

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Kwartalnik

Organ Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu

Redaktor naczelny:

dr n. med. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

Z-ca redaktora naczelnego:

dr n. med. Joanna Rosińczuk-Tonderys (Wrocław)

Sekretarz Redakcji:

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

Komitet Naukowy:

prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)

prof. Sabina De Geest (Basel, Szwajcaria)

dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Wrocław)

dr hab. prof. nadzw. Janusz Mierzwa (Wrocław)

dr hab. n. med. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)

dr hab. n. med. Dorota Zyśko (Wrocław)

dr n. med. Sylwia Krzemińska (Wrocław)

dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)

dr n. med. Jacek Smereka (Wrocław)

dr n. med. Jakub Trnka (Wrocław)

dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)

dr Diane Carroll (Boston, USA)

dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)

dr Eleni Kletsou (Ateny, Grecja)

dr Monica Parry (Toronto, Kanada)

dr Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)

mgr Jolanta Grzebieluch (Wrocław)

mgr Stanisław Manulik (Wrocław)

Redaktor językowy:

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,

wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny:

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

Redaktor języka angielskiego:

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni:

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i w intensywnej opiece:

dr n. med. Sylwia Krzemińska, s.krzeminska@wp.pl

Zarządzanie w pielęgniarstwie, organizacja pracy w pielęgniarstwie:

dr n. med. Ewa Kuriata, ewakuriata@wp.pl

Pielęgniarstwo kardiologiczne:

dr n. med. Izabella Uchmanowicz,

izabella.uchmanowicz@am.wroc.pl

Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne:

dr n. med. Joanna Rosińczuk-Tonderys,

joanna.rosinczuk-tonderys@am.wroc.pl

Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska opieka długoterminowa:

dr n. med. Dominik Krzyżanowski,

dominik.krzyzanowski@am.wroc.pl

Pielęgniarstwo epidemiologiczne:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska,

beata.jankowska-polanska@am.wroc.pl

Socjologia medycyny:

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

Adres redakcji:

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław

Tel.: 783 371 474

Fax: 71 750 30 67

e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

Wydawca:

Na zlecenie Europejskiego Centrum

Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu

WYDAWNICTWO

Continuo

Wydawnictwo Continuo

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

Tel.: 71 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.continuo.pl

Prenumerata

w 2013 r. cena rocznika dla Instytucji: 80 zł,

dla odbiorców indywidualnych: 40 zł

e-mail: zamowienia@continuo.pl,

tel.: 71 791-20-30

Reklamy:

e-mail: zamowienia@continuo.pl,

tel.: 71 791-20-30

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności.

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

PL ISSN 2084-4212

Nakład 500 egz.

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

2012, Vol. 1, Nr 4, 69-92

Spis treści/Content:

PRACE ORYGINALNE

Stan wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń odcewnikowych 70
Renata Izydorczyk, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska

Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego 76
Ilona Błaszczuk, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska, Magdalena Lisiak, Monika Obiegło

PRACE POGLĄDOWE

Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych – przegląd badań 81
Irena Wolska-Zogata

Bezdomność jako istotny czynnik wykluczenia społecznego 87
Joanna Rosińczuk-Tonderys, Justyna Bazan, Marta Sarnowska, Małgorzata Kaciuban, Katarzyna Dudziak, Ireneusz Całkosiński

ORYGINAL PAPERS

Nurses' knowledge of catheter-related infections 70
Renata Izydorczyk, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska

Health related quality of life of patients after myocardial infarction 76
Ilona Błaszczuk, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska, Magdalena Lisiak, Monika Obiegło

REVIEWS

Social attitudes towards the disabled-review of research 81
Irena Wolska-Zogata

Homelessness as an important agent of social exclusion 87
Joanna Rosińczuk-Tonderys, Justyna Bazan, Marta Sarnowska, Małgorzata Kaciuban, Katarzyna Dudziak, Ireneusz Całkosiński

STAN WIEDZY PIELEŃNIAREK NA TEMAT ZAKAŻEŃ ODCEWNIKOWYCH

Nurses' knowledge of catheter-related infections

Renata Izydorczyk¹, Izabella Uchmanowicz², Beata Jankowska-Polańska²

¹ SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jeleniej Górze

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Na oddziały intensywnej terapii przyjmowani są chorzy w bardzo ciężkim stanie klinicznym. Życie ich jest najczęściej zagrożone i poddaje się wielokierunkowemu leczeniu, bez którego nie mają szansy na przeżycie. Założenie centralnego cewnika naczyniowego jest najczęściej wykonywaną procedurą na tych oddziałach. Cewniki naczyniowe stanowią jednak dodatkowe i poważne ryzyko powikłań w trakcie ich założenia, jak i użytkowania. Powikłania infekcyjne zwiększają śmiertelność, wydłużają czas pobytu chorego w szpitalu i zdecydowanie zwiększają koszty leczenia. Najbardziej niepokojące jest to, że ponad połowa z tych zakażeń spowodowana jest błędami personelu, których można byłoby uniknąć, gdyby wszyscy opiekujący się tymi pacjentami byli odpowiednio przeszkoleni.

Cel pracy. Poznanie poziomu wiedzy pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii na temat zakażeń odcewnikowych, ich profilaktyki i przerywania dróg transmisji drobnoustrojów. Istotnym elementem tej pracy jest także zbadanie, czy posiadana wiedza ma wpływ na postępowanie zgodnie z procedurami pielęgniarstwowymi.

Materiał i metoda. Za pomocą przygotowanej ankiety przebadanych zostało 75 pielęgniarek pracujących w dwóch oddziałach intensywnej terapii dorosłych i w oddziale intensywnej terapii kardiologicznej.

Wyniki i wnioski. Wiedza pielęgniarek intensywnej terapii na temat zakażeń odcewnikowych jest niewystarczająca. Szczególnie ważne jest wprowadzenie szkoleń personelu na temat mycia i dezynfekcji rąk oraz stosowania rękawiczek sterylnych w trakcie wymiany opatrunku na wkłucie centralnym. Badania wykazały także konieczność edukacji personelu na temat zmiany oprzyrządowania cewnika centralnego (korki, dreny, płyny do rozpuszczania leków oraz układ do pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego) oraz częstości zmiany opatrunków na wkłuciu. Znajomość i przestrzeganie wszystkich tych procedur na pewno przyczyniłoby się do zmniejszenia częstości występowania zakażeń odcewnikowych.

Słowa kluczowe: zakażenia odcewnikowe, intensywna terapia, pielęgniarki.

SUMMARY

Background. Intensive care units admit critically ill patients. Most often they are in a life-threatening condition and so they are subject to multidirectional treatment, which is their only chance to survive. Placing central vascular catheter is the most common procedure in the said units. However, additional serious risk of complications connected with the vascular catheters may occur while inserting and using them. Infectious complications increase mortality, prolong time of being in a hospital and significantly increase costs of treatment. What is most alarming is that over half of the said infections are caused by medical staff mistakes which could have been avoided if all who care for those patients had been appropriately trained.

Objectives. The purpose of the study is to obtain information about intensive care nurses' knowledge of catheter-related infections, preventive treatment and interruption of routes of microbial transmission. Essential element of the study is also to investigate whether nurses' knowledge influences following nursing procedures.

Material and methods. 75 nurses working in two intensive care units for adults and intensive cardiology care unit took part in a survey, prepared for this purpose.

Results and Conclusions. Nurses' knowledge of catheter-related infections is insufficient. It is especially important to introduce training courses for personnel in washing and disinfecting hands and using sterile gloves while changing dressing on central venous catheter. The survey also showed the need to educate personnel on changing central venous catheter's instrumentation (caps, drains, intravenous fluids and CVP measurement sets) and frequency of changing dressing on the insertion. The knowledge of all these procedures and their following would certainly lead to a decrease in the frequency of catheter-related infections.

Key words: catheter-related infections, intensive care, nurses.

WSTĘP

Stosowanie cewników naczyniowych do żył centralnych jest we współczesnej medycynie, zwłaszcza w intensywnej terapii, niezbędnym elementem leczenia i monitorowania stanu chorego. Cewniki wykorzystywane są do podawania leków, płynów, żywienia pozajelitowego, zabiegów hemodializy i plazmaferezy, a także coraz częściej do monitorowania parametrów hemodynamicznych [1]. Często u pacjentów leczonych od dłuższego czasu założenie cewnika centralnego jest konieczne również dlatego, że uzyskanie kolejnego dostępu obwodowego jest niewykonalne. Wszystko to powoduje, że centralny dostęp żylny zakładany jest na oddziałach intensywnej terapii rutynowo [1]. Jednocześnie cewniki naczyniowe stanowią dodatkowe i bardzo poważne ryzyko powikłań infekcyjnych, od bakteriemii i sepsy odcewnikowej do niewydolności wielonarządowej, ze zgonem w wyniku wstrząsu septycznego włącznie. Powikłania infekcyjne zwiększają śmiertelność, wydłużają czas pobytu na oddziale intensywnej terapii i znacząco zwiększają koszty leczenia.

Do czynników sprzyjających zakażeniom odcewnikowym zali-

czane są: brak zachowania aseptyki przy zakładaniu cewnika, niska jakość opieki nad cewnikiem, czas utrzymania cewnika, miejsce założenia, przeznaczenie cewnika i liczba manipulacji przy nim.

Pielęgniarki oddziału intensywnej terapii reprezentują grupę wśród personelu medycznego, który najczęściej ma kontakt bezpośredni z pacjentem. Wykazano, że 60% bakteriemii odcewnikowej powodują bakterie z rąk pielęgniarek, a 30% – bakterie chorego przeniesione na rękach pielęgniarek [3]. Tylko świadoma postawa wobec możliwych zagrożeń, znajomość zasad zapobiegania zakażeniom, procedur, które mogą przeciąć drogi szerzenia się drobnoustrojów, może ograniczyć występowanie zakażeń [4, 5].

Wiedza pielęgniarek oddziału intensywnej terapii na ten temat jest więc nadrzędnym czynnikiem, kształtującym ich prawidłowe postępowanie w codziennej pracy przy pacjencie.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone od lutego do marca 2011 r. Rozdano 120 ankiet, z czego zwrócono 75 wypełnionych. Gru-

pę badaną stanowiły pielęgniarki pracujące w dwóch szpitalach województwa dolnośląskiego: SP ZOZ Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze oraz Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze.

W badaniach posłużono się anonimową ankietą składającą się z 25 pytań zarówno otwartych, jak i zamkniętych. Pierwszą część ankiety to 4 pytania ogólne dotyczące: stażu pracy w zawodzie, stażu pracy na oddziale intensywnej terapii oraz rodzaju ukończonej szkoły i sposobu pogłębiania wiedzy na temat zakażeń odcewnikowych. Pozostałą część ankiety stanowiło 21 pytań szczegółowych, sprawdzających wiedzę pielęgniarek na temat zakażeń odcewnikowych oraz pytania dotyczące wykorzystania danej wiedzy w praktyce.

W analizie danych wykorzystano elementy statystyki opisowej i wyliczono procentowo i liczbowo udziały odpowiedzi na zadawane pytania. Wyniki badań przedstawiono w postaci tabel i rycin.

WYNIKI BADAŃ

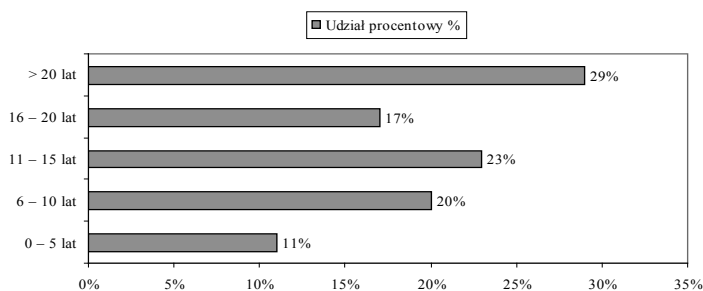
Charakterystyka badanej grupy

Badaną grupę stanowiło 75 pielęgniarek pracujących w dwóch oddziałach: intensywnej terapii dorosłych i w oddziale intensywnej terapii kardiologicznej. Staż pracy w zawodzie oraz na oddziale intensywnej terapii oscylował między poniżej 5 lat, a powyżej 20 lat pracy. W grupie badanych znalazły się pielęgniarki z wykształceniem średnim zawodowym oraz wyższym (tab. 1, ryc. 1).

Tabela 1. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki

Staż pracy w zawodzie	Liczba badanych (n)	Udział procentowy (%)
0-5 lat	8	11
6-10 lat	15	20
11-15 lat	17	23
16-20 lat	13	17
> 20 lat	22	29
Ogółem	75	100

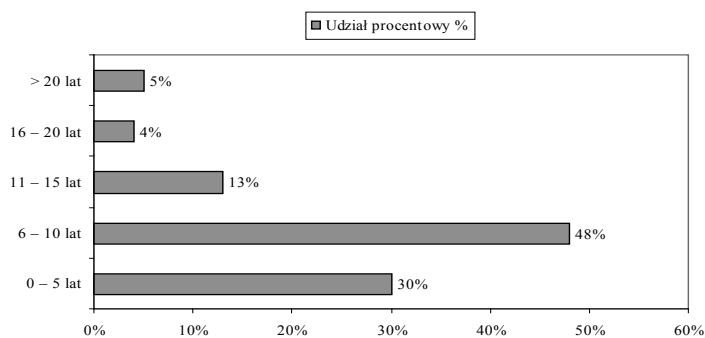
Z analizy przedstawionych danych wynika, że największą liczbę pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii stanowią pielęgniarki z ponad 20-letnim stażem pracy w zawodzie – 29% (22), następnie ze stażem od 11 do 15 lat – 23% (17), dalej od 6 do 10 lat – 20% (15), następnie od 16 do 20 lat – 17% (13), a najmniejszą liczbę – ze stażem mniejszym niż 5 lat – 11% (8).



Rycina 1. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki

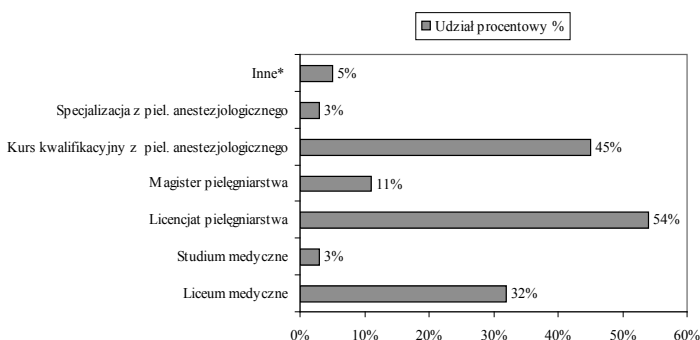
Z badanej grupy najdłuższy staż pracy na oddziale intensywnej terapii mają pielęgniarki pracujące od 6 do 10 lat – 48% (36), następnie poniżej 5 lat – 30% (22), dalej od 11 do 15 lat – 13% (10), powyżej 20 lat – 5% (4) i najmniej – od 16 do 20 lat – 4% (3) (ryc. 2).

Zdecydowaną większość wśród badanych stanowią pielęgniarki z wyższym wykształceniem – 65%. Z tego tytuł licencjata pielęgniarstwa zdobyło 54% (41), a magistra pielęgniarstwa 11% (8). Pozostali badani uzyskali kwalifikacje na podstawowym poziomie zawodowym, w tym 32% (24) to absolwenci Liceum Medycznego i 3% (2) absolwenci Studium Medycznego (ryc. 3).



Rycina 2. Staż pracy na oddziale intensywnej terapii

Dokształcanie podyplomowe kontynuowało 53% (40) pielęgniarek, z tego 45% (34) ukończyło kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii, 3% (2) specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego. Pozostałe pielęgniarki 5% (4) ukończyły specjalizację z pielęgniarstwa epidemiologicznego (1), pediatricznego (1), kurs RKO (1) i kurs EKG (1) (ryc. 3).



Rycina 3. Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarskiej

Sposób pogłębiania wiedzy specjalistycznej na temat zakażeń odcewnikowych i ich profilaktyki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Sposób pogłębiania wiedzy na temat zakażeń odcewnikowych i ich profilaktyki[#]

Sposób pogłębiania wiedzy	Liczba badanych (n)	Udział procentowy (%)
Samoksztalcenie	49	65
Udział w konferencjach, sympozjach	43	57
Szkolenie wewnątrzszpitalne	57	76
Nie dokształcałem się	3	4
Inne*	3	4

* Procedury oddziałowe (2 osoby), od koleżanek (1 osoba).

[#] Możliwość wyboru kilku odpowiedzi.

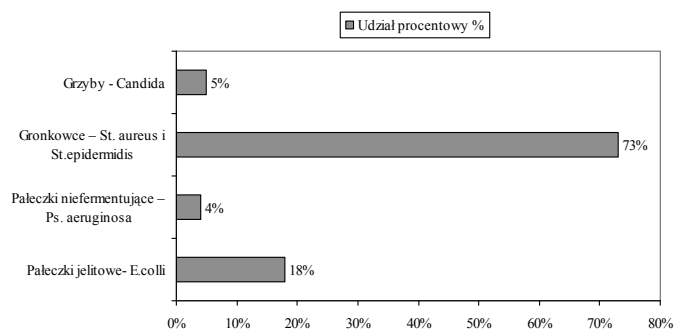
Największa liczba pielęgniarek (76% – 57) czerpie wiedzę na temat zakażeń odcewnikowych z udziału w szkoleniach wewnątrzszpitalnych, 65% (49) przez samoksztalcenie, 57% (43) przez udział w organizowanych konferencjach i sympozjach, 4% (3) badanych wiadomości te uzyskała z innych źródeł, tj. dwie osoby od koleżanek i jedna osoba czytając procedury oddziałowe. Z badanej grupy nie pogłębia swojej wiedzy 4% (3) pielęgniarek.

U wszystkich badanych pielęgniarek przeprowadzono test oceniający wiedzę na temat zakażeń odcewnikowych oraz zastosowania danej wiedzy w praktyce. Respondenci nie byli wcześniej informowani o zamiarze przeprowadzenia testu, a zatem nie mieli czasu przygotować się do odpowiedzi na dane zagadnienie. Test zawierał 21 pytań, zarówno otwartych, z możliwością wypisania wielu odpowiedzi, jak i zamkniętych, z możliwością wybrania tylko jednej.

Wyniki na pierwsze zadane pytanie: Najczęstszymi czynnikami posocznicy odcewnikowej są? przedstawia rycina 4.

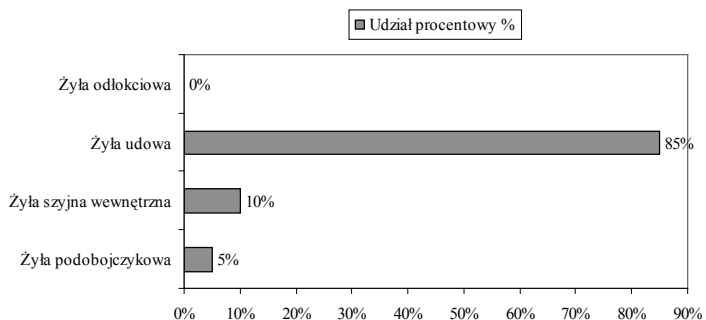
Z przedstawionych danych wynika, że aż 73% (55) badanych

pielęgniarek odpowiedziało prawidłowo na pytanie, zaznaczając gronkowce – *St. epidermidis* i *St. aureus*, 18% (13) badanych uważa, że są to pałeczki jelitowe – *E. coli*, 4% (3) odpowiedziało, że są to pałeczki niefermentujące – *Ps. aeruginosa* i 5% (4) zaznaczyło grzyby – *Candida*.



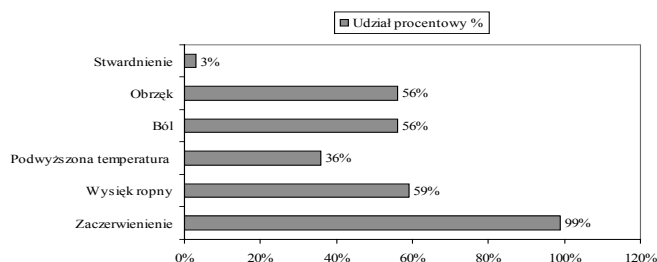
Rycina 4. Najczęstsze czynniki etiologiczne posocznicy odcewnikowej. Odpowiedzi na pytanie: Które z dojsć centralnych Pani/Pana zdaniem obarczone jest najwyższym ryzykiem wystąpienia sepsy odcewnikowej? przedstawia rycina 5.

Z badań wynika, że zdecydowana większość pielęgniarek 85% (64) orientuje się, że najbardziej ryzykowny pod względem epidemiologicznym jest dostęp udowy, 10% (7) badanych uważa, że jest to żyła szyjna wewnętrzna, a 5% (4) pielęgniarek zaznaczyło żyłę podobojczykową.



Rycina 5. Miejsca założenia dojścia centralnego obarczone najwyższym ryzykiem sepsy odcewnikowej w opinii pielęgniarek

Kolejnym zadaniem pytaniem badającym wiedzę pielęgniarek było: Proszę wymienić typowe objawy świadczące o zakażeniu miejscowym wkłucia centralnego. Pielęgniarki miały możliwość wypisania samodzielnie wielu odpowiedzi, dlatego liczby nie sumują się do 100% (ryc. 6).

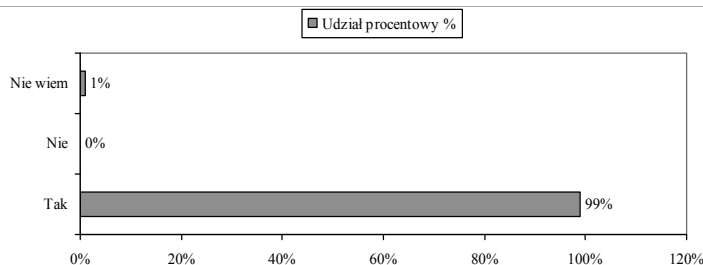


Rycina 6. Objawy świadczące o zakażeniu miejscowym wkłucia centralnego w opinii pielęgniarek

Jak wskazują powyższe dane najwięcej pielęgniarek 99% (74) wymieniło zaczerwienienie w okolicy wkłucia centralnego, wysięk ropny wpisało 59% (44). Również 56% (42) osób odpowiedziało, że do typowych objawów zalicza się ból i obrzęk w miejscu wkłucia. Ankietowane wymieniły także kolejno: 36% (27) – podwyższenie temperatury i 3% (2) – stwardnienie w miejscu wkłucia.

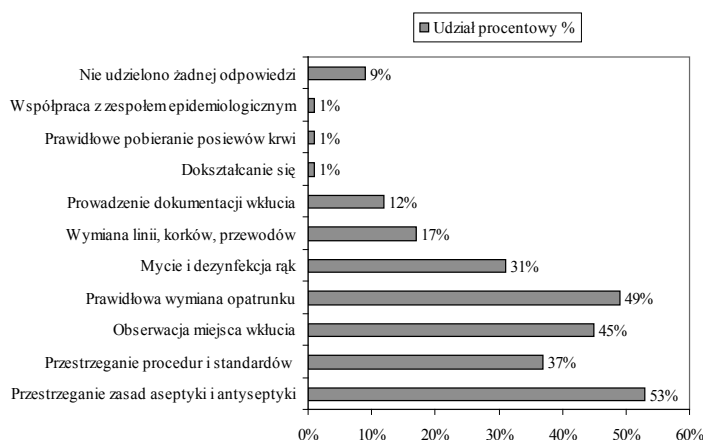
Następnym zadaniem pytaniem było: Czy na Pani/Pana oddziale istnieje procedura pielęgnacji wkłucia centralnego? Wyniki przedstawiono na rycinie 7.

Prawie wszystkie badane pielęgniarki 99% (74) odpowiedziały, że na ich oddziale istnieje procedura pielęgnacji wkłucia centralnego. Tylko 1 osoba jest niezorientowana, co do obecności takiej procedury (ryc. 7).



Rycina 7. Obecność procedury wkłucia centralnego na oddziale

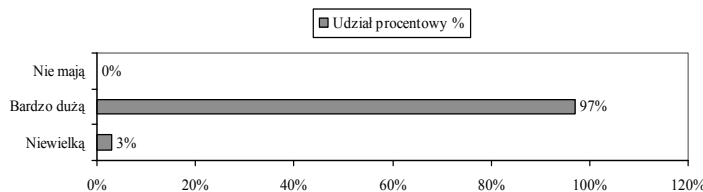
Aby zorientować się, czy pielęgniarki pracujące na oddziale intensywnej terapii znają swoje zadania zawodowe dotyczące profilaktyki zakażeń odcewnikowych, poproszono o wymienienie najważniejszych zadań. Ankietowane udzieliły po kilka odpowiedzi, dlatego liczby nie sumują się do 100%. Prezentację badań przedstawiono na rycinie 8.



Rycina 8. Zadania pielęgniarki w profilaktyce zakażeń odcewnikowych w opinii pielęgniarek

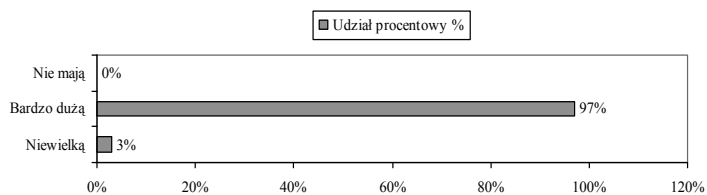
Ponad połowa badanych 53% (40) uznała, że najważniejszym zadaniem pielęgniarki w zapobieganiu zakażeniom odcewnikowym jest przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki. Aż 49% (37) wymieniło prawidłową wymianę opatrunków na wkłuciu centralnym. Znaczna liczba badanych 45% (34) uznała, że istotna jest także stała obserwacja miejsca wkłucia. Przestrzeganie procedur i standardów pielęgniarskich wymieniło 37% (28) pielęgniarek. Zdecydowanie ważną czynnością było także mycie i dezynfekcja rąk 31% (23). Tylko 17% (13) badanych wpisało wymianę oprzyrządowania linii centralnej (korki, przewody, linię OCZ), a 12% (9) uznało, że niezbędne jest prowadzenie dokumentacji wkłucia centralnego. Również 1% (1) ankietowane wymieniły: regularne dokształcanie się, prawidłowe pobieranie posiewów krwi oraz współpracę z zespołem epidemiologicznym. Należy zwrócić uwagę, że aż 9% (7), nie znało odpowiedzi na zadane pytanie.

Na zadane pytanie: Jaką rolę w rozprzestrzenianiu zakażeń odcewnikowych mają ręce personelu? aż 97% (73) pielęgniarek odpowiedziało, że bardzo dużą, a tylko 3% (2), że niewielką. Wyniki odpowiedzi przedstawiono na rycinie 9.



Rycina 9. Jaką rolę odgrywają ręce personelu w rozprzestrzenianiu zakażeń odcewnikowych

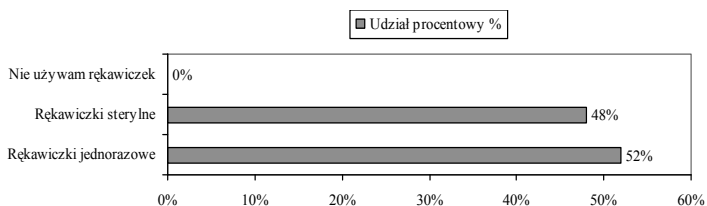
Pomimo, iż prawie wszystkie pielęgniarki stwierdziły, że mycie rąk ma istotny wpływ na szerzenie się zakażeń odcewnikowych, nie wszystkie z badanych wiedzą, jak prawidłowo myć ręce przed obsługą wkłucia centralnego (ryc. 10).



Rycina 10. Mycie rąk przed przygotowaniem i podawaniem leków do wkłucia centralnego

Przed przygotowywaniem i podawaniem leków do wkłucia centralnego prawidłowo myje ręce 68% (51) pielęgniarek. Aż 18% (13) używa do tego celu tylko wody i mydła, a 13% (10) myje ręce chirurgicznie. Tylko 1 osoba nie myje w ogóle rąk przed tymi zabiegami.

Następnej ocenie poddano rodzaj stosowanych rękawiczek ochronnych do zmiany opatrunku na wkłuciu centralnym. Wyniki przedstawiono na rycinie 11.



Rycina 11. Stosowanie rękawiczek ochronnych do zmiany opatrunku na wkłuciu centralnym

Niepokojące jest to, iż 52% (39) badanych pielęgniarek używa do zmiany opatrunku rękawiczek jednorazowych, tylko mniej niż połowa (48% – 36) stosuje do tego celu rękawiczki sterylne. Na uwagę zasługuje fakt, że żadna z pielęgniarek nie stosuje w ogóle rękawiczek.

Bardzo istotny wpływ na rozwój zakażeń odcewnikowych ma rodzaj opatrunków stosowanych na wkłuciu centralne. Najczęściej stosowane opatrunki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Rodzaje opatrunków stosowanych na oddziale

Rodzaj opatrunku	Liczba badanych (n)	Udział procentowy (%)
Sterylny opatrunki gazowe	7	9
Foliowe opatrunki typu Tegaderm	56	75
Foliowe opatrunki z chlorhexydyną	2	3
Inne*	10	13
Ogółem	75	100

* Cosmopor (2 osoby), Phermapore (8 osób).

Najczęściej na oddziałach stosowane są foliowe opatrunki typu Tegaderm (75% – 56). Kolejno 13% (10) wymieniło opatrunki Phermapore Steril (8) i Cosmopor (2). Sterylny opatrunki gazowe stosowane są w 9% (7), a tylko 3% (2) stosuje foliowe opatrunki z chlorhexydyną.

Kolejną czynnością wykonywaną przez pielęgniarki pracujące na oddziałach intensywnej terapii jest wymiana opatrunku. W tabeli 4 przedstawiono częstość wymiany opatrunku foliowego typu Tegaderm przez badany personel.

Tabela 4. Czas wymiany opatrunku foliowego typu Tegaderm

Czas wymiany	Liczba badanych (n)	Udział procentowy (%)
24 godziny	49	66
48 godzin	16	21
7 dni	8	11
10 dni	1	1
Nie zaznaczono żadnej odpowiedzi	1	1
Ogółem	75	100

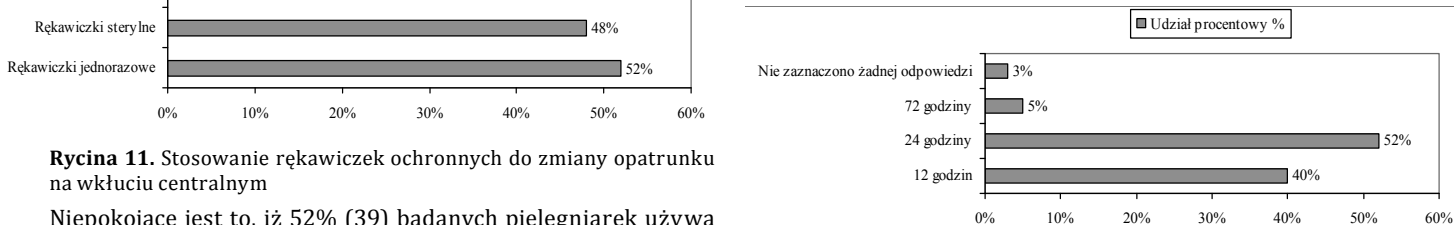
Badania wykazały, że aż 66% (49) ankietowanych zmienia foliowy opatrunek zbyt często – co 24 godziny. Co 48 godzin opatrunek zmienia 21% (16) pielęgniarek. Tylko 11% (8) zachowuje prawidłowy czas utrzymania opatrunku – 7 dni. Jedna pielęgniarka utrzymuje opatrunek do 10 dni, jedna osoba nie zna odpowiedzi na to pytanie.

Istotne dane pokazuje nam także tabela 5. Z danych w niej zawartych wynika, że większa część ankietowanych 73% (55) przepłukuje cewnik centralny po podawaniu substancji leczniczych (leków, płynów infuzyjnych, krwi, osocza). Niepokojący jest fakt, że aż 15% (11) pielęgniarek nie robi tego w ogóle, a 12% (9) tylko czasami.

Tabela 5. Przepłukiwanie cewnika centralnego fizjologicznym roztworem NaCl po podaniu leków lub płynów

Udzielona odpowiedź	Liczba badanych (n)	Udział procentowy (%)
Tak	55	73
Nie	11	15
Czasami	9	12
Ogółem	75	100

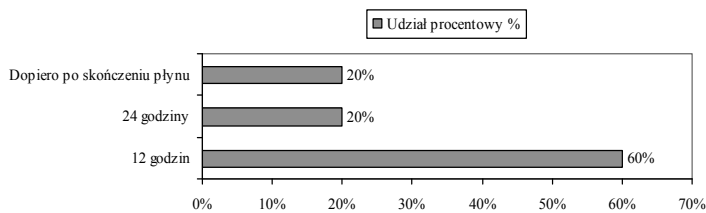
Następną przebadaną czynnością wykonywaną przez pielęgniarki była wymiana układu do wlewów przy podawaniu płynów infuzyjnych. Wyniki przedstawiono na rycinie 12.



Rycina 12. Częstość wymiany układu do wlewów przy podawaniu płynów infuzyjnych

Prawidłowy czas wymiany układu do wlewów przy podawaniu płynów infuzyjnych zaznaczyła większa część ankietowanych, bo 52% (39). Duża liczba badanych stwierdziła, że należy wymieniać go częściej – co 12 godzin (co nie jest błędem). Rzadziej, bo co 72 godziny, układ wymienia 5% (4) pielęgniarek. Należy zwrócić uwagę, że 3% (2) nie zaznaczyło żadnej z odpowiedzi.

Bardzo istotnym czynnikiem w rozprzestrzenianiu się zakażeń odcewnikowych jest czas przetrzymywania płynów do rozpuszczania leków. Częstość wymiany butelek z płynem zabezpieczonych łącznikiem typu MiniSpike przedstawiono na rycinie 13.

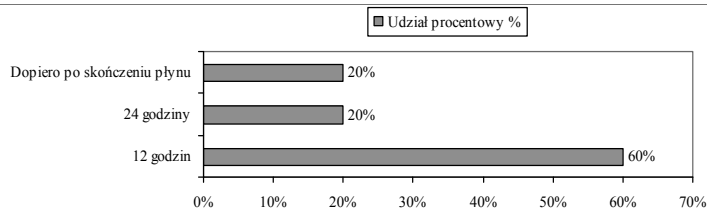


Rycina 13. Częstość wymiany butelki z płynem do rozpuszczania leków zabezpieczoną łącznikiem typu MiniSpike

Analizując wyniki, wiemy, że 60% (45) pielęgniarek wymienia butelkę we właściwy sposób – co 12 godzin. 20% (15) zmienia ją rzadziej – co 24 godziny, a pozostali badani 20% (15) – dopiero po skończeniu płynu.

Przeprowadzając badania, zadaliśmy respondentkom pytanie: Jak często dezynfekują stanowisko do przygotowywania zleceń? Wyniki przedstawiono na rycinie 14.

Uzyskane wyniki świadczą o tym, że 65% (49) ankietowanych dezynfekuje stanowisko w sposób prawidłowy – przed każdym przygotowywaniem zleceń. Czynność tę powtarza dwa razy w ciągu dyżuru 19% (14) pielęgniarek. Aż 13% (10) robi to tylko raz podczas dyżuru, a 3% (2) nie robi tego w ogóle.



Rycina 14. Częstość dezynfekcji stanowiska do przygotowywania zleceń

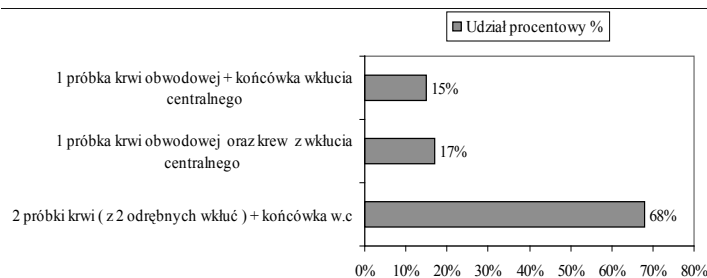
Istotne w profilaktyce zakażeń odcewnikowych jest przestrzeganie czasu zadziałania środka dezynfekcyjnego. W tabeli 6 przedstawiono opinię pielęgniarek na ten temat.

Tabela 6. Czas zadziałania środka dezynfekcyjnego przy dezynfekcji skóry w opinii pielęgniarek

Czas zadziałania środka	Liczba badanych (n)	Udział procentowy (%)
10 sekund	23	31
30 sekund	36	48
60 sekund	16	21
Ogółem	75	100

Niespełna 48% (36) badanych zna prawidłowy czas zadziałania preparatu do dezynfekcji skóry. Należy zwrócić uwagę, że część pielęgniarek 31% (23) znacznie skróciła ten czas do 10 sekund. Pozostałe osoby 21% (16) uważają, że czas ten powinien wynosić 60 sekund.

Bardzo ważnym zadaniem w diagnostyce posocznicy odcewnikowej jest prawidłowe pobranie materiałów do badania mikrobiologicznego. Aby zorientować się, czy pielęgniarki posiadają wiedzę na temat, jaki materiał należy pobrać przy podejrzeniu posocznicy odcewnikowej, zadano ostatnie pytanie. Wyniki przedstawiono na rycinie 15.



Rycina 15. Rodzaj materiału pobieranego przy podejrzeniu posocznicy odcewnikowej.

Zdecydowana większość badanych (68% – 51) jest zorientowana, że do zdiagnozowania posocznicy odcewnikowej pobiera się dwie próbki krwi obwodowej (z dwóch odrębnych wkłuć) oraz końcówkę wkłucia centralnego. 17% (13) ankietowanych pobrałaby do tego celu jedną próbkę krwi obwodowej oraz krew pobraną z wkłucia centralnego. 15% (11) pielęgniarek zdecydowałaby się na pobranie jednej próbki krwi obwodowej i końcówki wkłucia centralnego.

DYSKUSJA

Jednym z niezbędnych elementów leczenia na oddziałach intensywnej terapii jest stosowanie cewników donaczyniowych, zakładanych z dostępu centralnego. Obecnie trudno sobie wyobrazić leczenie chorego bez możliwości bezpośredniego dostępu do dużych naczyń. Jest to podyktowane zarówno koniecznością monitorowania inwazyjnego (OCŻ), stosowania niektórych leków (aminy katecholowe, żywienie pozajelitowe), jak i wykonywania takich zabiegów, jak dializoterapia i plazmofereza [1].

W piśmiennictwie wymienionych jest wiele czynników ryzyka kolonizacji cewników. Należą do nich: czas utrzymania cewnika, miejsce założenia cewnika, rodzaj stosowanych środków antyseptycznych, liczba manipulacji przy cewniku oraz niedostateczny stopień aseptyki przy przygotowywaniu i podawaniu leków [6].

W dostępnych czasopismach przeważają publikacje dotyczące roli pielęgniarki w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym oraz posiadanej wiedzy na ten temat. Zdecydowanie mniej publikacji dotyczy badań przeprowadzonych bezpośrednio wśród pielęgniarek intensywnej terapii na temat zakażeń odcewnikowych. Poziom wiedzy na ten temat oraz stosowanie odpowiednich metod i procedur jest bardzo istotnym elementem, który wpływa na zdrowie i życie pacjentów tego oddziału [4].

Argumentów dotyczących tezy, że wiedza pielęgniarek może wpływać na szerzenie się zakażeń dostarczają niektóre badania i publikacje. Już Nieradko-Iwanicka pisała, że najczęstszymi źródłami kontaminacji bakteryjnej naczyń żylnych jest niedokładne mycie rąk przez pielęgniarki, a także niejałowe przygotowywanie i podłączanie wlewów kroplowych [7].

Z badań własnych wynika, że 18% pielęgniarek przed obsługą wkłucia centralnego myje ręce w sposób nieprawidłowy, używając do tego celu tylko wody i mydła. Jedna pielęgniarka także nie myje rąk w ogóle przed wykonywaniem tej procedury. Bardzo niepokojący jest także fakt, iż 52% badanych do zmiany opatrunku na wkłuciu centralnym używa rękawiczek jednorazowych, a nie sterylnych.

Innych argumentów dostarcza nam Szczeniowski, który pisze o błędach popełnianych przez personel medyczny w oddziałach intensywnej terapii. Według niego, należy zwrócić uwagę na kilka aspektów w pracy pielęgniarek, gdyż niektóre zachowania mogą być przyczyną szerzenia się zakażeń odcewnikowych. Wymienia on głównie: złożone i wielokrotne manipulacje przy układzie, nieprzestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki, stosowanie nieodpowiednich opatrunków oraz środków do dezynfekcji [8].

Z badań własnych wynika, że tylko 3% ankietowanych uznało 2% chlorhexydynę za najlepszy środek do dezynfekcji miejsca wkłucia. Optymistyczny jest fakt, że w większości oddziałów (75%) stosowane są specjalistyczne opatrunki półprzepuszczalne. Tylko w nielicznych oddziałach (9%) stosowane są jeszcze sterylne opatrunki gazowe. Opatrunki na wkłuciu centralnym są zmieniane jednak zbyt często. Aż 66% pielęgniarek zmienia je co 24 godziny, 21% co 48 godzin, a 1% utrzymuje opatrunek ponad 10 dni. Nieprzestrzegany jest także czas trzymania płynu do rozpuszczania leków. 20% pielęgniarek utrzymuje go 24 godziny i aż 20% wyrzuci butelkę dopiero po skończeniu płynu.

Ciuruś podkreśla także istotne znaczenie wymiany systemów do pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego, który powinno wymieniać się maksymalnie co 24 godziny. Istotne jej zdaniem jest także przepłukiwanie wkłucia centralnego po każdorazowym podaniu leków, płynów, krwi lub mieszaniny żywienia pozajelitowego, ponieważ przebywające w drenach substancje są przyczyną kontaminacji bakterii [9].

Z przeprowadzonej analizy wynika, że znaczna liczba badanych pielęgniarek, bo aż 27%, nie przepłukuje cewnika centralnego lub robi to sporadycznie. Stosunkowo rzadko jest wymieniany także system otwarty do pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego. 13% ankietowanych utrzymuje go ponad 24 godziny, a 12% nie wymienia go w ogóle.

Z uzyskanych wyników własnych oraz dostarczonych w piśmiennictwie dotyczących szeroko pojmowanej profilaktyki zakażeń odcewnikowych wynika, że pielęgniarki wykazują dość zróżnicowaną i w dużym stopniu niewystarczającą wiedzę na temat profilaktyki i stosowania zasad w procedurach pielęgnacji wkłucia centralnego.

Jednocześnie wyniki powyższych badań ukazują, że pielęgniarki z jednej strony znają metody rozprzestrzeniania się zakażeń, z drugiej zaś – nie przestrzegają procedur higienicznych.

WNIOSKI

1. Wiedza pielęgniarek intensywnej terapii jest zróżnicowana i w dużym stopniu niewystarczająca.

2. Niepokojący jest fakt, że pielęgniarki znają konieczność przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki, jednak często nie stosują tych zasad w praktyce.
3. Duży problem stanowi brak korelacji między uczestnictwem w różnych formach doształcania się, a umiejętnością wykorzystania danej wiedzy w praktyce.
4. Badania wskazują na potrzebę opracowania i wdrożenia interdyscyplinarnych szkoleń personelu, dotyczących dróg szerzenia oraz metod zapobiegania zakażeniom odcewnikowym.

BIBLIOGRAFIA

1. Podlińska I, Onichmowski D, Muzolf J. Zakażenia cewników naczyniowych u chorych leczonych na oddziałach intensywnej terapii. *Post Żyw Klin* 2008; 3(9): 14–22.
2. Korta T. Jak wytworzyć bezpieczny dostęp do naczyń na Oddziale Intensywnej Terapii. *Post Żyw Klin* 2008; 3(9): 37–41.
3. Wysocka M. Liczbę zakażeń odcewnikowych można zmniejszyć zmianami organizacji pracy w szpitalach. *Puls Med* 2009; 23(94): 24–29.
4. Garus-Pakowska H, Szatko F. Wiedza pielęgniarek na temat zakażeń związanych z opieką zdrowotną. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90: 62–66.
5. Marcinkowski J, red. *Higiena, profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
6. Pawińska A, Dzierżanowski D. Posocznica odcewnikowa. *Przeegl Epidemiol* 2002; 56: 443–452.
7. Nieradko-Iwanicka B. Higiena rąk złotym standardem w medycynie. *Probl Hig Epidemiol* 2006; 87: 97–100.
8. Szczeniowski A. Zakażenia związane z terapią dożylną. *Piel Epidemiol* 2006; 4(27): 7–12.
9. Ciuruś M. *Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia*. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia. Warszawa: Borgis; 2009.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784-18-24

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.09.2012 r.

Po recenzji: 13.10.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 16.10.2012 r.

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO

Health related quality of life of patients after myocardial infarction

Iłona Błaszczuk¹, Izabella Uchmanowicz², Beata Jankowska-Polańska², Magdalena Lisiak², Monika Obiegło²

¹ Praktyka Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroby układu krążenia, a głównie choroba wieńcowa z zawałem serca i nadciśnieniem tętniczym, wciąż są dominującym zagrożeniem zdrowia i życia Polaków. Zawał serca jest zwykle następstwem niewłaściwego stylu życia łączącego wiele czynników ryzyka związanych m.in. ze sposobem odżywiania się, intensywnością współczesnego życia, jak również postępującym rozwojem cywilizacji. Choroby układu sercowo-naczyniowego prowadzą do niezadowolenia, poczucia niższej wartości oraz do ograniczeń pacjenta w odgrywaniu ról społecznych. Ocena jakości życia po przebytych zawale mięśnia sercowego ułatwia wybór danej metody leczenia i umożliwia jej akceptację przez chorego.

Cel pracy. Ocena jakości życia pacjentów będących po przebytych zawale mięśnia sercowego.

Materiał i metoda. Badania jakości życia chorych zostały przeprowadzone u 50 pacjentów będących po przebytych zawale mięśnia sercowego, leczących się w Praktyce Lekarza Rodzinnego na terenie Wrocławia. Materiały zostały opracowane na podstawie ankiety własnego opracowania składającej się z 11 pytań oraz kwestionariusza jakości życia Short Form-36 (SF-36), który jest narzędziem do ogólnej oceny jakości życia zależnej od zdrowia.

Wyniki. Z analizy badań własnych wynika, że po przebytych zawale mięśnia sercowego stwierdza się niższą jakość życia, szczególnie w zakresie poziomu aktywności fizycznej (PCS), tj. 37,01, natomiast poziom aktywności umysłowej (MCS) jest wyższy od aktywności fizycznej i wynosi 39,42. Z przeprowadzonej analizy wynika, że codzienne ograniczenia spowodowane wpływem choroby na stan fizyczny (RP) (25) znacznie obniżają jakość życia badanych pacjentów.

Wnioski. 1. U chorych po zawale mięśnia sercowego wykazano istotny spadek poziomu jakości życia. Z przeprowadzonej analizy wynika, że przebyte zawały mięśnia sercowego nie tylko ma wpływ na obciążenia somatyczne, ale również na stan psychiczny i funkcjonowanie społeczne chorych. 2. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci chorujący na nadciśnienie tętnicze, tj. 35 osób. Wynika z tego, że nadciśnienie tętnicze stanowi jedno z głównych somatycznych czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego oraz wpływa na obniżenie poziomu aktywności psychicznej (MCS). 3. U kobiet po przebytych zawale mięśnia sercowego analiza domeny dotyczącej zdrowia psychicznego (MH) wykazała, że w porównaniu do mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego stwierdza się gorszą jakość ich życia. 4. W grupie mężczyzn po przebytych zawale mięśnia sercowego analiza poziomu aktywności fizycznej (PCS) wykazała, że w porównaniu do grupy kobiet stwierdza się obniżoną jakość ich życia. 5. Badania jakości życia powinny okazać się pomocne w wyborze najkorzystniejszego postępowania w planowaniu i realizacji opieki z uwzględnieniem samopoczucia pacjenta i jego funkcjonowaniem w życiu codziennym.

Słowa kluczowe: jakość życia zależna od zdrowia, kwestionariusze badawcze, zawał mięśnia sercowego.

SUMMARY

Background. Cardiovascular disease, mainly coronary artery disease with myocardial infarction and hypertension continue to be the major threat for the health and life of Poles. A heart attack is usually the result of improper lifestyle, combining a number of factors, among others, risks related to diet, the intensity of modern life, as well as the ongoing development of civilization. Cardiovascular diseases lead to dissatisfaction, a sense of lesser value and limit of patient's social role functioning. Quality of life after myocardial infarction facilitates the selection of the method of treatment and enables its acceptance by the patient.

Objectives. The aim of this study was to assess the quality of life of patients after myocardial infarction.

Material and methods. The study of quality of life of patients was performed in 50 patients who are after myocardial infarction, treated in general practice in Wrocław. The materials were developed based on a survey prepared by the authors consisting of 11 questions and the quality of life questionnaire, Short Form-36 (SF-36), which is a tool for assessing the overall quality of life of dependent care.

Results. From the analysis of our research we have found a lower quality of life after myocardial infarction, particularly in the level of physical activity (PCS), which was 37.01 points, while the level of mental activity (MCS) is higher and it is 39.42 points. The analysis shows that the daily limit due to the influence of the disease on the domain of the physical role (RP) significantly reduces the quality of life of patients.

Conclusions. 1. In patients after myocardial infarction we have showed a significant decrease in quality of life. The analysis shows that the myocardial infarction, not only has an impact on the burden of physical domain, but also has an effect on mental state and social functioning of patients. 2. The largest group of patients had a hypertension, it was 35 people. It shows that hypertension is a major risk factor which reduces mental activity level (MCS). 3. In women with a history of myocardial infarction domain analysis on mental health (MH) showed that, compared to men with a history of myocardial infarction states poorer quality of life. 4. In men with a history of myocardial infarction analysis of the level of physical activity (PCS) showed that compared to a group of women found a reduced quality of life. 5. The study of quality of life should be helpful in choosing the most suitable procedure in the planning and implementation of care, taking into account the patient's well-being and functioning in everyday life.

Key words: health related quality of life, research questionnaires, myocardial infarction.

WSTĘP

Choroby układu krążenia ze względu na duże rozpowszechnienie są dominującym problemem zdrowotnym i społecznym w Polsce oraz stały się szczególnym obszarem zainteresowania badaczy i klinicystów oceniających jakość życia. Problem

ten należy rozpatrywać nie tylko w wymiarze medycznym, ale również społecznym i ekonomicznym, ponieważ skutki chorób układu krążenia, a szczególnie zawał serca, są jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji oraz czasowej lub trwałej niezdolności do pracy. Każdego roku w naszym kraju na zawał mięśnia

sercowego zapada około 100 tysięcy osób i pomimo istotnego postępu w leczeniu śmiertelność w wyniku zawału mięśnia sercowego pozostaje nadal wysoka. W ciągu ostatnich kilku lat rozwija się nowe podejście do leczenia, które uwzględnia jakość życia pacjentów. Istotne jest nie tylko, czy leczenie przyczyni się do wydłużenia życia, ale również, czy wpłynie na poprawę jego jakości.

Koncepcja jakości życia (*Quality of Life – QoL*) została wprowadzona do medycyny w latach siedemdziesiątych XX wieku i stała się integralną jej częścią. Zanim to nastąpiło, przede wszystkim była stosowana w naukach społecznych, tj. w socjologii i psychologii. Wyrazem nowego spojrzenia na problematykę zdrowia i choroby było sformułowanie przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia definicji jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*Health-Related Quality of Life – HRQoL* 1993, 1995), która określa jakość życia jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w której żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych warunkowaniami środowiskowymi”. Definicja ta traktuje człowieka jako jedność bio-psycho-społeczną. W odniesieniu do chorób układu krążenia od kilkunastu lat ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL) jest stosowana w dużych badaniach klinicznych dotyczących leczenia, profilaktyki, działań niepożądanych oraz rokowania [1–4].

CEL PRACY

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie subiektywnymi odczuciami pacjenta dotyczącymi choroby, leczenia, samopoczucia, aktywnego funkcjonowania, pełnienia roli rodzinnej, społecznej i zawodowej, określane ogólnie badaniem jakości życia.

Celem pracy była ocena jakości życia chorych po przebytych zawałach mięśnia sercowego z podziałem na płeć badanych.

MATERIAŁY I METODY BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone w okresie między listopadem 2008 a listopadem 2009 r. wśród losowo wybranych pacjentów będących do 2 lat po przebytych zawałach mięśnia sercowego leczonych w Praktyce Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu. Analizą objęto 50 osób (w tym 31 mężczyzn, 19 kobiet) w wieku od 50 do 87 lat (średnia wieku 68,86 lat).

W badaniach posłużono się:

- 1) analizą dokumentacji medycznej określającą stan kliniczny pacjenta;
- 2) kwestionariuszem własnego opracowania składającym się z 11 pytań, w którym zebrano dane socjo-demograficzne dotyczące wieku, płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, wykształcenia, źródła utrzymania oraz dane szczegółowe, tj.: wskaźnik masy ciała BMI (*Body Mass Index*), współistniejące choroby, zalecenia dotyczące aktywności fizycznej;
- 3) kwestionariuszem jakości życia Short Form-36 (SF-36), który jest narzędziem do ogólnej oceny jakości życia zależnej od zdrowia. Kwestionariusz SF-36 składa się z 8 kategorii, którymi są: funkcjonowanie fizyczne, społeczne, ograniczenia fizyczne, emocjonalne, kondycja psychiczna, percepcja ogólnego stanu zdrowia, odczuwanie bólu, witalność.

Oznaczenia domen i współczynników:

- 1) PF – sprawność fizyczna – 10 pytań,
- 2) RP – codzienne ograniczenia spowodowane wpływem choroby na stan fizyczny – 4 pytania,
- 3) BP – subiektywne odczuwanie bólu – 2 pytania,
- 4) GH – subiektywne poczucie stanu zdrowia – 5 pytań,
- 5) VT – witalność – 4 pytania,
- 6) SF – funkcjonowanie społeczne – 2 pytania,
- 7) RE – ograniczenie aktywności z powodu problemów emocjonalnych – 3 pytania,
- 8) MH – samopoczucie psychiczne – 5 pytań,

PCS – poziom aktywności fizycznej,

MCS – poziom aktywności umysłowej.

Każdej odpowiedzi w poszczególnych domenach przypisana jest odpowiednia liczba punktów. Wynik waha się od 0 do 100 punktów w każdej kategorii – im mniej punktów, tym gorsza jakość życia. W pomiarze końcowym uwzględniono poziom aktywności fizycznej (PCS) oraz aktywności umysłowej (MCS), przez dodanie komponentów fizycznych (PF, RP, BP, VT) oraz komponentów umysłowych (SF, RE, MH, GH) [5].

Przedstawiono podstawowe statystyki charakteryzujące dane badanie:

- średnią arytmetyczną;
- odchylenie standardowe – mówi o tym jak szeroko rozrzucone są wartości danej wielkości od jej średniej arytmetycznej. Im mniejsza wartość odchylenia, tym obserwacje są bardziej skupione wokół średniej;
- mediana – jest to wartość, poniżej i powyżej której znajduje się jednakowa liczba obserwacji. Mediana znalazła zastosowanie w statystyce jako średnia znacznie bardziej odporna na elementy odstające niż średnia arytmetyczna;
- wartość minimalna – najmniejsza wartość w próbie;
- wartość maksymalna – największa wartość w próbie.

Wszyscy pacjenci otrzymali ankiety wraz z pisemną informacją o tym, że uzyskane informacje posłużą do celów badawczych oraz zostali zapewnieni o pełnej anonimowości.

WYNIKI BADAŃ

Tabela 1. Wiek badanych z podziałem na płeć

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu p
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Wiek (lata):				
średnia	68,86	66,21	70,48	
odchylenie standardowe (SD)	9,05	8,00	9,39	0,093767
mediana	70	69	73	
minimum	50	50	52	
maksimum	87	81	87	

Pacjenci zostali podzieleni na 2 grupy ze względu na płeć. Grupy były jednorodne pod względem wieku.

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy pod względem wykształcenia

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu p
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Wykształcenie:				
podstawowe	2 (4%)	1 (5,26%)	1 (3,23%)	
zawodowe	15 (30%)	6 (31,58%)	9 (29,03%)	0,885705
średnie	23 (46%)	7 (36,84%)	16 (51,61%)	
wyższe	10 (20%)	5 (26,32%)	5 (16,13%)	

Z danych zawartych w powyższej tabeli wynika, że 23 pacjentów posiada wykształcenie średnie, tj. 46%, najmniej jest osób z wykształceniem podstawowym.

Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy pod względem stanu cywilnego

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu p
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Stan cywilny:				
zameżna/zonaty	32 (64%)	9 (47,37%)	23 (74,19%)	
wdowa/wdowiec	16 (32%)	8 (42,10%)	8 (25,81%)	0,018049
rozwidziona/ /rozwidziony	2 (4%)	2 (10,53%)	0 (0%)	

Z powyższych wyliczeń wynika, że największą grupę stanowią osoby pozostające w formalnym związku, tj. 32 osoby, czyli 64%.

Tabela 4. Charakterystyka badanej grupy pod względem miejsca zamieszkania

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu p
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Miejsce zamieszkania:				
wieś	1 (2%)	1 (5,26%)	0 (0%)	
miasto	48 (96%)	18 (94,74%)	30 (96,77%)	0,330565
braki	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	

Z powyższego zestawienia wynika, że spośród 50 osób objętych badaniem najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy miasta, co stanowi 96%.

Tabela 5. Status zawodowy ankietowanych osób

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Rodzaj pracy:				0,280267
praca fizyczna	5 (10%)	0 (0%)	5 (16,13%)	
praca umysłowa	9 (18%)	5 (26,32%)	4 (12,90%)	
emerytura/renta	36 (72%)	14 (73,68%)	22 (70,97%)	

Z danych w tabeli wynika, że 36 pacjentów (72%) jest na emeryturze lub rencie, 9 osób (18%) wykonuje pracę umysłową, 5 osób (10%) wykonuje pracę fizyczną.

Tabela 6. Charakterystyka pacjentów ankietowanych pod względem wskaźnika BMI

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
BMI:				0,02981
średnia	26,96	25,71	27,72	
odchylenie standardowe SD	3,21	3,26	2,97	
mediana	27,02	24,30	27,34	
minimum	20,55	20,55	23,05	
maksimum	37,13	32,87	37,13	

Wskaźnik BMI: poniżej 18,5 (niedowaga), 18,5–25 (prawidłowa masa ciała), 25–30 (nadwaga), powyżej 30 (otyłość).

Z danych zawartych w tabeli 6 wynika, że u kobiet średnia wartość wskaźnika BMI wynosi 25,71, natomiast u mężczyzn średnia wartość wskaźnika BMI wynosi 27,72. Zdecydowanie więcej było mężczyzn z wyższym wskaźnikiem BMI.

Tabela 7. Charakterystyka pacjentów ankietowanych pod względem liczby wypalonych papierosów

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Palenie papierosów:				0,204942
nie palę	42 (84%)	17 (89,47%)	25 (80,64%)	
1–5 sztuk dziennie	6 (12%)	2 (10,53%)	4 (12,90%)	
6–10 sztuk dziennie	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	
11–20 sztuk dziennie	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	

Z danych zawartych w tabeli 7 wynika, że 42 osoby, tj. 84%, stanowią osoby niepalące.

Tabela 8. Występowanie innych chorób u ankietowanych osób

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Choroby:				
cukrzyca	11 (22%)	5 (26,32%)	6 (19,35%)	0,573370
nadciśnienie	35 (70%)	12 (63,16%)	23 (74,19%)	0,432441
otyłość	9 (18%)	1 (5,26%)	8 (25,81%)	0,036959
hiperlipidemia	14 (28%)	6 (31,58%)	8 (25,81%)	0,666820
inne	12 (24%)	2 (10,53%)	10 (32,26%)	0,697922
miażdżycy	2 (4%)	0 (0%)	2 (6,45%)	
przerost prostaty	3 (6%)	0 (0%)	3 (9,68%)	
nadczynność tarczycy	1 (2%)	1 (5,26%)	0 (0%)	
niewydolność krążenia	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	
choroba Parkinsona	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	
gościec	1 (2%)	0 (0%)	1 (3,23%)	
zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	2 (4%)	0 (0%)	2 (6,45%)	
niedoczynność tarczycy	1 (2%)	1 (5,26%)	0 (0%)	

Z analizy danych wynika, że najwięcej pacjentów choruje na nadciśnienie tętnicze, tj. 35 osób (70%), następnie 14 osób (28%) choruje na hiperlipidemię, u 11 osób (22%) występuje cukrzyca, a u 9 ankietowanych, tj. 18%, występuje otyłość.

Tabela 9. Charakterystyka badanej grupy pod względem aktywności fizycznej

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50(100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Aktywność fizyczna:				0,469075
nie przestrzegam	5 (10%)	2 (10,53%)	3 (9,68%)	
umiarkowanie	24 (48%)	10 (52,63%)	14 (45,16%)	
w dużym stopniu	16 (32%)	6 (31,58%)	10 (32,26%)	
w pełni	5 (10%)	1 (5,26%)	4 (12,90%)	

Z powyższego zestawienia wynika, że 24 osoby (48%) przestrzega umiarkowanie zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, natomiast 5 osób (10%) nie przestrzega zaleceń dotyczących aktywności fizycznej. Tylko 5 osób (10%) przestrzega zaleceń dotyczących aktywności fizycznej w pełni.

Tabela 10. Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza SF-36

	Wszyscy	Kobiety	Mężczyźni	Wynik testu <i>p</i>
Liczba pacjentów	50 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	
Domena PF (SF-36):				0,095922
średnia	62,7	67,89	59,52	
odchylenie standardowe (SD)	18,05	15,48	18,99	
mediana	60	70	55	
minimum	35	35	35	
maksimum	95	90	95	
Domena RP (SF-36):				0,440425
średnia	35,5	40,79	32,26	
odchylenie standardowe (SD)	37,49	39,27	36,63	
mediana	25	25	25	
minimum	0	0	0	
maksimum	100	100	100	
Domena BP (SF-36):				0,546794
średnia	52,3	55,05	50,61	
odchylenie standardowe (SD)	24,95	25,49	24,88	
mediana	52	52	41	
minimum	0	0	0	
maksimum	100	100	100	
Domena GH (SF-36):				0,136289
średnia	36,88	41,84	33,84	
odchylenie standardowe (SD)	18,37	18,89	17,66	
mediana	35	45	35	
minimum	0	10	0	
maksimum	87	87	77	
Domena VT (SF-36):				0,296004
średnia	44,6	47,63	42,74	
odchylenie standardowe (SD)	15,9	15,49	16,12	
mediana	45	45	40	
minimum	5	20	5	
maksimum	80	80	80	
Domena SF (SF-36):				0,388572
średnia	61	57,89	62,9	
odchylenie standardowe (SD)	21,37	16,78	23,82	
mediana	62,5	62,5	62,5	
minimum	12,5	25	12,5	
maksimum	100	87,5	100	
Domena RE (SF-36):				0,942753
średnia	42,67	42,11	43,01	
odchylenie standardowe (SD)	42,61	42,81	43,2	
mediana	33,33	33,33	33,33	
minimum	0	0	0	
maksimum	100	100	100	

Domena MH (SF-36):				0,036693
średnia	54,4	48,42	58,06	
odchylenie standardowe (SD)	15,96	15,2	15,52	
mediana	54	44	60	
minimum	20	20	28	
maksimum	88	76	88	
PCS (SF-36)				0,042432
średnia	38,31	41,63	36,28	
odchylenie standardowe (SD)	9,09	7,87	9,31	
mediana	37,01	42,37	34,38	
minimum	24,46	28,2	24,46	
maksimum	57,12	57,12	56,2	
MCS (SF-36):				0,175329
średnia	39,93	37,35	41,52	
odchylenie standardowe (SD)	10,5	9,98	10,65	
mediana	39,42	32,32	40,19	
minimum	17,66	21,92	17,66	
maksimum	57,03	53,01	57,03	

Wszystkie czynniki jakości życia wyliczone na podstawie ankiety SF-36 były jednorodne w porównywanych podgrupach z wyjątkiem:

- domeny dotyczącej zdrowia psychicznego (MH), gdzie widać zdecydowanie lepsze wyniki u mężczyzn (60),
- poziomu aktywności fizycznej (PCS), gdzie widać lepsze wyniki u kobiet (42,37).

Jak wynika z tabeli 10 u pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego stwierdza się niższą jakość życia, szczególnie w zakresie poziomu aktywności fizycznej (PCS), tj. 37,01, natomiast poziom aktywności umysłowej (MCS) jest wyższy od aktywności fizycznej i wynosi 39,42. Z przeprowadzonej analizy wynika, że codzienne ograniczenia spowodowane wpływem choroby na stan fizyczny (RP) (25) znacznie obniżają jakość życia badanych pacjentów.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Jakość życia jest subiektywnym poczuciem zadowolenia doświadczanego przez człowieka oraz wpływa na fizyczne, psychiczne, socjalne i religijne sfery życia, dlatego stanowi ważny element w ocenie stanu zdrowia pacjentów.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że przebycie zawału mięśnia sercowego obniża jakość życia pacjentów zarówno w sferze poziomu aktywności psychicznej (39,42), jak i fizycznej (37,01).

Dias i wsp., analizując jakość życia 278 pacjentów przyjętych do szpitala z powodu ostrych zespołów wieńcowych (OZW), stwierdzili, że gorszy stan zdrowia psychicznego (MCS w teście SF-36) w obserwacji odległej był związany z płcią żeńską. Wartość poziomu aktywności fizycznej (PCS) poniżej średniej w obserwacji odległej również występowały częściej u kobiet [6]. W badaniu Westin i wsp., obejmującym blisko 400 osób z chorobą niedokrwienną serca po pierwszym incydencie wieńcowym, wykazano, że zarówno w ocenie wczesnej, po miesiącu (w wymiarach: zdrowie ogólne, lęk, depresja, samoocena, życie seksualne, odczuwanie arytmii), jak i po roku (w wymiarach: zdrowie ogólne, lęk i depresja) kobiety cechuje niższa jakość życia niż mężczyźni [7]. W badaniach uzyskano wyniki, które potwierdzają gorszy stan zdrowia psychicznego (MCS) u kobiet (32,32) po przebytych zawale mięśnia sercowego w porównaniu do mężczyzn (40,19), natomiast kobiety raportowały wyższe wartości poziomu aktywności fizycznej (PCS) (42,37) w porównaniu do mężczyzn (34,38). Na poziom aktywności umysłowej bezpośredni wpływ ma zdrowie psychiczne (MH), gdzie również w analizie własnej widać zdecydowanie gorsze wyniki u kobiet (44), niż u mężczyzn (60), co potwierdza powyższe tezy badaczy. Należy również wspomnieć, że na ocenę zdrowia psychicznego respondentów ujemny wpływ mają choroby współistniejące, takie jak: nadciśnienie tętnicze, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz nadwaga (średnia wartość masy ciała badanych osób BMI wynosiła 26,96 kg/m²).

Arendarczyk i Łoboz-Grudzień wykazały, że zmniejsza się średnia wartość jakości życia chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego wraz ze wzrostem wieku pacjentów [8]. Natomiast zdaniem Van Jaarsveld i wsp., młodzi pacjenci obu płci z chorobą niedokrwienną serca (< 55. roku życia) istotnie niżej oceniają swoją jakość życia niż osoby starsze. Wynika to z faktu, że osoby młodsze są zwykle aktywne zawodowo i społecznie, a pojawiająca się choroba powoduje ograniczenie w pełnieniu tych obowiązków [9]. W badaniach własnych na podstawie analizy domeny ograniczenia aktywności z powodów emocjonalnych (RE) stwierdzono, że osoby młodsze po przebytych zawale mięśnia sercowego cechuje wyższa jakość życia niż osoby starsze.

Przeprowadzone przez nas badania ukazują, że wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta jakość życia pacjentów i zarówno na ocenę zdrowia psychicznego (MH) oraz ogólną percepcję zdrowia (GH) dodatni wpływ ma wyższy poziom wykształcenia. Potwierdzają to wnioski Arendarczyk i Łoboz-Grudzień, które zaobserwowały wyższą wartość wskaźnika odległej jakości życia u osób z wyższym wykształceniem po przebytych zawale mięśnia sercowego [8]. Również badania przeprowadzone w latach 2003–2004 przez Salaburę i wsp. analizujące jakość życia 40 mężczyzn po zawale mięśnia sercowego leczonych angioplastyką wieńcową wykazały wzrost jakości życia wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia [10]. Teżę tę potwierdzają też Dias i wsp., analizujący jakość życia pacjentów przyjętych do szpitala z powodu OZW, którzy stwierdzili, że wyższą jakością życia cechowali się pacjenci lepiej wykształceni [6].

Jednym z ważniejszych czynników wpływających na obniżenie jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego jest obecność zaburzeń depresyjnych i lękowych. Nowe dane wskazują na wpływ depresji pojawiającej się w momencie wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego nie tylko na przewlekłe obniżenie jakości życia, ale również wzrost ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego do 5 lat po jego przebyciu [6]. Z naszych badań wynika, że ograniczenie aktywności z powodów emocjonalnych (np. depresji, lęku) znacznie pogarsza jakość życia pacjentów, szczególnie osób starszych oraz chorujących na nadciśnienie tętnicze.

Analiza badań dotyczących innych chorób towarzyszących ukazuje, że najczęściej (u 70% ankietowanych) występuje nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia (28%), cukrzyca (22%), otyłość (18%), z czego można wnioskować, że wraz ze wzrostem liczby czynników ryzyka spada średnia wartość jakości życia, co potwierdzają w swoich badaniach Arendarczyk i Łoboz-Grudzień, które wykazały spadek jakości życia wraz ze wzrostem liczby czynników ryzyka u chorych w 2 lata po zawale mięśnia sercowego [8].

Kubica i Sienkiewicz w swoich publikacjach piszą, że występowanie zawału serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST (STEMI) osiąga szczyt u pacjentów 60-letnich, natomiast występowanie zawału serca bez przetrwałego uniesienia odcinka ST (NSTEMI) najczęściej występuje u chorych między 70. a 79. rokiem życia. Chorzy powyżej 75. roku życia stanowią 1/3 wszystkich pacjentów z zawałem serca [11].

Wyniki własne wykazują, że średnia wieku osób po przebytych zawale mięśnia sercowego wynosi 70 lat, w tym u kobiet 69 lat, natomiast u mężczyzn – 73 lata.

Na uwagę zasługuje również fakt, że 84% badanych to osoby niepalące, co może świadczyć o tym, że w momencie zachorowania pacjenci potrafili zerwać z nałogiem palenia papierosów. Zaprzestanie palenia tytoniu jest skutecznym zachowaniem zarówno w profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej chorób układu krążenia. Wyniki prac dotyczących tego problemu wskazują, że zarówno całkowita śmiertelność, jak i liczba powtórnych zawałów serca, a także liczby zgonów sercowych, ulegają obniżeniu o 20–50% w populacji chorych, którzy porzucili nałóg palenia tytoniu. Badania wykazały, że zawał mięśnia sercowego aż dla około 70–80% pacjentów jest wystarczającym doznaniem, silnie motywującym do rzucenia palenia [12].

Z publikacji Szmita i Filipiaka dowiadujemy się, że aktywność fizyczna znacząco moduluje czynniki chorób serca, takie jak: nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia czy otyłość, a regularnie powtarzany wysiłek fizyczny łagodzi objawy chorób serca, co w konsekwencji prowadzi do poprawy jakości życia pacjentów [13].

Z analizy własnej wynika, że zaleceń dotyczących aktywności fizycznej przestrzega w pełni tylko 10% badanych, co może mieć związek z deficytem edukacji chorych w tym zakresie. Pacjent powinien wiedzieć, które objawy powinny go niepokoić (duszność, zawroty głowy, bóle, obrzęki) w trakcie wykonywania ćwiczeń fizycznych.

Wzrost zainteresowania subiektywnymi odczuciami pacjentów we współczesnej medycynie jest niezwykle istotny w wyborze alternatywnych metod postępowania terapeutycznego. Ocena jakości życia chorych po zawale mięśnia sercowego powinna należeć do powszechnego zastosowania w codziennej praktyce pielęgniarskiej i lekarskiej, ponieważ pozwala na rozpoznanie głównych problemów oraz ustalenia ich hierarchii, a także potrzeb pacjentów w wymiarze bio-psycho-społecznym.

WNIOSKI

U chorych po zawale mięśnia sercowego wykazano istotny spadek poziomu jakości życia. Z przeprowadzonej analizy wynika,

że przebycie zawału mięśnia sercowego ma nie tylko wpływ na obciążenia somatyczne, ale również ma wpływ na stan psychiczny i funkcjonowanie społeczne chorych.

Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci chorujący na nadciśnienie tętnicze, tj. 35 osób. Wynika z tego, że nadciśnienie tętnicze stanowi jedno z głównych somatycznych czynników ryzyka zawału mięśnia sercowego oraz wpływa na obniżenie poziomu aktywności psychicznej (MCS).

U kobiet po przebytym zawale mięśnia sercowego analiza domeny dotyczącej zdrowia psychicznego (MH) wykazała, że w porównaniu do mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego stwierdza się gorszą jakość ich życia.

W grupie mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego analiza poziomu aktywności fizycznej (PCS) wykazała, że w porównaniu do grupy kobiet stwierdza się obniżoną jakość ich życia.

Badania jakości życia powinny okazać się pomocne w wyborze najkorzystniejszego postępowania w planowaniu i realizacji opieki z uwzględnieniem samopoczucia pacjenta i jego funkcjonowaniem w życiu codziennym.

BIBLIOGRAFIA

1. Broda G. *Choroby układu krążenia w Polsce – umieralność* (dok. elektr.), www.poradnikmedyczny.pl, 2004.
2. Broda G. *Jakość życia – ważny pomiar zdrowia* (dok. elektr.), www.studencimedycyny.pl, 2009.
3. Bellwon J, Szargiej P, Sobiczewski W, i wsp. Epidemiologia choroby wieńcowej. *Terapia* 2009; 9, 2(230): 4–8.
4. World Health Organisation (WHO) 1948, WHO definition of Health, retrieved 9 July 2009.
5. Ware JE, Shebourne CD. The MOS 36 (+ Item Short Form Health Survey) SF-36: I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473–483.
6. Dias CC, Mateus P, Santos L, et al. Acute coronary syndrome and predictors of quality of life. *Rev Port Cardiol* 2005 Jun; 24(6): 819–831.
7. Westin L, Carlsson R, Erhardt L, et al. Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease. A prospective controlled study. *Scand Cardiovasc J* 1999; 33(3): 160–165.
8. Arendarczyk M, Łoboz-Grudzień K. Jakość życia chorych w dwa lata po zawale mięśnia serca. Ocena wpływu czynników. *Pol Merk Lek* 2000; 44: 94–97.
9. Van Jaarsveld C, Ranchor A, Kempen GJJK, et al. Gender-specific risk factors for mortality associated with incident coronary heart disease – a prospective community-based study. *Preventive Medicine* 2006; 43: 361–367.
10. Salabura B, Klimek-Piskorz E, Sokół B. Jakość życia chorych po zawale mięśnia sercowego leczonym angioplastyką wieńcową. *Fizjoterapia* 2005; 13(3): 33–41.
11. Kubica J, Sinkiewicz W. *Chory po zawale serca*. Gdańsk: Via Medica: 2008.
12. Gałaszek M, Eysmontt Z, Choromańska-Matera B, i wsp. Wyniki stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej u pacjentów po przebytym zawale mięśnia sercowego leczonym angioplastyką pierwotną. *Pol Arch Med Wewn* 2006; 116(1): 627–639.
13. Szmit S, Filipiak K. Czy u pacjenta z chorobą serca ważna jest aktywność fizyczna? (dok. elektr.), www.termedia.pl, *Przew Lek* 2007.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabella Uchmanowicz
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 348-42-10

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.09.2012 r.

Po recenzji: 20.10.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 28.10.2012 r.

POSTAWY SPOŁECZNE WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH – PRZEGLĄD BADAŃ

Social attitudes towards the disabled-review of research

Irena Wolska-Zogata

Zakład Socjologii Ogólnej, Instytut Socjologii, Uniwersytet Wrocławski

adres do korespondencji: zogata@wp.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Praca ma charakter poglądowy. Przedstawia dostępne badania na temat postaw Polaków wobec niepełnosprawnych. Niniejszy artykuł pokazuje teoretyczno-prawno-medyczne rozważania z zakresu niepełnosprawności, socjologiczno-psychologiczne definicje postaw społecznych oraz ich uwarunkowania wobec osób niepełnosprawnych.

Materiał i metoda. Podstawą artykułu jest literatura przedmiotowa oraz wyniki niezależnych badań opisujących postawy Polaków wobec niepełnosprawnych, także niepełnosprawnych psychicznie.

Wyniki. Za podstawowe uwarunkowania postaw wobec niepełnosprawnych autorka uznaje cechy społeczno-demograficzne, wiedzę na temat niepełnosprawności, częstość kontaktów z osobami niepełnosprawnymi. Polacy mają co najmniej ambiwalentny stosunek do niepełnosprawnych psychicznie, a jednocześnie uważają choroby psychiczne za chorobę wstydliwą. Odmawiają chorym prawa do pełnienia ról społecznych związanych z odpowiedzialnością.

Wnioski. Polityka wobec niepełnosprawnych zmierza w kierunku integracji z pełnosprawnymi. Zmiany świadomości i wiedzy Polaków nie zmieniają się w sposób rewolucyjny. Im wyższy status społeczny, tym bardziej pozytywne postawy wobec niepełnosprawnych.

Słowa kluczowe: inwalidztwo, niepełnosprawność, niepełnosprawność psychiczna, postawy wobec niepełnosprawnych.

SUMMARY

Background. The article shows the available research on Polish attitudes towards the disabled. This article shows the theoretical and legal and medical considerations in the field of disability, socio-psychological definition of social attitudes and the attitudes and the conditions for people with disabilities.

Material and methods. The base of the article are the combination of chosen sociological concept of disabled results of independent researches. The results of independent researches in attitudes towards disabled were also presented.

Results. The basic determinants of attitudes towards disabled author recognizes the socio-demographic characteristics, knowledge about disability, the frequency of contact with people with disabilities. Poles have at least an ambivalent attitude towards the mentally disabled, and claim mental illness as shameful disease.

Conclusions. Policy towards the disabled is moving towards integration with non-disabled. Changes in awareness and knowledge of Poles do not change in a revolutionary way. The higher the social status the more positive attitudes towards disabled people.

Key words: invalidity, disability, mental disability, attitudes towards disabled.

DEFINICJA TERMINU NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I JEJ RODZAJE

Ze względu na negatywne konotacje termin „inwalida”, który oznacza człowieka słabego, bezsilnego, schorowanego [1] zastępowany jest przez termin „niepełnosprawność”¹. „Inwalidztwo” jest także zakresowo znacznie węższym terminem od „niepełnosprawności” – odnosi się jedynie do prowadzonej na potrzeby formalno-prawnej oceny przez lekarza stanu organizmu (zdrowia) człowieka, która dokonywana jest w oparciu o kryteria biomedyczne, zawodowe i społeczne, w celu ustalenia, czy danej jednostce przysługuje lub nie status osoby z ograniczoną zdolnością do podjęcia zatrudnienia [2]. Inwalidztwo oznacza zatem stan stałego lub długotrwałego naruszenia organizmu w znacznym stopniu (polega na częściowej lub całkowitej utracie sprawności fizycznej lub psychicznej/zdolności do pracy) będący skutkiem kalectwa nabytego (w trakcie wojny bądź wypadku przy pracy) lub choroby [3]. W przeciwieństwie do inwalidztwa niepełnosprawność:

- 1) obejmuje stan nie tylko trwałego, ale i okresowego naruszenia sprawności organizmu, który może być nabyty (wskutek przebytej choroby lub doznanego urazu), ale i również wrodzony (dziedziczny);
- 2) uwzględnia nie tylko medyczny stan człowieka, czyli naruszoną sprawność, ale i aspekty psychospołeczne [2].

¹ Powszechność w oficjalnym języku oraz zakorzenienie się w świadomości społecznej niemal do końca XX w. terminu „inwalida” i pochodzącego od niego słowa „inwalidztwo” były efektem braku precyzyjniejszych określeń, które mogłyby je zastąpić, oraz przyjęcia przez polskie ustawodawstwo emerytalno-rentowe w 1954 r. radzieckiej definicji inwalidztwa, z podziałem na trzy grupy, modyfikowanej jeszcze w latach 80. ubiegłego wieku, lecz z niewielkimi zmianami, co do samej jej istoty, a obowiązującej w polskim orzecznictwie inwalidzkim do września 1997 r.

Wielość i niejednorodność współcześnie proponowanych definicji oraz klasyfikacji pojęcia niepełnosprawność wynika ze złożoności samego zjawiska (odnosi się do różnych ograniczeń funkcjonalnych; poza pierwotnym defektem biologicznym organizmu – jego dysfunkcjonalnością – obejmuje również skutki psychospołeczne tego stanu) oraz zróżnicowanych perspektyw: medycznej, prawnej, społecznej, w ramach których podejmuje się próby jego systematyzacji [4]. Pewną próbą systemowego uporządkowania określań związanych ze zjawiskiem niepełnosprawności była opracowana i opublikowana w 1980 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, która wyodrębniła trzy powiązane ze sobą i wzajemnie warunkujące się wymiary (medyczny/biologiczny, funkcjonalny, społeczny) w zależności od tego, czy dana niepełnosprawność jest rozumiana jako:

- 1) uszkodzenie narządów organizmu (*impairment*), co oznacza utratę lub nieprawidłowość struktury lub funkcji psychicznej, fizjologicznej lub anatomicznej na skutek różnego rodzaju czynników (choroby, urazy, niewłaściwe odżywianie, wrodzone, dziedziczne);
- 2) niepełnosprawność biologiczna lub funkcjonalna organizmu (*disability*), czyli wszelkie ograniczenie lub brak możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka.

Według A. Sękowskiego, „niepełnosprawność jest to obniżony – w stosunku do norm ustalonych dla danej populacji – stan sprawności organizmu, powodujący utrudnienie, a często także ograniczenie funkcjonowania fizycznego i psychicznego oraz zdolności do pełnienia ról społecznych”, która tak jak wiele do niej podobnych nawiązuje do klasycznej, powszechnie obowiązującej.

zującej definicji, w której niepełnosprawność jest określana, jako „stan fizycznego lub psychicznego naruszenia zdrowia powodujący trwałe lub długotrwałe utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie udziału w stosunkach społecznych i wypełniania ról według przyjętych kryteriów i obowiązujących norm” [3]. Stanisław Kowalik zauważa, że definicja ta ujmuje niepełnosprawność na dwóch poziomach funkcjonowania człowieka. Pierwszy z nich dotyczy niepełnosprawności organizmu, czyli dysfunkcjonalności jego poszczególnych narządów (aspekt biologiczny), natomiast drugi odnosi się do skutków wywołanych przez ów stan, czyli niepełnosprawności społecznej, (...) która sprowadza się do niezdolności człowieka do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym: pełnienia ról społecznych, wywiązywania się z zadań życiowych zgodnych z oczekiwaniami społecznymi, podejmowania odpowiedniej aktywności społecznej itd. W końcu odnosi się do niepełnosprawności społecznej i psychologicznej, która „(...) polega na utracie częściowej lub pełnej zdolności do podmiotowego organizowania własnego działania, co z kolei utrudnia zaspokojenie potrzeb i wywiązywanie się z zadań narzuconych przez otoczenie społeczne” [5]. Jak podkreśla autor, by można było mówić o niepełnosprawności, nie wystarczy sama dysfunkcjonalność organizmu czy samo niewywiązywanie się z ról społecznych, ponieważ oba stany rzeczy są składnikami tego samego warunku wystarczającego zajścia opisywanego zjawiska. Pierwszy z nich jest warunkiem koniecznym, lecz niewystarczającym, a drugi musi mieć miejsce w wyniku względnie trwałych dysfunkcji narządów organizmu [5].

Antonina Ostrowska zauważa, że „w socjologicznych ujęciach dominują określenia niepełnosprawności przyjmujące za jej kryterium dwa elementy: istnienie uszkodzeń bądź ograniczeń funkcjonalnych organizmu (wskutek choroby, urazu lub wady wrodzonej) oraz wynikające z nich skutki dla funkcjonowania społecznego osób nimi dotkniętych (najczęściej) formułowanych przez możliwość pełnienia podstawowych ról społecznych). Szczegółowe operacjonalizacje tych definicji wskazują, że chodzi tu o ograniczenia trwałe i wykonywanie podstawowych czynności i obowiązków zróżnicowanych w zależności od płci, wieku i społeczno-kulturowego, usytuowania człowieka” [6].

W literaturze przedmiotu istnieje wiele klasyfikacji dzielących osoby niepełnosprawne na poszczególne grupy czy kategorie. Maria Grzegorzewska ze względu na rodzaj niepełnosprawności przyjmuje następujący podział osób niepełnosprawnych: 1) niewidomi i niedowidzący; 2) głusi i niedosłyszący; 3) głuchoniewidomi; 4) upośledzeni umysłowo; 5) przewlekłe chorzy; 6) osoby z uszkodzeniem narządu ruchu; 7) osoby z trudnościami w uczeniu się na skutek dysharmonii rozwoju; 8) społecznie niedostosowani wskutek: a) zaniedbań i błędów wychowawczych oraz konfliktów z normami społeczno-moralnymi; b) zaburzeń czynności nerwowych (tło psychopatyczne, charakteropatyczne, nerwicowe – prowadzące do konfliktów z prawem) [7].

Zofia Sękowska przedstawiła cztery kategorie osób niepełnosprawnych:

- mające trudności w poznawaniu świata i w komunikowaniu się z nim na skutek braku, uszkodzenia lub zaburzenia funkcji analizatorów zmysłowych;
- tych, u których procesy poznawcze przebiegają w sposób nieprawidłowy, wskutek czego mają obraz poznawczy nieadekwatny do rzeczywistości, zdolność rozumowania ograniczoną poniżej normy, przystosowanie do życia społecznego i pracy ograniczone;
- mające z powodu uszkodzenia narządów ruchu lub przewlekłej choroby ograniczoną zdolność do działania, ekspresji, aktywnego udziału w życiu społecznym;
- wymagające w wyniku zaniedbań i błędów wychowawczych bądź nieprawidłowości funkcjonowania systemu nerwowego albo psychopatii czy charakteropatii – wychowania resocjalizacyjnego [8].

W literaturze przedmiotu można znaleźć także poniższą klasyfikację osób niepełnosprawnych:

- 1) osoby z niepełnosprawnością fizyczną, do których należą:
 - a) osoby z uszkodzeniem (dysfunkcją) narządu ruchu – nie-

pełnosprawnością motoryczną, b) osoby z przewlekłymi chorobami wewnętrznymi;

- 2) osoby z niepełnosprawnością sensoryczną (uszkodzenie narządów zmysłów), do których zalicza się: a) osoby niewidome i słabo widzące, b) osoby niesłyszące i słabosłyszące;
- 3) osoby z niepełnosprawnością psychiczną, wśród których możemy wyróżnić: a) osoby z chorobą psychiczną, b) osoby z niesprawnością intelektualną (upośledzenie umysłowe, demencja starcza) [9].

POSTAWA – DEFINICJE, KOMPONENTY

Postawa jest pojęciem, które wprowadzone zostało do psychologii na przełomie XIX i XX w., a niewiele później do socjologii. W naukach społecznych przyjęły się definicje tworzone w ramach tzw. podejścia strukturalistycznego, które traktują postawę jako złożoną strukturę, w skład której wchodzi trzy komponenty: *element poznawczy* (wiedza i przekonania wobec przedmiotu postawy), *emocjonalny* (uczuciowo-motywacyjny, afektywny: uczucia w stosunku do przedmiotu postawy) i *motywacyjny* albo *działaniowy* (behawioralny: zachowania intencjonalne lub zachowania realne wobec przedmiotu postawy).

Mówiąc o postawie, należy mieć na uwadze przedmiot, do którego ona się odnosi. Zawsze istnieje określony *przedmiot* postawy, może nim być wszystko, co istnieje subiektywnie bądź obiektywnie: pojedynczy przedmiot materialny lub jego klasy, człowiek lub pewna zbiorowość (grupa społeczna), pewne zdarzenie jednostkowe, ale i klasy tych zdarzeń czy sytuacji. Przedmiotem postawy może być również własna osoba lub poszczególne elementy systemu aksjo-normatywnego: różnego rodzaju wartości oraz regulujące działanie wobec nich, określone przez społeczność normy, np. moralne [10].

Drugą istotną cechą zawartą w definicjach jest *podmiot*, czyli osoba, człowiek, który posiada w psychice organizację procesów, przez którą odnosi się do postrzeganego w rzeczywistości przedmiotu postawy [11].

Trzecią cechą wyżej cytowanych definicji są trzy komponenty składające się na postawę: poznawczy, emocjonalny/uczuciowy i behawioralny. Komponent *poznawczy* traktuje się jako zbiór elementów, jakie jednostka posiada w swoim umyśle, o właściwościach przedmiotu postawy, tj. mogą nimi być: wiedza, przekonania, również przypuszczenia lub wątplenia. Podstawową rolę w tym komponencie pełnią przekonania, rozumiane jako stan intelektualny zawierający w sobie pewien aspekt oceniający, przez pryzmat którego obiekt postawy traktowany jest przez jednostkę (podmiot) jako pewny lub niepewny, jako słuszny lub niesłuszny [10]. Na postawę składa się zazwyczaj system przekonań, które można ocenić pod względem ich rozległości i prawdziwości, tj. badacz dysponując obiektywnymi kryteriami ich oceny, może dokonać falsyfikacji zawartych w nich twierdzeń (zdań orzekających), jeśli te nie korespondują z rzeczywistością – nie są empirycznie uzasadnione [12].

Drugi komponent postawy jest określany mianem *emocjonalno-oceniającego* lub *afektywnego* i posiada dwa wymiary: oceny i emocje. Komponent afektywny kształtuje stosunek jednostki wobec przedmiotu postawy. Gdy owo ustosunkowanie jednostki przyjmuje postać ocen, wówczas wyrazem elementu wartościującego mogą być zawarte w komunikacji takie określenia jak: „dobry”, „zły”, „słuszny”, „niesłuszny”, „pożądany”, „niepożądany” lub gdy łączą się z dyspozycją do działania – „powinno”, „należy”. Wyrazem tego komponentu są również emocje, jakie jednostka żywi wobec przedmiotu postawy, mogą to być uczucia o walencji dodatniej (radość, miłość, miłość, zachwyty, szacunek, współczucie) lub ujemnej (lęk, pogarda) wywołane samą jego obecnością lub tylko wyobrażeniem na jego temat [12].

W literaturze przedmiotu dominuje przekonanie, iż postawy neutralne, czyli o zerowym ładunku, są z definicji niemożliwe [12], a w większości przypadków walencję stosunku emocjonalnego czy oceniającego postawy można uporządkować według klasycznego ujęcia, tzn. na dwubiegunowym kontinuum rozcią-

gającym się od wartości dodatnich (aprobaty, emocji pozytywnych) do wartości negatywnych (dezaprobaty, emocji negatywnych) [11].

Trzecim elementem postawy jest komponent *behawioralny*, w jego skład wchodzi zachowania intencjonalne lub zachowania obserwowalne, czyli realne wobec przedmiotu postaw. W trójskładnikowej definicji postawy autorstwa Stefana Nowaka komponent behawioralny jest określany jako „mniej lub bardziej jednorodny zespół dyspozycji do zachowania się w określony sposób”, czyli „istniejący w psychice jednostki mniej lub bardziej skryzalizowany program działania wobec przedmiotu postawy”, który na drodze introspekcji postrzegany jest przez ów podmiot jako „zamiar, pragnienie, dążenie czy poczucie powinności zachowania się w określony sposób wobec przedmiotu postawy” [12]. Działanie człowieka (są to czynności takie, jak: nawiązywanie kontaktu, pomoc, opieka, unikanie) stanowi dopełnienie pozostałych elementów postawy; wypływa z poprzednich komponentów i oddziałuje na nie. Składnikiem komponentu behawioralnego są także reakcje werbalne, wyrażane przez głoszone opinie. Opinie określa się jako względnie trwałe i świadome odpowiedzi na postawione pytanie dotyczące przedmiotu postawy. Nie można jej zawsze utożsamiać z przekonaniem, może wyrażać przypuszczenie, wątpliwość. Odzwierciedla poznawczy i uczuciowo-motywacyjny (uczucia, pragnienia, dążenia) aspekt postawy [13].

Stefan Nowak proponuje cztery kategorie postaw. Podstawą do ich wyodrębnienia jest wcześniej przedstawiona definicja strukturalna tegoż autora, zgodnie z którą na zjawisko postawy składają się trzy komponenty. Udział poszczególnych elementów w jej powstawaniu, jak i funkcjonowaniu pozwolił autorowi wyróżnić następujące klasy postaw:

- 1) do pierwszej kategorii należą te postawy, w składzie których niemal wyłącznie znajduje się stosunek emocjonalno-oceniający wobec przedmiotu postawy, przy jednoczesnym braku wiedzy o istotnych własnościach tegoż przedmiotu oraz braku jakichkolwiek zachowań ukierunkowanych wobec niego. Postawy te nazywane są postawami *afektywnymi* lub *afektywnymi asocjacjami*;
- 2) druga kategoria obejmuje w swym zakresie te postawy, które obok komponentu emocjonalno-oceniającego składają się z mniej lub bardziej rozbudowanych przekonań o przedmiocie (element poznawczy) przy jednoczesnym braku wyraźnie skryzalizowanych predyspozycji behawioralnych. Są to postawy *poznawcze* lub *zintelektualizowane*. Mając na uwadze wiedzę podmiotu o przedmiocie postawy, wyszczególnia się jeszcze dwa rodzaje postaw poznawczych, według kryterium: a) rozległości wiedzy o przedmiocie, b) prawdziwości wiedzy o przedmiocie;
- 3) kategoria trzecia to postawy, w których komponent emocjonalno-oceniający występuje w powiązaniu z dyspozycją do zachowań wobec przedmiotu postawy. Autor klasyfikacji nazwa je postawami *behawioralnymi*;
- 4) do kategorii czwartej należą te postawy, w składzie których występują wszystkie trzy komponenty, czyli emocje lub ocena przedmiotu, wiedza o nim oraz skryzalizowany program działania. Nazywa się je postawami *pełnymi* lub *poznawczo-behawioralnymi* [12].

Między komponentami postawy występują wzajemne powiązania oraz uwarunkowania. Komponent emocjonalno-oceniający traktuje się jako element wyznaczający kierunek działania (dążenie lub unikanie), również warunkujący jego formę (zachowanie umiarkowane lub skrajne). Przypisuje mu się także w niektórych sytuacjach, iż wpływa na zmianę przekonań zawartych w komponencie poznawczym; gdy różne sądy tego samego przedmiotu postawy naznaczone są przeciwstawnym ładunkiem emocjonalnym. Komponent poznawczy określa cel działania (działanie jednostki może być skierowane na przedmiot, który jest przez nią postrzegany jako całość lub na pewne jego elementy) i jego formę (forma podjętego przez jednostkę działania wobec obiektu postawy zależy od tego, jakimi informacjami ona dysponuje na temat owego obiektu). Komponent poznawczy

również może mieć wpływ na zmianę walencji elementu emocjonalno-oceniającego postawy, gdy jednostce dostarczymy informacje lub na podstawie obserwacji sama sobie ukształtuje przekonanie zmieniające ocenę przedmiotu postawy [11].

W polskiej literaturze socjologicznej upowszechniła się koncepcja postaw zasadniczych i celowościowych. Pierwsza z nich oznacza bezpośrednią akceptację lub negację pewnej reguły dotyczącej wyobrazonego lub rzeczywistego zachowania. W postawie celowościowej owa akceptacja bądź odrzucenie uzależnione są od pewnego rodzaju rozważania dotyczącego wielości możliwych wariantów zachowania się oraz oceny ich skutków. Ponadto socjologowie wyróżniają jeszcze postawy prospołeczne i egoistyczne. Postawa prospołeczna wiąże się z takimi określeniami jak: altruizm, sympatia dla innych, życzliwość, braterstwo, gotowość do niesienia pomocy potrzebującym, wrażliwość na krzywdę, zdolność do rozumienia ludzi, a nawet gotowość do poświęcenia się dla innych. Postawa ta wyraża się w gotowości pozytywnego działania na rzecz innych ludzi zgodnie z normami i wartościami społeczno-moralnymi. Postawa egoistyczna, przeciwnie do poprzedniej, uzewnętrznia się w skłonności do kierowania uwagi na siebie (zajmowania się sobą) oraz przedkładania osobistego interesu nie patrząc na potrzeby i dobro innych ludzi [3].

POSTAWY WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Każda zbiorowość ludzka, poczynając od wspólnot plemiennych, aż do współczesnych społeczeństw, stawała przed problemem niepełnosprawności oraz stosunku „zdrowej i sprawnej” większości do jednostek odchylonych od normy w funkcjonowaniu fizycznym, umysłowym, emocjonalnym czy społecznym. W dziejach myśli o wychowaniu osób z niepełnosprawnościami możemy wyróżnić trzy okresy charakteryzujące postawy i stosunek społeczeństw wobec osób niepełnosprawnych:

- 1) okres wrogości,
- 2) okres litości i strachu przed osobami niepełnosprawnymi wraz z działalnością charytatywną,
- 3) okres szczegółowych badań wraz z próbami integracji, czyli włączania osób niepełnosprawnych w nurt życia społecznego.

Mówiąc o wrogości do osób z niepełnosprawnościami, należy szczególną uwagę zwrócić na okres wspólnot plemiennych i starożytność. Niechęć tamtego okresu do niepełnosprawnych wynikała głównie z przyjętych norm i zasad dążących do stworzenia zdrowego i silnego społeczeństwa. Realizowano to drogą eliminacji słabych jednostek.

Wraz z chrześcijaństwem pojawił się okres litości, a jednocześnie strachu przed niepełnosprawnymi. Wówczas zaczęto rozpowszechniać idee niesienia pomocy chorym przez działalność charytatywną Kościołów i innych instytucji powołanych do tego celu.

Istotny zwrot w postawach społecznych wobec niepełnosprawnych odegrała Deklaracja Praw Człowieka i Obywatela. W tym czasie powołano pierwsze zakłady dla osób z niepełnosprawnościami, zaczęto prowadzić badania, opracowywać metody usprawniania, wprowadzać ustawy mówiące o łagodniejszym traktowaniu niepełnosprawnych [14].

W prawie polskim termin „osoba niepełnosprawna” po raz pierwszy pojawił się w 1982 r. Pierwsze uregulowania prawne dotyczące funkcjonowania społecznego osób niepełnosprawnych w Polsce pojawiły się w roku 1991. Istotną rolę w poprawie sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych w Polsce bez wątpienia odgrywają obecnie obowiązujące regulacje prawne oraz nasza akcesja do struktur Unii Europejskiej. Jednym z podstawowych dokumentów dotyczących osób niepełnosprawnych jest uchwalona 1 sierpnia 1997 r. przez Sejm RP Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, która poza wyjaśnieniem pojęcia osoby niepełnosprawnej zawiera prawa przysługujące osobom niepełnosprawnym, m.in. dostęp do opieki medycznej i rehabilitacji, nauki w szkołach z osobami sprawnymi, pracy na otwartym rynku pracy oraz pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Obowiązek realizacji praw zawartych w tym akcie prawnym

spoczywa na władzy samorządowej. Do sporządzenia katalogu praw osób niepełnosprawnych umieszczonego w Karcie posłużyły zarówno akty prawa krajowego, jak i międzynarodowego: Konstytucja RP, Powszechna deklaracja praw człowieka, Konwencja praw dziecka, Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych. Dla Unii Europejskiej przeciwdziałanie dyskryminacji osób niepełnosprawnych jest również jedną z ważniejszych kwestii, dlatego też wraz z formalnym włączeniem nas w jej struktury w dniu 1.05.2004 r. zostaliśmy zobowiązani do przyjęcia i realizacji modelu pełnej integracji z osobami niepełnosprawnymi [15].

Kolejnym czynnikiem sprzyjającym poprawie stosunku naszego państwa i społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych jest współcześnie realizowana, a zapoczątkowana w latach 90. ubiegłego wieku tendencja do odchodzenia od systemu instytucji funkcjonującego w okresie PRL-u, przy konstruowaniu którego jeszcze nie brano pod uwagę praw, potrzeb osób niepełnosprawnych wiążących się z możliwością podjęcia przez nie normalnego i satysfakcjonującego życia w społeczeństwie. Do niedawna osoby niepełnosprawne chcące podjąć normalne życie poza segregującym i izolującym je od społeczeństwa systemem, stwarzającym im możliwość funkcjonowania jedynie w wydzielonych strefach obejmujących głównie instytucje opieki zdrowotnej, społecznej oraz szkolnictwa specjalnego, były skazane przeważnie na siebie i pomoc najbliższych. Obecnie osoby niepełnosprawne są wspierane przez instytucje państwowe, samorządowe i społeczne [16].

Literatura z zakresu tej problematyki wskazuje, iż na sytuację życiową osób niepełnosprawnych oraz ich integrację ze społeczeństwem polskim poza czynnikami indywidualnymi (sprawność organizmu), prawnymi, poziomem ekonomicznym kraju, kierunkiem polityki społecznej, wpływają dominujące w społeczeństwie nastawienia i zachowania wobec tej grupy mniejszościowej [17]. Badacze, także same osoby niepełnosprawne, wskazują, iż czynnikiem sprawczym problemów, utrudnień i ograniczeń, z jakimi borykają się na co dzień, nie są jedynie ograniczenia fizyczne lub psychiczne, lecz reakcje społeczne na ich niepełnosprawność. Postrzegane odchylenia od normy, dysfunkcje, defekty wywołują określone reakcje, które mogą się wyrażać w następujący sposób: „powstawianiem stereotypów na temat osób niepełnosprawnych; stygmatyzowanie osób posiadającą określoną cechę niezgodną z normą; konkretnymi postawami wobec tych osób” [18].

W literaturze przedmiotu funkcjonuje kilka systematyzacji postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, ale najczęściej wymienia się dwie skrajne postawy, które traktuje się zarazem jako formy zachowania wobec osób z niepełnosprawnością: pozytywną – akceptującą oraz negatywną – odrzucającą.

Badając postawy wobec osób niepełnosprawnych, należy brać pod uwagę trzy kryteria: żywione uczucia wobec osoby niepełnosprawnej, nastawienia poznawcze i zachowania społeczne. Postawę negatywną charakteryzują uczucia litości, zbytnej troskliwości, ciekawości, patrzenie na osobę niepełnosprawną tylko przez pryzmat jej ograniczeń wynikających z kalectwa, błędna ocena i pomniejszanie możliwości osób niepełnosprawnych, przecenianie brzydoty kalectwa, aż do wstrętu i odrzucenia, izolowanie niepełnosprawnych od innych ludzi, sprzeciw lub niechęć wobec ich udziału w kontaktach społecznych, uczucia niewygody, zakłopotania, lęku w ich obecności. Postawa pozytywna cechuje się obiektywną i realną oceną możliwości, jak i ograniczeń osób niepełnosprawnych, ich społeczną akceptacją na równi z innymi; w aspekcie poznawczym, chęcią poznania człowieka, a nie wyłącznie jego inwalidztwa, znajomością jego potrzeb, obiektywnym dostrzeganiem zalet, osiągnięć i możliwości; w zachowaniu społecznym cechuje się odrzuceniem izolacji, naturalnym i życzliwym kontaktem, gotowością i chęcią do współpracy, przyznawaniem im praw do uczestnictwa i pełnienia różnych ról społecznych, akceptacją, otwartością na różne formy integrowania ich w społeczeństwie [3].

Nieco odmienną klasyfikację postaw wobec niepełnospraw-

nych przedstawiła Larkowa. Wyróżniła ona trzy rodzaje: postawy pozytywne, negatywne i pośrednie, niezdecydowane, a w każdej z nich scharakteryzowała komponenty: poznawczy, uczuciowy i wolicjonalny.

Postawę pozytywną charakteryzuje:

- 1) *postawa intelektualna*: w wymiarze poznawczym postawy jej podmiot porównuje jednostkę (przedmiot postawy) z przyjętymi standardami, wzorami i dokonuje wartościującej oceny – występuje pozytywna ocena wartości inwalidów;
- 2) *postawa uczuciowa*: komponent emocjonalny postawy ma znak dodatni lub ujemny i wiąże się z przyjemnymi lub przykrymi uczuciami wobec obiektu postawy – występuje życzliwość i sympatia wobec osoby niepełnosprawnej;
- 3) *postawa wolicjonalna*: składnik ten ukierunkowuje działanie jednostki „do” lub „od” przedmiotu postawy – występuje akceptacja kontaktów, chęć utrzymania kontaktów.

Postawę negatywną charakteryzuje:

- 1) *postawa intelektualna*: ujemna ocena cech osoby niepełnosprawnej;
- 2) *postawa uczuciowa*: niechęć do inwalidów, do widoku inwalidztwa;
- 3) *postawa wolicjonalna*: chęć unikania kontaktu z inwalidami, widoku uszkodzonego ciała.

Postawy pośrednie niezdecydowane:

- 1) *postawa intelektualna*: ciekawość i zainteresowanie (częściowo pozytywna i negatywna ocena cech inwalidy);
- 2) *postawa uczuciowa*: współczucie (postawa pozytywna – jako wyraz normalnej grzeczności), litość (nadaje postawie charakter negatywny; same osoby niepełnosprawne tak ją odczuwają);
- 3) *postawa wolicjonalna*: chęć niesienia pomocy, obserwowania.

Należy zaznaczyć, że ważniejsze od werbalnych deklaracji wyrażanych publicznie są postawy rzeczywiste, prywatne. Deklaracje składane publicznie mają częściej charakter pozytywny, mogą być determinowane przez oczekiwania społeczne, czyli obowiązujące normy określające akceptowane społecznie zachowania (postawy) wobec osób niepełnosprawnych, za których złamanie jednostkę spotyka negatywna ocena społeczna (sankcja). Dlatego też, w rzeczywistości, te niezwerbalizowane postawy są częściej nieprzychylnie lub wrogie [19].

POSTAWY WOBEC CHORYCH PSYCHICZNIE

Z danych opublikowanych w 2008 r. wynika, że w krajach unijnych liczba osób potrzebujących pomocy psychiatrycznej sięga około 11% ludności [20]. W Polsce w 2006 r. w placówkach psychiatrycznych leczono około 1,5 mln osób, tj. około 4% ludności. Kilkakrotnie mniejsza liczba dla Polski może być wynikiem ograniczonej dostępności pomocy psychiatrycznej, ale także braku gotowości do korzystania z niej. Brak gotowości może z kolei wynikać z lekceważącego stosunku Polaków do osób chorych psychicznie, które raczej narażone są na wykluczenie niż współczucie [21]. Badania z 2012 r. pokazują jednocześnie, że tylko 46% badanych zwróciłoby się do lekarza psychiatry, gdyby podejrzewali, że ktoś bliski jest chorym psychicznie [22]. Jednocześnie co trzeci badany (29%) deklaruje, że obawia się chorób psychicznych. Zagrożenie to znacznie częściej odczuwają respondenci mający wysoką pozycję społeczną (przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji, pracownicy umysłowi niższego szczebla) niż pozostali pracujący. Częściej boją się ich także kobiety niż mężczyźni (którzy bardziej niż chorób psychicznych obawiają się AIDS) [21].

Zdaniem ankietowanych, bezpośredni kontakt z osobą psychicznie chorą wywołuje współczucie połączone z zakłopotaniem, ale także bezradność, strach i litość. Do rzadkich reakcji należą zaciekawienie oraz obojętność. Sporadycznie występują zarówno takie postawy, jak okazywanie szacunku osobom chorym, jak również skrajnie negatywne: odraza, pogarda czy złość.

Z badań CBOS-u wynika, że 61% respondentów spotyka się z pejoratywnymi określeniami osób chorych psychicznie. 25% badanych przytacza określenia opisowe, neutralne, a tylko 4% – określenia pozytywne, wyrażające zrozumienie i współczucie.

Chociaż pejoratywne określenia osób niepełnosprawnych psychicznie występują we wszystkich grupach społeczno-demograficznych, to zaznacza się wyraźny wzrost określeń pejoratywnych w grupach o niższym wykształceniu i dochodach oraz u osób o mniejszym zaangażowaniu w praktyki religijne [23]. Taka charakterystyka osób z zaburzeniami psychicznymi odzwierciedla tendencję do wykluczania poza krąg społeczeństwa uznanego za pełnoprawnych użytkowników życia społecznego. Bez względu na cechy społeczno-demograficzne Polacy uważają, że choroby psychiczne przynoszą wstyd chorym i najbliższym, dlatego choroba jest ukrywana przed innymi. Choroba psychiczna uruchamia proces napiętnowania dotkniętej nią osoby, a procesowi temu towarzyszą społeczne naznaczanie, dystansowanie się, a w końcu – dyskryminacja.

Wskaźnikiem dystansu społecznego są odpowiedzi na pytania, w których respondent wyobraża sobie, jaką rolę społeczną mógłby pełnić w środowisku społecznym osoba, która leczyła się w szpitalu psychiatrycznym.

Większość badanych zgodziłaby się, aby ich sąsiadem został pacjent szpitala psychiatrycznego, połowa, aby był ich współlokatorem na wczasach. Ale już 58% jest przeciwna, aby osoba leczona została ich synową czy zięciem lub szefem w pracy. Prawie dwie trzecie nie wyobraża sobie takiej osoby w roli nauczyciela lub proboszcza. Jeszcze większy sprzeciw budzi powierzenie byłemu pacjentowi szpitala psychiatrycznego funkcji wiążącej się z odpowiedzialnością za innych (dotyczy to zarówno funkcji politycznych związanych z władzą samorządową, jak i z funkcją lekarza). Ponad 80% badanych Polaków nie powierzyłoby swoich dzieci pod opiekę takich osób.

Prawidłowość ta odnotowana została we wszystkich grupach społeczno-zawodowych. Postawy dystansu są mocno skorelowane z opinią na temat uleczalności chorób psychicznych. Osoby przekonane o nieuleczalności chorób psychicznych są przeciwnie do powierzenia byłym pacjentom praktycznie każdej roli społecznej, wymienionej w badaniu CBOS-u. Niewiara w uleczalność choroby podważa zaufanie do osób leczonych w szpitalu psychiatrycznym. Sprzeciw wobec powierzenia niektórym ról społecznych byłym pacjentom wyrażają ankietowani, dla których choroba jest sprawą wstydliwą.

PODSUMOWANIE

Niewłaściwe reakcje społeczne w stosunku do osób z niepełnosprawnością są determinowane przez rozmaite czynniki. Mogą być skutkiem lęku przed odmiennością, obaw przed niesamodzielnością i uzależnieniem osób niepełnosprawnych od otoczenia, braku wiedzy i doświadczeń osobistych z niepełnosprawnymi, nieumiejętności zachowania się w ich towarzystwie. „Mogą wiązać się także z rozpowszechnianiem często krzywdzących stereotypów i obiegowych określeń przypisyju-

cych im pewne cechy osobiste lub niewłaściwie przedstawiających ich trudności i szanse życiowe” [17].

W naukach społecznych zwykło się przyjmować, iż na kształtowanie się postaw jednostki do otoczenia społecznego szczególnie odgrywa zakres jej bezpośrednich doświadczeń. Człowiek przez kontakt bezpośredni z przedmiotem postawy kształtuje sobie o nim przekonania, stosunek emocjonalny, również dyspozycję do zachowania się wobec niego. Gdy jednostka nie ma doświadczeń własnych z przedmiotem postawy, wówczas brak wiedzy na temat danej kategorii rekompensuje przyswajając wiedzę pośrednio, również w formie stereotypów.

Udział stereotypu (poznawczy składnik postawy) oraz silnych uprzedzeń (komponent emocjonalny) w kształtowaniu się postaw wobec osób niepełnosprawnych jest niestety znaczny [24]. Treść przekonań stereotypowych często bazuje na myśleniu potocznym, może ona być pozytywna lub negatywna, dotyczy jakiejś odmiennej cechy, zazwyczaj łatwo obserwowalnej, która następnie podlega niekontrolowanej i nieuprzedzonej generalizacji (uogólnieniu) na osoby podobne (grupę, kategorię społeczną), tj. na podstawie kilku wzorcowych interakcji z osobami niepełnosprawnymi zdobywam wiedzę o „egzemplarzach” tej kategorii społecznej, kształtuje przekonanie o całej grupie [25].

Szczególną rolę w kształtowaniu się postaw sprawnej większości wobec osób z odchyleniami od normy przypisuje się wiedzy i doświadczeniom osobistym. Na przykład A. Sękowski, badając postawy wobec osób niepełnosprawnych, spośród kilku wymienia m.in. wiedzę oraz kontakty jako istotne formy oddziaływań modyfikujących postawy rówieśników wobec uczniów niepełnosprawnych [3].

Wyniki badań wskazują, że osoby mające częstszy kontakt z osobami niepełnosprawnymi charakteryzują się bardziej pozytywnymi postawami wobec nich [19]. Postawy badanych, które nie znały osób niepełnosprawnych, niewiele wiedziały na ich temat i nie miały z nimi kontaktów, częściej miały charakter niezdecydowany, natomiast postawy zdecydowanie negatywne występowały znacznie rzadziej [3].

Czynnikami sprzyjającymi akceptacji oraz deklarowaniu gotowości niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym są również takie zmienne społeczno-demograficzne, jak: płeć, wiek, religijność. Postawy osób młodszych (uczniów, studentów) i kobiet mają częściej charakter pozytywny [26]. Wśród czynników współokreślających (determinujących) społeczne nastawienia wobec osób niepełnosprawnych znajdują się również czynniki osobowościowe, tj. przypisywana społecznie ranga takim wartościom, jak: zdrowie, harmonia ciała, sprawność fizyczna i umysłowa, piękno fizyczne, ostatnio również sukces, produktywność, zamożność [27]. Bogumiła Witkowska, badająca postawy społeczne wobec osób chorych psychicznie, stwierdziła, że osoby preferujące wartości moralne, religijne, społeczne, a także artystyczno-etyczne, nad wartości ekonomiczne, prestiżowe, mają bardziej pozytywny stosunek do osób z zaburzeniami psychicznymi [28].

BIBLIOGRAFIA

- Kopaliński W. *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, wersja elektroniczna: <http://www.slownik-online.pl>.
- Kireno J. *W stronę społecznego modelu niepełnosprawności*. W: Pałak Z, red. *Pedagogika specjalna w reformowanym ustroju edukacyjnym*. Lublin 2001.
- Sękowski EA. *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin 1994.
- Kireno J. *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Lublin 2008.
- Kowalik S. *Psychospołeczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik Akademicki*. Gdańsk 2000.
- Ostrowska A. *Niepełnosprawność*. W: Bokszański Z, Domański H, red. *Encyklopedia socjologii*, T. 2, K-N. Warszawa: Oficyna Naukowa; 1999.
- Grzegorzewska M. *Pedagogika specjalna. Skrypt wykładów*. Warszawa 1968, cyt. za: Sękowska Z. *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa 1998.
- Sękowska Z. *Postawy wobec niepełnosprawnych*. W: Kornas-Biela D, red. *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie*. Lublin 1985.
- Dykcik W. *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki*. W: Dykcik W, red. *Pedagogika specjalna*. Poznań 2006.
- Mądrzycki T. *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa 1973.
- Marody M. *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy*. Warszawa 1976.
- Nowak S. *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*. W: Nowak S, red. *Teorie postaw*. Warszawa 1973.
- Barlak M. *System wartości maturzystów końca XX wieku i ich postawy wobec osób niepełnosprawnych*. Warszawa 2006.

14. Gazdulska M. *Postawy społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnościami w ujęciu historycznym i współczesnym*, wersja elektroniczna: <http://seminare.pl/25/21-Gazdulska.pdf>.
15. Monitor Polski z 1997 r., nr 50, poz. 475.
16. Marszałek L. Społeczny kontekst niepełnosprawności. *Seminare* 2007; 24.
17. Ostrowska A. *Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych*. W: Gustavson A, Zakrzewska-Manterys E, red. *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*. Warszawa 1997.
18. Krawczyńska-Burtym Z. *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice 1998.
19. Larkowa H. *Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy*. W: Hulek A, red. *Pedagogika rewalidacyjna*. Warszawa 1998.
20. European Pact for Mental Health and Well-being. Bruksela, 13 czerwca 2008.
21. CBOS, komunikat: *Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego*. 2008.
22. CBOS, komunikat: *Zdrowie psychiczne Polaków*. październik 2012.
23. CBOS komunikat: *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie*. 2005.
24. Buchnat M. Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych. *Nasze Forum. Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny* 2008; 1-2(29-30).
25. Miluska J. *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację. Uwarunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne*. Poznań 2008.
26. CBOS, komunikat: *Postawy wobec osób niepełnosprawnych*. 2000, 2007.
27. Chodkowska M. *Kobieta niepełnosprawna. Socjologiczne problemy postaw*. Lublin 1993.
28. Witkowska B. Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. *Przegląd Psychologiczny* 2001; 44(2).

Adres do korespondencji:

Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata
Zakład Socjologii Ogólnej
Instytut Socjologii
Uniwersytet Wrocławski
ul. Koszarowa 3
51-149 Wrocław
Tel. 71 37 55 108

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.10.2012 r.

Po recenzji: 28.10.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 30.10.2012 r.

BEZDOMNOŚĆ JAKO ISTOTNY CZYNNIK WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO

Homelessness as an important agent of social exclusion

Joanna Rosińczuk-Tonderys, Justyna Bazan, Marta Sarnowska, Małgorzata Kaciuban, Katarzyna Dudziak, Ireneusz Calkosiński

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

adres do korespondencji: justyna.bazan@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Problem bezdomności przez wiele lat był pomijany i marginalizowany. Bezdomność w Polsce dotyka nawet 300 000 osób. Do przyczyn bezdomności można zaliczyć: bezrobocie, narastającą falę eksmisji, niedostosowanie rynku mieszkaniowego do potrzeb ludzi o niskim statusie ekonomicznym. Ponadto przyczyn bezdomności można dopatrywać się w zmianach społeczno-ekonomicznych w Polsce na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego stulecia, likwidacji Państwowych Gospodarstw Rolnych, hoteli robotniczych i zakładów przemysłowych, która pozbawiła pracy i miejsca zamieszkania tysiące ludzi, głównie mieszkańców wsi. W równie trudnej sytuacji znajdują się wychowankowie domów dziecka, więźniowie przebywający w zakładach penitencjarnych, uchodźcy czy repatrianci. Do przyczyn bezdomności można zaliczyć niestrawne więzi rodzinne, mające wpływ na funkcjonowanie w społeczeństwie; brak umiejętności pozyskiwania pracy, trudności w pozyskiwaniu środków na życie; nadużywanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Wykluczenie społeczne osób bezdomnych spowodowane jest postrzeganiem ich jako odrębnej grupy społecznej ze względu na utarte stereotypy oraz dzielące je różnice. Wynika to z braku zdolności poznawczych, dzięki którym moglibyśmy reagować w różny sposób na pojedynczą osobę. Celem tej pracy jest przybliżenie społeczeństwu problemu bezdomności oraz uświadomienie skali występowania tego zjawiska

SŁOWA KLUCZOWE: bezdomność, osoba bezdomna, przyczyny bezdomności, OUN, pierwszy układ sygnalizacyjny.

SUMMARY

The problem of homelessness for many years has been ignored and marginalized. Homelessness in Poland applies even 300 000 people. Among the causes for homelessness may include unemployment, a growing wave of evictions, not adjusting of the housing market to the needs of people with low economic status. In addition, the causes of homelessness can be sought in the socio-economic changes in Poland at the turn of 80's and 90's, the liquidation of State Agricultural Farm, workers hotel and industrial plants, which deprived of work and place of residence thousands of people, mostly residents of the village. In a difficult situation are also juveniles from orphanages, prisoners residing in penal institutions, refugees and returnees. To the causes of homelessness may include unstable family relationships, which affect the functioning in the society, lack of ability to get a job, difficulties in raising funds for life, abuse of alcohol and other psychoactive substances. Social exclusion of homeless people is caused by perception their as a distinct social group because of the stereotypes and their differences. This results from the absence of cognitive skills, through which we can react differently to the individual person. The aim of this work is to present public awareness of the problem of homelessness and the scale of these phenomenon.

Key words: homelessness, homeless person, reasons of homelessness, CNS, first signaling system.

PRZYCZYNY BEZDOMNOŚCI

Bezdomność jest problemem wielopaństwowym, niechcianym, wstydlivym, aczkolwiek występującym na całym świecie, we wszystkich państwach niezależnie od pozycji ekonomicznej, ustroju politycznego oraz poziomu opieki zdrowotnej. W latach 80. ubiegłego stulecia (okres ostrej cenzury) problem bezdomności w Polsce „nie istniał”. Ideologia socjalizmu nie pozwalała na jawność tego problemu, gdyż zgodnie z założeniami socjalizmu zaspokajały wszystkie potrzeby, wszystkich obywateli Polski Ludowej [1]. Problem przez wiele lat był pomijany i marginalizowany. Na przełomie lat 80. i 90. doszło do zmian społeczno-ekonomicznych w Polsce oraz urynkwienia gospodarki, co pociągało za sobą upadek dotychczasowej ekonomii, likwidację szeregu przedsiębiorstw, jednocześnie powodując liczne zwolnienia z pracy. Ponadto doszło do zmian prawa lokalowego, z którym wiązała się możliwość eksmisji. Skutkiem powyższych zmian, czyli utraty stałej pracy, następczych zagrożeń eksmisjami z wynajmowanych lokali i niemożności poradzenia sobie z nową sytuacją ekonomiczną, powstała grupa bezdomnych. Dopiero interwencje oddolne zmobilizowały do zarejestrowania pierwszej organizacji pozarządowej – Towarzystwa Pomocy im. Adama Chmielowskiego (dzisiejsze Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta). Obecnie bezdomnym Polakom pomaga około 100 organizacji w większości pozarządowych, m.in.: Polski Czerwony Krzyż, Caritas Polska, Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta, Monar, Polski Komitet Pomocy Społecznej, Ludzie Ludziom, Pomocna Dłoń.

Ukrywanie problemu bezdomności przez państwo polskie spowodowało w społeczeństwie utarcie się pewnych stereotypów. Zgodnie z prawem procesów grupowych, nastąpiła kategoryzacja, co wpłynęło na postrzeganie bezdomnych jako odrębnej grupy społecznej (nie naszej) i uwidatniło wszelkie różnice między tymi grupami. W rezultacie sprowadziło się to do asymilacji i postrzegania człowieka „nie naszej grupy”, jako bardziej odmiennego niż jest w rzeczywistości. Wynika to z braku zdolności poznawczych, dzięki którym moglibyśmy reagować w różny sposób na pojedynczą osobę. Przy tych założeniach, spotykając obcą osobę, postrzegamy ją stereotypowo przypisując jej cechy, które uważamy za wspólne dla wszystkich członków tej grupy. Kategoryzacja prowadzi do dyskryminacji nie naszej grupy [2].

Zdefiniowanie przyczyn bezdomności jest problematyczne. Opinia społeczeństwa na temat przyczyn bezdomności jest jednoznaczna – bezdomnym się staje, bo dokonuje się takiego wyboru. Jest to podejście laickie, ugruntowane stereotypami i brakiem wiedzy na temat skali tego zjawiska. Według M. Porowskiego trudno jest dociec, co jest przyczyną, a co skutkiem bezdomności [3]. Bezdomnym nie zostaje się z dnia na dzień, jest to proces długofalowy, na którego wpływ ma podatność jednostki na działanie czynników zewnętrznych oraz wewnętrznych. A. Przemyński uważa, że należałoby analizować przyczyny zjawiska bezdomności na poziomie mikro- i makrospołecznym [4]. Do uwarunkowań makrospołecznych możemy zaliczyć: rynek pracy (a w tym bezrobocie), narastającą falę eksmisji i wymel-

dowań, niedostosowanie rynku mieszkaniowego do potrzeb ludzi o niskim statusie ekonomicznym. W żadnej z publikacji mówiących o przyczynach makro- i mikrospołecznych nie odnaleziono przyczyn bezdomności spowodowanej poprzednim systemem rządzenia, który ubezwłasnowolniał, ograniczał samodzielne myślenie, kreatywność i indywidualizm. Analizując liczbę osób bezdomnych w różnym wieku, można spostrzec ogromną dysproporcję między grupą wiekową 41–60 lat (8052 osoby) a pozostałymi grupami wiekowymi: 19–40 lat (3308 osób), 61–74 lata (2576 osób) oraz osoby powyżej 75. roku życia (431) [5]. Grupa wiekowa 41–60 lat narodziła się i wychowała w systemie socjalistycznym. W wieku 20–40 lat zderzyła się z wolnością i samodzielnością, do której nie była w żaden sposób przystosowana. Do lat 90. ubiegłego wieku to państwo decydowało o dostępności do pewnych dóbr, takich jak: wakacje, samochód, zamieszkanie. Państwo zapewniało jedzenie, dach nad głową i bezpłatną opiekę medyczną. Przyczyn bezdomności można dopatrywać się w zmianach ekonomiczno-społecznych w Polsce na przełomie lat 80. i 90. Likwidacja Państwowych Gospodarstw Rolnych, hoteli robotniczych oraz zakładów przemysłowych pozbawiła pracy i miejsca zamieszkania tysiące ludzi. W równie trudnej sytuacji znajdują się wychowankowie domów dziecka, którzy po osiągnięciu dojrzałości muszą opuścić instytucję, która ich wychowała. Ponieważ rodzina jest komórką społeczną spełniającą funkcję wychowawczą, emocjonalną i opiekuńczą, to wychowanków domów dziecka można potraktować jak dzieci wywodzące się z dysfunkcyjnych rodzin, a to według J. Śledzianowskiego jest jednym z głównych uwarunkowań przyczyniających się do czyjejś bezdomności [6].

Można również wymienić więźniów przebywających w zakładach penitencjarnych, niejednokrotnie nie mających dokąd wrócić po odbyciu kary.

Zauważalna jest duża niechęć pracodawców do zatrudniania osób pochodzących z tej grupy społecznej, co wiąże się z ograniczeniem środków do życia i jest przyczyną wykluczenia społecznego [7]. Warto wspomnieć o ośrodkach recepcyjnych dla uchodźców, których w Polsce jest 16. Obcokrajowiec ma zapewnioną opiekę w tych ośrodkach przez miesiąc, a potem bardzo często ludzie ci trafiają na ulicę [8].

Repatrianci są następną grupą potencjalnych bezdomnych. Po powrocie do ojczystej ziemi, otrzymują niewielkie wsparcie ze strony państwa, często przy odrobinie szczęścia są umieszczani w lokach nie spełniających standardów mieszkaniowych [9].

Również narastającym problemem przyczyniającym się do powiększania grupy osób bezdomnych są eksmisje. W statysty-

kach Ministerstwa Sprawiedliwości figurują następujące dane dotyczące eksmisji w 2004 roku:

- eksmisje kodeksowe z lokali użytkowych: 824 wydanych, 802 wykonanych, 325 pozostało do wykonania,
- eksmisje kodeksowe: 33 976 wydanych, 33 872 wykonanych, 16 878 oczekujących na wykonanie,
- eksmisje administracyjne: 7181 wydanych, 8045 wykonanych, 10 656 oczekujących na wykonanie,
- eksmisje na bruk: 4359 wydanych, 5264 wykonanych, 7137 oczekujących na wykonanie [10].

Do przyczyn mikrospołecznych można zaliczyć nietrwale więzi rodzinne, które mają wpływ na relacje społeczne; brak umiejętności poruszania się na rynku pracy, a co jest z tym związane – trudności w pozyskiwaniu środków na utrzymanie, styl życia, do którego należałoby zaliczyć nadużywanie alkoholu i innych środków psychoaktywnych.

Jakość życia osób bezdomnych w porównaniu z jakością życia ludzi o podobnym wykształceniu, ale niebędących w stanie bezdomności wykazuje zaburzenia zachowań psychospołecznych. Tryb życia, jaki prowadzą bezdomni umożliwia przeżycie poniżej najniższego standardu życiowego niewiążącego się z żadnymi perspektywami polepszenia jakości bytu z powodu braku motywacji i wyższych doznań emocjonalnych i estetycznych.

Zaobserwowane zachowania cechujące badaną grupę bezdomnych miały najwyraźniej związek z zaburzeniem stanów emocjonalnych wyższych czynności ośrodkowego układu nerwowego (OUN) związanych z rozwojem drugiego układu sygnalizacyjnego, czyli: czytania ze zrozumieniem, myśleniem abstrakcyjnym, doznań estetyczno-kulturalnych, jak i zachowań społecznych. Natomiast dominującą rolę odgrywa pierwszy układ sygnalizacyjny, który zabezpiecza zachowanie czynności życiowych i prostych stanów emocjonalnych, takich jak: ból, agresja, lęk i zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych. Ma to związek z możliwościami przystosowawczymi organizmu doprowadzającymi do adaptacji patologicznej, czyli mechanizmów doprowadzających do zmian psychofizycznych, niejednokrotnie nieodwracalnych. Dlatego autorzy uważają, że Program Wychodzenia z Bezdomności i Ośrodki Pomocy Społecznej mające pomagać bezdomnym w wyrwaniu się z marginesu społecznego i powrotu do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie nie sprawdzają się. Należy wyjść do potrzebujących, a nie czekać na nich. Rozwiązaniem mogłoby być rozpowszechnienie roli STRE-ETWORKERA, który przez swą charyzmę i empatię mógłby odgrywać rolę brakującego ogniwa między bezdomnymi a różnymi instytucjami mającymi im pomóc.

PIŚMIENNICTWO

1. Białas A. Problem bezdomności w kontekście przeobrażeń społecznych, ekonomicznych i politycznych w Polsce po roku 1989. *Auxilium Sociale — Wsparcie Społeczne* 2001; 3–4: 13–14.
2. Nowakowska A. *Społeczne postrzeganie bezdomności. Zjawisko stereotypizacji*. W: Dębski M, Stachura K, red. *Oblicza bezdomności*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 2008.
3. Porowski M. *Bezdomność – obraz zjawiska i populacja osób badanych*. W: Plich T, Lepczyk L, red. *Pedagogika społeczna*, Warszawa: Żak; 1998.
4. Przymeński A. *Bezdomność jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej*, Prace Habilitacyjne 1, Poznań: Akademia Ekonomiczna; 2001: 107.
5. <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1607> (5.03.2011).
6. Śledzianowski J. Przyczyny bezdomności spowodowane dysfunkcjonalnością rodziny. *Roczniki Naukowe Caritas* 1997; I: 57–70.
7. <http://www.mswia.gov.pl>.
8. <http://www.udsc.gov.pl/polski,,system,,opieki,,nad,,cudzoziemcami,,ubiegajacyimi,sie,o,nadanie,statusu,uchodzcy,120.html>.
9. <http://www.petersburgkg.polemb.net/index.php?document=273&phpsessid=e36c0564e52436394341411e2814824d>.
10. Wygnańska J. Dane statystyczne o bezdomności w Polsce. Raport dla Europejskiego Obserwatorium Bezdomności FEANTSA. *Pomost. Pismo Samopomocy* 2005.

Adres do korespondencji:

Mgr inż. Justyna Bazan
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784-18-27

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.10.2012 r.

Po recenzji: 20.10.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 21.10.2012 r.

I Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Problemy Współczesnego Pielęgniarstwa

18 kwietnia 2013 r., Wrocław, Polska



I-st International Conference on Problems of Contemporary Nursing

April 18th, 2013, Wrocław, Poland

SEKCJA PIELĘGNIARSTWA I TECHNIKI MEDYCZNEJ PRZY POLSKIM TOWARZYSTWIE KARDIOLOGICZNYM



O SEKCJI

Podczas IX Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Katowice 2005) odbyła się sesja dla pielęgniarek, poświęcona zagadnieniom pielęgniarstwa kardiologicznego, która była sesją założycielską Sekcji Pielęgniarstwa i Techniki Medycznej przy PTK.

Jej działalność została ukierunkowana na propagowanie profilaktyki chorób układu krążenia, tworzenie i aktualizację standardów opieki nad pacjentami leczonymi z powodu chorób układu krążenia, rozwój pielęgniarstwa jako dyscypliny naukowej.

Pielęgniarstwo, dzięki intensywnemu rozwojowi różnych dziedzin medycyny, zyskało nowy wymiar. Na całym świecie obserwuje się jego dynamiczny rozwój oraz duże zapotrzebowanie ze strony społeczeństwa na tego typu usługi. Dziś pielęgniarka to specjalista i profesjonalista w swojej dziedzinie. Działalność pielęgniarek w ramach PTK zwiększa możliwości rozwoju zawodowego, jak również dzięki współpracy z innymi Sekcjami zapewnia dostęp do najnowszej wiedzy specjalistycznej. Rzetelna wiedza i ciągłe podnoszenie swoich kwalifikacji pozwalają polskim pielęgniarkom osiągać partnerskie relacje z zespołem terapeutycznym i pacjentem, który w tym działaniu jest najważniejszy.

Spotkania międzynarodowych zespołów pielęgniarskich na konferencjach naukowych to niepowtarzalna okazja do wymiany doświadczeń, poglądów oraz zapoznania się z metodami pracy w innych krajach. Uważamy, że dzięki Sekcji taka współpraca staje efektywniejsza.

ZARZĄD SEKCJI PIELĘGNIARSTWA I TECHNIKI MEDYCZNEJ PRZY PTK

Przewodnicząca (2011–2013): mgr Zofia Kamińska

Przewodnicząca-Elekt (2013–2015): dr n. med. Izabella Uchmanowicz

Poprzednia Przewodnicząca: Renata Uchaniuk

Sekretarz: mgr Grażyna Gazda

Skarbnik: mgr Małgorzata Wolszczak

Członkowie Zarządu: mgr Irena Młynarczyk

mgr Lidia Śliwińska

Komisja Rewizyjna:

Wiesława Czaja

Barbara Sikora

Bożena Pawełczyk

ADRES:

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

Biuro Zarządu Głównego PTK

ul. Stawki 3 A lok. 1–2

00-193 Warszawa

E-mail: sptm.zarząd@gmail.com

Więcej informacji na stronie: www.sptm.org.pl

EUROPEJSKA SEKCJA PIELĘGNIARSTWA I TECHNIKI MEDYCZNEJ (CCNAP) DZIAŁAJĄCA W RAMACH EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO (ESC)

O SEKCJI

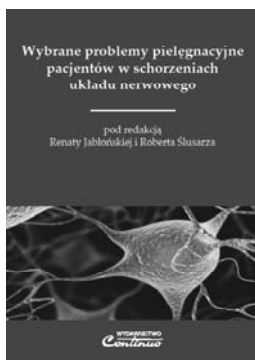
Europejska Sekcja Pielęgniarstwa i Techniki Medycznej (*Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions* – CCNAP) wydzieliła się w 2006 r. z Grupy Roboczej Pielęgniarek Kardiologicznych, która działała w strukturze Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*European Society of Cardiology* – ESC) od 1991 r. CCNAP ma za zadanie skoordynować działania i współpracę pielęgniarek kardiologicznych i innych członków kardiologicznych towarzystw naukowych, w tym także ESC, a stanowiących zespół terapeutyczny (m.in. techników medycznych, fizjoterapeutów, psychologów, rehabilitantów itd.). Pozwala na rozwijanie współpracy międzynarodowej, uczestnictwo w kursach, konferencjach, wymianę doświadczeń między poszczególnymi krajami, które mają swoich członków w CCNAP.

Główne zadania CCNAP:

- Organizowanie i promowanie badań naukowych dla pielęgniarek kardiologicznych.
- Zbieranie i wymiana informacji dotyczących badań naukowych realizowanych w ramach współpracy międzynarodowej.
- Przygotowanie i koordynowanie badań naukowych.
- Współpraca przy przygotowaniu i organizowaniu corocznego kongresu ESC.
- Organizowanie corocznej wiosennej konferencji pielęgniarek kardiologicznych.
- Współpraca przy tworzeniu publikacji w czasopiśmie medycznych i redagowanie oficjalnego czasopisma CCNAP – *European Journal of Cardiovascular Nursing*.
- Organizowanie i uczestnictwo w działalności edukacyjnej, kursach organizowanych we współpracy z ESC i European Heart House.
- Współpraca z towarzystwami naukowymi zrzeszającymi pielęgniarki kardiologiczne w poszczególnych krajach.

Więcej informacji na stronie: <http://www.escardio.org/communities/councils/CCNAP/Pages/welcome.aspx>

Wydawnictwo Continuo poleca



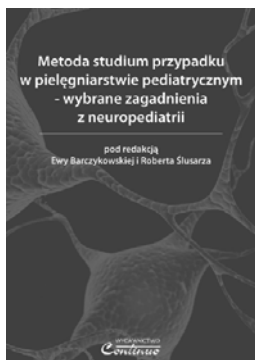
Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego pod redakcją Renaty Jabłońskiej i Roberta Ślusarza

ISBN 978-83-62182-25-1
2012, B5, s. 248
cena 44 zł

Jednostki chorobowe obejmujące nerwowy układ centralny, jak i obwodowy występują równie często, jak choroby innych układów. Dotyczy to zarówno ostrej fazy powstania choroby, jak i późniejszych powikłań. Stąd wczesna profilaktyka, leczenie ostrej fazy oraz zasady stosowanej pielęgnacji pacjentów ze schorzeniami układu nerwowego są niezmiernie ważnym elementem ratowania życia ludzkiego, zapobiegania inwalidztwu, jak i umożliwienia jak najszybszego powrotu do zdrowia.

Na tym tle rysuje się specyficzna rola pielęgniarki neurologicznej i neurochirurgicznej. Do działań przez nią realizowanych, oprócz doświadczenia, konieczna jest ogromna wiedza, ustawicznie uaktualniana, zgodnie ze zmieniającymi się standardami terapeutycznymi.

Publikacja składa się z dwóch części: neurologicznej – opisującej zagadnienia kliniczne chorób układu nerwowego leczonych zachowawczo, a w poszczególnych rozdziałach diagnozę i interwencje pielęgniarstwa, i ich uzasadnienie w odniesieniu do pacjentów po udarze mózgu, z padaczką, stwardnieniem rozsianym, chorobą Alzheimera, Parkinsona, z miastenią, stwardnieniem zanikowym bocznym i z infekcją ośrodkowego układu nerwowego oraz neurochirurgicznej – opisującej analogicznie zagadnienia kliniczne chorób układu nerwowego leczonych operacyjnie oraz problemów pielęgnacyjnych pacjentów po urazie czaszkowo-mózgowym, rdzenia mózgu, guzem mózgu, guzem kanału kręgowego, krwawieniem podpajęczynówkowym, niedomogą kręgosłupa i wodogłowiem.



Metoda studium przypadku w pielęgniarstwie pediatrycznym – wybrane zagadnienia z neuropedii

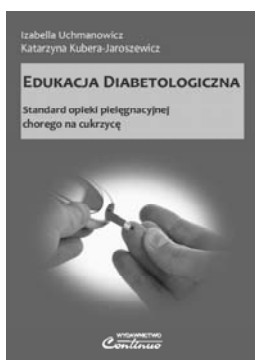
Ewa Barczykowska, Robert Ślusarz

ISBN 978-83-62182-28-2
2012, B5, 162 s.
cena 39 zł

Publikacja jest adresowana do szerokiego grona praktykujących pielęgniarek i położnych, pielęgniarek-badaczy oraz nauczycieli pielęgniarstwa.

Składają się z dwóch części. Pierwsza, ogólna, zawiera uzasadnienie zastosowania metody studium przypadku jako metody badawczej oraz opis udziału pielęgniarki w diagnozowaniu i farmakoterapii dzieci ze schorzeniami neurologicznymi. Druga, szczegółowa, w której przedstawiono za pomocą studium przypadku następujące wybrane jednostki chorobowe: alkoholowy zespół płodowy, drgawki gorączkowe u dzieci, encefalopatię niedotlenieniowo-niedokrwienią u noworodków, guz tyłnej jamy czaszki, udar niedokrwienności i zespół Guillaina-Barrégo.

Z uwagi na swoją dużą wartość merytoryczną i praktyczną przedstawione zagadnienia mogą zostać z powodzeniem wykorzystane zarówno w praktyce zawodowej, jak również w nauczaniu studentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa, a także w szkoleniu podyplomowym w zakresie pielęgniarstwa pediatrycznego, neurologicznego, neonatologicznego i rodzinnego.



Edukacja diabetologiczna Standard opieki pielęgnacyjnej chorego na cukrzycę

Izabella Uchmanowicz, Katarzyna Kubera-Jaroszewicz

ISBN 978-83-62182-22-0
2012, B5, 116 s.
cena 38 zł

Cukrzyca, zwana także dżumą XXI w., stanowi jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych współczesnej medycyny. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza liczba chorych na świecie wzrosła 6-krotnie.

Znaczące miejsce w kompleksowej terapii cukrzycy, poza głównymi formami jej leczenia (farmakoterapią, dietą, wysiłkiem fizycznym), zajmuje również edukacja. Ma ona na celu nie tylko wdrożenie chorych w samoopiekę i samokontrolę, a także przekazanie im i ich rodzinom wiedzy na temat zachowań zdrowotnych oraz przygotowanie do świadomej i efektywnej współpracy z zespołem leczącym, w którego skład wchodzi: lekarze diabetolodzy lub interniści mający doświadczenie z zakresu diabetologii, pielęgniarki przeszkolone w tym zakresie, osoby prowadzące edukację pacjentów, dietetycy, lekarze specjaliści (konsultanci), psychologowie, a także lekarze podstawowej opieki medycznej.

Właściwie przeprowadzona edukacja pozwoli pacjentowi wypracować optymalny kompromis między ograniczeniami wprowadzanymi przez chorobę a sposobem życia możliwym do zaakceptowania przez niego.

Głównym celem niniejszej publikacji było opracowanie projektu standardu opieki pielęgniarstwa realizowanej wobec pacjenta chorego na cukrzycę w odniesieniu do „Zaleceń klinicznych dotyczących postępowania u chorych na cukrzycę – 2011” opublikowanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne.

Przedstawione informacje dotyczące teoretycznych i praktycznych problemów, jakie pojawiają się w opiece nad chorym na cukrzycę, porządkują wiedzę na ten temat i wskazują jej najważniejsze elementy.