

ASCLEPIUS

Tom 2
nr 1

2022

WYDAWCA:

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

Adres wydawcy:

Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Planowania Strategicznego

ul. Kościelna 6

41-303 Dąbrowa Górnicza

e-mail: wydawnictwo@wsps.pl

ISSN 2720-3484

REDAKCJA

- dr n. o zdr. Magdalena Wichary – redaktor naczelny
- mgr Agnieszka Banasikowska – z-ca redaktora naczelnego
- mgr Karol Mazur – sekretarz redakcji
- mgr Estera Różycka – dyrektor Wydawnictwa Naukowego i Biblioteki WSPS
- mgr Aldona Sobieszek-Paluch – redakcja językowa (język angielski)

REDAKTORZY NAUKOWI

- dr n. społ. Adam Bernert – Ratownictwo Medyczne
- mgr Piotr Szwedziński – Ratownictwo Medyczne
- dr n. o zdr. Iwona Kowalska – Pielęgniarstwo
- mgr Joanna Świerczek – Pielęgniarstwo
- dr n. o zdr. Jarosław Madowicz – Zdrowie Publiczne
- dr n. med. Justyna Hasij – Zdrowie Publiczne
- dr n. med. Beata Naworska – Położnictwo, Pielęgniarstwo
- dr n. ekon. Adam Klar – Statystyka, Ekonometria

RADA NAUKOWA

- prof. dr hab. n. med. Janusz Bohosiewicz
- prof. nadz. dr hab. n. med. Andrzej S. Banyś
- prof. dr hab. n. med. Ryszard Brus
- prof. dr hab. n. med. Witold Lukas
- prof. dr hab. n. med. Czesław Marcisz
- dr hab. n. med. Rafał Młynarski
- dr hab. n. o zdr. Agnieszka Młynarska
- dr hab. n. med. Wojciech Żurawiński

DLA AUTORÓW

- Redakcja „Asclepius – Zeszytów Naukowych WSPS” przyjmuje oryginalne i niepublikowane prace naukowe oscylujące wokół tematyki zagadnień medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego, położnictwa i zdrowia publicznego.
- Warunkiem opublikowania artykułu jest pozytywna opinia recenzenta. Standardowa procedura – *double-blind review*.
- Artykuł należy przesłać na adres mailowy: k.mazur@wsps.pl
- Materiał do Redakcji należy przysyłać w formie znormalizowanego maszynopisu, tj. 1800 znaków na stronę.
- Do artykułu należy dołączyć bibliografię oraz streszczenie / abstrakt zarówno w języku polskim, jak i angielskim.

Szanowni Czytelnicy

W bieżącym numerze prezentujemy artykuły będące odzwierciedleniem aktualnych tendencji w nauce i praktyce medycznej, które przedstawiają różnorodność poglądów w wielu dyscyplinach medycznych.

Jednym z zagadnień poruszanych w czasopiśmie jest znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy wśród młodych ludzi. Temat ten staje się coraz bardziej powszechny zarówno wśród dorosłych, jak i dzieci, młodzieży. Ocena wiedzy licealistów podjęta w badaniu podkreśla rolę edukacji kształtującej postawy wobec udzielania pomocy poszkodowanym.

Obciążenia psychiczne będące odpowiedzią na pracę w dobie pandemii SARS-CoV-2 stają się realnym zagrożeniem dla personelu medycznego. Stres oraz napięcie związane z codzienną walką o życie i zdrowie pacjentów nie pozostają bez wpływu na psychikę. Artykuł stanowi próbę oceny obciążeń psychofizycznych związanych z pracą w czasie pandemii oraz ryzyka wystąpienia objawów depresji i zespołu stresu pourazowego.

Aktualny numer przybliży także problematykę związaną z funkcjonowaniem rodzin z dzieckiem ze spektrum autyzmu. Dane epidemiologiczne wyraźnie wskazują, że liczba dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu systematycznie się zwiększa. Przeprowadzone badania wskazują na potrzebę zapewnienia rodzinom, na których spoczywa obowiązek opieki i wychowania dzieci z niepełnosprawnością, wsparcia w zakresie instytucjonalnym, jak i pozainstytucjonalnym.

Kolejnym zagadnieniem jest przedstawienie istoty ostrego zespołu wieńcowego, schorzenia, które stanowi wciąż jedno z najczęstszych zagrożeń cywilizacyjnych w Polsce i na świecie. Studium przypadku pacjenta z zawałem mięśnia sercowego typu NSTEMI ma na celu przygotowanie kompleksowej opieki pielęgniarskiej i edukację personelu medycznego.

W ramach programu Erasmus+ Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego podjęła współpracę z Prešovská Univerzita v Prešove i Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Projekt ma na celu przygotowanie programu kształcenia przedmiotów praktycznych na kierunkach pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego. Stworzenie interaktywnego, wielojęzycznego podręcznika ma na celu profesjonalne kształcenie studentów i przygotowanie ich do podjęcia w przyszłości pracy zawodowej nie tylko w kraju, ale również w środowisku międzynarodowym.

dr Magdalena Wichary
Redaktor Naczelny

Spis treści

Kamil Indeka

ZNAJOMOŚĆ ZASAD UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY WŚRÓD MŁODZIEŻY SZKOŁY ŚREDNIEJ	7
--	---

Agata Słupska, Magdalena Wichary

PSYCHICZNE KOSZTY PANDEMII COVID-19 WŚRÓD PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH	39
---	----

Kamila Bubała, Piotr Gierek

O PROBLEMACH RODZIN Z DZIECKIEM ZE SPEKTRUM AUTYZMU I FORMACH POMOCY	89
---	----

Dominik Ociepa, Joanna Świerczek

POSTĘPOWANIE W ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO BEZ UNIESIENIA ODCINKA ST Z UWZGLĘDNIENIEM OPISU PRZYPADKU	109
--	-----

Karol Mazur

INFORMACJA NA TEMAT PROJEKTU ERASMUS+	129
---	-----

ZNAJOMOŚĆ ZASAD UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY WŚRÓD MŁODZIEŻY SZKOŁY ŚREDNIEJ

Kamil Indeka

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

Beskidzka Grupa GOPR

kamind97@gmail.com

THE KNOWLEDGE OF FIRST AID RULES AMONGST SECONDARY SCHOOL STUDENTS

INTRODUCTION

Anyone may find themselves in a life-threatening situation – in such an event – they are entitled to receive a fast, professional assistance. However, qualified medical personnel cannot always reach the person in need to provide such help in a very short time. The behaviour of witnesses present at the scene is substantial and complementary to their actions. Their seemingly irrelevant and simple actions are of great importance for the chances of survival and recovery with possibly the least damage to the health of the injured person. First aid education is becoming more and more common and accessible for both, young and elderly people. There are workshops held at many family events, organised by the local authorities as extracurricular activities for children and teenagers, at workplaces, and as

WPROWADZENIE

Każdy może znaleźć się w sytuacji, kiedy jego życie jest zagrożone. Wszyscy mają prawo do szybkiej, fachowej pomocy ze strony specjalistów. Specjalistyczna pomoc udzielana przez wykwalifikowany personel medyczny nie zawsze ma możliwość dotarcia do potrzebującego w bardzo krótkim czasie. Istotnym dopełnieniem ich działań jest właściwe zachowanie się świadków będących na miejscu wypadku. Niepozorne i proste działania osób znajdujących się przy poszkodowanym mają ogromne znaczenie dla szans na przeżycie i powrót do zdrowia, z jak najmniejszym uszczerbkiem zdrowotnym, osoby znajdującej się w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Nauka pierwszej pomocy staje się coraz bardziej powszechna i dostępna zarówno dla osób młodych, jak i starszych. Warsztaty z udzielania pierwszej pomocy

mandatory activities for students at schools. During these seminars, each student has to complete the curriculum concerning the first aid rules. The way in which such classes are conducted varies – depending on the school – however it should result in the students becoming familiar with the essentials of first aid, and what is more – the acquired knowledge ought to become consolidated enough to use it – if such a need arises. Hence the main point of this article being students' knowledge of first aid rules.

Keywords: first aid, teaching first aid.

odbywają się na wielu piknikach rodzinnych, imprezach organizowanych przez miasta, w ramach zajęć pozaszkolnych dla dzieci i młodzieży, w zakładach pracy oraz jako temat obowiązkowy do zrealizowania przez uczniów w szkołach. W trakcie nauki każdy uczeń ma do zrealizowania temat z zasad udzielania pierwszej pomocy. Sposób, w jaki prowadzone są zajęcia w poszczególnych szkołach jest różny, jednak powinien skutkować zaznajomieniem uczniów z podstawami pierwszej pomocy i utrwalic tę wiedzę na tyle, aby mogli używać jej, gdy zajdzie taka potrzeba. Znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy przez uczniów III Liceum Ogólnokształcącego w Pszczynie jest główną problematyką tego artykułu.

Słowa kluczowe: pierwsza pomoc, nauczanie pierwszej pomocy.

HISTORIA I ZAŁOŻENIA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Pierwsze próby zapewnienia opieki rannym podczas bitwy zostały podjęte podczas wojen napoleońskich. Napoleoński lekarz Dominique Larrey organizował pomoc rannym na polu bitwy. Podczas wojny secesyjnej specjalnie przeszkoleni żołnierze nieśli pomoc rannym bezpośrednio na arenie walki. Poprawa umiejętności i wiedzy lekarzy polowych oraz plany ewakuacji poszkodowanych sprawiły, że podczas I i II wojny światowej zwiększyła się przeżywalność rannych. Cywilna służba ratownictwa medycznego powstała z końcem XIX w. w Stanach Zjednoczonych. Miasta takie jak Nowy Jork czy Cincinnati wprowadziły transportujące pacjentów służby w formie konnych ambulansów. Rozwój EMS (*Emergency Medical Services*) nastąpił w połowie XX w., kiedy podzielił się on na dwa modele: model cywilny i wojskowy.

Model wojskowy powstał na podstawie doświadczeń wojennych w Wietnamie i Korei, a jego głównym założeniem była szybka ewakuacja i terapia urazowa. Model ten został wykorzystany później w systemie cywilnym podczas pomocy osobom rannym w wypadkach na drogach. Model cywilny głównie skupiał się na niesieniu pomocy osobom potrzebującym pomocy lekarskiej, włącznie z osobami z zawałem serca oraz wymagającymi prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u osób z zatrzymaniem krążenia¹. W sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia każdy ma prawo do otrzymania specjalistycznej pomocy. Aby zapewnić najwyższy standard niesienia pomocy wykształtowała się nowa dyscyplina medyczna. Medycyna ratunkowa zaczęła się intensywnie rozwijać ponad 40 lat temu w krajach wysoko rozwiniętych, takich jak Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Kanada.

Charakterystyczną cechą medycyny ratunkowej jest ciągła gotowość zespołów do podejmowania działań mających na celu ustabilizowanie pacjenta, którego życie jest zagrożone². Specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego podejmują działania niezależnie od czasu i miejsca, w jakim znajduje się potrzebujący. Cechą wyróżniającą zespoły działające w takich warunkach jest zdolność do podejmowania decyzji terapeutycznych, z ograniczoną możliwością specjalistycznej diagnostyki i w krótkim czasie, bezpośrednio na miejscu zdarzenia. Na terenie Polski, w celu zapewnienia pomocy osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia i zdrowia, państwo stworzyło system Państwowego Ratownictwa Medycznego. W ramach wypracowanego programu działają jednostki systemu i organy administracyjne właściwe w zakresie działań systemu oraz dyspozytornie medyczne. Do jednostek PRM zalicza się szpitalne oddziały ratunkowe, zespoły ratownictwa medycznego oraz wchodzące w jego skład lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Z systemem współpracują również centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń, niezbędne do funkcjonowania ratownictwa medycznego³.

¹ S.H. Plantz, E.J. Wipfler, *Medycyna ratunkowa*, Wrocław 2015, s. 821.

² A. Zawadzki, *Medycyna ratunkowa i katastrof*, Warszawa 2007, s. 365.

³ Dz. U. 2006 Nr 191, poz. 1410, ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, s. 1-4.

AKTY PRAWNE DOTYCZĄCE PIERWSZEJ POMOCY

Pierwsza pomoc w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym definiowana jest jako: „zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych”. Ustawa ta określa i definiuje wszystkie sprawy związane z systemem, określa ona również, kto zobowiązany jest do udzielania pierwszej pomocy, o czym mowa jest w artykule 4. Artykuł ten brzmi: „Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”⁴. Zapis ten jest na tyle ważny, że wymaga podkreślenia i wyjaśnienia jego znaczenia. Ustawodawca nakłada na każdego obowiązek udzielania pierwszej pomocy, na tyle na ile jest on w stanie to zrobić, co oznacza, że wezwanie specjalistycznych służb ratunkowych jest również udzieleniem odpowiedniej pomocy. Ustawodawca daje nam ochronę przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych w trakcie udzielania pierwszej pomocy oraz umożliwia nam poświęcenie dóbr osobistych innej osoby, z wyłączeniem życia i zdrowia, oraz dóbr majątkowych niezbędnych w celu ratowania życia lub zdrowia. Oznacza to, że mamy możliwość poświęcenia dóbr materialnych, np. odzieży osoby poszkodowanej, w celu ratowania życia i zdrowia poszkodowanego⁵.

ZASADY UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY

W celu usystematyzowania aktualnej wiedzy, a także podkreślenia prawidłowych i najbardziej skutecznych technik udzielania pierwszej pomocy, odpowiednie organizacje wydają konkretne wytyczne dotyczące zasad jej udzielania. W Europie zajmuje się tym Europejska Rada Resuscytacji (ERC – *European Resuscitation Council*), zaś tłumaczeniem i wykonywaniem postanowień jej komitetu wykonawczego w Polsce zajmuje się Polska Rada

⁴ Dz. U. 2006 Nr 191, poz. 1410, ustawa..., s. 4.

⁵ Tamże, s. 5.

Resuscytacji. ERC co pięć lat wydaje wytyczne, określające najskuteczniejsze, według aktualnej wiedzy naukowej, zasady prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej dzieci i dorosłych oraz używania zautomatyzowanych defibrylatorów zewnętrznych (AED – *automated external defibrillator*). W dokumencie znajdują się również opisy postępowania w zaawansowanych zabiegach resuscytacyjnych u dzieci i dorosłych, sytuacjach szczególnych podczas zatrzymania krążenia, opiece poresuscytacyjnej, resuscytacji i okresie adaptacji noworodka, we wstępnym postępowaniu w ostrych zespołach wieńcowych i pierwszej pomocy, a także rozdziały poświęcone etyce i nauczaniu pierwszej pomocy⁶. Podobnym dokumentem są wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA – *American Heart Association*). Organizacja ta publikuje, między innymi, wytyczne dotyczące zasad prowadzenia podstawowych zabiegów resuscytacyjnych. Porównując oba teksty znajdziemy pewne różnice w wykonywaniu niektórych zabiegów, jednakże zdecydowana większość zapisów pokrywa się⁷.

Mówiąc o pierwszej pomocy najczęściej mamy na myśli pomoc osobie z nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK). Z powodu nagłego zatrzymania krążenia rocznie, w krajach europejskich, umiera około 700 tys. osób. NZK to ustanie czynności mechanicznej serca jako pompy lub jej znaczne upośledzenie. Cechuje się brakiem tętna, oddechu lub oddechem agonalnym, a także brakiem reakcji poszkodowanego⁸. W momencie zatrzymania krążenia tlen nie jest dostarczany do komórek organizmu, co skutkuje ich obumieraniem. Niedostateczna perfuzja mózgowa powoduje po 3-4 minutach od wystąpienia niedotlenienia komórki jej degradację, co w przypadku ośrodka oddechowego prowadzi do zatrzymania oddechu i śmierci. Do zatrzymania krążenia może dojść również z przyczyny upośledzenia oddychania. Z powodu niedostatecznej ilości dostarczanego tlenu do komórek rozpoczyna się proces ich obumierania. W przypadku niedotlenienia komórek mięśnia sercowego dochodzi do ich degradacji, co może stać się bezpośrednią przyczyną zaburzeń rytmu serca, a w konsekwencji zatrzymania krążenia. Czynności resuscytacyjne mają na celu przywracanie tych podstawowych funkcji życiowych organizmu. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne (BLS – *basic life support*) polegają na udrożnieniu dróg oddechowych, bez użycia przyrządów

⁶ J. Andres, *Wytyczne resuscytacji 2015*, Kraków 2016, s. 121.

⁷ Wytyczne American Heart Association 2017, s. 11.

⁸ A. Szczeklik, *Interna Szczeklika 2017/18*, mały podręcznik, wydanie IX, Kraków 2017, s. 126.

do udrażniania dróg oddechowych, podtrzymania lub zastąpienia, poprzez wykonywanie odpowiednich czynności, funkcji układu oddechowego i/lub krążenia⁹. Schematem, który obrazuje wszystkie działania prowadzące do odwrócenia stanu zatrzymania krążenia, jest łańcuch przeżycia. Cztery ogniwa przedstawiają kolejno najważniejsze działania, jakie należy podjąć w celu ratowania osoby z NZK. Wczesne rozpoznawanie zagrożeń, które mogą skutkować NZK, jak i samego zatrzymania krążenia oraz wezwanie specjalistycznej pomocy, są składowymi pierwszego ogniwa łańcucha. Jest to najważniejszy etap pomocy osobie poszkodowanej, ponieważ bez niego nie będzie możliwości pojawienia się kolejnych ogniw łańcucha przeżycia. Jako drugi etap przedstawia się wczesne rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Natychmiastowe podjęcie RKO zwiększa szanse na przeżycie osoby poszkodowanej, a także zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań długotrwałego niedotlenienia organizmu. Do zatrzymania krążenia u osób dorosłych najczęściej dochodzi z przyczyn sercowych. W Stanach Zjednoczonych u około 450 tys. osób występuje nieskoordynowana praca serca, skutkująca brakiem możliwości wydolnego wyrzucania krwi na obwód przez serce. Chaotyczna czynność elektryczna mięśnia sercowego bardzo dobrze reaguje na leczenie przy użyciu prądu elektrycznego. Wczesna defibrylacja AED czy przez zespół ratownictwa medycznego jest trzecim ogniwem łańcucha przeżycia. Czas, zarówno w przypadku niedotlenienia komórek mózgowych, gdzie po 3-4 min dochodzi do ich obumierania, jak i komórek mięśnia sercowego, odgrywa istotną rolę. Skuteczność wykonania defibrylacji jest największa w ciągu pierwszych pięciu minut od zatrzymania krążenia, następnie skuteczność ta spada o około 10% z każdą minutą, bez prowadzenia pośredniego masażu serca i sztucznej wentylacji. Połączenie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych i wczesnej defibrylacji w ciągu 3-5 min od momentu utraty przytomności zwiększa szanse osób poszkodowanych na przeżycie do 49-75%. Te trzy ogniwa jest w stanie wykonać świadek zdarzenia, znający algorytm resuscytacji i mający do dyspozycji AED. Ostatnim ogniwem łańcucha przeżycia jest opieka okołoresuscytacyjna prowadzona przez wykwalifikowany personel medyczny. Ten etap ma

⁹ J. Gucwa, M. Ostrowski, *Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne i wybrane stany nagłe*, Kraków 2018, s. 42.

na celu ustabilizowanie stanu pacjenta oraz leczenie przyczyn i powikłań zatrzymania krążenia¹⁰.

PODSTAWOWE ZABIEGI RESUSCYTACYJNE U OSÓB DOROSŁYCH

Podjęcie wczesnej resuscytacji przez świadków zdarzenia daje poszkodowanemu dużo większe szanse na przeżycie i zminimalizowanie powikłań długotrwałego niedotlenienia. Czas odgrywa główną rolę w sytuacji, gdy poszkodowany znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia¹¹. W systemie PRM istnieje pojęcie „złotej godziny”. Jest to określenie strategii specjalistycznego leczenia poszkodowanego w jak najkrótszym czasie, najlepiej w ciągu godziny, od wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia. Kluczowe znaczenie ma tutaj postawa świadków zdarzenia, ponieważ bez wdrożenia przez nich pierwszych ogniw łańcucha przeżycia nie dojdzie do rozpoczęcia działań przez system ratownictwa¹². Świadek zdarzenia podchodząc do poszkodowanego musi pamiętać o tym, aby sam nie stał się poszkodowanym. Bezpieczeństwo odgrywa tutaj bardzo ważną rolę. W przypadku nie zachowania szczególnej ostrożności i niewłaściwej ocenie bezpieczeństwa na miejscu zdarzenia sami możemy stać się poszkodowanym i potrzebować pomocy. Pominięcie tego elementu postępowania skutkuje brakiem pomocy osobie pierwotnie poszkodowanej, a także zwiększeniem ilości osób poszkodowanych na miejscu zdarzenia¹³.

Kolejnym etapem postępowania jest sprawdzenie stanu świadomości¹⁴. Podchodząc do poszkodowanego, najlepiej od strony jego nóg, należy złapać go za ramiona, delikatnie potrząsnąć i głośno zawołać „czy wszystko w porządku?! ”¹⁵. Ważne jest, aby w trakcie stanu świadomości nie tylko mówić do osoby poszkodowanej, ale również zadziałać bodźcem dotyku. Może okazać się, że dana osoba jest osobą niesłyszącą i dlatego nie odpowiada, a nie znajduje się w stanie zagrażającym jej życiu. W przypadku, kiedy dana osoba nie odpowiada, należy głośno zawołać o pomoc, pamiętając, aby nie odchodzić od poszkodowanego. Następnie należy przejść do oceny

¹⁰ Tamże, s. 42.

¹¹ A. Szczeklik, *Interna Szczeklika...*, s. 120.

¹² Tamże, s. 138.

¹³ J. Andres, *op. cit.*, s. 121.

¹⁴ Tamże, s. 104.

¹⁵ A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 118.

oddechu¹⁶. Przed oceną oddechu należy udrożnić drogi oddechowe osoby poszkodowanej poprzez odchylenie głowy do tyłu i uniesienie żuchwy¹⁷. Po udrożnieniu dróg oddechowych należy przez okres 10 sekund oceniać oddech przy pomocy trzech zmysłów. Nachylając się nad twarzą poszkodowanego należy wysłuchać oddechy, wyczuć ruch powietrza z ust i nosa osoby leżącej na policzku oraz wzrokiem obserwować klatkę piersiową, szukając jej ruchów. W okresie 10 sekund oceny oddechu powinno się wykryć 2-3 oddechy u osoby nieprzytomnej. Istotne jest, aby oceniający oddech świadkowie byli pewni jego obecności. W przypadku, kiedy tej pewności nie mają lub gdy oddech wydaje się niewydolny oraz gdy nie stwierdza się jego obecności, należy natychmiast przejść do kolejnego etapu¹⁸. W trakcie prowadzenia resuscytacji przez świadków zdarzenia należy pamiętać o nie opóźnianiu wezwania pomocy specjalistycznej. W momencie, kiedy stwierdzimy brak oddechu trzeba natychmiast wezwać pomoc. W tym celu należy powiadomić osobiście lub poprzez innego świadka zdarzenia służby specjalistyczne. W celu wezwania pomocy należy wybrać numer do centrum powiadamiania ratunkowego – 112 – lub bezpośrednio do systemu państwowego ratownictwa medycznego – 999¹⁹. Po połączeniu się z dyspozytorem należy spokojnie rozmawiać – podać miejsce, gdzie się znajduje poszkodowany, określić, co się z nim dzieje, przekazać informacje o tym, czy jest przytomny oraz czy oddycha. Należy pamiętać o podaniu dyspozytorowi własnych danych i numeru, z którego dzwonimy. Dyspozytor będzie starał się prowadzić całą rozmowę, zadając odpowiednie pytania, dlatego należy odpowiadać na nie, a także pamiętać, aby nie rozłączać się jako pierwszy. W sytuacji, kiedy wokół znajdują się inni świadkowie, należy wskazać jedną konkretną osobę, która ma wezwać pomoc. Ważne jest, aby osoba dzwoniąca potwierdziła wykonanie telefon i została do momentu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego i przejęcia pacjenta. Świadek, który jako pierwszy podszedł do osoby poszkodowanej i sprawdzał jej stan musi przekazać osobie dzwoniącej informacje na temat poszkodowanego. Współpraca osób znajdujących się na miejscu zdarzenia przed przyjazdem ZRM pozwala na skrócenie czasu, kiedy nie wykonuje się pośredniego masażu serca u osoby

¹⁶ J. Gucwa, M. Ostrowski, *op. cit.*, s. 43.

¹⁷ J. Andres, *op. cit.*, s. 115.

¹⁸ J. Gucwa, M. Ostrowski, *op. cit.*, s. 49.

¹⁹ J. Andres, *op. cit.*, s. 109.

z nagłym zatrzymaniem krążenia. Jeżeli w miejscu, w którym doszło do zdarzenia, znajduje się zautomatyzowany defibrylator zewnętrzny należy poprosić o przyniesienie urządzenia innego świadka zdarzenia lub osobę, która dzwoniła po pomoc. Nie należy opóźniać czasu dostarczenia AED, ponieważ w przypadku, kiedy u chorego doszło do zatrzymania krążenia, mechanizm defibrylacji jest jedyną skuteczną metodą ratowania pacjenta²⁰. Po stwierdzeniu braku oddechu i wezwaniu specjalistycznej pomocy należy przystąpić do uciskania klatki piersiowej i prowadzenia oddechów zastępczych. Wytyczne ERC kładą szczególny nacisk na jakość uciśnień klatki piersiowej jako zabiegu najważniejszego podczas prowadzenia resuscytacji²¹. Fizjologicznie w sercu człowieka możemy wyróżnić dwa rodzaje czynności serca – czynność bioelektryczną i mechaniczną. Badaniem, które obrazuje nam czynność elektryczną mięśnia sercowego, jest badanie elektrokardiograficzne (EKG). Podczas resuscytacji poszkodowanego, w schemacie BLS, bez użycia AED, nie ocenia się EKG²². Ocenie podlega czynność mechaniczna mięśnia sercowego. Mechaniczna czynność serca polega na tłoczeniu krwi przez zsynchronizowane skurcze poszczególnych jam serca. Przepływ krwi przez serce jest jednokierunkowy i zapewnia to budowa serca, w skład której wchodzi zastawki uniemożliwiające cofanie się krwi. Przepływ krwi odbywa się ze zbiorników żylnych do tętniczych. Parametrem określającym objętość krwi tłoczonej przez jedną komorę, w czasie jednego cyklu pracy serca, jest objętość wyrzutowa serca. Objętość krwi wypływającej z lewej komory serca, w trakcie jednego skurczu, u dorosłego 70 kilogramowego mężczyzny w spoczynku, wynosi około 75 ml krwi. Objętość krwi pompowanej przez jedną komorę w czasie jednej minuty określa się pojemnością minutową serca. U standardowego dorosłego mężczyzny wynosi ona około 5,4 l/min. Podczas prawidłowo prowadzonego pośredniego masażu serca, osoba wykonująca masaż serca jest w stanie zapewnić jedynie około 25-30% prawidłowego rzutu serca. Z tego powodu tak istotne jest prowadzenie najwyższej jakości ucisków klatki piersiowej²³. W celu zapewnienia odpowiednich warunków do prowadzenia resuscytacji chory powinien leżeć na plecach, na twardej powierzchni. Klatkę piersiową poszkodowanego należy

²⁰ A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 126.

²¹ J. Andres, *op. cit.*, s. 115.

²² A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 126.

²³ W. Traczyk, *Fizjologia człowieka w zarysie, wydanie VIII – uaktualnione*, Warszawa 2010, s. 109.

uciskać obiema dłońmi, splecionymi i ułożonymi na środku klatki piersiowej osoby poszkodowanej. Miejsce uciskania odgrywa istotną rolę, ponieważ nieprawidłowo prowadzony masaż będzie nieefektywny i może spowodować powikłania, takie jak złamanie żeber czy, poprzez uciskanie żołądka, zwrócenie treści pokarmowej w nim zawartej i zachłyśnięcie się poszkodowanego. Uciski powinny być wykonywane na głębokość co najmniej 5 cm, nie powinny jednak być wykonywane głębiej niż 6 cm²⁴. Prawidłowa głębokość wykonywania uciśnień klatki piersiowej jest konieczna do wytworzenia odpowiedniego rzutu serca, który zapewni wystarczający przepływ przez najważniejsze życiowo narządy. Częstotliwość, z jaką należy prowadzić masaż serca, oscyluje od 100 do 120 uciśnień na minutę, przy równoczesnym zwracaniu uwagi na odpowiednią relaksację klatki piersiowej. Prawidłowa relaksacja klatki piersiowej jest niezbędna, aby krew zdążyła napłynąć do serca. W przeciwnym razie nie można będzie uzyskać odpowiedniego rzutu serca, aby zapewnić wystarczającą perfuzję krwi do najważniejszych narządów. Prowadzenie pośredniego masażu serca jest czynnością wymagającą sporej ilości siły fizycznej. Wytyczne dotyczące prowadzenia resuscytacji w warunkach przedszpitalnych czy też w ramach wewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia, w celu utrzymania najwyższej jakości uciśnień klatki piersiowej, zalecają zmiany osoby wykonującej masaż co 2 minuty. Będąc świadkiem zdarzenia na miejscu wypadku warto zapewnić sobie pomoc innych osób, aby zwiększyć szanse na uratowanie poszkodowanego wykonując najwyższej jakości uciśnięcie klatki piersiowej aż do momentu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego i przejęcia prowadzenia akcji²⁵. Poza efektywnymi uciśnięciami klatki piersiowej należy również prowadzić oddechy zastępcze. Stosunek uciśnień klatki piersiowej do oddechów zastępczych u osoby dorosłej, wynosi 30:2. Zapewnienie, poprzez pośredni masaż serca, przepływu krwi przez mózg czy mięsień sercowy, umożliwia dostarczanie tlenu i składników odżywczych, niezbędnych do przeżycia komórki. Zapewnienie przepływu krwi przez te narządy, poprzez uciśnięcia klatki piersiowej, nie są w stanie zapewnić najwyższej szansy na przeżycie bez powikłań incydentu NZK²⁶. Proces oddychania w organizmie człowieka ma na celu wytworzenie energii w komórkach. Dzieli się on na dwa typy,

²⁴ J. Andres, *op. cit.*, s. 121.

²⁵ J. Gucwa, M. Ostrowski, *op. cit.*, s. 74.

²⁶ A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 67.

tj. oddychanie zewnętrzne i oddychanie wewnętrzne. Oddychanie wewnętrzne odbywa się w komórkach, gdzie poprzez reakcje chemiczne wytwarzana jest energia. Oddychanie zewnętrzne polega na dostarczeniu tlenu z atmosfery do komórek. Dostarczanie tlenu zapewnia sprawne funkcjonowanie wielu układów. Sam proces oddychania zewnętrznego dzieli się na kilka procesów. Wentylacja płuc, dyfuzja gazów pomiędzy powietrzem pęcherzykowym a krwią, transport i przenikanie ich pomiędzy krwią a komórkami, tworzą razem ten proces. Podczas wentylacji płuc dochodzi do wymiany gazów pomiędzy powietrzem w pęcherzykach płucnych a powietrzem atmosferycznym²⁷. Proces wentylacji jest możliwy dzięki pracy mięśni oddechowych klatki piersiowej i przepony. Skurcz przepony i mięśni międzyżebrowych powoduje zwiększenie objętości klatki piersiowej. Opłucna ścienna stanowi najbardziej wewnętrzną warstwę ściany klatki piersiowej. Podczas wdechu opłucna płucna, dzięki siłom adhezji, podąża za opłucną ścienną powodując wzrost ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej, które rozciąga tkankę płucną i obniża ciśnienie w pęcherzykach płucnych oraz drogach oddechowych, co powoduje napływ powietrza atmosferycznego do płuc. Całkowita pojemność płuc u dorosłego mężczyzny wynosi około 6 l. Podczas swobodnego wdechu do dróg oddechowych i płuc napływa około 500 ml powietrza – jest to objętość oddechowa. Z całej objętości oddechowej 350 ml powietrza dostaje się do płuc, reszta zajmuje przestrzeń martwą w drogach oddechowych²⁸. Prowadzenie sztucznej wentylacji poszkodowanego zapewnia poszkodowanemu? lepsze utlenowanie krwi i większe dostarczanie tlenu do komórek. Należy jednak pamiętać o wprowadzaniu odpowiedniej objętości powietrza do płuc. Zbyt mała objętość może okazać się niewystarczająca, biorąc pod uwagę różnice w stężeniu tlenu w powietrzu atmosferycznym i wydychanym, dlatego konieczne jest poprawne wykonywanie oddechów zastępczych. Prawidłowa technika wykonywania sztucznych wdechów obejmuje udrożnienie dróg oddechowych, szczelne objęcie ustami ratownika ust ratowanego i zaciśnięcie jego nosa, następnie należy wykonać wdech przez koło 1 sekundę, aż do uniesienia się klatki piersiowej poszkodowanego. Po wykonaniu wdechu należy odczekać, aż klatka piersiowa odpadnie i wykonać drugi wdech. Cykl

²⁷ A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 423.

²⁸ W. Traczyk, *op. cit.*, s. 398.

2 wdechów i 2 wydechów powinien trwać poniżej 5 sekund²⁹. Podczas prowadzenia sztucznej wentylacji może wystąpić problem z prawidłową wentylacją poszkodowanego. W razie wystąpienia takich trudności należy pamiętać, aby trzymać się schematu 30 uciśnień do 2 wdechów, nawet po nieskutecznej wentylacji należy kontynuować masaż serca, a następnie zwrócić szczególną uwagę na udrożnienie dróg oddechowych czy możliwość występowania potencjalnej blokady dróg oddechowych, co uniemożliwia prawidłowe wykonanie oddechów zastępczych³⁰. Dużym problemem podczas wykonywania wdechów metodą usta-usta jest zapewnienie ratownikowi bezpieczeństwa. Dlatego w momencie przystępowania do wykonywania oddechów zastępczych należy zadbać o ochronę osobistą. Najprostszą metodą ochrony są jednorazowe maseczki do wykonywania oddechów ratowniczych, które składają się z ustnika z zastawką i foli ochronnej. Lepszą formą ochrony ratownika jest maseczka typu *pocket-mask*. Składa się ona z maski twarzowej i ustnika z zastawką jednokierunkową. Jej budowa zapewnia dobre uszczelnienie i bezpieczne prowadzenie oddechów zastępczych³¹.

W sytuacji, kiedy świadek wypadku nie ma dostępu do sprzętu zapewniającego mu bezpieczeństwo dopuszcza się możliwość odstąpienia od prowadzenia sztucznej wentylacji³². Wykonywanie oddechów zastępczych bez zapewnienia sobie ochrony może skutkować poważnymi konsekwencjami dla ratującego. Istnieje realne ryzyko zakażenia od osoby poszkodowanej chorobami zakaźnymi. Dlatego bezpieczeństwo osoby udzielającej pomocy jest rzeczą priorytetową i należy o nim bezwzględnie pamiętać³³. W momencie, kiedy ratujący odstępuje od wykonywania sztucznej wentylacji, zobowiązany jest do prowadzenia pośredniego masażu serca w sposób ciągły, minimalizując przerwy podczas zmiany osób wykonujących uciśnięcia klatki piersiowej³⁴.

Pierwsza pomoc udzielana przez świadków zdarzenia powinna skupiać się na ocenie sytuacji, wezwaniu specjalistycznej pomocy i prowadzeniu

²⁹ J. Andres, *op. cit.*, s. 121.

³⁰ A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 119.

³¹ J. Gucwa, M. Ostrowski, *op. cit.*, s. 74.

³² S.H. Plantz, E.J. Wipfler, *op. cit.*, s. 53.

³³ J. Andres, *op. cit.*, s. 121.

³⁴ J. Gucwa, M. Ostrowski, *op. cit.*, s. 74.

resuscytacji krążeniowo-oddechowej z użyciem AED, jeśli jest dostępne³⁵. W trakcie prowadzenia zabiegów resuscytacyjnych należy zwracać szczególną uwagę na wysoką jakość uciśnień klatki piersiowej oraz minimalizowanie przerw w uciśnięciach. RKO wykonywane przez świadków na miejscu zdarzenia może zostać przerwane w zaledwie kilku sytuacjach. Są nimi: zmiana warunków bezpiecznych w miejscu zdarzenia na zagrażające ratownikom, jak i poszkodowanym; spontaniczny powrót krążenia u poszkodowanego lub inne tego oznaki, np. poruszenie się; przejęcie akcji ratowniczej przez przybyły na miejsce wypadku zespół ratownictwa medycznego; gdy urządzenie AED nakazuje zaprzestanie czynności na czas analizy rytmu czy defibrylacji poszkodowanego; sytuacja, kiedy ratujący całkowicie opadną z sił³⁶.

PODSTAWOWE ZABIEGI RESUSCYTACYJNE U DZIECI

Prowadzenie resuscytacji u dzieci jest nieco inne niż u osoby dorosłej. Do prawidłowego postępowania ratującego życie dzieci potrzebne jest podział potrzebujących na trzy grupy zależne od wieku. Pierwszą grupą są noworodki, czyli dzieci od urodzenia do 1. miesiąca życia, a według definicji WHO do 28 dnia życia. Kolejną grupą są niemowlaki – przedział wiekowy w tej grupie jest od 1. miesiąca życia do 1. roku życia. Ostatnią grupę tworzą dzieci od 1. roku życia do okresu pokwitania. W sytuacji, kiedy zagrożone jest życie dziecka, nie jest konieczne precyzyjne określanie jego wieku. Ważne jest, aby prowadząc resuscytację określić przybliżony wiek i postępować zgodnie z wytycznymi dla pacjentów pediatrycznych³⁷. Mechanizm zatrzymania krążenia u osób dorosłych zazwyczaj wiąże się z zaburzeniami pracy mięśnia sercowego przy zachowanej wydolności układu oddechowego, natomiast wśród dzieci częściej dochodzi do zatrzymania krążenia z powodów zaburzeń oddechowych. Częstość oddechów u dzieci jest wyższa niż u osób dorosłych oraz zależna od wieku. Dzieci poniżej 1. roku życia oddychają prawidłowo 30-40 razy na minutę, z wiekiem częstość oddechów zmniejsza się do 20-24 oddechów u dzieci w wieku 2 do 5 lat, 20-24 oddechy w przedziale wiekowym 5-12 lat, aż do 20-12 oddechów u dzieci powyżej 12. roku życia³⁸. Z uwagi na mogące występować trudności z precyzyjnym

³⁵ J. Andres, *op. cit.*, s. 121.

³⁶ J. Gucwa, M. Ostrowski, *op. cit.*, s. 74.

³⁷ Tamże, s. 334.

³⁸ Tamże, s. 334.

ustaleniem wieku poszkodowanego należy przede wszystkim zwracać uwagę na inne oznaki niewydolności oddechowej u dzieci. Charakterystycznym objawem ukazującym problemy oddechowe u dzieci jest występowanie sinicy centralnej w okolicy ust i twarzy dziecka³⁹. Wzmógłony wysiłek oddechowy, zwiększenie częstości oddechów i pracy serca, możliwość występowania dodatkowych odgłosów oddechowych może świadczyć o występowaniu niewydolności oddechowej, która jest kompensowana przez te mechanizmy⁴⁰. Zaburzenia oddychania, spowodowane urazem czy przeskodą w drogach oddechowych, prowadzą do zaangażowania mechanizmów adaptacyjnych organizmu. W momencie, kiedy przyczyna niewydolności nie jest leczona, mechanizmy te wyczerpują się i przestają działać. Dochodzi wtedy do zatrzymania oddechu, co wtórnie prowadzi do zatrzymania akcji serca, pomimo początkowo pełnej sprawności mięśnia sercowego. Dzieci, jak i młodzież czy młodzi dorośli, są bardziej narażone na zadławienia, urazy, zatrucia, wskutek których może dochodzić do niewydolności układu oddechowego, czego konsekwencją jest niedotlenienie mięśnia sercowego i zatrzymanie jego pracy⁴¹. Odmienność w potencjalnym mechanizmie zatrzymania krążenia u dzieci w stosunku do osób dorosłych powoduje zmianę postępowania resuscytacyjnego. Algorytm postępowania w NZK u dzieci obejmuje takie same etapy zachowań, jak w przypadku dorosłych. Po ocenie bezpieczeństwa miejsca zdarzenia należy sprawdzić świadomość dziecka. Po ocenie świadomości wezwać pomoc kogoś znajdującego się wokół i przystąpić do sprawdzenia oddechu. Z powodu innej budowy anatomicznej dróg oddechowych u poszkodowanych pediatricznych technika udrażniania ich jest nieco inna niż u osób dorosłych. Nadmierne odgięcie głowy dziecka do tyłu może spowodować wtórną niedrożność dróg oddechowych, dlatego u noworodków i niemowlaków udrażniamy drogi oddechowe poprzez delikatne odgięcie głowy w tył, do momentu, w którym głowa dziecka znajdzie się równolegle do klatki piersiowej. Manewr ten można zastąpić podłożeniem pod łopatki dziecka zwiniętej pieluchy lub małego kocyka, pamiętając, aby odgięcie głowy nie było zbyt duże. U starszych dzieci należy odgiąć głowę w tył jedną ręką, drugą delikatnie wysunąć żuchwę do przodu. Utrzymując drożność dróg oddechowych

³⁹ A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 126.

⁴⁰ W. Traczyk, *op. cit.*, s. 336.

⁴¹ Tamże, s. 394.

należy ocenić oddech. Jeżeli obserwowany jest brak oddechu, zbyt wolny oddech lub jakakolwiek wątpliwość co do prawidłowości oddechu dziecka przez osobę oceniającą należy przystąpić do oddechów zastępczych⁴². Utrzymując drożność dróg oddechowych należy wykonać 5 oddechów ratowniczych, pamiętając o dokładnym objęciu ustami ratownika ust dziecka (w przypadku noworodków i niemowlaków ust i nosa) wykonaniu wdechów trwających około 1 sekundy do momentu wyraźnego uniesienia klatki piersiowej. Należy pamiętać, że objętość, jaką mogą pomieścić płuca dziecka, jest o wiele mniejsza niż u osoby dorosłej, dlatego konieczne jest wykonywanie oddechów z dużą ostrożnością, aby nie doszło do uszkodzenia tkanki płucnej. Po wykonaniu oddechów ratowniczych należy ocenić układ krążenia dziecka. Nie jest zalecane sprawdzanie tętna przez osoby nieprzeszkolone. Jako oznaki krążenia uznaje się ruchy dziecka, kaszel, płacz, prawidłowy oddech. Jeżeli jest pewność w kwestii obecności krążenia należy prowadzić oddechy zastępcze do momentu spontanicznego powrotu wydolnego oddechu. W przypadku, kiedy nie obserwuje się wyraźnych oznak krążenia, natychmiast należy podjąć uciskanie klatki piersiowej. Schemat wykonywania ucisków i oddechów ratowniczych jest różny w zależności od wieku poszkodowanego. U niemowlaków resuscytację należy prowadzić w schemacie 3 uciśnięć klatki piersiowej do jednego oddechu ratowniczego, u noworodków i dzieci należy stosować zasadę 15 uciśnięć i 2 wdechów. Wytyczne zwracają uwagę jednak na to, aby osoby nieprzeszkolone, w sytuacji, kiedy nie mają pewności jak prowadzić resuscytację, prowadziły ją w schemacie 30 uciśnięć klatki piersiowej do 2 oddechów zastępczych. Metoda wykonywania ucisków, z uwagi na wielkość ciała dzieci, również została rozdzielona w zależności od wieku. Klatkę piersiową u dzieci należy uciskać w 1/3 dolnej części mostka, z częstotliwością 100-120 uciśnięć na minutę. U niemowlaków i noworodków, w sytuacji, kiedy jest jeden ratownik, masaż należy prowadzić opuszkami dwóch palców jednej ręki, utrzymując drugą ręką drożność dróg oddechowych. W sytuacji, kiedy jest dwóch lub więcej ratowników należy objąć dziecko obiema dłońmi, kciuki układając w stronę głowy, a palcami objąć klatkę piersiową dziecka i prowadzić masaż serca przy, użyciu tej techniki. U starszych dzieci pośredni masaż serca należy prowadzić jedną ręką. W sytuacji, kiedy dziecko jest podobnej budowy jak dorosły należy postępować jak w przypadku osoby dorosłej.

⁴² A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 126.

Z uwagi na potencjalnie częstszy mechanizm wystąpienia NZK u dzieci wezwanie pomocy opóźnia się o jedną minutę prowadzenia resuscytacji w przypadku, kiedy jest jeden ratownik. Po upływie jednej minuty należy wezwać pomoc i przystąpić do dalszej resuscytacji w odpowiednim schemacie aż do standardowych przypadków, kiedy można odstąpić od resuscytacji⁴³. Obecnie coraz większa ilość miejsc typu lotniska, dworce kolejowe, galerie handlowe, miejsca użyteczności publicznej posiadają na swoim terenie zautomatyzowane defibrylatory zewnętrzne. AED jest małym urządzeniem prostym w obsłudze. Cały zestaw do AED składa się z defibrylatora i 2 zestawów elektrod samoprzylepnych typu *quick-combo*. Prostota jego budowy przekłada się na prosty sposób użytkowania. Po włączeniu urządzenia AED komunikatami głosowymi będzie instruowało osobę udzielającą pomocy, jakie czynności należy wykonywać⁴⁴. Pierwszą czynnością jest włączenie urządzenia i przyklejenie elektrod odpowiednich dla poszkodowanego na jego klatkę piersiową. W zastawie defibrylatora znajdują się dwie pary elektrod, pediatryczne i dla dorosłych. Odpowiednie elektrody należy przykleić na klatkę piersiową poszkodowanego, w miejscach, które są przedstawione na każdej z elektrod. Przed przyklejeniem padów warto pamiętać, aby oczyścić dane miejsce z ewentualnych zabrudzeń uniemożliwiających prawidłowe przyleganie elektrod, nadmiernego owłosienia klatki piersiowej, osuszenia poszkodowanego, ponieważ odpowiednie przyleganie padów *quick-combo* jest konieczne do prawidłowej pracy urządzenia i bezpiecznego wykonywania defibrylacji. Standardowymi miejscami naklejenia elektrod, u dorosłych i dzieci powyżej 8 roku życia, są przestrzeń pod prawym obojczykiem i okolica koniuszka serca. Elektrody zawierają odpowiednie oznaczenia określające, gdzie należy je poprawnie nakleić⁴⁵. Poza standardowym ułożeniem padów można stosować ułożenie przednio tylne, kiedy jedną z elektrod nakleja się na okolicę przedsercową, a drugą na plecach poszkodowanego równolegle do pierwszej oraz ułożenie boczne na klatce piersiowej, gdzie obie elektrody umieszczane są w linii pachowej środkowej na wysokości serca. U dzieci poniżej 8 roku życia, po wybraniu elektrod pediatrycznych, należy stosować ułożenie przednio tylne, w przypadku starszych dzieci można nakleić je tak, jak u osoby dorosłej⁴⁶. Po

⁴³ J. Gucwa, M. Ostrowski, *op. cit.*, s. 334.

⁴⁴ J. Andres, *op. cit.*, s. 121.

⁴⁵ Tamże, s. 306.

⁴⁶ A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 126.

naklejeniu elektrod na ciało poszkodowanego należy podłączyć je do urządzenia, które rozpocznie analizę rytmu serca. Ważne jest, aby podczas tego zabiegu nikt nie dotykał poszkodowanego, gdyż może to zakłócić proces analizy i wpłynąć na jej nieprawidłowy wynik. Po zakończeniu analizy pojawi się komunikat głosowy informujący o tym, czy defibrylacja jest zalecana czy też nie. W przypadku, kiedy AED wykryło rytm do defibrylacji rozpocznie ładowanie podając komunikat, po naładowaniu urządzenia zaleci wciśnięcie przycisku „wstrząs” i wykona defibrylację. Podczas tego procesu najważniejsze jest bezpieczeństwo i należy dopilnować, aby nikt nie dotykał poszkodowanego. Ważne jest także, aby ratownik sam informował słownie i gestami o tym, co się dzieje oraz że należy odsunąć się od pacjenta. W razie wykrycia przez defibrylator rytmu nie do defibrylacji oraz po jej wykonaniu przez urządzenie, należy przystąpić do uciśnięć klatki piersiowej poszkodowanego i prowadzić resuscytację zgodnie z ogólnymi zaleceniami dotyczącymi prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej u osób z nagłym zatrzymaniem krążenia⁴⁷. AED zwiększa szanse na powrót skoordynowanej pracy całego mięśnia sercowego w jak najkrótszym czasie od wystąpienia zaburzeń, przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego. Dlatego istotne jest polecenie przyniesienia tego urządzenia innemu świadkowi zdarzenia od razu po stwierdzeniu braku przytomności poszkodowanego. W przypadku poszkodowanego pediatrycznego, kiedy nie posiadamy zestawu odpowiednich elektrod i urządzenie nie ma specjalnej przystawki pediatrycznej, której zadaniem jest obniżenie energii wyładowania, należy użyć zwykłego zestawu elektrod, umieszczając je w ułożeniu przednio-tylnym. Nie zaleca się stosowania AED u dzieci poniżej 1. roku życia. Dopuszczalne jest to jedynie w sytuacji, kiedy nie ma innej możliwości wykonania terapii.

ZASADY POSTĘPOWANIA W RAZIE ZADŁAWIENIA U DZIECI I DOROSŁYCH

Zadławienie jest to całkowita lub częściowa niedrożność dróg oddechowych, spowodowana przez ciało obce. W przypadku zadławienia reakcja świadków jest niezwykle istotna, w szczególności kiedy dochodzi do całkowitego zamknięcia światła dróg oddechowych. Kiedy taka sytuacja ma miejsce poszkodowany nie jest w stanie mówić, jego kaszel staje się nieefektywny, narasta u niego sinica. Może również dojść do utraty przytomności

⁴⁷ J. Gucwa, M. Ostrowski, *op. cit.*, s. 74.

i zatrzymania krążenia, kiedy nie usunie się przeszkody w drogach oddechowych. Podczas łagodnej niedrożności dróg oddechowych ofiara jest w stanie oddychać, efektywnie kaszleć, może wymawiać słowa. W takim przypadku działania ratownika polegają na rozpoznaniu przyczyny zadławienia i namawianiu poszkodowanego do kaszlu. W sytuacji, kiedy dochodzi do całkowitej niedrożności, która uniemożliwia oddychanie, ratownik powinien ustawić się za poszkodowanym lekko z boku, delikatnie pochylić poszkodowanego do przodu i uderzyć nadgarstkiem w okolicę międzyłopatkową. Należy oceniać skuteczność działań po każdym uderzeniu i wykonać do 5 uderzeń w jednej serii. Jeśli po 5 uderzeniach przeszkoda nie została usunięta należy stanąć za poszkodowanym, zaciśniętą pięść położyć na nadbrzuszu poszkodowanego, złapać ją drugą ręką i wykonać 5 uciśnień nadbrzusza. Te dwie czynności należy wykonywać naprzemiennie, do momentu usunięcia przeszkody z dróg oddechowych lub do czasu, kiedy poszkodowany straci przytomność⁴⁸. Jeżeli taka sytuacja będzie miała miejsce należy wezwać pomoc, ułożyć poszkodowanego płasko na twardym podłożu i rozpocząć resuscytację. Przed wykonaniem wdechów należy każdorazowo sprawdzać, czy ciało obce jest widoczne w jamie ustnej. Jeżeli jest widoczne i możliwe do usunięcia należy je usunąć. Schemat ten obowiązuje u wszystkich dzieci powyżej 1. roku życia, w przypadku dzieci poniżej tego wieku postępowanie jest nieco inne. W przypadku, kiedy dziecko jest w stanie efektywnie kaszleć, należy trzymać je na rękach z główką do góry, aby ułatwić kaszel. W sytuacji, kiedy kaszel jest nieefektywny, należy usiąść z dzieckiem leżącym na przedramieniu, udrożnić drogi oddechowe i ustabilizować głowę dziecka jedną dłonią oraz wykonać 5 uderzeń w okolicę między łopatkową nasadą drugiej dłoni. Jeżeli po 5 uderzeniach nie doszło do usunięcia ciała obcego z dróg oddechowych, niemowlaka należy obrócić na plecy, cały czas stabilizując jego głowę i wykonać 5 uciśnień klatki piersiowej, w okolicy dolnej części mostka. Czynności te należy powtarzać do czasu, kiedy ciało obce zostanie usunięte lub gdy niemowlę straci przytomność. W tej sytuacji należy przystąpić do resuscytacji i wezwać pomoc⁴⁹.

⁴⁸ J. Andres, *op. cit.*, s. 361.

⁴⁹ J. Gucwa, M. Ostrowski, *op. cit.*, s. 47.

ZASADY POSTĘPOWANIA Z POSZKODOWANYM Z OBRAŻENIAMI CIAŁA

Obrażenia powstałe w wyniku urazu mogą być niegroźne dla życia i zdrowia, ale mogą także wystąpić poważne obrażenia zagrażające pacjentowi. Dorosły mężczyzna ma około 5,5 l krwi w organizmie. Po utracie około 15% krwi krążącej mogą występować objawy krwotoku, spadek ciśnienia, objawy niedostatecznej perfuzji obwodowej aż do zatrzymania krążenia włącznie⁵⁰. Pierwsza pomoc osobie z raną zależy od stopnia ciężkości rany. W przypadku małych niekrwawiących obficie ran należy obmyć je wodą z kranu i zabezpieczyć jałowym opatrunkiem. W razie poważniejszych ran należy przede wszystkim tamować krwawienie i wezwać specjalistyczną pomoc. Tamowanie krwawienia należy zacząć od ucisku bezpośredniego rany przy użyciu jałowej gazy i podniesienia kończyny w górę. Jeżeli to nie wystarcza należy założyć na ranę opatrunek uciskowy. W razie wystąpienia poważnych krwawień należy wezwać zespół ratownictwa medycznego lub udać się do najbliższego szpitala, w którym jest możliwość zaopatrzenia rany. W przypadku, kiedy opatrunek zaczyna przemakać krwią, trzeba założyć kolejną warstwę jałowego opatrunku⁵¹.

Innymi obrażeniami powstałymi w wyniku urazu mogą być złamania, zwichnięcia lub skręcenia, stłuczenia, obrażenia mięśni i ścięgien. W przypadku zadziałania, niewielkich sił na dany obszar ciała najczęściej dochodzi do stłuczeń, które poza zimnymi okładami, nie wymagają dodatkowego zaopatrzenia. W obrażeniach mięśni i ścięgien można wyróżnić stopnie uszkodzenia, względem których będzie uzależnione postępowanie lecznicze. I i II stopień obrażeń tkanki mięśniowej lub ścięgna objawia się, w przypadku naciągnięcia, delikatnym obrzękiem i nieznacznym osłabieniem funkcji. Podczas naderwania dochodzi do lekkiego rozerwania włókien, co powoduje większą bolesność i osłabienie funkcji danej struktury. Te obrażenia wymagają leczenia podobnego do stłuczenia, zastosowania leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych oraz odciążenia uszkodzonego miejsca. Całkowite rozerwanie struktury mięśniowej lub ścięgna objawia się silnym bólem, narastającym obrzękiem oraz upośledzoną ruchomością struktury, jaką tworzyła. Obrażenia te wymagają specjalistycznej konsultacji i leczenia operacyjnego połączonego z rehabilitacją. Skręcenie występuje

⁵⁰ W. Traczyk, *op. cit.*, s. 351.

⁵¹ T. Bielecki, *Traumatologia narządu ruchu dla studentów ratownictwa medycznego*, Bielsko-Biała 2016, s. 193.

w momencie, kiedy zakres ruchu przekracza fizjologię ruchu w danym stawie. Dochodzi wtedy do uszkodzenia torebki stawowej i więzadeł. W poważniejszych przypadkach uszkodzeniu może ulec również chrząstka stawowa. Skręcenia dzieli się również na trzy stopnie ciężkości, od których zależne jest późniejsze leczenie. Postępowanie w przypadku skręcenia polega na specjalistycznej diagnozie obrażeń, unieruchomieniu oraz rehabilitacji. W skręceniach III stopnia konieczne jest operacyjne odtworzenie więzadeł i torebki stawowej⁵². Zwichnięcie jest to obrażenie, w którym w wyniku urazu powierzchni stawowe tracą łączność pomiędzy sobą. Objawem, jaki różnicuje skręcenie i zwichnięcie, jest stwierdzenie obecności przylegania do siebie danych powierzchni stawowych. Zwichnięcie jest poważniejszym obrażeniem wymagającym dokładnej diagnostyki i specjalistycznego leczenia. Pierwszym postępowaniem jest unieruchomienie uszkodzonego stawu w celu zminimalizowania bólu i pogłębienia obrażenia sąsiednich struktur. W przypadku zwichnięcia często wymagana jest interwencja chirurgiczna w celu odtworzenia struktur tworzących staw i okołostawowych⁵³. Przerwanie ciągłości kości definiowane jest jako złamanie. Złamania można podzielić na wiele rodzajów, w zależności od miejsca, mechanizmu czy rozległość złamania. Objawy towarzyszące złamaniu nie muszą różnić się od objawów skręcenia czy zwichnięcia. W celu wykluczenia lub potwierdzenia złamania konieczne jest wykonanie zdjęcia RTG. Po potwierdzeniu złamania należy przystąpić do leczenia. Postępowanie przedszpitalne jest jednak w większości przypadków takie samo niezależnie od rodzaju złamania. Przede wszystkim należy unieruchomić złamanie zgodnie z zasadami Potta, unieruchomić staw i wszystkie kości współtworzące staw lub dwa stawy sąsiadujące ze złamaną kością długą. Ważne jest, aby w przypadku złamania otwartego zabezpieczyć jałowym opatrunkiem lub opatrunkiem uciskowym ranę powstałą w wyniku złamania. Po konsultacji lekarskiej złamanie najczęściej zaopatrywane jest przy użyciu szyny gipsowej. W przypadkach, kiedy złamanie wymaga interwencji chirurgicznej, wykonuje się zabieg zespolenia złamania na bloku operacyjnym⁵⁴.

⁵² Tamże, s. 101.

⁵³ Tamże, s. 155.

⁵⁴ Tamże, s. 193.

POSTĘPOWANIE Z OSOBĄ W PRZYPADKU PODEJRZENIA OSTREGO ZESPOŁU WIĘNCOWEGO

Do nagłych incydentów wieńcowych często dochodzi u osób starszych, otyłych czy obciążonych chorobami układu sercowo-naczyniowego lub innymi czynnikami ryzyka. Podczas występowania objawów OZW najważniejsze jest, aby osoba poszkodowana lub świadczkowie szybko wezwali pomoc. U osób znajdujących się w grupie ryzyka, ale obecnie również w grupach stosunkowo młodych pacjentów, dochodzi do nagłych incydentów wieńcowych. Do ostrych zespołów wieńcowych zaliczamy zawały serca, z uniesieniem odcinka ST w EKG i bez uniesienia, niestabilną co chorobę wieńcową i nagły zgon sercowy⁵⁵. Ostre zespoły wieńcowe spowodowane są nagłym upośledzeniem dopływu krwi do mięśnia sercowego, może być spowodowane np. okluzją tętnicy wieńcowej przez zakrzep w miejscu pękniętej blaszki miażdżycowej. Do objawów zawału mięśnia sercowego należy ból w klatce piersiowej, promieniujący do lewej dłoni, żuchwy, trwający powyżej 20 min i nieustępujący po przyjęciu azotanu, duszność, zimna, blada i spocona skóra, lęk, osłabienie. Może wystąpić utrata przytomności. W przypadku pojawienia się takich objawów należy polecić poszkodowanemu usiąść w wygodnej pozycji, ograniczając jego wysiłek fizyczny do całkowitego minimum. Poszkodowany lub świadczkowie powinni od razu wezwać zespół ratownictwa medycznego i podając wszystkie występujące objawy u chorej osoby. Poszkodowany powinien przyjąć dawkę 300 mg kwasu acetylosalicylowego (aspiryna, polocard, acard) wyłącznie, jeżeli nie jest na nią uczulony i jest w stanie samodzielnie przyjąć dawkę leku. Świadczkowie zdarzenia powinni zadbać o komfort psychiczny i termiczny, poszkodowanego oraz zakazać podejmowania najmniejszych wysiłków fizycznych choremu, ponieważ każdy, nawet pozornie niewielki wysiłek może zwiększyć powikłania zawału⁵⁶.

ZAŁOŻENIA I CELE BADAŃ

Temat pierwszej pomocy staje się coraz bardziej powszechny, zarówno wśród dorosłych jak i dzieci oraz młodzieży. Coraz więcej uwagi poświęcanej jest zagadnieniom związanym z pierwszą pomocą w codziennym życiu.

⁵⁵ J. Gucwa, M. Ostrowski, *op. cit.*, s. 149.

⁵⁶ A. Szczeklik, *op. cit.*, s. 184.

Również w szkołach kładzie się nacisk na edukację udzielania pierwszej pomocy na lekcjach, a także poprzez programy edukacyjne prowadzone w szkołach. Motywacją wyboru takiego tematu artykułu była chęć sprawdzenia wiedzy uczniów, III Liceum Ogólnokształcącego w Pszczynie na tematy związane z pierwszą pomocą. Celem badań jest przedstawienie wiedzy dotyczącej zagadnień związanych z pierwszą pomocą, a w szczególności:

1. znajomości numerów alarmowych;
2. postępowania w przypadku wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia;
3. postępowania z chorym, u którego występują objawy ostrego zespołu wieńcowego;
4. przedstawienie postępowania w przypadku omdleń, skaleczeń, złamań, oparzeń i odmrożeń oraz pomocy osobie zadławionej;
5. uzyskanie odpowiedzi, czy i w jakim stopniu przynależność do jednostek współpracujących z systemem PRM wpływa na wiedzę z zakresu pierwszej pomocy w porównaniu do pozostałych uczniów.

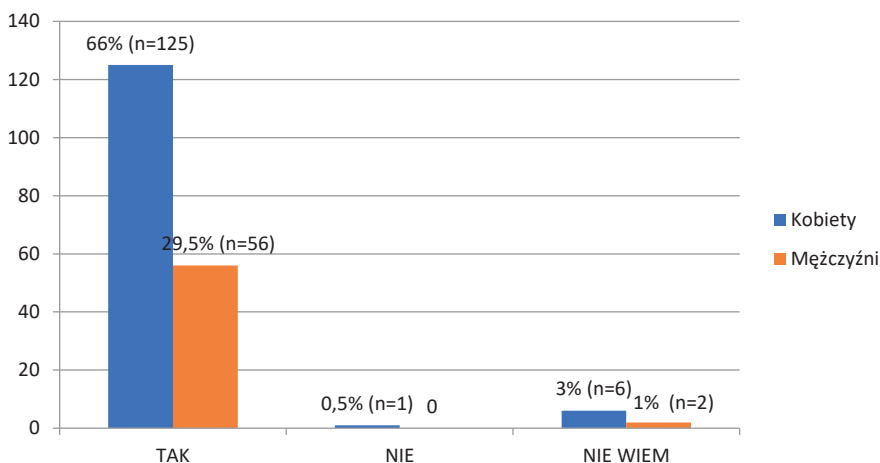
MATERIAŁ I METODA

Metodą pozwalającą odpowiedzieć na problem badawczy, dotyczący znajomości zasad udzielania pierwszej pomocy przez uczniów III Liceum Ogólnokształcącego w Pszczynie. W badaniu wykorzystano autorskie kwestionariusze ankiety. Arkusz ankiety obejmował: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wcześniejsze uczestnictwo w kursie pierwszej pomocy i członkostwo w organizacjach takich jak WOPR, GOPR, OSP itd. oraz 35 pytań dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy. Arkusz 35 pytań składała się z pytań dotyczących własnej oceny znajomości zasad pierwszej pomocy, znajomości numerów alarmowych do CPR i PRM, znajomości przepisów prawnych dotyczących udzielania pierwszej pomocy oraz zasad i technik podstawowych zabiegów resuscytacyjnych wykonywanych u osób dorosłych. W ostatniej grupie pytań znalazły się pytania dotyczące pomocy osobie zadławionej, postępowania w razie wystąpienia krwotoku, złamania, omdlenia, poparzenia i odmrożenia. Ostatnie pytanie dotyczyło postępowania w przypadku podejrzenia OZW u osoby starszej. Badanie przeprowadzono w grudniu 2018 roku, podczas zajęć lekcyjnych. Badaniu ankietowemu poddano 190 uczniów liceum ogólnokształcącego, ze wszystkich klas, z których 167

uczniów miało już wcześniej styczność z zagadnieniami związanymi z udzielaniem pierwszej pomocy.

WYNIKI BADAŃ I OMÓWIENIE

Zebrane wyniki, z przeprowadzonej autorskiej ankiety, wśród uczniów III Liceum Ogólnokształcącego w Pszczynie ukazują nam, że zdecydowana większość uczniów zadeklarowała znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy. 4% (n=8) ankietowanych zaznaczyło, że nie wie czy potrafi udzielić pierwszej pomocy, a jedna osoba podała, że nie potrafi udzielać pierwszej pomocy.



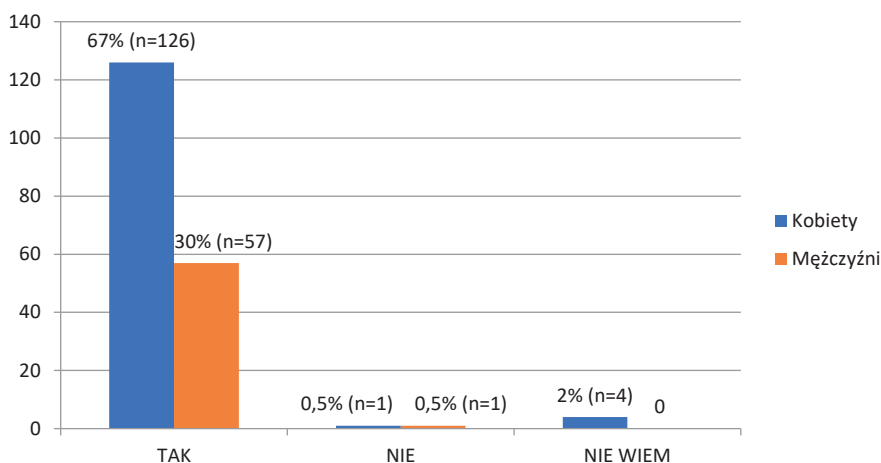
Ryc. 1. Odpowiedzi na pytanie pierwsze ankiety „Czy znasz zasady udzielania pierwszej pomocy?”. Źródło: opracowanie własne.

Poprawne numery alarmowe do CPR i PRM, ze wszystkich ankietowanych uczniów, podało ponad 95% osób biorących udział w badaniu. Osoby deklarujące przynależność do jednostek współpracujących z systemem ratownictwa udzielały odpowiedzi na nieco wyższym poziomie niż pozostała część uczniów. Na pytania dotyczące przepisów prawnych poprawnych odpowiedzi udzieliło ponad 93% (n=178) ankietowanych uczniów. 92% (n=174) uczniów udzieliło poprawnej odpowiedzi na pytanie związane z bezpieczeństwem osoby udzielającej pomocy. Właściwą kolejność czynności po podejściu do osoby poszkodowanej zaznaczyło 92% (n=174) osób. Wszyscy członkowie jednostek współpracujących z systemem udzielili

poprawnych odpowiedzi na te pytania. Na pytania związane z wezwaniem specjalistycznej pomocy poprawnych odpowiedzi udzieliło około 80% (n=141) ankietowanych. Na pytanie: „Czy szybkie wezwanie ZRM zwiększa szanse na przeżycie osoby poszkodowanej?” odpowiedzi: „Zdecydowanie tak” udzieliło ponad 90% (n=172) ankietowanych, „Raczej tak” 9% (n=17), a 0,5% (n=1) osób nie wiedziało, czy ma to jakikolwiek wpływ.

Poprawnie udrożnić drogi oddechowe potrafi, według danych z ankiety, prawie 96% (n=184) młodzieży biorącej udział w badaniu. Ocenę oddechu, w odpowiednim czasie 10 sekund, potrafi przeprowadzić około 93% (n=176) uczniów liceum w Pszczynie. Na te dwa pytania prawidłowych odpowiedzi udzielili wszyscy ankietowani członkowie jednostek współpracujących. Poprawną ilość oddechów, jakie należy wyczuć w czasie 10 sekund, podało 83% (n=162) ankietowanych. Umiejętność poprawnego ułożenia poszkodowanego w pozycji bezpiecznej zaznaczyło w ankiecie 94% (n=180) uczniów. Wszyscy członkowie jednostek współpracujących zaznaczyli, że potrafią ułożyć osobę poszkodowaną w pozycji bezpiecznej. Spośród wszystkich ankietowanych 92% zadeklarowało poprawne odpowiedzi na pytania, kiedy należy ułożyć poszkodowanego w pozycji bezpiecznej oraz czy należy kontrolować oddech u osoby ułożonej w takiej pozycji. Uczniowie deklarujący przynależność do WOPR, OSP i HDR odpowiedzieli poprawnie na oba pytania, z wyjątkiem jednej osoby, która błędnie udzieliła odpowiedzi na pytanie dotyczące okoliczności, kiedy należy ułożyć poszkodowanego w pozycji bezpiecznej. Poprawny moment odejścia z miejsca zdarzenia zadeklarowało ponad 95% (n=183) uczniów liceum, odpowiadając na pytanie 17 ankiety. Jedna osoba, należąca do WOPR, błędnie odpowiedziała na to pytanie.

Spośród wszystkich 190 ankietowanych, 52% (n=99), w tym 75 kobiet i 24 mężczyzn, udzieliło 6 poprawnych odpowiedzi na pytania dotyczące zasad przystępowania i prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Na siedem pytań dotyczących prawidłowości technicznego wykonywania RKO poprawnych odpowiedzi udzieliło łącznie 15% (n=28) uczniów liceum, w tym 24 kobiety. Wyniki te możemy porównać z ryciną 2, przedstawiającą deklaracje uczniów dotyczącą znajomości zasad prowadzenia RKO, gdzie w ankiecie znajomość tych zasad deklarowało 96% (n=183) wszystkich ankietowanych, w tym 126 kobiet i 57 mężczyzn, biorących udział w badaniu.



Ryc. 2. Odpowiedzi na pytanie osiemnaste ankiety: „Czy znasz zasady prowadzenia RKO (resuscytacji krążeniowo-oddechowej)?”. Źródło: opracowanie własne.

Spośród 17 członków jednostek współpracujących z systemem, co stanowi 9% wszystkich ankietowanych w tym badaniu, 12 ankietowanych udzieliło poprawnych odpowiedzi na pytania dotyczące zasad prowadzenia RKO. Pozostałe osoby odpowiedziały błędnie na jedno z pytań. Na pytania dotyczące poprawności technicznego wykonywania RKO, 4 osoby udzieliły poprawnych odpowiedzi na wszystkie te pytania.

Objawy mogące świadczyć o zadławieniu poprawie rozpoznać może około 80% uczniów, a wszyscy należący do jednostek współpracujących poprawie odpowiedzieli na to pytanie. Znajomością rękoczynu Heimlicha poprawnie zadeklarowało 67% (n=128) kobiet i mężczyzn. 3 członków jednostek współpracujących wskazało inny manewr niż manewr Heimlicha. 94,70% i 87,93% odpowiednio uczennic i uczniów poprawnie zadeklarowało sposób pomocy osobie zadławionej, a jeden członek WOPR wskazał błędną odpowiedź.

Właściwy sposób pomocy osobie z obfitym krwawieniem z ramienia zaznaczyło w ankiecie 69% (n=131) osób biorących udział w badaniu. Poprawnie na to pytanie odpowiedziało 58% (n=7) członków jednostek współpracujących z systemem biorących udział w badaniu. Natomiast odpowiednią pomoc osobie z krwotokiem z nosa, spośród wszystkich ankietowanych, zaznaczyło 86% (n=164). Znajomość poprawnego postępowania w przypadku podejrzenia złamania kości kończyny górnej deklaruje

91% (n=174) ankietowanych. 1 członek WOPR wskazał inną niż poprawna odpowiedź na pytanie dotyczące postępowania w razie podejrzenia złamania kości kończyny górnej. Poprawną pomoc osobie, która omdlała zadeklarowało 92% uczniów biorących udział w badaniu, natomiast 3 członków WOPR zaznaczyło błędne postępowanie w danej sytuacji. W przypadku poparzenia dłoni znajomością poprawnego postępowania wykazało się 72% (n=137) uczniów. 5 członków jednostek współpracujących z systemem źle odpowiedziało na to pytanie. Odpowiednie działania, jakie należy podjąć w przypadku odmrożenia dłoni wskazało 69% (n=132). 8 osób mających przeszkolenie z zakresu pierwszej pomocy w jednostkach współpracujących z systemem ratownictwa zaznaczyło poprawną odpowiedź na pytanie dotyczące odmrożeń.

W przypadku wystąpienia u osoby starszej bólu w klatce piersiowej poprawne postępowanie zadeklarowało 84% (n=160) uczniów. 3 członków należących do jednostek współpracujących z systemem podało błędne postępowanie w przypadku wystąpienia takiej sytuacji.

DYSKUSJA

Znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia daje możliwość podjęcia zdecydowanych i poprawnych działań ratujących osobę poszkodowaną. Poszerzanie wiedzy na ten temat, utrwalanie jej oraz ciągłe uzupełnianie braków powinno być naturalną rzeczą towarzyszącą wszystkim, na co dzień. W badaniach przeprowadzonych przez TNS OBOP „Gotowość i umiejętność Polaków w zakresie udzielania pierwszej pomocy” z 2003 roku autorzy wykazali, że ponad połowa osób w wieku powyżej 15. roku życia negatywnie ocenia swoje umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy, w przeciwieństwie do powyższego badania, gdzie uczniowie powyżej 15. roku życia zadeklarowali w zdecydowanej większości znajomość zasad udzielania pierwszej pomocy. Pozwala to stwierdzić, że na przestrzeni lat wiedza i świadomość wzrasta⁵⁷. Poddając analizie wyniki autorskiej ankiety, przeprowadzonej wśród uczniów III Liceum Ogólnokształcącego w Pszczynie, możemy zauważyć, że zdecydowana większość zarówno

⁵⁷ TNS OBOP, „Gotowość i umiejętność Polaków w zakresie udzielania pierwszej pomocy”, sondaż z 19-21 lipca 2003 roku, s. 2.

kobiet, jak i mężczyzn biorących udział w badaniu, deklaruje poprawne odpowiedzi na poszczególne pytania. Pozwala to stwierdzić, że poziom świadomości wśród tej grupy uczniów jest na zadowalającym poziomie. Podobne wnioski przedstawiono w „Journal of Clinical Healthcare” gdzie w artykule poświęconym tematyce dotyczącej zakresu wiedzy „High school youths’ knowledge on first aid” autorzy na podstawie własnych badań zauważyli, że poziom wiedzy dotyczącej pierwszej pomocy wśród badanej przez nich grupy uczniów jest wysoki. Autorzy zwrócili również uwagę na większą ilość poprawnych odpowiedzi na pytania dotyczące teorii niż praktyki wśród badanej grupy uczniów⁵⁸. Uczniowie biorący udział w ankiecie deklarują znajomość numeru alarmowego do Centrum Powiadamiania Ratunkowego na dość wysokim poziomie. Znajomość numeru alarmowego do Państwowego Ratownictwa Medycznego zadeklarowała zdecydowana większość ankietowanych, jednak część z nich podała niepoprawny numer. W badaniach przeprowadzonych i opublikowanych w „Journal of Clinical Healthcare” autorzy przedstawili również podobne wnioski dotyczące wiedzy respondentów odnośnie znajomości numerów alarmowych⁵⁹. Podsumowując poprawne odpowiedzi ankietowanych można zauważyć, że o ile poprawnych odpowiedzi na poszczególne pytania udzielała zdecydowana większość uczniów, o tyle po zestawieniu ze sobą odpowiedzi na pytania dotyczące techniki udzielania pierwszej pomocy wiedza o poszczególnych etapach algorytmu BLS nie jest już tak wysoka. Poprawnych odpowiedzi na te pytania udzieliło niewiele ponad 50% uczniów, co pozwala stwierdzić, że znajomość całości postępowania, w przypadku konieczności wykonania czynności ratujących życie osobie znajdującej się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia bądź zdrowia, nie jest już na tak wysokim poziomie, jak wybiórcza wiedza na tematy związane z pierwszą pomocą. Po przeanalizowaniu odpowiedzi, zestawionych 7 pytań dotyczących techniki wykonywania RKO u osoby poszkodowanej można zauważyć, że większość uczniów, biorących udział w badaniu, nie zna wszystkich wytycznych związanych z wykonywaniem resuscytacji krążeniowo-oddechowej u osoby z nagłym zatrzymaniem krążenia. Jedynie grupa prawie 15% uczniów zadeklarowała poprawne odpowiedzi na te pytania, co pozwala stwierdzić, że znają

⁵⁸ A. Jurczak, Z. Kopański, R. Gajdosz, *High school youths’ knowledge on first aid*, „Journal of Clinical Healthcare” 2015, nr 2, s. 28.

⁵⁹ Tamże, s. 33.

techniczne zasady wykonywania RKO. Podobne wnioski wysunęli autorzy publikujący swoje badania w „Journal of Clinical Healthcare”, gdzie przedstawili oni również dane wskazujące na wyższy poziom wiedzy teoretycznej w stosunku do wiedzy technicznego wykonywania określonych procedur⁶⁰. W badaniach przeprowadzonych przez Ewę Chemperek wraz ze współautorami z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie: „Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów w zakresie pierwszej pomocy”, można także zauważyć lepszą znajomość zagadnień teoretycznych nad zagadnieniami związanymi z technicznym wykonywaniem procedur⁶¹. Analizując odpowiedzi na ostatnie pytanie ankiety dotyczące postępowania z osobą, u której podejrzewa się ostry zespół wieńcowy można stwierdzić, że duża grupa ankietowanych uczniów postąpiłaby właściwie w przedstawionej sytuacji, co stanowi zadowalający poziom postępowania tej grupy uczniów w przypadku podejrzenia OZW. Poza analizą wiedzy uczniów uczestniczących w badaniu, dotyczącej szczegółowej znajomości zasad i techniki prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej u osoby z nagłym zatrzymaniem krążenia, znajomości wybranych numerów alarmowych i postępowania w przypadku podejrzenia u osoby starszej ostrego zespołu wieńcowego, przeprowadzone badania miały sprawdzić również ogólną wiedzę wybranej grupy uczniów na tematy pierwszej pomocy, związaną z zaopatrywaniem ran, krwawień, postępowania w sytuacjach, gdzie nie jest zagrożone bezpośrednio życie człowieka. Poddając ocenie odpowiedzi uczniów III Liceum Ogólnokształcącego w Pszczynie można stwierdzić, że większość uczniów biorących udział w badaniu potrafi rozpoznać stan zagrożenia i podjąć właściwe działania oraz potrafi postąpić w sposób prawidłowy w sytuacjach, kiedy osoba poszkodowana potrzebuje pomocy, ale nie jest w stanie zagrożenia życia. Zagadnienia dotyczące pierwszej pomocy ujęła w swoich badaniach Grażyna Nowak-Starz wraz ze współautorami w pracy pod tytułem „Poziom wiedzy młodzieży licealnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy”, Ewa Chemperek wraz ze współautorami z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz A. Jurczak wraz ze współautorami w artykule „Wiedza z zakresu pierwszej pomocy młodzieży ponadgimnazjalnej”. Analizując wyniki ich badań można zauważyć, że poziom wiedzy

⁶⁰ Tamże, s. 33

⁶¹ E. Chemperek, M. Goniewicz, A. Włoszczak-Szubzda, M. Wac-Górczyńska, G. Nowicki, A. Mikuła-Mazurkiewicz, *Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów w zakresie pierwszej pomocy*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2011, nr 17 s. 178.

z zakresu pierwszej pomocy uczniów biorących udział w badaniach jest na podobnym poziomie jak wśród ankietowanych uczniów III Liceum Ogólnokształcącego w Pszczynie⁶². Pośród uczniów biorących udział w badaniu była grup ankietowanych, która należała do jednostek współpracujących z państwowym systemem ratownictwa, takich jak OSP i WOPR, a także HDR działającej na terenie Pszczyny. Uczniowie deklarujący przynależność do wybranej organizacji odpowiadali na te same pytania, co pozostała grupa uczniów, dzięki czemu można porównać ich odpowiedzi z odpowiedziami pozostałych ankietowanych uczniów. Analizując odpowiedzi dotyczące znajomości numerów alarmowych do CPR i PRM uczniowie deklarujących przynależność do jednostek współpracujących z systemem i HDR odpowiedzieli poprawnie w ponad 90%. Stanowi to większy odsetek poprawnych odpowiedzi na pytania dotyczące znajomości wybranych numerów alarmowych w porównaniu do całej grupy ankietowanych uczniów.

W pytaniach dotyczących techniki wykonywania RKO u osoby z nagłym zatrzymaniem krążenia poprawnych odpowiedzi udzieliła większość z tej grupy ankietowanych, co pozwala stwierdzić, że grupa ta wykazuje większą znajomość zasad prowadzenia RKO. Na pytania z grupy dotyczącej technicznego wykonywania resuscytacji krążeniowo-oddechowej poprawnie odpowiedziało niewiele ponad 20% uczniów będących członkami OSP, WOPR czy HDR. Procent ten jest jedynie nieznacznie wyższy od tego, jaki uzyskali wszyscy uczniowie biorący udział w badaniu, co pozwala stwierdzić, że wiedza w tym zakresie nie jest na zadowalającym poziomie, biorąc pod uwagę przeszkolenie, jakie posiadają osoby należące do grupy uczniów będących członkami jednostek współpracujących z systemem ratownictwa i Harcerskiej Drużyny Ratowniczej. Analizując wybrane postępowanie tej grupy uczniów w przypadku podejrzenia u osoby starszej OZW można zauważyć podobny poziom wiedzy tych uczniów w porównaniu do wszystkich badanych. Wiedza ta jest na zadowalającym poziomie, biorąc pod uwagę treści, z jakimi byli oni zaznajamiani podczas kursów pierwszej pomocy czy kwalifikowanej pierwszej pomocy. Podsumowując odpowiedzi na poszczególne pytania ankiety uczniów będących członkami jednostek współpracujących z systemem i HDR można zauważyć, że poziom ich wiedzy jest nieco wyższy niż pozostałych uczniów biorących udział w ankiecie.

⁶² G. Nowak-Starz, A. Babiarz, A. Salwa, Siwek M., *Poziom wiedzy młodzieży licealnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy*, „Dobrostan a edukacja” 2016, s. 192.

WNIOSKI

1. Ankietowani uczniowie znają numery do Centrum Powiadamiania Ratunkowego i Państwowego Ratownictwa Medycznego.
2. Poziom wiedzy uczniów biorących udział w badaniu, dotyczący wiedzy z zakresu prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, nie jest na dobrym poziomie.
3. Prawidłowe postępowanie ze starszą osobą z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego zna zdecydowana większość uczniów uczestniczących w badaniu.
4. Poziom wiedzy uczniów na tematy związane z pierwszą pomocą jest na dobrym poziomie. Istnieją jednak tematy, które wymagają dodatkowego czasu na naukę i utrwalanie tej wiedzy, np. zagadnienia algorytmu BLS i technicznego wykonywania RKO.
5. Poziom wiedzy z zakresu pierwszej pomocy uczniów deklarujących przynależność do jednostek współpracujących z systemem ratownictwa i Harcerskiej Drużyny Ratunkowej jest na podobnym poziomie co pozostałych uczniów biorących udział w badaniu, poza zagadnieniami algorytmu prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej, gdzie wykazują się lepszą znajomością całości algorytmu.

BIBLIOGRAFIA

- Andres J., *Wytyczne resuscytacji 2015*, Kraków 2016.
- Bielecki T., *Traumatologia narządu ruchu dla studentów ratownictwa medycznego*, Bielsko-Biała 2016.
- Chemperek E., Goniewicz M., Włoszczak-Szubzda A., Wac-Górczyńska M., Nowicki G., Mikuła-Mazurkiewicz A., *Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów w zakresie pierwszej pomocy*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2011, nr 17.
- Dz. U. 2006 Nr 191, poz. 1410, ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym
- Gucwa J., Ostrowski M., *Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne i wybrane stany nagłe*, Kraków 2018.
- Jurczak A., Kopański Z., Gajdosz R., *High school youths' knowledge on first aid*, „Journal of Clinical Healthcare” 2015, nr 2.

Nowak-Starz G., Babiarz A., Salwa A., Siwek M., *Poziom wiedzy młodzieży licealnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy*, „Dobrostan a edukacja” 2016.

Plantz S.H., Wipfler E.J., *Medycyna ratunkowa*, Wrocław 2015.

Szczeklik A., *Interna Szczeklika 2017/18*, mały podręcznik, wydanie IX, Kraków 2017.

TNS OBOP „Gotowość i umiejętność Polaków w zakresie udzielania pierwszej pomocy”, sondaż z 19-21 lipca 2003 roku.

Traczyk W., *Fizjologia człowieka w zarysie*, wydanie VIII – uaktualnione, Warszawa 2010.

Wytyczne American Heart Association 2017.

Zawadzki A., *Medycyna ratunkowa i katastrof*, Wyd. I, Warszawa 2007.

PSYCHICZNE KOSZTY PANDEMII COVID-19 WŚRÓD PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Agata Słupska

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
a.slupska@op.pl

Magdalena Wichary

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
magda7y7@op.pl
ORCID: 0000-0003-1882-1328

ABSTRACT

Introduction: The pandemic situation is not a new phenomenon. In the history of mankind, pandemics have happened frequently, it is enough to recall the Spanish flu epidemic in Europe, SARS in Asia or AIDS all over the world. The SARS-CoV-2 pandemic, due to the progressing globalization, has rapidly spread to all countries and the COVID-9 disease sows fear. In order to fight the rapidly spreading disease, governments and their institutions have implemented restrictions, isolation and restriction of civil liberties. Prolonged quarantine and the threat of a fatal disease are not indifferent to the mental health of all people, including medical workers.

Objective: The point of the research was to understand and assess the psychophysical burden related to work during a pandemic, the risk of depression symptoms and post-traumatic

STRESZCZENIE

Wstęp: Sytuacja pandemiczna nie jest zjawiskiem nowym. W historii ludzkości pandemie zdarzały się często, wystarczy przypomnieć epidemię grypy hiszpanki w Europie, SARS w Azji czy AIDS na całym świecie. Pandemia SARS-CoV-2, wskutek postępującej globalizacji, w szybkim tempie opanowała wszystkie kraje, a choroba COVID-19 sieje strach. W celu walki z szybko rozprzestrzeniającą się chorobą rządy i podlegające im instytucje wprowadziły restrykcje, izolację i ograniczenie swobód obywatelskich. Przedłużająca się kwarantanna i zagrożenie śmiertelną chorobą nie pozostają obojętne dla zdrowia psychicznego wszystkich ludzi, włączając w to pracowników medycznych.

Cel: Celem badań było poznanie i ocena obciążeń psychofizycznych związanych z pracą w czasie pandemii, ryzyka wystąpienia objawów depresji

stress disorder (PTSD), depending on variables such as gender, age, seniority and occupation, and an attempt to develop recommendations regarding support for medical workers.

Material and methods: The study included 123 employees of various medical professions. The research tool was a questionnaire containing author's questions and standardised tests for detecting symptoms of depression PHQ-9 and PCL-C post-traumatic stress disorder. The survey was conducted from October 8th to November 2nd, 2020 by posting a questionnaire on the Google Forms website. The respondents answered the questions anonymously and voluntarily.

Results: The study involved 108 women and 15 men, professionally active, the vast majority of whom were nurses. More than a half of the respondents were over 40 years of age, the great majority were people with work experience of up to 20 years. The highest percentage of respondents indicated that the source of stress was chaos in decisions, shortages in personal protective equipment, the risk of a severe course of the disease in relatives and the risk of quarantine and isolation. Most of the respondents felt much more tired in connection with work in a pandemic situation and the psychophysical burden had an impact on the effectiveness of their work. Most of the respondents did not experience major changes in social

i zespołu stresu pourazowego (PTSD) w zależności od zmiennych, takich jak płeć, wiek, staż pracy i wykonywany zawód, oraz próba opracowania rekomendacji dotyczących wsparcia pracowników medycznych.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 123 pracowników wykonujących różne zawody medyczne. Narzędziem badawczym był kwestionariusz zawierający pytania autorskie oraz standaryzowane testy w kierunku wykrywania objawów depresji PHQ-9 i zespołu stresu pourazowego PCL-C. Badanie przeprowadzono w okresie od października do listopada 2020 r., umieszczając kwestionariusz na stronie internetowej Formularze Google. Ankietowani odpowiadali na pytania anonimowo i dobrowolnie.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 108 kobiet i 15 mężczyzn, aktywnych zawodowo, z czego zdecydowaną większość stanowiły pielęgniarki. Ponad połowa badanych przekroczyła 40. rok życia, znaczną większość stanowiły osoby o stażu pracy do 20 lat. Najwyższy odsetek ankietowanych jako źródło stresu wskazał chaos decyzyjny, braki w środkach ochrony osobistej, ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u osób bliskich i ryzyko kwarantanny i izolacji. Większość respondentów odczuwało zdecydowanie większe zmęczenie w związku z pracą w sytuacji pandemii, a obciążenia psychofizyczne miały wpływ na efektywność ich pracy. W relacjach społecznych u większości badanych nie zaszły większe zmiany, choć

relations, although some of them indicated more frequent conflicts at work and an increase in aggressive attitudes among patients. Most of the respondents also did not feel any difference in social perception in relation to the work they performed. More than a half of respondents coped with stress by socializing and relaxing with music, books and television. The rarest method of coping with stress was relaxation during yoga, meditation and breathing workshops, and a negligible percentage of the respondents used professional psychological care. A fairly large percentage of respondents dealt with tension in an anti-health manner by isolating themselves from people, smoking more than usual amounts of cigarettes and drinking more alcohol than before. A small group of people took sedatives and sleeping pills regularly. Most of the subjects showed either no symptoms of depression or mild to moderate symptoms of depression, while more than half had moderate, moderately numerous and multiple symptoms of PTSD. The level of depressive symptoms and PTSD did not depend on the age, sex and years of work of the respondents, and there was no such relations in connection with the profession of a nurse, paramedic and physician. A high percentage of the respondents reported insomnia, poor concentration, excessive reaction to external stimuli as well as irritation and outbursts of anger. The respondents expect support in the form of additional funds,

część z nich wskazała na częstsze powstawanie konfliktów w pracy i wzrost postaw agresywnych wśród pacjentów. Większość respondentów nie odczuwała też różnicy w odbiorze społecznym w związku z wykonywaną pracą. Ponad połowa ankietowanych radziła sobie ze stresem, utrzymując kontakty towarzyskie i relaksując się przy muzyce, książce i telewizji. Najrzadszą metodą radzenia sobie ze stresem była relaksacja przy ćwiczeniu jogi, medytacji i warsztatów oddechowych, a znikomy odsetek badanych korzystał z profesjonalnej opieki psychologicznej. Dość duży odsetek badanych radził sobie z napięciem w sposób antyzdrowotny przez izolowanie się od ludzi, palenie większej, niż zazwyczaj, ilości papierosów i wypijanie większej, niż zazwyczaj, ilości alkoholu. Niewielka grupa regularnie zażywała środki uspokajające i nasenne. Większość badanych nie przejawiała objawów depresji lub wykazała łagodne lub umiarkowane jej symptomy, natomiast u ponad połowy odnotowano umiarkowane, umiarkowanie liczne i liczne objawy PTSD. Poziom objawów depresyjnych i PTSD nie zależał od wieku, płci i stażu pracy badanych, nie wykazano też takich zależności w związku z wykonywanym zawodem pielęgniarki, ratownika medycznego i lekarza. Wysoki odsetek badanych zgłaszał bezsenność, zaburzenia koncentracji, nadmierną reakcję na bodźce zewnętrzne oraz irytację i wybuchy gniewu. Badani oczekują wsparcia w postaci dodatkowych

care and appreciation, systematic testing for infection, the provision of better quality personal protective equipment, flexible work schedule and staff support, and provision of housing in case of necessary isolation.

Conclusions: There is a high level of psychophysical burden among medical staff working during the pandemic. Exposure to stress, aggression, anxiety and frustration increase the likelihood of developing mental disorders in people working during the ongoing pandemic.

Most of the subjects did not show any symptoms of depression or showed mild or moderate ones, while more than half had moderate, moderately numerous and numerous symptoms of PTSD. The most distressing symptoms among respondents, resulting from the workload during the pandemic are: concentration disorders, insomnia, fatigue, hypersensitivity to external stimuli, irritation and outbursts of anger. The severity neither of depressive symptoms nor of post-traumatic stress disorder depends on age, gender, seniority level or occupation. Psychological support, ensuring safety and comfort of work, enabling rest and providing additional remuneration are the priorities of government and local institutions in order to protect mental health of medical staff.

Keywords: medical workers, psychophysical stress, depression, PTSD, COVID-19 pandemic.

środków finansowych, troski i docenienia, systematycznego testowania w kierunku zakażenia, zaopatrzenia w środki ochrony osobistej lepszej jakości, elastycznego grafiku pracy i wsparcia kadrowego oraz zapewnienia mieszkania w razie konieczności izolacji.

Wnioski: Wśród pracowników medycznych wykonujących pracę w okresie pandemii występuje wysoki stopień obciążenia psychofizycznego. Narażenie na stres, agresję, lęk i frustrację zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych u osób pracujących w okresie trwającej pandemii. Większość badanych nie przejawiała objawów depresji lub wykazała łagodne lub umiarkowane jej symptomy, natomiast u ponad połowy odnotowano umiarkowane, umiarkowanie liczne i liczne objawy PTSD. Niepokojące objawy wynikające z obciążenia pracą w okresie pandemii wśród respondentów to zaburzenia koncentracji, bezsenność, poczucie zmęczenia, nadmierna reakcja na bodziec zewnętrzny oraz irytacja i wybuchy gniewu. Nasilenie objawów depresyjnych i objawów zespołu stresu pourazowego nie jest zależne od wieku, płci, stażu pracy oraz wykonywanego zawodu. Wsparcie psychologiczne, zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu pracy, umożliwienie odpoczynku i zapewnienie dodatkowego wynagrodzenia za pracę należy do priorytetowych działań instytucji rządowych i lokalnych,

w celu ochrony zdrowia psychicznego personelu medycznego.

Słowa kluczowe: personel medyczny, obciążenie psychofizyczne, depresja, PTSD, pandemia COVID-19.

WSTĘP

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2, powodującego chorobę COVID-19 zaskoczyła cały świat. Początkowo informacje z dalekich Chin przyjęto z niedowierzaniem ale i spokojem, pamiętając o epidemii SARS, która odbierana była jako zjawisko „lokalne” i egzotyczne, a więc odległe. Tymczasem już w styczniu 2020 roku Francja jako pierwszy kraj w Europie zgłosiła przypadki zakażenia SARS-CoV-2 u osób powracających z Wuhan, a 11 marca Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię wirusa.

Działanie rządów i instytucji zdrowia publicznego nakierowano na walkę z szybko rozprzestrzeniającą się, nieznaną i śmiertelną chorobą. W krótkim czasie wprowadzono restrykcje, izolację wielu ludzi i ograniczenie swobód obywatelskich. Życie całej ludzkości w ciągu kilku tygodni zmieniło się, a każdy człowiek musiał dostosować się do nowej rzeczywistości. Codzienne zachowania i przyzwyczajenia uległy ograniczeniom, które dotknęły wszystkich obszarów życia: rodziny, relacji z bliskimi czy pracy. Ludzie stopniowo musieli ograniczać swoją aktywność i dbanie o siebie w naturalny, znany sposób.

Wybuch pandemii i jej trwanie nie pozostają obojętne dla zdrowia psychicznego każdego człowieka. Kwarantanna i izolacja, zachowanie dystansu wobec innych ludzi wpływają niekorzystnie na poziom odczuwanego komfortu psychicznego. Permanentny stres, powodowany obawą o własne życie i zdrowie, prowadzić może do stanów lękowych, depresji, a w konsekwencji do przewlekłego cierpienia psychicznego i zespołu stresu pourazowego¹. Narażenie na głęboki, przedłużający się stres dotyka całego społeczeństwa, w tym pracowników ochrony zdrowia, którzy mają bezpośredni kontakt z chorymi i umierającymi na COVID-19.

¹ P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2010, s. 429-443.

W badaniu skupiono się na ocenie zagrożeń psychofizycznych wśród personelu medycznego, pracującego w warunkach trwającej pandemii, z uwzględnieniem szczególnego narażenia na wystąpienie zaburzeń depresyjnych i zespołu stresu pourazowego. Uzyskane wyniki badań dostarczyły informacji, które zaowocowały podjęciem próby wypracowania rekomendacji dotyczących wsparcia pracowników medycznych w czasie trwania tych nadzwyczajnych, groźnych dla życia i zdrowia, uwarunkowań nowej rzeczywistości.

Celem badań było poznanie i ocena obciążeń psychofizycznych związanych z pracą w czasie pandemii, ryzyka wystąpienia objawów depresji i zespołu stresu pourazowego (PTSD) w zależności od zmiennych, takich jak płeć, wiek, staż pracy i wykonywany zawód, oraz próba opracowania rekomendacji dotyczących wsparcia pracowników medycznych.

METODOLOGIA

Badanie przeprowadzono w okresie od października do listopada 2020 roku wśród 123 osób wykonujących różne zawody medyczne.

W celu zebrania danych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego za pomocą anonimowej ankiety, której kwestionariusz umieszczono na stronie internetowej Formularze Google. Link do kwestionariusza, wraz z zaproszeniem do jego wypełnienia, rozesłano drogą elektroniczną do osób pracujących w zawodach medycznych. W przeprowadzonych badaniach posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety oraz skorzystano z dwóch standardowych narzędzi badawczych:

- Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*, Test Dziewięciu Pytań) służącego do przesiewowego badania w kierunku depresji;
- Testu PCL-C (*PTSD Check List – Civilian Version*) do wykrywania symptomów zespołu stresu pourazowego.

Kwestionariusz ankiety podzielony był na dwie sekcje, z których w pierwszej zawarto 7 pytań dotyczących respondenta oraz 22 pytania zasadnicze, w tym 9 pytań testu PHQ-9 (pytania od 11 do 19). W sekcji drugiej, przeznaczonej tylko dla respondentów, którzy zadeklarowali bezpośredni kontakt z pacjentem z rozpoznanym zakażeniem SARS-CoV-2, umieszczono test PCL-C, składający się z 17 pytań.

Pytania dotyczące respondenta, tzw. metryczka, zawierały 5 pytań zamkniętych i 2 półotwarte, natomiast wśród pytań zasadniczych zamieszczono 19 pytań zamkniętych i 3 pytania półotwarte w formie kafeterii z możliwością jednokrotnego i wielokrotnego wyboru odpowiedzi oraz przeprowadzono wymienione wyżej testy w kierunku wykrywania objawów depresji i zespołu stresu pourazowego.

Do zbadania poziomu objawów depresji w badanej grupie wykorzystano Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9, przetłumaczony i walidowany do polskiej wersji, a udostępniony przez firmę Pfizer Inc. Jest to proste i szybkie narzędzie przesiewowe, umożliwiające zarówno diagnozowanie depresji, jak i ocenę nasilenia jej objawów, polecane do szerokiego stosowania przez lekarzy POZ. Kwestionariusz charakteryzuje się wysoką rzetelnością – współczynnik spójności wewnętrznej α Cronbacha wynosi 0,88. Kwestionariusz składa się z 9 pytań, odpowiedzi na każde pytanie punktowane są w skali od 0 do 3, w zależności od częstości występowania danego objawu w ciągu ostatnich dwóch tygodni, gdzie 0 oznacza „wcale”, a 3 „niemal codziennie”. Maksymalna liczba punktów wynosi 27, co świadczy o największym możliwym nasileniu objawów depresji, natomiast wynik do 5 punktów oznacza brak objawów. Punktacja w zakresie skali przedstawia się następująco:

- 0-4 pkt – bez depresji,
- 5-9 pkt – łagodne objawy depresji,
- 10-14 pkt – umiarkowana depresja,
- 15-19 pkt – umiarkowanie ciężka depresja,
- 20-27 pkt – ciężka depresja².

W niniejszej pracy użyto kwestionariusza wyłącznie do zbadania, czy wśród osób grupy badanej występują objawy depresji i w jakim nasileniu, a nie do diagnozowania samej choroby, pozostawiając to profesjonalistom w tej dziedzinie. Kwestionariusz wykorzystano ze względu na jego prostotę i możliwość samodzielnego wykonania go przez badaną osobę.

Do oceny nasilenia objawów zespołu stresu pourazowego wykorzystano kwestionariusz *PTSD-CheckList-Civilian Version* (PCL-C) – wersję

² Zob. K. Tomaszewski, M. Zarychta, A. Bieńkowska i in., *Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych*, „Psychiatria Polska” 2011, Tom XIV, s. 223-233; Ł. Świącicki, *Rozpoznawanie depresji w praktyce lekarza POZ*, [broшуra] Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2017.

cywilną. Jest to jedno z narzędzi opracowanych przez specjalistów z amerykańskiego Narodowego Centrum PTSD, stosowanych już od 1994 roku, początkowo wśród weteranów wojennych, a dostosowanego do wersji cywilnej i uznawanego przez wielu badaczy za przydatne do diagnozowania i monitorowania pacjentów z PTSD. Kwestionariusz cechuje wysoka spójność wewnętrzna – wskaźnik α Cronbacha wynosi 0,94. Test PCL-C złożony jest z 17 pytań odnoszących się do odczuć i zachowań respondenta na przestrzeni ostatniego miesiąca i służy do wykrywania symptomów PTSD w trzech obszarach:

- ponownego doświadczania przeżycia,
- unikania lub zmniejszenia wrażliwości na bodźce,
- nadmiernego pobudzenia.

Każde pytanie jest punktowane w skali od 1 do 5, w zależności od nasilenia odczuć, ocenianych samodzielnie przez respondenta, gdzie 1 oznacza „w ogóle”, a 5 „bardzo często”. Najniższa, liczba punktów wynosi 17, najwyższa 85. Punktacja po zsumowaniu przedstawia się następująco:

- 17-29 pkt – brak lub nieliczne objawy PTSD,
- 30-44 pkt – umiarkowane lub umiarkowanie liczne objawy PTSD,
- 45-85 pkt – liczne objawy PTSD³.

Test można interpretować na dwa sposoby: przez zsumowanie wszystkich elementów otrzymuje się ogólny wynik poziomu występowania objawów PTSD lub poprzez traktowanie każdej kategorii objawów z danego obszaru zgodnie z kryteriami diagnostycznymi PTSD przy spełnieniu warunków klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV, uznanej skali oceny funkcjonowania pacjenta⁴.

W badaniu wykorzystano tłumaczenie testu z języka angielskiego, dokonane przez psychologa-psychoterapeutę, Panią Ninę Babińską-Skalską, a umieszczone na jej blogu *Psychologia zaburzeń*⁵ do otwartego stosowania przez osoby dorosłe. Mimo to, w październiku 2020 roku zwrócono się drogą mailową do autorki z prośbą o wyrażenie zgody na wykorzystanie

³ Department of Veterans Affairs. Traumatic Brain Injury (TBI) Instruments User Manual. kwiecień 2018, <https://www.va.gov/> [online:: 11.06.2020]

⁴ A. Reber, *Słownik psychologii*, Warszawa 2000, s. 369

⁵ N. Babińska-Skalska, <https://psychologiazaburzen.pl/>. <https://psychologiazaburzen.pl/pcl-c-test-na-ptsd-zespol-stresu-pourazowego/> [dostęp: 25.09.2020]..

jej tłumaczenia kwestionariusza na potrzeby niniejszej pracy – niestety, nie uzyskano żadnej odpowiedzi.

Po wstępnej analizie wyników surowych, zapisanych w tabelach 1 i 2, w niniejszym badaniu wykorzystano obie interpretacje z uwagi na uzyskanie przez osoby badane zwiększonej liczby punktów w obszarach związanych z obniżeniem nastroju, utratą zainteresowania i satysfakcji z wykonywanych czynności, poczuciem zdystansowania od ludzi i braku perspektyw oraz sferą nadmiernej pobudliwości. W wymienionych obszarach zastosowano wytyczne kryteriów DSM-IV, gdzie warianty odpowiedzi 3-5 pkt (umiarkowane lub wyższe) traktowano jako objawowe, a 1-2 pkt jako bezobjawowe. Również w tym przypadku wyników testu nie interpretowano w kategoriach stawiania diagnozy, lecz użyto go wyłącznie do zbadania poziomu objawów występujących w grupie badanej oraz konfrontacji uzyskanych wyników w badanych obszarach z wynikami innych badaczy. Wartość współczynnika mierzonego Alfą Cronbacha w niniejszym badaniu wyniosła dla PHQ-9 $\alpha=0,89$, natomiast dla PCL-C $\alpha=0,94$, co oznacza doskonałą spójność wewnętrzną użytych narzędzi.

WYNIKI BADAŃ

W badaniu wzięły udział 123 osoby, z czego większość stanowiły kobiety – 108 (87,8%), natomiast mężczyźni było 15 (12,2%). Ponad połowę badanych stanowiły osoby powyżej 40. roku życia ($n=65$; 52,8%), w tym największy odsetek w grupie wiekowej między 42. a 50. rokiem życia ($n=41$; 33,3%). Połowa ankietowanych mieszkała w aglomeracjach powyżej 100 tysięcy mieszkańców ($n=62$; 50,4%), a blisko ¼ osób w mieście od 20 do 100 tysięcy mieszkańców ($n=30$; 24,4%). W mieście do 20 tysięcy mieszkańców zamieszkiwało 18 (14,6%) respondentów, natomiast mniejsze miejscowości i wsie jako miejsce zamieszkania podało 13 (10,6%) osób. Zdecydowana większość badanych zadeklarowała wykształcenie wyższe, w tym na poziomie magisterskim 62 (50,4%) osoby, a na licencjackim 46 (37,4%) osób. Wykształcenie średnie deklaroowało 10 (8,1%) osób, a pomaturalne 3 (2,4%) osoby. Dwoje ankietowanych osiągnęło stopień naukowy doktora (1,6%). Grupę badaną stanowiły osoby aktywne zawodowo, z czego ⅔ pracujących w zawodzie pielęgniarstwa/pielęgniarki i położnej ($n=82$; 66,7%), jako ratownik medyczny 16 (13%) osób, jako lekarz 11 (8,9%)

osób, a 14 (11,4%) osób jako przedstawiciele innych zawodów medycznych. W tej grupie największy odsetek stanowili fizjoterapeuci (n=9, 7,3%).

Największy odsetek badanych jako miejsce pracy zadeklarowało oddział szpitalny (n=59; 48%), a pojedyncze osoby (n=5; 4%) wskazały konkretne miejsce, np. stacja dializ, Oddział Intensywnej Terapii czy blok operacyjny. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) bądź w szpitalnej izbie przyjęć pracowało 18 (14,6%) osób, pracę w Szpitalu Jednoimiennym lub Oddziale Zakaźnym deklarowało 7 (5,7%) osób. W Zespole Ratownictwa Medycznego (ZRM) lub Centrum Ratownictwa Medycznego (CRM) pracowało 11 (8,9%) osób, a w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) 8 (6,5%) osób. Pozostałe 15 (12,3%) osób pracowało w innych miejscach, w tym w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta, laboratorium, szpitalnej aptece lub prywatnym gabinecie.

Znaczną większość respondentów stanowiły osoby o stażu pracy do 20 lat (n=71; 57,7%), z czego ponad połowa pracowała od 11 do 20 lat (n=35; 28,5%), co stanowi najwyższy odsetek wśród wszystkich badanych. Najmniejszą grupą badanych były osoby deklarujące staż pracy między 6 a 10 lat (n=11; 8,9%).

Cała grupa badanych (n=123; 100%) odpowiedziała na pytania z pierwszej sekcji kwestionariusza ankiety, dotyczące obciążeń psychofizycznych w trakcie trwania pandemii. Wśród pytań zamieszczono również test PHQ-9, który posłużył do zbadania poziomu objawów depresji u wszystkich ankietowanych.

W sekcji drugiej kwestionariusza ankiety zamieszczono test PCL-C, przeznaczony do wykrywania objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD). Sekcja przeznaczona była wyłącznie dla grupy respondentów, która zadeklarowała bezpośredni kontakt w pracy z osobami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2. Grupa ta liczyła 93 (75,6%) osoby, natomiast 30 (24,4%) respondentów, którzy nie mieli styczności z zakażonym pacjentem, zakończyło ankietę po udzieleniu odpowiedzi na pytania z sekcji pierwszej.

Na pytanie o największe stresory związane z początkowym okresem pandemii respondenci mogli udzielić co najmniej jednej, ale nie więcej niż ośmiu spośród zamieszczonych 22 propozycji odpowiedzi do wyboru. Mogli również wpisać własną odpowiedź, zgodnie ze swoją hierarchią wartości. Wśród proponowanych odpowiedzi największy odsetek wskazań osób ankietowanych otrzymała kolejno:

- chaos decyzyjny – 76 (61,8%) osób;
- niedostatek środków ochrony osobistej – 63 (51,2%) osoby;
- ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u najbliższych – 58 (47,2%) osób;
- ryzyko kwarantanny i izolacji – 56 (45,5%) osób;
- nieadekwatność działań instytucji i urzędów oraz często zmieniające się procedury – w obu po 53 (43,1%) osoby;
- brak dostępu do wiarygodnych informacji – 52 (42,3%) osoby.

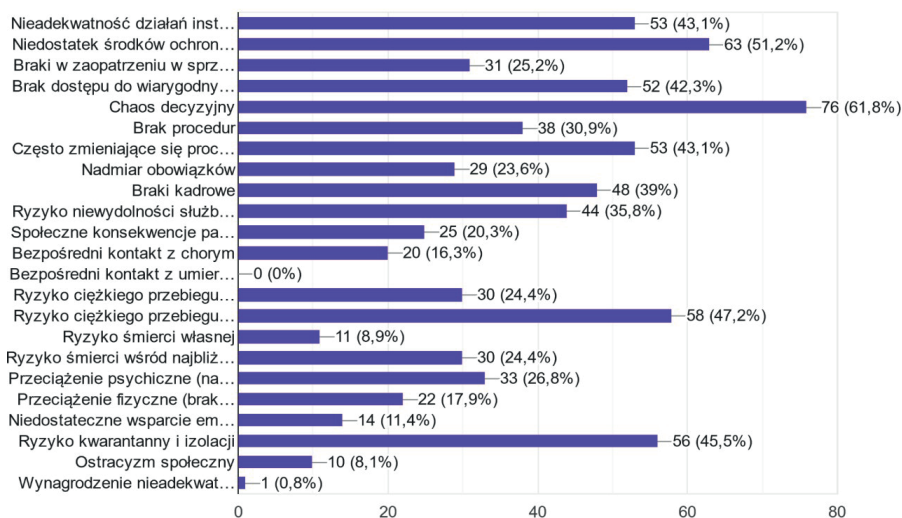
W dalszej kolejności respondenci jako źródło stresu wskazywali:

- braki kadrowe (n=48; 39%);
- ryzyko niewydolności służby zdrowia (n=44; 35,8%);
- brak procedur (n=38; 30,9%)
- przeciążenie psychiczne rozumiane jako nadmiar bodźców i brak relaksu (n=33; 26,8%);
- braki w zaopatrzeniu w sprzęt medyczny (n=31; 25,2%)
- ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u siebie i ryzyko śmierci najbliższych (w obu odpowiedziach n=30; 24,4%);
- nadmiar obowiązków (n=29; 23,6%).

Společnych konsekwencji pandemii w postaci utraty pracy i niedostępności zasobów, takich jak żywność, dostęp do lekarza czy utraty płynności finansowej, obawiała się $\frac{1}{5}$ ankietowanych (n=25; 20,3%). Przeciążenie fizyczne i obawę przed bezpośrednim kontaktem z pacjentem zakażonym wskazało kolejno 22 (17,9%) i 20 (16,3%) osób. Najmniejszy odsetek badanych wskazał na niedostateczne wsparcie emocjonalne (n=14; 11,4%), ryzyko śmierci własnej (n=11; 8,9%) i ostracyzm społeczny (n=10; 8,1%). Żadna z osób badanych nie uznała za stresujący bezpośredni kontakt z umierającym pacjentem, natomiast jedna osoba jako stresor wpisała wynagrodzenie nieadekwatne do pracy i sytuacji. Graficzny zapis odpowiedzi respondentów przedstawia rycina 1.

1. Co w pierwszej fazie pandemii wzbudzało u Pani/Pana największe obawy?

123 odpowiedzi

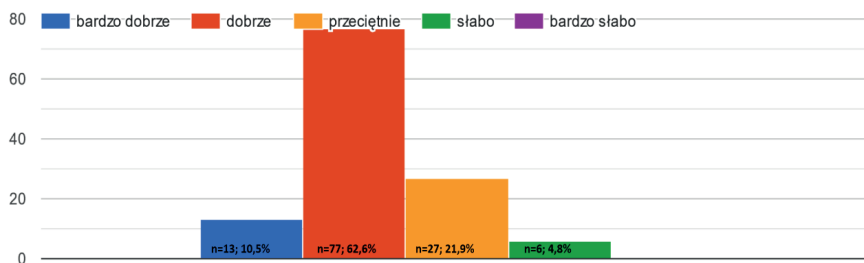


Ryc. 1. Źródła stresu w pierwszej fazie pandemii w badanej grupie z uwzględnieniem rozkładu procentowego [n=123].

Dwa kolejne pytania dotyczyły obecnej oceny własnego przygotowania zawodowego i przygotowanie zakładu pracy do działania w sytuacji kryzysowej.

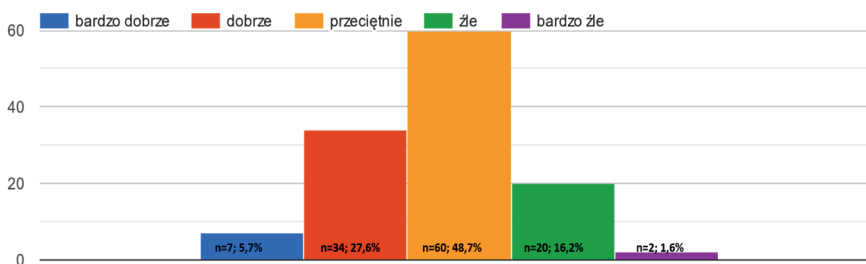
Co dziesiąty respondent uznał swoje zawodowe przygotowanie do pracy w sytuacji kryzysowej za bardzo dobre (n=13; 10,5%), natomiast tylko 7 (5,7%) osób za takie samo uważa przygotowanie pracodawcy. Jako dobre swoje umiejętności zawodowe i przygotowanie pracodawcy uznało kolejno 77 (62,6%) osób i 34 (27,6%) osoby. Przeciętnie przygotowanie swoje i pracodawcy oceniło w kolejności 27 (21,9%) osób i 60 (48,7%) osób. Blisko co dwudziesty badany (n=6; 4,8%) uważa, że jest słabo przygotowany do pracy w sytuacji kryzysowej. Natomiast źle i bardzo źle przygotowanie pracodawcy ocenia 22 (kolejno: n=20, 16,2%; n=2; 1,6%) respondentów. Ocenę własnego przygotowania zawodowego i przygotowania pracodawcy do pracy w czasie pandemii przedstawiono na rycinach 2 i 3.

2. Jak obecnie ocenia Pani/Pan swoje przygotowanie zawodowe do pracy w sytuacji kryzysowej?



Ryc. 2. Subiektywna ocena własnego przygotowania zawodowego do pracy w sytuacji kryzysowej w grupie badanej [n=123].

3. Jak obecnie ocenia Pani/Pan przygotowanie swojej placówki do działania w czasie pandemii?



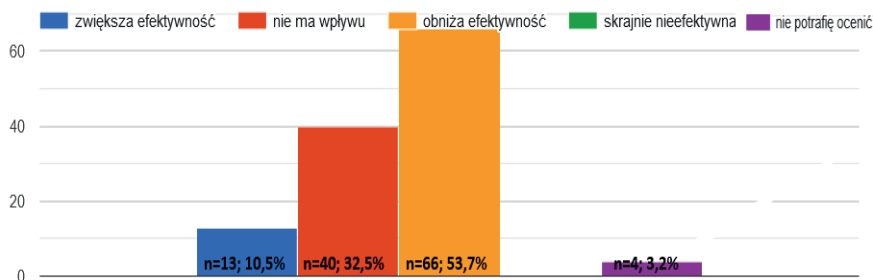
Ryc. 3. Subiektywna ocena przygotowania pracodawcy do działania w czasie pandemii w badanej grupie [n=123].

W kolejnych dwóch pytaniach poproszono respondentów o ocenę, czy zwiększone obciążenie psychofizyczne wpływa na ich sprawność zawodową oraz o subiektywne poczucie zmęczenia.

Ponad połowa badanych (n=66; 53,7%) przyznała, że praca w warunkach zwiększonych obciążeń psychofizycznych obniża efektywność, natomiast co dziesiąty respondent był przeciwnego zdania (n=13; 10,5%). Mniej niż 1/3 z grupy badanych (n=40, 32,%) uznała, że sytuacja pandemii nie ma wpływu na efektywność ich pracy. Tylko 4 (3,2%) osoby nie potrafiły ocenić, czy ich sprawność zawodowa zależy od przeciążeń psychofizycznych, a żaden z respondentów nie wskazał na skrajną nieefektywność. Ocenę wpływu

większych obciążeń psychofizycznych na sprawność zawodową badanych przedstawia rycina 4.

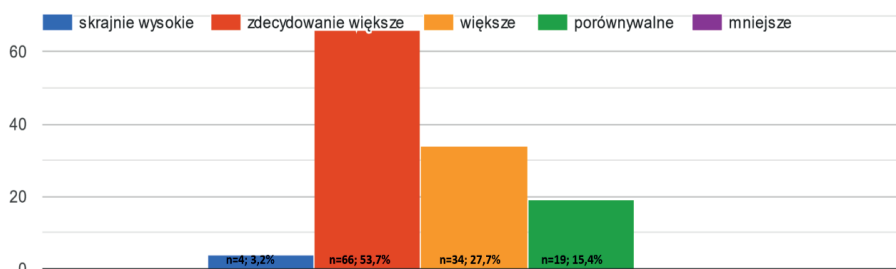
4. Jak ocenia Pani/Pan wpływ większego obciążenia psychofizycznego w sytuacji kryzysowej na swoją sprawność zawodową?



Ryc. 4. Wpływ obciążeń psychofizycznych na efektywność pracy w odczuciu grupy badanej [n=123].

Poczucie ogólnego zmęczenia, związanego z sytuacją pandemii, jako skrajnie wysokie oceniło tylko 4 (3,2%) badanych, natomiast nikt z grupy nie uznał, że jest mniejsze, niż przed tym faktem. Zmęczenie porównywalne z pracą przed pandemią zadeklarowało 19 (15,4%) osób. Ponad połowa badanych wskazała na zdecydowanie większe zmęczenie (n=66; 53,7%), a ponad ¼ (n=34; 27,7%) oceniła je na większe niż przed pandemią. Rycina 5 przedstawia subiektywną ocenę własnego zmęczenia osób w grupie badanej.

5. Jak ocenia Pani/Pan swoje ogólne zmęczenie związane z obecną sytuacją?

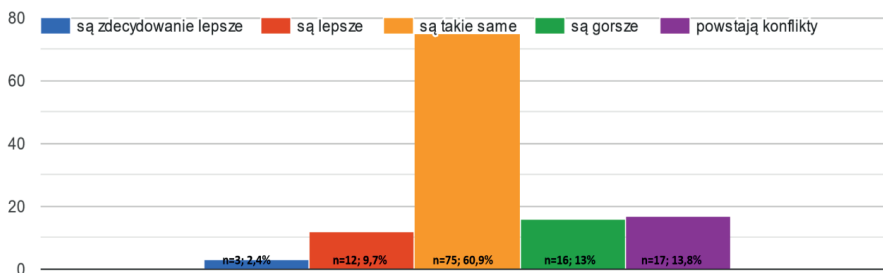


Ryc. 5. Subiektywne poczucie zmęczenia w grupie badanej [n=123].

W następnej kolejności postanowiono zapytać badanych o ich relacje społeczne na tle sytuacji kryzysowej. W pytaniu o wpływ pandemii na stosunki interpersonalne w miejscu pracy zdecydowana większość badanych uważa, że są takie same ($n=75$; 60,9%). Na poprawę relacji z innymi pracownikami wskazało w sumie 15 osób, w tym 12 (9,7%) uznało je za lepsze, a tylko 3 (2,4%) za zdecydowanie lepsze niż przed pandemią. Ponad $\frac{1}{4}$ badanych uważa, że więzi społeczne w pracy uległy pogorszeniu, co prowadzi do częstych konfliktów (kolejno: $n=16$; 13%; $n=17$; 13,8%).

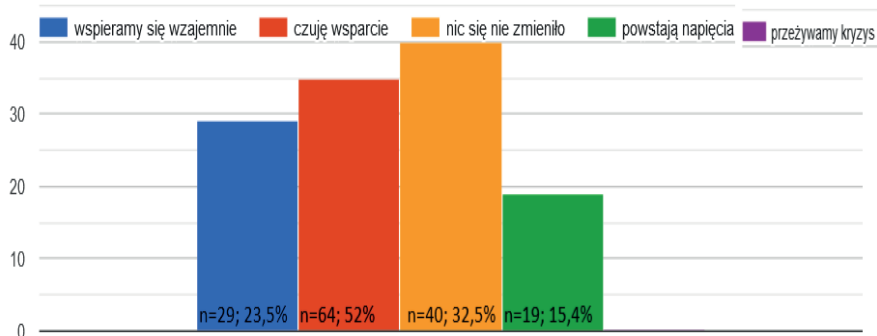
W relacjach rodzinnych ponad połowa respondentów ($n=64$; 52%) deklaruje, że może liczyć na wsparcie ($n=35$; 28,4%) lub wspiera się wzajemnie ($n=29$; 23,5%). Blisko $\frac{1}{3}$ badanych ($n=40$; 32,5%) uznała, że czas pandemii nie wpływa na ich relacje z bliskimi. W życiu rodzinnym 19 (15,4%) respondentów pojawiły się napięcia, ale nikt z badanych nie wskazał na kryzys w rodzinie. Relacje społeczne grupy badanej przedstawiono na rycinach numer 6 i 7.

6. Jak obecna sytuacja wpływa na Pani/Pana relacje z innymi pracownikami?



Ryc. 6. Ocena relacji zawodowych w kontekście pandemii w grupie badanej [$n=123$].

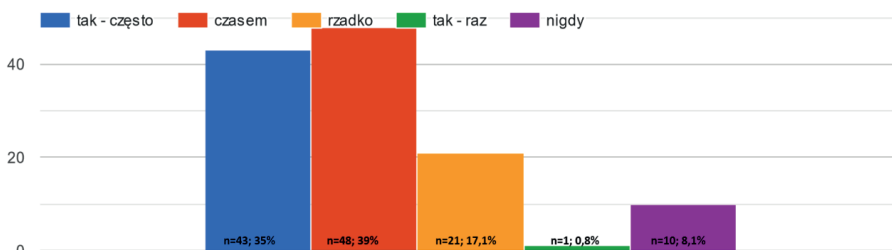
7. Jak obecna sytuacja wpływa na Pani/Pana relacje z bliskimi?



Ryc. 7. Ocena relacji rodzinnych w kontekście pandemii w badanej grupie [n=123].

Kolejne dwa pytania dotyczyły oceny odbioru społecznego pracowników medycznych w trakcie pandemii. Zapytano respondentów o to, czy w związku z wykonywaną pracą zetknęli się z agresją ze strony pacjentów lub ich rodzin z powodu ograniczeń w dostępie do opieki medycznej w czasie pandemii. Tylko ¼ spośród badanych (n=32; 26%) twierdzi, że zdarza się to rzadko lub nigdy nie spotkała się z agresją w czasie pracy. Ponad ⅓ grupy badanej (n=43; 35%) z agresją spotyka się często, natomiast czasami miało z nią do czynienia aż 48 (39%) ankietowanych. Częstość występowania aktów agresji wobec grupy badanej przedstawiono na rycinie 8.

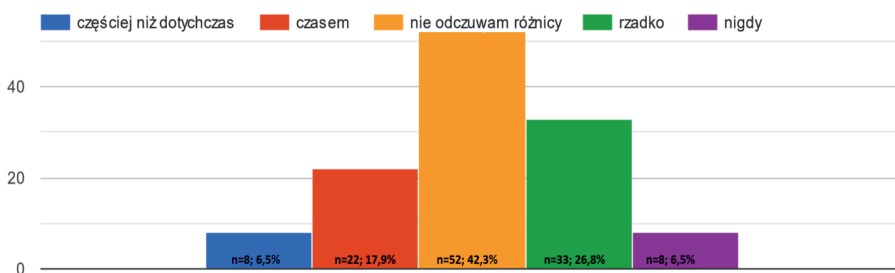
8. Czy spotkała/ł się Pani/Pan z większą agresją ze strony pacjentów lub ich rodzin w związku z ograniczonym dostępem do opieki zdrowotnej?



Ryc. 8. Ocena częstotliwości występowania aktów agresji wobec badanej grupy [n=123].

Na pytanie o przejawy większego szacunku społeczeństwa, odczuwane w związku z wykonywaną pracą, równa liczba ankietowanych (po: $n=8$; 6,5%) odpowiedziała negatywnie (nigdy) i pozytywnie (częściej niż dotychczas). Największa grupa badanych ($n=52$; 42,3%) nie odczuwa żadnej różnicy w odbiorze społecznym. Czasem z przejawami większego prestiżu spotkały się 22 (17,9%) osoby, natomiast 33 (26,8%) ankietowanych twierdzi, że z uznaniem społecznym spotyka się rzadko. Subiektywne odczucie badanych w związku z odbiorem społecznym w czasie pandemii przedstawia rycina 9.

9. Czy odczuwa Pani/Pan przejawy większego szacunku w związku z wykonywaną pracą?

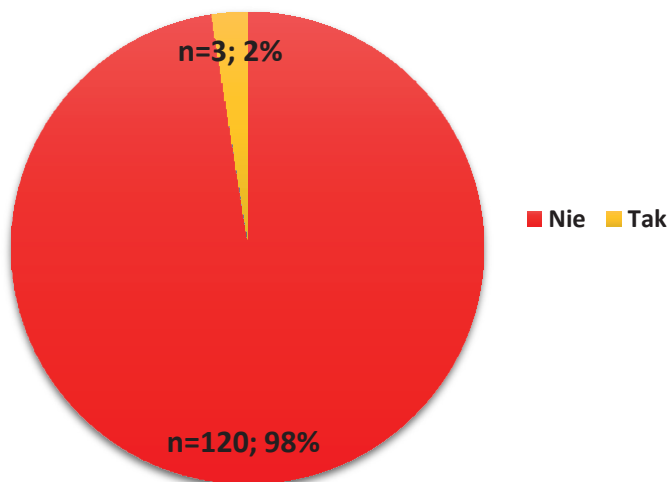


Ryc. 9. Ocena odbioru społecznego w związku z wykonywaną pracą w grupie badanej [n=123].

Następne pytanie w kwestionariuszu miało związek z dołączonym do zagadnień w sekcji głównej testem PHQ-9, złożonym z 9 pytań, a służącym wykrywaniu symptomów depresji w badanej grupie i miało na celu sprawdzenie, czy wśród badanych są osoby ze zdiagnozowaną i leczoną depresją.

Tę część kwestionariusza ankiety z testem PHQ-9 (pytania 11-19) wraz z testem PCL-C oraz wyniki badań przedstawiono wspólnie w dalszej kolejności. Wśród respondentów 3 (2,4%) osoby zmagają się z tym schorzeniem, co zamieszczono na rycinie 10.

Czy w ostatnim roku zdiagnozowano u Pani/Pana depresję i/lub jest Pani/Pan w trakcie terapii?



Ryc. 10. Osoby ze zdiagnozowaną depresją w badanej grupie [n=123].

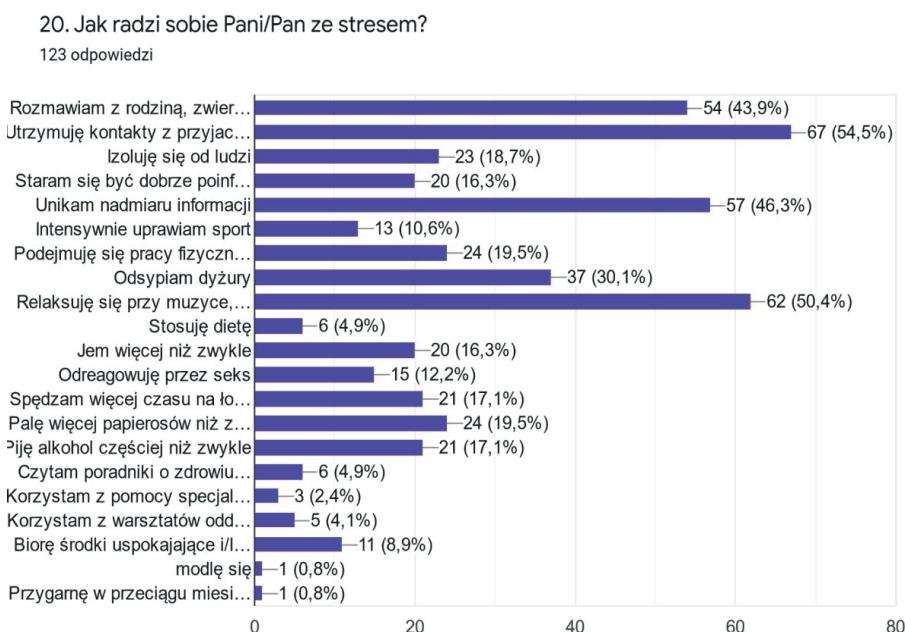
W następnej kolejności ankietowani odpowiadali na pytanie o sposoby radzenia sobie ze stresem. Respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi z zaprezentowanych propozycji oraz wpisać swoją metodę na obniżenie poziomu stresu.

Ponad połowa badanych za najlepsze sposoby radzenia sobie ze stresem w trakcie pandemii uznała utrzymywanie kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi (n=67; 54,5%) i relaksowanie się przy muzyce, książce lub telewizji (n=62; 50,4%), a w dalszej kolejności unikanie nadmiaru informacji (n=57; 46,3%) oraz rozmowę w gronie rodziny (n=54; 43,9%).

Mniej niż co trzeci badany (n=37; 31,1%) starał się odesypiać dyżury. Blisko co piąty badany redukuje poziom stresu podejmując się pracy fizycznej (n=24; 19,5%), a co dziesiąty poprzez intensywne uprawianie sportu (n=13; 10,6%). Tylko 21 (17,1%) osób spędzało więcej czasu na łonie natury.

Prawie 1/5 badanych (n=24; 19,5%) paliła więcej papierosów niż zwykle, a 17,1% respondentów (n=21) przyznaje się do picia większej niż

zwykle ilości alkoholu. Środki uspokajające i nasenne regularnie zażywało 11 (8,9%) osób. Aż 23 (18,7%) osoby starały się izolować od innych ludzi. Najbardziej stosowaną metodą radzenia sobie ze stresem była relaksacja w postaci ćwiczeń jogi, tai chi, korzystania z warsztatów oddechowych czy medytacja ($n=5$; 4,1%). Tylko 3 (2,4%) respondentów korzystało z profesjonalnej pomocy specjalistów – psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry. Jedna osoba wpisała modlitwę jako metodę radzenia sobie ze stresem, a jedna postanowiła przygarnąć dwa koty w przeciągu miesiąca. Sposoby radzenia sobie ze stresem przedstawia rycina 11.



Ryc. 11. Sposoby redukcji stresu wraz z rozkładem procentowym wybieranych odpowiedzi w grupie badanej [$n=123$].

Na pytanie o wsparcie, jakiego oczekują pracownicy medyczni w związku z dużym obciążeniem psychofizycznym, spowodowanym pracą w czasie pandemii, zdecydowana większość ankietowanych ($n=90$; 73,2%) wskazała dodatkowe środki finansowe oraz potrzebę troski i docenienia przez przełożonych, współpracowników, najbliższych i społeczności lokalne ($n=67$; 54,5%).

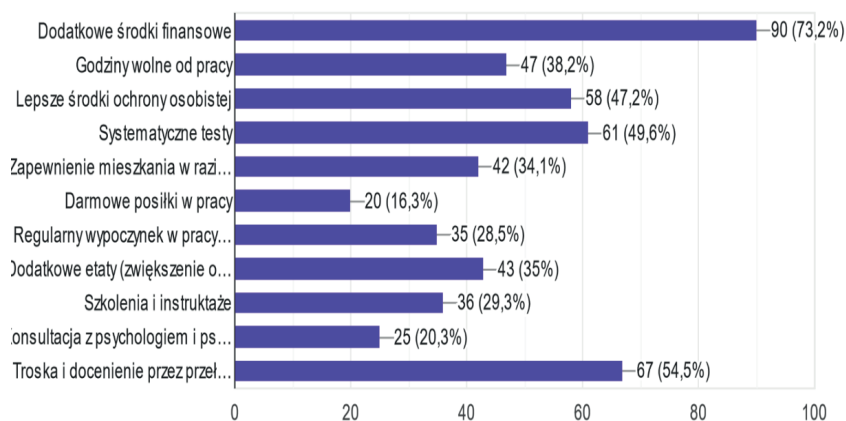
Prawie połowa badanych ($n=61$; 49,6%) za szczególnie ważne uznała systematyczne testowanie pracowników w kierunku zakażenia SARS-CoV-2,

natomiast 47,2% grupy badanej (n=58) dostęp do środków ochrony indywidualnej lepszej jakości.

W dalszej kolejności respondenci wskazali na potrzeby: zwiększenie liczby godzin wolnych od pracy (n=47; 38,2%), dodatkowe etaty dla wzmocnienia obsady na dyżurach (n=43; 35%), szkolenia i instruktaże (n=36; 29,3%) oraz zapewnienie regularnego wypoczynku w trakcie pracy (n=35; 28,5%). Ponad 1/3 badanych (n=42; 34%) uznała za konieczne zapewnienie mieszkania w razie potrzeby izolacji. Najmniejszy odsetek respondentów (n=20; 16,3%) za istotną pomoc uznał darmowe posiłki w pracy. Tylko 1/5 badanych (n=25; 20,3%) za niezbędne wsparcie uważa możliwość konsultacji z psychologiem lub psychiatrą na żądanie. Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź z proponowanych lub dopisać własną. Oczekiwania grupy badanej przedstawiono na rycinie 12.

21. Jakiego wsparcia oczekuje Pani/Pan w związku z dużym obciążeniem psychofizycznym, spowodowanym pracą w sytuacji pandemii?

123 odpowiedzi

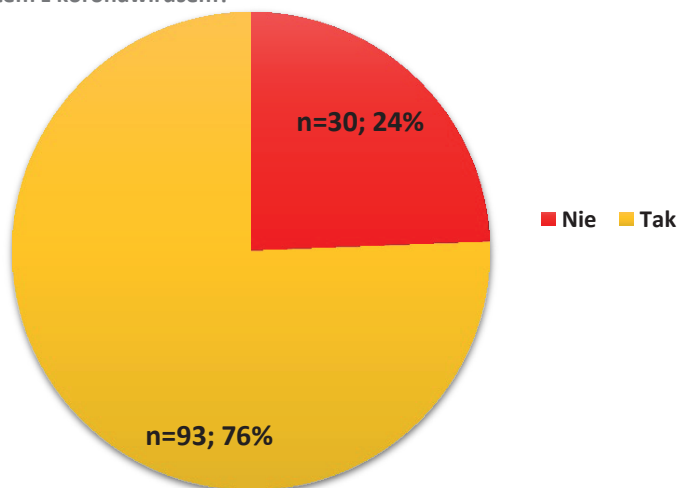


Ryc. 12. Wsparcie oczekiwane przez respondentów w związku z pracą w czasie pandemii [n=123].

Ostatnie pytanie w pierwszej sekcji kwestionariusza dotyczyło bezpośredniego kontaktu z pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 i stanowiło zakończenie ankiety dla osób, które takiej styczności nie miały. Celem tego podziału było zbadanie obecności objawów zespołu stresu pourazowego wyłącznie u respondentów, którzy deklarowali kontakt z chorym. Wśród

respondentów tylko $\frac{1}{4}$ ($n=30$, 24,4%) nie miała bezpośredniej styczności z pacjentem zakażonym wirusem, zatem wykluczono tę grupę z dalszego badania. Pozostali ankietowani ($n=93$; 74,6%), po potwierdzeniu kontaktu z pacjentem zakażonym, wypełnili kwestionariusz testu PCL-C (PTSD Check List – Civilian Version). Liczbę i rozkład procentowy osób bez kontaktu i z kontaktem z pacjentem zakażonym przedstawia rycina 13.

Czy w czasie pandemii miała Pani/miał Pan bezpośredni kontakt z pacjentem z koronawirusem?



Ryc. 13. Osoby bez kontaktu i z kontaktem z pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 w grupie badanej [n=123].

W badaniach zastosowano analizy statystyczne przy użyciu oprogramowania IBM SPSS Statistics w wersji 26. Za jego pośrednictwem wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych, testy normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa, testy t-Studenta dla prób niezależnych, jedno-czynnikowe analizy wariancji w schemacie międzygrupowym oraz analizy korelacji rangowej ρ Spearmana. Za poziom istotności w niniejszym podrozdziale przyjęto klasyczny próg $\alpha=0,05$, dodatkowo interpretując wyniki prawdopodobieństwa statystyki testu w przedziale $0,05 < p < 0,1$ za istotne na poziomie tendencji statystycznej.

Wszyscy ankietowani ($n=123$) odpowiedzieli na 9 pytań Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta PHQ-9, służącego do przesiewowego badania w kierunku objawów depresji. Wyniki surowe z odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza przedstawiono w tabeli 1.

Natomiast na 17 pytań testu PCL-C odpowiedziało 93 respondentów. Celem przeprowadzenia testu było ustalenie, czy w badanej grupie występują objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD). Wyniki surowe z odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza przedstawiono w tabeli 2.

Tab. 1. Odpowiedzi ankietowanych na poszczególne pytania Kwestionariusza PHQ-9 z uwzględnieniem wartości bezwzględnej i rozkładu procentowego w grupie badanej [n=123].

Odpowiedź	Nr pytania Liczba i % Płeć	1.		2.		3.		4.		5.		6.		7.		8.		9.	
		L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%
wcale	Kobieta	31	25,2	32	26,0	36	29,3	13	10,5	43	34,9	54	43,9	43	34,9	70	56,9	98	79,5
	Mężczyzna	3	2,4	6	4,8	3	2,4	1	0,8	9	7,3	6	4,8	8	6,5	14	11,4	14	11,4
kilka dni	Kobieta	46	37,3	49	39,8	30	24,4	48	39,0	35	28,4	33	26,8	38	30,8	23	18,6	6	4,8
	Mężczyzna	11	8,9	9	7,3	6	4,8	6	4,8	3	2,4	6	4,8	5	4,0	0	0,0	0	0,0
więcej niż połowę dni	Kobieta	13	10,5	14	11,3	22	17,8	31	25,2	18	14,6	9	7,3	12	9,7	6	4,8	3	2,4
	Mężczyzna	0	0,0	0	0,0	2	1,6	8	6,5	3	2,4	2	1,6	2	1,6	1	0,8	1	0,8
niemal codziennie	Kobieta	18	14,6	13	10,5	20	16,2	16	13,0	12	9,7	12	9,7	15	12,1	9	7,3	1	0,8
	Mężczyzna	1	0,8	0	0,0	4	3,2	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0

L – liczba uzyskanych odpowiedzi; % – wartość procentowa z grupy badanej

Tab. 2. Odpowiedzi ankietowanych na poszczególne pytania Kwestionariusza PCL-C z uwzględnieniem wartości bezwzględnej i rozkładu procentowego [n=93].

Nr pytania	odpowiedź	w ogóle		czasami		umiarkowanie często		często		bardzo często	
		L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%
	płeć										
1.	K	32	34,4	34	36,5	6	6,4	6	6,4	1	1,0
	M	8	8,6	6	6,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2.	K	50	53,7	19	20,4	4	4,3	4	4,3	2	2,1
	M	9	9,6	5	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3.	K	44	47,3	25	26,8	7	7,5	3	3,2	0	0,0
	M	9	9,6	5	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4.	K	36	38,7	28	30,1	10	10,7	3	3,2	3	3,2
	M	10	10,7	3	3,2	1	1,0	0	0,0	0	0,0

5.	K	39	41,9	24	25,8	9	9,6	4	4,3	3	3,2
	M	10	10,7	2	2,1	2	2,1	0	00	0	00
6.	K	32	34,4	0	00	9	9,6	6	6,4	2	2,1
	M	8	8,6	2	2,1	0	00	2	2,1	2	2,1
7.	K	50	53,7	19	20,4	5	5,3	5	5,3	0	00
	M	10	10,7	2	2,1	0	00	2	2,1	0	00
8.	K	46	49,4	24	25,8	7	7,5	1	1,0	1	1,0
	M	10	10,7	2	2,1	2	2,1	0	00	0	00
9.	K	23	24,7	43	46,2	5	5,3	5	5,3	3	3,2
	M	4	4,3	3	3,2	3	3,2	2	2,1	2	2,1
10.	K	23	24,7	36	38,7	8	8,6	10	10,7	2	2,1
	M	5	5,3	3	3,2	3	3,2	2	2,1	1	1,0
11.	K	27	29,0	37	39,7	6	6,4	6	6,4	3	3,2
	M	5	5,3	4	4,3	5	5,3	0	00	0	00
12.	K	29	31,1	29	31,1	8	8,6	7	7,5	6	6,4
	M	6	6,4	6	6,4	1	1,0	0	00	1	1,0
13.	K	20	21,5	30	32,2	13	13,9	10	10,7	6	6,4
	M	3	3,2	5	5,3	2	2,1	0	00	4	4,3
14.	K	8	8,6	41	44,0	13	13,9	10	10,7	7	7,5
	M	1	1,0	8	8,6	4	4,3	0	00	1	1,0
15.	K	10	10,7	43	46,2	13	13,9	10	10,7	3	3,2
	M	2	2,1	7	7,5	5	5,3	0	00	0	00
16.	K	23	24,7	32	34,4	9	9,6	11	11,8	4	4,3
	M	3	3,2	9	9,6	2	2,1	0	00	0	00
17.	K	10	10,7	38	40,8	13	13,9	12	12,9	6	6,4
	M	5	5,3	6	6,4	2	2,1	1	1,0	0	00

K – kobieta; M – mężczyzna; L – liczba uzyskanych odpowiedzi; % – wartość procentowa z grupy badanej

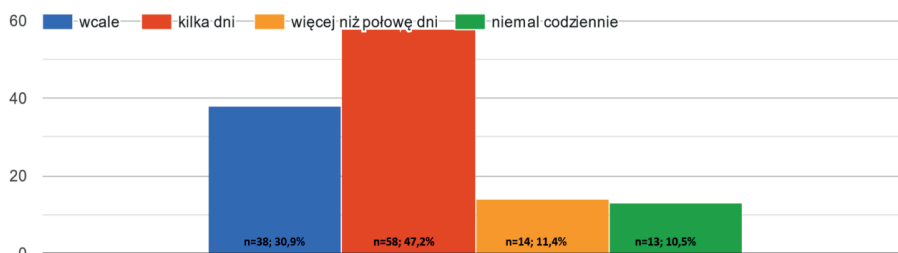
Ze wstępnej analizy wyników surowych można wnioskować, że większość respondentów nie wykazała zdecydowanych cech zaburzeń depresyjnych, a tylko niewielki odsetek badanych odznacza się zwiększoną liczbą symptomów zespołu stresu pourazowego. Zwrócono jednak uwagę na kilka obszarów zaburzeń, związanych z:

- obniżeniem nastroju;
- utratą zainteresowania i satysfakcji z wykonywanych czynności;
- poczuciem zdystansowania od ludzi i poczuciem braku perspektyw na przyszłość;

- sferą nadmiernej pobudliwości

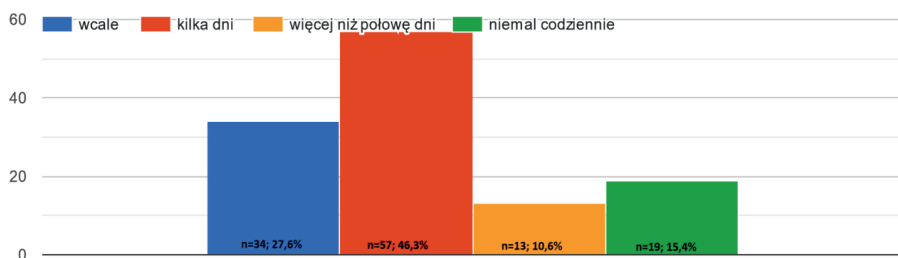
Spośród całej grupy badanej (n=123) co dziesiąty badany testem PHQ-9 (n=13, 10,5%) wykazuje niemal codziennie w ostatnich dwóch tygodniach obniżony nastrój i ma poczucie własnej deprecjacji, a co szósty (n=19; 15,4%) twierdzi, że nie cieszą go czynności dnia codziennego. Aż $\frac{1}{5}$ badanych cierpi na bezsenność (n=24; 19,5%), a co siódmy (n=16; 13%) skarży się na brak energii i zmęczenie. Odczucie obniżonego nastroju i utraty zainteresowań wśród grupy badanej ilustrują ryciny 14 i 15.

12. Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni odczuwała/ł Pani/Pan uczucie smutku, przygnębienia, beznadziei?



Ryc. 14. Odczuwanie obniżonego nastroju w grupie badanej testem PHQ-9 [n=123].

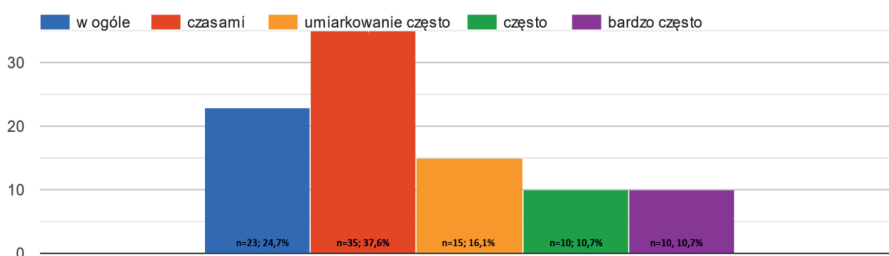
11. Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni odczuwała/ł Pani/Pan niewielkie zainteresowanie lub nie czerpała/ł przyjemności z wykonywanych czynności?



Ryc. 15. Ograniczenie zainteresowań i aktywności w grupie badanej testem PHQ-9 [n=123].

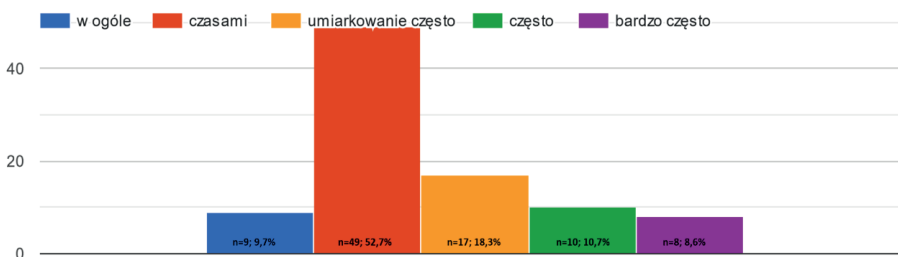
Wśród grupy badanej testem PCL-C ($n=93$) objawy były bardziej intensywne. Prawie $\frac{1}{3}$ badanych ($n=26$; 27,9%) wykazuje w przeciągu ostatniego miesiąca od „umiarkowanie często” do „bardzo często” poczucie odcięcia, dystansu do ludzi, a co czwarty respondent ($n=23$; 24,7%) odczuwa obawę przed brakiem perspektyw na przyszłość. W obszarze nadmiernej pobudliwości aż 37,6% ($n=35$) badanych cierpi na bezsenność lub inne zaburzenia snu oraz zgłasza irytację i nieadekwatne do sytuacji wybuchy gniewu. Nadmierną reakcję na bodźce zewnętrzne (drażliwość) wykazuje 34 (36,5%) badanych, natomiast na trudności z koncentracją wskazała aż $\frac{1}{3}$ grupy badanej ($n=31$; 33,3%). Zaburzenia snu, irytację i wybuchy gniewu, zaburzenia koncentracji i nadmierną reakcję na bodźce zewnętrzne przedstawiono na rycinach 16, 17, 18 i 19.

13. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca miałś/eś kłopoty z zaśnięciem lub spaniem?



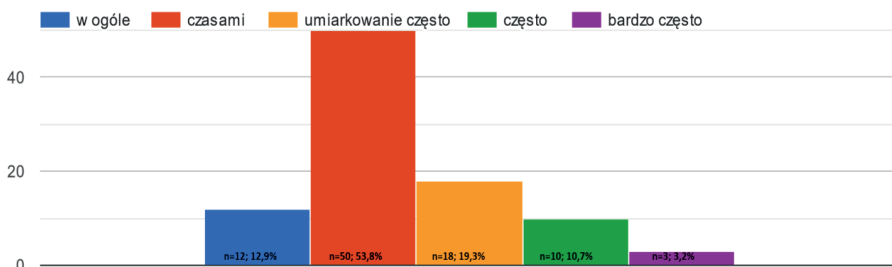
Ryc. 16. Zaburzenia snu i bezsenność w grupie badanej testem PCL-C [$n=93$].

14. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułaś/eś się zirytowany lub miałś/eś wybuchy gniewu?



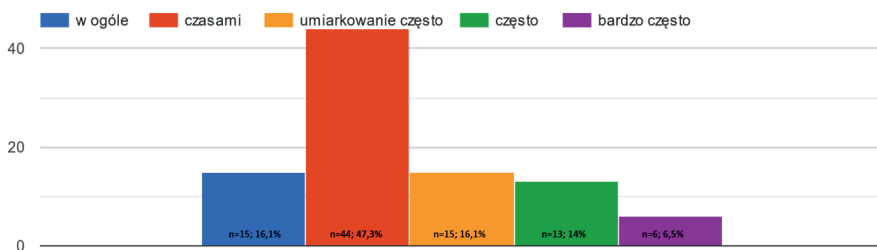
Ryc. 17. Odczucie irytacji i nieadekwatne wybuchy gniewu w grupie badanej testem PCL-C [$n=93$].

15. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca miałeś/eś trudności ze skoncentrowaniem się?



Ryc. 18. Trudności z koncentracją w grupie badanej testem PCL-C [n=93].

17. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułaś/eś się nerwowa/y albo łatwo Cię było wystraszyć?



Ryc. 19. Nadmierne reakcje na bodźce zewnętrzne w grupie badanej testem PCL-C [n=93].

W celu potwierdzenia wstępnych wniosków z interpretacji wyników surowych, obliczono punktacje z obu testów, zgodnie z wytycznymi ich interpretacji i na tej bazie wykonano podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa dla badanych zmiennych ilościowych. Wyniki przeprowadzonych testów wykazały, że obie zmienne różniły się istotnie od modelowego rozkładu normalnego. W celu wyboru metody dalszej analizy postanowiono zweryfikować wartości skośności otrzymanych rozkładów, zgodnie z regułą stanowiącą, że jeśli wartość skośności mieści się w przedziale ± 2 , to dopuszczalne jest przyjęcie, że rozkład takiej zmiennej nie jest znacząco asymetryczny względem średniej, co w konsekwencji pozwala na przeprowadzenie testów parametrycznych.

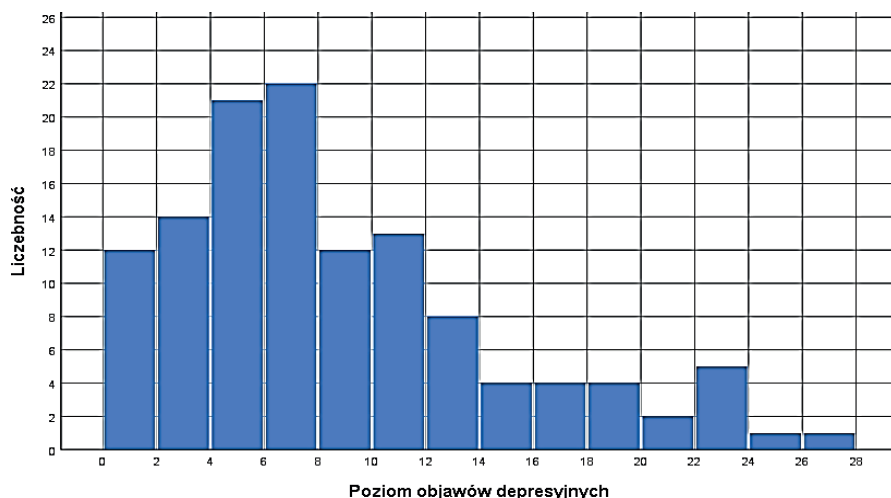
Otrzymane wartości skośności badanych zmiennych oscylowały w przedziale 0,15-0,94, zawierały się zatem w przyjętym powyżej przedziale. Szczegółowe wyniki omawianej analizy zawarto w tabeli 3.

Tab. 3. Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennych ilościowych [n=123].

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Poziom objawów depresyjnych	8,27	7	6,16	0,94	0,43	0	27	0,14	<0,001
Poziom objawów PTSD	25,74	27	18,29	0,15	-0,37	0	77	0,16	<0,001

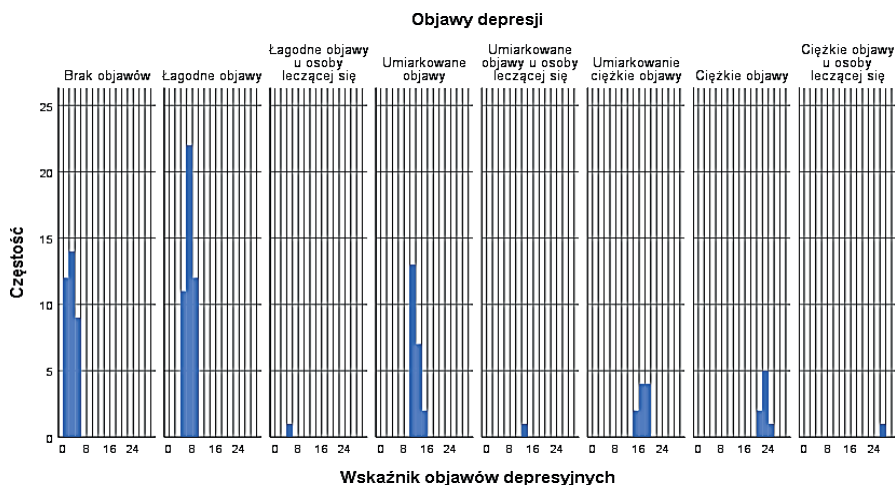
M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *K-S* – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność

Jak wynika z tabeli 3, średni poziom objawów depresyjnych wśród 123 uczestników badania wynosił 8 punktów ($M=8,27$), zaś mediana, czyli wartość dzieląca badaną grupę na dwie równe części, była nieznacznie niższa i wynosiła 7 punktów. Osoby badane najczęściej uzyskiwały wyniki z przedziału od 4 do 8 punktów w pytaniach z zakresu obecności objawów depresyjnych, w tym najniższy odnotowany wynik wynosił 0 punktów, a najwyższy 27, co przedstawiono na rycinie 20.



Ryc. 20. Poziom objawów depresyjnych badanych osób [n=123].

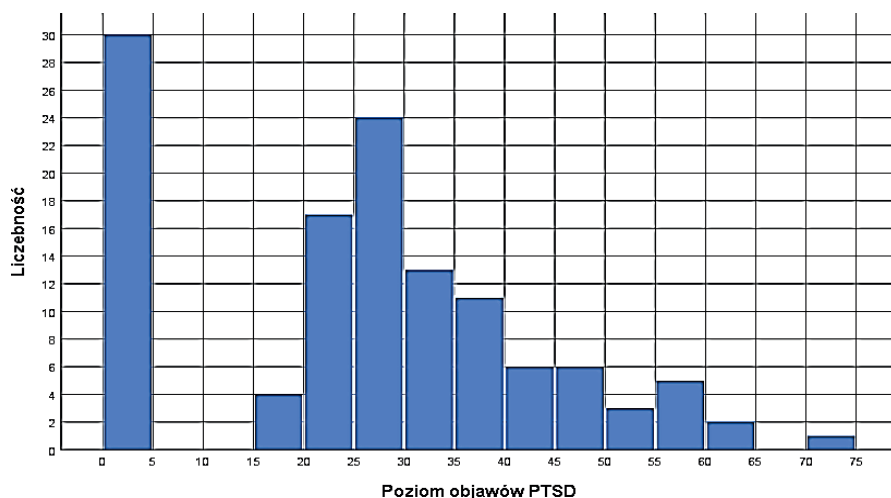
Dokładny poziom objawów depresyjnych z uwzględnieniem zastosowanej kwalifikacji przedstawia rycina 21.



Ryc. 21. Poziom objawów depresyjnych zgodnie z klasyfikacją Kwestionariusza PHQ-9 dla grupy badanej [n=123].

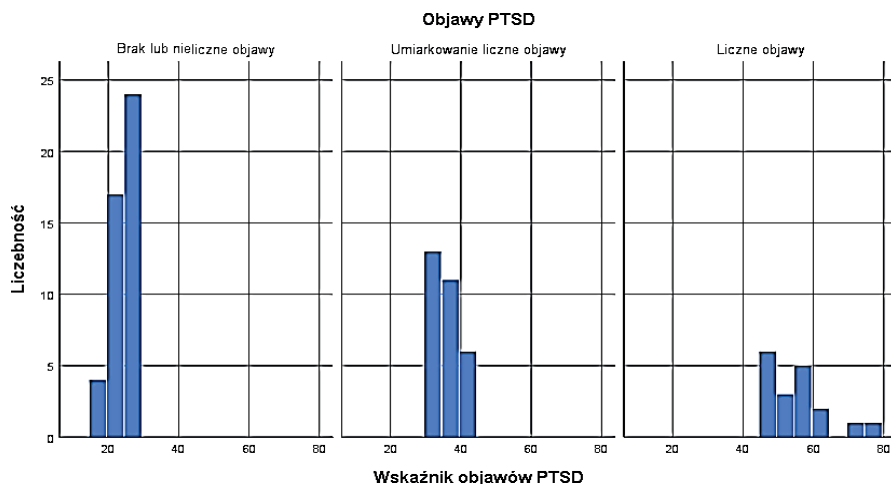
Z analizy rycin 20 i 21 można wnioskować, że znaczna większość osób badanych nie miała objawów depresji lub wykazywała jej łagodne i umiarkowane symptomy. Spośród trzech osób, które były pod opieką specjalistów z powodu zdiagnozowanej depresji, pierwsza osoba wykazała w badaniu łagodne objawy, druga umiarkowane, natomiast trzecia manifestowała objawy ciężkiej depresji.

Aby przystąpić do kolejnego badania, tym razem w kierunku występowania objawów zespołu stresu pourazowego, z grupy badanej wykluczono osoby, które nie miały styczności z pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (n=30; 24,4%). Średni poziom objawów PTSD w badanej grupie (n=93) wynosił ok. 26 punktów, a mediana 27 punktów. Osoby badane najczęściej uzyskiwały wynik z przedziału od 27 do 37 punktów. Najniższa wartość wyniku wynosiła 17 punktów, zaś najwyższy odnotowany wynik wynosił 77 punktów, natomiast wartość 0 uzyskanych punktów na rycinie oznacza osoby wykluczone z badania. Poziom objawów PTSD badanych osób przedstawiono na rycinie 22.



Ryc. 22. Poziom objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) u badanych osób [n=93].

Dokładny poziom objawów PTSD z uwzględnieniem zastosowanej klasyfikacji przedstawia rycina 23.



Ryc. 23. Poziom objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) zgodnie z klasyfikacją Kwestionariusza PCL-C dla grupy badanej [n=93].

Również w tym przypadku można przyjąć, że znaczna większość osób nie manifestowała objawów PTSD bądź wykazywała jego nieliczne oraz umiarkowanie liczne symptomy.

Sprawdzono także, czy poziom objawów depresyjnych i poziom objawów zespołu stresu pourazowego jest odmienny u osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego. Aby analiza była możliwa do wykonania, z badania wykluczono 14 osób, wykonujących zawód inny, niż podane wyżej. W tym celu przeprowadzono jednoczynnikowe analizy wariancji w schemacie międzygrupowym. W zakresie objawów depresyjnych nie uzyskano wyników nawet na poziomie tendencji statystycznej, natomiast w zakresie poziomu objawów PTSD odnotowano różnicę na poziomie tendencji statystycznej. Nie umożliwiło to jednak wykonania analizy post hoc. Wyniki analizy przedstawia tabela 4.

Tab. 4. Poziom objawów depresyjnych i PTSD u badanych wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki i ratownika medycznego [n=123].

	Pielęgniarka, położna (n = 82)		Ratownik medyczny (n = 16)		Lekarz (n = 11)		F	p	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD			
Poziom objawów depresyjnych	8,89	6,50	7,00	3,25	6,18	6,29	1,40	0,251	0,03
Poziom objawów PTSD	26,50	18,90	35,38	10,01	21,09	15,55	2,45	0,091	0,04

W kolejnym etapie postanowiono sprawdzić, czy występuje różnica w poziomie objawów depresyjnych i PTSD w grupie kobiet i mężczyzn. W tym celu przeprowadzone zostały testy t-Studenta dla prób niezależnych. Nie odnotowano jednak żadnych różnic nawet na poziomie tendencji statystycznych. Należy zatem przyjąć, że poziomy obu objawów w grupach badanych nie były znacząco odmienne. Poziom objawów depresyjnych i objawów PTSD u kobiet i mężczyzn przedstawiono w tabeli 5.

Tab. 5. Poziom objawów depresyjnych oraz objawów PTSD u kobiet i mężczyzn w grupie badanej [n=123].

	Kobieta (n = 108)		Mężczyzna (n = 15)		t	p	95% CI		
	M	SD	M	SD			LL	UL	d Cohena
Poziom objawów depresyjnych	8,47	6,42	6,80	3,65	1,48	0,149	-0,64	3,98	0,27
Poziom objawów PTSD	25,20	18,94	29,60	12,41	-0,87	0,385	-14,38	5,59	0,24

W ostatnim kroku postanowiono zweryfikować, czy wiek osób badanych oraz ich staż pracy są w znaczący sposób powiązane z uzyskiwanym poziomem objawów depresji i objawów PTSD. W tym celu wykonano analizę korelacji rangowej Spearmana. Nie odnotowano żadnych statystycznie znaczących związków między badanymi zmiennymi, co prowadzi do wniosku, że w badanej grupie ani wiek, ani staż pracy nie wpływały znacząco na uzyskiwany przez badanych poziom objawów depresyjnych oraz poziom objawów PTSD. Korelacje wieku i stażu pracy badanych z poziomami objawów depresji i zespołu stresu pourazowego zamieszczono w tabeli 6.

Tab. 6. Poziom objawów depresyjnych i objawów PTSD osób badanych a ich wiek i staż pracy [n=123].

		Wiek	Staż pracy
		ρ Spearmana	ρ Spearmana
Poziom objawów depresyjnych	ρ Spearmana	-0,11	-0,05
	istotność	0,219	0,571
Poziom objawów PTSD	ρ Spearmana	0,06	0,09
	istotność	0,520	0,309

DYSKUSJA

Trwająca pandemia wirusa SARS-CoV-2 może mieć istotny wpływ na zdrowie psychiczne ludzi podlegających izolacji i ograniczeniom, które narzuciły restrykcje epidemiologiczne, podjęte wobec społeczeństwa przez instytucje państwowe. Wśród badaczy dominuje przekonanie o konieczności stałego monitorowania stanu zdrowia psychicznego ludzi, by zapobiegać wzrostowi zachorowań na choroby psychiczne. Zaburzenia psychiczne, związane z narażeniem na przedłużający się wysoki poziom stresu, wynikający z izolacji oraz potrzeby utrzymywania dystansu, mogą być natychmiastowe i przesunięte w czasie. Obawa o własne zdrowie i życie może powodować zaburzenia lękowe i adaptacyjne, prowadzić do fobii, załamania nerwowego i depresji.

W dalszej perspektywie utrzymujący się nadmierny stres traumatyczny uprawdopodobnia wystąpienie zespołu stresu pourazowego. Na szczególną uwagę zasługują pracownicy systemu opieki zdrowotnej, których narażenie na stres i zaburzenia psychiczne jest większe, z uwagi na bezpośredni kontakt z chorymi i umierającymi.

Równowagę społeczną i gospodarczą całego świata, w tym Polski, zakłóciły narzucone przez rządy mechanizmy, mające opanować pandemię COVID-19. Wiązały się one z ograniczeniem swobodnego poruszania się i podróżowania, izolowaniem chorych i kwarantanną całych grup społecznych, wprowadzoną w niektórych krajach godziną policyjną, zakazem zgromadzeń czy wyznaczonymi godzinami handlu. Ze względów epidemiologicznych zamknięto szkoły, ośrodki kultury, sportu i ograniczono działalność hotelowo-restauracyjną. Ludzie, zamknięci we własnych domach, bombardowani niezliczoną ilością informacji prawdziwych i tzw. fake newsów na temat szybko rozprzestrzeniającego się śmiertelnego wirusa, byli narażeni na silny stres⁶.

W dotychczasowych badaniach społecznych i psychologicznych przeoczono fakt, że pracownicy służb medycznych znajdują się na pierwszej linii frontu walki z pandemią, co sugerowałoby podjęcie badań nad ich odpornością psychiczną w świetle nowych wyzwań. W badaniach własnych podjęto próbę poznania i oceny obciążeń psychofizycznych pracowników medycznych, ryzyka wystąpienia objawów depresji i zespołu stresu pourazowego w czasie pandemii oraz sformułowania rekomendacji, dotyczących wsparcia pracowników medycznych w walce z pandemią. W badaniach założono potrzebę większego wsparcia pracowników służb medycznych ze względu na możliwość wystąpienia u nich objawów depresji i PTSD z powodu dużych obciążeń psychofizycznych w dobie pandemii.

W badaniu wzięły udział 123 osoby, a znaczną większość stanowiły kobiety (87,8%). Najwięcej respondentów było między 41 a 50 r.ż. (33,3%). W badaniu przeważały pielęgniarki (66,7%), a osoby z wykształceniem magisterskim stanowiły najliczniejszą grupę respondentów. Do wypełnienia testu w kierunku wykrywania objawów zespołu stresu pourazowego zaproszono tylko tych respondentów, którzy deklarowali bezpośredni kontakt

⁶ Zob. J. Konieczny, *Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach epidemiologicznych. Teoria-Praktyka-Metodologia-Etyka*, Poznań, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Poznań 23 kwiecień 2020; D. Zachary, A. Slemmon, Ch. Richardson i in., *Associations between periods of COVID-19 quarantine and mental health*, „Psychiatry Research” 2021, nr 295, s. 1-9; WHO, *Zdrowie psychiczne i funkcjonowanie społeczne podczas pandemii COVID-19*, World Health Organization, Genewa, 18 marzec 2020; M. Babicki, A. Mastalerz-Migas, *Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19*, „Psychiatria Polska Online first” 2020, nr 188, s. 1-13

z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2. Grupę tę stanowiły 93 osoby.

Z analizy wyników badań własnych wynika, że dla większości ankietowanych profesjonalistów medycznych w początkowej fazie pandemii największym źródłem stresu był chaos decyzyjny (61,8%) i obawa o własne bezpieczeństwo oraz zdrowie najbliższych. Ponad połowa ankietowanych (51,2%) obawiała się braków w zaopatrzeniu w środki ochrony osobistej, ryzyko własnej kwarantanny i izolacji stanowiło stresor dla 45,5% badanych, a ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u najbliższych było źródłem stresu dla 47,2% osób. W przytoczonym w niniejszej pracy badaniu Panelu Ariadna zbliżony odsetek Polaków z ogółu społeczeństwa (49%) obawiał się o stan zdrowia najbliższych, a dla 34% ankietowanych źródłem stresu była również obawa o własne zdrowie⁷.

Interesujący jest fakt, że większym stresorem dla badanych respondentów były braki kadrowe (39% badanych) i ryzyko niewydolności służby zdrowia (35,8%), niż obawa o zdrowie własne lub śmierć najbliższych (po 24,4% wszystkich badanych). W badaniu przekrojowym Wen Lu i wsp.⁸ na temat statusu psychologicznego pracowników medycznych w Chinach (2182 uczestników) udowodniono, że personel medyczny znacznie częściej niż niemedyczny martwił się brakiem kontroli nad rozprzestrzenianiem się wirusa, brakiem środków ochrony i był sfrustrowany wynikami leczenia, co potwierdza badanie własne i nasuwa wniosek o dużym zaangażowaniu personelu medycznego w wykonywanie obowiązków zawodowych.

W ocenie wpływu pracy w sytuacji pandemii na subiektywne poczucie zmęczenia i sprawność zawodową (efektywność pracy) można wnioskować, że większość badanych respondentów (53,7%) deklarowała zdecydowanie większe zmęczenie, niż przed pandemią, a tylko 15,4% jako porównywalne. Nikt z badanych nie uznał, że odczuwa mniejsze zmęczenie. Identyczny odsetek, 53,7% badanych uważało, że praca w zwiększonych obciążeniach z powodu pandemii jest mniej efektywna, a 32,5% stwierdziło, że kryzys zdrowotny nie miał wpływu na efektywność ich pracy. Zmęczenie przewlekłe i chroniczny stres może prowadzić do syndromu wypalenia zawodowego.

⁷ Zob. Panel Ariadna, *Poziom stresu związany z pandemią koronawirusa*, Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, Warszawa 2020.

⁸ Zob. Wen Lu, Hang Wang, Yuxing Lin, Li Li, *Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study*, „Psychiatry Research” 2020, Tom 228.

W badaniu 1153 profesjonalistów medycznych we Włoszech, kraju najbardziej dotkniętym pandemią w Europie, udowodniono, że wyczerpanie emocjonalne o wysokim nasileniu dotknęło tam 37%, a załamanie nerwowe przeżyło aż 37,8% ankietowanych⁹. Wysokie poczucie zmęczenia ankietowanych w badaniu własnym powinno być sygnałem do dalszych analiz środowiska medycznego w kierunku wystąpienia objawów wypalenia zawodowego.

W badaniu relacji społecznych skupiono się na subiektywnej opinii respondentów, dotyczącej stosunków interpersonalnych w miejscu pracy, relacji rodzinnych, a także odbioru społecznego w warunkach pandemii. Z obserwacji własnych wynika, że zdecydowana większość badanych osób (60,9%) deklarowała brak wpływu pandemii na stosunki interpersonalne w gronie zawodowym, natomiast ponad ¼ badanych uważa, że więzi zawodowe uległy pogorszeniu (13%), a nawet dochodzi do konfliktów z powodu zaostrzenia negatywnych relacji między pracownikami (13,8%). W wielu badaniach nad oceną i wpływem czynników stresujących środowiska pracy udowodniono, że atmosfera, rozumiana jako relacje społeczne, jest jednym z czynników stresogennych i przyczynia się do obniżenia efektywności pracowników, absencji chorobowej, a także rezygnacji z pracy w danym środowisku¹⁰. W badaniu opinii pielęgniarek na temat czynników stresogennych w środowisku ich pracy, przeprowadzonym przez Skorupską-Król i wsp.¹¹ na czoło wysuwały się wskazania na warunki i organizację pracy, takie jak nadmierna biurokracja czy brak współpracy w zespole terapeutycznym, a szczególnie utrudniony przepływ informacji pomiędzy jej członkami. Sytuacje związane z powstawaniem konfliktów na tle braku współpracy powinny być szczególnie wnikliwie monitorowane wśród pracowników medycznych, od których zależy zdrowie i życie pacjentów.

Ocena relacji rodzinnych w niniejszym badaniu wykazała, że ponad połowa badanych (52%) mogła liczyć na wsparcie ze strony najbliższych, a co trzeci (32,5%) nie dostrzegł zmian w relacjach spowodowanych pandemią.

⁹ Zob. S. Barelllo, L. Palamenghi, G. Graffigna, *Burnout and somatic symptoms among front-line healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic*, „Psychiatry Research” 2020, Tom 290.

¹⁰ Zob. M. Waszkowska, A. Potocka, A. Wojtaszczyk, *Miejsce pracy na miarę oczekiwań*, Poradnik dla pracowników socjalnych, Łódź 2010.

¹¹ Zob. A. Skorupska-Król, A. Szabla, I. Bodys-Cupak, *Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2014, Tom 1, 46, s. 23-26.

Wsparcie rodziny, jako jeden z najważniejszych czynników radzenia sobie ze stresem, jest nie do przecenienia również dla służb medycznych w trakcie pandemii. W publikacji Światowej Organizacji Zdrowia z 18 marca 2020 roku, dotyczącej zdrowia psychicznego i funkcjonowania psychospołecznego podczas pandemii COVID-19, wydano komunikaty do różnych grup społecznych, dotyczące wsparcia w rodzinie, opieki nad dziećmi i osobami dorosłymi obciążonymi chorobami przewlekłymi, współpracy społeczności lokalnych oraz wytyczne dla pracowników i liderów w ochronie zdrowia. W konkluzji zawarto instrukcje odnoszące się do sposobów radzenia sobie ze stygmatyzowaniem chorych i pracowników służb medycznych, a także radzenia sobie ze stresem przez poszczególnych członków społeczeństwa.

Zdecydowana większość osób badanych, aż 74%, spotkała się z agresywnym zachowaniem pacjentów lub ich rodzin z powodu ograniczeń dostępu do opieki zdrowotnej, odpowiednio: „często” deklarowało 35%, a czasem 39% respondentów. Tylko 26% badanych stwierdziło, że zdarza się to rzadko lub nigdy nie spotkała się z zachowaniem agresywnym ze strony pacjentów.

Z wielu publikacji na temat agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego wynika, że w Polsce jest to zjawisko powszechne. Dotyczy wszystkich pracowników, bez względu na wykonywany zawód, a najczęstszym przejawem agresji jest agresja słowna. Do grup najbardziej narażonych na doświadczanie agresji ze strony pacjentów należą ratownicy medyczni zespołów ratownictwa, lekarze, pielęgniarki i inny personel izb przyjęć szpitala i SOR-ów, a także personel oddziałów psychiatrycznych.

Określono nawet specyficzny „profil” takiego pacjenta: najczęściej jest to osoba młoda, mająca duże oczekiwania i żądania, mężczyzna, pod wpływem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych oraz osoba przywieziona w asyście policji. Grupę agresywnych pacjentów stanowi około 20% ogółu przyjmowanych w placówkach medycznych, a blisko 88% z nich przejawia jawną agresję¹².

¹² Zob. M. Rączka, M. Szkup, M. Starczewska, i in., *Ocena ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówek medycznych*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2018, Tom 6, 2, s. 119-124; B. Kmiecik, *Problem agresji pacjentów – próba diagnozy, poszukiwanie rozwiązań*, „Aktualności Neurologiczne” 2016, Tom 16, 3, s. 158-162.

W badaniu Szwamel i Sochackiej¹³, dotyczącym opinii personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów, aż 48% badanych respondentów deklarowało, że z agresją spotyka się kilka razy w tygodniu, 34% – kilka razy w miesiącu, a 14% stwierdziło, że z różnego typu agresją spotyka się na każdym dyżurze. Aż 86% pacjentów agresywnych, w opinii personelu, było pod wpływem alkoholu, natomiast drugą co do odsetka grupą – 50% – byli pacjenci, którzy nie skorzystali z pomocy POZ, a domagali się leczenia na SOR. Najczęstsze przejawy agresji to podniesiony głos (80%), utarczki słowne i dyskusje (70%), a z agresją fizyczną zetknęło się 6% badanych. Natomiast w badaniu Tarczoń i Beck-Krala¹⁴ 82,8% badanych pracowników miało kontakt z pacjentem agresywnym w ciągu ostatniego roku pracy. W tym badaniu wykazano również, że personel medyczny, choć zdaje sobie sprawę z tego, iż wiele zachowań agresywnych ma związek ze stanem zdrowia pacjenta czy stresem, to oczekuje zdecydowanych działań, mających na celu wypracowanie procedur postępowania z pacjentem agresywnym, szkoleń z zakresu prawidłowej komunikacji z pacjentem a także samoobrony.

Z własnych obserwacji wynika, że w badaniu opinii na temat przejawów większego szacunku społeczeństwa w związku z wykonywanym zawodem tylko 6,5% ankietowanych spotkało się w okresie pandemii z wysokim uznaniem społecznym. Aż 26,8% respondentów stwierdziło, że z prestiżem zawodu spotyka się rzadko, natomiast 42,3% badanych nie odczuło żadnej różnicy w odbiorze społecznym. Tak niewielki odsetek pracowników medycznych zadowolonych z pozytywnego odbioru społecznego stoi w sprzeczności z badaniami opinii społecznej na temat prestiżu zawodowego.

W corocznych badaniach CBOS na temat prestiżu zawodów, zawody medyczne stoją wysoko w rankingach, ze względu na ich szczególną użyteczność społeczną i związek z niesieniem pomocy. Należy podkreślić, że stosunek do tych profesji jest niezależny od wieku, wykształcenia czy sytuacji materialnej ankietowanych. Od lat na pierwszym miejscu plasują się strażacy. O ile w 1999 roku 57% społeczeństwa uznawało, że zawód

¹³ Zob. K. Szwamel, L. Sochacka, *Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2014, Tom 4, 2, s. 149-154.

¹⁴ Zob. E. Tarczoń, E. Beck-Krala, *Kreowanie kultury bezpieczeństwa w sektorze opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe WSZOP” 2018, Tom 1, 14, s. 127-140.

pielęgniarki jest prestiżowy, to w roku 2013 już 78% deklaracji szacunku uplasowało go na miejscu szóstym. Zawód lekarza w latach dziewięćdziesiątych powoli tracił w rankingu, plasując się w 2013 roku na ósmym miejscu, z 71% wskazań. Wyższe miejsce pielęgniarek badacze przypisali wyrazowi uznania dla podejmowania odpowiedzialnej pracy, niezbyt dobrze wynagradzanej i brakowi kontrowersji związanych z wykonywaniem zawodu¹⁵. W 2019 roku w podobnym badaniu pielęgniarki osiągnęły drugie miejsce w rankingu prestiżu, z 81% wskazań ankietowanych. Lekarz zajął pozycję szóstą, a prestiż zawodu wzrósł do 80%. Badacze uznali, że zmiany w deklarowanym poważaniu zawodów wpisują się w trend doceniania zawodów, których uznanie niekoniecznie idzie w parze z ich statusem ekonomicznym oraz tendencję do docenienia zawodów deficytowych na rynku pracy¹⁶. Być może różnice między pracownikami medycznymi a resztą społeczeństwa w postrzeganiu zawodu wynikają z szerzącej się agresji w środkach masowego przekazu, tzw. hejtu oraz poczucia niedoceny, w związku z wynagrodzeniem nieadekwatnym do wykształcenia, odpowiedzialności i podejmowanych wysiłków zawodowych.

W badaniu własnym oceniono, że badani pracownicy medyczni radzą sobie ze stresem w różny sposób, najczęściej stosując strategię unikania koncentrowania się na sytuacji stresowej poprzez angażowanie się w czynności zastępcze i utrzymywanie kontaktów społecznych. Ponad połowa badanych w celu obniżenia napięcia spotykała się ze znajomymi i przyjaciółmi (54,5%), a relaks przy muzyce, książce lub telewizji angażował 50,4% respondentów. Aż 46,3% osób unikało nadmiaru informacji, podczas gdy tylko 16,3% starało się uzyskać ich jak najwięcej. Na rozmowę wspierającą z członkiem rodziny mogło liczyć 43,9% badanych. Niespełna 1/3 badanych (30,1%) odsypiało dyżury, gdy tylko była okazja, blisko co piąty (19,5%) redukował stres podejmując się pracy fizycznej, a co dziesiąty (10,6%) aktywnie uprawiał sport. Tylko 17,1% badanych starała się spędzać czas wolny na świeżym powietrzu. Najrzadziej stosowanym sposobem zwalczania stresu w grupie badanej była relaksacja w postaci medytacji, ćwiczeń jogi lub tai chi, czy korzystanie z warsztatów oddechowych (4,1% badanych), a tylko 3 respondenci (2,4%) korzystało z fachowej pomocy specjalistów

¹⁵ Zob. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Prestiż zawodów*, CBOS, Warszawa 2013.

¹⁶ Zob. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Które zawody poważamy?*, CBOS, Warszawa 2019.

– psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry. 11 osób (8,9%) przyznało, że regularnie zażywa środki uspokajające lub nasenne.

Niepokojący jest fakt, że dość duża grupa badanych podejmowała działania antyzdrowotne w celu radzenia sobie z napięciem związanym ze stresem. Aż 18,7% osób izolowało się od ludzi, 19,5% paliło więcej papierosów niż zwykle, a 17,1% badanych przyznało, że spożywa więcej alkoholu niż zazwyczaj, co może mieć związek z nieradzeniem sobie z emocjami lub brakiem czy też unikaniem wsparcia.

Z metaanalizy Kwak, Zaczyk i Wilczek-Rużyczki¹⁷ na temat badań nad stresem i sposobami radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki wynika, że najczęściej stosowanym stylem jest strategia skoncentrowana na zadaniu. Również Biegańska-Banaś i Makara-Studzińska¹⁸ w swojej pracy o strategiach radzenia sobie ze stresem, stosowanych przez pielęgniarki w warunkach pandemii COVID-19, potwierdzają, że jest to strategia powszechnie uruchamiana przez zespoły pielęgniarskie w krajach azjatyckich, a także od kilkunastu lat stosowana w Polsce. Natomiast badanie Kucmina i wsp.¹⁹ nad stylem radzenia sobie ze stresem przez ratowników medycznych wykazało, że istnieje dodatnia korelacja między strategią skoncentrowaną na emocjach a nasileniem występowania objawów stresu pourazowego w tej grupie zawodowej. Badanie Long Huang, Fuming Xiu i Hairong Liu²⁰ na temat reakcji emocjonalnych i strategii radzenia sobie ze stresem wśród pielęgniarek, pielęgniarzy oraz studentek pielęgniarstwa wykazało, że pielęgniarki „pierwszej linii” cechowały się silniejszymi reakcjami emocjonalnymi na stres związany z pandemią niż studenci pielęgniarstwa. Co ciekawe, wykazano, że wybór strategii radzenia sobie ze stresem zależny był od odczuwanych emocji: im silniejsza była reakcja lękowa, tym częściej badane pielęgniarki wybierały strategię skoncentrowaną na problemie,

¹⁷ Zob. M. Kwak, I. Zaczyk, E. Wilczek-Rużyczka, *Stres i style radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki – metaanaliza badań*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2018, Tom 24, 2, s. 120-125.

¹⁸ Zob. J. M. Biegańska-Banaś, M. Makara-Studzińska, *Strategie radzenia sobie stosowane w grupie pielęgniarek pracujących w warunkach COVID-19*, „Nursing Problems” 2020, Tom 28, 1, s. 1-11.

¹⁹ Zob. T. Kucmin, A. Kucmin, D. Turska, A. Turski, A. Nogalski, *Style radzenia sobie ze stresem i dyspozycyjny optymizm jako predyktory nasilenia objawów PTSD w grupie ratowników medycznych*, „Psychiatria Polska” 2018, Tom 52, 3, s. 557-571.

²⁰ Zob. Long Huang, Fuming Xu, Hairong Liu, *Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.05.20031898v1>.

a im silniejsze było odczuwanie złości, tym częściej radzono sobie przez skoncentrowanie na emocjach.

Różnica pomiędzy konkluzjami wymienionych autorów a wynikiem niniejszej analizy wynika przede wszystkim z tego, że nie użyto tu żadnego narzędzia badawczego, by poznać korelacje związane z wybieraniem stylu radzenia sobie ze stresem w poszczególnych grupach zawodowych a wiekiem czy temperamentem badanych, bo nie to było celem badań, a oparto się wyłącznie na odpowiedziach respondentów. Niemniej jednak uzyskany rezultat, jak i nadal niewielka liczba badań nad stresem i sposobami radzenia sobie z nim w grupach zawodów medycznych, może wskazywać na potrzebę głębszej eksploracji tych obszarów z użyciem standaryzowanych narzędzi badawczych.

Z badań własnych wynika, że większość badanych nie przejawiała objawów depresji (38%) lub wykazała łagodne (27,7%) lub umiarkowane (17%) jej symptomy. Umiarkowanie ciężkie objawy depresji dotknęły 9,7% badanych, natomiast odpowiedzi 7,3% respondentów wskazały na wystąpienie u nich objawów ciężkiej depresji. W grupie 93 osób badanych pod kątem występowania objawów zespołu stresu pourazowego 48,3% respondentów wykazywało brak lub nieliczne objawy wskazujące na wystąpienie PTSD, natomiast umiarkowane lub umiarkowanie liczne objawy wystąpiły u 32,3% badanych. Na wystąpienie licznych objawów zespołu stresu pourazowego wskazywały wyniki testu 19,4% ankietowanych. Natomiast wśród trzech wybranych zawodów: pielęgniarki, ratownika medycznego i lekarza średni poziom objawów depresyjnych oscylował wokół średniej całej badanej grupy ($M=8,27$), w tym nieznacznie wyższy był wśród pielęgniarek i wynosił 8,89 pkt, u ratowników medycznych wynosił 7,7 pkt, natomiast nieco niższy dotyczył lekarzy i wynosił 6,18 pkt. Poziom istotności $p=0,251$ wskazuje, że w zakresie występowania objawów depresji nie odnotowano różnicy nawet na poziomie tendencji statystycznej. Natomiast średni poziom objawów zespołu stresu pourazowego dla badanych grup zawodowych wynosił kolejno: dla pielęgniarek 26,50 pkt, dla ratowników medycznych 35,38 pkt, a dla lekarzy 21,09 pkt, przy średniej dla całej grupy $M=25,74$ pkt. Poziom istotności $p=0,091$ wskazuje na różnicę na poziomie tendencji statystycznej, co jednak nie umożliwiło wykonania analizy post hoc z uwagi na dużą rozbieżność w liczebności tych grup. Wynik badania nie potwierdził przekonania, że objawy PTSD w większym stopniu manifestują się wśród pielęgniarek niż ratowników medycznych czy lekarzy. Można

jedynie przypuszczać, że występowanie tak objawów depresji, jaki i objawów PTSD, dotyczy wskazanych zawodów medycznych w równym stopniu i może stanowić impuls do przeprowadzenia badań na większą skalę wśród tych grup zawodowych.

W kolejnym etapie sprawdzono, czy występuje istotna różnica w poziomie objawów depresyjnych i objawów PTSD u kobiet i mężczyzn. Poziom istotności dla objawów depresji $p=0,149$ oraz dla objawów PTSD $p=0,385$ nie wykazał różnic nawet na poziomie statystycznym, należy zatem przyjąć, że poziomy objawów w grupach badanych nie były znacząco odmienne. Można zatem wnioskować, że występowanie tych objawów jest niezależne od płci, a zależy od innych czynników, co może dać asumpt do pogłębionej analizy badań wśród personelu medycznego.

W ostatnim etapie analiz zweryfikowano także na ile wiek i staż pracy są w znaczący sposób powiązane z uzyskiwanym poziomem objawów depresji i objawów PTSD. Z analizy tabeli 6 wynika, że wartości bezwzględne współczynnika korelacji rho Spearmana są bliskie 0 dla obu zmiennych, tak w przypadku poziomu objawów depresji, jak objawów PTSD, natomiast wartość p jest wyższa od założonego przedziału poziomu istotności $0,05 < p < 0,1$, co wskazuje na brak statystycznie znaczących związków między badanymi zmiennymi. Oznacza to, że w badanej grupie ani wiek, ani staż pracy nie wpływał znacząco na uzyskiwany przez badanych poziom objawów depresji i PTSD.

Przystępując do analizy wyników, wskazujących na występowanie zaburzeń w obszarach, w których dostrzeżono zwiększoną liczbę punktów uzyskanych w obu testach, skupiono się na tych, które są związane z obniżeniem nastroju, utratą zainteresowania i satysfakcji z wykonywanych czynności, poczuciem zdystansowania od ludzi i brakiem perspektyw oraz sferą nadmiernej pobudliwości.

W całej grupie badanej testem PHQ-9 10,5% osób wykazało obniżenie nastroju, odczuwało przygnębienie, smutek i poczucie beznadziei, a 15,4% zgłaszało utratę radości i satysfakcji z zainteresowań i czynności dnia codziennego. Równocześnie w grupie badanej testem PCL-C co czwarty badany (24,7%) obawia się, co przyniesie przyszłość, a co trzeci (27,9%) dystansuje się od ludzi, unikając kontaktów, przy czym cierpi na zaburzenia koncentracji (33,3%), bezsenność i nieuzasadnioną czynnikami zewnętrznymi irytację z wybuchami gniewu (po 37,6%).

Wszystkie te reakcje mogą wskazywać na występowanie u badanych zaburzeń lękowych i adaptacyjnych, a w dłuższej perspektywie czasowej mogą doprowadzić do wystąpienia zaburzeń typu zespołu stresu pourazowego.

Badanie Kangguang Lin i wsp.²¹ przeprowadzone w styczniu i lutym 2020 roku w prowincji Hubei, głównie w mieście Wuhan, gdzie rozpoczęła się pandemia wirusa wykazało, że wśród 2316 zarejestrowanych pielęgniarek i lekarzy występowały objawy stresu, lęku i depresji oraz bezsenność. Poziom depresji badano tam również Kwestionariuszem PHQ-9, a średnia dla badanych wynosiła 5,1 punktu, czyli była niższa od wyniku badań własnych. Przełożyło się to na doświadczanie depresji u 46,9% badanych pracowników służb medycznych, a z profesjonalnego wsparcia psychicznego skorzystało 19,2% badanych. W badaniu własnym tylko 2,4% respondentów deklarowało, że korzysta z pomocy specjalistów.

W kolejnym chińskim badaniu z przełomu stycznia i lutego 2020 r., które Jianbo Lai i wsp.²² przeprowadził wśród 1257 pracowników z 34 szpitali znajdujących się w różnych prowincjach, badano skalę występowania objawów depresji również za pomocą Kwestionariusza PHQ-9. Objawy depresji wykazywało tam 50,5% badanych, w tym depresji ciężkiej 7,7%. W badaniach własnych objawy ciężkiej depresji wykazywał zbliżony odsetek badanych – 7,3%. W badaniu chińskim dowiedziono, że cięższe objawy depresji częściej zgłaszały kobiety, pracownicy „pierwszej linii” i pielęgniarki – 7,1% versus 4,9% lekarzy. Objawy lękowe zgłaszało 44,6% badanych, natomiast na zaburzenia snu, w tym silną bezsenność cierpiało 34% badanych. O psychicznym cierpieniu mówiło aż 71,5% pracowników (dla porównania w czasie poprzedniej epidemii SARS ostry stres zgłaszało 89% badanych).

W następnym badaniu, przeprowadzonym w marcu 2020 r. przez Xingyue Song i wsp.²³ wśród 14825 pracowników oddziałów ratunkowych, lekarzy i pielęgniarek (pielęgniarzy) z 31 prowincji Chin, udowodniono, że

²¹ Zob. Kangguang Lin, Bing Xiang Yang, Dan Luo, i in., *The Mental Health Effects of COVID-19 on Health Care Providers in China*, „Am J Psychiatry” July 2020, Tom 177, 7, s. 635.

²² Zob. Jianbo Lai, Simeng Ma, Ying Wang, i in., *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*, „JAMA Network Open” 2020, Tom 3, s. 3.

²³ Xingyue Song, Wenning Fu, Xiaoran Liu, i in., *Mental health status of medical Staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China*, „Brain, Behavior and Immunity” 2020, 88, s. 60-65.

objawy i depresji i PTSD częściej występowały u mężczyzn, w tym zawód pielęgniarstwa wiązał się z częstszym wystąpieniem objawów PTSD, najbardziej narażeni na zaburzenia psychiczne byli pracownicy w wyższym wieku, osoby z krótszym stażem pracy i osoby z niższym wsparciem społecznym. Do badania objawów depresji użyto tam innej skali, zawierającej 20 pytań do samodzielnej odpowiedzi. Do zbadania objawów zespołu stresu pourazowego użyto tam nowszej skali, niż w badaniu własnym, mianowicie PTSD Checklist PCL- 5 dla kryteriów zawartych w DSM-5. Częstość występowania objawów depresyjnych wynosiła 25,2%, a licznych objawów PTSD 9,1%. W badaniu własnym liczne objawy PTSD wykazywało 19,4% badanych pracowników.

W kolejnym badaniu, tym razem przeprowadzonym w Omanie przez Alshekaili z zespołem²⁴ w kwietniu 2020 r. wśród 1139 pracowników medycznych, badano różnice w występowaniu objawów psychicznych u pracowników „pierwszej linii” oraz z innych szpitali. Było to pierwsze badanie na tak szeroką skalę w tym kraju. Do badania użyto skali DASS-21, służącej do oceny poziomu depresji, lęku oraz stresu. Objawy depresji zgłosiło 32,3% respondentów, objawy lęku 34,1%, a bezsenność 18,5% badanych. Wśród badanych nie wykazano znaczących różnic między pracownikami, a w konkluzji zawarto sugestie do przeprowadzenia kolejnych badań w celu oceny, czy wykryte zaburzenia psychiczne mają charakter zaburzeń adaptacyjnych – ostrej reakcji na stres, czy też przejawiać się będą w postaci przewlekłej i powodować nieodwracalne cierpienie psychiczne.

Wśród personelu medycznego szpitala Igualada w Barcelonie, Erqucia wraz z zespołem²⁵ w przekrojowym badaniu analizował stan psychiczny 395 uczestników, którzy mieli do czynienia z chorymi na COVID-19. W okresie od marca do kwietnia 2020 r. zebrano dane dotyczące lęku, depresji i stresu. Tu również wykorzystano skalę DASS-21 oraz Skalę Depresji Hamiltona. Z badań wynika, że znaczący odsetek specjalistów zgłaszał objawy lęku (31,4%), depresję o nasileniu od umiarkowanej do ciężkiej manifestowało 12,2% pracowników, natomiast objawy ostrego stresu zgłaszało 14,4%

²⁴ M. Alshekaili, H. Wallid, N. Al. Said, i in., *Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: frontline versus non-frontline healthcare workers*, „BMJ Open” 25 September 2020.

²⁵ J. Erqucia, L. Valls, A. Barja, i in., *Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe*, „Medicina Clinica” 9 July 2020, s. 1-7.

badanych. Udowodniono, że podwyższone ryzyko doświadczania stresu i zaburzeń psychicznych wykazywali pracownicy „pierwszej linii”, kobiety i młodzi mężczyźni, asystentki pielęgniarские, opiekunowie oraz technicy radiologii. Wiązało się to z niepewnością co do możliwej infekcji, stosowanych zabezpieczeń ochrony osobistej oraz doświadczaniem śmierci bliskiej osoby z powodu COVID-19 (Hiszpania była jednym z regionów najbardziej dotkniętych epidemią w Europie – dane z ww. pracy).

W niniejszej pracy cała grupa badanych 123 osób wskazała na potrzebę szerokiego wsparcia ze strony instytucji państwowych, pracodawców, społeczeństwa i osób najbliższych, jak również specjalistów medycznych, by zachować zdrowie psychiczne i móc kontrolować epidemię COVID-19. Pośród możliwych sposobów wsparcia zdecydowanie największy odsetek respondentów – 73,2% – wskazał na dodatkowe środki finansowe oraz potrzebę troski i docenienia przez przełożonych, współpracowników, osoby bliskie i lokalne społeczności. Połowa badanych (49,6%) oczekuje systematycznego testowania pracowników w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, a 47,2% za szczególnie ważne uznaje stałe zabezpieczenie w środki ochrony indywidualnej lepszej jakości. Oczekiwania dotyczą również zwiększenia ilości godzin wolnych od pracy, zapewnienia dodatkowych etatów dla wzmocnienia obsady dyżurów, a także szkoleń i instruktaży, by czuć się w pracy bezpiecznie. Aż 34,1% badanych oczekuje pomocy w zapewnieniu mieszkania w razie potrzeby izolacji. Zaskakujące, że tylko 20,3% badanych uznała za istotną możliwość uzyskania wsparcia psychologicznego w sytuacji trudnej.

Oczekiwania badanych grup zawodowych wynikają przede wszystkim z poczucia nieadekwatności nakładów finansowych, przeznaczanych na opiekę zdrowotną, co przekłada się na zarobki specjalistów, w stosunku do wymagań współczesnej medycyny oraz rosnącej grupy potencjalnie więcej wymagających pacjentów. Trudne warunki pracy, spowodowane wieloletnim zaniedbaniem przez państwo zasobów i infrastruktury, opieszałość instytucji czy pracodawców w inwestowaniu tak w sprzęt, jak i personel, skutkuje zmniejszaniem się zasobów kadry medycznej, odchodzeniem z zawodu i szukaniem alternatywnych miejsc pracy i godnego zarabkowania. Mimo różnic w oczekiwaniu kadr medycznych w niniejszym badaniu na tle materiałów źródłowych, można ocenić, że wsparcie pracowników powinno być natychmiast wdrożone. Wsparcie psychologiczne, choć jego oczekiwanie jest tu słabo wyrażone, powinno być jednym z wiodących celów

w projektowaniu procedur promowania zdrowia psychicznego personelu medycznego.

W raporcie Instytutu Badań Opinii Społecznych i Rynkowych IBRiS²⁶ z kwietnia 2020 roku pt. „Wpływ pandemii na zachowania zdrowotne Polaków” (ankietowani dorośli, grupa reprezentatywna 1100 osób) zwrócono uwagę na niepokojące zjawisko wycofania się Polaków z wykonywania dobrowolnych badań diagnostycznych. Z obawy przed zakażeniem podczas kontaktu z pracownikami medycznymi jedynie 12% ankietowanych stwierdziło, że bada się regularnie. Tak samo, jak w przytoczonym wyżej badaniu Panelu Ariadna, ankietowani za największe źródło stresu uznali obawę o zdrowie własne i najbliższych, przy czym stres przed zarażeniem się wirusem SARS-CoV-2 odczuwało 69% ankietowanych, a przed zarażeniem najbliższych, w szczególności rodziców w wieku senioralnym oraz własnych dzieci, aż 81%.

W raporcie specjalnym IBRiS pt. „Homo-covidus. Jak zmieniliśmy się wraz z pandemią”²⁷, przedstawionym na Forum Ekonomicznym w Karpaczu, które odbyło się w dniach 8-10 września 2020 roku, zaprezentowano dane dotyczące zmian w życiu codziennym mieszkańców Europy w związku z przedłużającą się pandemią. Do projektu przystąpiły instytuty partnerskie zrzeszone w EuNIRI – European Network Independent Research Institutes z Włoch, Niemiec i Francji. Badaniem objęto pełnoletnich mieszkańców tych krajów, w Polsce 1100 osób. Celem badania była ocena, czy ograniczenie swobody w przemieszczaniu się, handlu, zmiana stylu pracy na tzw. home office spowodowała przystosowanie się ludzi do nowej rzeczywistości – powstanie „nowego typu człowieka – homo-covidus”. W badaniach międzynarodowych średnio 40% mieszkańców Francji, Włoch i Niemiec stwierdziło, że nie ma powrotu do stylu życia przed pandemią, natomiast aż 52% Polaków było przeciwnego zdania. Połowa badanych z wszystkich krajów uznała, że z powodu pandemii większość spraw życia codziennego przeniesie się do sieci. Przejawem lokalnego patriotyzmu okazało się zwracanie uwagi na miejsce produkcji kupowanych artykułów – 50% Francuzów uznało tę sprawę za ważną, natomiast aż 56% Polaków nie zwracało uwagi na tę kwestię. Tylko 27% Niemców interesowało się pochodzeniem

²⁶ Zob. Instytut Badań Rynkowych i Społecznych, *Wpływ pandemii na zachowania zdrowotne Polaków*, Warszawa 2020.

²⁷ Zob. Instytut Badań Rynkowych i Społecznych, *Homo-covidus. Jak zmieniliśmy się wraz z pandemią – raport specjalny*, Warszawa 2020.

towarów. Największy lęk wśród wszystkich ankietowanych wzbudzała możliwość wywołania przez pandemię globalnego kryzysu gospodarczego. Aż 68% Włochów, 64% Polaków i 62% Francuzów i Niemców zdecydowanie obawia się kryzysu. Odpowiedzi na pytanie o możliwość zaszczepienia się przeciwko COVID-19, gdy tylko powstanie szczepionka, były podzielone. Aż 54% Włochów chce to zrobić najszybciej, jak to możliwe, 23% jest przeciwna szczepieniom. Wśród Niemców chętnych do zaszczepienia się było 50% badanych, natomiast 28% nie zgadza się na szczepienie. Wśród badanych Polaków aż 48% jest przeciwna szczepieniom, a 39% ma zamiar zaszczepić się jak najszybciej. Reasumując to badanie, można zauważyć, że większość polskiego społeczeństwa, mimo wielkich obaw o swoje zdrowie i życie na początku pandemii, dość szybko przystosowała się do nowych warunków, a część czasem lekceważyła narzucone ograniczenia.

Ostatnim z badań opinii społecznej na temat nastrojów Polaków jest raport przywoływanego już w tej pracy Panelu Ariadna pt. „Nastroje Polaków w czasie epidemii”, opublikowany w grudniu 2020 roku²⁸. Ogólnopolską próbę 1079 dorosłych Polaków dobrano według reprezentacji w populacji dla płci, wieku i wielkości miejscowości zamieszkania i zapytano o samopoczucie i nastrój w ciągu ostatnich dwóch miesięcy w porównaniu do wcześniejszego okresu. W opinii 48% badanych ich nastrój i samopoczucie nie zmieniły się, u 43% uległy pogorszeniu, a 9% uznało, że samopoczucie trochę lub zdecydowanie się poprawiło. Wśród badanych aż 50% kobiet i 35% mężczyzn przyznało, że czuje się gorzej, niż we wcześniejszym okresie pandemii. 17% przyznało, że przyjmuje leki poprawiające nastrój i samopoczucie. Na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego wpływają różne czynniki – dla kobiet istotne znaczenie ma życie rodzinne i zdrowie jej członków, natomiast dla mężczyzn zabezpieczenie finansowe rodziny i praca zawodowa. Osobom młodym najbardziej doskwierają obostrzenia skutkujące poczuciem osamotnienia, a ludzie w wieku dojrzałym przyczynę obniżenia nastroju widzą raczej w braku bezpieczeństwa zdrowotnego i finansowego.

W maju 2020 roku na stronie Polskiego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym opublikowano wstępny raport z badania naukowego, kierowanego przez dr Małgorzatę Dragan, z którego wynika, że największym

²⁸ Zob. Panel Ariadna, *Nastroje Polaków w czasie epidemii*, Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, Warszawa 2020.

stresorem dla badanych była aktualna epidemia koronawirusa. Uzyskane rezultaty powinny być przesłanką do prowadzenia stałej kontroli zdrowia psychicznego w społeczeństwie w czasie pandemii, w związku z jej dalszymi skutkami. Rekomendacją do kontynuowania badań na szeroką skalę była publikacja Światowej Organizacji Zdrowia, zawierająca wytyczne do analiz behawioralnych na temat COVID-19²⁹.

Również w maju 2020 roku, zespół badawczy z Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, pod kierunkiem dr hab. Małgorzaty Gambin, opracował pierwszy raport z badania podłużnego na temat uwarunkowań objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie pandemii COVID-19. We wcześniejszym badaniu tego zespołu, przeprowadzonym przed pandemią, 16,2% osób w grupie wiekowej od 18. do 34. roku życia przejawiało wysoki poziom dystresu w postaci smutku i przygnębienia w nasileniu klinicznie istotnym, natomiast w czasie pandemii odsetek takich osób w grupie wiekowej 18-24 lata wzrósł ponad dwukrotnie (36,6%) i był najwyższy spośród wszystkich grup wiekowych. Poziom objawów lęku uogólnionego i depresji w czasie epidemii był najniższy w grupie badanych od 55 do 64 lat oraz powyżej tego wieku.

Wśród wszystkich osób ze stwierdzonym istotnym nasileniem objawów lękowych i depresyjnych uwidoczniono różnice w przyczynach. O ile u ludzi młodych nasilenie objawów jest dodatnio skorelowane z ograniczeniem wolności, poczuciem osamotnienia, trudnymi relacjami w rodzinie, brakiem prywatności i zmęczeniem sytuacją a nawet nudą, o tyle w grupie osób powyżej 55. roku życia objawy związane są przede wszystkim z większym poczuciem zagrożenia zdrowia i życia swojego i bliskich, poczuciem samotności, brakiem spotkań z innymi ludźmi, koniecznością zmiany stylu życia i ograniczeniami wolności³⁰.

W czerwcu 2020 roku Polskie Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym przy współpracy z ESTSS – Europejskim Towarzystwem Badań nad Stresem Pourazowym – przeprowadzało badanie nad stresorami w czasie pandemii COVID-19. W badaniu międzynarodowym uczestniczyło

²⁹ Zob. M. Dragan, *Zdrowie psychiczne w czasie pandemii Covid-19*, Warszawa 2020; WHO, *Survey Tool and guidance. Rapid, simple, flexible behavioural insights on COVID-19*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2020.

³⁰ Zob. M. Gambin, *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii COVID-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*, Warszawa 2020.

10 krajów: Austria, Chorwacja, Gruzja, Holandia, Litwa, Niemcy, Polska, Portugalia, Szwecja i Włochy. W badaniu uwzględniono wpływ doświadczeń traumatycznych z dzieciństwa, które mogą mieć istotne znaczenie w zaistnieniu ryzyka zaburzeń psychicznych w życiu dorosłym, jak również w metodach radzenia sobie ze stresem i traumą. Badanie pozwoliło ustalić, że pandemia nie miała istotnego wpływu na spadek nastroju z powodu odczuwania takich emocji jak nuda i samotność, natomiast dominującymi emocjami były smutek, lęk i frustracja. W badaniu skoncentrowano się przede wszystkim na występowaniu zaburzeń adaptacyjnych i zespołu stresu pourazowego oraz myśli samobójczych, ze względu na brak badań tego typu zaburzeń w czasie pandemii, a także z uwagi na alarmujące statystyki dotyczące prób samobójczych i samobójstw w Polsce. Badacze, na podstawie raportu WHO z 2019 roku określili, że Polska znajduje się „w czołówce krajów Unii Europejskiej pod względem prób samobójczych i samobójstw wśród mężczyzn”. Z badania pozytywnych aspektów pandemii w różnych obszarach życia, osoby badane wyróżniły docenianie własnego zdrowia i zdrowia najbliższych oraz możliwość przeznaczenia większej ilości czasu dla najbliższych³¹.

Dotychczasowe badania polskich psychologów i socjologów dostarczyły informacji na temat funkcjonowania ludzi w pandemii w wielu aspektach życia, doświadczanego stresu i różnych rodzajów obciążeń psychicznych, nastroju, objawów zaburzeń oraz sposobów radzenia sobie ze stresem i traumą. Badacze wskazali na konieczność dalszych analiz, również porównawczych na poziomie międzynarodowym, by skutecznie monitorować zdrowie psychiczne ludności, przystosowanie do zmian w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej i wprowadzanych ograniczeń oraz zapobiegać rozwojowi zaburzeń psychicznych.

WNIOSKI

1. Wśród pracowników medycznych wykonujących pracę w okresie pandemii występuje wysoki stopień obciążenia psychofizycznego.

³¹ Zob. M. Dragan, M. Skrodzka, P. Grajewski, *Raport z badań „Stresory, radzenie sobie oraz symptomy zaburzenia adaptacyjnego w czasie pandemii COVID-19”*, Warszawa 2020.

2. Narażenie na stres, agresję, lęk i frustrację zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych u osób pracujących w okresie trwającej pandemii.
3. Większość badanych nie przejawiała objawów depresji lub wykazała łagodne lub umiarkowane jej symptomy, natomiast u ponad połowy odnotowano umiarkowane, umiarkowanie liczne i liczne objawy PTSD.
4. Niepokojące objawy wynikające z obciążenia pracą w okresie pandemii wśród respondentów to zaburzenia koncentracji, bezsenność, poczucie zmęczenia, nadmierna reakcja na bodziec zewnętrzny oraz irytacja i wybuchy gniewu.
5. Nasilenie objawów depresyjnych i objawów zespołu stresu pourazowego nie jest zależne od wieku, płci, stażu pracy oraz wykonywanego zawodu.
6. Wsparcie psychologiczne, zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu pracy, umożliwienie podejmowanych odpoczynku i zapewnienie dodatkowego wynagrodzenia za pracę należy do priorytetowych działań instytucji rządowych i lokalnych, w celu ochrony zdrowia psychicznego personelu medycznego.

BIBLIOGRAFIA

- Alshekaili M., Wallid H., Al Said N., i in., *Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: frontline versus non- frontline healthcare workers*, „BMJ Open” 25 September 2020.
- Babicki M., Mastalerz-Migas A., *Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19*, „Psychiatria Polska Online first nr 188” 12 października 2020.
- Babińska-Skalska N., <https://psychologiazaburzen.pl/>, <https://psychologia-zaburzen.pl/pcl-c-test-na-ptsd-zespol-stresu-pourazowego/> [dostęp: 25.09.2020].
- Barello S., Palamenghi L., Graffigna G., *Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic*, „Psychiatry Research” 2020, nr 290.
- Biegańska-Banaś J.M., Makara-Studzińska M., *Strategie radzenia sobie stosowane w grupie pielęgniarzek pracujących w warunkach COVID-19*, „Nursing Problems” 2020, Tom 28, 1.

- Centrum Badania Opinii Społecznej, *Które zawody uważamy?*, CBOS, Warszawa 2019.
- Centrum Badania Opinii Społecznej, *Prestiż zawodów*, CBOS, Warszawa 2013.
- Department of Veterans Affairs, Traumatic Brain Injury (TBI) Instruments User Manual, <https://www.va.gov/> [dostęp: 11.06.2020].
- Dragan M., *Zdrowie psychiczne w czasie pandemii Covid-19*, Warszawa 2020.
- Dragan M., Skrodzka M., Grajewski P., *Raport z badań „Stresory, radzenie sobie oraz symptomy zaburzenia adaptacyjnego w czasie pandemii COVID-19”*, Warszawa 2020.
- Erqucia J., Valls L., Barja A., i in., *Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe*, „Medicina Clinica” 9 July 2020.
- Gambin M., *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii COVID-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*, Warszawa 2020.
- Instytut Badań Rynkowych i Społecznych, *Homo-covidus. Jak zmieniliśmy się wraz z pandemią – raport specjalny*, Warszawa 2020.
- Instytut Badań Rynkowych i Społecznych, *Wpływ pandemii na zachowania zdrowotne Polaków*, Warszawa 2020.
- Jianbo Lai, Simeng Ma, Ying Wang, i in., *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*, „JAMA Network Open” 2020, Tom 3.
- Kanguang Lin, Bing Xiang Yang, Dan Luo, i in., *The Mental Health Effects of COVID-19 on Health Care Providers in China*, „Am J Psychiatry” July 2020, Tom 177, 7.
- Kmiecik B., *Problem agresji pacjentów – próba diagnozy, poszukiwanie rozwiązań*, „Aktualności Neurologiczne” 2016, Tom 16, 3.
- Konieczny J., *Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach epidemiologicznych. Teoria-Praktyka-Metodologia-Etyka*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Poznań 2020.
- Kucmin T., Kucmin A., Turska D., Turski A., Nogalski A., *Style radzenia sobie ze stresem i dyspozycyjny optymizm jako predyktory nasilenia objawów PTSD w grupie ratowników medycznych*, „Psychiatria Polska” 2018, Tom 52, 3.
- Kwak M., Zaczek I., Wilczek-Rużyczka E., *Stres i style radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki – metaanaliza badań*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2018, Tom 24, 2.
- Long Huang, Fuming Xu, Hairong Liu, *Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.05.20031898v1> [dostęp: 25.12.2020].

- Panel Ariadna, *Nastroje Polaków w czasie epidemii*, Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, Warszawa 2020.
- Panel Ariadna, *Poziom stresu związany z pandemią koronawirusa*, Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, Warszawa 2020.
- Rączka M., Szkup M., Starczewska M. i in., *Ocena ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówek medycznych*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2018, Tom 6, 2, s. 119-124.
- Reber A., *Słownik psychologii*, Warszawa 2000.
- Skorupska-Król A., Szabla A., Bodys-Cupak I., *Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2014, Tom 1, 46.
- Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2010.
- Szwamel K., Sochacka L., *Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2014, Tom 4, 2.
- Święcicki Ł., *Rozpoznawanie depresji w praktyce lekarza POZ* [broшуra], Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2017.
- Tarczoń E., Beck-Krala E., *Kreowanie kultury bezpieczeństwa w sektorze opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe WSZOP” 2018, Tom 1, 14.
- Tomaszewski K., Zarychta M., Bieńkowska A. i in., *Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych*, „Psychiatria Polska” 2011, Tom XIV, 2.
- Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk A., *Miejsce pracy na miarę oczekiwań. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Łódź 2010.
- Wen Lu, Hang Wang, Yuxing Lin, Li Li, *Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study*, „Psychiatry Research” 2020, Tom 288.
- WHO, *Survey Tool and guidance. Rapid, simple, flexible behavioural insights on COVID-19*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2020.
- WHO, *Zdrowie psychiczne i funkcjonowanie psychospołeczne podczas pandemii COVID-19*, World Health Organization, Genewa 2020.
- Xingyue Song, Wenning Fu, Xiaoran Liu, i in., *Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China*, „Brain, Behavior and Immunity” 2020, nr 88.
- Zachary D., Slemon A., Richardson Ch. i in., *Associations between periods of COVID-19 quarantine and mental health*, „Psychiatry Research” 2021, nr 295.

O PROBLEMACH RODZIN Z DZIECKIEM ZE SPEKTRUM AUTYZMU I FORMACH POMOCY

Kamila Bubala

Szkoła Podstawowa nr 23 im. Józefa Drożdża w Bielsku-Białej
kamilas_84@interia.pl

Piotr Gierek

Akademia Ignatianum w Krakowie
ORCID: 0000-0003-1431-795X
piotr.gierek@ignatianum.edu.pl

THE ISSUES OF FAMILIES WITH CHILDREN SUFFERING FROM AN AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND POSSIBLE ASSISTANCE FORMS

ABSTRACT

The main assumption of the article is to present the results of research carried out with five parents of children with autism spectrum disorders. The concerns raised in the research focused on the educational difficulties amongst families with children suffering from autism spectrum disorders, as well as the forms of possible assistance and support for these families. The basic research tool was a categorised interview questionnaire. The conducted research shows that raising a child suffering from autism spectrum disorder is not devoid of any difficulties and challenges. These concerns mainly stem from specific behaviour of the child, changes in the material realm of the family and

STRESZCZENIE

Głównym założeniem artykułu jest prezentacja wyników badań przeprowadzonych z pięcioma rodzinami dzieci ze spektrum autyzmu. Problemy poruszane w badaniach koncentrowały się wokół trudności wychowawczych występujących w rodzinach z dzieckiem ze spektrum autyzmu, a także dotyczyły form pomocy i wsparcia tym rodzinom. Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz wywiadu skategoryzowanego. Przeprowadzone badania pokazują, że wychowywanie dziecka ze spektrum autyzmu nie jest pozbawione trudności i wyzwań. Problemy te głównie wynikają ze specyficznych zachowań dziecka, zmian w sferze materialnej

the necessity for increased parental involvement in the upbringing of the child. Moreover, they are also associated with the specific character of the disorder itself, problems related to the wrong or late diagnosis of the child's disorders, and also – indirectly – with expectations regarding the forms of help and support for families with children suffering from autism spectrum disorders.

Keywords: family, autism, upbringing, disabled child.

rodziny oraz konieczności zwiększonego zaangażowania rodziców w wychowanie dziecka. Ponadto wiążą się one również ze specyfiką samego zaburzenia, problemami związanymi z późną lub nietrafną diagnozą zaburzeń dziecka, a także pośrednio z oczekiwaniami dotyczącymi form pomocy i wsparcia rodzin z dzieckiem ze spektrum autyzmu.

Słowa kluczowe: rodzina, autyzm, wychowanie, dziecko z niepełnosprawnością.

WPROWADZENIE

Na przestrzeni lat ujmowanie autyzmu na tle innych zaburzeń ulegało istotnym zmianom. Obecnie spektrum autyzmu rozpoznawane jest na podstawie listy symptomów zawartych w dwóch największych systemach klasyfikacyjnych chorób i zaburzeń funkcjonowania: ICD-11 Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób oraz Problemów Zdrowotnych, opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia oraz DSM-5 klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Klasyfikacja DSM-5 ujmuje wszystkie zaburzenia we wspólną kategorię diagnostyczną ze spektrum autyzmu¹ (ASD – *Autism Spectrum Disorder*). W powyższej klasyfikacji spektrum autyzmu (ASD) rozumiane jest jako zaburzenie neurorozwojowe, w którym objawy muszą być obserwowane od okresu niemowlęctwa lub wczesnego dzieciństwa, jednak nie muszą być wyraźnie obecne w późniejszych okresach rozwojowych (np. zmiana spowodowana udzielonym wsparciem). Według A. Rynkiewicz i M. Kulik słowo spektrum „odnosi się zarówno do różnic w prezentacji i nasileniu

¹ A. Rynkiewicz, M. Kulik, *Wystandaryzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*, „Psychiatria” 2013, tom 10, 2, s. 41-42.

symptomów wewnątrz grupy osób z diagnozą ASD, jak i wskazuje na pewne kontinuum pomiędzy populacją ogólną a osobami z tą diagnozą”².

Autyzmu jest jednym z tych zaburzeń rozwoju dziecka, które dotyka całą rodzinę, funkcjonowanie której wcześniej czy później zostaje podporządkowane dziecku. Do problemów, z jakimi borykają się rodzice dzieci ze spektrum autyzmu można zaliczyć: utrudnioną możliwość porozumiewania się z dzieckiem lub jej brak; trudności z wykształceniem prawidłowych więzi między dzieckiem a pozostałymi członkami rodziny; nieharmonijny przebieg rozwoju dziecka, w którym okresy poprawy przeplatają się ze stagnacją i regresem; trudne zachowania dziecka sprzeczne z ogólnie przyjętymi normami społecznymi, powodujące odrzucenie przez społeczeństwo. Według A. Szafrąńskiej „brak zrozumienia dla »inności« dziecka ze strony znajomych, sąsiadów, członków dalszej rodziny mogą powodować wycofywanie się rodziców z kontaktów z ludźmi. Bardzo częstym zjawiskiem jest syndrom wypalenia sił charakteryzujący się poczuciem braku energii, rezygnacją, a w sytuacjach skrajnych całkowitym wyczerpaniem. Opieka nad dzieckiem ze spektrum autyzmu jest wyzwaniem dla całej rodziny i by podołać licznym trudnościom, rodzice potrzebują wsparcia dla siebie i dziecka”³.

Zaburzenia ze spektrum autyzmu są niejasne etiologicznie⁴. Autyzm jest jednym z kilku opisanych w medycynie całościowych zaburzeń rozwojowych. Diagnoza różnicowa w obrębie tej grupy przysparza specjalistom wielu trudności⁵. Pojawienie się dziecka ze spektrum autyzmu w rodzinie wywołuje zazwyczaj silne, negatywne przeżycia rodziców i szczególnie mocno uderza w funkcjonowanie rodziny. Rodzice dziecka ze spektrum autyzmu z tego względu, że autyzm jest zaburzeniem rozwoju, które objawia się w ciągu trzech pierwszych lat życia dziecka, poddani są znacznie wydłużonemu procesowi diagnostycznemu⁶.

² Tamże, s. 42.

³ A. Szafrąńska, *Doświadczenie wsparcia społecznego przez rodziny z dzieckiem autystycznym*, <http://www.sbc.org.pl/Content/12464/doktorat2751.pdf> (dostęp: 6.12.2021).

⁴ A. Prokopiak, *Wychowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, Lublin 2014, s. 55.

⁵ Zob. A. Wentrych, *Zanim wkroczy specjalista... Jak pomóc przedszkolakowi w trudnych sytuacjach. Przewodnik dla nauczycieli i rodziców*, Kraków 2016.

⁶ M. Pągowska, *Psychospołeczna sytuacja rodziny dziecka z autyzmem – etapy adaptacji do niepełnosprawności dziecka*, „Szkoła Specjalna” 2010, nr 4, s. 259.

Do charakterystycznych problemów doświadczanych przez rodziców posiadających dziecko ze spektrum autyzmu E. Pisula⁷ zalicza: problemy związane z uzyskaniem prawidłowej diagnozy dziecka lub nietrafną diagnozą; sposób, w jaki rodzice zostali poinformowani o zaburzeniu dziecka; poczucie braku więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz brak oznak przywiązania z jego strony; trudności w porozumiewaniu się z dzieckiem; niezwykle, nieharmonijny przebieg rozwoju dziecka; okresy zatrzymania i regresji; nierównomierność tempa rozwoju w obrębie poszczególnych funkcji; trudności z prawidłową oceną rzeczywistych możliwości dziecka; „normalny” wygląd dziecka utrudniający zrozumienie, na czym polegają problemy związane z jego rozwojem; nadmierne przywiązanie dziecka do stałości, rutyny i opór wobec wszelkich zmian; zachowanie w miejscach publicznych; często współwystępująca niepełnosprawność intelektualna; różne opinie profesjonalistów na temat najlepszych metod terapii złe rokowania i brak możliwości wyleczenia; izolacja społeczna brak zrozumienia ze strony bliskich, przyjaciół i znajomych; niepokój o przyszłość dziecka.

Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu doświadczają wielu bardzo trudnych przeżyć. Według L. Szmani „towarzyszące im emocje są zróżnicowane, zależne od etapu, na jakim znajduje się dziecko, a wraz z nim jego rodzina. Należy podkreślić, iż każde dziecko dotknięte autyzmem jest inne, a każda rodzina tworzy własną, niepowtarzalną historię. Podobne doświadczenia rodzin dzieci ze spektrum autyzmu, takie jak trudne zachowania i specyficzne potrzeby tych dzieci czy specyfika ich wychowywania, sprawiają jednak, że emocje towarzyszące rodzicom w poszczególnych okresach życia mogą być do siebie zbliżone”⁸.

Życie rodziny dziecka ze spektrum autyzmu można podzielić na dwa okresy: (1) czas przed diagnozą i (2) czas po diagnozie⁹. Przed diagnozą rodzice są baczniymi obserwatorami dziecka. To oni jako pierwsi zauważają jego nietypowe zachowania, opóźnienia rozwojowe czy też zanik posiadanych wcześniej umiejętności. Na skutek tego, iż dostrzegają problem, którego nie potrafią zdefiniować i wytłumaczyć, narasta w nich niepokój, lęk,

⁷ E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk 2010; E. Pisula, *Rodzice dzieci z autyzmem*, Warszawa 2012; E. Pisula, *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami w rozwoju*, Warszawa 1998, s. 119.

⁸ L. Szmania, *Doświadczenia emocjonalne rodziców dzieci z autyzmem*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2014, nr 5, s. 73.

⁹ Zob. tamże, s. 76-77.

są zagubieni i zdesperowani. Towarzyszy im również poczucie winy, niemoc w postępowaniu z dzieckiem oraz radzeniem sobie z jego trudnymi zachowaniami. Zdarza się również, że rodzice czują się niepotrzebni, odczuwają pozorny brak miłości ze strony dziecka, a jego wrogie nastawienie względem siebie odczytują najczęściej z takich zachowań, jak: szarpanie za włosy, szczypanie, tulenie się z jednoczesnym unikaniem spojrzenia. Takie zachowania mogą pogłębiać ich dezorientację i zagubienie. Ból rodziców potęguje dostrzeganie odmienności w zachowaniu oraz rozwoju dziecka ze spektrum autyzmu w porównaniu np. do jego zdrowego rodzeństwa. Rodzice często porównują swoje dzieci z ich prawidłowo rozwijającymi się rówieśnikami. Dostrzegane rozbieżności stanowią dla nich źródło przykrości. Wielu rodziców doświadcza wówczas poczucia krzywdy, wyrażającego się w pytaniach: „dlaczego ja/my?”, „dlaczego mnie/nas to spotyka?”, będącego jednocześnie wyrazem braku akceptacji zaistniałej sytuacji¹⁰. Diagnozowanie autyzmu u dziecka jest bardzo trudne. Jak zauważa L. Szmania „niekiedy proces diagnostyczny trwa kilka lat, a rodzice odbywają długą, męczącą wędrówkę po gabinetach specjalistów. Często zdarza się również, że stawiane są mylne diagnozy, takie jak np. zaburzenia wzroku czy niedosłuch. Opóźnienie diagnozy prowadzi do obciążenia emocjonalnego rodziców, którzy odczuwają coraz większe zmęczenie, żal i smutek. Dlatego po otrzymaniu jej czują ulgę oraz spadek napięcia. Diagnoza stanowi często potwierdzenie ich przypuszczeń, a także zakończenie pewnego etapu w życiu całej rodziny”¹¹. Od momentu uzyskania diagnozy dziecka w przekonaniu jednej grupy rodziców rozpoczyna się okres działań na rzecz dziecka, czas specjalistycznej pomocy, zdobywania informacji na temat autyzmu oraz metod pracy terapeutycznej, czas terapii i powrotu rodziny do równowagi. Jednakże dla innej grupy rodziców jest to okres szoku, niedowierzania i często nieakceptowania diagnozy, co związane jest z negocjowaniem jej czy poszukiwaniem „nowych” specjalistów, którzy zdiagnozują dziecko. W przypadku tej grupy rodziców najwcześniej przejście do okresu działania na rzecz dziecka odbywa się w odroczeniu, co związane jest z pogodzeniem się z diagnozą.

Wychowywanie dziecka ze spektrum autyzmu jest dla rodziców trudnym zadaniem i sytuacją problemową. Bardzo ważną rolę odgrywa tu „jakość” związku rodziców. Może ona stanowić swoisty bufor przeciwko

¹⁰ Tamże, s. 74.

¹¹ Tamże, s. 76.

stresowi, ochronę przed wszelkiego rodzaju zagrożeniami. Należy jednak podkreślić, że zdarzają się sytuacje, w których na skutek codziennego przemęczenia oraz braku czasu dla siebie nawzajem więź emocjonalna między małżonkami słabnie, a rodzice czują się osamotnieni, obwiniają się wzajemnie za sytuację, w której się znaleźli¹².

Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu muszą zmierzyć się z faktem występujących zaburzeń rozwojowych dziecka. Wtedy pojawia się wiele negatywnych emocji. Pierwszymi, najsilniejszymi reakcjami emocjonalnymi rodzin są bezradność, rozpacz, napięcie emocjonalne, zamknięcie w sobie, strach przed nieznanym, gniew, ból, złość.

Problem funkcjonowania rodziny dziecka ze spektrum autyzmu można oceniać z perspektywy relacji zachodzących pomiędzy krewnymi. Zaburzenie dziecka i pojawiające się w związku z tym stany i przeżycia emocjonalne kształtują w dużej mierze stosunki interpersonalne w rodzinach. Z jednej strony pojawiają się wzajemna odpowiedzialność i troska o dziecko, co przyczynia się jednocześnie do scementowania więzi małżeńskich. Z drugiej strony dochodzi do rozluźnienia więzi emocjonalnych między małżonkami, występowanie konfliktów i napięć emocjonalnych spowodowanych przeciążeniem sytuacją wychowywania dziecka o tak specyficznych potrzebach. Skrajnym przypadkiem jest zupełne zerwanie więzi emocjonalnych między rodzicami dziecka (rozwód)¹³.

Można również przyjąć, że zaburzone relacje między małżonkami są konsekwencją problemu nazwanego „niejasnością sytuacji”, która polega na trudności pogodzenia się z faktem, iż w rodzinie jest obecne dziecko ze spektrum autyzmu. Taka sytuacja ma najczęściej miejsce, gdy wygląd dziecka nie wskazuje na zaburzenie, natomiast zachowanie nie zawsze jest przewidywalne dla rodziców i otoczenia, a matka wysuwa wnioski, iż przyczyna tkwi w jej nieprawidłowym postępowaniu z dzieckiem¹⁴.

Według P. Randalla i J. Parkera „występowanie autyzmu u dziecka może negatywnie wpływać na wzajemność uczuć oraz obniżać poziom empatii w relacji rodzic – dziecko”¹⁵. Ujemny wpływ na relacje zachodzące

¹² Zob. P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, Sopot 2010; L. Szmania, *op. cit.*, s. 85-86.

¹³ M. Pągowska, *op. cit.*, s. 260.

¹⁴ A. Banasiak, *Psychospołeczny wymiar jakości życia rodzin dzieci z autyzmem*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie” 2008, tom XV, s. 8.

¹⁵ Zob. P. Randall, J. Parker, *op. cit.*; za: L. Szmania, *op. cit.*, s. 86.

między poszczególnymi członkami rodziny mają następujące zmienne: głębokość stopnia zaburzenia rozwoju dziecka ze spektrum autyzmu, małe umiejętności komunikowania się, nadpobudliwość, agresja wobec innych, autoagresja, bezcelowe chodzenie lub krzyczenie oraz niszczenie przedmiotów.

Czynniki powodujące stres u rodziców to przede wszystkim: ciągły brak czasu, wynikający z nieprzerwanej opieki nad potomkiem, pomoc w codziennych, czasem najprostszych czynnościach, problemy z zapewnieniem dziecku odpowiedniej edukacji uwzględniającej jego możliwości psychospołeczne i zdrowotne oraz czynniki, które bezpośrednio są związane z rozwojem fizycznym i seksualnym dziecka. Jednak największy stres wywołuje lęk o przyszłość dziecka – jak sobie poradzi w życiu dorosłym czy po śmierci rodziców¹⁶. Rodzice, na skutek wzmożonej opieki nad dzieckiem oraz poświęcania mu większej ilości czasu i uwagi, czują z nim silniejszą więź, większą bliskość. Są również bardziej wyczuleni na wszelkie oznaki miłości oraz przywiązania ze strony dziecka. Często bywa i tak, że takie dziecko znajduje się w centrum życia rodziny¹⁷.

Jak uważa P. Randall i J. Parker „w sytuacji posiadania większej liczby dzieci trudne i męczące może być nieustanne przechodzenie z roli rodzica dziecka ze spektrum autyzmu do roli rodzica pozostałych dzieci. Rodzice starają się jednakowo traktować wszystkie swoje dzieci, ale jednocześnie chcą najpierw zaspokajać potrzeby dziecka ze spektrum autyzmu”¹⁸. Taka postawa oraz mała ilość czasu poświęcana pozostałym dzieciom może skutkować pojawianiem się konfliktów między nimi a rodzicami. Często dziecko „zdrowe” spychane jest na drugi plan życia rodzinnego. Niejednokrotnie doświadcza ono odrzucenia ze strony dziecka z autyzmem, które nie chce „wpuścić go” do swojego świata (specyfika spektrum autyzmu) – co dla dziecka jest niezrozumiałe i przykre. Większość matek, ze względu na absorbującą terapię i specyficzne potrzeby dziecka ze spektrum autyzmu, napotyka trudności w sprawiedliwym (w ich subiektywnej ocenie) rozdysponowaniu czasu pomiędzy potomstwo. Ten deficyt uwagi u dzieci neurotypowych („zdrowych”) może prowadzić do pewnych zachowań buntowniczych i próby zwrócenia na siebie uwagi. Rosnąca frustracja z powodu

¹⁶ A. Banasiak, *op. cit.*, s. 6.

¹⁷ Zob. L. Szmania, *op. cit.*, s. 86.

¹⁸ Zob. P. Randall, J. Parker, *op. cit.*; za: L. Szmania, *op. cit.*, s. 86.

bycia „na drugim miejscu”, a ponadto dodatkowe obowiązki wynikające z posiadania rodzeństwa z zaburzeniem rozwoju, przyspieszają proces usamodzielnienia się zdrowych dzieci, który niejednokrotnie przychodzi za wcześnie¹⁹. Specyfika zaburzeń spektrum autyzmu nie sprzyja również wzajemnej integracji dzieci w domu. W większości przypadków zdrowe dzieci czują się odrzucone, nieakceptowane, a co za tym idzie – negatywnie nastawione do rodzeństwa. Dzieci z zaburzeniem rozwoju z kolei w niektórych przypadkach, „nie zauważają” swojego zdrowego rodzeństwa i zamykają się całkowicie przed nim, albo wręcz odrzucają całkowicie jego istnienie²⁰.

Według C. Parka „rodzice zauważają, że ogólna sytuacja rodziny jest dużo łatwiejsza, gdy rodzeństwo włącza się w opiekę nad dzieckiem ze spektrum autyzmu. Wtedy oni mają więcej czasu dla siebie nawzajem oraz pozostałych dzieci, nie czują się tak zmęczeni i przeciążeni obowiązkami”²¹. Pojawienie się w rodzinie dziecka ze spektrum autyzmu może mieć również wpływ na tryb życia rodziców związany ze spotkaniami towarzyskimi, a także ich życiem, np. kulturalnym. Izolacja społeczna może stanowić konsekwencję obecności czynników źródłowych m.in. takich jak: wrogość i wyśmiewanie dziecka ze spektrum autyzmu przez społeczeństwo oraz brak akceptacji własnego dziecka. Wpływa ona niekorzystnie na dziecko, jego rodziców i rodzeństwo. Wszyscy członkowie rodziny czują jej konsekwencje i dla każdego z nich jest ona trudna.

Podsumowując, zdaniem M. Pągowskiej „stres emocjonalny rodziców nie maleje wraz z wiekiem dziecka. Wręcz przeciwnie, jego przyszłość napawa ich jeszcze większą niepewnością, obawą przed regresem w rozwoju spowodowanym brakiem dalszej rehabilitacji i edukacji. Myślą, co się stanie z dzieckiem, kiedy ich zabraknie bądź nie będą już w stanie zapewnić mu dostatecznej opieki”²².

¹⁹ J. Pawlikowska, O. Maciejewska, *Funkcjonowanie rodziny z dzieckiem ze spektrum autyzmu. Opieka i terapia*, „Zeszyty Pracy Socjalnej” 2018, nr 23, s. 144-145.

²⁰ Tamże, s. 145.

²¹ Zob. C. Park, *Oblężenie. Rodzinna wyprawa w świat dziecka autystycznego*, Kraków 2003; za: L. Szmania, *op. cit.*, 86.

²² M. Pągowska, *op. cit.*, s. 264.

BADANIA WŁASNE

Problemy poruszane w badaniach dotyczyły trudności wychowawczych występujących w rodzinach posiadających dziecko ze spektrum autyzmu oraz form pomocy i wsparcia, którego oczekują rodzice tych dzieci.

W niniejszych badaniach zastosowano metodę studium indywidualnego przypadku, która jest sposobem badań polegającym na analizie jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej poprzez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych²³.

W ramach tej metody zastosowano wywiad, który jest rozmową badającego z respondentem lub respondentami według opracowanych wcześniej dyspozycji lub w oparciu o specjalny kwestionariusz. Służy on poznaniu faktów, opinii i postaw zbiorowości²⁴. W badaniach został użyty wywiad skategoryzowany, jawny, mający charakter usystematyzowanych pytań, a badani poinformowani byli o celach, charakterze i przedmiocie wywiadu²⁵.

Badania miały charakter badań przyczynkarskich, których analiza obejmuje tylko wąski zakres zjawiska, a badana populacja również jest mała²⁶. Badania zostały przeprowadzone wśród 5 rodziców dzieci ze spektrum autyzmu na terenie województwa śląskiego, w okresie luty-marzec 2020 roku. Szczegółowa charakterystyka respondentów przedstawiona została w tabeli nr 1. Każdy z wywiadów trwał średnio godzinę.

Tabela 1. Charakterystyka badanych respondentów

Oznaczenie	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Typ rodziny	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania
W.1	ojciec	35	pełna	wyższe	wieś
W.2	matka	29	pełna	wyższe	miasto
W.3	matka	31	samotna matka	wyższe	miasto
W.4	matka	30	pełna	wyższe	miasto
W.5	matka	33	zrekonstruowana	średnie	miasto

Źródło: opracowanie własne.

²³ T. Pilch, T. Baumann, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 2001, s. 72.

²⁴ Tamże, s. 92.

²⁵ Tamże, s. 86.

²⁶ J. Apanowicz, *Metodologia ogólna*, Gdańsk 2002, s. 37.

Jedyny ojciec (W1) biorący udział w wywiadzie określa warunki materialno-bytowe swojej rodziny jako przeciętne. Oboje z żoną pracują. Ich syn ze spektrum autyzmu posiada w domu wydzielone miejsce do zabawy oraz nauki. Nie posiada rodzeństwa. Pierwsza z matek (W2) określa sytuację materialną rodziny jako dobrą. Oboje z mężem są aktywni zawodowo. Ich córka ze spektrum autyzmu posiada swoje miejsce do nauki i zabawy. W rodzinie jest jeszcze jedno, młodsze dziecko. Kolejny respondent (W3) samotnie wychowuje syna ze spektrum autyzmu. Jej warunki materialne są przeciętne, kobieta pobiera zasiłki z pomocy społecznej. Mimo trudnej sytuacji dziecko ma w mieszkaniu swój kącik do zabawy i edukacji. Matka wykonuje pracę zarobkową. Czwarta badana (W4) wraz z mężem jest aktywna zawodowo. Sytuację materialną określa jako dobrą. Córka ma swój pokój, a w nim wyznaczone miejsce do zabawy i nauki. Ostatnia respondentka (W5) jest matką trójki dzieci. Rodzina należy do kategorii zrekonstruowanych (powtórne małżeństwo). Kobieta nie pracuje, zajmuje się domem oraz wychowaniem dzieci. Warunki materialne określa jako dobre, nie pobiera żadnych zasiłków, lecz dostaje od byłego męża alimenty na siebie oraz dwoje najstarszych dzieci. Każde z dzieci ma wydzielone miejsce do zabawy i nauki.

TRUDNOŚCI WYCHOWAWCZE W OPINII BADANYCH RODZICÓW

Wychowywanie dziecka ze spektrum autyzmu jest dużym wyzwaniem dla jego rodziców, którzy często nie mogą zrozumieć jego potrzeb, a tym samym ich zaspokoić. Paradoxy w wychowaniu dziecka powodują, że jego zachowanie jest trudne do przewidzenia, co skutkuje tym, że rodzicom trudno jest wypracować pewne schematy działania, spójny obraz dziecka. W niektórych obszarach życia dziecka udaje się stworzyć pozory normalności²⁷. Jednakże narastające trudności powodują u rodziców ogromny stres, nie potrafią oni ocenić możliwości rozwojowych swojego dziecka, a przyczyną często upatrują w niskich kompetencjach rodzicielskich.

²⁷ Zob. K. Bubała, P. Gierek, *Wybrane aspekty funkcjonowania rodziny z zespołem Downa – studium indywidualnego przypadku*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Społecznej” 2020, nr 37.

Na wstępie wywiadu każdemu rozmówcy zostało zadane pytanie, na czym polega oraz „czym” jest wychowanie dziecka ze spektrum autyzmu. Poniżej wypowiedzi badanych:

Przed wszystkim jest to olbrzymie wyzwanie. Żadne metody wychowania zdrowego dziecka nie są skuteczne w przypadku dziecka ze spektrum autyzmu (W.1).

(...) Nie jest to droga ułana różami – bywa tak, że mam ochotę uciec, jednak za chwilę przychodzi opamiętanie. Wychowanie dziecka ze spektrum autyzmu to ciężka praca, nigdy nie wiadomo co przyniesie nowy dzień – przyszłość jest wielką niewiadomą (W.2).

Odbieram je jako bardzo trudne zadanie, ponieważ jako wyzwanie postawione przez los. Takie dziecko nie jest chętne do współpracy, ma swój świat, a zadaniem rodzica jest pokazanie dziecku, że istnieje inny świat, inne zasady od tych, które dziecko sobie samo stworzyło. Wychowanie dziecka ze spektrum autyzmu jest to więc praca zmierzająca do „oswojenia” tego dziecka z otoczeniem, nauczania go życia w obcym dla niego środowisku (W.3).

Przygotowanie go do jak najbardziej samodzielnego życia, nauczanie reguł obowiązujących w społeczeństwie (W.4).

Wychowanie dziecka ze spektrum autyzmu to ogromny sprawdzian dla miłości, rodzicielstwa, a także związku jego rodziców (W.5).

Jak wskazują wypowiedzi respondentów, w każdym przypadku wychowanie dziecka ze spektrum autyzmu jest sporym wysiłkiem, wymaga dużych nakładów energii i siły. Jest sprawdzianem dla rodziców zarówno pod względem kompetencji rodzicielskich, jak również relacji w rodzinie.

Kolejnym ważnym aspektem było określenie przez rodziców dzieci ze spektrum autyzmu trudności napotykanych w procesie wychowawczym. Rodzice wskazywali na trudności w zrozumieniu dziecka i „nadażaniu” za nim:

Praktycznie każda sytuacja sprawia trudność i wymaga pomysłowości i cierpliwości. Nic nie jest łatwe jeżeli mamy do czynienia z autyzmem (W.1). Kaja nie reaguje na polecenia lub reaguje gniewem i krzykiem na przejawy czułości, nie ma z nią kontaktu – ma swój świat, do którego nie wpuszcza nikogo (W.2).

Z pewnością są to wszelkie oznaki buntu czy złości, niezadowolenia. Przytrafiają się one często w najmniej oczekiwanych momentach, z błahych powodów.

W przypadku mojego dziecka są to również lęki przed wszelkimi zmianami, wszystko musi być poukładane, wszystko ma swój czas i miejsce (W.3).

Napady złości, opór, krzyk; trzymanie się schematów, co utrudnia przyswajanie nowych umiejętności; lęk przed nowościami; duże trudności z przekazaniem przez dziecko swoich potrzeb czy życzeń; częste odmawianie kontaktu (przytulania czy wzięcia za rękę) (W.4).

Powyższe wypowiedzi wskazują, iż codzienne czynności mogą stanowić trudność oraz stać się wyzwaniem dla rodziców. Ponadto badane osoby wskazują na różnorodny, (niespotykany) wachlarz zachowań mogących pojawić się u dzieci ze spektrum autyzmu.

Kolejne pytanie w wywiadzie uszczegółowiło rodzaj trudności wychowawczych najintensywniej oddziałujących na funkcjonowanie rodziny. Podkreślano tu głównie negatywne postawy społeczeństwa:

Wydaje mi się, że największym problemem jest brak tolerancji i zrozumienia w społeczeństwie. Szczególnie jeżeli chodzi o rówieśników syna. Jest to strasznie trudne i niekorzystnie wpływa na domowe nastroje, które staramy się ukrywać przed synem. Powoduje to trudności w każdej dziedzinie naszego życia (W.1).

Napady hysterii i lęku w miejscach publicznych – córka wygląda na całkowicie zdrową i jej zachowanie jest bardzo źle oceniane przez osoby postronne, a ja czuję się okropnie, że nie potrafię temu zaradzić. Przez to bardzo ograniczyliśmy życie towarzyskie, wyjścia np. do kina czy nawet do marketu. Córkę jest bardzo trudno uspokoić, często krzyczy bez wyraźnego (jasnego dla mnie) powodu (W.4).

Odnosząc się do powyższych stwierdzeń warto podkreślić, że dzieci ze spektrum autyzmu często fizycznie wyglądają na całkowicie zdrowe. Zatem atak hysterii w miejscu publicznym jest przez społeczeństwo odbierane najczęściej jako nieudolność wychowawcza rodzica. Obserwatorzy tych hysterii pozwalają sobie często na niewybredne komentarze wobec matki lub ojca, z którymi dziecko przebywa. Zdarzenia te są niezwykle przykre i frustrujące dla opiekunów tych dzieci.

Jedna z respondentek za największą trudność uznaje specyficzne i aspołeczne zachowania syna:

Największym problemem jest dla mnie lęk syna przed nowościami, jakimikolwiek zmianami. Syn nawet w przedszkolu nie siedzi przy stoliku z innymi dziećmi, upodobał sobie kącik w rogu sali i nie opuszcza go przez cały czas

pobytu w przedszkolu, nawet w czasie wspólnych zajęć z innymi dziećmi, takich jak rytmika czy język angielski. Tak więc owo upodobanie określonego miejsca jest bardzo uciążliwym problemem nie tylko jeśli chodzi o rozwój społeczny syna, lecz także jeśli chodzi o moje relacje z innymi ludźmi – przez takie zachowanie jestem bardzo ograniczona, nie mogę wyjść z synem do znajomych, nawet wizyta u moich rodziców nie wchodzi w grę... (W.3).

Z kolei inna badana zwróciła uwagę na niezwykle istotny aspekt, jakim jest podział uwagi rodziców na dzieci w rodzinie:

Chyba najtrudniejsze jest „rozłożenie” ról macierzyńskich na pozostałe dzieci. Filip wymaga szczególnej opieki i uwagi, starsza córka często buntuje się przeciw takiemu stanowi rzeczy – widzę, że pragnie mojej uwagi, rozmowy. Młodszy synek jest jeszcze niemowlęciem, jednak również mam wyrzuty sumienia, że „nie ma” mnie dla niego więcej (W.5).

Badani rodzice poświęcają dziecku ze spektrum autyzmu wiele czasu i energii, co może stanowić trudność w zaspokajaniu własnych przyjemności, w przeżywaniu radości ze związku partnerskiego czy małżeńskiego, czy też radości z zabaw i kontaktów z pozostałymi dziećmi. Może stać się to kolejnym źródłem frustracji rodziców, a także rodzeństwa, które czuje się opuszczone, zaniedbane i zapomniane.

Ostatnie pytanie w wywiadzie, odnoszące się do problematyki trudności wychowawczych, miało wyjaśnić kwestię wpływu autyzmu dziecka na sytuację zawodową. Dwie osoby badane zaznaczyły, że zmieniły pracę na bardziej „elastyczną”, jak najbardziej dogodną w określonej sytuacji. Jeden z badanych rodziców całkowicie zrezygnował z pracy. Z kolei dwie respondentki podjęły pracę z uwagi na wysokie koszty terapii. Dzieckiem w czasie pracy zajmowały się kolejno babcia, opiekunka z przygotowaniem oligofrenopedagogicznym, później dzieci rozpoczęły edukację przedszkolną (przedszkole integracyjne).

Jak można zauważyć, na podstawie informacji uzyskanych w wywiadzie, w każdym przypadku zaburzenie, jakim jest autyzm, miało wpływ na pracę zawodową rodziców. Polegał on na tym, że rodzice rezygnowali z pracy bądź zmieniali ją na taką, aby pozwoliła zająć się dzieckiem lub podejmowali ją w celu zapewnienia środków pieniężnych na terapię dziecka.

Podsumowując, wychowanie dziecka ze spectrum autyzmu wiązało się w badanej próbie badawczej z wieloma trudnościami, które wpływają na funkcjonowanie całej rodziny. Członkowie tych rodzin zmuszeni byli często

do całkowitego przeorganizowania swojego życia, a także podejmowania niełatwych wyzwań. Istotnym zatem aspektem jest, by rodzina dziecka ze spektrum autyzmu nie pozostała sama, ale była objęta odpowiednim wsparciem.

FORMY POMOCY I WSPARCIA RODZIN Z DZIECKIEM ZE SPECTRUM AUTYZMU – W OPINII BADANYCH

W sytuacji przedłużającego się chronicznego stresu wywołanego trudnościami, z jakimi boryka się rodzina z dzieckiem ze spectrum autyzmu, nieoceniona staje się możliwość korzystania ze wsparcia informacyjnego i instrumentalnego. Według M. Pągowskiej „bardzo ważna w obliczu licznych trudności wychowawczych, z jakimi zmagają się rodzice dziecka ze spektrum autyzmu, jest pedagogizacja rodziców, obejmująca udzielanie informacji o prawidłowych postawach wychowawczych oraz pomoc w rozwiązywaniu niepowodzeń wychowawczych”²⁸. Wszelkie działania mają służyć poprawie sytuacji rodziny. Brak wsparcia może doprowadzić bowiem do syndromu wypalenia sił, który polega na utracie fizycznych i/lub psychicznych sił w efekcie przeciążenia sprawowaniem długotrwałej opieki nad dzieckiem²⁹. Zdaniem Ł. Ignatowiczowej i R. Ignatowicza „brak wypoczynku, niemożność oderwania się od ciężkich obowiązków z racji posiadania dziecka ze spektrum autyzmu, brak pomocy ze strony odpowiednich instytucji oraz brak orientacji co do wyboru najlepszych metod postępowania z dzieckiem zamyka błędne koło i zaprzepaszcza z trudem uzyskane efekty terapii”³⁰. A M. Pągowska dodaje „skoordynowane działania zarówno na poziomie systemu prawnego, ekonomicznego i edukacyjnego, pomocy i polityki społecznej państwa, jak i działania podejmowane przez organizacje rządowe i pozarządowe powinny być obecne na każdym etapie adaptacji do zaburzenia dziecka i tym samym służyć poprawie sytuacji rodzin. Bardzo ważne jest również kształtowanie pozytywnych postaw społecznych i podejmowanie działań zmierzających do zmiany mentalności społeczeństwa”³¹.

²⁸ M. Pągowska, *op. cit.*, s. 265.

²⁹ E. Pisula, *Dzieci z autyzmem*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1991, s. 313.

³⁰ Zob. Ł. Ignatowiczowa, R. Ignatowicz, *Autyzm wczesnodziecięcy*, „Wychowanie w Przedszkolu” 1991, nr 9, s. 435; za: M. Pągowska, *op. cit.*, s. 265.

³¹ M. Pągowska, *op. cit.*, s. 265-266.

Informacja o autyzmie dziecka jest dla rodziców szokiem i traumatycznym przeżyciem, dlatego równolegle z terapią dziecka powinna przebiegać terapia rodziców. Niepewność, brak wiary we własne kompetencje rodzicielskie, a także brak poczucia bezpieczeństwa sprawiają, że rodzice często wpadają w pułapkę tzw. „gonitwy terapeutycznej”. Nieustanne poszukiwania innej, „lepszey” diagnozy, nowszych metod czy też sposobów, które miałyby „uzdrowić” dziecko powodują, że zarówno dziecko, jak również rodzice, narażeni są na ogromne koszty – zarówno psychiczne, jak i fizyczne oraz finansowe³².

Dla rodziców małych dzieci najważniejsza jest wczesna diagnoza zaburzeń, która umożliwia szybkie uzyskanie wsparcia zarówno dla dziecka, jak i dla całej rodziny (w ramach wczesnej interwencji) oraz zindywidualizowany program terapeutyczny³³. Potrzebują oni wsparcia w radzeniu sobie z uczuciami, które towarzyszą opiece nad dzieckiem. Często zachodzi zjawisko obwiniania się, poczucie braku kompetencji, a także ogólne rozgoryczenie oraz negatywny stosunek do otoczenia. Nieodzowna jest wówczas terapia indywidualna i/lub rodzinna, której celem jest pomoc rodzicom w przejściu tzw. „żałoby”, nadanie znaczenia opiece nad dzieckiem oraz rozwijanie pozytywnego widzenia świata. Rodzice starają się nauczyć tak interpretować sytuację, aby zmniejszyć własne poczucie winy, wyzbyć się przesadnego strachu. Udzielenie wsparcia rodzicom dziecka ze spektrum autyzmu, głównie pomocy psychologicznej, w okresie po otrzymaniu diagnozy, jest formą opieki nie tylko nad nimi, lecz również nad dzieckiem. Wsparcie rodziców służy też profilaktyce zaburzeń w rozwoju dziecka. Prawdziwa pomoc polega na wyposażeniu rodziców w kompetencje umożliwiające kierowanie własnym życiem, odkryciu zasobów rodziny oraz ich uaktywnieniu.

Jedno z pytań skonstruowanego wywiadu dotyczyło źródeł, z jakich rodzice czerpią informacje odnośnie zaburzenia ich dziecka. Odpowiedzi przedstawiały się następująco:

Z czasopism, z Internetu (W.1).

³² B. Cytowska, *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków 2008, s. 48.

³³ E. Pisula, *Autyzm: od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Sopot 2012; E. Pisula, *Psychologiczne problemy...*, s. 133.

Z książek, Internetu, z broszur dostępnych w ośrodku. Często odwiedzam także fora dla rodziców dzieci ze spektrum autyzmu (W.2).

Przede wszystkim z Internetu. Korzystam też z pomocy MOPS-u. Nieocenioną pomoc okazuje mi też kadra przedszkolna – jako że jest to przedszkole integracyjne, dzieci objęte są opieką psychologa i wszelkim wspomaganiem rozwoju (W.3).

Z przedszkola, z książek specjalistycznych, od innych rodziców dzieci ze spektrum autyzmu, ze stron internetowych i forum internetowego. Córnka objęta jest też opieką ośrodka (...), w którym zawsze mogę uzyskać interesujące mnie informacje (W.4).

Wypożyczam książki z biblioteki lub kupuję. Dużo informacji jest również w Internecie, w prasie specjalistycznej (W.5).

Rodzice wykazali ogromną chęć pogłębiania wiedzy na temat autyzmu – chcieli go poznać, by móc lepiej zrozumieć własne dziecko. Dzięki nowoczesnym technologiom oraz coraz bardziej powszechnemu dostępowi do Internetu, zwiększyły się możliwości korzystania ze wsparcia społecznego. Rodzice dzieci ze spektrum autyzmu korzystają z grup dyskusyjnych, e-mailowych, jak również z coraz bardziej popularnych for internetowych. Dzięki temu rodzajowi wirtualnych kontaktów, mogą oni częściej komunikować się z ludźmi, natychmiast odreagowywać stresujące zdarzenia z codzienności, tworząc swoistą grupę wsparcia. Badani jako źródło informacji wskazali ogólnodostępną prasę specjalistyczną. Potrzebną wiedzę uzyskali także od nauczycieli przedszkolnych czy terapeutów czy od rodziców innych dzieci ze spektrum autyzmu.

Wsparcie społeczne nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do rodziców dzieci ze spektrum autyzmu. Otrzymywane przez rodziców wsparcie społeczne zostało określone jako czynnik krytyczny, ponieważ zmniejsza negatywne skutki psychologiczne wychowania dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz innymi niepełnosprawnościami³⁴.

W kolejnym pytaniu rodzice zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi, z jakich form pomocy i wsparcia korzystają. Najczęściej wymieniane przez nich były: pomoc psychologiczna (zarówno dla dziecka, jak i dla jego rodziców); pomoc neurologopedy; zajęcia w specjalistycznym ośrodku;

³⁴ A. Szafrńska, *Sieci społeczne i sieci wsparcia społecznego rodzin osób dorosłych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej” 2018, nr 30, s. 212.

pomoc miejskiego ośrodka pomocy społecznej (pomoc finansowa); wczesne wspomaganie rozwoju; grupy wsparcia dla rodziców w przedszkolu. Warto nadmienić, że wczesne wspomaganie rozwoju dziecka odbywa się w przedszkolach oraz szkołach podstawowych, w tym specjalnych, oraz w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych i w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Jego celem jest stymulacja psychoruchowa a także społeczna dziecka od momentu zdiagnozowania autyzmu do podjęcia nauki w szkole. Wsparcie niesione przez wyżej wymienione instytucje wraz z własnymi ambicjami rodziców „doinformowania” się stanowią wystarczającą bazę, aby jak najlepiej pomagać i pracować z dzieckiem. Wśród form pomocy, z których korzystają badani, wymieniano głównie pomoc specjalistyczną, program wczesnej interwencji, warsztaty dla rodziców. Respondenci najbardziej zadowoleni byli z form wsparcia, do których należy przede wszystkim pomoc ośrodka terapeutycznego i odbywające się tam zajęcia z hipoterapii i dogoterapii, z programu wczesnej interwencji oraz ze zorganizowanych i bezpłatnych dowozów do przedszkola.

Ostatnie pytanie w wywiadzie dotyczyło zaobserwowanych braków ze strony instytucji wsparcia społecznego. Wśród nich rodzice wyróżnili: *Finansowanie przez gminy wyjazdów, kolonii. Dzieciakom by się to przydało, a nie każdego stać na wakacje. No i większego zaangażowania pomocy społecznej – nie tylko tych marnych zasiłków, ale także informowania o programach terapeutycznych, wsparcia psychicznego (W.1).*

Szkolenia i spotkania dla rodziców, które powinny leżeć w gestii pomocy państwa (W.2).

Kontakt z psychologiem na „teraz”, a także wsparcie finansowe na terapię indywidualną, gdyż dostanie się do specjalisty w NFZ graniczy z cudem (W.3).
Dostępu do różnorodnej terapii poza przedszkolem (np. SI lub behawioralnej), dotacje na terapię dziecka (W.4).

(...) spotkania, jak radzić sobie z dzieckiem ze spektrum autyzmu w rodzinie (W.5).

Z analizy zgromadzonego materiału pod względem braków ze strony instytucji wsparcia społecznego, a jednocześnie z oczekiwań badanych rodziców wynika, że oczekują oni większej ilości spotkań informacyjnych i warsztatów dla rodziców (dzięki którym możliwe byłoby przekazanie rodzicom konkretnych wskazówek – w jaki sposób pomóc dziecku w radzeniu sobie z trudnościami), a także pomocy finansowej przeznaczonej na kolonie lub

dofinansowanie leczenia. Rozwijanie wiedzy oraz umiejętności rodziców związanych z opieką nad dzieckiem ze spektrum autyzmu może w istotny sposób pomóc otoczyć dziecko właściwą opieką, wywiera również wpływ na wzrost ich kompetencji rodzicielskich, a także wiarę we własne możliwości. Dzięki tego rodzaju działaniom w znacznym stopniu spada poziom odczuwanego przez nich stresu, zmniejsza się również ryzyko depresji.

WNIOSKI

Dla rodziców czas oczekiwania na dziecko jest czasem przeżywania różnorodnych, nierzadko odmiennych stanów emocjonalnych – od radości i nadziei po smutek i strach. Moment narodzin dziecka jest początkiem ogromnego wyzwania dla rodziców, odpowiedzialności na całe życie. Zatem w chwili uzyskania informacji o niepełnosprawności swojego dziecka rodzice przeżywają niezwykle silne, negatywne emocje – rozpacz, żal, strach, poczucie krzywdy, beznadziejności oraz bezradności. Przeżywają kryzys emocjonalny: nie są w stanie uwierzyć w diagnozę, są przygnębieni, czują się zawiedzeni i bardzo skrzywdzeni przez los, dosyć często szukają winy w sobie. Wciąż nie dowierzając w swoją sytuację poszukują wyjaśnień oraz przyczyn stanu dziecka, zaprzeczają postawionej przez lekarza diagnozie.

Analiza zgromadzonego materiału badawczego wykazała, że wychowanie dziecka ze spektrum autyzmu nie jest pozbawione trudności i wyzwań. Do specyficznych zachowań dziecka, które przysparza problemów, należy z pewnością nieprzewidywalność jego zachowań, nagłe ataki lęku, złości, często całkowita odmowa kontaktu z otoczeniem, strach przed wszelkimi nowościami. Sytuacja taka często wiąże się także ze zmianami w sferze materialnej i zawodowej. Rodzice z jednej strony zmuszeni są poświęcić więcej uwagi i czasu dziecku, co często wiąże się z rezygnacją z pracy jednego z rodziców lub zmiany pracy na bardziej „elastyczną”, co w konsekwencji ma wpływ na sytuację finansową rodziny. Z drugiej strony jednak zapewnienie dziecku specjalistycznych zajęć, niezbędnych ze względu na jego zaburzenie, jest związane często z dodatkowym nakładem finansowym rodziców. Tego typu dylematy z pewnością przyczynić się mogą do generowania „nowych” problemów i tak trudnej sytuacji rodziców. Powyższy problem ma potwierdzenie w wypowiedziach badanych, gdzie jako jeden z braków instytucji wsparcia społecznego wskazują właśnie pomoc finansową.

Niniejsze badania pokazują również, że badani czerpią wiedzę na temat zaburzenia dziecka najczęściej z książek i Internetu, jednakże jednocześnie zgłaszają potrzebę większej ilości spotkań informacyjnych i warsztatów. Na podstawie powyższego wnioskować można, iż mimo analizy literatury czy pozyskiwaniu wiedzy z Internetu czują oni niedosyt wiedzy, wymagają doprecyzowania zdobytych informacji lub konsultacji ze specjalistami i uzyskaniu wsparcia.

Reasumując, rodzice dzieci ze spektrum autyzmu doświadczają trudnego rodzicielstwa, wynikającego ze specyfiki samego autyzmu, jak również innych problemów, które pojawiają się w wyniku wychowywania dziecka ze spektrum autyzmu. Zaakceptowanie zaburzenia dziecka oraz wypracowanie sposobów radzenia sobie z pojawiającymi się ciągle trudnościami powinno być priorytetowe dla rodziny, jak i instytucji wsparcia społecznego, w tym specjalistów, co z pewnością przyczynić się może do bardziej „harmonijnego” funkcjonowania dziecka ze spektrum autyzmu i jego rodziców w procesie wychowania.

Prezentowany artykuł nie wyczerpuje omawianego zagadnienia, może jednak stanowić inspirację do dalszych dociekań naukowych, w tym przeprowadzenia na szerszej populacji interesujących badań empirycznych.

BIBLIOGRAFIA

- Apanowicz J., *Metodologia ogólna*, Gdynia 2002.
- Banasiak A., *Psychospołeczny wymiar jakości życia rodzin dzieci z autyzmem*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie” 2008, tom XV.
- Bubała K., Gierek P., *Wybrane aspekty funkcjonowania rodziny z zespołem Downa – studium indywidualnego przypadku*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Społecznej” 2020, nr 37.
- Cytowska B., *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków 2008.
- Ekas N. V., Lickenbrock D. M., Whitman T. L., *Optimism, Social Support, and Well-Being in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2010, vol. 40 (10).
- Huerta M., Bishop S.L., Duncan A., Hus V., Lord C., *Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders*, „The American Journal of Psychiatry” 2012, nr 169 (10).

- Ignatowiczowa Ł., Ignatowicz R., *Autyzm wczesnodziecięcy*, „Wychowanie w Przedszkolu” 1991, nr 9.
- Kurita H., *How to deal with the transition from pervasive developmental disorders in DSM-IV to autism spectrum disorder in DSM-V*, „Psychiatry and Clinical Neurosciences” 2011, nr 65 (7).
- Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 2001.
- Park C., *Oblężenie. Rodzinna wyprawa w świat dziecka autystycznego*, Kraków 2003.
- Pawlikowska J., Maciejewska O., *Funkcjonowanie rodziny z dzieckiem ze spektrum autyzmu. Opieka i terapia*, „Zeszyty Pracy Socjalnej” 2018, nr 23.
- Pągowska M., *Psychospołeczna sytuacja rodziny dziecka z autyzmem – etapy adaptacji do niepełnosprawności dziecka*, „Szkoła Specjalna” 2010, nr 4.
- Pisula E., *Dzieci z autyzmem*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1991.
- Pisula E., *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami w rozwoju*, Warszawa 1998.
- Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk 2010.
- Pisula E., *Autyzm: od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Sopot 2012.
- Pisula E., *Rodzice dzieci z autyzmem*, Warszawa 2012.
- Prokopiak A., *Wychowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, Lublin 2014.
- Randall P., Parker J., *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, Sopot 2010.
- Reichow B., *Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with Autism Spectrum Disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2012, nr 42 (4).
- Rynkiewicz A., Kulik M., *Wystandaryzowane, interaktywne narzędzia do diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu a nowe kryteria diagnostyczne DSM-5*, „Psychiatria” 2013, tom 10, 2.
- Szafrańska A., *Doświadczenie wsparcia społecznego przez rodziny z dzieckiem autystycznym*, <http://www.sbc.org.pl/Content/12464/doktorat2751.pdf> (dostęp: 6.12.2021).
- Szafrańska A., *Sieci społeczne i sieci wsparcia społecznego rodzin osób dorosłych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej” 2018, nr 30.
- Szmania L., *Doświadczenia emocjonalne rodziców dzieci z autyzmem*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej” 2014, nr 5.
- Wentrych A., *Zanim wkroczy specjalista... Jak pomóc przedszkolakowi w trudnych sytuacjach. Przewodnik dla nauczycieli i rodziców*, Kraków 2016.

POSTĘPOWANIE W ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO BEZ UNIESIENIA ODCINKA ST Z UWZGLĘDNIENIEM OPISU PRZYPADKU

Dominik Ociepa

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
dominikociepa@op.pl

Joanna Świerczek

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
joanna.swierczek@gazeta.pl

ABSTRACT

The main goal of this study is to present information and medical data and to show the essence of the Acute Coronary Syndrome, and in particular, non-ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) based on the literature. A case study of a patient with a diagnosed NSTEMI MI was analyzed based on the history of the disease, an interview with the patient and his family in order to present the best model of nursing care for the patient and education of the nursing staff.

Keywords: myocardial infarction, acute coronary syndrome, emergency procedure with a patient.

STRESZCZENIE

Głównym celem niniejszej pracy jest przedstawienie informacji i danych medycznych oraz ukazanie istoty ostrego zespołu wieńcowego, a w szczególności zawału mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) na podstawie literatury. Poddano analizie studium przypadku pacjenta z wykrytym zawałem serca typu NSTEMI na podstawie historii choroby, zebranego wywiadu z pacjentem oraz jego rodziną w celu przedstawienia najlepszego modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem i edukacji personelu pielęgniarskiego.

Słowa kluczowe: zawał mięśnia sercowego, ostry zespół wieńcowy, postępowanie z pacjentem.

OSTRY ZESPÓŁ WIEŃCOWY – ZAWAŁ SERCA BEZ UNIESIENIA ODCINKA ST W ŚWIETLE LITERATURY

DEFINICJA

Definicja ostrego zespołu wieńcowego (OZW) zaistniała w Polskim Towarzystwie Kardiologicznym w latach 90. ubiegłego wieku. Znaczące rozwinięcie medycyny, szczególnie w dziedzinie patofizjologii, pozwoliło zastąpić wcześniej używane pojęcie zawału mięśnia sercowego oraz niestabilnej choroby wieńcowej¹. Ostry zespół wieńcowy jest to grupa wszystkich zaburzeń spowodowanych niedostatecznym i utrudnionym dopływem krwi do serca, które niesie wysokie ryzyko uszkodzenia lub obumarcia mięśnia sercowego².

EPIDEMIOLOGIA

Badanie przeprowadzono na podstawie danych statystycznych uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Wykorzystano statystykę pacjentów, którzy zgłosili się w latach 2014–2019 do szpitali publicznych i przychodni ochrony zdrowia z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego, korzystając z darmowej opieki finansowanej ze środków publicznych. W 2014 roku wykryto łącznie 126,6 tys. przypadków ostrych zespołów wieńcowych. Najliczniejszą grupę pacjentów zgłaszających się z objawami OZW stanowili chorzy z niestabilną dławicą piersiową – 54,2 tys. przypadków. Drugą najliczniejszą grupą byli chorzy, którzy zgłosili się z zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) – 40,6 tys. przypadków. Natomiast trzecią grupą pod względem liczby przypadków była grupa pacjentów z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI) – 31,8 tys. osób. W 2019 roku wykazano o 19% mniej niż w 2014 roku przypadków ostrego zespołu wieńcowego, spowodowanego zmniejszeniem grupy chorych z niestabilną dławicą piersiową aż o 30 tys., czyli o 55%.

¹ M. Wraga, Ł. Figiel, J. Kasprzak, *Markery niedokrwienia i martwicy mięśnia sercowego – stan obecny i perspektywy na przyszłość*, „Kardiologia po Dyplomie” 2010, nr 9 (10), s. 55-73.

² D. Lloyd-Jones, R. Adams, M. Carnethon et al, *American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2009 update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee* [published correction appears in „Circulation” 2009, nr 119(3)], „Circulation” 2009, nr 27,119(3);, s. 480-486. Epub 2008 Dec 15.

W 2019 r. odnotowano 102,7 tys. przypadków ostrych zespołów wieńcowych (u 98,4 tys. osób), o 19% mniej niż w 2014 r. (Wykres 2.5). Spadek liczby przypadków OZW wynikał ze spadku liczby przypadków niestabilnej dławicy piersiowej (UA) o 30 tys. (55%), w szczególności pomiędzy rokiem 2017 i 2018. W przypadku STEMI i NSTEMI w latach 2014–2019 zaobserwowano wzrost liczby przypadków o 6 tys. (9%) (Tab.1)

Tabela 1. Liczba pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym w Polsce (2014–2019)

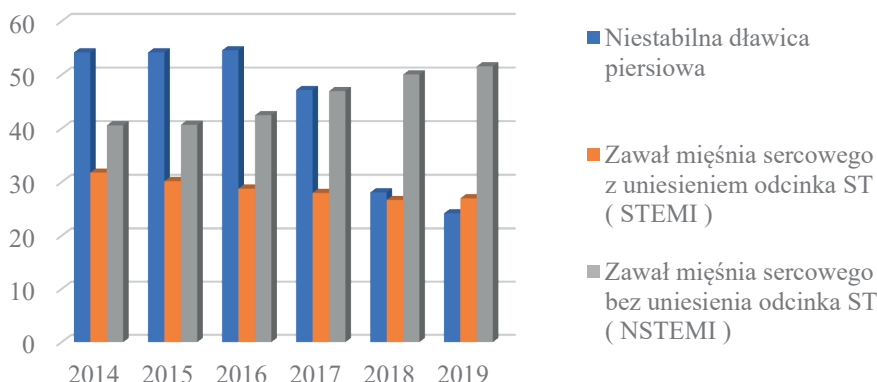
Rok	Niestabilna dławica piersiowa (w tys.)	Procent	Zawał mięśnia sercowego STEMI (w tys.)	Procent	Zawał mięśnia sercowego NSTEMI (w tys.)	Procent	Łącznie (w tys.)
2014	54,2	42,81%	31,8	25,12%	40,6	32,07%	126,6
2015	54,2	43,36%	30,2	24,16%	40,6	32,48%	125
2016	54,6	43,37%	28,8	22,88%	42,5	33,76%	125,9
2017	47,2	38,63%	28	22,91%	47	38,46%	122,2
2018	28,1	26,79%	26,7	25,45%	50,1	47,76%	104,9
2019	24,2	23,54%	27	26,26%	51,6	50,19%	102,8

Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Innowacji, Warszawa, IV 2020 „NFZ o zdrowiu, Choroba niedokrwienna serca”.

W latach 2014–2016 liczba pacjentów z wszystkich trzech badanych grup utrzymywała się na równym poziomie bez większych spadków i wzrostów. Pod koniec roku 2017 liczba chorych z wykrytym zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST znacząco wzrosła i praktycznie zrównała się z liczbą przypadków niestabilnej dławicy piersiowej.

Lata 2017–2019 pokazały systematyczny wzrost liczby pacjentów, u których wykryto zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI), natomiast odnotowano duży spadek przypadków niestabilnej dławicy piersiowej. Zawał mięśnia sercowego typu NSTEMI według danych wykazuje dalszą tendencję wzrostową (Wykres 1).

Wykres 1. Liczba przypadków ostrych zespołów wieńcowych w Polsce (2014–2019)

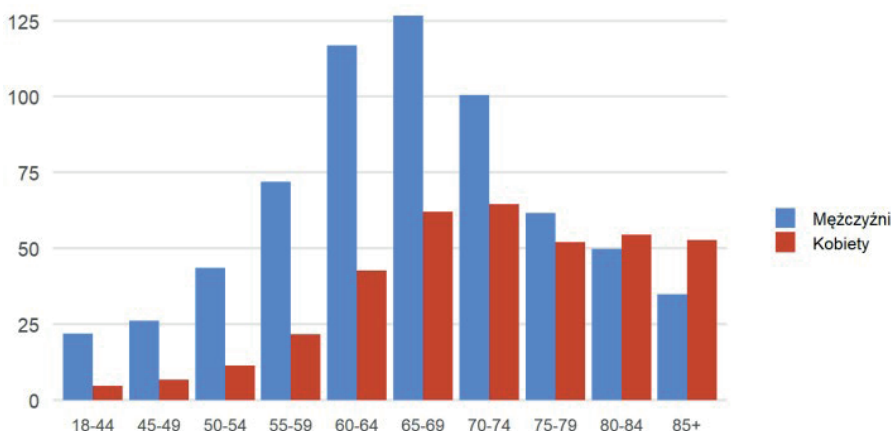


Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Innowacji, Warszawa, IV 2020 „NFZ o zdrowiu, Choroba niedokrwienna serca”, ISBN: 978-83-956980-2-6.

W 2019 roku średnia wieku chorych o płci męskiej z wykrytym ostrym zespołem wieńcowym to 66,3 lat, a u kobiet średnia arytmetyczna wieku to 72,1 lat. Populacja mężczyzn, u których doszło do OZW, dominowała nad kobietami w grupach wiekowych od 18 do 74 lat. Sytuacja zmieniła się jednak u pacjentów w wieku 75-79 lat – grupa płci męskiej odnotowała duży spadek przypadków ostrego zespołu wieńcowego, natomiast w populacji kobiet doszło do wzrostu wykrytych przypadków OZW. W następnych grupach wiekowych powyżej 80. roku życia można zauważyć dalszy wzrost wykrywalności ostrego zespołu wieńcowego w przypadku grupy kobiet i kolejny spadek przypadków OZW w grupie mężczyzn, co powoduje dominację kobiet w grupie wiekowej powyżej 80. roku życia³ (Wykres 2).

³ Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Innowacji, Warszawa, IV 2020 „NFZ o zdrowiu, Choroba niedokrwienna serca” ISBN: 978-83-956980-2-6.

Wykres 2. Liczba przypadków ostrego zespołu wieńcowego wg płci i grup wiekowych



Źródło: Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Innowacji, Warszawa, IV 2020, NFZ o zdrowiu, Choroba niedokrwienna serca.

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka ostrego zespołu wieńcowego najczęściej dotyczą rozwoju miażdżycy. Można podzielić je na trzy podgrupy:

Psychosocjalne

Do czynników psychosocjalnych zaliczamy rodzaj wykonywanej pracy, poziom stresu, poziom zamożności oraz warunki mieszkalne pacjenta.

Behawioralne

Na czynniki behawioralne składają się styl odżywiania, aktywność fizyczna, palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu, bezsenność i inne zaburzenia snu.

Somatyczne

Do czynników somatycznych zaliczamy wiek – prawdopodobieństwo występowania ostrego zespołu wieńcowego rośnie wraz z wiekiem – nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, zespół metaboliczny, wysokie wyniki stężenia cholesterolu całkowitego oraz lipoprotein o niskiej gęstości w surowicy krwi, otyłość i nadwagę, brak aktywności fizycznej⁴.

⁴ M. Włodarczyk, „Poradnik Zdrowia Serca”, Warszawa 2005.

Badanie przeprowadzone w 2004 roku przez INTERHEAT, pokazało, że za 92% ryzyka wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego odpowiadają czynniki, które występują wszystkie razem u jednego pacjenta takie jak: **nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, cukrzyca, zła dieta, a także palenie papierosów i spożywanie alkoholu**. Bardzo wysokie ryzyko wystąpienia OZW dotyczy całej populacji kobiet i mężczyzn, ale najczęściej można zauważyć to u młodych osób, u których występują wyżej wymienione czynniki⁵.

Nadciśnienie tętnicze

Badanie przeprowadzone w 2018 roku wykazało, że nadciśnienie tętnicze jest jedną z najważniejszych przyczyn powstawania ostrego zespołu wieńcowego, która prowadzi do zbyt wczesnej śmierci pacjenta⁶. Nadciśnienie tętnicze jest również czynnikiem większości chorób układu krążenia i serca, co pokazuje jak jest groźne⁷. Hipertensja to zbyt duże ciśnienie tętnicze, które powoduje negatywny wpływ na organizm człowieka z powodu niestabilności blaszki miażdżycowej i możliwe oderwanie płytki miażdżycowej, co może doprowadzić do zawału mięśnia sercowego bądź udaru niedokrwienego mózgu⁸. Dane medyczne, zawarte w licznych artykułach naukowych, pokazują, że również zbyt niskie ciśnienie tętnicze krwi poniżej 110 mmHg może spowodować incydenty kardiologiczne. Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadził statystykę osób, u których wykryto nadciśnienie tętnicze, leczonych w poradniach ochrony zdrowia i szpitalach publicznych, z których wynika, że u prawie 10 mln osób wykryto nadciśnienie tętnicze (ponad 4 mln mężczyzn i 5,5 mln kobiet). Jest to aż 31,5% całej populacji mieszkańców Polski w 2018 roku. Podane przez NFZ dane statystyczne mogą być zaniżone, ponieważ obejmują tylko leczenie w sektorze publicznym, a nie prywatnym⁹.

⁵ S. Yusuf, S. Hawken, S. Ôunpuu, T. Dans, A. Avezum, F. Lanas, M. McQueen, A. Budaj, P. Pais, J. Varigos et al., *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries*, „The Lancet” 2004, nr 364, s. 937–952.

⁶ The Institute for Health Metrics and Evaluation 2020. Global Health Data Exchange.

⁷ S.E. Kjeldsen, *Hypertension and cardio vascular risk: general aspects*, „Pharmacological research” 2018, nr 129, s. 95–99.

⁸ E. Escobar, *Hypertension and coronary heart disease*, „Journal of human hypertension” 2002, nr 16, s. 61–63..

⁹ NFZ, 2019d, *NFZ o zdrowiu. Nadciśnienie tętnicze*, <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=17> [dostęp: 1.05.2022].

Zaburzenia lipidowe

Artykuły naukowe opublikowane przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne informują, że hiperlipidemia oraz hipercholesterolemia to jeden z najgroźniejszych czynników ryzyka, prowadzący do ostrego zespołu wieńcowego oraz innych chorób układu krążenia i chorób serca. Lipoproteina o małej gęstości (LDL) jest typu aterogenicznego, co powoduje przyspieszenie odkładania się blaszki miażdżycowej w żyłach i tętnicach. Zmniejszona liczba lipoprotein o wysokiej gęstości (HDL) również może mieć duży wpływ na wystąpienie OZW lub innych chorób układu krążenia i serca¹⁰.

Cukrzyca

Jednym z najważniejszych czynników wpływających na ryzyko rozwoju ostrego zespołu wieńcowego jest cukrzyca. Ta choroba często jest również zdiagnozowana w momencie wykrycia również OZW. W przypadku pacjentów z cukrzycą może dojść do zawału serca bądź różnych powikłań po ostrym zespole wieńcowym¹¹.

Dane przygotowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ukazują, że aż u 75–85% pacjentów, u których wykryto cukrzycę choruje również na nadciśnienie tętnicze. Chorzy z wysokim poziomem lipoprotein o niskiej gęstości stanowią 70–80% społeczeństwa, natomiast osoby z nadwagą powyżej 60%¹².

Dieta oraz aktywność fizyczna

Dieta ma bardzo duży wpływ na częstość wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego. Ważne jest utrzymywanie regularnej aktywności fizycznej i spożywanie owoców i warzyw. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)

¹⁰ M.F. Piepoli, A.W. Hoes, S. Agewall, C. Albus, C. Brotons, A.L. Catapano, M.T. Cooney, U. Corra, B. Cosyns, C. Deaton et al., *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The sixth joint task force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)*, „European Heart Journal” 2016, nr 37, s. 2315–2381.

¹¹ D. Aronson, E.R. Edelman, *Coronary artery disease and diabetes mellitus*, „Cardiology clinics” 2014, nr 32, s. 439–455.

¹² NFZ, 2019b, *NFZ o zdrowiu. Cukrzyca*, <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=45> [dostęp: 1.05.2022].

opublikowała artykuł, w którym widnieje informacja z wytycznymi dot. zmniejszenia ryzyka chorób układu krążenia– spożywanie pięć razy dziennie warzyw i owoców, zmniejszenie ilości spożywanej soli poniżej 5g, wyeliminowanie tłuszczów zwierzęcych oraz zwiększenie aktywności fizycznej – co najmniej 2,5 godz. w ciągu tygodnia średniej intensywności lub 1 godz. aktywności fizycznej o wysokiej aktywności¹³.

Palenie papierosów

Jednym z najniebezpieczniejszych czynników wystąpienia OZW, obok nadciśnienia tętniczego i cukrzycy, jest palenie papierosów. Badanie statystyczne INTERHEART udowodniło, że palenie papierosów ma realny wpływ na wystąpienie chorób układu krążenia i chorób sercowych. Ryzyko wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego wzrasta wraz z ilością wypalonych dziennie papierosów lub wyrobów tytoniowych. Oszacowano, że palenie papierosów w obecnych czasach odpowiada około 16% ryzykiem wystąpienia zawałów serca typu NSTEMI u kobiet i ponad 45% u mężczyzn. 75% mniejsze ryzyko wystąpiło u osób niepalących, uprawiających sport, którzy włączyli do diety owoce i warzywa w porównaniu do palaczy¹⁴.

Spożywanie alkoholu

Powszechna opinia społeczeństwa na temat spożywania alkoholu jest zazwyczaj negatywna, natomiast wiele artykułów naukowych pokazuje brak wpływu na występowanie ostrego zespołu wieńcowego lub niewielki pozytywny wpływ umiarkowanego spożywania alkoholu (1 lampka winna dziennie).

Nawet najmniejsza ilość alkoholu negatywnie wpływa na choroby somatyczne – nowotwory. Wykazano również zły wpływ na sen z powodu zwiększenia poziomu stresu oksydacyjnego, co może spowodować zwiększenie poziomu cholesterolu we krwi. Osoby starsze powinny unikać alkoholu, ponieważ zazwyczaj zażywają bardzo duże ilości leków, które mogą wejść w niebezpieczną dla zdrowia i życia interakcję¹⁵.

¹³ WHO, 2016, Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care.

¹⁴ S. Yusuf, S. Hawken, S. Ôunpuu, T. Dans, A. Avezum, F. Lanas, M. McQueen, A. Budaj, P. Pais, J. Varigos et al., *op. cit.*, s. 937–952.

¹⁵ M.R. Piano, *Alcohol's effects on the cardiovascular system*, „Alcohol Research: Current Reviews” 2017, nr 38, s. 219.

Nadwaga i otyłość

Ostry zespół wieńcowy występuje u ponad 80% osób z nadwagą bądź otyłością. W 2016 roku Światowa Organizacja Zdrowia przeprowadziła badania w całej populacji ludzi dorosłych na świecie i okazało się, że aż 39% osób ma nadwagę, a 13% cierpi na otyłość. Dane zaprezentowane w 2014 roku przez Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia określiło liczbę osób z nadwagą i otyłością w Polsce. Ponad 50% ludzi powyżej 15. roku życia ma nadwagę bądź otyłość. 18% Polaków i 16% Polek zadeklarowało wiedzę na temat swojej otyłości. Dane statystyczne pokazują tendencję wzrostową osób z nadwagą i otyłością na świecie i w Polsce¹⁶. Raport, który został ukazany przez Narodowy Fundusz Zdrowia według danych pozyskanych z Risk Factor Collaboration pokazuje, iż u osób powyżej 20. roku życia 68% mężczyzn ma nadwagę i 53% kobiet. 23% kobiet cierpi na otyłość, natomiast w przypadku mężczyzn – 25%¹⁷.

Objawy zawału mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST

Objawy przy zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST mogą trwać powyżej 20 minut, stopniowo narastać i obejmować dyskomfort w klatce piersiowej. Ból może przybierać różne formy, np.: ostry, silny, piekący, dławiący, gniotący lub ściskający. Najczęściej ból przybiera lokalizację za mostkiem, pacjenci często tłumaczą, że czują dyskomfort na dużym obszarze. W wielu przypadkach ból może promieniować od żuchwy aż do lewego barku lub lewego ramienia, rzadziej do górnej partii brzucha (przypominający ból żołądka), bardzo rzadko ból promieniuje do pleców w okolicę międzyłopatkową. Natężenie bólu zazwyczaj narasta i nie zależy od momentu oddychania ani zmiany pozycji ciała. Bardzo łatwo można odróżnić dyskomfort w trakcie stabilnej choroby wieńcowej od bólu spowodowanego zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST. Ból podczas zawału serca typu NSTEMI nie ustępuje po wdrożeniu działań mających zlikwidować przyczynę bólu, np. zaprzestaniu wysiłku fizycznego

¹⁶ P.A. Ades, P.D. Savage, *Obesity in coronary heart disease: An unaddressed behavioral risk factor*, „Preventive medicine” 2017, nr 104, s. 117–119.

¹⁷ NFZ, 2019a, *Cukier, otyłość—konsekwencje. Przegląd literatury, szacunki dla Polski*, <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=11> [dostęp: 1.05.2022].

lub po podaniu nitrogliceryny. Dyskomfort najczęściej trwa zdecydowanie dłużej i pojawia się także podczas spoczynku¹⁸.

Diagnostyka

Najważniejszym narzędziem diagnostycznym, który powinien zostać wykorzystany jako pierwszy, jest bardzo szczegółowy wywiad z pacjentem i jego rodziną. W wywiadzie powinny znajdować się informacje dotyczące przebytych operacji, chorób zakaźnych oraz przewlekłych. Dane dotyczące pobytów w szpitalu i przyjmowanych leków na stałe również są bardzo ważne i powinny znaleźć się w zebranim wywiadzie. Dobrze przygotowany wywiad może pomóc w dalszej diagnostyce i kierowaniu na kolejne badania. Równie ważna jest obserwacja i zebranie informacji na temat samopoczucia pacjenta¹⁹. Warto zastosować badanie ABCDE, które pozwoli określić stabilność hemodynamiczną:

- *Airway* – drożność dróg oddechowych: ocena drożności, ewentualne udrożnienie i zabezpieczenie dróg, stabilizacja odcinka szyjnego kręgosłupa;
- *Breathing* – ocena oddechu: liczba, jakość oddechu, wysiłek oraz tor oddechowy, symetria ruchów oddechowych, ocena wypełnienia żył szyjnych, osłuchanie, opukanie płuc, pulsoksymetria, kapnografia (jeżeli pacjent jest zaintubowany), ocena zabarwienia powłok skórnych;
- *Circulation* – ocena krążenia: szybkość tętna, osłuchanie tonów serca, zabezpieczenie ewentualnych krwawień, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena nawrotu kapilarnego, wykonanie i analiza zapisu elektrokardiograficznego, uzyskanie dostępu naczyniowego;

¹⁸ M. Roffi, C. Patrono, JP. Collet, C. Mueller, M. Valgimigli, F. Andreotti, JJ. Bax, MA. Borge, C. Brotons, DP. Chew, B. Gencer, G. Hasenfuss, K. Kjeldsen, P. Lancellotti, U. Landmesser, J. Mehilli, D. Mukherjee, RF. Storey, S. Windecker, ESC Scientific Document Group, *ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent STsegment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent STSegment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC)*, „Eur Heart J.” 2016, nr 37, s. 267–315.

¹⁹ R.M. Lang, L.P. Badano, V. Mor-Avi et al., *Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging*, „J Am Soc Echocardiogr” 2015, nr 28, s. 1–39.

- *Disability* – ocena neurologiczna: badanie glikemii, kontrola źrenic, napięcia mięśniowego oraz symetrii mięśniowej, ocena orientacji auto i allopsychicznej;
- *Exposure* – obserwacja pacjenta: obejrzenie pod kątem wysypki, obrzęków, żylaków, badanie brzucha.

Kolejnym elementem diagnostycznym jest wykonanie 12-odprowadzeniowego zapisu elektrokardiograficznego. Jest to podstawowe badanie przy wszystkich przypadkach ostrego zespołu wieńcowego. Interpretacja wyniku EKG powinna odbyć się przez wykwalifikowany personel medyczny: lekarzy lub pielęgniarki z ważnym kursem EKG. Badanie powinno zostać wykonane jak najszybciej po wystąpieniu pierwszych objawów, w trakcie transportu do szpitala w przypadku wezwania pogotowia ratunkowego. Podczas zawału mięśnia sercowego typu NSTEMI mogą wystąpić specyficzne obniżenia odcinka ST poniżej 0,2 mV przy dwóch sąsiednich odprowadzeniach. W przypadku braku uniesienia odcinka ST u pacjentów, u których występują czynniki ryzyka zawału mięśnia sercowego, należy rozszerzyć dalszą diagnostykę²⁰. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne w 2020 roku opublikowało wytyczne dotyczące postępowania w przypadku pacjenta z podejrzeniem zawału mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST. Dużo zmian dotyczy wykorzystania biomarkerów w diagnostyce, farmakoterapii w ostrym zespole wieńcowym. Nowe zmiany obejmują również badania obrazowe wykorzystywane w diagnostyce zawału mięśnia sercowego typu NSTEMI. Powstał nowy algorytm wykluczenia bądź potwierdzenia 0h/1h lub 0h/2h w momencie braku dostępnych szybkich testów. Wykorzystywane są wysokoczułe metody obliczania troponin mięśnia sercowego u pacjentów, którzy są stabilni hemodynamicznie. Wcześniejsze postępowanie było dłuższe aż o 2 godz. i dzięki nowym wytycznym został skrócony czas oczekiwania, na diagnostykę. Nowe wytyczne nakazują wykluczenie innych biomarkerów takich jak: CK, CK-MB, h-FABP bądź kopeptyny jako dodatkowe oznaczenia wysokoczułych troponin. W wytycznych położono nacisk na seryjne badania hscTn w trakcie pobytu w szpitalu oraz zbadań poziomu BNP lub NT-proBNP aby ocenić rokowanie. Dzięki nowym wytycznym wzrosła rola badań obrazowych, takich jak angio-Tomografia

²⁰ J.P. Collet, H. Thiele, H. Barbato et al., 2020 *ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation*, „European Heart Journal”, published online 2020, s. 1–79, doi:10.1093/eurheartj/ehaa575.

Komputerowa tętnic wieńcowych i echokardiografia obciążeniowa chorych z ryzykiem wystąpienia zawału mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST. W przypadkach prawidłowego wyniku elektrokardiografii oraz prawidłowych wyników troponin sercowych w wytycznych zaleca się wykonanie nieinwazyjnego badania obciążeniowego, aby zdiagnozować niedokrwienie mięśnia sercowego lub wykonanie badania angio-TK tętnic wieńcowych²¹.

Podział i klasyfikacja ostrego zespołu wieńcowego

Zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI)

Zawał mięśnia sercowego typu STEMI cechuje się typowym uniesieniem odcinka ST o 0,1 mV w przynajmniej dwóch leżących obok siebie odprowadzeniach kończynowych bądź gdy występuje uniesienie wyższe niż 0,2 mV na dwóch odprowadzeniach przedsercowych na obrazie wykonanej elektrokardiografii. Objawy, rodzaj bólu i czynniki ryzyka w przypadku zawału serca STEMI są takie same, jak u osób z wykrytym zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST.

Ostry zespół wieńcowy bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI-ACS)

Ostry zespół wieńcowy bez uniesienia odcinka ST, dawniej zwany niestabilną chorobą wieńcową, to zespół chorób, w którym najczęściej występującym objawem jest silny ból w okolicy klatki piersiowej. Ostry ból spowodowany jest nagłym bądź narastającym od dłuższego czasu zmniejszonym dopływem krwi. Tętnice wieńcowe nie dostarczają odpowiedniej ilości krwi do mięśnia sercowego, co może doprowadzić do martwicy. Cechą charakterystyczną jest brak uniesienia odcinka ST na obrazie elektrokardiografii. Wyróżniamy dwa rodzaje zespołów klinicznych ze względu na wyniki markerów martwicy mięśnia sercowego:

Zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI)

Zawał serca NSTEMI jest trudniej wykrywalny w porównaniu do STEMI, ponieważ w badaniu elektrokardiograficznym nie widać typowych uniesień odcinka ST. Najczęściej nie widać żadnych zmian w EKG, lecz w niektórych przypadkach można zaobserwować charakterystyczne obniżenia odcinka ST. Obniżenia sięgają poniżej 0,2 mV przy dwóch sąsiadujących ze sobą

²¹ SV. Konstantinides, D. Meyer, C. Becattini et al., 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS), „Eur Heart J” 2020, nr 41, s. 543–603.

odprowadzeniach, jeśli jednak obniżenia występują powyżej 0,2 mV ryzyko zgonu jest sześciokrotnie większe. Ból, który może występować wraz z uczuciem duszności w wyniku przewlekłego stresu lub po wysiłku fizycznym, trwa maksymalnie do 20 minut.

Niestabilna dławica piersiowa (UA)

W przypadku niestabilnej dławicy piersiowej, inaczej zwanej niestabilną chorobą wieńcową (UA), występują charakterystyczne symptomy niedostatecznego dopływu. krwi do mięśnia sercowego. W elektrokardiografii nie widać żadnych zmian. Również pomimo charakterystycznych objawów klinicznych niedokrwienia mięśnia serca nie dochodzi do zmian elektrokardiograficznych ani do wzrostu miana wskaźników martwicy mięśnia serca²².

Leczenie przy zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST

Rozróżniamy dwa rodzaje leczenia: farmakologiczne lub inwazyjne. Leczenie farmakologiczne wdrażane jest w każdym przypadku. Leki z grupy **azotanów** są stosowane już w leczeniu przedszpitalnym w drodze do szpitala jako preparat, który działa krótko – nitrogliceryna w aerozolu. W szpitalu po przyjęciu pacjenta można podać nitroglicerynę we wlewie w dawce 5-10 µg/min i powiększenie dawki o 5-20 µg/min w przypadku, przedłużenia wystąpienia objawów. Kolejnym przykładem leczenia farmakologicznego, który jest stosowany w przypadku zawału mięśnia sercowego są **leki z grupy β-adrenolityków**, działające na zwolnienie i umiarkowanie akcji serca i ciśnienia tętniczego krwi. Najczęściej stosowane są leki trzeciej generacji (Metoprolol i bisoprolol), które są kardioselektywne i dzięki temu blokują receptory α1, prowadząc do rozszerzenia naczyń wieńcowych²³. **Blokery kanału wapniowego** są stosowane u pacjentów, u których utrzymuje się niedostateczna ilość krwi dostarczanej przez tętnice wieńcowe do serca, a chorzy nie mogą przyjmować β-blokerów. Działanie polega na blokowaniu kanałów wapniowych, blokery mają charakter zasadowy. **Inhibitory konwertazy angiotensyny** stosowane są w ciągu 24 godz. u pacjentów z chorobami przewlekłymi (cukrzyca przewlekła, choroba nerek) oraz u chorych ze zbyt wysokim ciśnieniem tętniczym i dysfunkcją skurczową lewej komory serca. W przypadku nie zadziałania ACEI warto zastosować leki z grupy antagonisty receptora angiotensyny II.

²² E. Giannitsis, H. Katus, *Ostre zespoły wieńcowe*, Wrocław 2010.

²³ „Choroby Serca i Naczyń” 2010, tom 7, nr 4, s. 175–179.

Morfina jest stosowana przeciwbólowo w dawkach 3–5 mg i.v. wg miareczkowania w przypadku dalszego utrzymywania się silnego bólu w okolicy klatki piersiowej. **Statyna** powinna być podawana już w pierwszej dobie po przyjęciu do szpitala. Stężenie cholesterolu w osoczu nie powinno mieć znaczenia, a docelowy wynik lipoprotein o niskiej gęstości powinien być mniejszy niż 1,8 mmol/l. Kolejnym przykładem leczenia farmakologicznego są **leki przeciw płytkowe**, np. kwas acetylosalicylowy (ASA). Działanie polega na nieodwracalnym blokowaniu płytkowej cyklooksygenazy i produkcji tromboksanu. Badanie wykazało, iż leczenie kwasem acetylosalicylowym zapobiega powstawaniu zakrzepicy tętnic. Standardową dawką jest od 75–150 mg w ciągu doby. Większa dawka nie wpływa pozytywnie na leczenie, a zwiększa się ryzyko powstania powikłań. Innym przykładem leku jest kłopidogrel i wg aktualnych zaleceń stosuje się go w przypadku braku kwasu acetylosalicylowego. Polega na hamowaniu agregacji płytek indukowanych przez adenozynodifosforan (ADP). Dawka, którą należy podać pacjentowi z zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST, to 300 mg na dobę. Innym przykładem jest heparyna, której działanie polega na zahamowaniu procesów krzepnięcia. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca stosowanie heparyny u pacjentów trwale unieruchomionych. Dawkowanie heparyny jest następujące – pierwsza dawka to 5000 j., a następna dawka powinna odbyć się we wlewie stałym 15–20 j.m/kg/h²⁴.

Leczenie inwazyjne zależy od stanu pacjenta, wyników echokardiografii i koronografii oraz czynności skurczowych lewej komory serca. Angioplastyka tętnic wieńcowych (PTCA) polega na rozszerzeniu zwężonych bądź lub całkowitym udrożnieniu zamkniętej tętnicy wieńcowej wykrytej podczas koronarografii, która jest odpowiedzialna za niedokrwienie mięśnia sercowego jak najszybciej po przybyciu do szpitala. Pomostowanie tętnic wieńcowych (CABG) powinno się wykonać kilka dni po stabilizacji stanu pacjenta. W przypadku powikłań zawału serca wskazane jest pilne leczenie kardiochirurgiczne. Pacjenci z wykrytym zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST mogą być zakwalifikowani do pełnej rewaskularyzacji

²⁴ J. Dubiel, J. Korawiecki, T. Grodzicki., *Niewydolność serca*, Gdańsk 2004.

podczas pierwszego zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych, innych niż odpowiedzialne za niedokrwienie mięśnia sercowego²⁵.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent 84 lata – mężczyzna białej rasy, mieszka obecnie na terenie województwa śląskiego. Choruje przewlekłe na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2, hipercholesterolemię, niewydolność serca oraz miażdżycę. W wieku młodzieńczym pacjent przeszedł choroby zakaźne, takie jak świnka i ospa wietrzna. W 1978 roku przebywał w szpitalu z powodu zabiegu appendektomii. W 2009 roku pacjent zgłosił się do szpitala z silnymi bólami w klatce piersiowej i zdiagnozowano zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST. Pacjent mieszka w dobrych warunkach wraz z żoną, sam dba o higienę całego ciała. Chory samodzielny, sam przyjmuje leki zlecone przez lekarza. Uczuleń na leki nie podaje. Bez problemów porusza się po mieszkaniu, robi zakupy, zajmuje się domem, utrzymuje bardzo dobry kontakt z rodziną. Chory skarży się na często występujące zaparcia, ból kolan podczas chodzenia oraz duszność podczas aktywności fizycznej. U pacjenta występuje otyłość I stopnia. 26 stycznia 2018 roku pacjent źle się poczuł podczas sprzątania mieszkania. Wystąpiły zawroty głowy, silny ból w klatce piersiowej oraz duszność. Małżonka zadzwoniła na numer alarmowy i zdecydowano wysłać do pacjenta karetkę pogotowia ratunkowego. Objawy utrzymywały się dalej. Pogotowie ratunkowe po 12 minutach pojawiło się na miejscu, ratownicy medyczni zebrali wszystkie parametry życiowe i wywiad z pacjentem. Zdecydowali się podać pacjentowi nitroglicerynę w sprayu, tlen medyczny na wążach o przepływie 3 l/min. Objawy bólowe mimo podania nitrogliceryny nie ustąpiły, dlatego podano morfinę. Po przekazaniu na Szpitalny Oddział Ratunkowy wykonano elektrokardiografię i przekazano do oceny lekarzowi. Chorego umieszczono na monitorowanej sali, zmierzono ciśnienie tętnicze, które wyniosło 180/95 mm Hg. Akcja serca niemiarowa z częstotliwością 125/min. Zbadano również glikemię i pobrano krew do badań laboratoryjnych. Glikemia wyniosła 144 mg/dl. Na badaniu EKG ukazano obniżenia odcinka ST o 0,2 mV. Morfologia krwi obwodowej wykazała niedokrwistość

²⁵ F. Apple, M. Murakami, L. Pearce et al., *Multi-biomarker risk stratification of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide, high-sensitivity C-reactive protein, and cardiac troponin T and I in end-stage renal disease for all-cause death*, „Clin Chem” 2004, nr 50, s. 2279-2285.

– hemoglobina 8,1g/dl, hematokryt 24,4%, krwinki czerwone 3,12 M/uL, pozostałe parametry w normie. Wynik troponiny był podwyższony – 1,32 µg/l. CRP – 17,2 mg/l, CK – MB 222 j.m./l. Poziom potasu – 3,0 mmol/l, magnezu 1,3 mmol/l. Pacjentowi podano 25 mg metoprololu oraz kroplówkę NaCl z potasem i magnezem, by wyrównać ich poziom. Chorego przekazano na oddział kardiologiczny z podejrzeniem zawału mięśnia sercowego bez uniesień odcinka ST. Pacjentowi wykonano koronarografię tętnic wieńcowych. Prawa gałąź tętnicy wieńcowej – zamknięta w odcinku środkowym. Zastosowano wieńcową interwencję przezskórną – PCI. Wykonano również trombektomię aspiracyjną i zaaspirowano skrzeplinę. Wprowadzono także dwa stenty z pozytywnym efektem – wrócił prawidłowy przepływ przez naczynia wieńcowe. Po zabiegu pacjent został położony na Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej. Przetoczono 2 jednostki krwi O RH + bez żadnych powikłań. W pierwszej dobie po zabiegu wykonano elektrokardiografię i echokardiografię. Na obrazie elektrokardiografu nie było widać żadnych negatywnych zmian, natomiast na echokardiografii nie uwidoczniło cech tamponady serca, odnotowano dobrą kurczliwość serca. Ciśnienie tętnicze wynosiło 130/90 mm Hg, parametry CK–MB i troponiny mieściły się w granicach normy. Pacjent w drugiej dobie po zabiegu przeniesiony na oddział kardiologii. W trzeciej dobie pacjent rehabilitowany, samodzielnie chodzi bez żadnych objawów. Wykonano kontrolne EKG oraz badanie laboratoryjne – troponina, CK–MB, fibrynogen oraz morfologię. Wszystkie badania w normie i pacjent w czwartej dobie wypisany z oddziału kardiologii z koniecznością wizyty kontrolnej u lekarza kardiologa, zastosowaniem diety i wykupieniem niezbędnych leków wypisanych przez lekarzy.

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE

Pielęgniarka w opiece zdrowotnej może pełnić funkcje:

- wychowawczą,
- promocji zdrowia,
- profilaktyczną,
- terapeutyczną,
- rehabilitacyjną,
- opiekuńczą,
- kształcenia.

Funkcja wychowawcza jest zadaniem dla całego zespołu pielęgniarskiego, dzięki którym można wpłynąć na cechy osobowe oraz zmienić niektóre zachowania u chorego.

Funkcja promocji zdrowia polega na promowaniu zdrowego trybu życia i zdrowych nawyków żywieniowych w celu osiągnięcia ich większej popularności.

Funkcja profilaktyczna odpowiada za wdrożenie specjalnych działań i elementów mających na celu działania profilaktyczne zapobiegające powstawaniu chorób.

Funkcja terapeutyczna – można do niej zaliczyć wszystkie czynności medyczne wykonywane u pacjenta oraz współpracę między pielęgniarkami a lekarzem i fizjoterapeutą.

Funkcja rehabilitacyjna polega na próbie przywrócenia przynajmniej większego lub całkowitego powrotu do pełnej sprawności fizycznej poprzez podjęcie działań poprawiających samodzielne funkcjonowanie.

Funkcja opiekuńcza – opiekowanie się pacjentem przez zespół pielęgniarski oraz wykonanie procedur medycznych w celu próby przywrócenia zdrowia.

Funkcja kształcenia jest to podjęcie działań mających na celu podniesienie wykształcenia pacjenta, nauka nowych czynności oraz dostarczenie nowych informacji, na przykład na temat zawału mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST, dzięki którym możliwy jest rozwój pacjenta.

Działania pielęgniarskie zaczynają się już w momencie transportu pacjenta do szpitala – zabezpieczenie pacjenta, założenie wkłucia dożylnego, podanie leków, wytłumaczenie pacjentowi do jakiego szpitala jedzie. Pielęgniarz/pielęgniarka bierze udział w całym procesie diagnostycznym wykrywania zawału mięśnia sercowego typu NSTEMI, np. w pracowni hemodynamicznej asystując lekarzowi, który przeprowadza badanie, po wcześniejszym wytłumaczeniu na czym będzie polegało badanie i pobraniu zgody. W przypadku wykonywania badań laboratoryjnych materiał (mocz, krew) również pobiera pielęgniarka/pielęgniarz. Następnie trzeba pobrałą próbkę opisać, nadać kod i wysłać do laboratorium. Do roli pielęgniarki zaliczamy również przygotowanie pacjenta do wyjazdów na blok operacyjny, transport na salę operacyjną, zapewnienie bezpiecznego powrotu oraz kompleksową opiekę po powrocie z bloku operacyjnego na salę pooperacyjną. Pielęgniarka/pielęgniarz samodzielnie wykonuje badanie elektrokardiograficzne po wcześniejszym poinformowaniu pacjenta o całej

procedurze. Zespół pielęgniarzki obserwuje pacjenta, ma bezpośredni kontakt z chorym, odnotowuje wszelkie zmiany występujące oraz parametry życiowe. Podawanie leków zleconych przez lekarzy oraz dbanie o higienę pacjenta oraz wykonanie czynności pielęgnujących należy do obowiązków pielęgniarki/pielęgniarza. Rola pielęgniarki/pielęgniarza jest naprawdę nieoznaczona i według mojej osobistej opinii nie wyobrażam sobie sytuacji, w której brakuje pielęgniarek na oddziałach szpitalnych.

PODSUMOWANIE

Niniejsza praca miała za cel edukację personelu medycznego poprzez przedstawienie ostrego zespołu wieńcowego w świetle literatury, danych medycznych i analizy przypadku pacjenta z zawałem mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST. Zawał serca typu NSTEMI stanowi bardzo duże zagrożenie dla zdrowia oraz życia. Jest coraz częściej wykrywany u pacjentów, a tendencja wykrywalności jest wzrostowa i prognozy na lata następne również wykazują zwielokrotnienie. Warto regularnie i profilaktycznie wykonywać badania oraz w przypadku jakichkolwiek występujących objawów zgłosić się do poradni ochrony zdrowia w celu kontroli. Żadnych symptomów nie należy lekceważyć, ponieważ mogą one być oznaką początkowej fazy choroby. W Polsce coraz bardziej dostępne są badania profilaktyczne, które finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia, co oznacza, że dla pacjenta oznacza to zero kosztów, jedynie chęć wykonania takich badań oraz dostępność czasu.

BIBLIOGRAFIA

- Ades P.A., Savage P.D., *Obesity in coronary heart disease: An unaddressed behavioral risk factor*, „Preventive Medicine” 2017, nr 104.
- Apple F., Murakami M., Pearce L. et al., *Multi-biomarker risk stratification of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide, high-sensitivity C-reactive protein, and cardiac troponin T and I in end-stage renal disease for all-cause death*, „Clin Chem” 2004, nr 50.
- Aronson D., Edelman E.R., *Coronary artery disease and diabetes mellitus*, „Cardiology Clinics” 2014, nr 32.
- Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Innowacji, Warszawa, IV 2020, *NFZ o zdrowiu, Choroba niedokrwienna serca*.
- „Choroby Serca i Naczyń” 2010, Tom 7, nr 4.

- Collet J.P., Thiele H., Barbato H. et al., *ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation*, „European Heart Journal”, published online 2020.
- Dubiel J., Korawiecki J., Grodzicki T., *Niewydolność serca*, Wydawnictwo VIA Medica 2004, Gdańsk 2004.
- Escobar E., *Hypertension and coronary heart disease*, „Journal of Human Hypertension” 2002, nr 16.
- Giannitsis E., Katus H., *Ostre zespoły wieńcowe*, Wrocław 2010.
- Kjeldsen S.E., *Hypertension and cardio vascular risk: general aspects*, „Pharmacological Research” 2018, nr 129.
- Konstantinides SV, Meyer D, Becattini C. et al., *ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)*, „Eur Heart J” 2020 nr 41.
- Lang R.M., Badano L.P., Mor-Avi V. et al., *Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging*, „J Am Soc Echocardiogr” 2015, nr 28.
- Lloyd-Jones D., Adams R., Carnethon M. et al., *American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics – 2009 update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee* [published correction appears in „Circulation” 2009, nr 119(3)], „Circulation” 2009, nr 27,119(3), Epub 2008 Dec 15.
- NFZ, 2019a, *Cukier, otyłość—konsekwencje. Przegląd literatury, szacunki dla Polski*, <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=11> [dostęp: 1.05.2022].
- NFZ, 2019b, *NFZ o zdrowiu. Cukrzyca*, <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=45> [dostęp: 1.05.2022].
- NFZ, 2019d, *NFZ o zdrowiu. Nadciśnienie tętnicze*, <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=17> [dostęp: 1.05.2022].
- Piano M.R., *Alcohol's effects on the cardiovascular system*, „Alcohol Research: Current Reviews” 2017, nr 38.
- Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., Albus C., Brotons C., Catapano A.L., Cooney M.T., Corra U., Cosyns B., Deaton C. et al., *2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The sixth joint task force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)*, „European Heart Journal” 2016, nr 37.

- Roffi M., Patrono C., Collet J.P, Mueller C., Valgimigli M., Andreotti F., Bax J.J., Borg M.A., Brotons C., Chew D.P, Gencer B., Hasenfuss G., Kjeldsen K., Lancellotti P., Landmesser U., Mehilli J., Mukherjee D., Storey R.F, Windecker S., ESC Scientific Document Group, *ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent STsegment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent STSegment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC)*, „Eur Heart J.” 2016, nr 37.
- The Institute for Health Metrics and Evaluation 2020, Global Health Data Exchange WHO, et al., *Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care*, 2016.
- Włodarczyk M., *Poradnik Zdrowia Serca*, Warszawa 2005.
- Wraga M., Figiel Ł., Kasprzak J., *Markery niedokrwienia i martwicy mięśnia sercowego – stan obecny i perspektywy na przyszłość*, „Kardiologia po Dyplomie” 2010, nr 9 (10).
- Yusuf S., Hawken S., Ôunpuu S., Dans T., Avezum A., Lanas F., McQueen M., Budaj A., Pais P., Varigos J. et al., *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries*, „The Lancet” 2004, nr 364.

INFORMACJA NA TEMAT PROJEKTU ERASMUS+

Project nr: 2020-1-PL01-KA226-HE-096280

E-NUREMS: The use of innovative education tools in the fields of nursing
and emergency medical services



Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, wspólnie z Prešovská Univerzita v Prešove i Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, realizuje projekt Partnerstwa Strategicznego (*Partnership for Digital Education Readiness*) w ramach programu Erasmus+ finansowanego ze środków Unii Europejskiej.

Nazwa projektu: Innowacyjne metody nauczania w pielęgniarstwie i ratownictwie medycznym

Czas trwania projektu: 01.03.2021 – 28.02.2023

Budżet: 161 010,00 EUR

Strona www projektu: e-nurems.eu



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Celem projektu jest utworzenie w ramach rezultatu pracy intelektualnej:

- interaktywnego, wielojęzycznego podręcznika – platforma e-learningowa stanowiąca zbiór filmów video nagranych w centrum symulacji medycznej oraz pracowniach praktycznej nauki zawodu stanowiących instruktaż do wykonywania procedur, które są niezbędne do wykształcenia profesjonalnego ratownika medycznego czy pielęgniarki. Interaktywny podręcznik zostanie przygotowany w formie wielojęzycznej, to jest każda procedura zostanie przetłumaczona na język polski, czeski, słowacki oraz angielski, tak aby nauce wykonywania zabiegów medycznych towarzyszyła jednocześnie nauka języka, niezbędna do pracy w środowisku międzynarodowym;
- wspólnego, międzynarodowego programu kształcenia przedmiotów praktycznych na kierunkach pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne;
- programu kształcenia dwóch kursów specjalistycznych: „Pracownik służby zdrowia w sytuacji kryzysowej” oraz „Praca w medycznych zespołach międzynarodowych”.

Projekt obejmuje także przygotowanie pełnych materiałów do prowadzenia kursu, zarówno w formie zdalnej, jak i hybrydowej oraz tradycyjnej. Materiały video zostaną włączone jako dodatkowe moduły do interaktywnego podręcznika.

Karol Mazur
Koordynator projektu





Międzynarodowa konferencja naukowa /International Research Conference/

02.06.2022–03.06.2022

„Pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne – kształcenie zdalne i hybrydowe”

Project nr: 2020-1-PL01-KA226-HE-096280

E-NUREMS: The use of innovative education tools in the fields of nursing
and emergency medical services

W dniach 02.06–03.06.2020 w Chorzowie, w ramach upowszechniania realizowanego projektu, odbyła się pierwsza międzynarodowa konferencja naukowa zatytułowana „Pielęgniarstwo i ratownictwo medyczne – kształcenie zdalne i hybrydowe”. Konferencja zgromadziła przedstawicieli różnych instytucji i środowisk z Polski, Czech, Słowacji a także Stanów Zjednoczonych. Uczestnicy mogli zapoznać się z realizowanym projektem E-Nurems, jego celami i dotychczasowymi osiągnięciami. W ramach panelu dyskusyjnego każdy uczestnik mógł zabrać głos, podzielić się swoimi uwagami i wskazać swoje sugestie. W czasie przerw kawowych uczestnicy mogli swobodnie dyskutować z realizatorami projektu, którzy chętnie odpowiadali na pytania zgromadzonych. Uczestnictwo czynne zgłosili przedstawiciele Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, prawnicy związani z badaniem zakresu odpowiedzialności zawodowej oraz praktycy na co dzień pracujący w szpitalach i zespołach ratownictwa medycznego w Polsce, w regionie śląskim, jak i również Słowacji i Czech. Konferencja została podzielona

na poszczególne panele krajowe, tak aby przedstawiciele z każdego kraju mogli przedstawić swoje obserwacje związane z procesem kształcenia na wspomnianych kierunkach.

