

# Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

## Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik || Quarterly

2017, Vol. 6, Nr 4, 113–144

ISSN 2084-4212  
eISSN 2450-839X

### Spis treści/Content

#### PRACE ORYGINALNE || ORIGINAL PAPERS

- Ocena poziomu empatii i umiejętności pracy z emocjami wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego**  
**Assessment of the level of empathy and ability to work with emotions among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Lublin, and Warmian-Masurian Voivodships** 115  
Bożena Sokolińska, Joanna Gotlib
- Wypalenie zawodowe oraz satysfakcja z życia wśród pielęgniarek anestezyjologicznych i intensywnej opieki**  
**Occupational burnout and life satisfaction among anaesthetists and intensive care nurses** 121  
Aurelia Świątek, Dorota Milecka, Izabella Uchmanowicz

#### PRACE POGLĄDOWE || REVIEWS

- Podmiotowość pacjenta w przebiegu choroby**  
**The subjectivity of the patient's disease** 129  
Agnieszka Sieńko

#### PRACE KAZUISTYCZNE || CASE REPORTS

- Diagnoza i terapia logopedyczna pacjenta z afazją po urazie głowy**  
**Diagnosis and speech therapy of a patient with aphasia after a head injury** 133  
Magdalena Kazimierska-Zajac, Joanna Bronowicka, Joanna Rosińczuk
- Profilaktyka odleżyn u pacjentki unieruchomionej po przebytych udarze niedokrwiennym**  
**Prevention of bedsores in an immobilised stroke patient** 135  
Izabela Kuberka, Aleksandra Aduła, Joanna Rosińczuk

#### VARIA

- Zasługi Teodora Rafińskiego oraz Jerzego Alkiewicza dla Ośrodka Naukowo-Badawczego Chorób Układu Oddechowego u Dzieci w Kołobrzegu Kliniki Pediatrii Akademii Medycznej w Poznaniu**  
**Teodor Rafiński's and Jerzy Alkiewicz's contributions to the Scientific Research Center for the Diseases of the Children's Respiratory System in Kolobrzeg of the Pediatric Clinic of Medical Academy in Poznan** 140  
Roman Heider, Andrzej Kierzek, Małgorzata Paprocka-Borowicz, Jadwiga Kuciel-Lewandowska, Wojciech Laber

Redakcja kwartalnika „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia”, licząc na dalszą owocną współpracę, składa najserdeczniejsze podziękowania Recenzentom, którymi w roku 2017 byli:

Dr hab. Ireneusz Całkosiński, prof. nadzw., dr Anna Chudiak, dr Robert Dymarek, dr Beata Jankowska-Polańska, dr Jolanta Kolasińska, dr Aleksandra Kołtuniuk, dr Sylwia Krzemińska, dr Katarzyna Łagoda, dr Stanisław Manulik, dr Monika Michalak, dr Ewa Molka, prof. dr hab. Joanna Rosińczuk, dr Anna Rozenstrauch, dr hab. Mirosław Sopol, dr Bartosz Uchmanowicz, dr hab. Izabella Uchmanowicz, prof. nadzw.

# 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 Kolaszińska (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 Kletsiou (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. 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](http://www.wspolczesnepielęgniarstwo.pl)

# OCENA POZIOMU EMPATII I UMIEJĘTNOŚCI PRACY Z EMOCJAMI WŚRÓD POŁOŻNYCH ZATRUDNIONYCH W WYBRANYCH SZPITALACH NA TERENIE WOJEWÓDZTW: MAZOWIECKIEGO, PODLASKIEGO, LUBELSKIEGO I WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO

*Assessment of the level of empathy and ability to work with emotions among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Lublin, and Warmian-Masurian Voivodships*

Bożena Sokolińska<sup>1,2</sup>, Joanna Gotlib<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie

<sup>2</sup> Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

<sup>3</sup> Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

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

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Umiejętności psychosocjalne, w tym również poziom empatii, umożliwiające zrozumienie myśli i odczuć drugiego człowieka, są ważną częścią kompetencji interpersonalnych. Empatia jest jedną z podstawowych składowych umiejętności komunikacyjnych w zawodach medycznych. Położne cechujące się empatią mają zdolność lepszego zrozumienia pacjentki, aktywnego słuchania, reagowania oraz wysokiego poziomu samoświadomości, zaangażowania emocjonalnego i osobistego, co wpływa na realizację prawidłowego procesu terapii, leczenia, opieki oraz bezpieczeństwa pacjentki.

**Cel pracy.** Analiza poziomu empatii oraz umiejętności pracy z emocjami wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego.

**Material.** 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).

**Metody.** Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe. Do badań wykorzystano standaryzowaną ankietę: Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP) opracowany przez Tomalę oraz Jaworskiego. Kwestionariusz KKSP składa się łącznie z 26 twierdzeń ocenianych w 5-stopniowej skali Likerta. Zawiera 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.

**Wyniki.** Analiza Podskali I wykazuje, iż poziom empatii wśród badanej grupy jest wysoki, 139 położnych uzyskało maksymalną liczbę punktów, czyli 50, żadna z respondentek nie uzyskała minimalnej ilości 10 punktów, jedynie nieliczna grupa (19 osób) uzyskała punktację w granicach 26–38 punktów. Odchylenie standardowe plasuje się w granicach 3,852, co stanowi niewielkie odchylenie od średniej arytmetycznej.

**Wnioski.** 1. W badanej grupie położne posiadały duży poziom empatii i w umiejętny sposób radziły sobie z emocjami w pracy. 2. Poziom empatii, jakim wykazują się położne, jest niezależny od stażu pracy, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, stanu cywilnego. 3. Z uwagi

## SUMMARY

**Background.** Psychosocial skills, including a level of empathy that enables understanding of thoughts and feelings of another person, constitute an important part of interpersonal skills. Empathy is one of the basic elements of communication skills in medical professions. Empathic midwives are more capable of understanding a patient, of active listening and responding and they present a higher level of self-awareness as well as emotional and personal involvement, which contributes to the success of a therapy, treatment, care, and safety of a patient.

**Objectives.** The study aimed to analyse the level of empathy and ability to work with emotions among 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 voluntary and anonymous questionnaire study. A standardized survey: Midwives' Social Competence Questionnaire (MSCQ), developed by Tomala and Jaworski was used in the study. The MSCQ questionnaire comprised a total of 26 statements rated on a five-point Likert scale. In addition, it included nine questions on sociodemographic data of the respondents participating in the study: gender, age (year of birth), marital status, place of permanent residence, type of school, education level, job tenure, form of employment, and occupational position.

**Results.** An analysis of Subscale I demonstrated a high level of empathy among the study group; as many as 139 midwives received maximum points, i.e. 50, none of the respondents received the minimum number of points (10 points) and only a few study participants (19 persons) obtained a score ranging from 26 to 38 points. The standard deviation was approximately 3.852, which constitutes a slight deviation from the arithmetic mean.

**Conclusions.** 1. Midwives in the study group had a high level of empathy and effectively dealt with emotions at work. 2. The level of empathy did not depend on midwives' job tenure, place of residence, education level, or marital status. 3. Because of the complex nature of work and numerous factors that affect responsibilities of a nurse/midwife, research on empathy should also include the issue of burnout syndrome as

na złożony charakter pracy oraz wiele czynników wpływających na obowiązki pielęgniarki/położnej w badaniach dotyczących empatii powinno się uwzględnić zjawisko wypalenia zawodowego, jako czynnik wpływający na zmniejszenie zdolności empatycznych w stosunku do drugiej osoby.

**Słowa kluczowe:** położne, kompetencje zawodowe, kompetencje miękkie.

a factor that reduces empathy towards others.

**Key words:** midwives, professional competences, soft skills.

## WSTĘP

Emocje i empatia to biologiczne, naturalne, metafizyczne, kulturowe korzenie stanowiące podłoże zachowań prospołecznych u ludzi. Wrażliwość i emocje są fundamentalnymi narzędziami człowieka, to podstawowe komponenty odpowiadania na realia otaczającego świata [1]. To drażliwość stanowi o naszej indywidualności, pełni fundament naszego zaangażowania, za jego pośrednictwem możemy konstruować związki z innymi ludźmi. Emocje są komponentem naszego codziennego życia osobistego i zawodowego, stanowią motor napędowy dnia powszedniego. Empatia jest składową życia emocjonalnego człowieka i całkowicie podlega jego prawidłowości.

Titchener wprowadził termin empatii do psychologii na początku XX wieku. Mówił o procesie „wczuwania się w stany psychiczne innych osób, świadomego wyjścia poza własną jaźń, w przestrzeń cudzych doświadczeń” [2].

Empatia to postawa, zdolność do uczestniczenia w cudzych emocjach, rozumienia, wczuwania się w stan, sytuację drugiej osoby, definiowana jako empatia emocjonalna (uczuciowa), oraz umiejętność utożsamiania się z jej stanem emocjonalnym, postawą, zachowaniem i doznaniem, definiowana jako empatia poznawcza. Jest to ukazanie drugiemu człowiekowi, że problemy jego dotyczące są ważne i zrozumiałe. Taka postawa tworzy nastroj bliskości i zaufania [3].

Empatia pozwala zrozumieć perspektywę myślenia rozmówcy i odnieść się do jego przeżyć, wyklucza etykietowanie człowieka na podstawie odmiennego sposobu myślenia, wartościowania, okazywania swoich myśli i emocji [4].

Zgodnie z definicją Hoffmana, najważniejszym warunkiem reakcji empatycznej jest zaangażowanie procesów psychicznych sprawiających, że dana osoba odczuwa emocje, które bardziej pasują do sytuacji innej osoby niż do jej własnej. Spójność empatii i troski odzwierciedla prospołeczne rozumowanie moralne towarzyszące działaniom ludzi spotykających osobę w potrzebie. Zasada troski głosi, iż zawsze musimy zważać na innych, zawsze pomagać ludziom w potrzebie, przynosić ulgę cierpiącym, traktować innych tak, jak chcielibyśmy być traktowani. Ludzi należy traktować jako cel nadrzędny. Empatia i zasada troski są niezależnymi, wzajemnie wzmacniającymi się, spójnymi skłonnościami do niesienia pomocy innym [5].

Swoistym drogowskazem wartości moralnych będących nieodłącznym elementem praktyki zawodowej pielęgniarki/położnej jest z pewnością „Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej”. Szabat w analizie wartości w KEZ-PiP RP wykazuje, że najlepszym ich wyrazem są modele humanistyczny i holistyczny. W modelu humanistycznym możliwe jest zaangażowanie w relację z pacjentem, przyjęcie postawy empatycznej, wprowadzenie elementów rozmowy [6, 7]. Teoria modelu holistycznego Ostrzyżka i Marcinkowskiego uznaje odrębność psychospołeczną każdego chorego i poszukuje sposobów leczenia najlepiej dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb, przyjmując tezę o wyjątkowości każdego życia przy zwyczajności przeżywanego problemu zdrowotnego [8].

Osoby wykonujące zawody medyczne podejmują decyzje oddziałujące na wiele aspektów życia pacjentów i ich bliskich. W decyzjach tych muszą brać pod uwagę względy medyczne, ale również wiele innych okoliczności: stan emocjonalny, styl życia pacjenta, jego oczekiwania. Osoby zapewniające opiekę medyczną mają charakteryzować się empatią, współczuciem, polegającymi na wyobrażeniu sobie położenia chorego przez

odniesienie się do własnych doświadczeń, które są analogiczne do doświadczeń chorego. Choroba wiąże się z cierpieniem, poczuciem zagrożenia, zagubienia, bezradności. Odnosząc się do tych uniwersalnych doświadczeń człowieka, empatyczny zespół terapeutyczny jest w stanie lepiej rozumieć potrzeby i oczekiwania pacjenta oraz skuteczniej reagować na nie [9].

Personel medyczny z cechami empatycznymi ma zdolność znacznie lepszego zrozumienia pacjenta, aktywnego słuchania, reagowania oraz wysokiego poziomu samoświadomości, zaangażowania emocjonalnego i osobistego, co skutkuje prawidłowym procesem terapii, leczenia i troski [3, 10].

Wyniki badań nad empatią potwierdzają, iż ma ona wpływ na właściwe relacje terapeutyczne, które ujawniają się w współprzeżywaniu emocji doznawanych przez drugiego człowieka, z zachowaniem poczucia własnej tożsamości. Wysoki poziom empatii jest dobrym wyznacznikiem prognozującym właściwe realizowanie zawodu lekarza, pielęgniarki/położnej [11].

Zdolności empatyczne są przymiotem specjalistów zawodowo zajmujących się pomocą innym ludziom. Pojęcie empatii jest bardzo ściśle związane z zawodami medycznymi – jest to cecha charakteryzująca te grupy zawodowe. Pielęgniarki/położne zasoby do empatyzowania czerpią z własnej osobowości, dzięki umiejętności wnikania i rozumienia rozwijają drażliwość w podejściu do pacjentów [12].

Położne są profesjonalistkami pracującymi wspólnie z kobietami, dają im wsparcie, opiekę od poczęcia do śmierci, zwłaszcza w szczególnym okresie, jakim jest ciąża, poród i połów, zapewniają opiekę noworodkowi i niemowlęciu. Profesjonalne położne są tolerancyjne, szanują odmienne kultury, pracują zawsze w partnerstwie z kobietami. Używają technik komunikacji interpersonalnej, dbają o prawidłowy poziom opieki nad kobietami i ich rodzinami [13].

Stosując empatyczne podejście do pacjentek, położne dostarczając wsparcia, lepiej poznają ich problemy. Jest to spojrzenie na problem zdrowotny podopiecznych jednocześnie nie utożsamiając się z nimi, a raczej osiągając zdolność wzięcia pod wnikliwą uwagę ich poglądów, uczuć oraz potrzeb stojących za tymi uczuciami. Okazywana empatia umożliwia doznanie komfortu każdej pacjentce, że jest prawidłowo rozumiana, a jej potrzeby w pełni akceptowane. Empatia jest wręcz nieodłącznym składnikiem relacji terapeutycznej, dzięki niej pacjentka ma poczucie, że nie jest sama ze swoimi odczuciami.

## CEL PRACY

Celem pracy była analiza poziomu empatii oraz umiejętności pracy z emocjami wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województwa 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 ( $n = 102, 66\%$ ) mieszkała w miastach 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 zakończonych 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 5-letnie).

Większość badanych ( $n = 92,60\%$ ) miała wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyło 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 śródowiskowa ( $n = 2$ ), 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 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.

Do badań wykorzystano standaryzowaną ankietę: Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP) opracowany przez Tomalę oraz Jaworskiego. Kwestionariusz KKSP składa się łącznie z 26 twierdzeń ocenianych w 5-stopniowej skali Likerta (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 5 – zdecydowanie się zgadzam). Stwierdzenia zawarte w KKSP tworzą trzy podskale:

- Podskala I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami: 10 stwierdzeń – 1, 2, 3, 4, 5\*, 8\*, 9, 11, 22, 23. Pytania 5 i 8 to pytania z odwróconą skalą. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha wynosi dla tej podskali 0,66.
- Podskala II. Asertywność w sytuacji konfliktu: 5 stwierdzeń – 13, 20, 24, 25, 26. Współczynnik rzetelności ankiety alfa Cronbacha wynosi dla tej podskali 0,65.
- Podskala III. Umiejętności komunikacyjne: 5 stwierdzeń – 10, 12, 15, 16, 18. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla tej podskali wynosi 0,90.

Pozostałe sześć pytań uzupełniało Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP).

Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych 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

W pracy wykorzystano metody statystyki opisowej, uzyskane w badaniach dane przedstawiono z użyciem m.in. takich statystyk, jak: suma punktów, odchylenie standardowe (SD), minimum, maksimum, kwartyle.

W pracy analizowano wyniki dla całej skali: Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych oraz wyniki dla Podskali I: Empatia i umiejętność pracy z emocjami, zgodnie z celem pracy.

Maksymalna liczba punktów, którą można było uzyskać łącznie w całej skali Kwestionariusza Kompetencji Społecznych Położnych, wyniosła 130 punktów, minimalna – 26.

Maksymalna liczba punktów, którą można było uzyskać łącznie w Podskali I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami wyniosła 50 punktów, minimalna – 10.

Tabela 1. Analiza wyników Podskali I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami

Stwierdzenie	Zdecydowanie się zgadzam	Zgadzam się	Trudno powiedzieć	Nie zgadzam się	Zdecydowanie się nie zgadzam	Brak odpowiedzi
Potrafię odczuwać radość z pacjentką – po porodzie, który przebiegł bez komplikacji	115/75%	32/21%	4/2%	1/1%	1/1%	0
Uważam się za osobę empatyczną	67/44%	62/41%	13/9%	4/3	4/3	3/2%
Będąc położną, staram się zmniejszyć poziom stresu u pacjentki, która oczekuje na zabieg operacyjny	90/59%	56/37%	6/4%	0	0	1/1%
Potrafię zrozumieć zdenerwowanie/rozdrażnienie pacjentki oczekującej w izbie przyjęć lub na wizytę u ginekologa	68/44%	70/46%	12/8%	1/1%	1/1%	1/1%
Kobiety w ciąży mnie denerwują	2/1%	6/4%	22/14%	56/37%	66/43%	1/1%
Nie lubię pracy z pacjentkami w ciąży powikłanej, ponieważ wymaga to ode mnie większego zaangażowania emocjonalnego	4/3%	18/12%	23/15%	65/42%	42/27%	1/1%
Potrafię zrozumieć zaniepokojenie pacjentki o stan zdrowia dziecka	91/59%	55/36%	3/2%	0	4/3%	0
Zachęcam pacjentki do zadawania pytań, jeśli nie są pewne, czy dobrze zrozumiały moją wypowiedź	76/50%	67/44%	6/4%	2/1%	2/1%	0
Dbam o to, by nie doszło między mną a pacjentką do konfliktu psychologicznego	68/44%	81/53%	3/2%	1/1%	0	0
Szanuję indywidualność każdej pacjentki	90/59%	58/38%	5/3%	0	0	0

Maksymalna liczba punktów, którą można było uzyskać w Podskali II. Asertywność w sytuacji oraz Podskali III. Umiejętności komunikacyjne wyniosła 25 punktów, minimalna – 5.

### 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 nieinwazyjnych badań naukowych”.

### WYNIKI

Ze względu na fakt, że celem pracy była analiza poziomu empatii oraz umiejętności pracy z emocjami wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego do analizy wyników wykorzystano Podskalę I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami i pięć pytań dotyczących empatii i umiejętności pracy z emocjami.

Analiza Podskali I wykazuje, iż poziom empatii wśród badanej grupy jest wysoki, 139 położnych uzyskało maksymalną liczbę punktów, jedynie nieliczna grupa (19 osób) uzyskała punktację w granicach 26–38 punktów (tab. 1–3).

Grupę położnych zapytano, czy potrafią odczuwać radość z pacjentką po porodzie, który przebiegł bez komplikacji. Niemalże wszystkie położne współodczuwają radość z pacjentką, bardzo nieznaczny odsetek nie ma zdania lub nie podziela emocji kobiety.

Z opinii niemalże wszystkich respondentek wynika, iż uważają się za osoby zdecydowanie empatyczne bądź empatyczne, nieliczne nie mają zdania lub uważają się za osoby pozbawione empatii.

W kolejnym pytaniu położne poproszono o odpowiedź, czy starają się zmniejszyć poziom stresu u pacjentki oczekującej na zabieg operacyjny. Liczna grupa zdecydowanie podejmuje takie działania zgodnie z kompetencjami, jedna trzecia badanych stara się obniżyć poziom stresu, natomiast nieliczna część pośród badanych podchodzi dość obojętnie do tego, co odczuwają pacjentki.

Zdecydowana większość respondentek rozumie bądź stara się zrozumieć zdenerwowanie pacjentek oczekujących w izbie przyjęć, nieliczne nie mają zdania. Jedynie jedna położna nie zwraca uwagi na stan emocjonalny swoich podopiecznych.

Zdecydowana większość ankietowanych zdecydowanie nie odczuwa zdenerwowania pracując z ciężarnymi, zaś około jedna trzecia ankietowanych wypowiada się, że praca z ciężarnymi nie wpływa negatywnie na ich emocje. Nieznaczna grupa deklaruje, iż nie ma zdania na ten temat lub przyznaje, że kobiety w ciąży je denerwują.

W analizowanej grupie odpowiedź na pytanie, czy praca z kobietami w powikłanej ciąży wymaga większego zaangażowania emocjonalnego, dwie trzecie odpowiedziało zdecydowanie przecząco lub stwierdziło, że nie musi angażować się bardziej aniżeli w pracy z ciężarnymi, u których ciąża przebiega prawidłowo. Natomiast jedna trzecia nie ma zdania bądź stwierdziła, iż nie odpowiada im praca z tymi kobietami, jedynie jedna położna przyznaje, iż zdecydowanie nie lubi pracy z ciężarnymi w ciąży powikłanej.

Bardzo nieliczna grupa badanych nie podziela zaniepokojenia pacjentki o stan zdrowia dziecka lub nie zastanawia się nad tym. Znaczna część badanych rozumie zaniepokojenie matek, największa grupa, stanowiąca ponad połowę ankietowanych, zdecydowanie rozumie ich niepokój.

Zachęcanie pacjentek do zadawania pytań w przypadku wątpliwości w prawidłowym zrozumieniu wypowiedzi pytających połowa zdecydowanie zachęca, niemalże połowa zachęca. Pozostała grupa deklaruje brak zdania, a dwie ankietowane nie

zachęcają lub zdecydowanie nie zwracają uwagi na fakt, czy odbiorca wypowiedzi prawidłowo ją zrozumiał.

Zdecydowana większość respondentek jest zdania, że dbanie o indywidualność każdej pacjentki jest bardzo ważne.

**Tabela 2.** Analiza wyników skali: Kwestionariusz Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP)

Statystyki opisowe	Łącznie
SD	8,471
Min: 26 punktów	88
Maks: 130 punktów	126
Punkty: 0–65	0
Punkty: 66–130	153
Punkty: 0–32,5	0
Punkty: 33–65	0
Punkty: 66–98,5	28
Punkty: 99–130	125

**Tabela 3.** Analiza wyników Podskali I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami Kwestionariusza Kompetencji Społecznych Położnych (KKSP)

Statystyki opisowe	Podskala I. Empatia i umiejętność pracy z emocjami Pytania: 1, 2, 3, 4, 5*, 8*, 9, 11, 22, 23
SD	3,852
Min: 10 punktów	10
Maks: 50 punktów	50
Punkty: 0–12	–
Punkty: 13–25	–
Punkty: 26–38	19
Punkty: 39–50	134

\* Pytania 5 i 8 były pytaniami odwróconymi, przed zsumowaniem punktów odpowiedź na pytania zostały przekodowane.

### DYSKUSJA

Pielęgniarstwo/położnictwo jest sztuką, a o właściwym urzeczywistnianiu tej sztuki decyduje nie tylko zdobyta wiedza i predyspozycje zawodowe. Bardzo istotne są predyspozycje osobowe pozwalające na objęcie pacjenta nie tylko opieką wynikającą z procedur, lecz również szeroko rozumianego wsparcia. Wymaga to znacznego zaangażowania emocjonalnego, empatii, wglądu w siebie, by z pokorą dostrzec drugiego człowieka w chorobie, cierpieniu [14].

W odpowiedzi na pytanie, czy uważają się za osoby empatyczne, zdecydowanie można stwierdzić, że wyniki są na wysokim poziomie – 129 osób (85%).

Tałaj badając m.in. poziom empatii wśród 50 pielęgniarek i 50 położnych w dwóch elbląskich szpitalach uzyskała podobne rezultaty (90% pielęgniarek, 85% położnych posiada zdolność do empatii) [15].

Kurowska i Zuza-Witkowska poddały analizie poziom empatii określony narzędziem M.H. Dawisa (Indeks Reaktywności Interpersonalnej) oceniający komponenty empatii – 93,6% spośród 109 pielęgniarek odczuwało pozytywne emocje w pracy z pacjentkami [16].

Krajewska-Kułąk i wsp. również analizowały poziom empatii wśród studentów pielęgniarstwa, gdyż decyzja o wyborze zawodu pielęgniarki/położnej ściśle wiąże się z przestrzeganiem pewnych zasad i wartości moralnych. Od studentów kierunków medycznych oczekuje się szerokich kompetencji zawodowych i stosownych cech charakteru, a wśród nich dużych pokładów empatii. Profesjonalne przygotowanie pielęgniarek/położnych powinno być ukierunkowane na umiejętność dostrzegania emocjonalnych problemów pacjenta oraz empatycznego reagowania na te problemy. Badania wykazały, iż najwyższy poziom empatii prezentują studentki III roku [17].

Wyniki badań własnych wykazały także zdolności interpersonalne położnych powodujące obniżenie poziomu odczuwanego lęku kobiet w procesie diagnozowania, przygotowywania do

zabiegów ginekologicznych. Położne w badanej grupie potwierdziły chęć takich działań w stosunku do podopiecznych zgodnie z kompetencjami na poziomie zdecydowanie wysokim – 59%, zaś 37% badanych starało się zniwelować odczucie lęku. Bączek i wsp. również uważają, że położne powinny wykorzystywać wszelkie umiejętności w kierunku zmniejszenia lęku przed zabiegiem operacyjnym, a w konsekwencji wytworzenia gotowości do podejmowanych zalecanych zachowań [18]. Borzęcka zwraca uwagę na ogromną rolę położnych pracujących na blokach operacyjnych ginekologicznych. Jest to miejsce niezwykle stresujące dla pacjentki, która musi przyjąć ogromną dawkę niepokoju, strachu. Humanitarny wymiar okazywania troski i zrozumienia może przejawiać się w postaci delikatnego dotyku, kontaktu wzrokowego, uśmiechu jako wyraz niwelowania negatywnych emocji osób, którymi opiekują się położne [19].

Na podstawie analizy materiału badawczego ustalono, że badane doskonale rozumieją zaniepokojenie pacjentek w przypadku choroby dziecka, otrzymane odpowiedzi uplasowały się na poziomie 95%.

Napiórkowska-Orkis i Olszewska publikując wyniki badań emocji doświadczanych przez rodziców dzieci leczonych w Klinice Neonatologii OITN GPSK UM w Poznaniu, dowodzą, iż objęcie opieką holistyczną dziecka i jego rodziców ma pozytywny wpływ w łagodzeniu negatywnych skutków wcześniactwa. Ponadto, położne pracujące w oddziałach neonatologicznych mogą przeciwdziałać traumie psychologicznej rodziców [20].

Jednym z najbardziej traumatycznych przeżyć, jakich mogą doświadczyć rodzice, jest śmierć dziecka. Tragiczne zakończenie ciąży niezależnie od okresu jej trwania jest trudną rzeczywistością dla rodziców, lecz również dla personelu medycznego. Rodzice tracą część siebie, nadzieję, radość w jednym momencie życie zmienia się w śmierć, oczekiwanie nagle przechodzi w rozpacz. Personel medyczny doświadcza rozczarowania, żalu, poczucia porażki zawodowej, przegranych zmagania o życie [21, 22].

Sebastyańska-Targowska zwraca uwagę na komunikowanie się jako ofiarowywanie siebie, zwłaszcza na poziomie przeżywania i współobecności w obliczu utraty dziecka. Kobieta w obliczu poronienia intuicyjnie kieruje się w stronę innej kobiety – położnej, opiekunki, która wcześniej stanowiła źródło wsparcia i bezpieczeństwa, następnie stała się obserwatorem śmierci oczekiwanego dziecka, świadkiem rozpacz [23].

Łuczak-Wawrzyniak i wsp. analizowały sytuację kobiet w obliczu straty ciąży, dziecka lub jego zdrowia w perspektywie obecnej, jak i odległej w postaci problemów emocjonalnych. Autorki zwracają uwagę na traumatyczny wydzźwięk uczestnictwa w utracie ciąży i towarzyszenie kobietom po tym zdarzeniu dla położnych [24].

Świetliński i wsp. uważają, że personel szpitalny musi być przeszkolony w zakresie kompleksowej opieki nad matką, która straciła dziecko. Wsparcie jest niezwykle istotnym czynnikiem warunkującym polepszenie samopoczucia oraz powrót do zdrowia [25].

Prawidłowa komunikacja położnej z pacjentką jest fundamentem wzajemnej współpracy w procesie leczniczym. Objęty badaniami personel pytany o zagadnienie potwierdzenia prawidłowości odbioru informacji przez pacjentkę, potwierdził, iż zachęca pacjentki do zadawania pytań w przypadku niepewności w zrozumieniu wypowiedzi, zdecydowanie nie przysparza to trudności 50% badanych, natomiast 44% badanych nie ma z tym problemu. Zbliżone wyniki uzyskała Tałaj [15].

Grzegory-Suchanek i Banaszczyk zwracają uwagę na duże znaczenie właściwej, dobrej relacji położnej z pacjentką, co skutkuje trafnością diagnozy, zapewnieniem odpowiedniej pomocy, zrozumieniem pacjentki. Dobra komunikacja musi bazować na umiejętności mówienia, by słuchacz właściwie rozumiał przekaz oraz na zdolności słuchania by zrozumieć, okazać szacunek, empatię, wzbudzić poczucie bezpieczeństwa osoby zwracającej się do nas [26].

Przeprowadzane badania określiły stanowczo, że każda pacjentka zasługuje na indywidualność. Stanowisko takie zajęło ponad 90% ankietowanych, dla bardzo nielicznej grupy (3%) nie ma to znaczenia. Tałaj i Suchorzewska poddały ocenie stosunek pielęgniarek/położnych do uznania indywidualności, autonomii, poszanowania woli godności oraz człowieczeństwa każdego pacjenta – pielęgniarki zaprezentowały wyższe wyniki – około 90%, położne – powyżej 50% [27].

Pielęgniarki i położne, zarówno w badaniach własnych oraz innych autorów, deklarują, iż w postawach wobec pacjentów priorytetem niewątpliwie jest odpowiedzialność, empatia, poszanowanie godności indywidualności oraz zasad zapisanych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej. Pacjent nie może być anonimową jednostką czy przypadkiem klinicznym, lecz dobro pacjenta zawsze musi być nadrzędnym celem opieki pracowników ochrony zdrowia.

Przeprowadzone badania ankietowe wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego pozwoliły określić poziom empatii opisywanej grupy zawodowej. Na podstawie przeprowadzonej analizy zebranego materiału stwierdzono, że położne posiadają duży poziom empatii, w umiejętny sposób radzą sobie z emocjami nieustannie towarzyszącymi „pracy z misją”.

Dokonany przegląd zagadnienia empatii wśród położnych jednoznacznie wykazuje, iż wysoki jej poziom bardzo korzystnie wpływa na doskonalenie relacji położna-pacjentka. Ponadto można stwierdzić, iż poziom empatii, jakim wykazują się położne, jest niezależny od stażu pracy, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia czy stanu cywilnego.

Z uwagi na złożony charakter pracy oraz wiele czynników wpływających na obowiązki pielęgniarki/położnej w badaniach dotyczących empatii powinno się uwzględnić zjawisko wypalenia zawodowego, jako czynnika wpływającego na zmniejszenie zdolności empatycznych w stosunku do drugiej osoby.

Dostrzega się potrzebę inwestowania pracodawców w opiece zdrowotnej w rozwój kursów oraz metod lepszego radzenia sobie z emocjami, aby nie wpływały destrukcyjnie na pracowników sfery medycznej.

## WNIOSKI

1. W badanej grupie położne posiadały duży poziom empatii i w umiejętny sposób radziły sobie z emocjami w pracy.
2. Poziom empatii, jakim wykazują się położne, jest niezależny od stażu pracy, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, stanu cywilnego.
3. Z uwagi na złożony charakter pracy oraz wiele czynników wpływających na obowiązki pielęgniarki/położnej w badaniach dotyczących empatii powinno się uwzględnić zjawisko wypalenia zawodowego, jako czynnika wpływającego na zmniejszenie zdolności empatycznych w stosunku do drugiej osoby.

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

## BIBLIOGRAFIA

1. Lewis M, Jones J. *Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005: 849–862.
2. Rembowski J. Empatia i sposoby jej badania. *Kwart Ped* 1982; (3–4): 107–120.
3. Zarzycka D, Ślusarska B, Dobrowolska B, i wsp. Empatia w pielęgniarstwie. Założenia, praktyka i jej empiryczne uwarunkowania. *Pielęg XXI* w 2016; 3(56): 33–38.

4. Doroszewski J, Kulus M, Markowski A. *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2014: 52.
5. Hoffman M. *Empatia i rozwój moralny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006: 38–205.
6. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej

- Polskiej. Uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. Dostępny na URL: <http://www.oipip-suw.osti.pl/onas/kodeks.pdf>
7. Szabat M. Wartości zawarte w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej w świetle medycznych modeli komunikacyjnych. *Pieleg XXI* w 2015; 4(53): 103–108.
  8. Ostrzyżek A, Marcinkowski J. Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(4): 682–686.
  9. Łuczak P, Pasierski T. *Etyka medyczna z elementami filozofii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017: 83, 113–114.
  10. Kozak S. *Patologie w środowisku pracy. Zapobieganie i leczenie*. Warszawa: Difin 2009: 225.
  11. Wilczek-Różyczka E. Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia. *Sztuka Leczenia* 2006; 13(1–2): 39–49.
  12. Andruszkiewicz A, Sobczak M, Banaszekiewicz M. Empatia a wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek. Wyzwanie dla procesu kształcenia. *Pieleg XXI* w 2012; 2(39): 27–30.
  13. Krysa J, Iwanowicz-Palus G. *Standardy i procedury postępowania w praktyce zawodowej położnej. Kompetencje zawodowe polskich położnych – opracowanie autorskie. Kobieta i jej rodzina. Profesjonalny poradnik dla położnych*. Warszawa: Wydawnictwo Raabe; 2009: 24–38.
  14. Ewertowska J. Czy pielęgniarstwo jest sztuką. *Biuletyn ORPiP w Olsztynie* 2013; 2: IV–VI.
  15. Tałaj A. Badania pielęgniarstwa. Holistycznie i empatią. *Mag Pielęg Położ* 2007; 4: 15.
  16. Kurowska K, Zuza-Witkowska A. Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Now Lek* 2011; 80: 277–282.
  17. Krajewska-Kułak E, Van Dame-Ostapowicz K, Bielemuk A, i wsp. Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa. *Probl Pielęg* 2010; 1(1): 1–10.
  18. Bączek G, Sobolewska M, Dmoch-Gajzlerska E. Rola komunikacji w przygotowaniu do zabiegu ginekologicznego. *Probl Pielęg* 2009; 17(2): 139–143.
  19. Borzęcka J. Artykuł przewodniczącej Komisji ds. pielęgniarstwa operacyjnego przy OIPiP w Lublinie. *Nasz Głos. Pismo OIPiP w Lublinie* 2013; 4: 19–21.
  20. Napiórkowska-Orkisz M, Olszewska J. Wpływ holistycznej opieki nad pacjentem OITN na psychologiczne i fizyczne aspekty wcześniactwa. *Pol Prz Nauk Zdr* 2017; 1(50): 97–101.
  21. Bubiak A, Bartnicki J, Knihinicka-Mercik Z. Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. *Piel Zdr Publ* 2014; 4: 69–78.
  22. Banasiak-Parzych B. Psychologiczne aspekty utraty ciąży. Opieka położnicza pod znakiem szczególnej troski. *Mag Pielęg Położ* 2010; 11: 23–25.
  23. Sebastyańska-Targowska I. Obszar komunikacji niewerbalnej między położną a pacjentką w sytuacji poronienia. *Przedz Zarz* 2012; XIII(11): 61–70.
  24. Łuczak-Wawrzyniak J, Czarnecka-Iwańczuk M, Bukowska A, i wsp. Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży. *Ginekol Pol* 2010; 5: 374–377.
  25. Świetliński J, Baranowska E, Czichy J, i wsp. *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017: 480.
  26. Grzegory-Suchanek B, Banaszczuk M. Na czym polega dobra komunikacja z pacjentem w pracy położnej. *Biuletyn Edukacyjno-informacyjny dla Personelu Medycznego Oddziałów Położniczych i Neonatologicznych* 2015; 21: 9.
  27. Tałaj A, Suchorzewska J. Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Probl Pielęg* 2007; 15(1): 32–38.

**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: 25.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 30.09.2017 r.



# WYPALENIE ZAWODOWE ORAZ SATYSFAKCJA Z ŻYCIA WŚRÓD PIELEŃNIAREK ANESTEZJOLOGICZNYCH I INTENSYWNEJ OPIEKI

*Occupational burnout and life satisfaction among anaesthetists and intensive care nurses*

Aurelia Świątek<sup>1</sup>, Dorota Milecka<sup>2</sup>, Izabella Uchmanowicz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup> Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

<sup>3</sup> Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Zespół wypalenia zawodowego to problem dotyczący pielęgniarek pracujących w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, które przez dłuższy czas udzielają pomocy pacjentom, walczą o ich życie oraz udzielają wsparcia emocjonalnego rodzinie.

**Cel pracy.** Zwrócenie uwagi na kwestię i częstość występowania zespołu wypalenia zawodowego oraz satysfakcji z życia wśród pielęgniarek.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto grupę pielęgniarek oraz pielęgniarczy (n = 100) pracujących na oddziałach intensywnej opieki w województwie dolnośląskim. Do oceny wypalenia zawodowego wykorzystano kwestionariusz wypalenia zawodowego (MBI). Zastosowano również skalę zadowolenia z życia (SWLS). Analizy wykonano w środowisku statystycznym „R” oraz programie PSPP. Niezależność odpowiedzi testowych weryfikowano za pomocą dokładnego testu Fishera. Za znamienne statystycznie wyniki uznano dla  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Czynniki, które mają szczególnie wpływ na powstanie zespołu wypalenia zawodowego, to obciążenie pracą, złe relacje w zespole, konflikty w miejscu pracy, ponadprzeciętne wymagania oraz aspiracje zawodowe. Ważną rolę odgrywają również przełożeni, którzy mają za zadanie stworzyć stosowne warunki pracy, a przede wszystkim sprawiedliwie dzielić obowiązki. Proces wypalenia zawodowego rozwija się bardzo długo, należy zatem zwracać uwagę i nie lekceważyć pierwszych objawów. Duże znaczenie ma umiejętność rozgraniczenia życia zawodowego od prywatnego.

**Wnioski.** Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek oddziałów anestezjologicznych i intensywnej terapii jest poważnym problemem, którego nie należy bagatelizować. Każda pielęgniarka powinna uczyć się technik oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem, technik relaksacji, asertywności oraz komunikacji interpersonalnej. W tym zakresie ważne jest organizowanie warsztatów psychologicznych, które miałyby za zadanie wzmocnienie słabych stron osobowości, a także zdobycia umiejętności w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych. Należałoby zatem wprowadzić zmiany warunków wykonywanej pracy dotyczących obsady oraz wpłynąć na jakość przepływu informacji współpracowników.

**Słowa kluczowe:** wypalenie zawodowe pielęgniarek, jakość życia, czynniki ryzyka, badania ankietowe.

## SUMMARY

**Background.** The occupational burnout syndrome is a problem for nurses working in anaesthesia and intensive care units, who help patients for a long time, fight for their lives and provide emotional support to their families.

**Objectives.** The aim of the study is to draw attention to the issue and frequency of occupational burnout and to nurses' satisfaction with life.

**Material and methods.** The study included a group of female and male nurses (n = 100) working in intensive care units in the Lower Silesian Voivodship. The Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to assess burnout, as well as the Satisfaction With Life Scale (SWLS) was also used. The analyses were done in the “R” statistical environment and the Public Sector Purchase Program (PSPP). Independence of the test responses was verified using Fisher's exact test. Statistically significant results were found for  $p < 0.05$ .

**Results.** Factors that have a particular impact on the emergence of occupational burnout include workload, bad teamwork, workplace conflicts, over-average demands, and professional aspirations. An important role is also played by superiors in creating the right working conditions and, above all, sharing the responsibilities fairly. The burnout process is developing very long, so pay attention and do not underestimate the first symptoms. It is important to distinguish between professional and private life.

**Conclusions.** Professional burnout among nurses in anaesthesia and intensive care units is a serious problem that should not be underestimated. Every nurse should learn techniques and skills in coping with stress, relaxation techniques, assertiveness and interpersonal communication. In this respect, it is important to organize psychological workshops to strengthen the weaknesses of the personality and to acquire skills in coping with crisis situations. It would therefore be appropriate to make changes to the working conditions of the workforce and to the quality of the information flow of contributors.

**Key words:** occupational burnout of nurses, quality of life, risk factors, questionnaire study.

## WSTĘP

Praca w życiu każdego człowieka stanowi bardzo ważną sferę codziennego funkcjonowania. Działalność zawodowa w sposób zorganizowany i ciągły może być dla człowieka źródłem satysfakcji oraz samorealizacji, jest środkiem do osiągnięcia statusu materialnego, lecz również źródłem niezadowolenia i zniechęcenia [1].

W ostatnich latach zespół wypalenia zawodowego (OBS – ang. *occupational burnout syndrome*) jest coraz powszechniejszy. To zjawisko mocno zsynchronizowane ze stresem zawodowym. Poczucie wyczerpania psychofizycznego i nadmiernego obciążenia zawodowego powstaje wskutek przyjmowania na siebie wielu obowiązków, które przekraczają indywidualne możliwości [2].

Zespół wypalenia zawodowego to problem dotyczący pielęgniarek pracujących w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, które przez dłuższy czas udzielają swoim podopiecznym pomocy, walczą o ich życie, a także udzielają wsparcia emocjonalnego rodzinie [3].

Konsekwencją trwającego przez dłuższy czas stresu i nieefektywnego radzenia sobie z obowiązkami narzuconymi przez pracodawcę, czy też przełożonego, może nieść ze sobą szereg niebezpieczeństw, do których zalicza się: sferę psychiczną, fizyczną, rodzinną oraz zawodową [1].

Syndrom wypalenia zawodowego rozpoczyna się zwykle niezauważalnie, osoba, której to dotyczy często nie rozpoznaje pierwszych objawów. Powszechna definicja tego procesu zakła-

da, że jest to długotrwała reakcja na stresory interpersonalne oraz emocjonalne działające w pracy [4]. Początkowo pojawia się zmęczenie, drażliwość, napięcie, hiperaktywność związana z objawami wyczerpania psychofizycznego. Na skutek stresu związanego ze stanem napięcia w następnej fazie dochodzi do utraty energii, zniechęcenia oraz występują oznaki depresji odniesione wyłącznie do sytuacji zawodowej [5].

Na powstanie oraz rozwój syndromu wypalenia zawodowe mają wpływ: wiek, płeć, wykształcenie oraz stan cywilny (czynniki demograficzne). Warto zwrócić uwagę na wiek, wyższe wskaźniki można zaobserwować u młodszych osób oraz u osób z wyższym wykształceniem, wiąże się to z brakiem doświadczenia zawodowego oraz z abstrakcyjnymi oczekiwaniami związanymi z pracą [6].

Wyższe wskaźniki obserwuje się również u osób samotnych, w porównaniu do osób pozostających w związkach. Inne badania wskazują wyższy wskaźnik wyczerpania emocjonalnego u kobiet, natomiast mężczyźni uzyskują wyższy wskaźnik w depersonalizacji. Biorąc pod uwagę czynniki osobowościowe, pracownicy o niewielkiej odporności psychicznej oraz nieradzący sobie ze stresem są bardziej podatni na zespół wypalenia zawodowego. Inne czynniki osobowościowe, które warunkują powstanie wypalenia zawodowego, to m.in.: lęk, depresja, impulsywność, wrogość, nieśmiałość, nadwrażliwość itd. [6].

Czynniki interpersonalne zespołu wypalenia wiążą się z relacjami na linii pracownik-klient, gdzie może pojawić się wyraźne emocjonalne zaangażowanie pracownika w sprawy klienta (porada, motywowanie, leczenie, opieka). Czynniki te dotyczą również kontaktów z przełożonymi oraz współpracownikami (konflikty interpersonalne, zaburzona komunikacja, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, mobbing). W konsekwencji może to prowadzić do stopniowej utraty energii i predysponować do wypalenia zawodowego. Z czasem nieumiejętność zachowywania równowagi między dbaniem o siebie a dbaniem o innych może stać się dla samych siebie czymś bardzo niebezpiecznym. Najważniejsze jest wówczas, aby osoby, które pomagają, były same wspierane przez otoczenie [7].

Do czynników wywołujących stres zaliczana jest również konfrontacja ze śmiercią, cierpieniem czy agresją. Zagrożenia interpersonalne stanowią także sytuacje stresujące, które wiążą się z kontaktami ze współpracownikami czy też przełożonym, mówi się wtedy o mobbingu, braku zaufania oraz o przemocy psychicznej. Socjologicy oraz psycholodzy biorą pod uwagę wzrost napięć emocjonalnych, które wynikają ze znacznego osłabienia więzi społecznych w miejscu wykonywania pracy, jak również poza nią. Człowiek, który pozostaje bez wsparcia ze strony innych ludzi, gorzej radzi sobie z rozwiązywaniem problemów [8].

Do czynników organizacyjnych według Maslach oraz Leiter zalicza się: 1) przeciążenie pracą – nadmiar obowiązków, krótki czas na wykonywanie określonych zadań, brak możliwości pogodzenia życia zawodowego z prywatnym, pośpiech oraz za duże wymagania od strony przełożonego; 2) kontrolę – duża odpowiedzialność bez podejmowania decyzji; 3) wynagradzanie oraz docenianie – niskie wynagrodzenie bez nagród finansowych, brak doceniania; 4) relacje społeczne – izolacja, wszelkie konflikty zawodowe, brak wsparcia ze strony współpracowników, podważanie kompetencji; 5) sprawiedliwość – faworyzowanie i dyskryminowanie; 6) wartości – rozbieżności między celami organizacji a pracownika, wymagania dotyczące zachowań niezgodnych z wartościami pracownika [8].

Ogromne znaczenie ma podejście przełożonego do pracownika. Powinien on być wzorem do naśladowania, a przede wszystkim wsparciem dla pracownika, winien wysłuchiwać problemów zawodowych oraz proponować dotyczących wykonywania pracy. Współpracownicy również powinni być wsparciem dla siebie nawzajem. Bardzo ważną rolę odgrywa odczucie, że jest się częścią zespołu. Działania w pojedynkę, bez możliwości rozmowy z doświadczonym współpracownikiem, sprzyja w powstaniu

wypalenia oraz frustracji [9]. Wymienione czynniki nie są pełnym zestawieniem czynników powodujących zespół wypalenia zawodowego. Należy zwrócić uwagę, że nie muszą stać się przyczyną do powstania tego zjawiska, tylko zwiększają prawdopodobieństwo jego wystąpienia [9].

Pielęgniarki pracujące w oddziałach intensywnej opieki są szczególnie narażone na zespół wypalenia zawodowego oraz należą do grup wysokiego ryzyka. Praca, której istotę stanowi opieka oraz pielęgnowanie człowieka po wypadku, po operacji, w stanie terminalnym, w zaawansowanym stadium choroby, wyczerpuje przede wszystkim przez nieustanne poruszanie się wokół spraw ostatecznych, krytycznych, wyczerpuje przez swoją intensywność [5].

#### CEL PRACY

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na kwestię i częstość występowania zespołu wypalenia zawodowego oraz satysfakcji z życia wśród pielęgniarek. Ważnym aspektem było również przedstawienie czynników, które mają wpływ na wykonywaną pracę oraz życie prywatne. W prezentowanej pracy problem wypalenia zawodowego został doprecyzowany przez 22 hipotezy szczegółowe, które ze względu na znaczną objętość tekstu zostaną omówione przy okazji prezentowania wyników.

#### MATERIAŁ I METODY

##### Uczestnicy badań

Sondażem diagnostycznym objęto grupę pielęgniarek oraz pielęgniarki, łącznie 100 ankietowanych, pracujących na oddziałach intensywnej opieki w województwie dolnośląskim. Podejmując się zadania odpowiedzi na postawione założenia oraz cele pracy, jak również weryfikacji sformułowanych hipotez, zaplanowano przeprowadzenie badań ankietowych. W tym celu opracowano kwestionariusz zawierający 29 pytań.

##### Narzędzia badawcze

Do pomiaru zmiennej wyjaśnianej – wypalenia zawodowego – wykorzystano kwestionariusz wypalenia zawodowego (MBI – ang. *Maslach Burnout Inventory*) autorstwa Maslach [10]. Składa się on z 22 pytań dotyczących własnej osoby, to pytania zamknięte, gdzie ankietowani odpowiadają „tak” lub „nie”. Test zbudowany jest z 3 podskal, które odpowiadają wymiarom wypalenia zawodowego: wyczerpaniu emocjonalnemu (9 pytań), depersonalizacji (5 pytań) oraz satysfakcji zawodowej (8 pytań), w kwestionariuszu opracowane są również 2 dodatkowe pytania, które wiążą się z wynagrodzeniem.

Zastosowano również skalę zadowolenia z życia (SWLS – ang. *Satisfaction with Life Scale*) skonstruowaną przez Diener i wsp. [11]. Skala ta zawiera 5 stwierdzeń. Badana osoba ocenia, w jakim stopniu stwierdzenia odnoszą się do jej życia dotychczasowego. Kwestionariusz wypalenia zawodowego został przeliczony na trzy skale – uzyskane wyniki mają charakter ilościowy. Wyniki tych skal to statystyki opisowe (średnia, odchylenie, minimum, maksimum i mediana). Natomiast w kwestionariuszu zadowolenia z życia zastosowano steny (wyniki zawierają się w przedziale od 1 do 10) i przedstawiono to w formie tabeli. Wyniki testu ogólnego wyczerpania emocjonalnego zaprezentowano jako statystyki opisowe (średnia, mediana, odchylenie standardowe, minimum, maksimum). Średnie uzyskane punkty zaplanowano w skali od 0,00 do 12,0.

##### Analiza statystyczna

Analizy wykonano w środowisku statystycznym „R” oraz programie PSPP (ang. *Public Sector Purchase Programme*). Odpowiedzi na pytania ankiety dotyczące zmiennych jakościowych i porządkowych w pięciu grupach wiekowych zebrano w tabelach wielodzielczych (kontyngencyjnych) w postaci licznosci ( $n$ ) i odsetka ankietowanych (%). Niezależność tych odpowiedzi od wieku weryfikowano za pomocą dokładnego testu Fishera. Jako cechy zależne od wieku uznano, gdy wynik testu (poziom istotności) wynosił  $p < 0,05$ .

**WYNIKI****Wyniki prezentujące charakterystykę badanej grupy**

Badania własne wykazały, że wśród wszystkich badanych osób 97% to kobiety. Pielęgniarzy mężczyzn było zaledwie 3% badanych. Najwięcej było osób w wieku między 35. a 44. rokiem życia – 28% badanych. Mniej, 27% badanych, miało od 45 do 54 lat. Młodsze osoby między 25. a 34. rokiem życia stanowiły 21% badanych. Osoby poniżej 25. roku życia stanowiły 14%. Najmniej osób było powyżej 54. roku życia i stanowiły jedynie 10% badanych. Pielęgniarki i pielęgniarze najczęściej posiadali licencjat pielęgniarstwa i stanowili 45% badanych. Mniejsza

grupa może pochwalić się magisterium z pielęgniarstwa – 30%. Najmniej osób wskazało na pielęgniarstwo dyplomowe – 25% badanych. Wśród dodatkowych kwalifikacji najczęściej wskazywaną formą były kursy, które zaznaczyło 62% badanych. Jedynie 38% badanych wskazało specjalizację. Wśród wszystkich badanych w pielęgniarstwie najczęstszą formą pracy jest praca wielozmianowa, którą wskazało 69% badanych. Jedynie 31% badanych pracuje w systemie jednozmianowym. Najczęstszą funkcją jest funkcja odcinkowej – 79% badanych. Funkcja koordynująca jest pełniona przez 15% badanych osób. Oddziałowymi było jedynie 6% respondentów. Szczegółową charakterystykę badanych uczestników przedstawia tabela 1.

**Tabela 1.** Charakterystyka badanych pielęgniarek

Zmienna		Wiek					Wynik dokładnego testu Fishera
		< 25	25-34	35-44	45-54	> 54	
Płeć	kobieta	14 (100%)	20 (95,2%)	28 (100%)	26 (96,3%)	9 (90%)	$p = 0,398$
	mężczyzna	0 (0%)	1 (4,8%)	0 (0%)	1 (3,7%)	1 (10%)	
Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/-rza	< 5	14 (100%)	12 (57,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	$p = 0,001$
	5-10	0 (0%)	2 (9,5%)	7 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	
	11-15	0 (0%)	7 (33,3%)	2 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	
	16-20	0 (0%)	0 (0%)	6 (21,4%)	1 (3,7%)	0 (0%)	
	21-25	0 (0%)	0 (0%)	13 (46,4%)	6 (22,2%)	0 (0%)	
	> 25	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (74,1%)	10 (100%)	
Wykształcenie zawodowe	pielęgniarka/-rz dyplomowana/-y	0 (0%)	0 (0%)	11 (39,3%)	8 (29,6%)	6 (60%)	$p < 0,000$
	licencjat pielęgniarstwa	12 (85,7%)	5 (23,8%)	12 (42,9%)	13 (48,1%)	3 (30%)	
	magister pielęgniarstwa	2 (14,3%)	16 (76,2%)	5 (17,9%)	6 (22,2%)	1 (10%)	
Dodatkowe kwalifikacje w zawodzie	kursy	14 (100%)	13 (61,9%)	13 (46,4%)	14 (51,9%)	8 (80%)	$p = 0,003$
	specjalizacje	0 (0%)	8 (38,1%)	15 (53,6%)	13 (48,1%)	2 (20%)	
Miejsce zamieszkania	miejscowość < 50 tys. mieszkańców	5 (35,7%)	9 (42,9%)	9 (32,1%)	15 (55,6%)	3 (30%)	$p = 0,259$
	miejscowość 50-100 tys. mieszkańców	1 (7,1%)	3 (14,3%)	8 (28,6%)	2 (7,4%)	4 (40%)	
	miejscowość < 100 tys. mieszkańców	8 (57,1%)	9 (42,9%)	11 (39,3%)	10 (37%)	3 (30%)	
W jakim systemie Pani/Pan pracuje	jednozmianowym	2 (14,3%)	5 (23,8%)	7 (25%)	13 (48,1%)	4 (40%)	$p = 0,156$
	wielozmianowy	12 (85,7%)	16 (76,2%)	21 (75%)	14 (51,9%)	6 (60%)	
Jaką funkcję Pani/Pan pełni	oddziałowa/-y	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,6%)	4 (14,8%)	1 (10%)	$p = 0,054$
	koordynująca/-y	2 (14,3%)	0 (0%)	5 (17,9%)	5 (18,5%)	3 (30%)	
	odcinkowa/-y	12 (85,7%)	21 (100%)	22 (78,6%)	18 (66,7%)	6 (60%)	

**Tabela 2.** Wyniki kwestionariusza MBI z podziałem na grupy wiekowe

Zmienna		Wiek					Wynik dokładnego testu Fishera
		< 25	25-34	35-44	45-54	> 54	
Przez moją pracę czuję się emocjonalnie wyczerpana/-y	tak	8 (57,1%)	8 (38,1%)	23 (82,1%)	21 (77,8%)	4 (40%)	$p = 0,004$
	nie	6 (42,9%)	13 (61,9%)	5 (17,9%)	6 (22,2%)	6 (60%)	
Na koniec dnia pracy czuję się zużyta/-y	tak	10 (71,4%)	16 (76,2%)	24 (85,7%)	24 (88,9%)	6 (60%)	$p = 0,253$
	nie	4 (28,6%)	5 (23,8%)	4 (14,3%)	3 (11,1%)	4 (40%)	
Wstając rano, czuję się już zmęczona/-y, kiedy widzę przed sobą nowy dzień pracy	tak	6 (42,9%)	13 (61,9%)	20 (71,4%)	15 (55,6%)	4 (40%)	$p = 0,297$
	nie	8 (57,1%)	8 (38,1%)	8 (28,6%)	12 (44,4%)	6 (60%)	
Bardzo mnie wyczerpuje całodzienna praca z ludźmi	tak	5 (35,7%)	8 (38,1%)	12 (42,9%)	16 (59,3%)	4 (40%)	$p = 0,539$
	nie	9 (64,3%)	13 (61,9%)	16 (57,1%)	11 (40,7%)	6 (60%)	
Przez moją pracę czuję się wypalona/-y	tak	2 (14,3%)	7 (33,3%)	17 (60,7%)	19 (70,4%)	4 (40%)	$p = 0,003$
	nie	12 (85,7%)	14 (66,7%)	11 (39,3%)	8 (29,6%)	6 (60%)	
Przez moją pracę czuję się sfrustrowana/-y	tak	5 (35,7%)	6 (28,6%)	21 (75%)	15 (55,6%)	4 (40%)	$p = 0,012$
	nie	9 (64,3%)	15 (71,4%)	7 (25%)	12 (44,4%)	6 (60%)	
Mam wrażenie, że zbyt ciężko pracuję	tak	10 (71,4%)	16 (76,2%)	24 (85,7%)	24 (88,9%)	6 (60%)	$p = 0,253$
	nie	4 (28,6%)	5 (23,8%)	4 (14,3%)	3 (11,1%)	4 (40%)	
Za bardzo mnie stresuje praca w bezpośrednim kontakcie z ludźmi	tak	2 (14,3%)	1 (4,8%)	5 (17,9%)	7 (25,9%)	3 (30%)	$p = 0,275$
	nie	12 (85,7%)	20 (95,2%)	23 (82,1%)	20 (74,1%)	7 (70%)	
Mam wrażenie, że osiągnęłam/-ałam granicę mojej mądrości	tak	1 (7,1%)	3 (14,3%)	2 (7,1%)	6 (22,2%)	1 (10%)	$p = 0,544$
	nie	13 (92,9%)	18 (85,7%)	26 (92,9%)	21 (77,8%)	9 (90%)	

Mam wrażenie, że traktuję niektórych klientów, jakby byli przedmiotami	tak	2 (14,3%)	6 (28,6%)	16 (57,1%)	11 (40,7%)	4 (40%)	$p = 0,076$
	nie	12 (85,7%)	15 (71,4%)	12 (42,9%)	16 (59,3%)	6 (60%)	
Stałam/-em się obojętna/-y wobec ludzi odkąd wykonuję tę pracę	tak	2 (14,3%)	3 (14,3%)	3 (10,7%)	2 (7,4%)	3 (30%)	$p = 0,480$
	nie	12 (85,7%)	18 (85,7%)	25 (89,3%)	25 (92,6%)	7 (70%)	
Obawiam się, że moja praca czyni mnie mniej współczującym	tak	5 (35,7%)	7 (33,3%)	15 (53,6%)	8 (29,6%)	7 (70%)	$p = 0,127$
	nie	9 (64,3%)	14 (66,7%)	13 (46,4%)	19 (70,4%)	3 (30%)	
W rzeczywistości nie interesuje mnie, co się stanie z niektórymi klientami	tak	4 (28,6%)	4 (19%)	8 (28,6%)	9 (33,3%)	3 (30%)	$p = 0,870$
	nie	10 (71,4%)	17 (81%)	20 (71,4%)	18 (66,7%)	7 (70%)	
Mam wrażenie, że niektórzy klienci i ich krewni sądzą, iż to ja ponoszę odpowiedzialność za ich problemy	tak	13 (92,9%)	16 (76,2%)	22 (78,6%)	19 (70,4%)	8 (80%)	$p = 0,611$
	nie	1 (7,1%)	5 (23,8%)	6 (21,4%)	8 (29,6%)	2 (20%)	
Łatwo mogę zrozumieć, co moi klienci myślą na określone tematy	tak	9 (64,3%)	12 (57,1%)	16 (57,1%)	23 (85,2%)	3 (30%)	$p = 0,021$
	nie	5 (35,7%)	9 (42,9%)	12 (42,9%)	4 (14,8%)	7 (70%)	
Udaje mi się skutecznie rozwiązywać problemy moich klientów	tak	7 (50%)	16 (76,2%)	14 (50%)	15 (55,6%)	5 (50%)	$p = 0,365$
	nie	7 (50%)	5 (23,8%)	14 (50%)	12 (44,4%)	5 (50%)	
Mam wrażenie, że przez moją pracę pozytywnie wpływam na życie	tak	9 (64,3%)	18 (85,7%)	14 (50%)	18 (66,7%)	7 (70%)	$p = 0,136$
	nie	5 (35,7%)	3 (14,3%)	14 (50%)	9 (33,3%)	3 (30%)	
Czuję w sobie duże pokłady energii	tak	6 (42,9%)	9 (42,9%)	9 (32,1%)	7 (25,9%)	6 (60%)	$p = 0,346$
	nie	8 (57,1%)	12 (57,1%)	19 (67,9%)	20 (74,1%)	4 (40%)	
Z łatwością przychodzi mi wytworzenie luźnej atmosfery	tak	5 (35,7%)	14 (66,7%)	19 (67,9%)	14 (51,9%)	6 (60%)	$p = 0,290$
	nie	9 (64,3%)	7 (33,3%)	9 (32,1%)	13 (48,1%)	4 (40%)	
Czuję się ożywiona/-y, kiedy ściśle współpracuję z moimi klientami	tak	9 (64,3%)	13 (61,9%)	14 (50%)	16 (59,3%)	7 (70%)	$p = 0,817$
	nie	5 (35,7%)	8 (38,1%)	14 (50%)	11 (40,7%)	3 (30%)	
W mojej pracy osiągnęłam/-ałam wiele znaczących celów	tak	7 (50%)	13 (61,9%)	10 (35,7%)	18 (66,7%)	8 (80%)	$p = 0,070$
	nie	7 (50%)	8 (38,1%)	18 (64,3%)	9 (33,3%)	2 (20%)	
W mojej pracy traktuję problemy emocjonalne bardzo spokojnie	tak	6 (42,9%)	12 (57,1%)	15 (53,6%)	15 (53,6%)	7 (70%)	$p = 0,790$
	nie	8 (57,1%)	9 (42,9%)	13 (46,4%)	12 (44,4%)	3 (30%)	
Niektóre osoby twierdzą, że wysokość wynagrodzenia za pracę jest nieistotna - pracują nie dla pieniędzy. Czy może Pani/Pan to samo powiedzieć o sobie?	tak - najważniejsza jest satysfakcja z pracy	2 (14,3%)	0 (0%)	1 (3,6%)	3 (11,1%)	0 (0%)	$p = 0,003$
	raczej tak - wysokość zarobków jest mniej istotna niż ogólne zadowolenie z pracy	2 (14,3%)	1 (4,8%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (40%)	
	nie mam na ten temat określonego zdania	1 (7,1%)	1 (4,8%)	2 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	
	raczej nie - wysokość wynagrodzenia nie jest mi obojętna	1 (7,1%)	8 (38,1%)	6 (21,4%)	4 (14,8%)	0 (0%)	
	nie - uważam, że praca powinna być odpowiednio wynagradzana	8 (57,1%)	11 (52,4%)	19 (67,9%)	20 (74,1%)	6 (60%)	
Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź	jestem przekonana/-y, że moje wynagrodzenie nie jest adekwatne do wykonywanej przeze mnie pracy (jest zbyt niskie)	13 (92,9%)	17 (81%)	27 (96,4%)	26 (96,3%)	9 (90%)	$p = 0,295$
	uważam, że moje wynagrodzenie za pracę jest adekwatne do rodzaju pracy, jaką wykonuję	1 (7,1%)	4 (19%)	1 (3,6%)	1 (3,7%)	1 (10%)	

Tabela 3. Wyniki skali SWLS z podziałem na grupy wiekowe

Zmienna		Wiek					Wynik dokładnego testu Fishera
		< 25	25-34	35-44	45-54	> 54	
W większości przypadków moje życie jest zbliżone do idealnego	stanowczo się nie zgadzam	2 (14,3%)	1 (4,8%)	3 (10,7%)	3 (11,1%)	1 (10%)	$p = 0,316$
	nie zgadzam się	2 (14,3%)	3 (14,3%)	4 (14,3%)	6 (22,2%)	0 (0%)	
	nieznacznie się nie zgadzam	2 (14,3%)	7 (33,3%)	7 (25%)	7 (25,9%)	1 (10%)	
	ani jedno ani drugie	5 (35,7%)	2 (9,5%)	8 (28,6%)	6 (22,2%)	4 (40%)	
	nieznacznie się zgadzam	3 (21,4%)	5 (23,8%)	2 (7,1%)	3 (11,1%)	0 (0%)	
	zgadzam się	0 (0%)	2 (9,5%)	4 (14,3%)	2 (7,4%)	4 (40%)	
Moje życiowe warunki są doskonałe	stanowczo popieram	0 (0%)	1 (4,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	$p = 0,327$
	stanowczo się nie zgadzam	2 (14,3%)	4 (19%)	1 (3,6%)	2 (7,4%)	1 (10%)	
	nie zgadzam się	0 (0%)	1 (4,8%)	5 (17,9%)	5 (18,5%)	1 (10%)	
	nieznacznie się nie zgadzam	3 (21,4%)	4 (19%)	11 (39,3%)	11 (40,7%)	1 (10%)	
	ani jedno ani drugie	5 (35,7%)	5 (23,8%)	5 (17,9%)	6 (22,2%)	4 (40%)	
	nieznacznie się zgadzam	2 (14,3%)	2 (9,5%)	5 (17,9%)	1 (3,7%)	1 (10%)	
	zgadzam się	2 (14,3%)	3 (14,3%)	0 (0%)	2 (7,4%)	2 (20%)	
stanowczo popieram	0 (0%)	2 (9,5%)	1 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)		

Jestem zadowolony z życia	stanowczo się nie zgadzam	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,6%)	1 (3,7%)	0 (0%)	$p = 0,659$
	nie zgadzam się	1 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (11,1%)	1 (10%)	
	nieznacznie się nie zgadzam	1 (7,1%)	7 (33,3%)	5 (17,9%)	7 (25,9%)	1 (10%)	
	ani jedno ani drugie	4 (28,6%)	3 (14,3%)	9 (32,1%)	7 (25,9%)	1 (10%)	
	nieznacznie się zgadzam	2 (14,3%)	5 (23,8%)	5 (17,9%)	5 (18,5%)	3 (30%)	
	zgadzam się	4 (28,6%)	4 (19%)	7 (25%)	3 (11,1%)	4 (40%)	
Jak na razie, zrealizowałam/-em ważne rzeczy, które chciałam/-em wykonać w trakcie mojego życia	stanowczo się nie zgadzam	0 (0%)	2 (9,5%)	0 (0%)	3 (11,1%)	1 (10%)	$p = 0,130$
	nie zgadzam się	1 (7,1%)	1 (4,8%)	7 (25%)	2 (7,4%)	0 (0%)	
	nieznacznie się nie zgadzam	3 (21,4%)	3 (14,3%)	4 (14,3%)	6 (22,2%)	0 (0%)	
	ani jedno ani drugie	5 (35,7%)	4 (19%)	3 (10,7%)	3 (11,1%)	2 (20%)	
	nieznacznie się zgadzam	2 (14,3%)	3 (14,3%)	6 (21,4%)	4 (14,8%)	2 (20%)	
	zgadzam się	3 (21,4%)	3 (14,3%)	6 (21,4%)	9 (33,3%)	4 (40%)	
Jeśli miałabym/-bym przeżyć życie jeszcze raz, nie zmieniłbym prawie niczego	stanowczo się nie zgadzam	3 (21,4%)	2 (9,5%)	5 (17,9%)	6 (22,2%)	1 (10%)	$p = 0,560$
	nie zgadzam się	1 (7,1%)	4 (19%)	4 (14,3%)	4 (14,8%)	2 (20%)	
	nieznacznie się nie zgadzam	4 (28,6%)	3 (14,3%)	6 (21,4%)	5 (18,5%)	0 (0%)	
	ani jedno ani drugie	1 (7,1%)	1 (4,8%)	4 (14,3%)	6 (22,2%)	1 (10%)	
	nieznacznie się zgadzam	1 (7,1%)	5 (23,8%)	5 (17,9%)	2 (7,4%)	2 (20%)	
	zgadzam się	4 (28,6%)	2 (9,5%)	2 (7,1%)	3 (11,1%)	3 (30%)	
stanowczo popieram	0 (0%)	4 (19%)	2 (7,1%)	1 (3,7%)	1 (10%)		

### Wyniki kwestionariusza wypalenia zawodowego (MBI)

W tabeli 2 zaprezentowane są szczegółowe wyniki wszystkich składowych kwestionariusza MBI z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe.

### Wyniki skali zadowolenia z życia (SWLS)

W tabeli 3 zaprezentowane są szczegółowe wyniki wszystkich domen skali SWLS z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe.

### Wyniki hipotez 1-4

1. Występuje korelacja między satysfakcją z życia a wyczerpaniem emocjonalnym.
2. Występuje korelacja między satysfakcją z życia a depersonalizacją.
3. Występuje korelacja między satysfakcją z życia a poczuciem niespełnienia zawodowego.
4. Występuje korelacja między satysfakcją z życia a ogólnym wskaźnikiem wypalenia zawodowego.

Uzyskane wyniki oznaczają, że występuje korelacja między zmiennymi. Świadczy o tym wartość  $p < 0,05$ . Korelacje mają charakter ujemny, co oznacza, że wzrostowi jednej zmiennej towarzyszy obniżenie wartości drugiej. Im niższe zadowolenie z życia, tym istotnie wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego. O charakterze korelacji świadczą ujemne wyniki współczynnika rho. Korelacje są silne. Założone hipotezy można więc przyjąć bądź odrzucić (tab. 4).

Tabela 4. Wyniki hipotez 1-4

Współczynnik korelacji Spearmana		
Obszar	rho	p
Wyczerpanie emocjonalne a zadowolenie z życia	-0,683	< 0,001
Depersonalizacja a zadowolenie z życia	-0,208	0,038
Poczucie niespełnienia zawodowego a zadowolenie z życia	-0,542	< 0,001
Ogólny poziom wypalenia zawodowego a zadowolenie z życia	-0,642	< 0,001

### Wyniki hipotez 5-8

5. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki różnicuje poziom wyczerpania emocjonalnego.
6. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki różnicuje poziom depersonalizacji.
7. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki różnicuje poziom poczucia niespełnienia zawodowego.
8. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki różnicuje ogólny poziom wypalenia zawodowego.

W analizach przyjmuje się poziom istotności ( $p$ ) 0,05. Oznacza to, że istotność statystyczna w wyniku testu na poziomie mniejszym niż 0,05 pozwala na odrzucenie hipotezy zerowej (a więc pozwala na stwierdzenie, że między grupami występują istotne statystycznie różnice). Porównywane grupy nie różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie ( $p > 0,05$ ). Założone hipotezy należy więc odrzucić (tab. 5).

Tabela 5. Wyniki hipotez 5-8

Obszar (min-maks)	Staż pracy w zawodzie pielęgniarki						Wynik testu Kruskala-Wallisa
	< 5	5-10	11-15	16-20	21-25	> 25	
Wyczerpanie emocjonalne (min-maks)	0-8	2-8	0-8	1-8	1-9	0-9	$\chi^2 = 9,873$ $df = 5$ $p = 0,079$
Depersonalizacja (min-maks)	0-4	0-5	0-4	1-3	0-4	0-5	$\chi^2 = 2,672$ $df = 5$ $p = 0,750$
Poczucie niespełnienia zawodowego (min-maks)	0-8	0-7	0-6	0-7	0-7	0-8	$\chi^2 = 4,095$ $df = 5$ $p = 0,536$
Ogólny poziom wypalenia zawodowego (min-maks)	1-19	7-18	3-18	5-18	2-19	2-20	$\chi^2 = 5,252$ $df = 5$ $p = 0,386$

### Wyniki hipotez 9-12

9. System pracy różnicuje poziom wyczerpania emocjonalnego.
10. System pracy różnicuje poziom odczuwalnej depersonalizacji.
11. System pracy różnicuje poziom poczucia niespełnienia zawodowego.
12. System pracy różnicuje ogólny poziom wypalenia zawodowego.

Założone hipotezy System pracy różnicuje poziom wyczerpania emocjonalnego oraz odczuwanej depersonalizacji, można go więc przyjąć. W grupie osób, która pracuje w systemie jednozmianowym, poziom odczuwanej depersonalizacji był istotnie niższy. Mediana w tej grupie wynosiła 1 pkt, co oznacza, że połowa osób osiągnęła wynik 1 pkt, a połowa wynik powyżej. Mediana w grupie osób pracujących w systemie wielozmianowym wyniosła 2 pkt. Natomiast hipotezy System pracy różnicuje poziom poczucia niespełnienia zawodowego oraz ogólnego poziomu wypalenia zawodowego należy odrzucić (tab. 6).

Tabela 6. Wyniki hipotez 9–12

Obszar (min–maks)	W jakim systemie Pani/ /Pan pracuje		Wynik testu Manna-Whitney'a
	Jednozmianowym	Wielozmianowym	
Wyczerpanie emocjonalne (min–maks)	0–9	0–9	$U = 943,50$ $p = 0,026$
Depersonalizacja (min–maks)	0–4	0–5	$U = 781,50$ $p = 0,026$
Poczucie niespełnienia zawodowego (min–maks)	0–7	0–8	$U = 894,50$ $p = 0,188$
Ogólny poziom wypalenia zawodowego (min–maks)	2–19	1–20	$U = 967,00$ $p = 0,444$

## Wyniki hipotez 13–16

- Im wyższe zadowolenie z wynagrodzenia za pracę, tym niższy poziom wyczerpania emocjonalnego.
- Im wyższe zadowolenie z wynagrodzenia za pracę, tym niższy poziom depersonalizacji.
- Im wyższe zadowolenie z wynagrodzenia za pracę, tym niższy poziom poczucia niespełnienia zawodowego.
- Im wyższe zadowolenie z wynagrodzenia za pracę, tym niższy ogólny poziom wypalenia zawodowego.

Uzyskane wyniki oznaczają, że występuje korelacja między zmiennymi. Świadczy o tym wartość  $p < 0,05$ . Im wyższy stopień zadowolenia z wynagrodzenia za pracę, tym istotnie niższy poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz ogólnego poziomu wypalenia zawodowego. O charakterze korelacji świadczy ujemny wynik współczynnika rho. Korelacja jest średnio silna. Założone hipotezy można przyjąć lub odrzucić. Im wyższe zadowolenie z wynagrodzenia za pracę, tym niższy poziom poczucia niespełnienia zawodowego. Uzyskany wynik oznacza, że nie występuje korelacja między zmiennymi. Świadczy o tym wartość  $p > 0,05$ . Założoną hipotezę należy więc odrzucić (tab. 7).

Tabela 7. Wyniki hipotez 13–16

Współczynnik korelacji Spearmana		
Obszar	rho	p
Wyczerpanie emocjonalne a zadowolenie z wynagrodzenia za pracę	-0,396	< 0,001
Depersonalizacja a zadowolenie z wynagrodzenia za pracę	-0,287	0,004
Poczucie niespełnienia zawodowego a zadowolenie z wynagrodzenia za pracę	-0,146	0,148
Ogólny poziom wypalenia zawodowego a zadowolenie z wynagrodzenia za pracę	-0,350	< 0,001

## Wyniki hipotez 17–20

- Możliwość awansu zawodowego ma związek z wyczerpaniem emocjonalnym.
- Możliwość awansu zawodowego ma związek z depersonalizacją.
- Możliwość awansu zawodowego ma związek z poczuciem niespełnienia zawodowego.
- Możliwość awansu zawodowego ma związek z ogólnym wskaźnikiem wypalenia zawodowego.

Osoby deklarujące możliwość awansu zawodowego wykazują istotnie niższy poziom odczuwanej depersonalizacji wobec pacjentów, wypalenia zawodowego, poczucia niespełnienia zawodowego oraz wyczerpania emocjonalnego. Połowa osób w tej grupie uzyskała wynik 3 punktów w skali wyczerpania emocjonalnego (mediana równa 3), natomiast w grupie deklarującej brak możliwości awansu połowa osób uzyskała 6 punktów w skali wyczerpania emocjonalnego. Porównywane grupy różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ). Założone hipotezy można więc przyjąć (tab. 8).

Tabela 8. Wyniki hipotez 17–20

Obszar (min–maks)	Czy ma Pan/Pani możliwość awansu zawodowego?		Wynik testu Manna-Whitney'a
	Tak	Nie	
Wyczerpanie emocjonalne (min–maks)	0–9	0–9	$U = 642,50$ $p = 0,003$
Depersonalizacja (min–maks)	0–4	0–5	$U = 719,50$ $p = 0,015$
Poczucie niespełnienia zawodowego (min–maks)	0–8	0–8	$U = 788,50$ $p = 0,064$
Ogólny poziom wypalenia zawodowego (min–maks)	1–19	2–20	$U = 630,00$ $p = 0,002$

## Wyniki hipotezy 21

21. Wiek będzie miał związek z poziomem satysfakcji z życia.

Porównywane grupy nie różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie ( $p > 0,05$ ). Założoną hipotezę należy więc odrzucić (tab. 9).

Tabela 9. Wyniki hipotezy 21

Obszar (min–maks)	Wiek					Wynik testu Kruskala-Wallisa
	< 25	25–34	35–44	45–54	> 54	
Zadowolenie z życia (min–maks)	1–9	1–10	1–10	1–10	1–9	$\chi^2 = 5,375$ $df = 4$ $p = 0,251$

## Wyniki hipotezy 22

22. Sytuacja materialna będzie miała związek z poziomem satysfakcji z życia.

Porównywane grupy różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie ( $p < 0,05$ ). Aby dokładnie określić, między którymi grupami różnice są istotne, przeprowadzono dodatkowo test Bonferroni (tab. 10).

Tabela 10. Wyniki hipotezy 22

Obszar (min–maks)	Sytuacja materialna				Wynik testu Kruskala-Wallisa
	Bardzo dobra	Dobra	Przebiegła	Zła	
Zadowolenie z życia (min–maks)	7–10	2–10	1–10	1–5	$\chi^2 = 25,714$ $df = 3$ $p < 0,001$

## DYSKUSJA

Od ponad 20 lat zjawisko wypalenia zawodowego jest przedstawiane w literaturze medycznej i dotyczy przede wszystkim osób, które zatrudnione są w zawodach wymagających emocjonalnego podejścia oraz bliższego kontaktu z drugim człowiekiem [12].

Szybki rozwój techniki, zmiany, wciąż zwiększające się wymagania, a także zawrotne tempo pracy, jakim podlega społeczeństwo, sprawiają, że pracownicy narażeni są coraz bardziej na stres związany z wykonywaniem pracy, jak również na wypalenie zawodowe. Spośród wszystkich zawodów szczególnie narażonych na syndrom wypalenia zawodowego wymienia się pielęgniarstwo [13].

W porównaniu z innymi zawodami, zespół wypalenia zawodowego występuje w większej mierze u osób pracujących jako pielęgniarka, pielęgniarz. Obserwacje Olleya [14] prowadzone w grupie 104 pielęgniarek, 83 lekarzy, 21 farmaceutów, 10 pracowników socjalnych i 42 pomocy pielęgniarstwa potwierdzają tę tezę.

Badania własne przeprowadzone na grupie 100 pielęgniarek i pielęgniarzy wykazały, że średnia zadowolenia z życia wynosi 5,22, a ogólny poziom wypalenia zawodowego w skali 12-punktowej wyniósł aż 10,7.

Zdecydowana większość badanych, bo aż 63%, twierdzi, że w codziennej pracy na oddziale mają do czynienia z niewystarczającymi zespołami pielęgniarskimi.

Przepływ informacji w zespole dla połowy badanych jest niezadowalający – 50%. Wystraszający wydaje się 35% osób, a bardzo dobry przepływ informacji w zespole zdiagnozowało jedynie 15% respondentów.

Dla większości – 60% badanych – tempo pracy jest zbyt duże. Jedynie dla niewielkiej liczby osób, bo zaledwie dla 3%, nie jest zbyt duże. 37% badanych stwierdziło, że czasami wydaje się zbyt duże. Podobne czynniki wyróżniła Maslach [15] w przeprowadzonych badaniach nad osobami wykonującymi pracę pielęgniarki, związane z ich obowiązkami zawodowymi, tj.: udział w decyzjach, zakres i nadmiar obowiązków oraz spójność grupy. Autorka zauważyła, że u badanych wypalenie rosło wraz ze wzrostem wyznaczonych zadań, ponieważ rosła jej wyczerpanie emocjonalne subiektywnie odczuwane. W przeprowadzonych badaniach Świątek i Starum [12] 54,62% pielęgniarek wymieniło nadmiar obowiązków i 52,74% zbyt małą liczbę personelu, a 4,72% badanych zgłaszało zły przepływ informacji w zespole.

W zawodzie pielęgniarskim stres jest odczuwany często, tak stwierdziła niemal połowa badanych – 49%. Bardzo często stres odczuwa 44% badanych. Jedynie nieliczna grupa stwierdziła, że rzadko odczuwa stres związany z pracą – 6%, oraz bardzo rzadko – 1%.

Ponad połowa badanych (52%) stwierdziła, że stres wpływa negatywnie na wykonywaną pracę. Niewiele mniejsza grupa osób stwierdziła, że wpływa negatywnie, ale tylko w pewnym stopniu. Tylko 3% badanych osób w zawodzie stwierdza, że stres zdecydowanie działa korzystnie, gdyż jest motywujący.

Obowiązek to czynnik, który powoduje, że 49% badanych udaje się do pracy. Z zadowoleniem robi to ponad jedna trzecia – 36% badanych. 9% badanych w drodze do pracy towarzyszy lęk. Najmniejsza grupa (3% badanych) przyznała, że do pracy udaje się z obojętnością. Kolejna grupa badanych (3%) wskazywała inne odpowiedzi.

50% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy jest niezadowolona z warunków pracy. Prawie jedna trzecia badanych (33%) stwierdziła, że czasami jest zadowolona z warunków pracy. Stałe zadowolonych z warunków pracy jest 17% osób. Badania Hoffman oraz Scotta [16] wskazały, że głównym czynnikiem, który predysponuje do powstania zjawiska wypalenia zawodowego, jest 12-godzinny system pracy.

Również w badaniach Rameuszewicz i wsp. [17] potwierdzenie znalazło wyżej wymienione spostrzeżenie – 32% badanych określiło, że są wypaleni zawodowo, natomiast połowa (42%) jest zestresowana. Rameuszewicz i wsp. [18] w kolejnych badaniach potwierdzili, że 17% respondentów ma poczucie wypalenia zawodowego, a 42% jest zestresowana.

W pięciostopniowej skali satysfakcji z pracy najczęściej wskazywano ocenę 3 – 48% badanych. Mniej popularna była ocena 4, którą wskazało 25% badanych. 18% osób wskazało ocenę 2. Jedynie 5% wskazało najniższą ocenę – 1, a 4% badanych wskazało najwyższą ocenę – 5.

Przy ocenie satysfakcji z wynagrodzenia za pracę najczęściej wskazywano mniejsze wartości. 34% badanych wskazało ocenę 1. Niewiele mniej, bo 29% badanych, wskazało ocenę 2. Kolejna pod względem wielkości grupa respondentów wskazała ocenę 3 – 25%. Niewielkie stosunkowo grupy badanych wskazywały najwyższe oceny 4 – 9% oraz 5 – 3% badanych osób.

Dla zdecydowanej większości osób nie ma szans na awans w ramach wykonywanego zawodu – 71% badanych. Jedynie 29% osób stwierdziło, że widzi możliwości awansu zawodowego.

Natomiast Grzywna i Cieślik [19] uzyskały całkiem odmienne wyniki – 63% badanych pielęgniarek stwierdziła, że wykonywana praca daje im satysfakcję.

Chęć niesiania pomocy innym jest dla 51% badanych czynnikiem dla którego wybrali zawód pielęgniarki/pielęgniary. Świadomość bycia potrzebnym była ważna dla 19% badanych. Dla takiej samej liczby osób (19%) przypadek sprawił, że wybrali ten zawód. Członek rodziny w zawodzie był ważny dla 7% badanych. Prestiż zawodu miał wpływ dla 4% badanych osób.

W sytuacjach kryzysowych 54% badanych osób może liczyć na pomoc ze strony członka rodziny. Współpracownicy są opoką dla 35% badanych. Na pomoc przełożonego może liczyć 11%. Oceniając swoją sytuację materialną, połowa badanych stwierdziła, że jest ona przeciętna. Dobrą sytuacją materialną może pochwalić się 40% badanych. Dla 8% osób ich sytuacja materialna jest zła. Dla najmniejszej liczby osób (2%) sytuacja materialna jest bardzo dobra. Dla 64% osób praca ma czasem negatywny wpływ na życie prywatne. Dla 20% badanych praca zdecydowanie ma taki wpływ. Dla mniejszości – 16% – praca nie ma negatywnego wpływu na życie prywatne. Dla 64% osób praca ma czasem negatywny wpływ na życie prywatne. Dla 20% badanych praca zdecydowanie ma taki wpływ. Dla mniejszości – 16% – praca nie ma negatywnego wpływu na życie prywatne. Przeważająca większość (70%) oddziela swoje życie prywatne od zawodowego. Dla 27% badanych nie jest to takie oczywiste i stwierdzają, że nie potrafią oddzielić tych dwóch sfer.

Jedynie 25% badanych myśli o zmianie zawodu. Większość – w liczbie 75% – badanych nie myśli o jej zmianie. 34% osób rzadko widuje się z rodziną i przyjaciółmi ze względu na wykonywany zawód. Pozostała część badanych – 66% – stwierdziła, że wcale się nie spotyka z rodziną i przyjaciółmi. W ciągu dnia badani poświęcają swojej osobie 2 lub mniej godzin – 60% badanych. Od 3 do 4 godzin to czas, który poświęca sobie w ciągu dnia 18% osób. 5 godzin i więcej czasu poświęca sobie jedynie 7% badanych osób. 15% osób stwierdziło, że wcale nie poświęca sobie czasu w ciągu dnia.

## WNIOSKI

1. Bez żadnych wątpliwości można określić wypalenie zawodowe jako problem XXI wieku.
2. Czynniki, które mają szczególnie wpływ na powstanie zespołu wypalenia zawodowego, to obciążenie pracą, złe relacje w zespole, różnego rodzaju konflikty, ponadprzeciętne wymagania oraz aspiracje związane z wykonywaną pracą.
3. Ważną rolę odgrywa również organizacja kierownictwa, które ma za zadanie stworzyć stosowne warunki pracy, a przede wszystkim sprawiedliwie dzielić obowiązki.
4. Proces wypalenia zawodowego rozwija się bardzo długo, należy zatem zwracać uwagę i nie lekceważyć pierwszych objawów, tzn: braku zainteresowania pracą, obojętności w stosunku do pacjentów oraz współpracowników, braku satysfakcji z własnych osiągnięć.
5. Duże znaczenie ma umiejętność rozgraniczenia życia zawodowego od prywatnego (ang. *work-life balance*).
6. Każda pielęgniarka/pielęgniaryz powinna uczyć się technik oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem, technik relaksacji, asertywności oraz komunikacji interpersonalnej. W tym zakresie powinny być organizowane warsztaty psychologiczne, które miałyby za zadanie wzmocnienie słabych stron osobowości, a także zdobycia umiejętności w zakresie radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. Należałoby zatem wprowadzić zmiany warunków wykonywanej pracy dotyczących obsady oraz wpłynąć na jakość przepływu informacji między współpracownikami.

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

## BIBLIOGRAFIA

1. Lewandowska A, Litwin B. Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. *Ann Acad Med Stetin* 2009; 55(3): 86–89.
2. Erenkfeit K, Dudzińska L, Indyk A. Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. *Environ Med* 2012; 15(3): 121–128.

3. Brożniak J, Siwińska V, Łżecka J. Komu grozi zespół wypalenia. *Mag Pielęg Położ* 2011; 3: 22–23.
4. Anczewska M, Świtaj P, Roszczyńska J. Wypalenie zawodowe. *Post Psychiatr Neurol* 2005; 14(2): 67–77.
5. Schaufeli W, Enzmann D. *The Burnout Kompanion to study and practice a critical analysis*. Londyn: Taylor and Francis; 1998.
6. Chirkowska-Smolak T. Organizacyjne czynniki wypalenia zawodowego. *RPEiS* 2009; 4(1): 257–273.
7. Kamrowska N. Wypalenie zawodowe. *Pol Merk Lek* 2007; 23(136): 317–319.
8. Sokołowska E. Jak rozpoznać pierwsze objawy wypalenia zawodowego. *Przełg Eduk* 2007; 2(59): 1–5.
9. Bańka A. Czynniki „wypalenia się” zawodowego u pracowników zajmujących się pomaganiem ludziom. *Bezrobocie. Podręcznik pomocy psychologicznej*. Poznań: Print-B; 1992.
10. Kleijweg JH, Verbraak MJ, Van Dijk MK. The clinical utility of the Maslach Burnout Inventory in a clinical population. *Psychol Assess* 2013; 25(2): 435–441.
11. Athay MM. Satisfaction with Life Scale (SWLS) in caregivers of clinically-referred youth: psychometric properties and mediation analysis. *Adm Policy Ment Health* 2012; 39(1–2): 41–50.
12. Świącka M, Starum J. Stres a zespół wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego. *Probl Pielęg* 2005; 1/2: 47–55.
13. Rogala-Pawelczyk G. Zespół wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek pediatrycznych. *Piel Położ* 2003; 5: 8.
14. Olley BO. A comparative study of burnout syndrome among health professional in a Nigerian teaching hospital. *Afr J Med Sci* 2003; 32: 297–302.
15. Maslach C. *Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej*. W: Sęk H. *Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.
16. Hoffman AJ, Scott LD. Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns. *J Nurs Adm* 2003; 33: 337–342.
17. Ramuszewicz M, Krajewska-Kułak E, Rolka H, i wsp. Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. *Chir Pol* 2005; 7(4): 244–251.
18. Ramuszewicz M, Krajewska-Kułak E, Rolska H, i wsp. Próba oceny wiedzy na temat zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek bloku operacyjnego. *Piel XXI w* 2004; 3(8): 25–30.
19. Grzywna T, Cieślak A. Praca pielęgniarki w oddziale psychiatrycznym zamkniętym a zespół wypalenia zawodowego. *Ann Acad Med Stetin* 2003; 58(13): 465–469.

**Adres do korespondencji:**

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

Praca wpłynęła do redakcji: 02.09.2017 r.

Po recenzji: 21.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 25.09.2017 r.



# PODMIOTOWOŚĆ PACJENTA W PRZEBIEGU CHOROBY

*The subjectivity of the patient's disease*

**Agnieszka Sieńko**

Zakład Medycznych Nauk Społecznych, Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: agnieszka.sienko@umed.wroc.pl

## STRESZCZENIE

Choroba to zjawisko interdyscyplinarne. Choroba wiąże się z medycyną, psychologią, psychiatrią, prawem. Choroba jest źródłem wielu zmian w życiu codziennym. Zmiany dotyczą także rozwiązań o charakterze prawnym. Intencją autorki jest zasygnalizowanie potrzeby stworzenia kodeksu chorego. Opracowanie ma odpowiadać na pytania chorego i opiekunów. Pytania dotyczą codziennych spraw chorego. Najważniejszą sprawą jest informacja o chorobie osoby bliskiej. Kolejną jest informacja o możliwych kierunkach terapii. W tym zakresie prawo zawiera wiele zakazów. Udzielenie informacji o chorobie innej osoby jest bezprawne. W praktyce jednak wydaje się, że ten zakaz jest niezgodny z interesem chorego. W jaki sposób osoba bliska ma się opiekować chorym bez informacji o szczegółach tej choroby? Jak ma dbać o leczenie chorego bez zaleceń od lekarza? Skąd opiekun ma wiedzieć, kiedy należy chorego umówić na badanie lekarskie? Innym problemem jest udzielenie choremu pomocy w sprawach urzędowych, prowadzeniu korespondencji itd. W opracowaniu autorka przeprowadziła krótką analizę przepisów prawa. Postawiła tezę, że zakazy zawarte w przepisach nie są zakazami bezwzględными (*iuris cogentis*). Przegląd prawa tezę tę potwierdza. W przypadku choroby, w czasie której chory nie może wydać żadnych upoważnień, istnieje możliwość przekazania przez lekarza lub pielęgniarkę informacji innej osobie. Istnieje także możliwość załatwiania spraw i odbierania korespondencji bez dokumentu pełnomocnictwa.

**Słowa kluczowe:** chory, prawo, tajemnica lekarska.

## SUMMARY

Illness is an interdisciplinary issue. Illness is connected with medicine, psychology, psychiatry, law. Illness is the source of many changes in the daily living. These changes are also matter of the law. There is legal answers. Indicating the need of creating the code of the sick person is intention of the author. The study is supposed to answer questions of the sick person and carers. Questions concerning everyday matters of the sick person. Information about illness is the most important case for this, who take care about sick person. The case is another information about possible directions of therapy. In this respect the law contains a lot of bans. Sovereign of information about illness of other person is unlawful. In practice however it seems that this ban is at variance with the business of the sick person. In what way is the close person supposed to look the sick person after without information about details of this illness? How is he supposed to care for treating the sick person without recommendations from the doctor? Where from is the carer supposed to know when one should arrange the meeting for the sick person for the medical check-up? He is other problem sovereign for the sick person of the help in official businesses, for maintaining correspondence, etc. In the study the author conducted the brief analysis of provisions of the law. The author put forward the thesis that bans included in provisions aren't bans without exceptions (*iuris cogentis*). The review of the law is confirming this thesis. In case of illness, which the sick person cannot issue no authorizations, it is possible sovereign of medical information. There is a possibility of maintaining correspondence without the certificate of the proxy, as well.

**Key words:** sick person, law, doctor-patient privilege.

Choroba, szczególnie choroba neurologiczna, ma wiele wymiarów. To dość oczywiste stwierdzenie. Choroba jest jednak zjawiskiem nie tylko wielowymiarowym w kontekście samej medycyny, fizjologii, biologii, chemii itp. Choroba jest zjawiskiem interdyscyplinarnym. Intuicyjnie, gdy dotyka się zagadnień związanych z funkcjonowaniem organizmu człowieka, z chorobą, z deficytem zdrowotnym, myśl kieruje się w stronę nauk medycznych i samej fizjologii. Często choroba rozpatrywana jest w kontekstach nauk społecznych. Choroba jest odmieniana przez wszystkie przypadki w naukach takich jak: socjologia, psychologia, pedagogika i oczywiście wspomniana już medycyna. Choroba dotyka szeregu zjawisk społecznych, jak choćby: więzi rodzinnych, tolerancji, tzw. wrażliwości na cierpienie itp. Można mnożyć szereg cech osobistych, jakie uaktywniają się wśród członków najbliższego, a także dalszego, otoczenia chorego. Tu można wskazać na: współczucie, empatię, opiekuńczość, potrzebę niesienia ulgi w cierpieniu itd. Choroba wpływa na wiele obszarów życia codziennego. Choroba musi być uwzględniana w architekturze (niwelowanie barier architektonicznych), w komunikacji (udogodnienia dla niepełnosprawnych, np. platformy dla wózków inwalidzkich), w pracy urzędów (dostęp dla osób niepełnosprawnych, tłumaczenie na język migowy, itp.). Autorka, jako tzw. profesjonalny prawnik, czyli radca prawny, nie może jednak oprzeć się wrażeniu, że w tym wszystkim umyka to, a ściślej ten, który powinien być najważniejszy. Sam chory. Nie chodzi o sprawy skomplikowane, o sporządzenie umowy zbycia udziałów w spółce czy o przekształcenie umowy dożywocia w umowę renty. Kłopotem okazują się sprawy

najbliższe nie tylko choremu, lecz jego otoczeniu, tzw. sprawy bieżące, codzienne. Dowiedzenie się o stanie zdrowia bliskiego, uzyskanie informacji o rokowaniach, odebranie renty czy emerytury, przyjęcie korespondencji nawet poleconej urasta do poważnego kłopotu, zahaczając nawet o odpowiedzialność karną. Zdecydowanie brakuje w systemie prawa unormowania kompleksowego na wypadek choroby uniemożliwiającego choremu samodzielnie troszczenie się o własne sprawy.

System prawa można systematyzować według rozmaitych kryteriów. Zasadniczym podziałem jest podział ze względu na metodę regulacji prawnej. W tym kontekście wyróżnia się tradycyjnie trzy gałęzi prawa:

- 1) cywilną,
- 2) karną,
- 3) administracyjną.

Rozważania na temat charakteru tych kryteriów wykraczają poza ramy niniejszego opracowania i jako takie zostaną pominięte. Gdyby jednak Czytelnicy byli zainteresowani tematyką, autorka odsyła do podręczników z zakresu teorii prawa. Tu można odwołać się do skryptu *Wstęp do prawoznawstwa* autorstwa dr Tatiany Chauvin, prof. dr. hab. Tomasza Staweckiego i prof. zw. dr. hab. Piotra Winczorka [1]. W literaturze przedmiotu wyodrębniła się także tzw. kompleksowe gałęzi prawa. Kompleksowe gałęzi prawa to takie, które dotyczą pewnego obszaru życia społecznego, gospodarczego itd. Przykładem kompleksowej gałęzi prawa jest prawo ochrony zdrowia. W jego obrębie stosuje się normy prawa o cywilnoprawnej metodzie regulacji

prawnej – jak na przykład odpowiedzialność odszkodowawcza czy roszczenia o zadośćuczynienie wskutek tzw. błędu medycznego. Prawo ochrony zdrowia czerpie także z karnoprawnej metody regulacji prawnej. Można tutaj powołać się np. art. 155 k.k.<sup>1</sup> [2], czyli na regulację dotyczącą przestępstwa nieumyślnego spowodowania śmierci. Wreszcie można wskazać na metodę regulacji prawnej o charakterze administracyjnym i tytułem przykładu powołać art. 100 u.d.l.<sup>2</sup> [3]. W tym kontekście można stwierdzić, że prawo ochrony zdrowia jest tzw. kompleksową gałęzią prawa [4].

Intencją autorki jest wskazanie i zebranie instytucji prawa powszechnego w jednym opracowaniu jako namiastki kompleksowej gałęzi prawa – prawa chorego. Opracowanie ma służyć odpowiedziami na pytania dotyczące codziennych spraw chorego i jego faktycznych opiekunów. Autorka celowo używa terminu „chory” zamiast „pacjent”. Praca ma bowiem wskazać sytuację prawną chorego, szczególnie chorego dotkniętego deficytami neurologicznymi lub intelektualnymi (a te często idą w parze). Pacjent zaś to, zgodnie z definicją ustawową ujętą w art. 3 ust. 1 u.p.p.<sup>3</sup>, osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny [5]. Tymczasem termin „chory” nie ma co prawda definicji ustawowej ani żadnej innej o charakterze normatywnym, lecz mimo to wydaje się bardziej adekwatny do rozważań stanowiących przedmiot opracowania. „Chory” to według *Słownika języka polskiego*:

- 1) osoba chorująca,
- 2) dotknięty chorobą,
- 3) źle funkcjonujący, niewłaściwy [6].

Przy takim, raczej intuicyjnym, a jednocześnie upowszechnionym, zarówno w obrocie prawnym, naukowym, medycznym, a nawet potocznym, rozumieniu pojęcia „chory” można podjąć próbę wskazania zbioru instytucji wchodzących w skład kompleksowej gałęzi pod nazwą: „prawo chorego”.

Zdaniem autorki, naturalnym początkiem rozważań i analizy regulacji prawnych w omawianym zakresie, tj. „prawa chorego”, jest kwerenda regulacji odnoszących się do szeroko rozumianej ochrony danych medycznych. Punktem wyjścia będą dwie ustawy:

- 1) ustawa o ochronie danych osobowych [7],
- 2) ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [5].

W związku i przy okazji kwerendy unormowań prawnych w kontekście ochrony danych medycznych wysuwamy na czoło przepisem prawa powszechnego jest art. 27 u.o.d.o.<sup>4</sup>. Uzasadnione jest zacytowanie przynajmniej częściowe art. 27 u.o.d.o. Zasadą generalną wyrażoną w powołanym przepisie jest zakaz przetwarzania danych „[...] ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym [...]”. Dlaczego autorka uznaje ten fragment za istotny w konstruowaniu „prawa chorego”? Otóż, jednym z najbardziej akcentowanych problemów w przypadku zachorowania osoby dorosłej, dla której nie ustanowiono opiekuna prawnego, jest dostęp do informacji medycznej, informacji o stanie zdrowia, planowanym leczeniu, rokowaniach. Warto zatem przeanalizować, czy ochrona prawna jest naprawdę tak bardzo restrykcyjna. A jeżeli okazałoby się, że jest, to jak można temu zaradzić?

Zakaz wyrażony przez ustawodawcę w art. 27 ust. 1 u.o.d.o., a powołany wyżej, doznaje złagodzenia w art. 27 ust. 2 u.o.d.o. Po przełożeniu przepisów art. 27 ust. 2 u.o.d.o. na język przyjazny Czytelnikowi nie będącemu prawnikiem można wskazać, że

przetwarzanie danych, o których mowa w art. 27 ust. 1 u.o.d.o., jest jednak dopuszczalne, jeżeli:

- 1) osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie, chyba że chodzi o usunięcie dotyczących jej danych;
- 2) przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony;
- 3) przetwarzanie takich danych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby, gdy osoba, której dane dotyczą, nie jest fizycznie lub prawnie zdolna do wyrażenia zgody, do czasu ustanowienia opiekuna prawnego lub kuratora;
- 4) [...];
- 5) [...];
- 6) [...];
- 7) przetwarzanie jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych;
- 8) [...];
- 9) [...];
- 10) [...] [7].

W tym miejscu warto odwołać się do regulacji prawnej zawartej w ustawie o prawach pacjenta (u.p.p.). Zgodnie z art. 9 ust. 3 u.p.p. pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, innym osobom. Z powołanego przepisu ustawy wynika *a contrario*, że w razie nieudzielenia takiej zgody należy uznać, że pacjent, w kontekście niniejszego opracowania jest to chory, który nie przekazał nikomu prawa do zasięgnięcia informacji o swoim stanie, o rokowaniach itp. Czy oznacza to bezwzględny zakaz udzielania informacji o stanie zdrowia osoby, która nagle, np. wskutek udaru, stanu otępienia, objawów demencyjnych, progresu choroby Alzheimera, nagłej utraty przytomności, czy innego stanu uniemożliwiającego logiczny kontakt, nie jest w stanie wyrazić zgody na udzielenie najbliższemu, w sensie emocjonalnym, osobom zgody na zasięgnięcie informacji o stanie zdrowia? Autorka stawia tezę, że jest możliwe udzielanie informacji o stanie takiej osoby osobom trzecim.

W tym miejscu należy rozstrzygnąć, kto poza osobą wprost upoważnioną przez pacjenta, czy chorego, może mieć dostęp do informacji medycznej dotyczącej chorego lub wglądu w obrazującą przebieg terapii pacjenta dokumentację medyczną. I tak, art. 26 ust. 1 u.p.p. zdaje się mieć brzmienie dość jednoznaczne i restrykcyjne. W powołanym przepisie ustawodawca stanowi, że: „Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta”. Okazuje się jednak, że bliższa analiza stanu prawnego pozwala uznać, że powołane wyżej zakazy mogą doznać złagodzenia lub nawet wyłączenia. Pierwszym aktem prawnym poddanym ocenie w tym zakresie jest ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty [8]. Kluczowym będzie przy tym art. 4 u.z.l.<sup>5</sup> jako katalog kryteriów uznania sposobu postępowania lekarza jako zgodnego z prawem i tzw. sztuką medyczną. Zgodnie z powołanym art. 4 u.z.l.: „Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”. Z cytowanej regulacji autorka kieruje uwagę na zasady etyki zawodowej. Etyka zawodowa jako taka pozostaje w rozumieniu niektórych adresatów norm prawnych poniekąd poza nawiasem reguł normatywnych. Tymczasem, zbiory norm deontologicznych współtworzą prawne, czyli, in-

<sup>1</sup> Kodeks karny.

<sup>2</sup> Ustawa o działalności leczniczej.

<sup>3</sup> Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

<sup>4</sup> Ustawa o ochronie danych osobowych.

<sup>5</sup> Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

nymi słowy, formalne ramy wykonywania zawodu [9]. Normy etyki zawodowej ujęte w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* [10] stanowią normatywną podstawę, równoległą do norm rangi ustawowej, należytego wykonywania zawodu lekarza. Szczególnym potwierdzeniem tego stanowiska jest treść art. 5 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich [11]. Zgodnie z tą regulacją, samorząd lekarski ma za zadanie między innymi ustalić zasady etyki lekarskiej. Dalej, zgodnie z art. 8 u.i.l.<sup>6</sup> oraz art. 53 u.i.l. członkowie samorządu są obowiązani (ustawą) do przestrzegania zasad etyki zawodowej pod rygorem odpowiedzialności korporacyjnej. A zatem normy deontologiczne wpisują się w szeroko rozumiane wytyczne prawne wykonywania zawodu.

W *Kodeksie Etyki Lekarskiej* jest zamieszczony zapis pozwalający na odstąpienie od obowiązku zachowania ścisłej tajemnicy lekarskiej. Mowa o art. 17, zgodnie z którym: „W przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego”. Regulacja odnosi się wyłącznie do lekarzy. W przepisie wskazano także na stan nieprzytomności. Należy jednak uznać, że w katalogu stanów faktycznych objętych powołanym przepisem należy uwzględnić także stany braku kontaktu logicznego. Autorka nie znajduje bowiem powodów, dla których chory nieprzytomny miałby znajdować się w innej sytuacji prawnej niż chory z deficytem intelektualnym, tj. w zespole otepiennym, w utracie zdolności rozumienia czy nawet samego komunikowania. A zatem można stwierdzić, że mimo zakazu ustawowego lekarz ma prawo ujawnić informacje o stanie zdrowia chorego.

Należy w tym miejscu zastanowić się, kto może być adresatem takiego ujawnienia „rąbka” tajemnicy lekarskiej. Samorząd lekarski w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* wskazał, że ujawnienie informacji o nieprzytomnym pacjencie może nastąpić wobec osoby, co do której lekarz jest przekonany, że działa ona w interesie chorego. W zasadzie może być więc to każdy, kto zdoła przekonać lekarza, że zależy mu na dobru chorego. Czy jest to tylko osoba bliska w znaczeniu ustawowym? Należy stanowczo uznać, że nie. Odwołując się do tytułu opracowania można sformułować pytanie, czy chory jest podmiotem takiej decyzji na jakimkolwiek jej etapie? Odpowiedź jest przecząca. Można używając języka potocznego stwierdzić, że sprawy dzieją się poza samym zainteresowanym. *De lege ferenda* warto uzupełnić regulacje rangi ustawowej o upoważnienie dla osób wykonujących zawody medyczne do udzielania informacji małżonkowi, wstępnym, zstępnym oraz osobie, która pozostaje z chorym w faktycznym pożyciu o stanie zdrowia i rokowaniach.

W zakresie podstaw prawnych upoważniających, zresztą nie tylko lekarzy, bo także pielęgniarki, ratowników, fizjoterapeutów – oczywiście z poszanowaniem własnych uprawnień – do udzielania osobie trzeciej informacji o chorym bez kontaktu można wskazać na art. 27 ust. 2 pkt 3 u.o.d.o. (ustawy o ochronie danych osobowych). Powołany przepis stanowi, że dopuszczalne jest przetwarzanie danych tzw. wrażliwych (m.in. są to dane dotyczące stanu zdrowia i przebiegu terapii), gdy przetwarzanie takich danych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby, gdy osoba, której dane dotyczą, nie jest fizycznie lub prawnie zdolna do wyrażenia zgody, do czasu ustanowienia opiekuńczego lub kuratora. Trudno oprzeć się wrażeniu, że sytuacja, w której należy przygotować się do właściwej opieki nad chorym, np. po opuszczeniu szpitala, wymaga zasięgnięcia informacji o jego zdrowiu i wymaganiach terapeutycznych. Ponad wszelką wątpliwość takie sprawy należą do kategorii żywotnych interesów chorego.

Poza samą informacją o stanie zdrowia chorego, rokowaniach, zaleceniach terapeutycznych, czyli tym wszystkim, co wiąże się z opieką medyczną nad chorym, a nawet już rekonwalescencją, pozostają tzw. zwykłe sprawy życia codziennego. W tym zakresie wydaje się, że najbardziej zaniechanie legislacyjne jest odczuwalne. Bliższa kwerenda obowiązujących regulacji prawnych pozwala jednak uznać, że prawodawca daje narzędzia do

sprawowania należytej pieczy nad chorym i do zarządzania jego sprawami. *Prima facie* (na pierwszy rzut oka) można stwierdzić, i to nawet dość zasadnie, że chory, szczególnie chory neurologicznie, doznaje swego rodzaju odarcia z podmiotowości. To odarcie polega na tym, że ani chory, ani nikt z jego bliskich nie mają swobody w działaniu. Sam chory nie może nikogo upoważnić, oświadczyć niczego w zakresie woli czy wiedzy. Nie może, wskutek uzasadnionego zaburzenia czynności psychicznych lub braku logicznego kontaktu z osobami trzecimi. Co więcej, ocena, że z takim stanem prowadzący terapię ma do czynienia, wymaga však wiadomości specjalnych, a zatem stan „bezpodmiotowości” chorego będzie stwierdzony oceną medyczną. O ile sprawa zasięgnięcia informacji zdaje się być rozstrzygnięta na korzyść chorego, o tyle inne sprawy wymagają weryfikacji na gruncie istniejącego stanu prawnego.

Chory nagle, wskutek popadnięcia w stan wyłączenia samodzielności, pozostaje bez żadnego wsparcia w znaczeniu pomocy formalnej. Otóż nie może samodzielnie złożyć wniosku w banku, nie może odebrać listu poleconego, nie może upoważnić nikogo do odebrania należnego mu świadczenia (emerytura, renta, zasiłek itp.). Czy faktycznie prawodawca nie pozwala na zarządzenie takiej sytuacji? Okazuje się, że ustawodawca dał adresatom instytucji prawne pozwalające „wyręczać” chorego, który nie przewidział takiej sytuacji.

Pierwszą z instytucji jest instytucja prawa pocztowego [12]. Art. 37 u.p.poczt.<sup>7</sup> kataloguje sposoby doręczenia przesyłek i przekazów pocztowych. Warto powtórzyć w tym miejscu kilka postanowień powołanego art. 37 u.p.poczt. oraz zaakcentować niektóre z nich. Otóż „przesyłka pocztowa, jeżeli nie jest nadana na *poste restante*, może być także wydana ze skutkiem doręczenia:

- 1) adresatowi:
  - a) do jego oddawczej skrzynki pocztowej, z wyłączeniem przesyłek rejestrowanych,
  - b) w placówce pocztowej, jeżeli podczas próby doręczenia przesyłki pocztowej adresat był nieobecny pod adresem wskazanym na przesyłce, przekazie pocztowym lub w umowie o świadczenie usługi pocztowej albo doręczenia za pomocą oddawczej skrzynki pocztowej nie jest możliwe,
  - c) w miejscu uzgodnionym przez adresata z operatorem pocztowym;
- 2) przedstawicielowi ustawowemu adresata lub pełnomocnikowi adresata upoważnionemu na podstawie pełnomocnictwa udzielonego na zasadach ogólnych lub na podstawie pełnomocnictwa pocztowego:
  - a) pod adresem wskazanym na przesyłce pocztowej, przekazie pocztowym lub w umowie o świadczenie usługi pocztowej,
  - b) w placówce pocztowej;
- 3) osobie pełnoletniej zamieszkałej razem z adresatem, jeżeli adresat nie złożył w placówce pocztowej zastrzeżenia w zakresie doręczenia przesyłki rejestrowanej lub przekazu pocztowego:
  - a) pod adresem wskazanym na przesyłce pocztowej, przekazie pocztowym lub w umowie o świadczenie usługi pocztowej,
  - b) w placówce pocztowej, po złożeniu na piśmie oświadczenia o zamieszkiwaniu razem z adresatem. Z powołanych przepisów, a szczególnie z art. 37 ust. 2 pkt 3 u.p.poczt. wynika, że za chorego można podejmować przesyłki, w tym listy polecone i przekazy pieniężne, o ile tylko zainteresowany nie złożył zastrzeżenia. A zatem istnieje domniemanie zgody. Konieczne jest jedynie złożenie pisemnego oświadczenia o wspólnym zamieszkiwaniu (nie o zameldowaniu). W pozostałych obszarach niestety zasadne jest stwierdzenie, że prawodawca przemilczał prawo chorego, szczególnie chorego z utratą kontaktu, do uzyskania należytej i obejmującej wszelkie obszary pomocy w sprawach bieżących.

<sup>6</sup> Ustawa o izbach lekarskich.

<sup>7</sup> Ustawa Prawo pocztowe.

Wobec takiego stanu legislatywy warto wyposażyć się na wypadek nagłego pogorszenia stanu zdrowia w dokument, którego treść stanowi aneks do opracowania. Z uwagi na charakter opracowania autorka pomija w całości rozważania na temat zgody na działania medyczne czy kwestię dopuszczalności pobrania narządów. Oba obszary doczekały się już dość bogatej

judykatury i stanowiska doktryny. Autorka jednak postuluje opracowanie dokumentów pod roboczym tytułem „prawa chorego” w odróżnieniu od praw pacjenta, czy zasad uzyskiwania zgody na działanie medyczne.

*Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.  
Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Chauvin T, Stawecki T, Winczorek P. *Wstęp do prawoznawstwa*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck; 2016.
2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 2016 r., poz. 1137).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638).
4. Sieńko A. *Prawo ochrony zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer; 2006: 15–18.
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r., poz. 186).
6. <https://sjp.pwn.pl/szukaj/chory.html> [cyt. 30.06.2017].
7. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 922).
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2017 r., poz. 125).
9. Zielińska E, red. *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer; 2008: 63–92.
10. Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.
11. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2016 r., poz. 522).
12. Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (Dz.U. z 2016 r., poz. 1113).

#### Adres do korespondencji:

Mgr Agnieszka Sieńko  
Zakład Medycznych Nauk Społecznych  
Katedra Zdrowia Publicznego  
Uniwersytet Medyczny  
ul. Barta 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 508 313 108  
E-mail: agnieszka.sienko@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.09.2017 r.

Po recenzji: 22.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 02.10.2017 r.

#### ZAŁĄCZNIK

Data i podpis.....

Oświadczam, że Pani ..... dysponuje wiedzą na temat stanu mego zdrowia i może udzielić informacji pomocnych w stanach nagłych (ICE).

Data i podpis .....

W przypadku wystąpienia stanu nagłego lub utraty przytomności proszę o poinformowanie Pani/Pana .....  
Nr tel. .... i traktowanie jej/jego jak osoby bliskiej z uwzględnieniem udzielonych wyżej upoważnień.

Data i podpis .....

Upoważniam Panią/Pana ..... (PESEL .....) do odbioru znalezionych przy mnie przedmiotów z depozytu szpitalnego.

Data i podpis.....

Oświadczam, że moim lekarzem pierwszego kontaktu jest .....

Z (nazwa podmiotu) .....

Tel kontaktowy:

Pozostają także pod opieką poradni..... W..... a moim lekarzem jest .....

Oświadczam, że choruję na następujące schorzenia:

1 .....

2 .....

3 .....

Oświadczam, że stale przyjmuję następujące leki:

1 .....

2 .....

3 .....

Oświadczam, że jestem uczulona/-y na:

1 .....

2 .....

3 .....

# DIAGNOZA I TERAPIA LOGOPEDYCZNA PACJENTA Z AFAZJĄ PO URAZIE GŁOWY

*Diagnosis and speech therapy of a patient with aphasia after a head injury*

Magdalena Kazimierska-Zajac<sup>1</sup>, Joanna Bronowicka<sup>2</sup>, Joanna Rosińczuk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup> Pogotowie Ratunkowe w Legnicy

adres do korespondencji: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

## STRESZCZENIE

Afazja jest konsekwencją uszkodzeń określonych struktur mózgowych, powodujących całkowite lub częściowe zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy człowieka. Badaniem objęto 30-letnią kobietę z afazją mieszaną, po urazie głowy. Celem pracy jest przedstawienie i omówienie diagnozy i terapii pacjentki z afazją mieszaną, z przewagą afazji motorycznej oraz wskazanie obszarów, które należy objąć terapią logopedyczną. Program terapii zakładał poprawę jakościowych i ilościowych aspektów mowy (przez poprawę m.in. praktyki, aktywności werbalnej, artykulacji, fluencji słownej, pamięci). Spotkania odbywały się 2 razy w tygodniu po 30 minut przez 10 miesięcy. Terapia przyczyniła się do poprawy płynności tworzenia zdań i nadawania im odpowiedniej formy gramatycznej. Pacjentka jest bardziej aktywna werbalnie, artykulacja jest zbliżona do normy, nastąpiła poprawa pamięci. Wykorzystanie odpowiednich metod i narzędzi pracy w przypadku pacjentki z afazją mieszaną przyniosło zamierzone efekty. Należy podejmować pracę z pacjentem jak najwcześniej od wystąpienia zaburzeń oraz dbać o stan psychiczny chorego, który odgrywa ogromną rolę w poprawie stanu mowy.

**Słowa kluczowe:** afazja, zaburzenia mowy, diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna.

## SUMMARY

Aphasia is a consequence of a damage of particular brain structure which causes partial or total disorder of mechanisms promoting human speech activities. The research was held on a 30 years old woman with a mixed aphasia after a brain injury. The aim of this thesis is to introduce and elaborate the diagnosis and therapy of the patient with a mixed aphasia with a dominance of a motoric aphasia and to indicate the areas that should be taken into a speech therapy. The programme of a therapy assumed the progress in a quantity and quality aspects of speech (through improvement inter alia praxia, verbal activity, articulation, words fluency, memory). The meetings were held two times a week for 30 minutes during ten months. The therapy redounded to the improvement of sentence creation fluency and conferring them a right grammatical form. The patient is more verbal active, the articulation is closer to the standard, the memory is better. Using of the right methods and tools of work in a case of a patient with a mixed aphasia brought the expected effects. What should be done is work with a patient from the very beginning after disorder appearing. It is important to take care of a mental condition which is extremely important in speech level improvement.

**Key words:** aphasia, speech disorder, speech therapy diagnosis, speech therapy.

## WSTĘP

Afazja jest nabytym zaburzeniem lub utratą zdolności językowego porozumiewania się w następstwie różnego rodzaju organicznych uszkodzeń strategicznego dla mowy obszaru mózgu [1]. Afazja nie jest wyłącznie następstwem udarów, ale może wystąpić na skutek guzów mózgu czy urazów czaszkowo-mózgowych [2].

## PRZYCZYNY POWSTAWANIA URAZÓW GŁOWY

Termin uraz głowy stosuje się często zamiennie z urazowym uszkodzeniem mózgu, oznaczającym nie tylko urazy mózgowia, ale obrażenia skóry głowy, czaszki, żuchwy oraz narządów zmysłu wzroku, węchu i słuchu [3]. Uszkodzenia te najczęściej są skutkiem wypadków komunikacyjnych i przemysłowych, ale liczną grupę stanowią także urazy powstałe w warunkach domowych czy związane z rekreacją [4]. Biorąc pod uwagę mechanizm uszkodzeń mózgu, urazy głowy można podzielić na uszkodzenia pierwotne i wtórne. Pierwsze z nich powstają w chwili urazu, natomiast drugie są wynikiem dalszego procesu rozwoju uszkodzenia pierwotnego. W wyniku urazu głowy może dojść do ogniskowego/wielogniskowego uszkodzenia mózgu, co może stanowić bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta. Według Pąchalskiej afazja pourazowa jest nieuleczalna w sytuacji zaniedbania jej przez dłuższy czas [5].

Do afatycznych objawów należą: anomia (trudności w nazywaniu), zaburzenia fluencji słownej, zaburzenia artykulacji, agramatyzmy (tzw. styl telegraficzny wypowiedzi), paragramatyzmy (błędy w składni i morfologii), parafazje (zniekształcenia wzorca słowa), peryfrazy (opisywanie desygnatu z powodu trudności z nazywaniem), zaburzenia powtarzania, prozodii oraz rozumienia wypowiedzi językowych [6].

## ZABURZENIA ZWIĄZANE Z AFAZJĄ

Do zaburzeń integralnie związanych z zespołem afazji należą: agrafia (zaburzenia języka pisanego, wynikające z zaburzenia aspektu motorycznego, wzrokowo-przestrzennego czynności lub z deficytu językowego), aleksja (zaburzenia czytania), akalkulia (zaburzenia wykonywania operacji na liczbach, niewynikające z zaburzeń funkcji poznawczych).

Wśród zaburzeń poznawczych mogących współwystępować w afazji, ale nienależących integralnie do zespołu afazji, wymieniane są: agnozja (zaburzenie spostrzegania; niemożność identyfikacji złożonego materiału bodźcowego, jak wzrokowego, dotykowego lub słuchowego pomimo zachowanych zdolności językowych i ogólnych sprawności intelektualnych), apraksja (zaburzenie kognitywno-ruchowe, które doprowadza do utraty albo zakłócenia programowania i realizowania celowych, wyćwiczonych aktów ruchowych, przy prawidłowych odruchach, napięciu, sile i koordynacji mięśni oraz zachowanym czuciu), zaburzenia uwagi, myślenia, pamięci oraz zaburzenia funkcji wykonawczych (regulują skuteczne, świadome, celowe zachowanie i są podstawą inicjowania, planowania oraz regulacji) [1].

## CEL PRACY

Celem pracy jest opis diagnostyki i terapii logopedycznej oraz wskazanie obszarów, które należy objąć terapią logopedyczną u kobiety z afazją mieszaną z przewagą afazji motorycznej po urazie czaszkowo-mózgowym.

## OPIS PRZYPADKU

30-letnia kobieta, 2 miesiące po uderzeniu w głowę tępym przedmiotem, po stronie lewej, zgłosiła się do poradni logopedycznej. Badana uskarżała się na niewyraźną artykulację, lęk

przed mówieniem, brak czucia ułożenia narządów artykulacyjnych. W badaniu diagnostycznym wykorzystano Skalę Oceny Dynamiki Afazji – SODA, Zestaw prób do badania procesów poznawczych W. Łuckiego oraz Metody badania afazji J. Szumskiej. Procedurę diagnostyczną przeprowadzono zgodnie z zaleceniami zawartymi w „Standardach postępowania logopedycznego w przypadku afazji” J. Panasiuk.

#### OBSERWACJE Z BADANIA

Na podstawie wyników badania postawiono diagnozę – afazja mieszana z przewagą ruchowej (afazja sensoryczna niewielkiego stopnia). Defektem podstawowym jest zaburzenie syntezy sekwencyjnej – płynności i automatyzacji ruchów artykulacyjnych.

Pacjentka wykonuje większość poleceń, czasem również złożonych. Poprawnie wskazuje większość przedmiotów, dopasowuje zdania do ilustracji. Badana buduje proste zdania, mowa jest jednak zubożona, zaburzona artykulacyjnie, występują parafazy i agramatyzmy, nieznaczną anomia, obniżona fluencja słowna, obniżony nastrój. Czytanie globalne jest częściowo zachowane. Pacjentka przejawia trudności w nazywaniu cyfr i liczb. Orientacja auto- i allopsychiczna – zachowana. Lateralizacja prawostronna – ustalona.

#### PROGRAM TERAPII

Program terapii zakładał poprawę jakościowych i ilościowych aspektów mowy (przez poprawę m.in. praktyki, aktywności werbalnej, artykulacji, fluencji słownej, pamięci). Spotkania odbywały się 2 razy w tygodniu po 30 minut. Szczególny nacisk w pierwszym etapie kładziono na usprawnianie narządu artykulacyjnego, ćwiczenia oddechowe i rozchamowujące mowę.

Każde spotkanie rozpoczynały ćwiczenia z zakresu spostrzegania, różnicowania, myślenia, uwagi. Zadania te miały na celu poprawę samopoczucia pacjentki, wzmocnienia wiary w własne możliwości, zwiększenie poczucia własnej wartości.

Praca nad rozchamowaniem mowy odbywała się przy wykorzystaniu tzw. mowy emocjonalnej (rozmowy dotyczące tematów emocjonalnie ważnych dla pacjentki).

Koniecznym elementem terapii były ćwiczenia rekonstrukcji wzorców artykulacyjnych na podstawie analizatora wzrokowego i słuchowego, ćwiczona była również prozodia mowy na początku z użyciem krótkich tekstów, z czasem – dłuższego dialogu.

Usprawnienie aparatu artykulacyjnego i kinestezji artykulacyjnej realizowane było przez ćwiczenia języka (kontrolowane wysuwanie i chowanie języka w jamie ustnej, oblizywanie górnej wargi, kląskanie, ćwiczenia pionizujące, unoszenie i opuszczanie języka), warg (naprzemienne zaciskanie i otwieranie, parskanie, cmokanie, układanie warg w ryjek i uśmiech), podniebienia miękkiego (głębokie oddychanie: wdech przez nos, wdech przez usta, energiczne wymawianie sylab z głoskami

tylnojęzykowymi przy otwartej buzi, chrapanie na wydechu, przenoszenie skrawków papieru za pomocą słomki).

Z czasem wprowadzono ćwiczenia w kojarzeniu cyfry z jej graficznym odpowiednikiem, aktualizację nazw, w których pojawiały się parafazy głoskowe, trening czytania słów, zdań, dłuższych tekstów, ćwiczenia w różnicowaniu słuchowym sylab opozycyjnych.

W zakresie usprawniania aparatu artykulacyjnego wprowadzono masaż mięśni mimicznych twarzy, podniebienia i języka.

Ćwiczenia oddechowe i relaksacyjne miały na celu zmniejszenie napięcia psychicznego pacjentki, uspokojenie, realizowane były przez wyrównanie oddechu fizjologicznego, pogłębianie fazy wdechowej, wydłużanie fazy wydechowej oraz ćwiczenia ustabilizowania prawidłowego toru oddechowego: żebrowo-brzusznego.

Ćwiczenia przeprowadzono w pozycji leżącej na plecach z zastosowaniem niewielkiego ciężaru umieszczonego na nadbrzuszu (woreczka z piaskiem lub dużej książki). Podczas głębokiego wdechu pacjent powinien unosić ku górze woreczek, wdech wykonuje przez usta.

#### PODSUMOWANIE TERAPII

Przez zastosowane ćwiczenia nastąpiła wyraźna poprawa w zakresie oddychania – pacjentka oddycha przez nos, pogłębiła się faza wdechowa, wydłużyła się faza wydechowa, oddycha torem żebrowo-brzusznym. Przez zastosowanie masażu podniebienia, języka, gardła oraz mięśni mimicznych twarzy poprawiła się ruchomość artykulatorów. Pacjentka wykonując ćwiczenia usprawniające narządy artykulacyjne, nie potrzebuje już wsparcia wzrokowego.

Terapia przyczyniła się do poprawy tworzenia budowy zdań i nadawania im odpowiedniej formy gramatycznej. Zauważa się duże postępy w zakresie jakości pisma. Pacjentka nie ma obecnie trudności z podpisaniem się, potrafi nazwać litery i sylaby, różnicuje głoski drogą słuchową. Mowa narracyjna jest bardziej rozwinięta, z zachowaną właściwą prozodią. Bariera językowa jest coraz mniejsza, co zapewne pomoże powrócić pacjentce do dawnej aktywności. Jednak osiągnięcie pełnej sprawności językowej wymaga dalszej terapii.

#### WNIOSKI

1. Czas na podjęcie działań terapeutycznych jest niezmiernie ważny. Im szybciej podejmie się działania terapeutyczne, tym większa szansa na odzyskanie utraconych funkcji.
2. Właściwie przeprowadzona diagnostyka i następnie terapia pozwala na odbudowę systemu językowego.
3. W pracy z chorym nie należy zapominać o rehabilitacji społecznej. Nierzadko należy współpracować z psychologiem.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Seniów J. Afazja – krótka charakterystyka objawów i terapii. Dostępny na URL: <http://afasystem.info.pl/index.php?route=page&id=5> (cyt. 10.10.2017).
2. Ardila A. *Aphasia handbook*. Miami (FL): Florida International University; 2014: 38.
3. Kulesza B, Litak J, Grochowski C, i wsp. Urazowe uszkodzenie mózgu. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(12): 215–221,

doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.197104>.

4. Kaczmarczyk R, Kaczmarczyk R. Urazy czaszkowo-mózgowe. *Med Rodz* 2001; 3–4: 121–125.
5. Pąchalska M. *Afazjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012: 25.
6. Rosińczuk J, Błaut-Biernacka E, Kazimierska-Zajac M. Rodzaje zaburzeń procesów poznawczych u pacjentów z poudarowymi uszkodzeniami mózgu. *Forum Logopedyczne* 2014; 22: 14–19.

#### Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. Joanna Rosińczuk  
Zakład Chorób Układu Nerwowego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny  
ul. Barta 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 505 072 255  
E-mail: [joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl](mailto:joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl)

Praca wpłynęła do Redakcji: 25.09.2017 r.

Po recenzji: 29.09.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 05.10.2017 r.

# PROFILAKTYKA ODLEŻYN U PACJENTKI UNIERUCHOMIONEJ PO PRZEBYTYM UDARZE NIEDOKRWIENNYM

*Prevention of bedsores in an immobilised stroke patient*

**Izabela Kuberka, Aleksandra Aduła, Joanna Rosińczuk**

*Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*

*adres do korespondencji: izabela.kuberka@umed.wroc.pl*

## STRESZCZENIE

Odleżyny stanowią poważny problem kliniczny, społeczny i ekonomiczny. Najwyższy odsetek występowania odleżyn odnotowuje się u pacjentów unieruchomionych. Zmniejszenie skali problemu jest możliwe dzięki wdrożeniu działań profilaktycznych, które są priorytetem w pielęgnacji pacjenta z grupy ryzyka.

Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki w profilaktyce odleżyn u pacjentki unieruchomionej, po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu. Przedstawione w pracy problemy badawcze to problemy pielęgnacyjne wynikające ze specyfiki opieki nad osobą unieruchomioną. W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku, z wykorzystaniem procesu pielęgnowania oraz wyróżniono najważniejsze problemy pielęgnacyjne. Do oceny ryzyka powstania odleżyn posłużono się skalami Norton oraz Waterlow. Innymi narzędziami badawczymi wykorzystanymi w pracy są: skala natężenia bólu VAS i skala odżywienia MNA. Informacje dotyczące pacjentki zostały uzyskane za pomocą wywiadu, obserwacji i przeprowadzonych powyższymi skalami badań.

**Słowa kluczowe:** profilaktyka odleżyn, udar niedokrwienny.

## SUMMARY

Bedsore is an important clinical, social, and economic problem. The highest percentage of bedsores are found among immobilised patients. The decrease in the scale of the problem is possible because of prophylactic measures, which constitute the priority in the treatment of a patient in risk group.

The aim of this paper is to present the role of a nurse in prevention of bedsores in an immobilised stroke patient. Research problems discussed in the paper are treatment-connected problems resulting from the character of care of an immobilised person. In this research, the case study method and the use of nursing process were used as well as the most significant nursing problems were highlighted. The Norton Scale and the Waterlow Scale were used to assess the risk of bedsores. In addition, the VAS and the MNA scales are another research tools used in this paper. Information concerning the patient was gathered by means of interview, observation and abovementioned scales.

**Key words:** prevention of bedsores, ischaemic stroke.

## WSTĘP

Występowanie odleżyn stanowi niezmiernie ważny problem terapeutyczny, pielęgnacyjny i ekonomiczny. Według badań 3–17% pacjentów przebywających w szpitalach oraz 17–28% chorych objętych opieką domową jest narażonych na rozwój odleżyn [1]. Problem ten dotyczy zwłaszcza osób, których choroba zmusiła do długotrwałego przebywania w łóżku czy też na wózku inwalidzkim. Dotyczy to zarówno pacjentów, którzy znajdują się w szpitalach (oddziały geriatryczne, neurologiczne, leczenia paliatywnego), jak i przebywających w domu. Wysokie ryzyko powstania odleżyn odnotowuje się szczególnie u chorych nieprzytomnych, z porażeniami, niedowładami (np. po udarze mózgu), którzy ze względu na swój stan muszą pozostać w łóżku [2].

W Europie udary są pierwszą przyczyną inwalidztwa u osób powyżej 45. roku życia i trzecią pod względem częstości przyczyną zgonów. Unieruchomienie na skutek przebytego udaru mózgu jest bardzo często przyczyną powstawania powikłań, takich jak: zakrzepica żył głębokich, zapalenie płuc, przykurcze oraz omawiane szerzej odleżyny [3]. Zmniejszenie problemu, jakim są odleżyny, jest możliwe dzięki wdrożeniu u osób z grupy ryzyka działań profilaktycznych, a u chorych z odleżynami – kompleksowego leczenia [4].

Odleżyna to uszkodzenie skóry oraz głębszych tkanek prowadzące do ich obumierania, ubytku i w konsekwencji owrzodzenia. American National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP) i European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) definiują odleżynę jako obszar miejscowego uszkodzenia skóry i znajdujących się pod nią tkanek, spowodowane uciskiem i/lub napięciem tkanek [1, 2, 5].

W celu zapamiętania czynników opóźniających leczenie odleżyn opracowano mnemotechnikę składającą się z anglojęzycz-

nego wyrażenia DIDN'T HEAL (nie leczą się), gdzie kolejne litery oznaczają: D – cukrzyca (diabetes); I – infekcja (infection); D – leki (drugs); N – niedożywienie (non nutrition); T – tkanka martwicza (tissue necrotic); H – niedotlenienie tkanek (hypoxia); E – napięcie na brzegach rany (excessive tension); A – inna rana (another wound); L – niska temperatura (low temperature) [6].

Na podstawie głębokości uszkodzenia skóry, obecności tkanek martwiczych i charakteru wysięku dokonano wielu klasyfikacji pod postacią różnorodnych skal, które ujednolicają ocenę rany odleżynowej. Najczęściej wykorzystywanymi w praktyce skalami są: Guttmana oraz Thorrance'a [7]. Pozwalają one na ocenę stopnia zaawansowania zmiany i minimalizowanie powikłań [8].

## OPIS PRZYPADKU

Kobieta lat 70, przebywająca w domu pod opieką rodziny. Została wypisana ze szpitala po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu w lipcu 2016 r. Pacjentka w stanie ciężkim, lecz stabilnym (III stopień kategorii opieki), wymagająca stałej, całodobowej opieki w warunkach domowych. Jest pacjentką leżącą z powodu utrzymującej się hemiplegii prawostronnej.

Choroby zasadnicze to cukrzyca typu 2 (choruje od 15 lat) oraz nadciśnienie tętnicze (stwierdzone 5 lat temu) – obecnie normotensja uzyskana przez regularne zażywanie leków. W momencie wystąpienia udaru u chorej stwierdzono, jako podstawowy czynnik etiologiczny, miażdżycowe zwiększenie tętnic domagocych oraz podwyższone stężenie cholesterolu LDL.

W wywiadzie pacjentka podaje, iż matka chorowała na nadciśnienie tętnicze, przeszła dwa zawały serca, zmarła na skutek trzeciego zawału serca. Ojciec chorował na niedoczynność tarczycy oraz miażdżycę, dodatkowo był też otyły i palił papierosy, zmarł na skutek przebytego udaru mózgu. W przeszłości pacjentka paliła papierosy – przez 10 lat po 20 papierosów dziennie.

Chora samodzielnie przyjmuje pokarmy, wcześniej przygotowane przez męża. Łaknienie oraz pragnienie w ostatnim czasie zmniejszone, w wywiadzie podaje, że od dłuższego czasu przyjmuje znacznie mniej płynów. W skali MNA otrzymuje 19 punktów, co oznacza ryzyko niedożywienia. Pacjentka jest na diecie cukrzycowej, jednak przyznaje, że zdarza jej się nie przestrzegać zasad diety cukrzycowej. BMI = 35.94. Dolegliwości bólowe zgłaszane przez pacjentkę są wynikiem zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa nasilających się okresowo. Występuje sporadycznie nietrzymanie moczu. Ilość wydalanego moczu nieco zmniejszona. Pacjentka jest w grupie wysokiego ryzyka powstania odleżyn. Skala Norton – 11 pkt., skala Waterlow – 25 pkt. W każdej ze skal występuje wysokie ryzyko rozwoju odleżyn. Chora nie posiada zaopatrzenia w podstawowy sprzęt do profilaktyki odleżyn (brak łóżka, materaca przeciwoodleżynowego i innych udogodnień), tak więc pielęgnacja jej w środowisku domowym nie jest dostateczna.

## PROCES PIELEGNOWANIA

### 1. Diagnoza pielęgnarska

Długotrwałe unieruchomienie spowodowane przebytych udarem niedokrwiennym (hemiplegia prawostronna).

#### Cel działań pielęgnarskich:

- wczesne rozpoznanie zagrożenia odleżynami;
- zapobieganie powikłaniom (odleżyny, zakrzepica żył głębokich, zapalenie płuc, przykurcze);
- edukacja pacjentki i rodziny w zakresie profilaktyki zapobiegania powikłaniom.

#### Plan działań:

- zapobieganie powstaniu odleżyn:
  - ocena ryzyka wystąpienia odleżyn za pomocą dostępnej skali,
  - obserwacja powłok skórnych oraz dokumentowanie patologicznych zmian na skórze,
  - unikanie ucisku z zewnątrz (różne przedmioty w łóżku, guziki, fałdy),
  - dobór zastosowania bezpiecznej techniki przemieszczania pacjentki w łóżku (zastosowanie łątwoślizgu),
  - zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego zmienności ciśnieniowego oraz udogodnień – wałków, klinów, poduszek stabilizujących, dobranych odpowiednio do stopnia zagrożenia odleżynami,
  - stosowane sprzętu umożliwiającego prawidłowe rozproszenie ucisku – podkładki żelowe, owcza skóra, podpórki poliuretanowe pod łokcie oraz pięty,
  - zmiana pozycji ułożenia w łóżku co 2 godziny,
  - pielęgnacja skóry – wykonywanie toalety całego ciała minimum 2 razy na dobę, stosowanie preparatów do mycia o neutralnym pH, dokładne osuszanie skóry,
  - pielęgnacja przy użyciu preparatów zapobiegających dehydratacji skóry,
  - wykonywanie czynności higienicznych,
  - zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
  - aktywizowanie ręki objętej niedowładem,
  - zachęcanie i motywowanie pacjentki do wykonywania ćwiczeń ogólnousprawniających,
  - edukacja chorej i rodziny w zakresie obserwacji i pielęgnacji skóry;
- zapobieganie powstaniu zakrzepicy i przykurczów:
  - elewacja kończyn,
  - poprawa ukrwienia skóry przez masaże, oklepywanie,
  - zwiększenie aktywności pacjentki – rehabilitacja bierna,
  - dobór i zastosowanie pończoch uciskowych,
  - wdrożenie kompresji pneumatycznej,
  - unikanie przegrzewania kończyn,
  - ułożenie kończyn zapobiegające wystąpieniu przykurczy, ułatwienie kontaktu z rehabilitantem oraz zachęcanie do współpracy,
  - dostosowanie ćwiczeń do aktualnego stanu ogólnego pacjentki,

- edukacja pacjentki i rodziny w zakresie niepokojących objawów, np. obrzęk i ból kończyny;
- zapobieganie powikłaniom ze strony układu oddechowego:
  - w przypadku zalegania wydzieliny pomoc w jej usunięciu,
  - w przypadku nasilenia zalegania wydzieliny i kłopotów z jej odkrztuszeniem stosowanie pozycji drenażowych,
  - oklepywanie pleców (bez użycia spirytusu) omijając wyniosłości kostne,
  - ćwiczenia oddechowe torem piersiowym,
  - użycie przyrządów pomocniczych podczas ćwiczeń, np. butelka z płynem i rurką, gwizdek Fluter, Spiroflo,
  - nauka efektywnego odkrztuszania,
  - częste wietrzenie pokoju.

### Uzasadnienie podjętych działań

Długotrwałe unieruchomienie, zwłaszcza u pacjentów neurologicznych, jest częstą przyczyną rozwoju odleżyn i innych powikłań wynikających z braku ruchu. W dostępnym piśmiennictwie podaje się, że większe nakłady na profilaktykę procentują w praktyce zmniejszeniem ryzyka odleżyn, zapobiegają powikłaniom ze strony układu oddechowego oraz wystąpienia zakrzepicy żył głębokich. Działania podjęte u pacjentki są zgodne z polskimi rekomendacjami PTLR (Polskie Towarzystwo Leczenia Ran) dotyczącymi profilaktyki i leczenia odleżyn. Edukacja natomiast uświadomiła zagrożenia związane z unieruchomieniem i pomogła w zaangażowaniu rodziny do procesu pielęgnowania pacjentki [9].

### 2. Diagnoza pielęgnarska

Nietrzymanie moczu spowodowane zaburzeniami neurologicznymi.

#### Cel działań pielęgnarskich:

- zapobieganie powikłaniom (infekcje dróg moczowych, odparzenia);
- wzmacnianie mięśni krocza.

#### Plan działań:

- obserwacja powłok skórnych;
- właściwa pielęgnacja skóry – kilkakrotna toaleta krocza w ciągu dnia przy użyciu preparatów o neutralnym pH;
- zastosowanie tylko jednorazowych środków chłonących mocz – pieluchomajtki, wkładki urologiczne;
- zastosowanie luźnych, lekkich i łatwych w praniu ubrań;
- częsta zmiana bielizny pościelowej;
- zapobieganie infekcji układu moczowego przez zakwaszenie moczu – przyjmowanie soku żurawinowego, witaminy C;
- zastosowanie ćwiczeń zwiększających napięcie mięśni dna miednicy oraz wzmocnienie napięcia mięśni zwieraczy cewki moczowej:
  - ćwiczenia ogólnie usprawniające,
  - ćwiczenia Kegla,
  - elektrostymulacja,
  - trening pęcherza moczowego;
- eliminacja niekorzystnych nawyków, które sprzyjają nietrzymaniu moczu – ograniczenie spożycia kawy, herbaty, napojów gazowanych;
- ograniczenie spożycia płynów jedynie w godzinach wieczornych;
- promowanie prawidłowych nawyków ułatwiających kontrolę wydalania moczu – ściśle przestrzeganie godzin oddawania moczu, wydalanie moczu po nocnym wypoczynku;
- polecenie chorej, aby prowadziła dzienniczek samokontroli – notowanie godzin oddawania moczu;
- motywowanie chorej i rodziny do współpracy.

### Uzasadnienie podjętych działań

Ze względu na duże ryzyko infekcji dróg moczowych spowodowane zaburzeniami w jego wydalaniu wdrożono czynności pielęgnacyjne oraz stymulujące mięśnie dna miednicy. Działania zostały podjęte między innymi na podstawie wytycznych Zespołu Ekspertów dotyczących postępowania diagnostyczno-



-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu. Szczególny nacisk kładzie się na modyfikację stylu życia, zastosowanie fizykoterapii oraz pielęgnacji skóry w celu niedopuszczenia do rozwoju powikłań. Powyższe interwencje pielęgniarские uwzględniają te działania, w celu zapobiegania wystąpienia infekcji dróg moczowych, odparzeń oraz odleżyn. Edukacja chorej, jej rodziny oraz uświadomienie zagrożenia w związku z nietrzymaniem moczu zmotywowało pacjentkę i jej rodzinę do lepszej współpracy [10].

### 3. Diagnoza pielęgniariska

Niedożywienie spowodowane zmniejszonym łaknieniem.

#### Cel działań pielęgniarских:

- odżywienie chorej;
- poprawa łaknienia;
- identyfikacja niedoborów żywieniowych;
- identyfikacja zaburzeń połykania.

#### Plan działań:

- ocena nawodnienia oraz stanu odżywienia za pomocą skali MNA;
- pomoc w przygotowywaniu i przyjmowaniu pokarmów:
  - posiłki podawane często, lecz w małych porcjach,
  - odstępy między kolejnymi posiłkami – minimum 3 godziny,
  - ostatni posiłek 3 godziny przed snem,
  - przyjmowanie pokarmów w pozycji siedzącej;
- zwiększenie energetyczności diety – dobór żywności specjalnego, medycznego przeznaczenia, np. Nutridrink, Cubitan;
- zwiększenie podaży białka w porozumieniu z lekarzem prowadzącym – 1,5–2 g białka/kg m.c.;
- ułatwienie kontaktu z lekarzem prowadzącym celem wykonania badań diagnostycznych (np. białko, albuminy);
- ułatwienie kontaktu z dietetykiem klinicznym celem ustalenia jadłospisu uzupełniającego niedobory białkowo-witaminowe;
- obserwacja objawów związanych z zaburzeniami połykania, np. kaszel, zmiana barwy głosu i wyływanie śliny z ust;
- edukacja chorej i rodziny dotycząca diety wysokobiałkowej, przekazanie informacji o kaloryczności poszczególnych produktów i zawartości w nich białka, witamin i mikroelementów.

#### Uzasadnienie podjętych działań

W wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran dotyczących profilaktyki i leczenia odleżyn zwraca się szczególną uwagę na niedożywienie jako ważny czynnik ryzyka powstawania odleżyn. Dlatego też z powodu braku prawidłowego odżywienia oraz ryzyka wystąpienia powikłań, takich jak osłabienie siły mięśniowej oraz odporności, wysokiej podatności na infekcje, zmian ukrwienia skóry i tworzenia się odleżyn, wdrożono czynności związane z identyfikacją niedożywienia oraz jego eliminacją. Edukacja pacjentki oraz rodziny uświadomiła zagrożenia związane z niedoborami pokarmowymi. Podjęte działania zostały indywidualnie zaplanowane do potrzeb pacjentki [11, 12].

### 4. Diagnoza pielęgniariska

Cukrzyca typu 2.

#### Cel działań pielęgniarских:

- uzyskanie normoglikemii;
- edukacja pacjentki oraz jej rodziny.

#### Plan działań

- obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia wczesnych powikłań cukrzycowych (hipoglikemia, hiperglikemia);
- regularny pomiar stężenia glukozy w krwi za pomocą glukometru;
- utrzymanie stężenia glukozy w krwi w granicach 60–99 mg%;
- w przypadku wystąpienia hipoglikemii podanie do wypicia słodkiej herbaty;

- w przypadku wystąpienia hiperglikemii podanie dodatkowej dawki insuliny na zlecenie lekarza;
- polecenie prowadzenia dzienniczka samokontroli;
- insulinoterapia zgodnie ze zleceniem specjalisty;
- spożywanie posiłków o stałych porach;
- przygotowywanie posiłków o niskim indeksie glikemicznym;
- ograniczenie spożycia cukrów prostych przez zastąpienie ich cukrami złożonymi;
- motywowanie chorej i rodziny do przestrzegania diety cukrzycowej;
- zwiększenie aktywności pacjentki przez opracowanie odpowiednio dobranych ćwiczeń aktywizujących;
- umożliwienie kontaktu ze specjalistą diabetologicznym oraz edukatorem w diabetologii – kontrola skuteczności insulinoterapii, nauka stosowania wymienników węglowodanowych;
- edukacja pacjentki w zakresie profilaktyki powikłań późnych (nefropatia, neuropatia, retinopatia, angiopatia) – codzienna toaleta stóp, skracanie paznokci, noszenie bezuciskowych skarpetek, unikanie skaleczeń i otarć stóp, codzienna kontrola skóry stóp, dobór kosmetyków do pielęgnacji stóp, regularne kontrole lekarskie u specjalistów.

#### Uzasadnienie podjętych działań

Cukrzyca typu 2 niesie z sobą szereg powikłań. Szczególnie niewyrównana cukrzyca, objawiająca się wahaniami poziomu glukozy w krwi, nieprzestrzeganie diety cukrzycowej i unieruchomienie w łóżku, sprzyjają wystąpieniu hipoglikemii bądź hiperglikemii. W celu niedopuszczenia do powikłań wczesnych i późnych podjęto szereg działań w celu uzyskania normoglikemii, zgodnie z najnowszymi zaleceniami klinicznymi dotyczącymi postępowania u chorych na cukrzycę. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne kładzie szczególny nacisk na rolę aktywności fizycznej, zastosowanie diety cukrzycowej oraz insulinoterapii, co zostało bezwzględnie uwzględnione w procesie pielęgnowania. W celu uzyskania normoglikemii u pacjentki zostały wykonane regularne pomiary stężenia glukozy w krwi. Edukacja natomiast uświadomiła zagrożenia, jakie niesie z sobą niewyrównana cukrzyca, jakie mogą być skutki wahań poziomu glukozy w krwi i do jakich powikłań mogą one doprowadzić [13, 14].

### 5. Diagnoza pielęgniariska

Dolegliwości bólowe kręgosłupa spowodowane zmianami zwyrodnieniowymi.

#### Cel działań:

- zmniejszenie lub całkowita eliminacja bólu.

#### Plan działań:

- obserwacja charakteru i natężenia bólu za pomocą skali VAS;
- podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza;
- ułożenie pacjentki w łóżku, w wygodnej dla niej pozycji, stosowanie udogodnień;
- stosowanie ciepłych i wilgotnych kompresów;
- odwrócenie uwagi pacjentki od bólu przez rozmowę, czytanie gazety, oglądanie telewizji;
- umożliwienie kontaktu z rehabilitantem celem dostosowania ćwiczeń i masażu do stanu ogólnego pacjentki;
- edukacja pacjentki oraz rodziny w zakresie przyjmowania leków przeciwbólowych oraz współpracy z rehabilitantem.

#### Uzasadnienie podjętych działań

Zmiany zwyrodnieniowe, szczególnie u pacjentów w podeszłym wieku, są często przyczyną występowania dolegliwości bólowych, które powodują dyskomfort i ogólne osłabienie. Optymalne leczenie bólu zostało ukierunkowane na przyczynę bólu. Wdrożono również program leczenia wielokierunkowego, uwzględniającego farmakoterapię, fizjoterapię, rehabilitację oraz psychologiczne metody leczenia bólu. Podjęte działania mają na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawę samopoczucia. Szczególny nacisk został położony na farmako-

logiczne leczenie bólu oraz zastosowanie technik rehabilitacyjnych zgodnie z dostępną literaturą. W celu doboru optymalnego leczenia farmakologicznego dokonano wnikliwej oceny charakteru bólu, a częste rozmowy i organizowanie wolnego czasu spowodowały odwrócenie uwagi od nieprzyjemnych doznań bólowych. Dodatkowo edukacja uświadomiła, jakie znaczenie ma przyjmowanie leków przeciwbólowych w leczeniu bólu [15].

## DYSKUSJA

Odleżyny stanowią istotny problem zdrowotny dotyczący głównie osób przewlekle chorych, unieruchomionych oraz niedożywionych. Narażeni są szczególnie chorzy z deficytem samoopieki, samotni i bez wsparcia osób przebywających w domu. Występowanie ran odleżynowych wiąże się z cierpieniem oraz obniżeniem jakości życia w różnych jego sferach. Opieka nad osobami przewlekle chorymi, unieruchomionymi wymaga szczególnej opieki ze strony pielęgniarki. Odgrywa ona znaczącą rolę w profilaktyce odleżyn. Głównym zadaniem personelu pielęgniarskiego jest zdobywanie kwalifikacji i kompetencji zawodowych, niezbędnych do zapewnienia opieki na jak najwyższym poziomie w zakresie profilaktyki i leczenia ran przewlekłych. Kompetencje te mają wynikać z zakresu uprawnień i pełnomocnictw nadanych w celu podejmowania działań, wydawania sądów, opinii i decyzji w określonym obszarze działalności zawodowej [8].

W celu identyfikacji ryzyka powstania odleżyn należy uwzględnić, jakie czynniki ma dany pacjent, a następnie dążyć do ich zmiany. Nie zawsze jednak jest to możliwe, należy wtedy dążyć do uzyskania jak najszybszej poprawy [16]. Szewczyk i wsp. potwierdzają również fakt, iż wraz z wiekiem tendencje wzrastają, gdyż następuje zmniejszenie gęstości zarówno tkanki łącznej, jak i unaczynienia skórno [17]. W artykule Bazaliński i wsp. twierdzą, iż obserwuje się narastającą liczbę osób starszych z odleżynami nabytymi w ciągu pierwszego roku od wypisu ze szpitala [18].

Istotnym i pierwszym elementem w działaniach profilaktycznych, mających na celu zapobieganie wystąpieniu odleżyn, jest ocena ryzyka rozwoju odleżyn. W artykule Cierzniańskiej i wsp. szczególną rolę w praktyce przypisuje się stosowaniu różnego rodzaju skal punktowych. Według autorów, najpowszechniejszą jest skala Norton, która jest najbardziej ogólną skalą zawierającą ocenę pięciu parametrów: stanu fizycznego, stanu świadomości, aktywności, samodzielności przy zmianie

pozycji ciała oraz funkcjonowaniu zwieraczy odbytu i cewki moczowej. Inne zaś skale (Waterlow, Braden, CBO, Douglas) są znacznie dokładniejsze i obejmują większą liczbę czynników ryzyka [9]. Sopata w swojej publikacji pisze, iż najprostszą a zarazem najbardziej użyteczną skalą w opiece nad pacjentem przewlekle chorym jest skala Norton. Wymienia też inne skale przydatne do oceny ryzyka rozwoju odleżyn m.in. skala Gosnell, Knoll, Waterlow i Braden [19].

W dostępnej literaturze podkreśla się konieczność zwracania szczególnej uwagi na sposób ułożenia wszystkich elementów ciała. Rodzaje ułożeń, jakie wymieniają, to pozycja na plecach, na boku oraz na brzuchu. Godną zastosowania uważają pozycję na brzuchu. U kobiety ostatnia pozycja jest niemożliwa do zastosowania, ze względu na otyłość pacjentki [9, 20].

Według Krysiak sprzęt przeciwośleżynowy to nie tylko zastosowanie materaca, ale również używanie pomocniczych środków ułatwiających przemieszczanie chorego. W profilaktyce uwzględnia wózki do przewozu, żurawiki, podnośniki suwnicowe, rękawy oraz rolki poślizgowe. U badanej chorej zastosowano łatwoślizg celem zmniejszenia tarcia podczas przemieszczania oraz zapobiegania mechanicznym uszkodzeniom skóry [21].

Właściwa pielęgnacja skóry według Szewczyk i wsp. to przede wszystkim utrzymanie skóry całego ciała w czystości i suchości oraz stosowanie środków zapobiegających dehydratacji naskórka. Ciekawym rozwiązaniem dla pacjentów, w związku z zaburzeniami zwieraczy odbytu i/lub cewki moczowej, jest zastosowanie membrany. Specjalnego przeznaczenia powłoki charakteryzują się dobrą przepuszczalnością powietrza i pary wodnej, co chroni skórę przed maceracją [9].

Cierzniańska i wsp. uważają, iż stan odżywienia chorych może przyczynić się do występowania odleżyn. U chorych z niedożywieniem wiąże się to z brakiem odpowiedniej ilości tkanki, co powoduje wzmocnienie ucisku powierzchniowego [1].

Białoń-Janusz uważa, że to właśnie dieta z dużą zawartością białka, witamin i soli mineralnych powinna być zastosowana w ramach profilaktyki przeciwośleżynowej [22]. Aby poprawić warunki gojenia, w porozumieniu z lekarzem prowadzącym u pacjentki, zwiększono podaż białka.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

## BIBLIOGRAFIA

- Cierzniańska K, Łabuńska A, Szewczyk MT. Analiza wybranych czynników wpływających na rozwój odleżyn. *Leczenie Ran* 2010; 7(3-4): 71-77.
- Cierzniańska K, Szewczyk MT. Odleżyny – problem złożony. *Zakazenia* 2012; 12(2): 83-86.
- Stróżyńska E, Ryglewicz D. Czynniki ryzyka udaru mózgu u kobiet. *Pol Prz Neurol* 2013; 9(4): 135-140.
- Stafiej JM. Gdy zwiedzisz profilaktyka... Odleżyny – problem nie tylko szpitalny. *Pielęg Chir Angiol* 2011; 3: 171-174.
- Krupińska E. Ocena ryzyka powstawania odleżyn przy użyciu dostępnych skal – opis przypadku. *Probl Pielęg* 2012; 20(3): 380-384.
- Sopata M, Głowacka A, Tomaszewska E. Odleżyny – profilaktyka i nowoczesne metody leczenia zachowawczego (cz. 2). *Zakazenia* 2008; 8(5): 44-90.
- Kędziora-Kornatowska K, Muszaliński M, Skolmowska E. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
- Bazaliński D, Fąfara A, Ząbek P, i wsp. Profilaktyka i leczenie odleżyn w praktyce personelu pielęgniarskiego oddziałów neurologicznych w odniesieniu do wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. *Doniesienia Wstępne. Leczenie Ran* 2015; 12(4): 179-186.
- Szewczyk MT, Sopata M, Jawień A, i wsp. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn. *Leczenie Ran* 2010; 7(3-4): 79-106.
- Radziszewski P, Baranowski W, Nowak-Markwitz E, i wsp. Wytyczne Zespołu Ekspertów odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym. *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Ginekol Pol* 2010; 81: 789-793.
- Biernat J, Wyka J. Stan odżywienia w aspekcie stanu zdrowia. *Now Lek* 2011; 80(3): 209-212.
- Joško-Ochojska J, Spandel L, Brus R. Odwodnienie osób w podeszłym wieku jako problem zdrowia publicznego. *Hygeia Public Health* 2014; 49(4): 712-717.
- Gumprecht J, Młynarski W, Strojek K, i wsp. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetol Klin* 2016; 5(Supl. A): 1-73.
- Grabańska K, Bogdański P. Miejsce leczenia niefarmakologicznego w prewencji i terapii nadciśnienia tętniczego. *Forum Zab Metabol* 2010; 1(2): 115-122.
- Dobrogowski J, Zajączkowska R, Dutka J, i wsp. Patofizjologia i klasyfikacja bólu. *Pol Prz Neurol* 2011; 7(11): 20-30.
- Rosińczuk J, Uchmanowicz I. *Odleżyny – profilaktyka i leczenie*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2014.
- Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, Cierzniańska K, i wsp. Czynniki ryzyka rozwoju odleżyn u chorych po amputacji kończyny dolnej. *Leczenie Ran* 2011; 8(2): 47-52.
- Bazaliński D, Zmora M, Przybek-Mita J, i wsp. Przygotowanie pielęgniarki do opieki nad pacjentem z przewlekłą raną odleżynową z uwzględnieniem rodzaju ich kwalifikacji zawodowych. *Pielęg Chir Angiol* 2017; 11(1): 13-19.
- Sopata M. *Nowoczesne sposoby profilaktyki i leczenia odleżyn*. W: Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A, red. *Opieka paliatywna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 194-213.
- Malinowska K, Mikołajewska E. Odleżyny – wspólna płaszczyzna działań pielęgniarskich i rehabilitacyjnych u pacjenta leżącego. *Pielęg Chir Angiol* 2009; 2: 60-64.
- Krysiak I. *Odleżyny*. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D, red. *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 283-288.

22. Białoń-Janusz A. *Problemy skórne*. W: Walden-Gałuszko K, Kaptacz A, red. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa:

Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 145–151.

---

**Adres do korespondencji:**

Mgr Izabela Kuberka  
Zakład Chorób Układu Nerwowego  
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny  
ul. Bartła 5  
51-617 Wrocław  
Tel.: 71 784 18 39  
E-mail: izabela.kuberka@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 05.09.2017 r.

Po recenzji: 05.10.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 02.11.2017 r.

# ZASŁUGI TEODORA RAFIŃSKIEGO ORAZ JERZEGO ALKIEWICZA DLA OŚRODKA NAUKOWO-BADAWCZEGO CHORÓB UKŁADU ODDECHOWEGO U DZIECI W KOŁOBRZEGU KLINIKI PEDIATRII AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU

*Teodor Rafiński's and Jerzy Alkiewicz's contributions to the Scientific Research Center for the Diseases of the Children's Respiratory System in Kolobrzeg of the Pediatric Clinic of Medical Academy in Poznan*

Roman Heider<sup>1</sup>, Andrzej Kierzek<sup>2</sup>, Małgorzata Paprocka-Borowicz<sup>1</sup>,  
Jadwiga Kuciel-Lewandowska<sup>1</sup>, Wojciech Laber<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup> Zakład Fizjoterapii, Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze

adres do korespondencji: heider.roman@gmail.com

## STRESZCZENIE

Na wstępie przedstawiono istotę ośrodków naukowo-badawczych w polskich uzdrowiskach. Były one placówkami medycznymi unikatowymi w skali światowej. Szeroko zanalizowano rolę wybitnych profesorów Teodora Rafińskiego i Jerzego Alkiewicza w rozwoju Ośrodka Naukowo-Badawczego Chorób Układu Oddechowego u Dzieci w Kołobrzegu Kliniki Pediatrii Akademii Medycznej w Poznaniu.

**Słowa kluczowe:** historia medycyny fizykalnej, Ośrodki Naukowo-Badawcze, leczenie sanatoryjne chorób dróg oddechowych.

## SUMMARY

The essence of scientific research centers in Polish health resorts, institution unique in the world is presented first of all. The role of prominent professors Teodor Rafiński and Jerzy Alkiewicz in the development of the Scientific Research Center for the Diseases of the Children's Respiratory System in Kolobrzeg of the Pediatric Clinic of the Medical Academy in Poznan is analyzed widely.

**Key words:** history of physical medicine, science and research centers, sanatorium treatment of respiratory diseases.

W rozwoju lecznictwa uzdrowiskowego oraz organizowaniu działalności naukowej w Kołobrzegu w drugiej połowie XX wieku znaczącą rolę odegrali przede wszystkim: prof. dr hab. Janusz Bielski, prof. dr med. Artur Czyżyk, prof. dr med. Kazimierz Ereciński, prof. dr med. Franciszek Miedziński, prof. dr med. Maria Prochorow, prof. dr hab. med. Teodor Rafiński oraz prof. dr hab. med. Jerzy Alkiewicz [1].

Ośrodki Naukowo-Badawcze (ONB) powołane w uzdrowiskach przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w 1953 r. stanowiły unikatową formę współdziałania klinicystów – naukowców zatrudnionych w uczelniach medycznych oraz w instytutach naukowo-badawczych z lecznictwem uzdrowiskowym. Miały one za zadanie stałą weryfikację metod stosowanych dotychczas w uzdrowiskach, stworzenie oraz opracowanie nowych metod nie tylko terapii i rehabilitacji uzdrowiskowej, ale również profilaktyki. Prowadziły badania naukowe m.in. w zakresie poznawania mechanizmów leczniczego działania czynników związanych z uzdrowiskiem. ONB pełniły także niezmiernie ważne funkcje konsultacyjne oraz dydaktyczne [2, 3].



Rycina 1. Teodor Rafiński (1907–1978)

Działalność naukowa oraz usługowa Ośrodków Naukowo-Badawczych ściśle związana była z podstawową działalnością danego uzdrowiska, z wyko-

rzystaniem jego naturalnych źródeł i bogactw. Zaczynano w warunkach niełatwych. Uzdrowiska nie były bowiem w pełni przygotowane na działalność takich nowych placówek. Dzięki pomocy pełnych zaangażowania konsultantów z akademii medycznych, a także zaangażowania lekarzy uzdrowiskowych stopniowo nabierano doświadczenia. Niektóre innowacje diagnostyczne i terapeutyczne inicjowane w klinikach czy instytutach przekazywano niezwłocznie lekarzom uzdrowiskowym, konsultowano je, co pozwalało na stosunkowo szybkie ich wprowadzanie na terenie uzdrowisk.

Samodzielni pracownicy naukowcy, którzy zazwyczaj bywali kierownikami klinik lub instytutów oraz wysoko w hierarchii klinicznej usytuowanymi lekarzami tych medycznych placówek, a także inni lekarze kliniczni konsultowali w uzdrowiskach chorych w ramach danego ONB, ale niekiedy również innych pacjentów z terenu całego uzdrowiska. Ten instruktaż diagnostyczny i terapeutyczny na najwyższym krajowym poziomie w efekcie znacznie podnosił prestiż uzdrowiska. Dochodziło do swoistych patronatów pewnych klinik akademii medycznych w kraju nad poszczególnymi uzdrowiskami. Lekarze kliniczni szkolili lekarzy uzdrowiskowych w specjalnościach klinicznych i vice versa, lekarze balneolodzy z uzdrowisk szkolili z zasad medycyny fizykalnej i balneoklimatologii lekarzy klinicznych. Najbardziej z tej współpracy zadowoleni byli oraz korzystali chorzy [4].

Dla Ośrodka Naukowo-Badawczego Chorób Układu Oddechowego u Dzieci w Kołobrzegu Kliniki Pediatrii Akademii Medycznej w Poznaniu szczególnie zasłużeni byli Teodor Rafiński oraz Jerzy Alkiewicz.

Teodor Rafiński urodził się 8 listopada 1907 r. w Wilczu niedaleko Bydgoszczy. Po otrzymaniu świadectwa dojrzałości rozpoczął w 1927 r. studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego, które ukończył w 1934 r. Podczas studiów zaangażował się w pracę w Zakładzie Fizjologii Uniwersytetu Poznańskiego, najpierw jako wolontariusz (1930 r.), następnie jako młodszy asystent (1931 r.) i starszy asystent (1934 r.). W tym czasie opracował wspólnie z Jarosławem Bilewiczem-Stankiewiczem swoją pierwszą publikację *Krótki podręcznik do ćwiczeń z fizjologii*. Od 1936 r. Teodor Rafiński przenosząc się do Kliniki Dziecięcej Uniwersytetu Poznańskiego pogłębiał swoje wykształcenie w znanej szkole pediatrycznej Karola Jonschera m.in. pod kierunkiem lekarza fizjatri Janusza Zeylanda (1896–1944). Broniąc pracy *Uśpienie za pomocą Evipan-Natrium* uzyskał w 1938 r. stopień naukowy doktora medycyny. W tym samym roku zawarł związek małżeński z Jadwigą Terlikowską oraz został ojcem syna Jerzego, a następnie w roku 1946 córki Hanny. W 1939 r. mając zaledwie trzydzieści dwa lata zaczął pełnić obowiązki dyrektora Szpitala św. Józefa, zastępując powołanego do służby wojskowej ówczesnego dyrektora, pediatrę dr Mariana Szenicę (1891–1958).

Wybuch II wojny światowej zaburzył Teodorowi Rafińskiemu, jak i wielu polskim naukowcom, rozwój kariery zawodowej i naukowej. Wysiedlony wraz z rodziną do Generalnego Gubernatorstwa, od pierwszych dni września aktywnie włączył się w pomoc rannym żołnierzom, działając jako lekarz szpitala polowego w Brwinowie, utworzonego przez koło Polskiego Czerwonego Krzyża. Od listopada, po przesiedleniu go do Skierniewic, pracował tam jako lekarz pediatra. Przez cały czas okupacji prowadził społecznie zorganizowaną przez siebie Stację Opieki nad Matką i Dzieckiem w tym mieście. Czynnie uczestniczył w tajnych szkoleniach członków Polskiego Czerwonego Krzyża, przekazując wiedzę w zakresie fizjologii człowieka i pediatrii. Po upadku powstania warszawskiego w 1944 r. współorganizował akcje pomocy ludziom wywożonym ze stolicy, polegające na ich dożywianiu, zaopatrzeniu lekarskim, zakwaterowaniu.

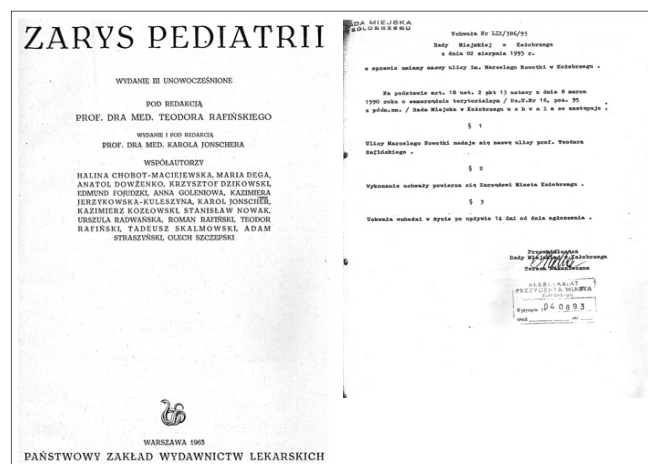
W marcu 1945 r. Teodor Rafiński powrócił do wyzwolonego Poznania, gdzie natychmiast zajął się odbudową zniszczonej Kliniki Dziecięcej przy ul. Marii Magdaleny. W tym samym roku reaktywował także istniejący wcześniej w Klinice Naukowy Ośrodek Szczepień Przeciwgruźliczych, zostając jego kierownikiem. Jednocześnie rozpoczął działania związane z pracą naukową, zostając w tym samym roku adiunktem Kliniki. W 1949 r. na podstawie pracy *Zagadnienia schorzeń usznych u niemowląt jako powikłania niektórych chorób infekcyjnych* habilitował się z pediatrii. Rok później otrzymał tytuł docenta, a 22 października 1954 r. został mianowany profesorem nadzwyczajnym przy Katedrze Chorób Dziecięcych na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu.

Teodor Rafiński przez 22 lata (1956–1978) kierował Kliniką Dziecięcą (potem I Kliniką Chorób Dzieci Instytutu Pediatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu), przejmując to stanowisko po śmierci prof. dr. Karola Jonschera. Poza pracą naukową i dydaktyczną angażował się aktywnie w działania społeczne i wychowawcze. Jak wyżej wspomniano, współtworzył Ośrodek Naukowo-Badawczy Sanatoriów Dziecięcych w Kołobrzegu, zostając jego konsultantem i kierownikiem. Swoją wiedzę i doświadczenie wykorzystywał przy organizacji prewentorium dla dzieci w Ludwikowie oraz sanatorium dla dzieci w Olsztynku, w których później sprawował także funkcję konsultanta. Przez kilka lat konsultował również pacjentów w Sanatorium Przeciwgruźliczym dla Dzieci „Staszycówka” w Osowej Górze (1949–1953), w Sanatorium w Kiekrzu pod Poznaniem, w Prewentorium w Jeziorach, w Ośrodku Dziecięcym w Gnieźnie (1950–1951) oraz w sanatoriach dziecięcych w Zabórzu. Był współorganizatorem Uzdrowiska Morskiego w Dźwirzynie [5, 6].

Działalność naukowa profesora Teodora Rafińskiego zaowocowała opublikowaniem około dwustu prac napisanych samodzielnie lub wspólnie ze swoimi współpracownikami. Jego zainteresowania naukowe skupiały się początkowo na badaniu gruźlicy u dzieci, a w szczególności na zgłębianiu zagadnienia szczepień przeciwgruźliczych i związanych z nimi powikłań. W kolejnym okresie zajmował się ostrymi schorzeniami układu

oddechowego wywołanymi głównie gronkowcami. Wprowadził i opisał w tym czasie metodę leczenia trwałych przetok opłucnowych za pomocą przejściowego uniedroźnienia oskrzeli, którą stosowano u dzieci z pozytywnym skutkiem przez wiele lat. Szeroko w niektórych przypadkach stosowano stworzoną przez Rafińskiego metodę leczenia ciężkich posocznicy gronkowcowych za pomocą wymiennego przetaczania krwi. Głównym jego zainteresowaniem okazały się jednak przewlekłe choroby układu oddechowego u dzieci, a przede wszystkim astma oskrzelowa. Wraz ze swoimi współpracownikami zgłębiał zagadnienie etiopatogenezy i terapii tego schorzenia oraz badał wpływ środowiska naturalnego na organizm chorego dziecka. W zakresie leczenia astmy oskrzelowej był prekursorem zastosowania immunologicznej metody za pomocą odczulania nieswoistego wieloważną szczepionką według Delbeta.

Teodor Rafiński angażował się aktywnie w rozwój polskiej pediatrii przez przynależność do licznych towarzystw naukowych w Polsce i za granicą. Przez 10 lat pełnił funkcję przewodniczącego Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz był delegatem Zarządu Głównego tego Towarzystwa na Polskę Zachodnią. Zorganizował w Poznaniu XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (1960 r.), pięć konferencji naukowych pediatrów Polski Zachodniej oraz szereg sympozjów naukowych w Kołobrzegu. Swoją wiedzę i umiejętności wykorzystywał także będąc członkiem Komitetu Redakcyjnego „Pediatrii Polskiej”, Rady Redakcyjnej „Herba Polonica”, Rady Naukowej Instytutu Przemysłu Zielarskiego oraz Rady Naukowej Instytutu Balneoklimatycznego. Jako dobry dydaktyk pozostawił w spuściźnie popularny i wielokrotnie wznawiany podręcznik *Zarys pediatrii*. Napisał także książkę o charakterze popularno-naukowym *Higiena niemowląt*, która cieszyła się dużym zainteresowaniem.



Rycina 2. Strona tytułowa pod-  
ręcznika *Zarys pediatrii* pod redakcją Teodora Rafińskiego

Rycina 3. Uchwała Rady Miejskiej w sprawie przemianowania ul. dąkacją Teodora Rafińskiego

Za swoją działalność Teodor Rafiński był wielokrotnie nagradzany. W 1974 r. otrzymał m.in. Nagrodę Naukową Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, a także Nagrodę Naukową I stopnia Naczelnej Organizacji Technicznej. Uehonorowany został także odznaczeniami nadawanymi przez Radę Państwa: Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką Grunwaldu i Medalem XXX-lecia Polski Ludowej. Zmarł śmiercią tragiczną 10 grudnia 1978 r. w Poznaniu [5].

W uznaniu zasług profesora Teodora Rafińskiego Rada Miejska w Kołobrzegu uchwałą nr LIX/386/93 z dnia 2 sierpnia 1993 r. postanowiła zmienić nazwę ulicy im. Marceliego Nowotki w Kołobrzegu nadając jej nazwę prof. Teodora Rafińskiego. Była to propozycja dr n. med. Danuty Adamskiej-Czeczpyńskiej, ówczesnej lekarki naczelnej Uzdrowiska Kołobrzeg.

Kontynuatorem prac w Ośrodku Naukowo-Badawczym Chorób Układu Oddechowego w Uzdrowisku Kołobrzeg był profesor Jerzy Alkiewicz (1938–2005) urodzony w Poznaniu. Jego ojciec – profesor Jan Alkiewicz, lekarz medycyny, był światowej sławy dermatologiem i mykologiem. Okres wojny wraz z rodzicami

przetrwiał w Warszawie, Mogilnie i Łowiczu. Po zakończeniu działań wojennych rodzina Alkiewiczów powróciła do Poznania. Tu Jerzy Alkiewicz skończył szkołę podstawową i średnią, zdając w 1956 r. egzamin dojrzałości. Podtrzymując tradycje rodzinne, rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu, które ukończył z wyróżnieniem w 1963 r. Zaczął pracę w charakterze wolontariusza, a następnie nabywał doświadczenie zawodowe jako asystent, następnie adiunkt oraz ordynator i kierownik Kliniki Pediatrii. Jednocześnie Jerzy Alkiewicz pogłębiał swoją wiedzę zdobywając specjalizację w zakresie pediatrii, chorób płuc i alergologii. Rozpoczął przez niego w 1964 r. działalność naukowa zaowocowała obroną rozprawy doktorskiej *Badania nad morfologią, topografią i częstością występowania drożdżaków Candida albicans w migdałkach podniebiennych i gardłowych u dzieci* (1972 r.) oraz uzyskaniem stopnia naukowego doktora habilitowanego na podstawie pracy *Inhalacyjna postać koncentratu z Allium sativum w eliminacji Candida albicans u dzieci z chorobami układu oddechowego* (1990 r.). Trzy lata później został powołany na stanowisko profesora Akademii Medycznej, a w 1998 r. uzyskał tytuł profesora zwyczajnego.



Rycina 4. Jerzy Alkiewicz (1938–2005)

Źródło: Kędzia B. Wspomnienie o prof. dr hab. Jerzym Alkiewiczu. *Post Fitoter* 2005; 6(3–4): 66.

Poza pracą naukową, dydaktyczną i lekarską, Jerzy Alkiewicz znajdował czas na działalność organizacyjną. Pełnił funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego w latach 1994–1999, był członkiem senatu Akademii Medycznej w latach 2000–2003. Sprawował funkcję kierownika III Katedry Pediatrii oraz stworzonej przez niego Kliniki Pneumonologii Dziecięcej (później Kliniki Pneumonologii, Alergologii Dziecięcej i Immunologii Klinicznej). W ramach kliniki zorganizował Pracownię Aerozoterapii i Badań Czynnościowych oraz Szpital Dziennego Pobytu. Kierował także Ośrodkiem Naukowo-Badawczym Chorób Układu Oddechowego u Dzieci P.P. Uzdrowiska Kołobrzeg.

Zainteresowania naukowe Jerzego Alkiewicza skupiały się przede wszystkim na aerozoterapii. Był niekwestionowanym

autorytetem w zakresie terapii inhalacyjnej w kraju, zdobył także uznanie za granicą. W swoich pracach badawczych oceniał aktywność biologiczną i właściwości fizykochemiczne leków stosowanych wziewnie. Opracował oryginalne receptury złożonych leków stosowanych w inhalacjach, skupiając się na ich skuteczności oraz bezpieczeństwie stosowania. Doskonalił techniki związane z aerozoterapią w zakresie metod wzięwania oraz aparatury inhalacyjnej. Zajmował się leczniczym zastosowaniem aktywnych farmakologicznie preparatów pochodzenia naturalnego. Leki aerozolowe, w skład których wchodziły olejki eteryczne i ich składniki, a także leki aerozolowe z berberyną, preparatem olejkowym *Olbas oil* z drzewa herbacianego są stosowane do dzisiaj w lecznictwie pediatrycznym, zwłaszcza sanatoryjnym. Badania nad skutecznością tych leków prowadzone były szeroko również w Ośrodku Badawczo-Konsultacyjnym w Kołobrzegu. Jerzy Alkiewicz zaangażowany był w działalność licznych towarzystw naukowych w kraju i za granicą. Był członkiem Norworskiej Akademii Nauk, przewodniczył Polskiej Grupie Roboczej prestiżowego Międzynarodowego Towarzystwa „Aerozole w Medycynie”, wchodził w skład Rady Naukowej Instytutu Roślin i Przetworów Zielarskich w Poznaniu. Swoją wiedzę i umiejętności wykorzystywał również przy organizacji sympozjów naukowych, konferencji i warsztatów. Zorganizował Ogólnopolskie Sympozjum „Aerozole w medycynie”, patronował konferencjom „Pneumonologia i Alergologia” oraz Warsztatom Pulmonologicznym organizowanym w regionie Wielkopolski.

Efektom długoletniej pracy naukowej profesora Jerzego Alkiewicza było opublikowanie około 470 prac, z których około 180 – to prace oryginalne. Był autorem 10 monografii, a pod jego redakcją powstało 11 podręczników i skryptów dla studentów medycyny. Jako członek Komitetów Naukowych czasopism medycznych, takich jak „Herba Polonica”, „Postępy Fitoterapii”, „Acta Pneumonologica et Allergologica Pediatrica” przekazywał swoją wiedzę i doświadczenie innym. Działał także jako redaktor naczelny kwartalnika „Postępy Aerozoterapii”, którego był twórcą.

Profesor Jerzy Alkiewicz za swoją pracę zawodową i naukową był wielokrotnie nagradzany medalami i odznaczeniami; m.in. otrzymał Honorową Odznakę Miasta Poznania (1976 r.), Odznakę za Zasługi w Rozwoju Województwa Poznańskiego (1979 r.), Złoty Krzyż Zasługi (1986 r.), Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (2001 r.) oraz Medal Komisji Edukacji Narodowej (2002 r.). Zmarł 15 lipca 2005 r. w Poznaniu [7].

Działalność wybitnych poznańskich naukowców profesorów Teodora Rafińskiego oraz Jerzego Alkiewicza miały ogromne znaczenie dla rozwoju Ośrodka Naukowo-Badawczego Chorób Układu Oddechowego u Dzieci w Kołobrzegu Kliniki Pediatrii Akademii Medycznej w Poznaniu. Ich dokonania nie byłyby możliwe bez pełnego zaangażowania rzeszy lekarzy, pielęgniarek i personelu pomocniczego.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.  
Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bojar-Fijałkowska A, Siedlak J. P. P. *Uzdrowisko Kołobrzeg. Rys historyczny i terażniejszość*. Kołobrzeg: Kołobrzesckie Towarzystwo Społeczno-Kulturalne i Muzeum Oręza Polskiego; 1991: 33.
2. Straburzyński G, Ramlau D. Dorobek polskich ośrodków naukowo-badawczych w latach 1974–1976. *Probl Uzdr* 1979; 12(146): 180–182.
3. Dobrzyński J. Uzdrowiska państwowe w r. 1951. *Baln Pol* 1953; IV(3): 124–125.
4. Kierzek A, Heider R, Paprocka-Borowicz M, i wsp. Znaczenie Ośrodków Naukowo-Badawczych polskich uzdrowisk. *Acta Medicorum Polonorum* (w druku).

5. Hasik J, Meissner RK. *Szkice do portretów przedstawicieli medycyny poznańskiej 1945–1985*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej. Dział Wydawnictw Uczelnianych; 1991: 259.
6. Rafiński Teodor (1907–1978). W: *Polski Słownik Biograficzny*. T. XXX, Z. 3. Wrocław–Łódź: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk i Polskiej Akademii Umiejętności; 1987: 447–449.
7. Kędzia B. Wspomnienie o prof. dr hab. Jerzym Alkiewiczu. *Post Fitoter* 2005; VI(3–4): 66–67.

## Adres do korespondencji:

Dr Roman Heider  
Katedra Fizjoterapii  
Uniwersytet Medyczny  
ul. Grunwaldzka 2  
50-355 Wrocław  
Tel.: 601 874 498  
E-mail: heider.roman@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.10.2017 r.  
Po recenzji: 23.10.2017 r.  
Zaakceptowano do druku: 25.10.2017 r.



## 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 zważyć 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 SZCZEGÓLWE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU PRZESYLANIE 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 wieloosobowych 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.