,02	4	1	7	3	6	
Satysfakcja z pracy – wynik łączny	dobra, b. dobra (D)	28	4,1	1,06	4,3	1,2	5,8	3,4	5	$p = 0,069$
	wystarczająca (W)	26	3,89	0,88	3,8	2,6	5,6	3,2	4,55	
	niewystarczająca, zła (N)	53	3,62	0,79	3,8	2	5,2	3,2	4	

* p – poziom istotności statystycznej.

Tabela 14. System pracy a zadowolenie z pracy

Parametr	System pracy	n	X	SD	Me	Min	Maks	Q1	Q3	p*
Wyczerpanie emocjonalne	jednozmianowy	30	36,67	31,85	22,22	0	100	13,89	63,89	$p = 0,446$
	wielozmianowy	77	39,54	25,2	44,44	0	88,89	22,22	55,56	
Depersonalizacja	jednozmianowy	30	20,67	24,34	20	0	100	0	40	$p = 0,529$
	wielozmianowy	77	25,71	28,99	20	0	100	0	40	
Poczucie braku satysfakcji zawodowej	jednozmianowy	30	32,92	25,1	25	0	87,5	12,5	50	$p = 0,039$
	wielozmianowy	77	43,67	25,46	37,5	0	100	25	62,5	
Wypalenie zawodowe – wynik łączny	jednozmianowy	30	30,08	19,44	24,54	3,7	80,09	16,88	36,44	$p = 0,098$
	wielozmianowy	77	36,31	20,53	33,7	0	85,46	21,2	52,69	
Idealna praca	jednozmianowy	30	3,6	1,43	3	1	6	3	5	$p = 0,222$
	wielozmianowy	76	3,24	1,24	3	1	6	2	4	
Warunki pracy	jednozmianowy	30	3,87	1,7	4	1	7	3	5	$p = 0,161$
	wielozmianowy	77	3,34	1,31	3	1	6	2	4	
Zadowolenie z pracy	jednozmianowy	30	4,13	1,61	4,5	1	7	3	5	$p = 0,745$
	wielozmianowy	77	4,13	1,17	4	1	6	4	5	
Osiągnięcia	jednozmianowy	30	4	1,49	4	1	7	3	5	$p = 0,912$
	wielozmianowy	77	4,03	1,25	4	2	6	3	5	
Ponowny wybór	jednozmianowy	30	4,6	1,98	5	1	7	3	6	$p = 0,075$
	wielozmianowy	77	3,84	1,95	4	1	7	2	6	
Satysfakcja z pracy – wynik łączny	jednozmianowy	30	4,04	1,05	4,1	2	5,8	3,25	5	$p = 0,089$
	wielozmianowy	76	3,71	0,82	3,8	1,2	5,4	3,2	4,2	

* p – poziom istotności statystycznej.

Tabela 15. Motywacja wyboru zawodu a zadowolenie z pracy

Parametr	Motywacja do wyboru zawodu	n	X	SD	Me	Min	Maks	Q1	Q3	p*
Wyczerpanie emocjonalne	prestż (Pż)	28	34,13	28,19	22,22	0	100	11,11	55,56	$p = 0,503$
	przypadek (Pk)	68	40,03	26,19	38,89	0	100	22,22	55,56	
	inne (I)	11	34,34	29,17	33,33	0	77,78	11,11	61,11	
Depersonalizacja	prestż (Pż)	28	25,71	32,14	20	0	100	0	40	$p = 0,852$
	przypadek (Pk)	68	22,35	25,98	20	0	100	0	25	
	inne (I)	11	25,45	23,82	20	0	60	0	40	
Poczucie braku satysfakcji zawodowej	prestż (Pż)	28	37,95	28,96	31,25	0	87,5	12,5	53,12	$p = 0,503$
	przypadek (Pk)	68	39,52	23,52	37,5	0	100	25	53,12	
	inne (I)	11	47,73	28,4	50	0	87,5	25	68,75	
Wypalenie zawodowe – wynik łączny	prestż (Pż)	28	32,6	23,66	28,66	0	84,26	15,44	46,78	$p = 0,73$
	przypadek (Pk)	68	33,97	18,27	30,28	0	80,09	19,79	45,28	
	inne (I)	11	35,84	21,27	33,7	0	67,22	20,79	52,64	
Idealna praca	prestż (Pż)	28	3,64	1,45	3	1	6	3	5	$p = 0,276$
	przypadek (Pk)	67	3,3	1,22	3	1	6	2,5	4	
	inne (I)	11	2,82	1,33	3	1	5	2	4	
Warunki pracy	prestż (Pż)	28	3,89	1,64	4	1	7	2,75	5	$p = 0,069$
	przypadek (Pk)	68	3,43	1,34	3	1	7	3	4	
	inne (I)	11	2,82	1,33	2	2	6	2	3,5	
Zadowolenie z pracy	prestż (Pż)	28	4,36	1,16	4,5	2	7	4	5	$p = 0,022$
	przypadek (Pk)	68	4,22	1,31	4	1	6	3,75	5	
	inne (I)	11	3,09	1,22	3	1	5	2	4	
Osiągnięcia	prestż (Pż)	28	4,39	1,45	5	2	7	3	5,25	$p = 0,225$
	przypadek (Pk)	68	3,94	1,23	4	2	6	3	5	
	inne (I)	11	3,64	1,43	3	1	5	3	5	
Ponowny wybór	prestż (Pż)	28	4,68	2,06	5	1	7	3	6	$p = 0,051$
	przypadek (Pk)	68	3,76	1,92	4	1	7	2	5	
	inne (I)	11	4,82	1,72	5	1	7	4	6	
Satysfakcja z pracy – wynik łączny	prestż (Pż)	28	4,19	0,86	4,1	2,4	5,8	3,55	5	$p = 0,029$
	przypadek (Pk)	67	3,72	0,93	3,8	1,2	5,4	3	4,4	
	inne (I)	11	3,44	0,61	3,4	2,6	4,4	3,1	3,9	

* p – poziom istotności statystycznej.

rzadko miały większe przekonanie, że ich praca jest bliska ideału niż osoby odczuwające go bardzo często; 4) osoby odczuwające stres rzadko lub bardzo rzadko miały wyższe zadowolenie z wykonywanej pracy i ogólną satysfakcję z pracy niż osoby odczuwające go bardzo często. Pozostałe wartości p są wyższe od 0,05, a więc wartości pozostałych podskal nie zależały od stresu z pracy (tab. 12).

Sytuacja materialna a zadowolenie z pracy

Wartość p jest niższa od 0,05 dla zadowolenia z pracy, a więc wartości tej podskali zależały od sytuacji materialnej. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę *post-hoc*. Pokazała ona, że osoby w sytuacji dobrej i bardzo dobrej były bardziej zadowolone z wykonywanej pracy niż osoby w sytuacji niewystarczającej i złej. Pozostałe wartości p są wyższe od 0,05, a więc wartości pozostałych podskal nie zależały od sytuacji materialnej (tab. 13).

System pracy a zadowolenie z pracy

Wartość p jest niższa od 0,05 dla poczucia braku satysfakcji zawodowej, a więc wartości tej podskali zależały od systemu pracy. Osoby pracujące w systemie wielozmianowym miały większe poczucie braku satysfakcji zawodowej. Wartości p dla pozostałych podskal są większe od 0,05, a więc ich wartości nie zależały od systemu pracy (tab. 14).

Wybór zawodu a zadowolenie z pracy

Wartość p jest niższa od 0,05 dla zadowolenia z pracy oraz ogólnego poziomu satysfakcji z pracy, a więc wartości tych podskal zależały od motywacji do wyboru zawodu. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę *post-hoc*. Pokazała ona, że: 1) osoby, które wybrały zawód dla jego prestiżu lub przypadkowo, były bardziej zadowolone z wykonywanej pracy niż osoby, które wybrały zawód z powo-

dów „innych”; 2) osoby, które wybrały zawód dla jego prestiżu, miały wyższy ogólny poziom satysfakcji z pracy niż osoby, które wybrały go z powodów „innych”. Pozostałe wartości p są wyższe od 0,05, a więc wartości pozostałych podskal nie zależały od motywacji do wyboru zawodu (tab. 15).

DYSKUSJA

Występowanie zespołu wypalenia zawodowego obserwuje się u osób, które z racji wykonywanego zawodu pomagają innym. Na wypalenie zawodowe może mieć wpływ stopień satysfakcji zawodowej.

Celem pracy było zbadanie stopnia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych oraz czynników wpływających na stopień wypalenia zawodowego.

W 1976 r. Maslach [10] stworzyła koncepcję wypalenia zawodowego, w której określiła wypalenie zawodowe jako zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób, które pracują z innymi. Według tej koncepcji, wyczerpanie emocjonalne jest traktowane jako jeden z pierwszych determinantów wypalenia zawodowego, czyli braku sił do kontynuowania pracy.

Depersonalizacja jest definiowana jako negatywne, bez empatii reagowanie na potrzeby innych ludzi. Trzecią składową wypalenia zawodowego to obniżone poczucie dokonania osobistych, które objawia się również spadkiem satysfakcji z wykonywanej pracy [10].

Badania własne pokazały, że na poziom zadowolenia z pracy ma wpływ wiek: im młodsze pielęgniarki, tym większa satysfakcja z pracy. Bycie w związku bardzo mocno oddziałuje pozytywnie na poziom satysfakcji z pracy i poziom wypalenia zawodowego. W opinii pielęgniarek lepsza sytuacja materialna wpływa po-

zytywnie na poziom satysfakcji z pracy i zmniejsza wypalenie zawodowe.

Z kolei wyższe poczucie stresu oraz system zmianowy pracy wpływały negatywnie na poziom satysfakcji z pracy i zwiększały poziom wypalenia zawodowego w badaniu własnym.

Inni autorzy [11, 12] zwracają uwagę na nadmierne obciążenie pracy zmianowej wpływające negatywnie na poziom funkcjonowania osób w sferze psychicznej i fizycznej oraz na brak satysfakcji z pracy czy poziom wypalenia zawodowego.

Wykonywaniu obowiązków zawodowych pielęgniarki na bloku operacyjnym towarzyszą liczne obciążenia fizyczne, chemiczne, biologiczne i psychofizyczne [13].

Charakter wykonywanej przez pielęgniarkę/położną operacyjną pracy polega w większości na instrumentowaniu i asystowaniu do zabiegów operacyjnych, a także na realizowaniu czynności sanitarno-porządkowych i przygotowawczych wa-

runkujących osiągnięcie wymaganego poziomu aseptyki i antyseptyki [14].

W pracy zawodowej pielęgniarek występuje wiele czynników stresogennych, które zwiększają ryzyko wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego [15].

WNIOSKI

1. Praca zmianowa wpływa na nasilenie zjawiska wypalenia zawodowego i braku satysfakcji z pracy.
2. Im krótszy staż pracy, tym pielęgniarki mają mniejsze wypalenie zawodowe i są bardziej usatysfakcjonowane z rodzaju wykonywanej pracy.
3. Stan cywilny wpływa na wypalenie zawodowe i satysfakcję z pracy – osoby będące w związku mają wyższą satysfakcję z pracy i mniejszy poziom wypalenia zawodowego.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Steciwo A, Mastalerz-Migas A. *Wstęp*. W: Steciwo A, Mastalerz-Migas A, red. *Stres a wypalenie zawodowe. Jak rozpoznawać, zapobiegać i leczyć*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012: 31–32.
2. Wons A. *Czym jest stres?* W: Trzcieniecka-Green A, red. *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Kraków: Wydawnictwo Universitas; 2012: 410–417.
3. Fiłończuk-Wieczorkowska H, Żukrowska M. *Niefarmakologiczne metody postępowania w walce z ostrym i przewlekłym stresem*. W: Steciwo A, Mastalerz-Migas A, red. *Stres a wypalenie zawodowe. Jak rozpoznawać, zapobiegać i leczyć*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012: 13–18.
4. Fiłończuk-Wieczorkowska H, Żukrowska M. *Stres a wypalenie zawodowe*. W: Steciwo A, Mastalerz-Migas A, red. *Stres a wypalenie zawodowe. Jak rozpoznawać, zapobiegać i leczyć*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012: 44–46.
5. Sęk H, red. *Wypalenie zawodowe przyczyny i zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012.
6. Wilczek-Rużyczka E. *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2014: 90–95.
7. Sapilak BJ. *Wypalenie zawodowe personelu medycznego*. W: Steciwo A, Mastalerz-Migas A, red. *Stres a wypalenie zawodowe. Jak rozpoznawać, zapobiegać i leczyć*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012: 47–59.
8. Ciuruś M. *Pielęgniarstwo operacyjne*. Lublin: Wydawnictwo Makmed; 2007: 94–95.
9. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. *Applied statistics for the behavioral sciences*. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.
10. Maslach C. *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*. W: Sęk H, red. *Wypalenie zawodowe przyczyny i zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 13–31.
11. Marcinkowski IT, red. *Higiena profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003: 15–88.
12. Dudek B, Waszkowska M, Marecz D, i wsp. *Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego*. Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy; 1999: 13–19.
13. Sosnowska E. Zagrożenia w pracy pielęgniarki operacyjnej. *Mag Piel Położ* 2009; 3: 24–25.
14. Koper A, Wrońska I. *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2003: 83–84.
15. Płotka A, Michalik E, Makara-Studzińska M. Zjawisko wypalenia w pracy zawodowej położnych a cechy osobowości. *Ann UMCS Sect D* 2005; 7: 153–162.

Adres do korespondencji:

Dr hab. Izabella Uchmanowicz, prof. nadzw.
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 24
E-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 12.08.2017 r.

Po recenzji: 28.08.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 11.09.2017 r.

OCENA MOŻLIWOŚCI DOSKONALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD POŁOŻNYCH ZATRUDNIONYCH W WYBRANYCH SZPITALACH NA TERENIE WOJEWÓDZTW: MAZOWIECKIEGO, PODLASKIEGO, LUBELSKIEGO I WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

Assessment of professional development opportunities for midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Lublin, and Warmian-Masurian Voivodships

Bożenna Szymczak¹, Joanna Gotlib²

¹ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Ciechanowie

² Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

adres do korespondencji: joanna.gotlib@wum.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Zgodnie z Ustawą o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa, położna ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych, a także posiada prawo do doskonalenia zawodowego.

Cel pracy. Analiza możliwości doskonalenia zawodowego wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego.

Materiał. 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku: 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Większość badanych ($n = 92,60\%$) miało wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyły studia I stopnia, 19% ($n = 30$) studia magisterskie. Średni czas stażu pracy wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16; min: 0,5; maks: 39; mediana: 27; modalna: 28). Zdecydowana większość badanych zatrudniona była na pełny etat ($n = 150,98\%$). Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 74% (153/204).

Metody. Sondaż diagnostyczny, dobrowolne badania ankietowe przeprowadzone za pomocą anonimowej, standaryzowanej ankiety, badania możliwości kształcenia podyplomowego w grupie pielęgniarek i położnych na podstawie ankiety przygotowanej w Zakładzie Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W ankiecie zawarto łącznie 23 pytania: zamknięte, półotwarte, otwarte, jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Do analizy uzyskanych wyników posłużono się metodami statystyki opisowej. Badania nie wymagały zgody Komisji Bioetycznej WUM na ich przeprowadzenie.

Wyniki. W badanej grupie 28,7% położnych uczestniczyło w szkoleniach, dla 60,9% badanych jest to potrzeba podwyższenia prestiżu zawodowego. Główną przeszkodę stanowią bariery finansowe – 75,7%, odległość do miejsca szkolenia – 44,4%, niedogodne terminy – 39,8%.

Wnioski. 1. W badanej grupie zdecydowana większość położnych aktywnie uczestniczyła w różnorodnych formach doskonalenia zawodowego celem utrzymania wysokich standardów profesjonalnej opieki, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i zasadami *Evidence-based practice* oraz celem zachowania wysokiego prestiżu zawodu położnej. 2. W badanej grupie położnych głównymi przeszkodami uniemożliwiającymi udział w kształceniu podyplomowym były: koszty szkoleń, duża odległość między miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania oraz niedogodne terminy oferowanych szkoleń. 3. W badanej grupie położnych głównym czynnikiem motywującym podejmowanie różnych form doskonalenia zawodowego była przydatność treści szkolenia w codziennej pracy zawodowej.

Słowa kluczowe: położne, kompetencje zawodowe, doskonalenie zawodowe, motywacje, bariery.

SUMMARY

Background. Pursuant to the Nurses and Midwives Act, midwives are obliged to constantly update their knowledge and professional skills as well as are given the right to professional development.

Objectives. The study aimed to analyse professional development opportunities for midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Lublin, and Warmian-Masurian Voivodships.

Material. 153 midwives (women: 100% of all) employed in six health-care entities located in Central-Eastern Poland. Mean age: 46.84 years (SD: 12.44; min: 24 years; max: 61 years; median: 50; mode: 52). Most study participants ($n = 92,60\%$) had secondary medical education, 20% (32 persons) had completed first-cycle programmes, and 19% ($n = 30$) – second-cycle programmes. Mean job tenure amounted to 24.56 years (SD: 10.16; min: 0.5; max: 39; median: 27; mode: 28). A vast majority of the study participants worked full-time ($n = 150,98\%$). A questionnaire return rate was 74% (153/204).

Methods. A diagnostic poll, voluntary survey carried out with the use of an anonymous, standardised questionnaire analysing postgraduate training opportunities among nurses and midwives. The questionnaire had been developed at the Division of Teaching and Outcomes of Education, Faculty of Health Sciences, Warsaw Medical University and included a total of 23 questions: closed-ended, semi-open-ended, open-ended, single and multiple choice. Techniques of descriptive statistics were used for analysis. The approval of the Ethical Review Board of Warsaw Medical University was not necessary.

Results. As many as 28.7% of midwives participating in the survey attended training courses and 60.9% of the respondents saw it as the need to enhance professional prestige. Financial barriers were mentioned by 75.7% of the respondents as the major obstacle, followed by the distance to the place of training (44.4%) and insufficient training dates (39.8%).

Conclusions. 1. A vast majority of midwives participating in the study actively took part in various forms of professional development courses in order to maintain high quality standards of professional care consistent with the current state of medical knowledge and principles of Evidence-based practice as well as to keep the prestige of the midwifery profession. 2. The costs of training, a long distance between home and the place of training as well as insufficient training dates constituted the major obstacles to the participation of the respondents in postgraduate training. 3. The usefulness of the content of training in everyday work was the key factor motivating midwives participating in the study to attend different forms of professional development.

Key words: midwives, professional competences, professional development, motivation, barriers.

WSTĘP

Doskonalenie zawodowe stanowi bardzo istotny element wykonywania zawodu medycznego ze względu na fakt, że wiedza medyczna nieustannie się rozwija, pojawiają się nowe wytyczne do leczenia i opieki nad pacjentami, wdrażane są nowe techniki diagnozowania, rozwija się technika medyczna, a wraz z nią aparatura medyczna. Wszystkie te elementy wpływają na konieczność aktualizowania wiedzy, zdobywania nowych umiejętności, wzrasta zapotrzebowanie na określone kwalifikacje zawodowe oraz pojawia się potrzeba zatrudnienia nowych specjalistów [1].

Współcześnie położne są wraz z lekarzem oraz pielęgniarkami równorzędnymi partnerami w zespole terapeutycznym. Położne samodzielnie sprawują opiekę nad kobietą w różnych fazach jej życia. Ustawiczne doskonalenie zawodowe położnych przekłada się na rzecz podnoszenia jakości oraz skutecznego i efektywnego pielęgnowania i opieki nad pacjentkami. Rozwój zawodowy tej grupy pracowników medycznych jest prawem i obowiązkiem wynikającym również z rosnących wymagań kobiet oraz ich rodzin [1]. Wiedza na najwyższym poziomie umożliwia awans zawodowy, zajmowanie wyższych stanowisk, zdobywanie nowych uprawnień, jak również wyższe wynagrodzenie [2]. Każda położna powinna być przede wszystkim profesjonalistką, kompetentną w podejmowaniu niezależnych decyzji w pielęgnowaniu oraz organizacji opieki nad pacjentką na wszystkich szczeblach systemu ochrony zdrowia [3, 4]. Od kompetencji i kwalifikacji położnej zależy zdrowie kobiety w czasie ciąży, porodu i porożu. Istotnym zadaniem jest edukacja przedporodowa, przygotowanie do rodzicielstwa, planowania rodziny, a także odpowiedzialność, którą ponosi położna podczas przyjmowania porodów domowych [5, 6].

Położne zgodnie z Ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego [7, 8]. Położne mają wiele możliwości pogłębienia wiedzy i doskonalenia zawodowego, m.in. przez uczestnictwo w różnych formach doskonalenia zawodowego: studia podyplomowe, studia uzupełniające, szkolenia, kursy. Udział w różnych formach doskonalenia zawodowego gwarantuje uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy [9]. Jedną z form doskonalenia zawodowego jest także lektura literatury specjalistycznej i branżowej, a także szkolenia wewnątrzzakładowe, zjazdy, sympozja i wszelkiego rodzaju konferencje naukowe [10].

Efektami ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz szkoleń są nie tylko umiejętności pracowników, ale również korzyści dla całej jednostki medycznej, dla której pracuje wykwalifikowany personel. Szkolenia personelu zwiększają efektywność realizacji celów i sprawność działania placówki ochrony zdrowia, w której jest zatrudniony [11].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena możliwości doskonalenia zawodowego wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego.

MATERIAŁ

W badaniach udział wzięły łącznie 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku w badanej grupie kobiet wyniosła 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Zdecydowana większość badanych kobiet to mężatki ($n = 125,81\%$), panny stanowiły tylko 16% badanych ($n = 26$). Większość badanych ($n = 102,66\%$) zamieszkiwała miasto do 100 tys. mieszkańców. 32 osoby zadeklarowały, że mieszkają na wsi ($n = 32,2\%$). Tylko 13 osób badanych zamieszkiwało miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców, a tylko 5 osób badanych – miasto powyżej 500 tys. mieszkańców.

W badanej grupie położne ukończyły różne rodzaje szkół zakończone uzyskaniem dyplomu zawodowego położnej. Największa grupa badanych – 110 osób (71%) – ukończyła 2,5-letnią medyczną szkołę zawodową, 13 badanych ukończyło 2-letnią medyczną szkołę zawodową. 18 badanych (11%) ukończyło studia pomostowe I stopnia i kontynuowało kształcenie na studiach magisterskich uzyskując dyplom magistra położnictwa. Najmniejsza grupa badanych – zaledwie 5 osób – ukończyło studia jednolite magisterskie (studia pięcioletnie).

Większość badanych ($n = 92, 60\%$) miało wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyły studia I stopnia, 19% ($n = 30$) – studia magisterskie. Żadna z badanych położnych nie miała stopnia doktora.

Średni czas stażu pracy w badanej grupie wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16; min: 0,5; maks: 39; mediana: 27; modalna: 28). Zdecydowana większość badanych zatrudniona była na pełny etat ($n = 150,98\%$). Tylko dwie osoby zadeklarowały, że pracują na umowę zlecenie. Badane położne zatrudnione były na stanowiskach: położna ($n = 82$), położna specjalista ($n = 9$), położna oddziałowa ($n = 3$), położna odcinkowa ($n = 12$), starsza położna ($n = 38$), młodszy asystent ($n = 2$), zastępca położnej oddziałowej ($n = 2$), położna środowiskowa ($n = 2$), położna koordynująca ($n = 1$), starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa ($n = 1$).

Odsetek zwrotu ankiet

Badania przeprowadzono w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej: Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach (25/34, 73%), Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Włodawie (15/18, 83%), Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej (27/50, 54%), Szpitalu Powiatowym Gajda-Med w Pułtuskach (9/13, 69%), Szpitalu Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (52/41, 60%) oraz w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (48/50, 96%). Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 74% (153/204).

METODY

Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe zostały przeprowadzone w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Ze względu na fakt, że celem pracy była ocena doskonalenia zawodowego wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województwa mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego do analizy wyników wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Przeprowadzono dobrowolne badania ankietowe przeprowadzone za pomocą anonimowej, standaryzowanej ankiety, badania możliwości kształcenia podyplomowego w grupie pielęgniarek i położnych przygotowanej w Zakładzie Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W ankiecie zawarto łącznie 23 pytania: zamknięte, półotwarte, otwarte, jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Ankieta składała się z dwóch części. Pierwsza część dotyczyła oceny możliwości rozwoju zawodowego położnych, a druga – danych osobowych ankietowanych. Kwestionariusz zawierał 14 pytań, w tym dwa pytania otwarte (pytanie nr 1 oraz pytanie nr 11). Kwestionariusz zawierał również 9 pytań dotyczących danych socjodemograficznych respondentek biorących udział w badaniu: płeć, wiek (rok urodzenia), stan cywilny, miejsce stałego zamieszkania, rodzaj ukończonej szkoły, wykształcenie, staż pracy, forma zatrudnienia oraz zajmowane stanowisko.

Analiza statyczna uzyskanych wyników

Do analizy uzyskanych wyników posłużono się metodami statystyki opisowej, uzyskane w badaniach dane przedstawiono z użyciem m.in. takich statystyk, jak: liczba i odsetek udzielonych odpowiedzi.

Opinia Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Autorzy niniejszej pracy nie uzyskali zgody Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na przeprowadze-

nie prezentowanych badań, ze względu na fakt, że według komunikatu Komisji Bioetycznej WUM: „Komisja nie wydaje opinii w sprawie badań ankietowych, retrospektywnych i innych nieinwazyjnych badań naukowych”.

WYNIKI

Wyniki badań dotyczące interpretacji pojęcia „doskonalenie zawodowe” (tab. 1) pokazują, że największa grupa ankietowanych – 31,5% – określa je jako podnoszenie swoich kwalifikacji, a 26% badanych – jako rozwijanie swojej wiedzy teoretycznej. Natomiast na podstawie powyższych danych można stwierdzić, że tylko dla 1% badanych jest to nabywanie doświadczenia oraz urozmaicanie swoich zdolności zawodowych.

Tabela 1. Interpretacja pojęcia „doskonalenie zawodowe” w badanej grupie położnych

Odpowiedzi ankietowanych Interpretacja pojęcia „doskonalenie zawodowe”	Liczba odpowiedzi	% ankietowanych
Podnoszenie kwalifikacji zawodowych	29	31,5
Kursy, szkolenia, warsztaty	6	6,5
Aktualizowanie wiedzy, uzupełnianie wiedzy	11	12
Rozwijanie swojej wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych związanych z wykonywanym zawodem	20	22
Rozwijanie swojej wiedzy teoretycznej	24	26
Doskonalenie umiejętności praktycznych związanych z wykonywanym zawodem	9	8
Urozmaicanie swoich zdolności zawodowych	1	1
Nabywanie doświadczenia	1	1

Zdania ankietowanych położnych dotyczące możliwości awansu zawodowego i dostępności kursów doszkalających w miejscu pracy są podzielone (tab. 2). Większość badanych – 60% – oceniła, że oferta kursów kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych jest odpowiednia do potrzeb, natomiast dla 31,25% respondentek oferta kursów jest dostosowana do możliwości organizacyjnych w miejscu pracy. Zdecydowana większość badanych nie korzystała nigdy z konsultacji z doradcą zawodowym.

Tabela 2. Opinie badanej grupy położnych na temat możliwości awansu zawodowego i dostępność kursów doszkalających w miejscu pracy

Proszę udzielić odpowiedź na podane poniżej pytania:	Tak	Nie	Trudno powiedzieć
Czy kiedykolwiek w trakcie nauki lub aktywności zawodowej podejmowała/-ał Pani/Pan konsultacje z doradcą zawodowym?	38 (29,4%)	90 (69,8%)	1 (0,8%)
Czy w miejscu Pani/Pana pracy jest dostępny dokument określający możliwości osiągnięcia kolejnych szczebli awansu zawodowego?	25 (19,5%)	41 (32%)	62 (48,5%)

Tabela 3. Zarobki i awans zawodowy a podnoszenie kwalifikacji zawodowych w opinii badanej grupy położnych

Proszę ocenić trafność poszczególnych stwierdzeń w skali 1-5	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Trudno powiedzieć	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
Jeśli chcesz więcej zarabiać, musisz stale podnosić swoje kwalifikacje zawodowe	4 (3,1%)	20 (15,5%)	32 (24,8%)	61 (47,3%)	12 (9,3%)
Dla utrzymania wysokich standardów opieki konieczne jest podnoszenie kwalifikacji zawodowych	3 (2,4%)	4 (3,1%)	12 (9,4%)	78 (60,9%)	31 (24,2%)
Aby utrzymać miejsce pracy, konieczne jest doskonalenie swoich umiejętności zawodowych	2 (1,5%)	22 (17,1%)	28 (21,7%)	56 (43,4%)	21 (16,3%)
Nieodzowną częścią awansu zawodowego jest stałe doskonalenie umiejętności zawodowych	3 (2,3%)	8 (6,2%)	28 (21,7%)	66 (51,2%)	24 (18,6%)
Wzrost prestiżu zawodu możliwy jest dzięki zwiększeniu wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarek/położnych	2 (1,5%)	14 (10,9%)	20 (15,5%)	67 (51,9%)	26 (20,2%)

Czy obecna oferta kursów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych jest odpowiednia do Pani/Pana potrzeb w zakresie doskonalenia umiejętności zawodowych?	75 (60%)	15 (12%)	35 (28%)
Czy obecna oferta kursów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych jest dostosowana do możliwości organizacyjnych w Pani/Pana miejscu pracy?	40 (31,25%)	48 (37,5%)	40 (31,25%)
Czy obecna oferta kursów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych jest dopasowana do zmieniających się w Polsce trendów demograficznych i epidemiologicznych?	45 (35,2%)	20 (15,6%)	63 (49,2%)

Większość ankietowanych położnych zgodziła się ze stwierdzeniem, że dla utrzymania wysokich standardów opieki konieczne jest doskonalenie swoich umiejętności zawodowych, a także przyczynia się to do wzrostu prestiżu zawodu położnej (tab. 3).

W badanej grupie położne zwykle brały udział w szkoleniach 1-3 razy w roku. Najczęstszym źródłem finansowania były własne środki finansowe, a zakłady pracy zazwyczaj tylko częściowo pokrywały cenę szkolenia (tab. 4, 5).

Tabela 4. Udział ankietowanych położnych w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe

Częstość udziału położnych w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe	Liczba ankietowanych
Rzadziej niż raz w roku	37 (28,7%)
1-3 razy w roku	71 (55%)
4-6 razy w roku	18 (14%)
Częściej niż 6 razy w roku	3 (2,3%)

Tabela 5. Źródła finansowania szkoleń, w których uczestniczyły ankietowane

Źródła finansowania szkoleń	Liczba odpowiedzi (odsetek ankietowanych)	Odsetek wszystkich szkoleń
Zakład pracy	53 (41%)	23,6%
Dofinansowanie z zakładu pracy	45 (34,9%)	20,1%
Opłacone w 100% przez położną	67 (51,9%)	29,9%
Współfinansowane z funduszy Unii Europejskiej	47 (36,4%)	21%
Inne źródło finansowania	12 (9,3%)	5,4%

Za najbardziej przydatną formę kształcenia podyplomowego badane położne uznały studia podyplomowe, następnie studia magisterskie. Jako najskuteczniejsze formy kształcenia respondenci wskazały warsztaty/seminaria – 77,2% oraz szkolenia stacjonarne w formie wykładowej – 73,4%. Za najbardziej

Tabela 6. Formy kształcenia w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych

Forma kształcenia	1 Nieodpowiednia	2	3	4	5 Odpowiednia
Warsztaty/seminaria	2 (1,6%)	4 (3,3%)	22 (17,9%)	26 (21,1%)	69 (56,1%)
Szkolenia stacjonarne w formie wykładowej	4 (3,2%)	7 (5,6%)	22 (17,7%)	29 (23,4%)	62 (50%)
Blended-learning	15 (12,3%)	33 (27%)	37 (30,3%)	22 (18%)	15 (12,3%)
E-learning	14 (11,7%)	38 (31,7%)	42 (35%)	17 (14,1%)	9 (7,5%)
Udział w spotkaniach naukowych organizowanych przez towarzystwa naukowe i zawodowe	3 (2,4%)	11 (8,9%)	21 (17,1%)	49 (39,8%)	39 (31,7%)
Samokształcenie	4 (3,2%)	16 (12,7%)	24 (19%)	40 (31,7%)	42 (33,3%)

nieodpowiednie formy kształcenia zostały uznane e-learning – 43,4% oraz blended-learning – 39,3% (tab. 6, 7).

Tabela 7. Przydatność różnych form kształcenia związanego z podnoszeniem kwalifikacji w opinii ankietowanych

Formy kształcenia podyplomowego	1 Najbardziej przydatne	2	3	4 Najmniej przydatne
Studia magisterskie	63 (53,3%)	29 (24,6%)	19 (16,1%)	7 (5,9%)
Studia podyplomowe	25 (22,7%)	62 (56,4%)	20 (18,2%)	3 (2,7%)
Studia doktoranckie	4 (3,7%)	8 (7,4%)	46 (42,6%)	50 (46,3%)
Staż w klinice krajowej lub zagranicznej	30 (27,3%)	9 (8,2%)	22 (20,0%)	49 (44,5%)

Większość ankietowanych położnych nie korzystało ze szkoleń w formie e-learningu, ale prawie połowa badanych skorzystała by z tej formy, posiada w miejscu pracy zaplecze umożliwiające realizację szkolenia (tab. 8–10).

Tabela 8. Udział ankietowanych położnych w szkoleniu w formie e-learningu

Częstość udziału położnych w szkoleniach w formie e-learningu	Liczba ankietowanych
Korzystało	23 (17,9%)
Nie korzystało	103 (80,5%)
Nie potrafi ocenić	2 (1,6%)

Tabela 9. Chęć ankietowanych położnych do skorzystania z jakiegokolwiek formy kształcenia w postaci e-learningu

Odpowiedzi ankietowanych położnych do skorzystania z jakiegokolwiek formy kształcenia w postaci e-learningu	Liczba ankietowanych
Zdecydowanie tak	16 (12,3%)
Raczej tak	40 (30,8%)

Tabela 12. Obszary tematyczne ważne dla rozwoju zawodowego

Obszary tematyczne	Nieważne	Mało ważne	Trudno powiedzieć	Ważne	Bardzo ważne
Organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej	11 (9,7%)	26 (23%)	27 (23,9%)	25 (22,1%)	24 (21,3%)
Ekonomia menedżerska	23 (20,2%)	28 (24,6%)	41 (35,9%)	18 (15,8%)	4 (3,5%)
Prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia	12 (10,7%)	11 (9,8%)	32 (28,6%)	48 (42,9%)	9 (8%)
Ekonomika ochrony zdrowia	16 (14,3%)	28 (25%)	31 (27,7%)	34 (30,4%)	3 (2,6%)
Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych	14 (12,4%)	19 (16,8%)	30 (26,5%)	39 (34,5%)	11 (9,7%)
Prawo zamówień publicznych	9 (8,7%)	26 (25%)	44 (42,3%)	23 (22,1%)	2 (1,9%)
Zarządzanie jakością	9 (7,3%)	33 (26,6%)	28 (22,6%)	39 (31,5%)	15 (12%)
Negocjacje	9 (8,1%)	22 (19,8%)	26 (23,4%)	45 (40,5%)	9 (8,1%)
Zarządzanie zasobami ludzkimi	8 (7,2%)	22 (19,8%)	27 (24,3%)	39 (35,1%)	15 (13,5%)
Dokumentacja medyczna w zakładzie opieki zdrowotnej	2 (1,8%)	1 (0,9%)	15 (13,1%)	45 (39,5%)	51 (44,7%)
Czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej	3 (2,6%)	3 (2,6%)	19 (16,7%)	64 (56,1%)	25 (21,9%)
Komunikacja – relacje interpersonalne (wewnątrz i na zewnątrz organizacji)	3 (2,7%)	3 (2,7%)	14 (12,6%)	37 (33,3%)	54 (48,6%)
Podstawy zarządzania zasobami ludzkim	7 (6,3%)	14 (12,6%)	33 (29,7%)	41 (36,9%)	16 (14,4%)
Prawo cywilne	4 (3,6%)	3 (2,7%)	23 (20,9%)	61 (55,5%)	19 (17,3%)
Zarządzanie kryzysowe	6 (5,4%)	17 (15,3%)	42 (37,8%)	33 (29,7%)	13 (11,7%)
Zarządzanie łańcuchem dostaw – zarządzanie usługami outsourcingowymi	12 (11%)	28 (25,7%)	52 (47,7%)	15 (13,8%)	2 (1,8%)
Public relations	9 (8,2%)	15 (13,8%)	34 (31,2%)	41 (37,6%)	10 (9,2%)
Odpowiedzialność cywilna i pracownicza w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi	3 (2,7%)	2 (1,8%)	6 (5,4%)	39 (35,1%)	61 (55%)
Prawa pacjenta	1 (0,9%)	3 (2,6%)	11 (9,8%)	42 (37,5%)	55 (49,1%)
Kontraktowanie i rozliczenia z NFZ	5 (4,4%)	24 (21,2%)	33 (29,2%)	37 (32,7%)	14 (12,4%)

Trudno powiedzieć	33 (25,4%)
Raczej nie	36 (27,7%)
Zdecydowanie nie	5 (3,8%)

Tabela 10. Możliwość podjęcia szkoleń e-learningowych w miejscu pracy

Odpowiedzi położnych na temat szkoleń e-learningowych w miejscu pracy	Liczba ankietowanych
Tak, mam możliwość	89 (70,6%)
Nie, mam możliwości	20 (15,9%)
Nie wiem	17 (13,5%)

Najwięcej położnych kierowało się możliwością wykorzystania zdobytej wiedzy w miejscu pracy, własnymi zainteresowaniami oraz potrzebą podniesienia kwalifikacji zawodowych (tab. 11).

Za obszary tematyczne ważne i bardzo ważne dla rozwoju zawodowego ankietowane uznały odpowiedzialność cywilną oraz

Tabela 11. Czynniki motywujące do wyboru określonej tematyki kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe

Tematyka kursów	Liczba ankietowanych
Możliwość wykorzystania zdobytej wiedzy w pracy zawodowej	41 (45,6%)
Zainteresowania	11 (12,2%)
Potrzeba podniesienia kwalifikacji	10 (11,1%)
Treści i program kursu	9 (10%)
Potrzeby zakładu pracy	8 (8,9%)
Koszty i/lub odległość od miejsca zamieszkania	5 (5,6%)
Przydatność zdobytej wiedzy w dalszym życiu/innej pracy	4 (4,4%)
Wiedza i doświadczenie wykładowców	2 (2,2%)

pracowniczą w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi, na drugim miejscu dokumentację medyczną w zakładzie opieki zdrowotnej, natomiast jako nieważne i mało ważne respondenci wskazują ekonomię menedżerską i ekonomię ochrony zdrowia (tab. 12).

W części doskonalenie zawodowe na pierwszym miejscu ankietowane wskazały, że działalność naukowa nie ma żadnego wpływu na podnoszenie kwalifikacji w zawodzie położnej oraz wskazały jednakowo na współudział w projektach naukowych z zakresu badań klinicznych i wygłaszanie referatów na konferencjach i zjazdach naukowych (tab. 13).

Tabela 13. Aktywności, które powinny być częścią doskonalenia zawodowego

Forma doskonalenia zawodowego	Liczba odpowiedzi (odsetek ankietowanych)	Odsetek odpowiedzi ankietowanych
Współudział w projektach naukowych z zakresu zdrowia publicznego	20 (18,3%)	12,9%
Współudział w projektach naukowych z zakresu badań klinicznych	34 (31,2%)	21,9%
Publikowanie prac naukowych	30 (27,5%)	19,4%
Wygłaszanie referatów na konferencjach i zjazdach naukowych	34 (31,2%)	21,9%
Działalność naukowa	37 (33,9%)	23,9%

Najbardziej istotny wpływ na trudności napotkane przez ankietowane w związku z podnoszeniem kwalifikacji mają bariery finansowe, zbyt duża odległość między miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania oraz niedogodne terminy. Brak wpływu według większości respondentów ma przede wszystkim niesprzyjająca atmosfera w pracy, brak akceptacji dla osób doszkalających się oraz obowiązki wynikające z opieki nad dzieckiem/dziećmi lub innymi osobami (tab. 14).

Tabela 14. Bariery związane z uczestnictwem w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe

Rodzaje barier	1 Brak wpływu	2	3	4	5 Bardzo istotny wpływ
Bariery finansowe	2 (1,75%)	2 (1,75%)	12 (10,4%)	12 (10,4%)	87 (75,7%)
Niedogodne terminy dostępnych szkoleń	5 (4,1%)	4 (3,3%)	23 (18,7%)	42 (34,1%)	49 (39,8%)
Brak zastępstwa dla szkolącego się pracownika	9 (7,3%)	10 (8,1%)	22 (17,9%)	49 (39,8%)	33 (26,8%)
Zbyt duża odległość między miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania	2 (1,6%)	7 (5,5%)	19 (15,1%)	42 (33,3%)	56 (44,4%)
Obowiązki wynikające z opieki nad dzieckiem/dziećmi lub innymi osobami	24 (19,0%)	17 (13,5%)	18 (14,3%)	26 (20,6%)	41 (32,5%)
Brak szkoleń z danej dziedziny	7 (5,6%)	8 (6,4%)	30 (24%)	49 (39,2%)	31 (24,8%)
Niesprzyjająca atmosfera w pracy, brak akceptacji dla osób doszkalających się	49 (38,6%)	14 (11%)	21 (16,5%)	19 (15%)	24 (18,9%)

DYSKUSJA

Położne dostrzegają potrzebę doskonalenia zawodowego, a z bogatej oferty szkoleniowej wybierają formy kształcenia, które podwyższają kwalifikacje zawodowe oraz wzbogacają ich wiedzę i umiejętności [6, 7]. Wyniki badań dotyczące motywu udziału w doskonaleniu zawodowym są zbieżne z badaniami

innych autorów [12, 13]. Jak wykazały Palczewska oraz Cisoń-Apanasewicz i wsp., większość położnych uważa kształcenie podyplomowe za istotny element doskonalenia zawodowego. Zmieniające się realia pracy położnej powodują, że jest ona zobligowana do stałego aktualizowania swojej wiedzy i doskonalenia umiejętności. Jest to także potrzeba osobista aktywnej zawodowo położnej, która troszczy się o wysoki poziom sprawowanej przez nią opieki położniczej. Analiza badań własnych wykazała, że 84,5% respondentek podejmuje doskonalenie swoich umiejętności zawodowych dla podnoszenia kwalifikacji zawodowych i rozwijania swojej wiedzy teoretycznej. Oferta kursów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych przez badaną grupę zawodową uważana jest za odpowiednią do potrzeb w zakresie doskonalenia umiejętności zawodowych. W badaniach przeprowadzonych przez Majchrowską i Bogusz na pierwsze miejsce wysuwa się również wzrost jakości opieki pielęgniarskiej i profesjonalizm [14].

Większość respondentek nie podejmowało konsultacji z doradcą zawodowym w trakcie aktywności zawodowej lub nauki. Badanie przeprowadzone w grupie 100 pielęgniarek i pielęgniarzy Pałuckiego Centrum Zdrowia w Żninie przez Dobrowolską pokazało przykry fakt, że aż 46% pielęgniarek i pielęgniarzy wybrałoby inną drogę zawodową dokonując jeszcze raz wyboru zawodu [15]. Odnosząc się również do własnych wyników, niekorzystanie przez położne z konsultacji z doradcą zawodowym może być przyczyną nieprawidłowego wyboru zawodu. Należałoby zachęcać przyszłe pielęgniarki i położne do korzystania z takich usług. Wtedy prawdopodobieństwo, że wybór zawodu medycznego byłby świadomym wyborem byłoby większe.

Kolejnym atutem doskonalenia zawodowego badanych położnych jest utrzymanie wysokich standardów opieki, wzrost prestiżu zawodowego, a także awansu zawodowego i możliwości większych zarobków. Jak podaje Bidzińska i wsp. motywacją do podejmowania kształcenia jest wzrost wynagrodzenia oraz chęć pogłębienia wiedzy i umiejętności zawodowych [16].

Położne doskonalą swoje umiejętności na szkoleniach odbywających się od 1 do 3 razy w roku. Podobny wynik uzyskał zespół wykonujący badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską [17]. Jako najbardziej przydatny sposób kształcenia respondenci wskazały studia magisterskie, studia podyplomowe, następnie studia doktoranckie. Z badań przeprowadzonych przez Kropiwnicką i wsp. wynika, iż 72,5% z nich planowało podjąć po studiach pracę naukową, a 57,76% planowało osiągnięcie kwalifikacji zawodowych uznawanych w krajach Unii Europejskiej [18, 19].

Staż w klinice krajowej lub zagranicznej jako najmniej przydatny sposób kształcenia wskazało 49% badanych położnych. Respondenci wskazały jako najbardziej odpowiednie formy kształcenia warsztaty/seminaria, samokształcenie, udział w spotkaniach naukowych organizowanych przez towarzystwa naukowe i zawodowe, natomiast jako nieodpowiednie e-learning (11,7%) i blended-learning (12,3%). Z możliwości szkolenia w formie e-learningu skorzystało (17,9%), pozostałe nie mają takiego doświadczenia (80,5%) [20].

Większość ankietowanych wskazała, że posiada w miejscu pracy zaplecze umożliwiające realizację szkoleń e-learningowych, a 43% badanych skorzystałoby zdecydowanie z takiej formy szkolenia. W przeprowadzonym badaniu pilotażowym przez Gotlib i wsp. analiza wyników wskazała również na konieczność poszerzenia wiedzy i umiejętności pielęgniarek w zakresie korzyści płynących z korzystania z aktualnych wyników badań naukowych w codziennej praktyce klinicznej [21].

Od momentu wprowadzenia kształcenia pomostowego w Polsce wiele ośrodków kształcących zainteresowało się oceną jakości prowadzonego kształcenia. W badaniach przeprowadzonych przez Głowacką i wsp. absolwenci byli zadowoleni ze wszystkich aspektów oceny jakości procesu kształcenia prowadzonego na podstawie przydatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie nauki [22]. Zdaniem Stadnickiej kształcenie praktycz-

ne jest przede wszystkim przygotowaniem położnych do wykonywania zawodu [23]. W analizie własnych wyników większość badanych potwierdza, że obecna oferta kursów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych jest odpowiednia do potrzeb w zakresie doskonalenia umiejętności zawodowych. Natomiast 49,2% badanych nie potrafiło określić, czy obecna oferta kursów kształcenia podyplomowego położnych jest dopasowana do zmieniających się w Polsce trendów demograficznych i epidemiologicznych. Na podstawie badań wykonanych przez Łukasz-Paluch i Franek został przedstawiony zarys początku ruchu zawodowego i przemian w kształceniu podstawowym pielęgniarek i położnych na przełomie wieku [24].

Wspomaganie pracownika w ustawicznym poszerzaniu jego wiedzy i nabywaniu kolejnych umiejętności jest podstawą do osiągnięcia kolejnych sukcesów osobistych i zawodowych. Badana grupa zawodowa (45,6%) w podjęciu tematyki kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe kierowała się możliwością wykorzystania zdobytej wiedzy podczas pracy zawodowej. Zakład pracy ma obowiązek stwarzania możliwości oraz pomoc pracownikom w rozwoju i doskonaleniu zawodowym tak, aby uzupełniali oni wiedzę potrzebną do wykonywania czynności na danych stanowiskach oraz rozwijali umiejętności, które pozwolą im na awans zawodowy [7, 8].

Najczęstszym problemem, który ogranicza korzystanie położnych z szerokiej ofert kursów są bariery finansowe. Pracodawcy nie zawsze dofinansują szkolenia, personel często sam je opłaca chcąc aktualizować i uzupełniać swoją wiedzę. Dofinansowanie specjalizacji, kursów i szkoleń jest możliwe również z innych środków. Położne mogą ubiegać się o wsparcie finansowe od Ministra Zdrowia, na podstawie art. 70 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 174, poz. 1039 z późn. zm.). Dofinansowanie pochodzi ze środków publicznych, na podstawie określonego progu miejsc szkoleniowych dla położnych. Po złożeniu odpowiednich dokumentów częściowe dofinansowanie zapewniają również Izby Pielęgniarek i Położnych.

Wsparcie finansowe ze strony pracodawcy, zakładu pracy ułatwia podejmowanie nauki, może wspierać aktywność edukacyjną położnych [24]. Badania wykazały, że położne same pokrywały koszty szkoleniowe (51,9%), zakład pracy częściowo

wo (34,9%), a z funduszy Unii Europejskiej skorzystało 21% badanych. Po integracji Polski z Unią Europejską większość pielęgniarek i położnych zdaje sobie sprawę, że zmieniająca się rzeczywistość nakłada na pracowników służby zdrowia nowe wyzwania. Na podstawie analizy możliwości rozwoju zawodowego, Kobos i wsp. oraz Tomaszewska i wsp. pokazują potrzebę stworzenia strategii rozwoju kadry pielęgniarskiej. Aby zaplanować rozwój zawodowy, jego możliwości i prawne uregulowania powinni znać już studenci położnictwa/pielęgniarsstwa. Brak wsparcia ze strony kadry zarządzającej w położnictwie/pielęgniarsztwie jest przyczyną dalszych poszukiwań, a nawet zmiany kierunku kształcenia lub zawodu [25, 26].

Współczesny system kształcenia umożliwia położnym zdobywanie wszystkich stopni naukowych. W części doskonalenie zawodowe na pierwszym miejscu ankietowane wskazały, że działalność naukowa nie ma żadnego wpływu na podnoszenie kwalifikacji w zawodzie położnej oraz wskazały jednakowo (po 21,9%) na współudział w projektach naukowych z zakresu badań klinicznych i wygłaszanie referatów na konferencjach i zjazdach naukowych. Zdaniem Stadnickiej kształcenie praktyczne jest przygotowaniem pielęgniarek i położnych do wykonywania zawodu [23].

WNIOSKI

1. W badanej grupie zdecydowana większość położnych aktywnie uczestniczyła w różnorodnych formach doskonalenia zawodowego celem utrzymania wysokich standardów profesjonalnej opieki, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i zasadami Evidence-based practice oraz celem zachowania wysokiego prestiżu zawodu położnej.
2. W badanej grupie położnych głównymi przeszkodami uniemożliwiającymi udział w kształceniu podyplomowym były koszty szkoleń, duża odległość między miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania oraz niedogodne terminy oferowanych szkoleń.
3. W badanej grupie położnych głównym czynnikiem motywującym podejmowanie różnych form doskonalenia zawodowego była przydatność treści szkolenia w codziennej pracy zawodowej.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Jurczak A, Hoffman G, Augustyniuk K, i wsp. Motywy podejmowania kształcenia podyplomowego przez położne województwa zachodniopomorskiego. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2012; 5(1): 39–42.
2. Kęcka K, Jasińska M, Brzezińska H, i wsp. Tożsamość zawodowa pielęgniarek i położnych. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; (13)4: 719–723.
3. Chmiel-Połeć Z, Binkowska-Bury M, Boratyn-Dubiel L. Możliwości rozwoju zawodowego w opinii studentów kierunku pielęgniarstwa i położnictwa. *Probl Hig Epidemiol* 2008; (89)3: 407–413.
4. Krupińska E. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek – potrzeba czy obowiązek. *Piel Zdr Publ* 2011; (1)4: 321–326.
5. Glińska J, Lewandowska M. Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. *Probl Pielęg* 2007; (15)4: 249–253.
6. Rasińska R, Skwierzyńska M, Górniak K. Opinie kobiet na temat porodów domowych – prace badawcze studentek położnictwa. *Pielęg Pol* 2010; (1)35: 14–19.
7. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U. nr 174, poz. 1039).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 197, poz. 1923).
9. Iwanowicz-Palus G, Bięń A, Golanka E. Położna w Zjednoczonej Europie. *Probl Pielęg* 2013; (21)1: 117–122.
10. Cisińska A. Polskie czasopiśmiennictwo medyczne jako instrument doskonalenia zawodowego pielęgniarek rodzinnych. *MONZ* 2013; (19)2: 110–115.
11. Zinkowska D, Cholewka B, Wrońska I. Ewaluacja jakości i organizacji procesu kształcenia pielęgniarek i położnych studiów pomostowych w Polsce. *Probl Pielęg* 2015; (23)2: 239–245.
12. Palczewska A. Analiza kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych na północno-wschodnim Mazowszu. *Probl Pielęg* 2008; (16)3: 285–292.
13. Cisoń-Apanasiewicz U, Gaweł G, Ogonowska D, i wsp. Opinie pielęgniarek na temat kształcenia podyplomowego. *Probl Pielęg* 2009; (17)1: 32–37.
14. Majchrowska A, Bogusz R. Oczekiwanie pielęgniarek wobec kształcenia podyplomowego. *Pielęg XXI w* 2012; (3)40: 75–79.
15. Dobrowolska V. Ocena przygotowania do zawodu w opinii pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach szpitalnych. *Pielęg Pol* 2010; (1)35: 7–13.
16. Bidzińska E, Sobczak MD, Rakowska KA. Motywy podwyższania wykształcenia przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. *Probl Pielęg* 2007; (15)2, 3: 197–202.
17. Mytkowski D, Komosa M, Niedzielska E. Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Badanie ewaluacyjne zrealizowane na zlecenie Ministra Zdrowia. IBC Group Central Europe Holding S.A. 2011: 57–60, dostępny na URL: www.zdrowie.gov.pl/aktualnosci/download/file_id/8029/doc_id/1769.html.
18. Kropiwnicka E, Orzechowska A, Cholewska M, i wsp. Determinanty wyboru zawodu, poziomu aspiracji oraz plany na przyszłość studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Probl Pielęg* 2011; 19(1): 70–80.
19. Zarzycka D, Wrońska I, Carlisle C. Opinie uczestników pierwszego cyklu studiów pomostowych licencjackich pielęgniarstwa na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. *Nurse Education Today* 2009; 29: 549–554.
20. Ogórek-Tęcza B, Skupnik R, Matusiak M. Motywacja do podnoszenia kwalifikacji na studiach niestacjonarnych I stopnia i ocena przygotowania pielęgniarek uzyskujących tytuł licencjata do sprawowania profesjonalnej opieki. *Pielęg XXI w* 2012; 2(39): 43–47.
21. Gotlib J, Belowska J, Panczyk M, i wsp. Wiedza i postawy pielęgniarek wobec wykorzystywania wyników badań naukowych w co-

- dziennej praktyce klinicznej – doniesienie wstępne. *Probl Pielęg* 2014; (22)2: 281–287.
22. Głowacka M, Haor B, Ślusarz R, i wsp. Zainteresowanie pielęgniarek kształceniem ustawicznym. *Probl Pielęg* 2014; (22)2: 271–273.
23. Stadnicka G, Kocka K, Nazaruk-Napora M, i wsp. Kształcenie praktyczne pielęgniarek i położnych w ramach projektu „Uniwersytet Nowoczesny – Współpraca” – opinie studentów. *Pielęg XXI w* 2012; 40: 81–85.
24. Łukasz-Paluch K, Franek GA. Ruch zawodowy i przemiany w kształceniu podstawowym pielęgniarek na przełomie wieków. *Probl Pielęg* 2008; 16(1, 2): 173–180.
25. Kobos E, Leńczuk-Gruba A, Idzik A, i wsp. Rola zakładu pracy w doszkąłcaniu i doskonaleniu zawodowym w kontekście barier edukacyjnych dostrzeganych przez pielęgniarki. *Probl Pielęg* 2010; 18(2): 134–138.
26. Tomaszewska M, Cieśla D, Czerniak J, i wsp. Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość. *Probl Pielęg* 2008; 16(1, 2): 40–47.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
Tel. 22 57 20 490; 608 108 028
E-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 08.09.2017 r.

Po recenzji: 24.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 25.09.2017 r.

OPARZENIA U DZIECI – RODZAJE, OCENA CIĘŻKOŚCI ORAZ ZASADY POSTĘPOWANIA

Burns in children – types, gravities and rules of conduct

Alicja Burzec¹, Elenora Mess², Maciej Ornat³, Iwona Pirogowicz⁴

¹ Oddział Chirurgii Dziecięcej, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka we Wrocławiu

² Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Studenckie Koło Naukowe Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób, Katedra i Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁴ Katedra i Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: eleonora.mess@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Oparzenia u dzieci stanowią problem medyczny, społeczny, a także ekonomiczny. Skóra dziecka jest bardzo wrażliwa na czynniki termiczne. Najczęstszą przyczyną oparzeń jest oblanie gorącą wodą, rzadziej działanie płomienia, gorących przedmiotów czy substancji żrących. Do okolic najczęściej oparzonych należą kończyny i tułów. Najliczniejszą grupę wiekową wśród oparzonych stanowią dzieci między pierwszym a drugim rokiem życia. Postępowanie w przypadku oparzeń u dzieci, szczególnie małych, znacznie różni się od postępowania z oparzonym dorosłym. Natychmiastowe udzielenie prawidłowej pierwszej pomocy poparzonemu dziecku oraz umiejętność postępowania na miejscu wypadku mają niemały wpływ na przebieg dalszego leczenia i szybki powrót do zdrowia. Rokowanie w leczeniu oparzenia jest bezpośrednio związane z rozległością oparzenia i na tej podstawie podejmuje się decyzję o leczeniu ambulatoryjnym lub w warunkach szpitalnych. Poziom udzielonej pierwszej pomocy zależy od podstawowej wiedzy medycznej, jaką posiada osoba udzielająca pomocy poparzonemu. Powinna być ona udzielona jak najszybciej z zachowaniem podstawowych zasad, dlatego tak ważne jest posiadanie podstawowej i niezbędnej wiedzy na temat postępowania w sytuacji, gdy dziecko ulegnie poparzeniu.

Słowa kluczowe: dzieci, oparzenia, zdrowie dziecka.

SUMMARY

Burns in children is a medical, social and economic problem. Baby's skin is very sensitive to thermal factors. The most common cause of burns is hot water. Less frequent ones are: direct contact with flame, hot objects or corrosive substances. The most common areas of burns are limbs and torso. The biggest age group among people suffering from burns are children between first and second year of life. The treatment for burns in children is significantly different from that of burned adults. Immediate proper first aid to burned child and the ability to deal with an incident at the scene of the accident have big effect on further treatment and rapid recovery. Prognosis for the treatment of burns is directly related to the extent of burns and on its basis, the decision is made about outpatient or inpatient treatment. Quality of first aid given to the patient depends on the basic medical expertise of the person providing the first aid. It should be given as soon as possible in accordance with basic rules, so it is important to have the basic and necessary knowledge about how to handle your child's burn.

Key words: children, burns, children health.

WSTĘP

Oparzenia wśród populacji pediatrycznej stanowią problem medyczny, społeczny, a także ekonomiczny. Według statystyk opublikowanych przez Europejski Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci oparzenia są czwartą najczęstszą przyczyną śmierci dzieci z powodów urazowych w Europie. Najczęściej ciężkim oparzeniom ulegają dzieci poniżej 5. roku życia [1].

Najczęściej do oparzeń dochodzi w domu. Dziecko w pierwszych latach życia cechuje silny napęd ruchowy, ciekawość, rozwój zręczności, duża impulsywność oraz brak doświadczenia. Małe dziecko nie ma zdolności przewidywania zagrażających mu niebezpieczeństw. Główną przyczyną wypadków jest brak opieki nad dzieckiem ze strony ich opiekunów. Najczęstszą przyczyną oparzeń jest oblanie gorącą wodą, rzadziej działanie płomienia, gorących przedmiotów czy substancji żrących. Do okolic najczęściej ulegających oparzeniom należą kończyny i tułów. Najliczniejszą grupę wiekową najczęściej ulegającą oparzeniom stanowią dzieci między pierwszym a drugim rokiem życia [2].

Skóra dziecka jest bardzo wrażliwa na czynniki termiczne. Stąd postępowanie w przypadku oparzeń u dzieci, szczególnie małych, znacznie różni się od postępowania z oparzonym dorosłym. Wynika to z faktu, że fizjologia wieku rozwojowego dziecka różni się od fizjologii człowieka dorosłego, co z kolei wiąże się z większą możliwością wystąpienia komplikacji i powikłań [3]. Szybkie udzielenie prawidłowej pierwszej pomocy poparzonemu dziecku oraz umiejętność postępowania na miejscu wypadku mają niemały wpływ na przebieg dalszego leczenia i szybki powrót do zdrowia poszkodowanych [4]. Jej poziom zależy od

podstawowej wiedzy medycznej, jaką posiada osoba udzielająca pomocy poparzonemu. Pierwsza pomoc powinna być udzielona jak najszybciej z zachowaniem podstawowych zasad. Właściwe postępowanie z oparzeniem zaraz po jego wystąpieniu stwarza możliwość zmniejszenia jego skutków pod warunkiem odpowiedniej i szybko zastosowanej procedury postępowania [5]. Stąd tak ważne jest posiadanie podstawowej i niezbędnej wiedzy na temat postępowania i udzielania pierwszej pomocy poparzonemu dziecku.

OPARZENIA

Oparzenia, szczególnie niewielkie i powierzchowne, są częstym urazem. Jest to stan zapalny lub martwiczy powłok i tkanek powstający w wyniku działania różnego typu energii po przekroczeniu możliwości obronnych organizmu.

Zazwyczaj oparzenia spowodowane są energią cieplną – 90% oparzeń powstaje wskutek urazu termicznego, 5% to oparzenia chemiczne, a pozostałe 5% – elektryczne. Oparzenie jest specyficznym urazem, który wywołuje skutki miejscowe – w postaci rany oparzeniowej oraz skutki ogólnoustrojowe – w postaci choroby oparzeniowej [6]. Stan choroby oparzeniowej może pojawić się wówczas, gdy oparzenie nie jest leczone prawidłowo. Prowadzić to może do wystąpienia wstrząsu oparzeniowego, a w niektórych przypadkach do zespołu uogólnionej reakcji zapalnej – SIRS, a nawet do śmierci [7].

Każde oparzenie powyżej 18% powierzchni ciała u dorosłych oraz 8% u dzieci stanowi zagrożenie życia i wymaga hospitalizacji. Uraz termiczny dotyczący dużej powierzchni skóry powoduje zmiany w organizmie człowieka. Zmiany te nie dotyczą

tylko samej skóry, lecz naruszają równowagę najważniejszych procesów fizjologicznych. Ze względu na różnice w grubości skóry oparzenia u dzieci, zwłaszcza najmłodszych, przebiegają o wiele ciężiej niż u osób dorosłych [8].

OCENA GŁĘBOKOŚCI OPARZEŃ

Ocena głębokości oparzenia w pierwszych dniach bezpośrednio po oparzeniu jest bardzo trudna ze względu na możliwość pogłębienia stopnia penetracji martwicy. Możliwa jest w chwili wytworzenia się strupa martwiczego po około pięciu dobach po urazie. Oparzenia można podzielić na:

- oparzenia pośredniej grubości, gojące się samoistnie,
- oparzenia mozaikowe, mogące zagoić się samoistnie, ale pozostawiające szpeczące, często przerastające blizny; są to oparzenia ze strefami pełnej i niepełnej grubości skóry,
- oparzenia pełnej grubości skóry, które wymagają leczenia przeszczepami skórnymi [7].

Głębokość oparzenia uzależniona jest od:

- intensywności czynnika powodującego poparzenie,
- czasu działania tego czynnika,
- stopnia uwodnienia tkanek [7].

Głębokość oparzenia określa się w stopniach: I°, II°a, II°b, III°, IV°.

Oparzenie I° określa oparzenie powierzchowne ograniczające się do uszkodzenia naskórka. Występuje w postaci żywo czerwonego rumienia i powoduje dolegliwości objawiające się pieczeniem i bólem. Skóra jest elastyczna i nie występują pęcherze poparzeniowe. Po 3–4 dniach naskórek złuszcza się, a czas gojenia uszkodzenia skóry trwa do 5 dni. Rany tego typu nie pozostawiają blizn.

Oparzenie II°a jest oparzeniem powierzchownym, ale uszkadza powierzchowne warstwy skóry właściwej. Na powierzchni skóry pojawiają się pęcherze wypełnione płynem surowiczym. Pęcherz jest odwarstwionym naskórkiem, pod którym gromadzi się płyn przesączający się z oparzonej tkanki. Tworzy się obrzęk. Pęcherz często ulega uszkodzeniu, a pod nim ukazuje się żywo czerwona skóra właściwa. Okres narastania nowego naskórka trwa około dwa tygodnie. Skóra jest elastyczna. Ból w oparzeniu II° jest bardzo intensywny, ponieważ w wyniku zadziałania czynnika parzącego dochodzi do podrażnienia zakończeń nerwów czuciowych. Oparzenia o tej głębokości mogą się zagoić po 10–14 dniach. Rany tego stopnia pozostawiają niewielkie przebarwienia, a czasem blizny [9].

Oparzenie II°b jest oparzeniem głębszym. Uszkodzeniu ulega naskórek oraz prawie cała skóra właściwa. Występuje obrzęk. Zostają uszkodzone przydatki skóry i tym samym zmniejsza się możliwość regeneracji naskórka. Uszkodzone zostają zakończenia nerwowe i dlatego odczuwanie dolegliwości bólowych jest mniejsze. Obserwuje się obecność powierzchniowej martwicy naskórkowo-skórnej, która musi być usunięta, aby umożliwić prawidłowy proces naprawczy. Kolor skóry może być biały – przy oparzeniach parą wodną lub ceglasty, ciemny bądź czarny – przy oparzeniach płomieniem. Skóra jest mało elastyczna. W oparzeniu II°b nie występują pęcherze poparzeniowe. Gojenie takiej rany jest możliwe i trwa około 1 miesiąca. Ten typ oparzenia może prowadzić do powstania blizn przerostowych, a jeśli rana ulegnie zakażeniu, to może ulec pogłębieniu się do oparzenia III°.

Oparzenie III° jest oparzeniem pełnej grubości skóry, a niekiedy również leżącej pod nią tkanki podskórnej, powięzi i mięśni. Na powierzchni tworzy się sucha twarda powłoka w kolorze ciemnobrunatnym. Skóra jest twarda, przy ucisku nie blednie. Na powierzchni skóry brak jest pęcherzy poparzeniowych. Dolegliwości bólowe są nieznaczne, ponieważ zakończenia nerwowe ulegają całkowitemu zniszczeniu. Gojenie jest długotrwałe i poprzedzone całkowitym oddzieleniem martwych tkanek, które zazwyczaj stają się pożywką dla bakterii. Podczas samoistnego gojenia naskórkowanie następuje tylko od brzegów rany, a pro-

cesy gojenia następują przez bliznowacenie. Dołączyć się może zakażenie uogólnione. W rozległym oparzeniu niemożliwe jest zagojenie rany bez specjalistycznego leczenia za pomocą przeszczepów skórnych.

Oparzenie IV° określa głębokie nieodwracalne uszkodzenie tkanek, tzw. zwęglenie. W przypadku kończyn może obejmować ono okężne uszkodzenie skóry, tkanki podskórnej, naczyń, nerwów, ścięgien, a nawet kości. Taka kończyna musi być wtedy amputowana [10].

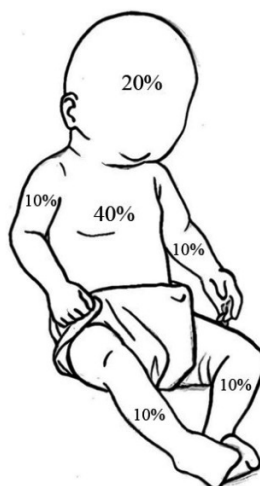
OCENA CIĘŻKOŚCI OPARZEŃ

Dokładne obliczenie powierzchni oparzenia termicznego daje nam obraz ciężkości urazu. Rokowanie w leczeniu oparzenia jest bezpośrednio związane z rozległością oparzenia i na tej podstawie podejmuje się decyzję o leczeniu ambulatoryjnym lub w warunkach szpitalnych. Czynniki wpływające na ciężkość oparzenia, przebieg choroby oparzeniowej oraz decydujące o przeżyciu chorego to:

- rozległość oparzenia,
- głębokość rany oparzeniowej,
- wiek chorego,
- współistniejące choroby,
- umiejscowienie oparzenia,
- towarzyszące urazy [4].

Do określenia procentu powierzchni uszkodzonej skóry powszechnie używana jest reguła „dziewiątek” Wallace’a lub reguła dłoni. Reguły te stosowane są w ocenie powierzchni oparzenia u osób dorosłych [11]. U dzieci stosuje się zmodyfikowaną regułę dziewiątek, regułę piątek oraz tabelę Lunda i Browdera [12].

U dzieci do 14. roku życia do oceny rozległości oparzenia stosuje się tablice Lunda–Browdera, które uwzględniają wiek dziecka i lokalizację oparzenia.



Rycina 1. Reguła „piątek”

Źródło: <http://www.fundacja-jagoda.pl/oparzenia/ocena-oparzen>.

Tabela 1. Tabela służąca do oceny rozległości oparzenia u dzieci poniżej 14. r.ż. przygotowana samodzielnie na podstawie tablic Lunda–Browdera [4]

Wiek / Lokalizacja	Poniżej 1 r.ż.	1–4 r.ż.	4–9 r.ż.	10–14 r.ż.
Głowa	19%	17%	18%	10%
Przednia część tułowia	13%	17%	13%	13%
Uda	5,5%	6,5%	8,5%	
Podudzia	5%			6%
Pozostałe lokalizacje	w przedziale od urodzenia do 14 lat oparzenie szyi stanowi 2%, pośladków – 2,5%, tylnej części tułowia – 13%, narządów płciowych – 1%, ramienia – 4%, przedramienia – 3%, ręki – 2,5%, stopy – 3,5% powierzchni ciała			

U dzieci poniżej 1. roku życia do oceny rozległości oparzenia można zastosować regułę „piątek”:

- głowa i szyja stanowią 20% powierzchni ciała,
- każda z kończyn dolnych po 10%, razem 20%,
- każda z kończyn górnych 10%, razem 20%,
- przednia część tułowia 20%,
- tylna część tułowia 20% [13].

OCENA CIĘŻKOŚCI OPARZENIA WEDŁUG AMERICAN BURNS ASSOCIATION

Oparzenia lekkie:

- oparzenia I stopnia,
- oparzenia I stopnia – 15% u dorosłych i 10% u dzieci,
- oparzenia III stopnia – poniżej 5%.

Oparzenia średnie:

- oparzenia II stopnia – 15–25% u dorosłych i 10–20% u dzieci,
- oparzenia III stopnia – poniżej 10% powierzchni ciała,
- wszystkie oparzenia obejmujące twarz, ręce, uszy, oczy, stopy i krocze.

Oparzenia ciężkie:

- oparzenia II stopnia – powyżej 25% u dorosłych i 20% procent u dzieci,
- oparzenia III stopnia – powyżej 10% powierzchni ciała, niezależnie od wieku,
- oparzenia III stopnia – dłoni, twarzy, szyi, stóp, krocza, okężne, oparzenia inhalacyjne,
- oparzenia III stopnia – chemiczne, elektryczne, oparzenia powikłane innymi ciężkimi urazami lub chorobami [7].

Bezwzględnej i natychmiastowej hospitalizacji wymagać będzie każde dziecko z:

- oparzeniem ciężkim,
- oparzeniem lekkim, ale obejmującym okężnie tułów, kończyny [3],
- oparzeniem okolic wstrząsorodnych,
- podejrzeniem o rozmyślne oparzenie dziecka,
- szczególnymi rodzajami oparzeń (wziewne, elektryczne, chemiczne) [14].

Oparzeniami ciężkimi są oparzenia okolic wstrząsorodnych, do których należą twarz, oczy, uszy, szyja, ręce, stopy, doły pachowe i podkolanowe oraz krocze [9]. Oparzenia niektórych części ciała, takich jak głowa, twarz, szyja i klatka piersiowa, mogą powodować utrudnione oddychanie oraz problemy z przyjmowaniem pokarmów i płynów drogą doustną [11]. Oparzenia okężne obejmujące obwód kończyny, tułowia i szyi powodują obrzęk, który hamuje przepływ krwi, co z kolei może spowodować zmiany niedokrwienne kończyn i trudności w oddychaniu przy oparzeniu klatki piersiowej. Konieczny jest wówczas zabieg odbarczający polegający na nacięciu pełnej grubości oparzonej tkanek [7].

Oparzenia stóp, rąk, pachwin i dołów podkolanowych ograniczają możliwość poruszania się i mogą być powodem inwalidztwa. Oparzenia krocza zaś stają się problemem w utrudnionym oddawaniu stolca i moczu oraz w zachowaniu higieny osobistej [15]. Oparzenia uznane za średnio ciężkie u osoby dorosłej będą traktowane jako ciężkie u osoby starszej, u dzieci i niemowląt. Każde dziecko oparzone będzie hospitalizowane, jeśli podejrzewamy rozmyślne oparzenie dziecka lub gdy nie ma ono odpowiedniej opieki [10].

OPARZENIA TERMICZNE

Temperatura powyżej 40°C może spowodować uszkodzenia skóry. Ekspozycja na temperaturę 70°C powoduje oparzenie pełnej grubości skóry w czasie mniejszym niż 1 sekunda [16].

Najczęściej u dzieci dochodzi do poparzenia gorącymi płynami, takimi jak woda, mleko, zupa. Mogą to być poparzenia powierzchniowe i niepełnej grubości skóry, gojące się bez pozostawienia blizny. Mogą również powodować zmiany w postaci głębokiej martwicy tkanek, które wymagają dłuższego specjalistycznego leczenia [17].

Para wodna powoduje jeszcze większe szkody z powodu uwalniania utajonego ciepła parowania. Gorący tłuszcz ma wyższą temperaturę niż woda i powoduje przez to większe uszkodzenia skóry. Przyczyną głębokich oparzeń są urządzenia domowe, takie jak piecyki elektryczne, żelazka, lokówki, grzałki, pogrzbacz lub kontakt bezpośredni z płomieniem. Oparzenia termiczne mogą towarzyszyć również innym obrażeniom powstałym w następstwie urazu mechanicznego w takich przypadkach, jak wypadek drogowy czy katastrofa lotnicza [13].

Oparzenia termiczne w zależności od powierzchni urazu powodują miejscowe zaburzenia mikrokrążenia lub zaburzenia ogólnoustrojowe. W przypadku dużej powierzchni oparzenia może dojść do wystąpienia choroby oparzeniowej.

Objawy oparzenia termicznego:

- rumień,
- ból,
- obrzęk,
- pęcherze,
- wstrząs (przy rozległych oparzeniach),
- trudności w oddychaniu, kaszel, duszność w oparzeniu dróg oddechowych,
- utrata przytomności [16].

Zasady postępowania w oparzeniach termicznych

Pierwszej pomocy w oparzeniach u dzieci udzielają zazwyczaj opiekunowie dziecka lub przypadkowe osoby, a nie profesjonaliści. Najważniejsze, aby pomoc udzielona została w jak najkrótszym czasie od urazu z zachowaniem zasad ostrożności i bez szkodenia oparzonemu.

Algorytm postępowania w oparzeniach termicznych u osoby przytomnej

Ocena zastniałej sytuacji:

- rozpoznanie źródła oparzenia, którym może być para wodna lub ogień,
- ustalenie, czy poszkodowany był w pomieszczeniu zamkniętym i czy w czasie pożaru nie uległ zatruciu tlenkiem węgla,
- ustalenie, jak długo działał na poszkodowanego czynnik uszkadzający, taki jak np. dym lub ogień.

Zapewnienie bezpieczeństwa sobie i innym:

- przeniesienie poszkodowanego w bezpieczne miejsce, gdzie nie będzie narażony na czynnik parzący,
- zastosowanie ubrania ochronnego w postaci rękawic, okularów bądź przykrycia w formie narzuconego wilgotnego ręcznika.

Zgaszanie palącej lub tłącej się odzieży:

- przewrócenie palącego się poszkodowanego na plecy oraz szczelne owinięcie go kocem lub płaszczem,
- ugaszenie palącego się ubrania wodą.

Usunięcie tłącej się odzieży:

- polanie zimną wodą ubrania,
- rozcięcie ciasnych części garderoby,
- niezdejmowanie tych części garderoby, które przylepiły się do rany oparzeniowej.

Ocena stanu ogólnego poszkodowanego i wezwanie pomocy specjalistycznej:

- w przypadku nagłego zatrzymania krążenia rozpoczęcie akcji reanimacyjnej,
- zwrócenie uwagi na takie objawy, jak chrypka, kaszel czy zaburzenia połykania, które mogą świadczyć o poparzeniu dróg oddechowych,
- u osób przebywających w pomieszczeniach zamkniętych w strefie zadymienia podejrzewanie zatrucia tlenkiem węgla.

Jak najszybsze zastosowanie oziębiania rany oparzeniowej:

- zastosowanie stałego przepływu zimnej wody z kranu o temperaturze 8–18°C przez okres około 5–15 minut; nie stosowanie do chłodzenia rany niskiej temperatury wody, ponieważ może ona doprowadzić do pogłębienia się oparze-

- nia pośredniej grubości skóry do pełnej grubości skóry [18],
- b) niestosowanie lodu, ponieważ może on uszkodzić dodatkowo skórę,
- c) nieoziębienie rany zbyt długo, aby nie wychłodzić poszkodowanego [19],
- d) schładzanie miejsca poparzonego, a nie poszkodowanego,
- e) w przypadku oparzenia twarzy ochładzanie tych miejsc przykładając zmoczone w zimnej wodzie serwety,
- f) w przypadku oparzeń rozległych i głębokich u dzieci poniżej 5. roku życia ochładzanie rany oparzeniowej nie dłużej niż kilkanaście minut, ze względu na duże niebezpieczeństwo pogłębienia wstrząsu oparzeniowego,
- g) po schłodzeniu rany oparzeniowej zastosowanie opatrunków hydrożelowych [3].

Zaopatrywanie rany oparzeniowej:

- a) zabezpieczenie rany jałowym opatrunkiem, w przypadku braku takiego osłonięcie rany oparzeniowej czystym prześcieradłem bądź ręcznikiem,
- b) niestosowanie na rany oparzeniowe opatrunków przylepcowych, maści i płynów dezynfekcyjnych,
- c) nieusuwanie powstałych pęcherzy; są one naturalnym opatrunkiem przed wysychaniem i zakażeniem [20],
- d) zastosowanie opatrunków hydrożelowych, które działają przeciwbólowo, przeciwobrzękowo, ochładzają ranę i nie przywierają do niej,
- e) niepokrywanie opatrunkiem oparzeń twarzy,
- f) w miarę możliwości unieruchomienie i uniesienie oparzonej części ciała.

Zabezpieczenie poszkodowanego przed wychłodzeniem:

- a) użycie do tego celu ciepłego okrycia w postaci koca, garderoby lub folii termicznej,
- b) okrywanie chorego tak, aby okrycie nie uciskało oparzonego miejsca [21].

Zapewnienie oparzonemu dalszej opieki:

- a) u poszkodowanego przytomnego podanie do picia płynów, takich jak herbata lub woda,
- b) podanie środków przeciwbólowych,
- c) ułożenie poszkodowanego w wygodnej pozycji,
- d) oczekiwanie na przyjazd zespołu ratunkowego [15].

Algorytm postępowania w oparzeniach termicznych u osoby nieprzytomnej

- a) zastosowanie algorytmu postępowania określanego potocznie jako ABC, a będącego akronimem od angielskich słów oznaczających „drogi oddechowe”, „oddychanie” i „krążenie krwi” i polegającego na sprawdzeniu zawartości jamy ustnej, udrożnieniu dróg oddechowych przez odchylenie głowy do tyłu rękoczynem czoło–broda oraz sprawdzeniu oddechu przez okres 10 sekund,
- b) ułożenie poszkodowanego w pozycji bezpiecznej, jeśli poszkodowany nie reaguje, a oddycha prawidłowo,
- c) gdy poszkodowany nie oddycha rozpoczęcie resuscytacji oddechowo–krążeniowej,
- d) powiadomienie pomocy medycznej,
- e) gdy poszkodowany odzyska przytomność zastosowanie dalszego postępowania z wykorzystaniem algorytmu postępowania z osobą przytomną [22].

OPARZENIA CHEMICZNE

Ciężkość oparzenia chemicznego uzależniona jest od rodzaju środka chemicznego, jego stężenia oraz czasu działania na tkanki.

Już bardzo krótki kontakt z kwasami może wywołać powstanie powierzchownego oparzenia. Jednak po 30 sekundach może powstać oparzenie pełnej grubości skóry. Następstwa działania żrących substancji chemicznych będą minimalne, jeśli pierwszej pomocy udzieli się w ciągu 2 minut od momentu skażenia [20]. Oparzenia kwasami prowadzą do koagulacji białka.

Oparzenie powierzchni skóry zasadami jest znacznie poważniejsze i sięga znacznie głębiej niż oparzenie kwasami. Oparzenie za-

asadami powoduje wytworzenie martwicy rozplývnej z typowymi miękkimi obrzękowymi strupami przypominającymi mydło [23].

Większość oparzeń przełyku zdarza się u dzieci w wieku od 3 do 5 lat. Do tego typu urazów dochodzi na skutek nieumyślnego wypicia lub połknięcia substancji żrących, będących składnikami domowych środków czystości, często przechowywanych w nieoznakowanych pojemnikach i pozostawionych w dostępnym miejscu dla dziecka. Uszkodzeniu może ulec jama ustna, przełyk i żołądek. Wskutek zadziałania substancji żrącej pojawia się obrzęk, który może spowodować utrudnione oddychanie. Zmiany po zadziałaniu środka żrącego mogą być powierzchowne i dotyczyć błony śluzowej przewodu pokarmowego lub głębokie – powodując zapalenie śródpiersia lub zapalenie otrzewnej [24]. W przeszłości pierwsza pomoc w przypadku spożycia substancji żrącej polegała na jej zobjętnieniu [25]. Obecnie według dzisiejszego stanu wiedzy należy unikać prób zobjętniania środków żrących, ponieważ praktyki takie stanowią ryzyko. Głównie mogą spowodować pogłębienie uszkodzeń tkanek w wyniku reakcji egzotermicznej, jak również wytworzenie gazów i wzrost ciśnienia wewnątrz światła przewodu pokarmowego. Mogą być także przyczyną niepożądanych wymiotów [26].

Chemiczne oparzenia przełyku powodują dolegliwości bólowe w postaci:

- piekącego bólu jamy ustnej, gardła i przełyku,
- bólu w klatce piersiowej,
- duszności,
- utrudnionego bolesnego połykania,
- obrzęku błony śluzowej,
- ślinotoku,
- krwioplucia,
- bólu w nadbrzuszu,
- nudności i wymiotów [27].

Problemem leczniczym może być poparzenie chemiczne oczu. Może dojść do trwałego uszkodzenia narządu wzroku. Oparzenia kwasami powodują powierzchowne urazy oka, natomiast oparzenia zasadami są dużo cięższe i mogą powodować trwałe uszkodzenie wzroku [28].

Zasady postępowania w oparzeniach chemicznych

Algorytm postępowania w oparzeniach chemicznych skóry u osoby przytomnej

Ocenia stanu pacjenta:

- a) zapewnienie bezpieczeństwa sobie i poszkodowanemu,
- b) zachowanie opakowania po środku chemicznym w celu jego identyfikacji,
- c) zdjęcie z poszkodowanego ubrania nasączonego środkiem chemicznym,
- d) dbanie o ochronę osobistą, założenie rękawic ochronnych i okularów.

Zneutralizowanie środka chemicznego:

- a) obfite zmycie wodą płynnego środka chemicznego z miejsca oparzenia, tak aby spływająca woda nie miała kontaktu ze zdrową skórą,
- b) w przypadku suchego środka chemicznego usunięcie go przez strzeżenie lub za pomocą czystej tkaniny,
- c) w oparzeniach wapnem niegaszonym usunięcie mechanicznie wapna, a następnie spłukanie wodą miejsca poparzonego,
- d) powiadomienie pomocy medycznej o zaistniałym zdarzeniu.

Algorytm postępowania w oparzeniach chemicznych skóry u osoby nieprzytomnej:

- a) zastosowanie algorytmu postępowania ABC, polegającego na sprawdzeniu zawartości jamy ustnej, udrożnieniu dróg oddechowych przez odchylenie głowy do tyłu rękoczynem czoło–broda, przez okres 10 sekund sprawdzeniu oddechu,
- b) ułożenie poszkodowanego w pozycji bezpiecznej, jeśli poszkodowany nie reaguje, a oddycha prawidłowo,
- c) gdy poszkodowany nie oddycha rozpoczęcie resuscytacji oddechowo–krążeniowej,
- d) powiadomienie pomocy medycznej,

- e) gdy poszkodowany odzyska przytomność zastosowanie dalszego postępowania z wykorzystaniem algorytmu postępowania z osobą przytomną [22].

Zasady postępowania w oparzeniach chemicznych przełyku:

- ocena stanu pacjenta,
- obmycie twarzy i wypłukanie jamy ustnej dużą ilością wody,
- niewywoływanie wymiotów, które mogą spowodować ponowne uszkodzenia przełyku [29],
- identyfikacja środka chemicznego,
- powiadomienie pogotowia ratunkowego,
- podanie do wypicia substancji neutralnej, takiej jak woda lub mleko, w celu rozcieńczenia czynnika uszkadzającego; postępowanie takie ma miejsce tylko wtedy, gdy nie stwierdza się u poszkodowanego zaburzeń świadomości, bólów brzucha, nudności, wymiotów oraz poszkodowany jest w wieku umożliwiającym współpracę [24].

Zasady postępowania w oparzeniach chemicznych oka:

- natychmiastowe przemycie oczu czystą letnią wodą przez co najmniej 5 minut (nie przepłukujemy wodą w przypadku wapna niegaszonego),
- niedopuszczenie do kontaktu wody splukującej oparzone oko z okiem zdrowym,
- zabezpieczenie oka jałowym opatrunkiem i niezwłoczne udanie się do lekarza [30].

OPARZENIA ELEKTRYCZNE

Obrażenia spowodowane oparzeniami energią elektryczną są tym większe, im większe jest napięcie, im niższa jest przepuszczalność skóry, a czas działania prądu dłuższy. Skóra zazwyczaj ulega niewielkim oparzeniom, jednak powstają duże szkody w tkankach głębiej położonych [31].

Oparzenia elektryczne dzieli się zazwyczaj na spowodowane przez prąd o niskim oraz o wysokim napięciu. Energia elektryczna podczas przenikania przez ciało poszkodowanego zmienia się w energię ciepłą i przemieszcza wzdłuż naczyń krwionośnych i nerwów. Działanie ogólne prądu jest znacznie bardziej niebezpieczne aniżeli miejscowy uraz skóry. Zostaje wówczas zaburzona równowaga bioelektryczna komórek. Zmiany martwicze w narządach wewnętrznych powiększają się na skutek zaburzeń krążenia. Spowodowane jest to wystąpieniem zmian zakrzepowych wewnątrz naczyń krwionośnych.

Porażenie prądem może spowodować śmierć w wyniku zaburzenia rytmu serca (częstoskurcz komorowy, migotania komór). Jest to najczęstszą przyczyną zgonu u osób porażonych prądem [15]. Rany na skórze po zadziałaniu prądu są niewielkie o charakterze przyschniętego naskórka, znajdują się one w miejscu wejścia i wyjścia prądu.

Zasady postępowania w oparzeniach prądem elektrycznym

Algorytm postępowania w oparzeniach prądem elektrycznym u osoby przytomnej:

- ocena zaistniałej sytuacji,
- zapewnienie bezpieczeństwa sobie i poszkodowanemu,
- sprawdzenie, czy nie jest mokro w miejscu zdarzenia, ponieważ woda jest dobrym przewodnikiem prądu,
- wyłączenie dopływu prądu w miejscu zdarzenia (w domu wyłączamy bezpieczniki w liczniku lub wyciągamy wtyczkę z gniazdka); jeśli nie można wyłączyć prądu, odciągamy poszkodowanego od źródła porażenia; używamy do tego celu suchych nieprzewodzących obiektów, takich jak krzesła, wycieraczki, maty lub grube książki,
- wezwanie specjalistycznej pomocy,
- zabezpieczenie opatrunkiem rany oparzeniowej i zapewnienie poszkodowanemu dalszej opieki aż do przybycia specjalistycznej pomocy [22].

Algorytm postępowania w oparzeniach prądem elektrycznym u osob nieprzytomnej

- zastosowanie algorytmu postępowania ABC, polegającego na sprawdzeniu zawartości jamy ustnej, udrożnieniu dróg

- oddechowych przez odchylenie głowy do tyłu rękoczynem czoło–broda, przez okres 10 sekund sprawdzeniu oddechu,
- gdy poszkodowany nie oddycha, rozpoczęcie resuscytacji oddechowo–krążeniowej,
- ocena czynności serca, zbadanie tętna i reakcji źrenic na światło,
- ułożenie porażonego prądem w pozycji bezpiecznej, jeśli poszkodowany nie reaguje, a oddycha prawidłowo,
- powiadomienie pomocy medycznej,
- gdy poszkodowany odzyska przytomność, zastosowanie dalszego postępowania z wykorzystaniem algorytmu postępowania z osobą przytomną [22].

OPARZENIA UKŁADU ODDECHOWEGO

Do oparzeń układu oddechowego dochodzi najczęściej podczas pożarów. Oparzonego należy jak najszybciej usunąć z miejsca wypadku. Oparzenie skóry z uszkodzeniem układu oddechowego ma zazwyczaj zasięg ograniczony do górnych dróg oddechowych i nie sięga dalej niż do krtani i górnej części tchawicy. Krtani odruchowo reaguje skurczem i zapobiega przemieszczaniu się gorąca do płuc. Gdy chory jest nieprzytomny mechanizm ten jest ograniczony lub zniesiony. Podczas wybuchu płomieni przenika do dalszych odcinków i powoduje dalsze uszkodzenia [30].

Na oparzenie układu oddechowego może wskazywać:

- przebywanie poszkodowanego w zamkniętym pomieszczeniu w trakcie pożaru,
- brak przytomności u oparzonego,
- współistnienie urazów mechanicznych głowy i szyi,
- spalone włosy przedsonka nosa, spalone brwi i rzęsy,
- odpluwanie płwociny z domieszką sadzy,
- oparzenie twarzy,
- oparzenie i obrzęk śluzówek w jamie ustnej,
- chryпка,
- objawy takie, jak duszność, kaszel, świszczący lub chrapliwy oddech, ból i uczucie ucisku w klatce piersiowej [32].

U dzieci drogi oddechowe mają mniejszy rozmiar, oparzenie dróg oddechowych prowadzi do szybszego narastania obrzęku i utrudnienia przepływu powietrza oraz do rozwoju niewydolności oddechowej. Bardzo niebezpieczny jest obrzęk krtani i tchawicy zmniejszający średnicę krtani. W takich przypadkach należy wykonać wziernikowanie oskrzeli i ocenić, w jakim stopniu została uszkodzona tchawica lub oskrzela. Jak najszybciej należy podjąć decyzję o ewentualnej intubacji dotchawicznej. Później może być ona niemożliwa do wykonania z powodu narastania obrzęku [33].

Oparzenie skóry twarzy, szyi, okrzęzne oparzenia klatki piersiowej i brzucha, przy braku uszkodzenia układu oddechowego, może prowadzić do niewydolności oddechowej. Spowodowane jest to zaburzonym odpływem chłonki z układu limfatycznego gardła i obrzękiem utrudniającym oddech [32].

Zatrucie tlenkiem węgla jest zjawiskiem częstym u oparzonych. Powoduje ono zmniejszenie dostawy tlenu do tkanek przez łączenie się z hemoglobina. Karboksyhemoglobina (HbCO) jest to kompleks hemoglobiny i tlenku węgla (potocznie zwanego czadem). Zatrucie tlenkiem węgla występuje najczęściej u oparzonych z objawami neurologicznymi. Niedotlenienie jest najczęstszym powodem zgonów przed przybyciem pomocy. Łagodne zatrucie 10–20% HbCO powoduje ból głowy, splątanie i nudności. Przy stężeniach 20–30% HbCO pojawia się drażliwość, zaburzenia widzenia, zaburzenia orientacji oraz pogorszenie widzenia. Poziom wysoki 50–60% HbCO powoduje napady drgawek, śpiączkę, oddech Cheyne'a-Stokesa oraz zapaść naczyniową. Wyższe poziomy HbCO powodują zgon z powodu migotania komór. Skóra dziecka może przybrać wtedy kolor wiśniowy [7].

Zasady postępowania w oparzeniach dróg oddechowych

Algorytm postępowania w oparzeniach dróg oddechowych u osoby przytomnej:

- usunięcie czynnika parzącego,
- sprawdzenie podstawowych funkcji życiowych,

- c) umieszczenie poszkodowanego w bezpiecznym miejscu,
- d) powiadomienie pomocy specjalistycznej [34].

Chorego, u którego podejrzewamy uszkodzenie płuc, należy obserwować, gdyż często po podaniu tlenu i leków przeciwbólowych objawy duszności ustępują i obserwuje się prawidłową czynność oddechową. Groźna niewydolność oddechowa może pojawić się później i przybrać różną formę od skąpoobjawowej do zespołu zaburzeń oddechowych – ARDS [7].

Algorytm postępowania w oparzeniach dróg oddechowych u osoby nieprzytomnej:

- a) zastosowanie algorytmu postępowania ABC, polegającego na sprawdzeniu zawartości jamy ustnej, udrożnieniu dróg oddechowych przez odchylenie głowy do tyłu rękojnym

- czoło–broda, przez okres 10 sekund sprawdzeniu oddechu,
- b) gdy poszkodowany nie oddycha, rozpoczęcie resuscytacji oddechowo–krążeniowej,
- c) ocena czynności serca, zbadanie tętna i reakcji źrenic na światło,
- d) ułożenie porażonego prądem w pozycji bezpiecznej, jeśli poszkodowany nie reaguje, a oddycha prawidłowo,
- e) powiadomienie pomocy medycznej,
- f) gdy poszkodowany odzyska przytomność zastosowanie dalszego postępowania z wykorzystaniem algorytmu postępowania z osobą przytomną [22].

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Factsheet: Contact Burns and Scalds, European Child Safety. Available from URL: <http://www.childsafetyeurope.org/publications/info/factsheets/contact-burns-and-scalds.pdf> (cited 08.11.2017).
2. Kawalec A, Pawlas K. Struktura oparzeń wśród dzieci na Dolnym Śląsku (Polska) w latach 2010–2012. *Probl Hig Epidemiol* 2014; 95(2): 394–399.
3. Jankowski A, Mańkowski P, Kaźmierski M. Rola lekarza rodzinnego w leczeniu oparzeń. *Lek Rodz* 2002; 11: 34–38.
4. Strużyna J, red. *Wczesne leczenie oparzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
5. Buchfelder M, Buchfelder A. *Podręcznik pierwszej pomocy*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
6. Osemłak P, Szczepińska-Sobutka J. Medycyna ratunkowa w oparzeniach u dzieci. *Rocz Dziec Chir Uraz* 2003; 7(1): 117–123.
7. Puchała J, Spodaryk M, Jarosz J. *Oparzenia u dzieci – od urazu do wyleczenia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998.
8. Jakubaszko J. *Ratownik medyczny*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne; 2007.
9. Andrzejewska E, Chilarski A. *Zarys zagadnień chirurgii wieku dziecięcego*. Łódź: Polskie Towarzystwo Chirurgów Dziecięcych; 2009.
10. Stoy WA, Platt TE, Lejeune DA. *Center for Emergency Medicine: Ratownik medyczny*. Jakubaszko J, red. wyd. pol. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2013.
11. Grey JE, Harding KG. *Leczenie ran w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
12. Zając A, Pałka-Błaszczak J. *Usuwanie ciał obcych ze skóry i zaopatrywanie niewielkich ran. Niewielkie oparzenia*. W: Pietrzyk J, Szajewska H, Mrukowicz J, red. *ABC zabiegów w pediatrii. Podręcznik dla studentów medycyny, pielęgniarek i lekarzy*. Karaków: Medycyna Praktyczna; 2010.
13. Puchała J, Strużyna J. O standardach i strategii postępowania w oparzeniach w Polsce i w krajach Europy Zachodniej. *Cz. I i II. Stand Med Pediatr* 2002; 4(9): 512–521.
14. Atkinson P, Kendall R, Renburg L, i wsp. *Medycyna Ratunkowa*. Jakubaszko J, red. wyd. pol. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.
15. Goniewicz M. *Pierwsza pomoc. Podręcznik dla studentów*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
16. Nichols DG, Yaster M, Schlieben Ch, i wsp. *Złota godzina – algorytmy postępowania w stanach nagłych u dzieci*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2013.
17. Draelos ZD, Pugliese PT. *Fizjologia skóry – teoria i praktyka*. Pytrus B, red. wyd. pol. Wrocław: MedPharm Polska; 2014.
18. Jethon J. Leczenie oparzeń. *Med Prakt* 2000; 7: 27–28, 83–86.
19. Andrzejewska E. Postępowanie w oparzeniach u dzieci. Dostępny na URL: <http://usk4.umed.lodz.pl/pliki/CHIRURGIA%20DZIECIE-CA/oparzenia.pdf> (cyt. 23.10.2015).
20. Górkiewicz-Petkowiak A. Podstawowe zasady postępowania terapeutycznego w przypadkach powierzchownych oparzeń skóry. *Ordynator Lek* 2002; 12: 44.
21. Koszowski M. Ratownictwo w oparzeniach. *Na Ratunek* 2008; 2(3): 36–37.
22. Ciećkiewicz J. *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne; 2005.
23. Rao BR, Hoffman RS. *Caustics and batteries*. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, et al., eds. *Goldfrank's toxicologic emergencies*. New York: McGraw-Hill; 2002.
24. Celińska-Cedro D. Zasady postępowania w chemicznych oparzeniach przełyku i żołądka u dzieci. *Stand Med Lek Pediatr* 2002; 4(3): 123–125.
25. Misiewicz J. *Podręcznik ratownictwa*. Warszawa: Zarząd Główny PCK; 1938.
26. Szajewski J, Feldman R, Glińska-Serwin M, i wsp. *Leksykon ostrych zatruc*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
27. Bates N, Edwards N, Roper J, et al. *Paediatric toxicology. Handbook of poisoning in children*. London: Macmillan Reference Ltd.; 1997.
28. Karwowski A, Frączak M. *Chirurgia przełyku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1999.
29. Bogdanik T, Bielski J. *Toksykologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998.
30. Briggs SM, Brinsfield KH. *Wczesne postępowanie medyczne w katastrofach. Podręcznik dla ratowników medycznych*. Zawadzki A, red. wyd. pol. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007.
31. Zawadzki A. *Medycyna ratunkowa i katastrof*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
32. Goździk-Żołnierkiewicz T, Bruzgielewicz A. Oparzenia dróg oddechowych prowadzące do zaburzeń wentylacji. Oparzenia chemiczne przełyku. *Terapia* 2001; 9: 39–41.
33. Niedzielska G. *Zatrucie środkami żrącymi. Ostre zatrucie dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
34. Campbell JE. *International trauma life support – Ratownictwo przedszpitalne w urazach*. Cholezyn: Medycyna Praktyczna; 2009.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Eleonora Mess
Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 43
E-mail: eleonora.mess@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.07.2017 r.

Po recenzji: 25.08.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 03.09.2017 r.

PORÓD LOTOSOWY – STUDIUM PRZYPADKU

Lotus birth – case study

Anna Stysiał¹, Monika Przestrzelska², Katarzyna Żelazko²

¹ Studentka kierunku Położnictwo, Studenckie Koło Naukowe Femini, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Pierwszy poród lotosowy odbył się w roku 1974 w Stanach Zjednoczonych. Pomysłodawczynią i pierwszą kobietą „rodzącą lotosowo” była Claire Lotus Day – pielęgniarka i nauczycielka. Jest nazywana „matką narodzin lotosu”. W filozofii tej formy porodu łożysko umiera oddając siłę życia dziecku. Poród lotosowy to nie tylko przejście duchowe między łożyskiem a noworodkiem, według dr Sarah Buckley jest on jak dobra położna. Umożliwia matce i dziecku szczególne przeżycie pierwszych dni.

Cel pracy. Przedstawienie specyfiki opieki i postępowania z pacjentką w domowym porodzie lotosowym oraz opisanie przebiegu okresu okołoporodowego z uwzględnieniem holistycznej opieki nad rodzącą i jej rodziną.

Materiał i metody. Analizy dokonano na podstawie procesu pielęgnowania w metodzie indywidualnych przypadków oraz krytycznej analizy literatury. Wykorzystano dane z dokumentacji medycznej, kwestionariusza wywiadu i obserwacji.

Wnioski. Pacjentkę rodzącą w domu należy objąć opieką holistyczną. Rola położnej polega na wspieraniu, motywowaniu i towarzyszeniu w porodzie, koncentruje się nie tylko na sferze medycznej, ale także duchowej pacjentki. Położna powinna okazywać postawę otwartą wobec oczekowań i potrzeb kobiety oraz koncentrować się nie tylko na jej sferze medycznej oraz duchowej. Jednym z ważniejszych aspektów opieki nad położnicą i noworodkiem po porodzie lotosowym jest zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego do czasu samoistnego odpepniania. **Słowa kluczowe:** poród lotosowy, łożysko, położna.

SUMMARY

Background. The first lotus birth took place in 1974 in the United States of America. Claire Lotus Day, a nurse and a teacher, was the originator and first woman „giving birth to lotus”. She is called mother of lotus birth. In this philosophy of childbirth dying placenta give the life force of the child. Lotus birth is not just a spiritual transition between the placenta and the newborn. According to Dr. Sarah Buckley, placenta is like a good midwife. It allows the mother and child special experience of the first days.

Objectives. The purpose of the work is to present the specifics of treatment and care over a patient during home lotus birth and description the course of the perinatal period, including holistic care for the child and her family.

Material and methods. The analyzes were based on the nursing process – the individual case method and the critical analysis of the literature. Data comes from medical records, medical interview and observation of the patient.

Conclusion. Patient giving birth at home needs holistic care. The role of midwife consist of supporting, motivating and accompany in childbirth, concentrating not only on the medical actions but also on the spiritual sphere. Midwives should be openminded and concentrated on women's expectations and needs. One of the most important aspects of the nursing care over the newborn after lotus birth is to ensure epidemiological safety until the natural fall of the umbilical cord.

Key words: lotus birth, placenta, midwife.

WSTĘP

Pierwszy poród lotosowy odbył się w roku 1974 w Stanach Zjednoczonych. Pomysłodawczynią i pierwszą kobietą „rodzącą lotosowo” była Claire Lotus Day – pielęgniarka i nauczycielka. Jest nazywana „matką narodzin lotosu”. Szukając przyczyn odpepniania noworodków zaraz po urodzeniu dowiedziała się, że nie jest to tylko zwyczajowe, ale i higieniczne podejście. W filozofii tej formy porodu łożysko umiera oddając siłę życia dziecku. W związku z tym postanowiła podjąć próbę porodu bez odcinania pępowiny po urodzeniu swojego dziecka. Nie ma oficjalnego rejestru „lotosowych” dzieci w Polsce, dlatego nie wiadomo, kiedy nastąpił taki poród po raz pierwszy na terenie naszego kraju. Poród lotosowy to nie tylko przejście duchowe między łożyskiem a noworodkiem, według dr Sarah Buckley jest ono jak dobra położna. Umożliwia matce i dziecku szczególne przeżycie pierwszych dni. Odosobnienie to nie tylko zapewnienie optymalnego odpoczynku i ograniczenie liczby gości, ale także warunków do bezpiecznego utrzymania wysychającego łożyska do czasu samoistnego odpepniania. To również czas dla rodziców i dziecka. Chwila scalająca i wzmacniająca więzi, której nikt nie ma prawa zakłócać [1].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie specyfiki opieki i postępowania z pacjentką w domowym porodzie lotosowym. Opisanie przebiegu okresu okołoporodowego z uwzględnieniem holistycznej opieki nad rodzącą i jej rodziną.

MATERIAŁ I METODY

Analizy dokonano na podstawie procesu pielęgnowania w metodzie indywidualnych przypadków oraz krytycznej analizy

literatury. Wykorzystano dane z dokumentacji medycznej, kwestionariusza wywiadu i obserwacji.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka lat 24, bez obciążonego wywiadu położniczego. Ciąża o przebiegu fizjologicznym. W piątym miesiącu ciężarna rozpoczęła poszukiwania położnej, która przyjąłaby w domu poród lotosowy. Rodzina zaakceptowała decyzję kobiety i wsparła ją w przygotowaniach. Zgodnie z wytycznymi Standardu Opieki Okołoporodowej nadzór nad ciężarną sprawował lekarz oraz położna [2]. Po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej pacjentki, pod względem czynników ryzyka powikłań przed- i śródporodowych, położna zakwalifikowała ją do porodu lotosowego w domu [2, 3]. Poród odbył się w 38. tygodniu ciąży w domu przy asyście położnej i aktywnym udziale męża pacjentki. Przebieg był fizjologiczny, nie wystąpiły żadne niepokojące objawy zagrożenia zarówno dla matki, jak i płodu. Po pięciu godzinach pacjentka urodziła syna, który otrzymał 10 punktów w skali Apgar i zaraz po urodzeniu został na przystawiony do jej piersi. Nie zaciśnięto i nie odcięto pępowiny. Po 10 minutach urodził się kompletny popłód, utratę krwi oceniono na 250 ml. Placentę po urodzeniu położono na sitku w glinianej misie. Kontrola kanału rodniego nie wykazała urazów, krwawienie było miernie obfite. Po godzinie od porodu położna wraz z rodzicami oczyścili łożysko z krwi pod strumieniem bieżącej wody, obsypali solą himalajską i okryli bawełnianą chustą. W godzinach wieczornych, w kolejnej ocenie, stan pacjentki oraz jej dziecka był prawidłowy. Wizyty kontrolne położnej odbywały się dwa razy dziennie w pierwszym tygodniu połogu. W pierwszej dobie połogu odbyła się również domowa wizyta neonatologa. W czwartej dobie połogu nastąpiło samoistne odpepnienie.

W duchu porodu lotosowego są to ponowne narodziny i bardzo ważny dzień dla rodziny [4]. Położna tego dnia wykonała badania przesiewowe oraz dokonała oceny pępka [3].

Problemy pielęgnacyjne. Jednym z istotnych problemów pielęgnacyjnych była **potrzeba poczucia bezpieczeństwa** i przyjaznej atmosfery w miejscu porodu dla rodzącej i jej dziecka. Położna akceptowała przygotowane przez kobietę propozycje dotyczące dostosowania domu do porodu. Uwzględniła w tym względzie bezpieczeństwo jego przebiegu. Dodatkowo stworzenie przyjaznej i komfortowej atmosfery uzyskała dzięki wykorzystaniu olejków eterycznych oraz muzyki relaksacyjnej. Wpłynęło to znacząco na obniżenie poziomu stresu, zniwelowało jego negatywny wpływ na postęp porodu oraz znacząco zmniejszyło odczuwanie bólu. Stres powoduje centralizację krążenia. Zaburzony dopływ krwi do łożyska niesie za sobą poważne konsekwencje w postaci niedotlenienia, które prowadzi do wystąpienia powikłań u płodu, jak i noworodka [5]. Pomimo sprzyjających warunków domowych pacjentka odczuwała **obawę o przebieg porodu – ryzyko pęknięcia lub nacięcia krocza**. W tym względzie ważną rolę odegrała edukacyjna rola położnej, która wspierała kobietę w parciu spontanicznym, nazywanym parciem fizjologicznym. Rodząca przeżywała jak czuje, przyjmując często pozycje zwiększające przestrzeń kanału rodnego, przez co ułatwia przechodzenie główki. Swoboda dobierania pozycji przez rodzącą, wsparcie spontanicznego parcia oraz kontakt z pacjentką zmniejsza napięcie ciała, a zwłaszcza mięśni nóg, co ułatwia ochronę krocza i zmniejsza jego urazowość [5]. Dodatkowo zmienność pozycji zmniejsza okresowo nacisk na tkanki krocza. W pozycjach neutralnych lub działających przeciwnie do siły grawitacji ograniczamy ten ucisk. Takie zachowanie sprzyja relaksacji, postępowi porodu i ochronie krocza [5, 6]. Mimo przygotowania do porodu lotosowego pacjentka wykazywała **brak pełnej wiedzy w postępowaniu z noworodkiem i łożyskiem po porodzie lotosowym**. Potrzebowała ona wraz z mężem wsparcia informacyjnego w zakresie wiedzy merytorycznej i praktycznej w tym względzie. Przyjazna atmosfera i wyczerpujące odpowiedzi położnej są szczególnie istotne podczas porodu w domu. Położna jest najczęściej jedyną osobą posiadającą fachową i aktualną wiedzę. Informuje kobietę, że postępowanie z łożyskiem po porodzie obejmuje: utrzymywanie go w glinianej misie na sitku na wysokości dziecka do czasu zgęstnienia galarety Whortona, czyli do około godziny po porodzie. Takie działanie zapobiega transfuzji krwi między noworodkiem a łożyskiem. Następnie popłód obmywa się z krwi i skrzepów, układa w misie glinianej, zasypuje solą oraz mieszanką ziół i zakrywa bawełnianą pieluszką. Sól należy zmieniać co 24 godziny aż do od samoistnego odpepnienia. łożysko należy chronić przed wilgocią i obserwować stan jego zasuszenia. Dzięki takiemu postępowaniu unikamy ryzyka potencjalnego rozwoju zakażenia u noworodka [1]. **Ból okolicy krzyżowo-lędźwiowej** to również problem, który towarzyszył kobiecie podczas porodu. Położna wykorzystała zasady psychoprofilaktyki porodu. Zrozumienie istoty bólu porodowego ukierunkowało myślenie i działanie kobiety na konstruktywne rozwiązania, m.in. odprężenie i skupienie uwagi m.in. na technice oddychania. Dodatkowo położna wykonała masaż, który zmniejszył dolegliwości bólowe i spowodował rozluźnienie pacjentki. Zaangażowała do jego wykonania również męża rodzącej. Przez oddziaływanie na tkanki miękkie, mięśnie i więzadła dochodzi do poprawy ich ukrwienia, zmienia się przewodnictwo nerwowe, zmniejszając dzięki temu napięcie mięśniowe oraz ból [7]. Położna zastosowała również ciepły okład na okolicę krzyżowo-lędźwiową. Ciepło powoduje rozszerzenie naczyń krwionośnych i lepsze dotlenienie tkanek, a przez to zmniejszenie dolegliwości bólowych [5, 7, 8].

DYSKUSJA

Poród to ważne wydarzenie nie tylko dla kobiety, ale i jej rodziny. Przy braku czynników ryzyka ma ona prawo wraz z mężem decydować o miejscu i sposobie narodzin ich dziecka [2, 6, 7]. Kobieta rodząca w domu znajduje się w swoim środowisku, czu-

je się pewniej i bezpieczniej. Dodatkowo możliwość optymalnego relaksu daje szansę niezakłóconej pracy instynktu rodzenia. Rodząca przebywająca podczas porodu w swoim środowisku częściej przyjmuje pozycje wertykalne, przeżywa spontanicznie, a jej poczucie satysfakcji oraz możliwości są większe. Mimo komfortu, jaki zapewnia środowisko domowe rodzącej, może występować u niej lęk i dyskomfort związany z przebiegiem porodu. Często to ból okolicy krzyżowo-lędźwiowej. Masaż tej okolicy nie tylko zmniejsza dolegliwości bólowe, ale wykonywany przez partnera dodatkowo poprawia samopoczucie ciężarnej [9]. Pęknięcie lub nacięcie krocza wzbudza lęk u pacjentek bez względu na miejsce porodu. Jednak dużo mniejszy odsetek interwencji medycznych jest odnotowywany w porodach domowych [10]. Po narodzinach dziecka łożysko jest uznawane w krajach wysoko rozwiniętych za zbędne i jest mu przypisywana cecha zakaźna [11]. Nieodcinanie pępowiny i pozostawienie łożyska przy noworodku to tak zwany poród lotosowy. Założenie tego porodu wskazuje, że stanowi ono duchową wartość i własność dziecka. Po dokładnym oczyszczeniu z krwi, osoleniu i zwinieniu w przewiewny bawełniany materiał pozostawia się na brzuszku dziecka lub blisko niego aż do wyschnięcia pępowiny i naturalnego odpadnięcia. Odpepnienie następuje od 2 do 10 dni po porodzie. Uważa się, że odbywa się ono z woli noworodka i on decyduje, kiedy ma to nastąpić. Moment oddzielenia nazywa się „drugim porodem”. Przez „narodziny lotosu” następuje scalenie sfery duchowej z organizmem. Odbywa się on bardzo rzadko w warunkach szpitalnych [12]. W czasach, kiedy rutynowo wcześniej odpepniiano noworodki, poród lotosowy zdawał się wykazywać korzyści medyczne. Pozostawienie nieodciętej pępowiny, nim ustawało jej tętnienie, dawało możliwość dostarczenia dodatkowej krwi z łożyska do noworodka. Jednak po wprowadzeniu zaleceń późnego odpepniania poród lotosowy nie ma jednoznacznych korzyści medycznych [1]. Z powodu niewielu doniesień naukowych i braku wskazań medycznych jest on mało popularny w środowisku szpitalnym. Przez brak badań klinicznych wiele osób do potencjalnych zagrożeń wynikających z porodu lotosowego zalicza możliwe powikłania związane z późnym odpepnięciem, tj. policytemią, hiperbilirubinemią oraz zaburzenia oddychania [36]. Nie zostały one potwierdzone w badaniach naukowych [13–15]. Kontrowersyjną sytuacją pozostaje nieodcięcie pępowiny po porodzie i pozostawienie łożyska przy dziecku. Przypisywanie łożysku cechy zakaźnej powoduje u personelu medycznego sceptycyzm, a czasem negatywne podejście. Wskazywanym potencjalnym i racjonalnym zagrożeniem może być zakażenie noworodka. Oczywiście przy braku właściwej pielęgnacji łożyska po porodzie może rozwinąć się infekcja, jednak właściwe z nim postępowanie zdaje się wykluczać ryzyko zakażenia [1, 11]. Należy zwrócić uwagę w środowisku położniczym na obecność porodów lotosowych w Polsce. Nadal nie ma wielu naukowych publikacji o wartości medycznej i bezpieczeństwie tej formy postępowania z łożyskiem po porodzie. W związku z tym należy z uwagą pochylić się nad tym tematem, z uwagi na fakt, że kobiety mogą oczekiwać tego typu porodu. Wieloaspektowa edukacja ciężarnych ma nie tylko przygotować kobiety do porodu, ale również uwrażliwić na wszelkie potencjalne czynniki ryzyka. Wybór kobiety ma być świadomy pod każdym względem, nie tylko komfortu porodu, ale przede wszystkim jego bezpieczeństwa.

WNIOSKI

Pacjentkę rodzącą w domu należy objąć opieką holistyczną. Rola położnej polega na wspieraniu, motywowaniu i towarzyszeniu w porodzie. Powinna okazywać postawę otwartą wobec oczekiwań i potrzeb pacjentki oraz koncentrować się nie tylko na sferze medycznej, ale i duchowej pacjentki. Jednym z ważniejszych aspektów opieki nad położnicą i noworodkiem po porodzie lotosowym jest zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego do czasu samoistnego odpepnienia.

*Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych auterek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.*

BIBLIOGRAFIA

1. Shivam R. *Narodziny w nowym świetle. Lotosowy poród*. Łódź: Wydawnictwo RAVI; 2003.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012, poz. 1100).
3. Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zastosowania kardiokardiotokografii w położnictwie. *Ginekolog Pol* 2014; 85: 713–716.
4. Sornek A. Lotosowo mi – w pogoni za utraconą placentą. *Kwart Lakt* 2016; 2: 64–67.
5. Simkin P, Ancheta R. *Udany poród. Jak wcześniej zapobiec dystocji i ją leczyć*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015.
6. Iwanowicz-Palus GJ, red. *Prowadzenie porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
7. Ćwiek D, red. *Szkoła rodzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
8. Piasek G, Adamczyk-Gruszka O, Radomski P, i wsp. Niekonwencjonalne metody łagodzenia bólu porodowego. *Stud Med* 2012; 25(1): 67–72.
9. Boguszewski D, Sałata D, Adamczyk JG, i wsp. Ocena skuteczności klasycznego masażu wykonywanego przez partnera w łagodzeniu zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa u kobiet ciężarnych. *Fizjoter Pol* 2012; 12(4): 379–387.
10. Gierszewska M, Kwiatkowska W, Kaźmierczak M, i wsp. Poród domowy – anachronizm czy wybór i potrzeba świadomych kobiet? *Perinatol Neonatol Ginekol* 2013; 6(4): 220–224.
11. Burns E. More Than clinical waste? Placenta rituals among australian home-birthing women. *J Perinat Educ* 2014; 23(1): 41–49.
12. Hanel E, Ahmed MN. Is it “time to cut the cord”? *Clin Pediatr* 2009; 48(8): 875–877.
13. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA* 2007; 297: 1241–1252.
14. McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2: CD004074.
15. Cernadas J, Carroli G, Pellegrini L, et al. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006; 117(4): 779–786.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa
Katedra Ginekologii i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 608 509-727
E-mail: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 28.07.2017 r.

Po recenzji: 18.08.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 10.09.2017 r.

ZASTOSOWANIE MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PRAKTYKI PIELEŃNIARSKIEJ (ICNP®) W OPIECE NAD PACJENTEM Z WODOGŁOWIEM PO WSZCZEPIENIU ZBIORNIKA RICKHAMA

Application of International Classification for Nursing Practice (ICNP®) in the care of a hydrocephalus patient after implantation of Rickham's reservoir

Alicja Targos¹, Anna Rozensztrauch², Izabella Uchmanowicz³

¹ Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Neonatologii, Katedra Pediatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wodogłowie jest stanem patologicznym, w wyniku którego dochodzi do poszerzenia śródczaszkowych przestrzeni płynowych, a szczególnie układu komorowego mózgu. Zaburzenie procesu krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego prowadzi do wzmożonego wzrostu ciśnienia śródczaszkowego i jego następstw. W leczeniu chirurgicznym wodogłowia wykorzystuje się systemy zastawkowe odprowadzające płyn mózgowo-rdzeniowy. Celem pracy było przedstawienie procesu pielęgnowania dziecka po zabiegu implantacji zbiornika Rickhama na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

Słowa kluczowe: wodogłowie, noworodek, zbiornik Rickhama, opieka pielęgniarstwa, Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

SUMMARY

Hydrocephalus is a pathological condition that results in the widening of intracranial fluid spaces, especially the ventricular system of the brain. Disorders of the cerebrospinal fluid circulation lead to increased intracranial pressure and its consequences. Ventricular drainage systems for cerebrospinal fluid are used in surgical treatment of hydrocephalus. The purpose of the study was to present the nursing process of implantation of Rickham's reservoir based on International Classification for Nursing Practice (ICNP®).

Key words: hydrocephalus, neonate, Rickham's reservoir, nursing care, International Classification for Nursing Practice ICNP®.

WSTĘP

Wodogłowie (ang. *hydrocephalus*) jest określane jako stan patologiczny, w którym dochodzi do nadmiernego gromadzenia się płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR) w przestrzeni wewnątrzczaszkowej, w wyniku zaburzenia równowagi między wytwarzaniem a wchłanianiem płynu mózgowo-rdzeniowego. W efekcie doprowadza to do poszerzenia wewnątrzczaszkowych przestrzeni płynowych, przede wszystkim układu komorowego mózgu [1].

Objawy kliniczne wodogłowia są heterogeniczne, co jest związane z dynamiką rozwoju wodogłowia, przyczynami schorzenia, a także wiekiem pacjenta. U noworodków i niemowląt w pierwszej kolejności obserwuje się powiększenie obwodu głowy oraz dysproporcję między częścią mózgowia czaszki a twarzą czaszki. Oczy i uszy są nisko osadzone. Szwy czaszkowe mogą ulec rozjęściu, ciemiączka są powiększone oraz wyraźnie uwypuklone i napięte. Istotne jest monitorowanie obwodu głowy oraz objawy takie, jak: wzrost ciśnienia śródczaszkowego, poszerzenie się szwów czaszkowych, napięcie ciemiączka, poszerzenie naczyń żylnych w obrębie głowy, występujący objaw „zachodzącego słońca”, objawy uszkodzenia nerwu III i VI, jak i również w początkowym okresie – obrzęk tarczy nerwów wzrokowych, a w miarę trwania procesu chorobowego – zmiany zanikowe [2].

Obecnie zdiagnozowanie wodogłowia u płodu w badaniu ultrasonograficznym jest możliwe między 12. a 15. tygodniem ciąży. W zależności od okresu powstania wodogłowia dzielimy na wrodzone (czyli rozwijające się w okresie życia płodowego) oraz

nabyte, powstałe po urodzeniu. Wodogłowie wrodzone stanowi 0,9–1,5 przypadków na 1000 urodzeń. Do jego najczęstszych przyczyn zaliczamy guzy mózgu, toksoplazmozę, wady wrodzone mózgu. Wodogłowie nabyte powstaje w wyniku krwotoków wewnątrzczaszkowych, stanów zapalnych, urazów oraz nowotworów ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

W dostępnej literaturze opisywane są próby klinicznego leczenia wodogłowia z zastosowaniem metod farmakologicznych, takich jak podawanie acetazolamidu lub furosemidu. Niestety w większości przypadków to leczenie jest bezskuteczne, ponieważ główną przyczyną jest zaburzenie wchłaniania płynu mózgowo-rdzeniowego.

Szczególnie przydatną metodą w celu odbarczenia narastającego płynu mózgowo-rdzeniowego jest implantacja zewnętrznego drenażu komorowego lub podskórnego zbiornika połączonego z układem komorowym, tzw. zbiornik Rickhama. Wszczepienie zbiornika Rickhama jest jedynie etapem do zastosowania trwałego odbarczenia wodogłowia. Założenie zastawki komorowo-otrzewnowej jest ostatecznym zabiegiem i wszczepia się ją u starszych dzieci ze względu na ryzyko powikłań [3, 4].

Drenaż komorowy za pomocą zbiornika Rickhama jest alternatywną metodą zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Jego działanie polega na odprowadzaniu nadmiaru PMR z układu komorowego w sposób ciągły. PMR pod kontrolą napięcia ciemienia należy aspirować od 1 do 3 razy na dobę. Jeżeli jednorazowa objętość PMR przekroczy 100 ml, jest to wskazanie do wszczepienia drenażu komorowego zewnętrznego. Zbiornik

Rickhama składa się z drenu komorowego, którego część dalsza jest wprowadzona do układu komorowego, a koniec obwodowy połączony jest wypukłym zbiornikiem mającym średnicę około 1 cm, ulokowany w otworze trepanacyjnym pod skórą [5, 6].

Pomimo rozwoju techniki i metod diagnostyki w dalszym ciągu nie ma „idealnej” zastawki. Zbiornik Rickhama jest jedynie tymczasową metodą leczenia wodogłowia [7, 8].

OPIS PRZYPADKU

Pacjent w 13. dobie życia. Rozpoznanie: wodogłowie pokrwo-toczne. Noworodek płci żeńskiej urodzony drogą cięcia cesarskiego (wskazanie: podejrzenie wodogłowia u płodu) po ukończeniu 36. Hbd, o masie 2910 g. Wodogłowie u płodu rozpoznano w 33. Hbd. Po konsultacji chirurgicznej zalecono rozwiązanie ciąży w 36. Hbd drogą cięcia cesarskiego i podjęcie leczenia chirurgicznego po urodzeniu. Dziecko urodzone w stanie średnim z bradykardią (AS ok. 80/min), obniżonym napięciem mięśniowym.

USG mózgowia wykonane postnatalnie potwierdziło znaczne stopnia wodogłowie nadnamiotowe, z wskaźnikiem komorowo-mózgowym ~ 55%, obraz niejednoznaczny. Wykonano MRI mózgowia, na podstawie którego rozpoznano wodogłowie pokrwo-toczne z uciskiem zwłaszcza na płaty skroniowe i potyliczne. W badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego podwyższone stężenie białka, cytoza w normie. Do 9. dnia życia u noworodka obwód głowy nie narastał. W 10. dobie zaobserwowano przyrost obwodu głowy dziecka o 1,5 cm. W badaniach kontrolnych USG zdiagnozowano stopniowe poszerzenie układu komorowego, pogorszenie przepływów w naczyniach mózgowych. Na podstawie objawów klinicznych noworodka zakwalifikowano do zabiegu implantacji zbiornika Rickhama. W pierwszej dobie po wszczęciu zbiornika dziecko w stanie dobrym. Karmiony pokarmem mamy, aktualnie przez smoczek, nie ulewa. Ubytek masy ciała w granicach norm fizjologicznych ~ 10% ur. m.c. Rana pooperacyjna bez cech zapalnych. W badaniu PMR: stężenie białka i cytoza w normie. Szczipiony tylko na WZW B. Zastosowano antybiotykoterapię – Ceftriakson 20 mg, leczenie przeciwbólowe oraz podaż glukozy 10%.

PROCES PIELEGNOWANIA

Plan opieki 1

Diagnoza: ryzyko infekcji [10015263] rany chirurgicznej [10023148], L: ciało [100003388], oddział szpitalny [10009133], T: terażniejszość [10015581], okres pooperacyjny [10027242]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Monitorowanie gojenia rany [10042936]	obserwacja [20029265], narzędzie do oceny [1002832]
Monitorowanie objawów przedmiotowych i podmiotowych infekcji [10012203]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], kontrola objawów [100258820], narzędzie do oceny [1002832]
Pielęgnacja rany chirurgicznej [10032863]	usługi pielęgniarskie [10013380]
Ocenianie ryzyka ekspozycji na zakażenie [10044013]	narzędzie do oceny [1002832]
Ewaluacja ryzyka zakażenia po operacji [10034048]	pielęgniarka [10013333], współdziałanie z lekarzem [10023565], maść [10013670], narzędzie do oceny [1002832]
Asystowanie dziecku w czynnościach toaletowych [10045964]	usługi pielęgniarskie [10013380], rodzic [10014023], urządzenie do higieny osobistej [10008537]
Wynik: prawidłowa perfuzja rany [10033853]	

Plan opieki 2

Diagnoza: ryzyko [10015007] zmniejszenia pojemności wewnętrznej [10000828], L: głowa [10008688], T: okres pooperacyjny [10027242]
--

Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Nakłuwanie [10016152] głowy [10008688]/drenu [10006207]/urządzenia wszczepialnego [10009838]	chirurg [10019190], pielęgniarka [10013333], kontrola objawów [100258820], narzędzie do oceny [1002832], igła [10012509], strzykawka [10019399], technika aseptyczna [10002639]
Zmierzanie obwodu głowy [10035451]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], narzędzie do oceny [1002832]
Monitorowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego [10046355]	lekarz [10014522], pielęgniarka [10013333], wprowadzenie walidacji terapii [1003982], obserwowanie [10013474]
Monitorowanie oznak życiowych [10032113]	pulsoksymetr [10032551], kardiomonitor [10003873], rytm oddechowy [10016915]
Wynik: efektywna wewnętrzczaszkowa pojemność adaptacyjna [10028071]	
Asystowanie dziecku w czynnościach toaletowych [10045964]	usługi pielęgniarskie [10013380], rodzic [10014023], urządzenie do higieny osobistej [10008537]
Wynik: prawidłowa perfuzja rany [10033853]	

Plan opieki 3

Diagnoza: ryzyko infekcji [10015133] urządzenia wszczepialnego [10009838], L: ciało [100003388], oddział szpitalny [10009133], T: terażniejszość [10015581]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Raportowanie urządzenia wszczepialnego [10016802]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], kontrola objawów [100258820], narzędzie do oceny [1002832], obserwowanie [10013474]
Monitorowanie objawów przedmiotowych i podmiotowych infekcji [10012203]	współdziałanie z lekarzem [10023565], kontrola objawów [100258820], narzędzie do oceny [1002832]
Ocenianie ryzyka ekspozycji na zakażenie [10044013]	narzędzie do oceny [1002832]
Monitorowanie perfuzji tkankowej [10035335]	pielęgniarka [10013333], wprowadzenie walidacji terapii [1003982]
Administrowanie leczeniem profilaktycznym [10001827]	antybiotyk [10002383], pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], igła [10012509], strzykawka [10019399], technika aseptyczna [10002639], technika podawania leku [10006322]
Pozycja jednostronna [10027584] Pozycja na brzuchu [10015829] Pozycja pozioma na wznak [10019103]	rola pielęgniarki [10013346]
Wynik: brak infekcji [10028945]	

Plan opieki 4

Diagnoza: ból ostry [100003388], L: rana chirurgiczna [10019265], ciało [100003388], T: okres pooperacyjny [10027242]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Monitorowanie bólu [10013380]	pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [1002832], kwestionariusz [10016229], analgetyk [10002279]
Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]	usługi pielęgniarskie [10013380], współdziałanie z lekarzem [10023565], analgetyk [10002279], usługa w zakresie leczenia bólu [10024799]
Wstrzykiwanie [10010266]	technika podawania leku [10006322]

Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	pielęgniarka [10013333], obserwacja [2002926], lekarz [10014522]
Wspieranie [10019142]	pielęgniarka [10013333], materiał instruktażowy [10010395]
Nauczanie rodziny o reżimie terapii [10024656]	usługa edukacyjna [10006572], materiał do czytania [10016433]
Wynik: ból ustępujący [10027917]	

Plan opieki 5

Diagnoza: ból ostry [100003388], L: rana chirurgiczna [10019265], ciało [100003388], T: okres pooperacyjny [10027242]	
Interwencje (I)	Środki/ Narzędzia (M)
Monitorowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego [10046355]	współdziałanie z lekarzem [10023565], pielęgniarka [10013333], obserwacja [2002926]
Oznaczanie ciśnienia krwi [10003342]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380]
Monitorowanie statusu neurologicznego [10035326]	ewaluacja statusu neurologicznego po operacji [10007097], rola pielęgniarki [10013346]
Ocenianie statusu neurologicznego [10036772]	rola lekarza [10014533]
Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]	noworodek [10013187], rodzic [10014023], pielęgniarka [10013333]
Wynik: efektywny status neurologiczny [10033811]	

Plan opieki 6

Diagnoza: deficyt samoopieki [10023410]	
Interwencje (I)	Środki/ Narzędzia (M)
Ewaluacja planu opieki [10031252]	usługi pielęgniarskie [10013380]
Asystowanie w samoopiece [10035763]	urządzenie do higieny osobistej [10008537], pielęgniarka [10013333], matka [10027257], ojciec [10027261]
Wzmacnianie samodzielności [10022537]	usługi pielęgniarskie [10013380]

Ocenianie samodzielności [10024280]	narzędzie do oceny [10002832]
Wynik: stan rzeczywisty [10000420]	
Nauczanie rodziny o reżimie terapii [10024656]	usługa edukacyjna [10006572], materiał do czytania [10016433]
Wynik: ból ustępujący [10027917]	

Plan opieki 7

Diagnoza: przeciążenie stresem [10021742]	
Interwencje (I)	Środki/ Narzędzia (M)
Ocenianie stresu opiekuna [10024222]	pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [10002832]
Promowanie statusu psychologicznego [10032505]	pielęgniarka [10013333], materiał instruktażowy [10010395], terapeuta zajęciowy [10026628]
Nauczanie o reżimie terapeutycznym [10021994]	lekarz [10014522], pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [10002832]
Wspieranie opiekuna [10024570]	pielęgniarka [10013333], terapeuta zajęciowy [10026628]
Wynik: prawidłowy status psychologiczny [10038430]	
Nauczanie rodziny o reżimie terapii [10024656]	usługa edukacyjna [10006572], materiał do czytania [10016433]
Wynik: ból ustępujący [10027917]	

PODSUMOWANIE

Sprawując opiekę nad dzieckiem z wodogłowiem, należy podjąć działania mające na celu zminimalizowanie dolegliwości związanych ze wzmożonym ciśnieniem śródczaszkowym. Opieka pielęgniarska powinna być prowadzona w sposób ciągły i kompleksowy. Istotna jest również właściwa edukacja rodziców na temat stanu chorobowego ich dziecka, ze zwróceniem uwagi, jak szybko rozpoznawać wzrost ciśnienia śródczaszkowego. Wykorzystanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w codziennej pracy pielęgniarskiej pozwala na bardziej precyzyjne określenie diagnoz i interwencji pielęgniarskich. Stwarza możliwość łączenia praktyki pielęgniarskiej z ciągłością opieki przez holistyczne podejście do podopiecznego. Taka opieka łączy bezpieczeństwo oraz poprawia jakość świadczonych usług pielęgniarskich.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

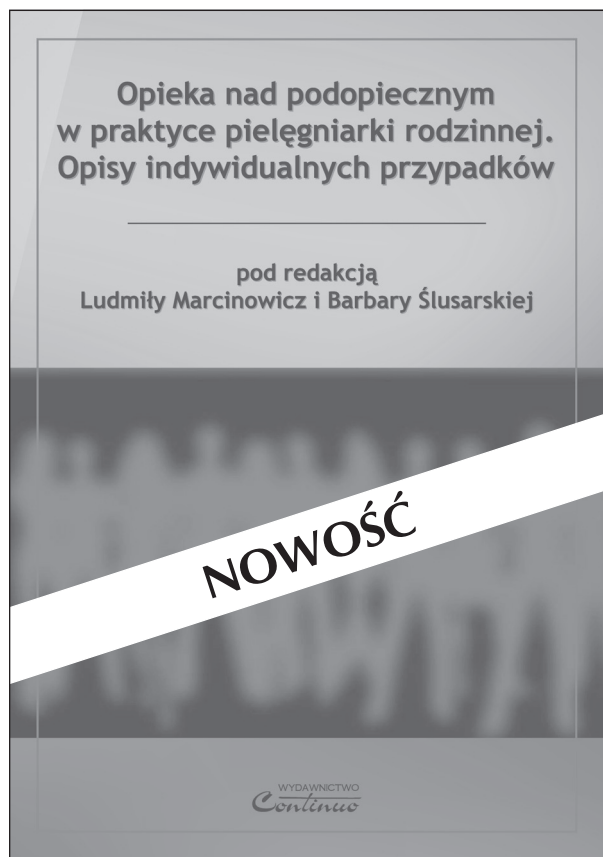
BIBLIOGRAFIA

- Kawalec W, Roszkowski M. *Pediatrics, wybrane zagadnienia z chirurgii, urologii i ortopedii dziecięcej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015.
- Czernik J, Polis L. *Powikłania w chirurgii dziecięcej, wodogłowiu u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
- Polis L. Wodogłowiu u płodu i noworodka. *Preinatal Neonatal Ginekolog* 2009; 2(3): 218–222.
- Mikołajczyk-Wieczorek W, Nowosławska E. Leczenie wodogłowia za pomocą systemów zastawkowych. *Aktual Neurol* 2009; 9(1): 26–27.
- Roszkowski M. *Wybrane zagadnienia z chirurgii, urologii, neurochirurgii i ortopedii dziecięcej*. *Pediatrics*. T. II. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 1160–1164.
- Czernik J, Polis L. *Powikłania w chirurgii dziecięcej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 245–260.
- Duhaime AC. Evaluation and management of shunt infections in children with hydrocephalus. *Clin Pediatr* 2006; 45(8): 705–713.
- Rekate HL. *Treatment of hydrocephalus*. In: Albright AL, Pollack IF, Adelson PD, eds. *Principles and practice of pediatric neurosurgery*. New York–Stuttgart: Thieme; 1999: 94–108.

Adres do korespondencji:

Dr hab. Izabella Uchmanowicz, prof. nadzw.
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 24
E-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 08.09.2017 r.
Po recenzji: 20.09.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 21.09.2017 r.



Opieka nad podopiecznym w praktyce pielęgniarstwa rodzinnego. Opisy indywidualnych przypadków

pod red.
Ludmiły Marcinowicz i Barbary Ślusarskiej

ISBN 978-83-62182-67-1
2017, B5, 256 s.
cena 42 zł

Książka ukazuje praktyczne zastosowanie metody studium przypadku w pracy pielęgniarstwa rodzinnego uwzględniając koncepcję opieki skoncentrowanej na pacjencie i jego rodzinie.

W publikacji przedstawiono:

- Opis 13 indywidualnych przypadków stanowiących kompendium najistotniejszych problemów zdrowotnych pacjentów pozostających pod opieką pielęgniarstwa rodzinnego;
- Zróżnicowany zakres kompetencji zawodowych pielęgniarstwa rodzinnego wyrażony szeroką gamą konkretnych interwencji podejmowanych w 84 diagnozach pielęgniarstwach;
- Aktualnie obowiązujące procedury postępowania pielęgniarstwa w opiece ambulatoryjnej i domowej nad pacjentami ze schorzeniami przewlekłymi;
- Środowiskowo-rodzinne aspekty opieki nad pacjentem w zdrowiu, z ryzykiem choroby i z chorobą oraz systemy wsparcia pacjentów i ich opiekunów;
- Dydaktyczny wymiar dokumentacji pielęgniarstwa, która pozwala w sposób modelowy pokazać studentom dokumentowanie opieki pielęgniarstwa w środowisku zamieszkania pacjenta i jego rodziny.



Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie

pod red.
Izabelli Uchmanowicz, Joanny Rosińczuk,
Beaty Jankowskiej-Polańskiej

Tom 1

2014, B5, 404 strony
cena 69 zł

Tom 2

2015, B5, 484 strony
cena 75 zł

Tom 3

2016, B5, 536 stron
cena 80 zł

Tom 4

2017, B5, 544 strony
cena 80 zł

Współczesne pielęgniarstwo powinno opierać swoją praktykę na mocnych podstawach naukowych. Postęp w naukach medycznych i naukach o zdrowiu mobilizuje środowisko medyczne – w tym pielęgniarki i położne – do prowadzenia badań i wykorzystywania ich wyników w codziennej praktyce. Takie postępowanie, zgodne ze światowymi tendencjami (Evidence-Based Medicine, idea leczenia holistycznego), wpływa na poprawę jakości opieki, bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego, czy skuteczność wykonywanych procedur medycznych. W ten nurt wpisuje się monografia „Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie”, która dzięki swojemu wielotematycznemu charakterowi będzie prawdziwym kompendium wiedzy na temat właściwego postępowania z pacjentem w różnych jednostkach chorobowych – sposobów leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, skuteczności przestrzegania standardów, a także korzyści wynikających z wczesnego wdrożenia edukacji zdrowotnej.

Tom 1 składa się z 35 rozdziałów, tomy 2 i 3 mają po 41, a tom 4 – 46 rozdziałów. Autorzy zdobyli swoje doświadczenia w praktyce pielęgniarstwie lub położniczej, a dodatkowo pogłęбили je pracą naukowo-badawczą oraz podczas pełnienia funkcji nauczyciela akademickiego.

Książki adresowane są szczególnie do pielęgniarek oraz położnych praktykujących w szpitalach, przychodniach, zakładach opiekuńczych i leczniczych, w których sprawowana jest opieka nad pacjentem, nauczycieli akademickich oraz studentów.

zamowienia@continuo.pl
www.continuo.pl

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC

INFORMACJE OGÓLNE

„Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” zamieszcza prace oryginalne (doświadczalne, kliniczne i laboratoryjne), poglądowe i kazuistyczne dotyczące szeroko pojętego pielęgniarstwa i ochrony zdrowia. Ponadto pismo publikuje listy do Redakcji, sprawozdania i materiały ze zjazdów naukowych oraz recenzje książek. Prace publikowane są w języku polskim lub angielskim.

ZASADY RECENZOWANIA PRAC

Autorzy przysyłając pracę do publikacji w czasopiśmie wyrażają zgodę na proces recenzji. Nadesłane publikacje są poddane ocenie w pierwszej kolejności przez Redakcję, a następnie oceniane przez recenzentów, którzy nie są członkami Redakcji pisma. Prace recenzowane są poufnie i anonimowo. Recenzentom nie wolno wykorzystywać wiedzy na temat pracy przed jej publikacją. Pracy nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący ją na dalszych etapach procesu wydawniczego. Autor jest informowany o wyniku dokonanej recenzji, następnie możliwa jest korespondencja z Redakcją czasopisma dotycząca ewentualnych uwag bądź kwalifikacji do druku. Ostateczną kwalifikację do druku podejmuje Redaktor Naczelny.

KONFLIKT INTERESÓW

Autorzy muszą ujawnić Redakcji i opisać na osobnej stronie dołączonej do pracy wszystkie konflikty interesów:

- zależności finansowe (takie jak: zatrudnienie, doradztwo, posiadanie akcji, honoraria, płatna ekspertyza),
- związki osobiste,
- współzawodnictwo akademickie i inne, mogące mieć zdaniem Redakcji lub Czytelników wpływ na merytoryczną stronę pracy,
- rolę sponsora całości lub części badań (jeżeli taki istnieje) w projekcie, zbieraniu, analizie i interpretacji danych, w pisaniu raportu, w decyzji przesyłania go do publikacji.

OCHRONA DANYCH PACJENTÓW

Autorzy prac naukowych mają obowiązek ochraniać dane osobowe pacjentów. Do publikacji powinny trafić jedynie dane o znaczeniu informacyjnym lub klinicznym. Szczegóły dotyczące rasy, pochodzenia etnicznego, kulturowego i religii osoby badanej powinny być podane wyłącznie w przypadku, jeśli zdaniem Autora mają wpływ na przebieg choroby i(lub) leczenia. Jeśli nie ma możliwości uniknięcia ujawnienia identyfikowalnych informacji dotyczących pacjenta, należy uzyskać jego (lub jego prawnych opiekunów) pisemną zgodę na opublikowanie danych, zdjęć fotograficznych, obrazów radiologicznych itp., co powinno być odnotowane w publikacji.

WYMAGANIA ETYCZNE

Prace doświadczalne, prowadzone na ludziach, muszą być przeprowadzane zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej, co należy zaznaczyć w opisie metodyki. Na przeprowadzenie takich prac Autorzy muszą uzyskać zgodę Terenowej Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach (Komisji Etycznej). Prace wykonane na zwierzętach także muszą mieć zgodę odpowiedniej komisji. Uzyskanie tej zgody powinno być potwierdzone oświadczeniem Autorów w piśmie kierującym pracę do druku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Redakcja stara się zwać nad merytoryczną stroną pisma, jednak za treść artykułów odpowiada Autor, a za treść reklam – sponsor lub firma marketingowa. Wydawca ani Rada Naukowa nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

PRAWA AUTORSKIE

Jeżeli Autorzy nie zastrzegą inaczej w momencie zgłoszenia pracy, Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych, CD i innych oraz w Internecie). Bez zgody Wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń.

INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU PRZESYŁANIE PRAC DO REDAKCJI

Przesłanie pracy jest równoznaczne z oświadczeniem, że praca nie była dotychczas publikowana w innych czasopismach oraz nie została jednocześnie zgłoszona do innej Redakcji. Oddanie pracy do druku jest jednoznaczne ze zgodą wszystkich Autorów na jej publikację i oświadczeniem, że Autorzy mieli pełny dostęp do wszystkich danych w badaniu i biorą pełną odpowiedzialność za całość danych i dokładność ich analizy. Prace należy nadsyłać pod adresem Redakcji w dwóch egzemplarzach (które nie podlegają zwrotowi do Autorów) łącznie z pismem przewodnim, zawierającym zgodę wszystkich Autorów na publikację wyników badań.

WERSJA ELEKTRONICZNA PRAC

Redakcja bezwzględnie wymaga nadsyłania prac na nośnikach komputerowych. Dyski powinny zawierać jedynie ostateczną wersję pracy, zgodną z przesłanymi wydrukami. Opis nośnika powinien zawierać imię i nazwisko Autora, tytuł pracy, nazwę (nazwy) zbiorów, nazwy i numery wersji użytych programów. Redakcja przyjmuje pliki tekstowe *.DOC i *.RTF. Grafiki lub zdjęcia (w rozdzielczości nadającej się do druku: 300 dpi) powinny tworzyć osobne zbiory – zalecane formaty: *.BMP, *.GIF, *.TIF, *.JPG. Tytuły rycin i tabel oraz wszystkie opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Do tworzenia wykresów zalecane jest użycie programu Microsoft Excel – wszystkie wersje.

MASZYNOPIS

1. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna być większa niż 16 stron, a kazuistycznych – 8 stron maszynopisu, łącznie z piśmiennictwem, rycinami, tabelami i streszczeniami (standardowa strona – 1800 znaków).
2. Prace powinny być pisane na papierze formatu A4, z zachowaniem podwójnych odstępów między wierszami, pismem wielkości 12 punktów (np. Arial, Times New Roman). Z lewej strony należy zachować margines szerokości 2 cm, z prawej margines szerokości 3 cm.
3. Propozycje wyróżnień należy zaznaczyć w tekście pismem półgrubym (bold).
4. Na prawym marginesie należy zaznaczyć ołówkiem miejsce druku tabel i rycin.
5. Na pierwszej stronie należy podać:
 - tytuł pracy w języku polskim i angielskim,
 - skrócony (maksymalnie 10 słów) tytuł pracy w języku polskim i angielskim (żywa pagina),
 - pełne imię i nazwisko Autora (Autorów) pracy. Przy pracach wieloosrodkowych prosimy o przypisanie Autorów do ośrodków, z których pochodzą,

- pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego pochodzi praca (w wersji oficjalnie ustalonej); w przypadku prac oryginalnych i redakcyjnych – w wersji angielskiej,
 - adres, na jaki Autor życzy sobie otrzymywać korespondencję (służbowy lub prywatny) wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem, oraz (obligatoryjnie) numer telefonu i adres poczty elektronicznej. Jednocześnie Autor wyraża zgodę na publikację przedstawionych danych adresowych (jeżeli Autor wyrazi takie życzenie, numer telefonu nie będzie publikowany),
 - słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, zgodne z aktualną listą Medical Subject Heading (MeSH) (od 3 do 5). Jeżeli odpowiednie terminy MeSH nie są jeszcze dostępne dla ostatnio wprowadzonych pojęć, można używać ogólnie używanych określeń.
- Na dole strony powinny być opisane wszelkie możliwe konflikty interesów oraz informacje o źródłach finansowania pracy (grant, sponsor itp.), podziękowania, ewentualnie powinna się tu też pojawić nazwa kongresu, na którym praca została ogłoszona.
6. Na drugiej stronie pracy należy wydrukować wyłącznie tytuł pracy w języku polskim i angielskim.

STRESZCZENIE

Do artykułu następnie należy dołączyć streszczenie, o tej samej treści w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych i redakcyjnych powinno zawierać 300-400 słów. Streszczeniu należy nadać formę złożoną z pięciu wyodrębnionych części, oznaczonych kolejno następującymi tytułami: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Wnioski. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione przy pierwszym użyciu. Streszczenie prac poglądowych i kazuistycznych powinno zawierać 150-250 słów.

UKŁAD PRACY

Układ pracy powinien obejmować wyodrębnione sekcje: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo, Tabele, Opisy rycin (w jednym pliku tekstowym w wersji polskiej i angielskiej) oraz Ryciny. Sekcja Materiał i metodyka musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze, które są uwzględnione w Wynikach. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników. Wyniki oznaczeń biochemicznych i innych należy podawać w jednostkach SI. Pomiar długości, wysokości, ciężaru i objętości powinien być podany w jednostkach metrycznych (metr, kilogram, litr) lub ich wielokrotnościach dziesiętnych. Temperatura powinna być podana w stopniach Celsjusza.

TABELE

Tabele należy nadesłać w dwóch egzemplarzach, każda tabela na oddzielnej karcie formatu A4. Tytuły tabel oraz cała ich zawartość powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte w tabelach skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod tabelą (w języku polskim i angielskim) niezależnie od rodzaju pracy. Tabele powinny być ponumerowane cyframi rzymskimi.

RYCINY

Ryciny należy nadsyłać w trzech egzemplarzach. Powinny one zostać wykonane techniką komputerową. Tytuły rycin oraz opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod ryciną. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi. Tytuły rycin należy przesłać na oddzielnej karcie. Do wykresów należy dołączyć wykaz danych. Wydawca zastrzega sobie prawo kreowania wykresów na podstawie załączonych danych.

SKRÓTY I SYMBOLE

Należy używać tylko standardowych skrótów i symboli. Pełne wyjaśnienie pojęcia lub symbolu powinno poprzedzać pierwsze użycie jego skrótu w tekście, a także występować w legendzie do każdej ryciny i tabeli, w której jest stosowany.

PIŚMIENNICTWO

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach i rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach obowiązuje kolejność zgodna z pierwszym odnośnikiem do tabeli lub ryciny w tekście). Liczba cytowanych prac w przypadku prac oryginalnych, redakcyjnych i poglądowych nie powinna przekraczać 30 pozycji, w przypadku prac kazuistycznych – 10. Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje opublikowane, zgodne z konwencją Vancouver/ICMJE, stosowaną m.in. przez MEDLINE: <http://www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/vancouver.html>. Przy opisach bibliograficznych artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (bez kropek, zgodny z aktualną listą czasopism indeksowanych w Index Medicus, dostępną m.in. pod adresem <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/lijweb.pdf>), rok wydania, a następnie po średniku numer tomu (rocznika; bez daty wydania jeśli czasopismo stosuje paginację ciągłą) oraz po dwukropku numery stron, na których zaczyna się i kończy artykuł. Strefy nazwiska autorów, tytułu pracy, tytułu czasopisma rozdzielane są kropkami, np.:

- Menzel TA, Mohr-Kahaly SF, Koelsch B, i wsp. Quantitative assessment of aortic stenosis by three-dimensional echocardiography. J Am Soc Echocardiogr. 1997;10:215-223. Opisy wydawnictw zwartych (książki) powinny zawierać: nazwisko(a) autora(ów) wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy oraz rok wydania. Przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) opatruje się adnotacją „red.” („ed.(s)” w pracach angielskojęzycznych):
 - Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, i wsp. American Medical Association manual of style. 9 wyd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. Przy cytowaniu rozdziałów książek należy podać: nazwisko(a) autora(ów) rozdziału wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „W:” nazwisko(a) autora(ów) lub redaktora książki wraz z inicjałami imienia, tytuł książki; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy, rok wydania i numery pierwszej i ostatniej strony poprzedzone literą „p.”:
 - Chosia M. Patomorfologia zastawki aorty. W: Szwed H, red. Zwiększenie zastawki aortalnej. Gdańsk: Via Medica; 2002: 1-11. Konieczne jest ścisłe zachowanie interpunkcji według powyższych przykładów cytowania. Odnośniki do publikacji internetowych (z podanym pełnym adresem strony internetowej) są dopuszczalne jedynie w sytuacji braku adekwatnych danych w literaturze opublikowanej drukiem.