



Motywy podejmowania kształcenia na kierunku pielęgniarstwo a zjawisko przebranżowienia na rynku pracy

Interdyscyplinarny wymiar opieki nad dobrostanem skóry i jej przydatków – czy współpraca pielęgniarstwa i położnictwa z kosmetologią, trychologią oraz podologią jest możliwa, a nawet wskazana?

Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych na jakość życia pacjentów z rakiem płuc

| Od redakcji

Pielęgniarstwo Specjalistyczne jest oficjalnym kwartalnikiem naukowym

Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Specjalistycznego

Prezes: Ewa Molka

Wiceprezes: Jarosław Panek

Sekretarz: Renata Mroczkowska

Skarbnik: Anna Szelaąg

Dla członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Specjalistycznego czasopismo jest bezpłatne.

Wszystkie informacje o prenumeracie

<http://pielęgniarstvospecjalistyczne.pl/prenumerata>

Wydawca:

Wydawnictwo "DUX"

pielęgniarstvospecjalistyczne@gmail.com

Rada Naukowa

Redaktor naczelna Dr n med. Ewa Molka

Dr n med. Ewa Molka, Polska

Dr n med. Beata Naworska, Polska

Dr hab. Sylwia Krzemińska, Polska

Dr hab.n. o zdr. Izabella Uchmanowicz, Polska

Dr n. hum. Urszula Marcinkowska, Polska

Dr n.med Beata Jankowska Polańska, Polska

Dr n. o zdr. Wioletta Pollok-Waksmańska, Polska

Dr n o zdr. Halina Kulik, Polska

Prof. Joanna Rosińczuk, Polska

Dr n med. Beata Olejnik, Polska

PhDr. Lukáš Kober, PhD., RN Słowacja

PhDr. Milan Laurinc, PhD., RN Słowacja

PhDr. Dana Zrubcová, PhD., RN Słowacja

Mgr Iveta Lazorová, RN Słowacja

Mgr Jana Slovákova, PhD., RN Słowacja

Ph.D Natalia Shygonaska, Ukraina



Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek



| Spis treści

62	Od redakcji
64	Wymagania edytorskie
66	Editorial requirements
68	Redakčné požiadavky
70	Interdyscyplinarny wymiar opieki nad dobrostanem skóry i jej przydatków – czy współpraca pielęgniarstwa i położnictwa z kosmetologią, trychologią oraz podologią jest możliwa, a nawet wskazana?
70	The interdisciplinary dimension of care for the well-being of the skin and its appendages – is collaboration of nursing and midwifery with cosmetology, trichology, and podology possible, and even recommended?
77	Motywy podejmowania kształcenia na kierunku pielęgniarstwo a zjawisko przebranżowienia na rynku pracy
77	Motivations for pursuing nursing education and the phenomenon of career change on the labor market
81	Wpływ wybranych czynników socjo-demograficznych i klinicznych na jakość życia pacjentów z rakiem płuc
81	The impact of selected sociodemographic and clinical factors on the quality of life of patients with lung cancer
92	Porównanie poziomu empatii w grupie pielęgniarek i ratowników medycznych w odniesieniu do umierania i śmierci pacjentów
92	Comparison of empathy levels between nurses and paramedics in the context of patient dying and death
100	Problemy pacjenta geriatrycznego z wielochorobowością w opiece domowej.
100	Problems of a geriatric patient with multimorbidity in home care.
107	Pacjent pod wpływem internetu - wyzwania dla ochrony zdrowia. Medycyna alternatywna, ruch antyszczepionkowy, narracje o „Big Pharmie” oraz dezinformacja w stanach zagrożenia życia
107	Patient under the influence of the Internet - challenges for healthcare. Alternative medicine, anti-vaccination movement, “Big Pharma” narratives and misinformation in life-threatening emergencies

Informacje ogólne

Wymagania etyczne. Badania prowadzone na ludziach, muszą być przeprowadzone zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej, co należy zaznaczyć w opisie metodyki. Na przeprowadzenie takich prac Autorzy muszą uzyskać zgodę Terenowej Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach (Komisji Etycznej).

Odpowiedzialność cywilna

Redakcja stara się czuwać nad merytoryczną stroną pisma, jednak za treść artykułu odpowiada jego Autor. Wydawca ani Rada Programowa nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

Informacje szczegółowe

Przesłanie prac do redakcji jest równoznaczne z oświadczeniem, że praca nie była dotychczas publikowana w innych czasopismach oraz nie była wcześniej złożona w innej Redakcji. Oddanie pracy do druku jest jednoznaczne ze zgodą wszystkich autorów na jej publikację, z oświadczeniem, że Autorzy mieli pełny dostęp do wszystkich danych w badaniu i biorą pełną odpowiedzialność za całość danych i dokładność ich analizy. Dopuszcza się druk prac już opublikowanych ze względów ważnych dla czytelników, ale z adnotacją, że jest to przedruk i z jakiego źródła.

Wersja elektroniczna prac

Redakcja wymaga nadsyłania prac wyłącznie w formie elektronicznej na adres e-mail:

pielęgniarstvospecjalistyczne@gmail.com

Prace powinny być napisane w edytorze tekstu Word co najmniej „6”, Czcionka Times New Roman o wielkości „12”. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna być większa niż 16 stron, a kazuistycznych 12 stron maszynopisu, łącznie z piśmiennictwem, rycinami, tabelami i streszczeniami (standardowa strona: 1800 znaków). Prace powinny być pisane w formacie A4 z zachowaniem podwójnego odstępu, z lewej strony należy zachować margines 2cm, a z prawej margines szerokości 3cm. Propozycje wyróżnień należy zaznaczyć w tekście pismem półgrubym (bold). Na pierwszej stronie należy podać: tytuł pracy w języku polskim i angielskim; pełne imię i nazwisko Autora (Autorów) pracy. Przy pracach wieloosódkowych prosimy o przypisanie Autorów do ośrodków, z których pochodzą; pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego pochodzi praca (w wersji oficjalnie ustalonej); wskazać Autora do korespondencji oraz adres na jaki Autor życzy sobie otrzymać korespondencję (służbowy lub prywatny) wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem oraz z numerem telefonu i adresem poczty elektronicznej. Jednocześnie Autor wyraża zgodę na publikację przedstawionych

danych adresowych (jeśli Autor wyrazi takie życzenie, numer telefonu nie będzie publikowany); słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, zgodne z aktualną listą Medical Subject Heading (MeSH) nie więcej niż 5. Na drugiej stronie pracy powinny być opisane wszelkie możliwe konflikty interesów oraz informacje o źródłach finansowania pracy (grant, sponsor), podziękowania, ewentualnie powinna się tutaj pojawić nazwa kongresu na którym praca została ogłoszona oraz zgoda pacjenta na publikację jeśli jest wymagana.

Streszczenie i słowa kluczowe

Do artykułu następnie należy dołączyć streszczenie, jednobrzmiące zarówno w języku polskim, jak i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych powinno zawierać do 200 słów i powinno składać się z czterech wyodrębnionych części, oznaczonych kolejno następującymi tytułami: Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Wnioski/Podsumowanie. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu powinny być wyjaśnione. Streszczenia prac poglądowych i kazuistycznych powinno zawierać do 200 słów i zawierać cel pracy oraz podstawowe założenia. Po streszczeniu należy umieścić nie więcej niż pięć słów kluczowych w języku polskim i angielskim, zgodnych z aktualną listą Medical Subject Reading (MeSH). Jeżeli odpowiednie terminy MeSH nie są jeszcze dostępne dla ostatnio wprowadzonych pojęć, można stosować ogólnie używanych określeń.

Układ pracy

Układ pracy powinien obejmować wyodrębnione części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka (w ramach części metodyka – Informacja o stanowisku Komisji Bioetycznej), Wyniki badań, Omówienie/Dyskusja, Wnioski/Podsumowanie, Piśmiennictwo, Tabele, Ryciny. Materiał i metodyka musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze, które są uwzględnione w wynikach. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników.

Tabele

Tabele należy nadesłać w dwóch egzemplarzach, jedna wersja w tekście, druga w oddzielnym pliku. Tytuły tabel oraz ich zawartość powinny być wykonane w języku polskim. Wszystkie użyte w tabelach skróty powinny być wyjaśnione pod tabelą. Tabele powinny być opisane nad tabelą i ponumerowane cyframi arabskimi.

Ryciny

Ryciny należy nadsyłać w dwóch egzemplarzach jedna wersja w tekście, druga tabela w oddzielnym pliku. Ryciny należy opisać pod ryciną i ponumerować cyframi arabskimi. Wszystkie użyte pod ryciną skróty powinny być wyjaśnione pod ryciną. Skróty i symbole Należy

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

Piśmiennictwo

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach, rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach obowiązuje kolejność zgodna z pierwszym odnośnikiem do tabeli lub ryciny w tekście). Liczba cytowanych prac w przypadku prac oryginalnych, poglądowych nie powinna przekraczać 20 pozycji, w przypadku prac kazuistycznych 10 pozycji. Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje opublikowane. Przy opisach bibliograficznych artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora wraz z inicjałem imienia (przy większej niż 4 liczbie autorów podaje się tylko pierwszych trzech i adnotację „et al” w pracach w języku angielskim oraz „wysp.” w pracach w języku polskim) tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (zgodny z aktualną listą czasopism indeksowanych w Index Medicus, dostępnym m.in. pod adresem: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>, rok wydania, numer tomu (rocznika) oraz numery stron, na których zaczyna i kończy się artykuł, np.:

Szulc W, Niewiadomska WE. Etnopielęgniarstwo. Piel. 2000. 1999;2 (43): 346.

Opisy wydawnictw zwartych (książki) powinny zawierać: nazwisko(a) Autora(ów) wraz z inicjałem imienia, tytuł, ew. numer kolejnego wydania, nazwę wydawcy, miejsce i rok wydania przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) odpowiedzialnego podaje się podtytuł

książki i skrócie „(red.)”, a przy opisach rozdziałów książek należy podać: Autora(ów) rozdziału, tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „[w:]” tytuł całości, Autora(ów) (Redaktora(ów) całości, oznaczenie części wydawniczej, nazwę wydawcy, miejsce i rok wydania oraz numery stron, na których zaczyna się i kończy utwór, np.:

Kulik TB, Wrońska I. red. Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.

Piątkowski W. Zdrowie w socjologii. [w:] Kulik TB, Wrońska I, red. Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.s.128159.

Konieczne jest używanie interpunkcji ściśle według powyższych przykładów opisu bibliograficznego. Odnośniki do publikacji internetowych są dopuszczalne jedynie w sytuacji braku adekwatnych danych w literaturze opublikowanej drukiem. W przypadku korzystania ze źródeł informacji elektronicznej wymagany jest pełny adres strony internetowej wraz z datą korzystania z niej.

Prawa i obowiązki autorskie

Jeśli Autorzy nie zastrzegają inaczej w momencie zgłaszania pracy, Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych, CD i innych oraz w Internecie). Bez zgody Wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń. Autorzy otrzymują 1 egzemplarz czasopisma. Tytułem powyższego wykorzystania utworów, Autorom nie są wypłacane honoraria. Po akceptacji pracy do druku autor zostanie poinformowany drogą elektroniczną

Editorial requirements

The editorial office requires papers to be sent only in electronic form to the following e-mail adres:

pielegniarstvospecjalistyczne@gmail.com

Papers should be written with the use of at least 6.0 version Word's word processor, with size „12” Times New Roman font. The volume of original and supported with research examples papers should not exceed 16 pages and casuistic papers should not exceed 12 pages of typescript, including references, figures, tables and summaries (standard page 1800 characters). The works should be written in A4 format with double spacing, on the left side a margin of 2cm should be kept, the right margin should be 3cm wide. Proposals for distinctions should be marked in the text with a semi bold font. The first page should contain: the title of the work in Polish and English; full name and surname of the Author(s) of the work. For multicentre papers, please assign the authors to the centers from which they come; give the full name of the centre (centres) from which the paper originates (in the officially fixed version); indicate the Author for correspondence and the address for which the Author wishes to receive correspondence (business or private) together with the academic title, full name and surname and telephone number and email address. At the same time, the Author agrees to the publication of the address data provided (if the Author wishes so, the telephone number will not be published); keywords in Polish and English, consistent with the current Medical Subject Heading (MeSH) list no more than 5. On the second page of the work all possible conflicts of interest and information about the sources of financing the work (grant, sponsor), thanks should be written and described, if need be here should appear the name of the Congress on which work was announced and the patient's consent for publication if required.

Summary and key words

The article should be followed by a unanimous summary, both in Polish and English. The summary of original works should contain up to 200 words and should consist of four separate parts, marked successively with the following titles: Aim of the work, Material and methodology, Results, Conclusion/Summary. All abbreviations used in the summary should be clarified. Summaries of review and casuistic papers should contain up to 200 words and include the purpose of the work and the basic assumptions. After the summary, no more than five keywords in Polish and English should be given. Keywords must be in accordance with the current Medical Subject Reading (MeSH) list if the relevant MeSH terms for recently introduced terms are not yet available, generally used terms may be used.

Paper layout

Paper layout should include separate parts: Introduction, Aim of the study, Material and methodology (as part of the methodology Information about the position of the Bioethics Committee) Research results, Discussion, Conclusions/Summary, Literature, Tables, Figures. The material and methodology must explain in detail all applied research methods that are included in the results. Provide the names of the statistical methods and software used to compile the results.

Tables

The tables should be sent in two copies, one in the text the second in a separate file. Table titles and their contents should be written in Polish. All abbreviations used in the tables should be explained below the table. Tables should be described above the table and numbered with Arabic numerals.

Figures

The figures should be sent in two copies, one in the text the second in a separate file. Figures should be described below the figure and numbered with Arabic numerals. All abbreviations used below the figure should be explained below the figure.

Abbreviations and symbols

Use only standard abbreviations and symbols. A full explanation of the concept or symbol should precede the first use of its abbreviation in the text, and also appear in the legend to each figure and table in which it is used. Literature The literature should be arranged in accordance with the order of quoting works in the text, tables, figures (in the case of items cited only in tables and figures, the order is in line with the first reference to the table or figures in the text). The number of quoted works in the case of original and review papers should not exceed 20 items, in the case of casuistic studies 10 items. The literature should only contain published items. In the bibliographic descriptions of journal articles, the following data should be provided: author's surname together with the initial of the name (with more than 4 authors only the first three are given and the annotation „et al” in the papers in English and „i wsp.” in the papers in Polish) title of the thesis, abbreviation of the journal's title (in accordance with the current list of magazines indexed in Index Medicus, available, among others, at [ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/iweb.pdf](http://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/iweb.pdf), year of publication, volume number (year) and the page numbers on which the article begins and ends, e.g.

Szulc W, Niewiadomska WE. Etnopielęgniarstwo. Piel. 2000. 1999;2 (43): 34-6

Descriptions of non-serial publications (books) should include: surname(s) of the author(s) along with the name initial, title, possibly the number of the next edition, name of the publisher, place and year of publication; for collective works, the surname(s) of responsible editor(s) should be given after the title of the book and the abbreviation „(red.)”, and in the descriptions of book chapters, the following data should be specified: The author(s) of the chapter, the title of the chapter, then after the „[w:]” the title of the whole book, Author(s) (Editor(s)) of the whole book, designation of the part, name of the publisher, place and year of publication and page numbers on which it begins and ends, e.g.

Kulik TB, Wrońska I. ed. *Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach społecznych*. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.

Piątkowski W. *Zdrowie w socjologii*. [w:] Kulik TB, Wrońska I, red. *Koncepcja zdrowia w medycynie i naukach*

społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL; 2000.s.128-159.

It is necessary to use punctuation strictly according to the above examples of bibliographic description. References to online publications are only permitted if there are no adequate data in the literature published in print. In the case of using electronic information sources, the full website address is required along with the date of using it.

Copyrights and obligations

If the Authors do not provide otherwise at the time of submitting the work, the Publisher acquires, on an exclusive basis, all copyrights to the printed ones (including the right to publish in print, on electronic media, CD and other media and on the Internet). Without the consent of the Publisher, only abstracts are allowed. The authors receive 1 copy of the journal. For the above use of works, authors are not paid royalties. After accepting the work for printing, the author will be informed by e-mail.

Redakcia si vyžaduje posielanie prác len v elektronickej podobe na emailovú adresu:

pielegniarstwspecjalistyczne@gmail.com

Práce musia byť napísané v programe Word min. veľkosťou písma „6“, a fontom Times New Roman, veľkosť „12“. Objem originálnych a náhľadových nemôže byť väčšia ako 16 strán, a 12 kazuistických strán strojopisu, vrátane literatúry, výtlačkov, tabuliek a abstraktov (štandardná strana do 1800 znakov). Práce musia byť napísané vo formáte A 4 so zachovaním dvojitého riadkovania, na ľavej strane musíte dodržať okraj 2 cm a na pravej okraj so šírkou 3 cm. Ponuky zvýraznenia by mali byť označené v texte polohrubým písmom (bold). Prvá strana musí obsahovať: názov práce v poľskom a anglickom jazyku celé meno a priezvisko Autora (Autorov) práce.

Pri viac strediskových prácach prosíme o uvedenie Autorov do stredísk, z ktorých pochádzajú celý názov strediska (stredísk), z ktorých pochádzajú práce (v oficiálne určenej verzii); zadať Autora pre korešpondenciu a jeho korešpondenčnú adresu (firemnú, alebo súkromnú) spolu s vedeckým titulom, celým menom a telefónnym číslom, ako aj emailovú adresu. Zároveň Autor súhlasí s uverejnením predložených údajov (ak Autor bude mať také želanie, tak telefónne číslo nebude zverejnené); kľúčové slová v poľskom a anglickom jazyku, v súlade s aktuálnym zoznamom Medical Subject Heading (MeSH) – nie viac, ako 5. Na druhej strane práce musia byť opísané všetky potenciálne konflikty záujmov, ako aj informácie o financovaní práce (grant sponzor), poďakovania, či tiež by sa tu mal objaviť aj názov kongresu, na ktorom bola práca vyhlásená, a súhlas pacienta na uverejnenie, ak sa vyžaduje.

Abstrakt a kľúčové slová

Do článku by ste mali potom priložiť abstrakt, rovnako znejúce v poľskom, ako aj v anglickom jazyku. Abstrakt originálnych prác by mal obsahovať do 200 slov a malo by sa skladať zo štyroch samostatných častí, označených postupne s nasledujúcimi titulmi: Cieľ práce, Materiál a metódy, Výsledky. Záver/Zhrnutie. Všetky skratky použité v abstrakte musia byť vysvetlené. Abstrakty náhľadových kazuistických prác by mali obsahovať do 200 slov a mali by obsahovať cieľ práce a jej hlavné predpoklady. Po abstrakte by ste mali pridať nie viac, ako päť kľúčových slov v poľskom a anglickom jazyku, zhodných s aktuálnym zoznamom Medical Subject Reading (MeSH). Ak vhodné termíny MeSH ešte nie sú k dispozícii pre nedávno zavedené názvy, môžete použiť bežne používané pojmy. Systém práce Systém práce by mal obsahovať samostatné časti: Úvod, Cieľ práce, Materiál a metódy, (v časti technika Informácia o stanovisku Ko-

misie Bioetiky) Výsledka výskumu, Opis/ Diskusia, Záver/ Zhrnutie, Literatúra, Tabuľky, Výtlačky. Materiál a metódy musia podrobne vysvetliť všetky použité výskumné metódy, ktoré budú zahrnuté vo výsledkoch. Mali by ste zadať názvy štatistických metód a programovania použitého na získanie výsledkov.

Tabuľky

Tabuľky je potrebné odoslať v dvoch exemplároch, pričom jedna verzia bude v texte, druhá tabuľka v samostatnom súbore. Názvy tabuliek a ich obsah musia byť v poľskom jazyku. Všetky použité skratky v tabuľkách by mali byť vysvetlené nižšie pod tabuľkou. Tabuľky musia byť opísané vyššie nad tabuľkou a očíslované arabskými číslicami.

Výtlačky

Výtlačky je potrebné odoslať v dvoch exemplároch, pričom jedna verzia bude v texte, druhá tabuľka v samostatnom súbore. Výtlačky by mali byť opísané pod výtlačkom a očíslované arabskými číslicami. Všetky použité skratky pod výtlačkom by mali byť vysvetlené nižšie pod výtlačkom.

Skratky a symboly

Používajte iba štandardné skratky a symboly. Úplné vysvetlenie pojmu, alebo symbolu musí predchádzať prvé použitie skratky v texte, ale tiež musí byť aj v legende ku každému výtlačku a tabuľky, v ktorej bola použitá.

Literatúra

Literatúra by mala byť umiestnená v súlade s postupom citovania prác v texte, tabuľkách, výtlačkoch (v prípade citovaných pozícií iba v tabuľkách a výtlačkoch, platí poradie zhodné s prvým odkazom na tabuľku, alebo výtlačok v texte). Počet citovaných prác v prípade originálnych, náhľadových prác nesmie presiahnuť 20 pozícií, v prípade kazuistických prác 10 pozícií. Literatúra by mala obsahovať len zverejnené pozície. Pri opise bibliografických článkov z časopisov, je nutné zadať: priezvisko autora spolu s iniciálami mena (ak je viac, ako 4 autori, tak uvádzame len prvé tri a poznámky „et al“ v prácach v angličtine a „i wsp.“ v prácach v slovenskom jazyku), názov práce, skrátený názov časopisu (zhodný s aktuálnym zoznamom časopisov indexovaných v Index Medicus, dostupných medzi inými na adrese <ftp://nlpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>, rok vydania, číslo ročníka ako aj čísla strán, na ktorá začína a končí článok, napr.:

Szulc W, Niewiadomska WE. Etnopielęgniarnictwo. Piel. 2000. 19992 (43): 346.

Opisy wydawatelstiew (knihy) by mal obsahovať: priezvisko(á) Autora(ov), spolu s iniciálami mena, titul, ev. Číslo

ďalšej publikácie, názov vydavateľa, miesto a rok vydania pri kolektívnych prácach priezvisko (a zodpovedného Redaktora(ov) zadajte v podtitule knihy av skratke „(red.)“; pri opise kapitol kníh musí zadať: Autora (ov), názov kapitoly, potom po označení „[w:]“ názov celku, Autora (ov), Redaktora(ov) v celku, označenie vydavateľskej časti, názov vydavateľa, miesto a rok vydania a čísla strán, na ktorých sa začína končí tvorba, napr.

Kulik TB, Wrońska I. Red. Konceptcja zdrowia w medycynie I naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL 2000.

Piątkowski W. Zdrowie w socjologii. [w:] Kulik TB, Wrońska I., red. Konceptcja zdrowia medycynie i naukach społecznych. Stalowa Wola: Wyd. Wyd. Nauk Społ. KUL 2000.s.128159.

Je potrebné používať interpunkčné znamienka, prísne súlade s vyššie uvedenými príkladmi bibliografických opisov. Odkazy na internetové publikácie sú prípustné iba v prípade chýbajúcich údajov v literatúre uverejnenej v tlačenej forme. V prípade použitia informácií zo zdrojov v elektronickej forme sa vyžaduje kompletná adresa webovej stránky spolu s dátumom jej použitia.

Autorské práva a povinnosti

A Autori neurčujú inak v okamihu nahlásenia práce, Vydavateľ nadobúda všeobecné autorské práva na základe vyhranenia k vytlačeným (vrátane práva na vydanie tlače, elektronických médiách, CD, ako aj v Internete). Bez súhlasu Vydavateľa je povolené len tlač abstraktov. Autori získajú 1 kópiu časopisu. Z titulu vyššieho využitia diel Autorom nebudú zaplatené honoráři. Po prijatí práce na tlač bude autor informovaný elektronicky

Interdyscyplinarny wymiar opieki nad dobrostanem skóry i jej przydatków – czy współpraca pielęgniarstwa i położnictwa z kosmetologią, trychologią oraz podologią jest możliwa, a nawet wskazana?

The interdisciplinary dimension of care for the well-being of the skin and its appendages – is collaboration of nursing and midwifery with cosmetology, trichology, and podology possible, and even recommended?

Sandra Makowska

 <https://orcid.org/0009-0004-6888-4591>

Wyższa Szkoła Zdrowia, Urody i Edukacji, Poznań

Wojciech Kapała

 <https://orcid.org/0009-0004-6564-6811>

Wyższa Szkoła Zdrowia, Urody i Edukacji, Poznań

Magdalena Sobalik

 <https://orcid.org/0009-0003-4112-8203>

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Poznań

Poznańska Akademia Medyczna im. Księcia Mieszka I, Poznań

Streszczenie

Współczesny system ochrony zdrowia ewoluuje w kierunku modeli interdyscyplinarnych, w których kluczowego znaczenia nabiera współpraca pomiędzy samodzielnymi zawodami medycznymi a dyscyplinami wspierającymi. Niniejszy artykuł analizuje merytoryczne i praktyczne uzasadnienie integracji procedur realizowanych przez pielęgniarki i położne z kompetencjami kosmetologów, trychologów oraz podologów w opiece nad dobrostanem skóry i jej przydatków. Na podstawie przeglądu doświadczeń z zakresu onkokosmetologii, diabetologii i zarządzania przewlekłymi dermatozami wykazano, że współpraca ta optymalizuje efekty terapeutyczne, stymuluje dobrostan psychiczny podopiecznych oraz umożliwia wczesne wykrywanie patologii. Opisano również zjawisko dwukierunkowego, rynkowego przepływu pacjentów i klientów pomiędzy sektorem medycznym a gabinetami branży beauty. Należy jednak uwzględnić ograniczenie, że pełna systemowa integracja tych obszarów jest istotnie utrudniona przez brak sformalizowanych protokołów komunikacji oraz brak analogicznych uregulowań ustawowych dla zawodu kosmetologa.

Słowa kluczowe: współpraca międzyzawodowa, pielęgniarstwo, kosmetologia, trychologia, podologia.

Abstract

Modern healthcare systems are evolving toward interdisciplinary models, wherein collaboration between autonomous medical professions and complementary disciplines is of paramount importance. This article analyzes the clinical and practical rationale for integrating procedures performed by nurses and midwives with the competencies of cosmetologists, trichologists, and podiatrists in managing the well-being of the skin and its appendages. Based on a review of outcomes in oncocosmetology, diabetology, and the management of chronic dermatoses, it has been demonstrated that this cooperation optimizes therapeutic outcomes, enhances the psychological well-being of patients, and facilitates early screening of pathologies. Furthermore, the phenomenon of a bidirectional, market-driven referral flow of patients and clients between the medical sector and the aesthetic industry is described. However, it must be noted that full systemic integration of these domains remains significantly hindered by the lack of formalized communication protocols and the absence of corresponding statutory regulations for the profession of cosmetologist.

Keywords: interprofessional collaboration, nursing, cosmetology, trichology, podiatry.

Wprowadzenie

Współczesny system ochrony zdrowia w Polsce odchodzi od wielu już lat od tradycyjnego modelu, w którym proces terapeutyczny był domeną wyłącznie jednej specjalizacji medycznej (tj. lekarskiej) na rzecz współpracy interdyscyplinarnej. Praca zespołowa na rzecz chorego nie stanowi już wyłącznie postulatu teoretycznego – stanowi ona realną praktykę wielu zespołów medycznych. Udowodniono bowiem, że współpraca interdyscyplinarna przyczynia się do podnoszenia jakości świadczonych usług, z wieloraką korzyścią dla pacjenta. Zjawisko to wymusza jednak odejście od tradycyjnej edukacji izolowanej, zastrzeżonej i kierowanej jedynie do przedstawicieli konkretnego zawodu. Studenci nauk medycznych i nauk o zdrowiu byli dotychczas szkoleni oddzielnie, zaś obecnie wdraża się zintegrowane strategie dydaktyczne, łącząc niekiedy różne przedmioty kliniczne albo w ramach zajęć podstawowych, albo fakultatywnych na uczelni. Implementacja modelu partnerskiego opieki nad pacjentem wymaga bowiem wykształcenia nowych kompetencji komunikacyjnych, tj. konieczne jest pełne zrozumienie ról zawodowych wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Ustrukturyzowana edukacja międzyzawodowa ułatwia sprostanie złożoności nowoczesnej medycyny, a proces ten skutecznie eliminuje bariery kompetencyjne i przyczynia się do wzrostu bezpieczeństwa chorego w oparciu o wiedzę współdzieloną. Oczywiście należy jednak stale monitorować prawne granice uprawnień poszczególnych zawodów medycznych [1,2].

O ile systemowa kooperacja wewnątrz tradycyjnych grup medycznych (lekarski vs pielęgniarstwo i położnictwo) została już powszechnie zaakceptowana i usankcjonowana zarówno na poziomie edukacyjnym, jak i klinicznym, o tyle włączenie do tego modelu dziedzin takich jak kosmetologia, trychologia czy podologia wciąż budzi liczne kontrowersje merytoryczne i legislacyjne. Pomimo braku precyzyjnych uregulowań prawnych oraz dystansu części środowiska medycznego wobec samodzielności tych profesji, codzienna praktyka coraz częściej wskazuje na istnienie przestrzeni, w której współpraca tych kompetencji staje się nie tylko możliwa, ale niekiedy staje się wręcz niezbędna dla zapewnienia holistycznego wsparcia chorego.

Niniejszy artykuł podejmuje próbę analizy, czy możliwa jest skuteczna, profesjonalna współpraca pomiędzy samodzielnymi zawodami medycznymi – pielęgniarstwem i położnictwem – a dynamicznie profesjonalizującymi się od wielu lat dziedzinami wspierającymi, tj. kosmetologią, trychologią oraz podologią. Opracowanie ma na celu zweryfikowanie i zastanowienie się, czy taka współpraca jest merytorycznie uzasadniona i wskazana w procesie opieki nad dobrostanem skóry i jej przydatków u osób ze schorzeniami dermatologicznymi.

Profesjonalizacja kompetencji w pielęgniarstwie i położnictwie oraz stopniowa autonomia i medykalizacja personelu kosmetologicznego

Pielęgniarstwo i położnictwo przeszły powolny proces profesjonalizacji zawodowej. Dyscypliny te ewoluowały bowiem z ról pierwotnie pomocniczych względem profesji lekarskiej. Obecnie zaś już od wielu lat stanowią samodzielne zawody medyczne. Zmiany te oparto na obiektywnych dowodach naukowych, zastosowano model Evidence-Based Nursing Practice (EBNP) i wdrożono rygorystyczne kształcenie akademickie. Przedstawiciele tych zawodów dysponują obecnie zaawansowaną, niezbędną dla typu profesji wiedzą medyczną. Pozwala to grupie zawodowej pielęgniarek i położnych na samodzielną diagnozę i w pełni autonomiczne realizowanie wybranych czynności zawodowych na rzecz pacjenta. Pielęgniarki i położne realizują świadczenia w zakresie leczenia ran, prowadzą edukację zdrowotną oraz ordynują wybrane grupy leków zgodnie z kompetencjami zawodowymi. Praktyka ta wymaga jednak bezwzględnie przestrzegania ram legislacyjnych, to znaczy, że każda samodzielna decyzja terapeutyczna pielęgniarki lub położnej musi znajdować bezpośrednie oparcie w aktualnych aktach prawnych, do których należą m.in. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz powiązane rozporządzenia wykonawcze Ministra Zdrowia [3-6].

Kosmetologia, podologia i trychologia, mimo swoich historycznych korzeni w sektorze usług estetycznych, asymilują obecnie coraz bardziej zaawansowane procedury specjalistyczne (np. radiofrekwencję mikroigłową, aplikację zaawansowanych klamer ortonykcyjnych w korekcji aparatu paznokciowego czy cyfrową trichoskopię połączoną z mezoterapią iniekcyjną skóry głowy), oparte na rzetelnej wiedzy z zakresu anatomii, patofizjologii oraz biochemii. Można tym samym przyznać, że w tym kontekście zawód kosmetologa ściśle wpisuje się w nowoczesny paradygmat ogólnie pojętej promocji zdrowia, w którym edukacja zdrowotna pełni rolę nadrzędną. Dobrze wykształcony specjalista, jakim jest kosmetolog, trycholog czy podolog, wykazujący się wysoką świadomością zagrożeń, staje się coraz częściej optymalnym podmiotem do rozpowszechniania wiedzy o prozdrowotnym stylu życia, oddziałując zarówno na klientów swojego gabinetu, jak i niekiedy na całe środowisko lokalne [7]. Paradygmat ten dodatkowo uszczegóławia rozwój psychokosmetologii jako subdyscypliny zorientowanej na biopsychospołeczny model zdrowia. Jak wskazuje M. Kolankowska-Trzcińska, zaawansowany zasób wiedzy kosmetologów z obszaru anatomii, patofizjologii oraz nauk o zdrowiu pozwala na realizację celowanych działań z zakresu szeroko rozumianej profilaktyki prozdrowotnej. W koncepcji tej opieka nad strukturą naskórka łączy się ściśle z analizą stylu życia, uwarunkowań dietetycznych oraz czynników emocjonalnych, w tym poziomu odczuwanego stresu, który bezpośrednio determinuje kondycję i reaktywność skóry i jej przydatków. Działalność edukacyjna kosmetologa w warunkach gabinetowych umożliwia zatem podopiecznym identyfikację bodźców zaostrzających zmiany skórne oraz ułatwia stopniowe wdrażanie korzystnych nawyków behawioralnych. Należy jednak uwzględnić ograniczenie, że efektywność

interwencji psychokosmetologicznych jest ściśle uwarunkowana poziomem zaangażowania samego klienta, co może determinować asymetrię w uzyskiwanych wynikach terapeutycznych [8].

Wsparcie w utrzymaniu dobrostanu skóry i jej przydatków oraz wdrażanie procedur wspomagających niekiedy proces terapeutyczny (np. zabiegi podologiczne, celowane terapie trychologiczne oraz wybrane procedury kosmetyczne) wymaga jednak od personelu – zdaniem autorów prezentowanego artykułu – nieustannego podnoszenia kompetencji oraz wysokiej biegłości manualnej. Od co najmniej kilku lat obserwuje się zjawisko stopniowej medykalizacji usług estetycznych, która polega na odejściu od jedynie powierzchownego maskowania defektów skóry i jej przydatków na rzecz – coraz częściej – celowanych interwencji wpływających bezpośrednio na fizjologię oraz regenerację tkanek w oparciu o rygorystyczne protokoły zabiegowe. Zjawisko to opiera się na asymilacji zaawansowanej wiedzy medycznej i wymusza oczywiście zachowanie szczególnej ostrożności ze względu na rosnącą inwazyjność stosowanych metod zabiegowych. Należy jednak podkreślić, że rosnąca inwazyjność stosowanych metod znacząco zwiększa ryzyko powikłań, co nakłada na praktyków wykonujących te zabiegi obowiązek zachowania szczególnej ostrożności klinicznej. Obserwowany proces medykalizacji usług estetycznych stanowi obecnie zjawisko o charakterze systemowym i cywilizacyjnym. Kosmetologia, trychologia i podologia przestają bowiem działać w izolacji rynkowej i stają się powoli w praktyce ogniwem systemowym ponieważ proponują coraz szerzej swoje prokoły opieki wspomagającej (supportive care) na przykład w onkologich, zaś starzejące się społeczeństwa stają się wyzwaniem cywilizacyjnym, w których usługi podologiczne są odpowiedzią na wzrastające potrzeby seniorów i ich choroby (zwłaszcza cukrzyca z powikłaniem stopy cukrzycowej).

Kontekstualizacja współpracy międzyzawodowej - ramy prawne i uwarunkowania rynkowe

Zjawisko coraz szerszego przenikania się sfery medycznej z kosmetyczną wynika bezpośrednio z ewolucji oczekiwań rynkowych oraz interdyscyplinarnej natury współczesnych problemów zdrowotnych jednostki. Skuteczne leczenie stanów patologicznych skóry gładkiej i skóry owłosionej głowy wymaga często wsparcia w postaci długofalowej, specjalistycznej pielęgnacji, której głównym celem jest odbudowa barier ochronnych skóry. Zatem, współpraca sfery medycznej z kosmetyką (jawna, bądź najczęściej do tej pory niejako ukryta, zawalutowana, niekiedy zupełnie przez niektórych lekarzy klinicystów kategorycznie przemilczana) pozwala na wypracowanie nowej jakości w opiece nad dobrostanem skóry i jej przydatków. Należy podkreślić, że integracja działań medycznych i kosmetycznych może w wyraźny sposób poprawić stan skóry chorego i jego przydatków oraz pozytywnie wpływać na jakość jego życia.

Efektywność współpracy interdyscyplinarnej pozostaje ściśle skorelowana z ramami prawnymi określającymi zakres uprawnień. Analiza uregulowań obowiązujących w Polsce wskazuje jednak na istotne dysproporcje w statusie omawianych profesji. Proces profesjonalizacji pielęgniarstwa i położnictwa ugruntowały kluczowe akty prawne, w tym ustawa z 1996 roku oraz regulacje z 2011 roku. Na ich mocy pielęgniarki i położne uzyskały prawo do samodzielnej ordynacji wybranych leków, wystawiania recept oraz prowadzenia terapii ran przewlekłych. Zmiany te przybliżają polski model opieki do standardów Advanced Practice Nursing (APN), co znacząco wzmacnia autonomię tych zawodów w systemie ochrony zdrowia. Trzeba jednak wyraźnie podkreślić, że obecnie brak jest analogicznych uregulowań ustawowych dla zawodu kosmetyka, co utrudnia pełną systemową integrację tych obszarów, generując niekiedy niejasności w podziale odpowiedzialności za pacjenta/klienta w gabinecie [4,5,9].

Z drugiej strony trzeba poruszyć także kolejny aspekt współpracy międzyzawodowej, tj. nabywanie nowych kwalifikacji zawodowych. Faktem jest, że pomimo szerokich uprawnień, zawody medyczne tj. pielęgniarstwo i położnictwo mierzą się z różnymi problemami o charakterze systemowym. Niskie nakłady finansowe w różnych krajach na system opieki zdrowotnej oraz z reguły trudne warunki pracy personelu pielęgniarstwa i położnictwa przyczyniają się do kryzysu kadrowego. Dlatego też w pielęgniarstwie i położnictwie obserwuje się zjawisko poszukiwania alternatywnych dróg rozwoju dla tych zawodów medycznych, oferujących im mniejsze obciążenie kliniczne i większą satysfakcję finansową [10]. Skutkuje to systematyczną migracją wykwalifikowanego personelu medycznego do sektora prywatnego, ze szczególnym uwzględnieniem branży estetycznej. Motywacje personelu medycznego przechodzącego do sektora beauty są często uwarunkowane dążeniem do autonomii decyzyjnej oraz poprawy jakości życia zawodowego, co pogłębia deficyty w publicznym systemie ochrony zdrowia. Problem ten dotyczy zarówno lekarzy [11], jak i pielęgniarek, które postrzegają nabywanie kwalifikacji z zakresu pielęgniarstwa estetycznego (w niektórych krajach pielęgniarka ma możliwość zdobycia takich kwalifikacji, np. w Wielkiej Brytanii, czy w USA), jako ważny krok w kierunku budowania własnej marki zawodowej poza strukturami państwowej opieki medycznej [12]. Jak zauważa się jednak w literaturze, mimo rosnącej popularności tej ścieżki w niektórych krajach, pielęgniarstwo w medycynie estetycznej pozostaje jednak nadal specjalizacją wymagającą pilnej standaryzacji i akademickiego nadzoru. Międzynarodowe badania przeprowadzone wśród doświadczonych praktyków ujawniły różne niedociągnięcia w obecnych systemach edukacji i rejestracji tego personelu. Obecnie proces szkolenia w ramach pielęgniarstwa estetycznego jest często samofinansowany, co uzależnia edukację tych pielęgniarek od wsparcia komercyjnego firm dystrybuujących produkty zabiegowe. Brakuje też z reguły nadrzędnego, profesjonalnego organu zarządzającego, który ułatwiałby

współpracę międzynarodową oraz wymianę najlepszych praktyk klinicznych. Analizujący to zagadnienie badacze postulują zatem wdrożenie spójnego i kompleksowego podejścia akademickiego, które umożliwi pielęgniarkom zdobycie szerokiej wiedzy i umiejętności praktycznych, ale przede wszystkim umiejętności zapobiegania, rozpoznawania i skutecznego zarządzania powikłaniami związanymi z procedurami estetycznymi [13].

Współdziałanie specjalistów medycznych i kosmetologa
Praktyczna realizacja interdyscyplinarnego modelu opieki manifestuje się w konkretnych obszarach klinicznych, w których zintegrowanie procedur medycznych z kompetencjami specjalistów dyscyplin komplementarnych pozwala na optymalizację wyników terapeutycznych oraz wszechstronne zabezpieczenie potrzeb podopiecznych.

Współpraca opieki pielęgniarskiej i onkokosmetologicznej w profilaktyce oraz terapii skórnych działań niepożądanych u pacjentów onkologicznych

Współczesna onkologia kładzie coraz większy nacisk na interdyscyplinarny model opieki, w którym profesjonalne wsparcie estetyczne stanowi istotny element poprawy jakości życia. Terapie przeciwnowotworowe wiążą się z wysoką toksycznością narządową, która manifestuje się m.in. na skórze i jej przydatkach poprzez kserozę, zespół dłoniowo-podeszwowy czy łysienie indukowane chemioterapią [14]. W tym procesie zespół leczący, w tym pielęgniarka onkologiczna, identyfikuje ewentualne powikłania skórne u pacjenta w trakcie terapii i prowadzi ich leczenie w fazie ostrej. Po opanowaniu odczynów ostrych kluczową rolę może przejąć onkokosmetolog – czyli kosmetolog specjalizujący się w opiece dermatologicznej nad chorymi w trakcie i po leczeniu przeciwnowotworowym – którego działania koncentrują się na zaawansowanej rekonstrukcji bariery hydrolipidowej naskórka przy użyciu bezpiecznych, przebadanych klinicznie emolientów. Wspomaganie odbudowy bariery naskórkowej, uszkodzonej w wyniku cytostatycznego ograniczenia wydzielania sebum i wzrostu transepidermalnej utraty wody (TEWL), jest bardzo ważne dla przywrócenia komfortu fizycznego chorego. Celowane interwencje w gabinecie kosmetologa, obejmujące drenaż limfatyczny, fotoprotekcję czy bezpieczne procedury z użyciem kwasu hialuronowego, pozwalają na skuteczną korektę zmian w wyglądzie, które często stanowią główny determinant dystresu psychologicznego. Redukcja stygmatyzujących oznak choroby nie tylko wzmacnia samoocenę chorego onkologicznego i ułatwia powrót do ról społecznych, ale również pozytywnie wpływa na ogólne rokowanie poprzez stymulowanie dobrostanu psychicznego. Kosmetolog musi jednak uwzględnić szczególną wrażliwość pacjentów onkologicznych, co wymusza stosowanie rygorystycznych protokołów aseptycznych oraz stałe monitorowanie potencjalnych interakcji procedur pielęgnacyjnych z leczeniem systemowym.

Bardzo ważnym obszarem interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem onkologicznym pozostaje również profilak-

tyka łysienia indukowanego chemioterapią, które w subiektywnej ocenie chorych stanowi jeden z najbardziej stygmatyzujących i obciążających psychicznie skutków leczenia cytostatycznego. Nowoczesnym standardem wspierającym w tym zakresie jest systemowe chłodzenie skóry głowy, oparte na wywoływaniu miejscowej hipotermii. Mechanizm ten opiera się na skurczu miejscowych (powierzchnowych) naczyń krwionośnych, co ogranicza dopływ leku do mieszków włosowych oraz na spowolnieniu ich metabolizmu, czyniąc komórki mniej podatnymi na działanie leków cytotoksycznych. Skuteczna implementacja tej technologii wymaga jednak ścisłej współpracy działań lekarza onkologa, personelu pielęgniarskiego oraz trychologa. Podczas gdy lekarz kwalifikuje pacjenta do danej procedury onkologicznej, a pielęgniarka monitoruje tolerancję chłodzenia w trakcie infuzji, trycholog lub kosmetolog pełni istotną rolę w procesie edukacji osoby chorej przy doborze odpowiedniej pielęgnacji domowej. Wykazano, że sukces terapeutyczny w zachowaniu owłosienia u pacjentów onkologicznych jest ściśle skorelowany z precyzyjnym dopasowaniem czepka chłodzącego oraz rygorystycznym przestrzeganiem czasu chłodzenia przed i po podaniu leku. Należy podkreślić, że zabieg chłodzenia skóry głowy podczas chemioterapii nie tylko chroni strukturę włosa, ale pozwala także pacjentowi na zachowanie funkcjonowania psychospołecznego, co jest istotnym determinantem ogólnego dobrostanu w trakcie choroby [15].

Trzeba wyraźnie dodać, że bardzo ważną rolę w opiece nad pacjentem onkologicznym poddawanym chemioterapii o wysokim potencjale alopecyjnym, należy oprócz stosowania systemów chłodzenia skóry głowy podczas terapii, także stosowanie zalecanych miejscowo dermokosmetyków. Ich rola w procesie terapeutycznym wykracza poza proste działanie okluzyjne, ponieważ preparaty te realnie poprawiają integralność bariery naskórkowej oraz funkcje nawilżające skóry. Systematyczne stosowanie profesjonalnej pielęgnacji pozwala bowiem na skuteczne łagodzenie objawów towarzyszących chemioterapii cytotoksycznej, immunoterapii oraz radioterapii. Szczególne znaczenie ma fakt, że niekontrolowana toksyczność skórna, która może wystąpić jako powikłanie leczenia onkologicznego, często prowadzi do bolesnych stanów zapalnych, które wymuszają przerwanie lub – niekiedy – całkowite zaniechanie leczenia przeciwnowotworowego. Takie przerwy w terapii onkologicznej mogą skutkować mniejszymi rezultatami klinicznymi i obniżają szanse pacjenta na pełną remisję. Wdrożenie wystandaryzowanych protokołów pielęgnacyjnych już na etapie rozpoczynania leczenia onkologicznego pozwala zminimalizować te ryzyka i utrzymać ciągłość terapii ratującej życie [16].

Podologia w diabetologii i geriatrii

Starzenie się populacji oraz epidemia cukrzycy typu 2 wymuszają konieczność szerokich działań w profilaktyce zespołu stopy cukrzycowej. Choć opieka nad ranami w obszarze geriatrii była historycznie i jest nadal postrzegana przez większość personelu medycznego jako

wyłączna domena pielęgniarstwa, współczesne modele opieki wskazują na pozytywne efekty partnerskiej współpracy z podologią. Podolodzy diagnozują schorzenia biomechaniczne kończyn dolnych, usuwają modzele i hiperkeratozy, przeprowadzają zabiegi ortonyksyjne, projektują wkładki odciążające oraz wspomagają pielęgnację ran o różnej etiologii (podolog skupia się na prewencji bezkrwawej), podczas gdy pielęgniarki lub lekarze prowadzą nadzór medyczny (kontrola glikemii i aplikacja specjalistycznych opatrunków na otwarte rany) i koordynują realizację planu opieki. Należy zwrócić uwagę na liczne korzyści zarówno dla pacjenta, jak i personelu ze współpracy między personelem medycznym a podologiem (gdzie kompetencje podologiczne i pielęgniarstwo wzajemnie się uzupełniają), z drugiej jednak strony literatura wskazuje, że pełne wdrożenie modelu ścisłej współpracy napotyka na bariery strukturalne, takie jak sztywne hierarchie zawodowe, czy brak wspólnych modułów kształcenia na poziomie licencjackim [17,18]. Implementacja modelu pełnej interdyscyplinarnej współpracy wymaga także przełamania barier komunikacyjnych i lepszego zrozumienia zakresu odpowiedzialności poszczególnych specjalistów. Jak wskazuje literatura skoordynowane podejście do chorego oparte na dowodach naukowych (Evidence-Based Practice) istotnie obniża częstość występowania powikłań infekcyjnych oraz chroni chorego przed nieodwracalnymi skutkami patologii stóp. Należy jednak podkreślić, że skuteczność tych działań zależy od wczesnej identyfikacji grup ryzyka (obejmujących pacjentów z cukrzycą zagrożonych rozwojem zespołu stopy cukrzycowej, osoby w wieku podeszłym z involucyjnymi zmianami powłok skórnych oraz chorych z deformacjami biomechanicznymi i patologicznym rogowaceniem stóp) oraz płynnej wymiany informacji [19].

Zarządzanie przewlekłymi dermatozami zapalnymi na przykładzie łuszczycy

Pacjenci z przewlekłymi dermatozami w przypadku bardzo trudnego ich przebiegu leczą się u dermatologa, jednak bardzo wiele osób u których przebieg choroby dermatologicznej jest przewlekły, ale o stopniu lekkim lub umiarkowanym korzystają zwykle z pomocy lekarza rodzinnego lub pielęgniarki. Zauważa się jednak, że niekiedy kompetencje edukacyjne pielęgniarek pracujących w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, które pełnią z reguły ważną rolę edukacyjną dla pacjenta z przewlekłą dermatozą, nie są w pełni wystarczające. Na taki stan rzeczy wskazuje się za mało szkoleń z zakresu różnych aspektów opieki dermatologicznej sprawowanej przez pielęgniarki lub brak standaryzacji tych szkoleń [20,21]. Tymczasem uzupełnieniem opieki medycznej, w tym pielęgniarstwa w zakresie opieki nad pacjentem dermatologicznym z przewlekłą dermatozą jaką jest na przykład łuszczycą, jest profesjonalne edukacyjne wsparcie świadczone przez kosmetologa. Kosmetolog często pełni rolę obserwatora pierwszego kontaktu, identyfikując wczesne wykwity skórne i kierując klienta swojego gabinetu do dermatologa w celu weryfikacji podejrzenia

diagnozy dermatologicznej oraz rozpoczęcia właściwej terapii. Bardzo ważnym zadaniem kosmetologa w warunkach gabinetowych jest często edukacja w zakresie prawidłowej pielęgnacji domowej, obejmująca dobór wskazanych dla skóry łuszczycowej preparatów keratolitycznych z moczniakiem i/lub kwasem salicylowym oraz intensywne natłuszczanie i nawilżanie skóry emolientami. Kosmetolog często także może uczyć techniki prawidłowej aplikacji preparatów miejscowych, co w rezultacie istotnie wpływa na skuteczność leczenia farmakologicznego i pozwala na znaczącą redukcję objawów świądu czy pieczenia. Ponieważ łuszczycą statystycznie koreluje z występowaniem zespołu metabolicznego, nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy, rola edukacyjna kosmetologa obejmuje również promowanie prozdrowotnego stylu życia. Należy jednak zaznaczyć, że pełna efektywność tej współpracy jest wciąż ograniczona przez brak sformalizowanych protokołów komunikacji między gabinetami kosmetologicznymi a placówkami ochrony zdrowia [22].

Zjawisko dwukierunkowego przepływu pacjentów/klientów między sektorem medycznym a kosmetologicznym Codzienna zawodowa praktyka ujawnia istnienie stałego, choć niesformalizowanego przepływu podopiecznych (pacjentów w rozumieniu branży medycznej / klientów w rozumieniu branży beauty) pomiędzy publicznym (lub też prywatnym) systemem ochrony zdrowia a gabinetami kosmetologicznymi, trychologicznymi i podologicznymi. W polskich realiach ścieżka ta nie została dotychczas legislacyjnie usankcjonowana ani opisana w oficjalnych wytycznych klinicznych, przez co funkcjonuje wyłącznie w sferze – można powiedzieć – faktów dokonanych i powszechnej świadomości praktyków. Autorzy prezentowanej pracy dostrzegają te kluczowe obszary współdziałania, przy czym w pierwszej kolejności naświetlają częstsze w praktyce kierowanie klientów gabinetów kosmetologicznych (lub trychologicznych, czy podologicznych) do specjalistów medycznych, a następnie (to rzadsze, ale w praktyce istnieje) kierowanie przez personel medyczny (w tym głównie przez pielęgniarki) do specjalistów takich jak podolog (najczęściej), kosmetolog lub trycholog.

Pierwszy, dominujący w realiach rynkowych wektor stanowi mechanizm kierowania klientów gabinetów branży beauty do różnych specjalistów medycznych. Dzieje się to najczęściej wówczas, gdy specjalista kosmetolog, trycholog lub podolog zauważy u swojego klienta niepokojące objawy zdrowotne, które wymagają pilnej lub też koniecznej obserwacji medycznej, a następnie postawienia diagnozy i podjęcia leczenia. Coraz częściej kosmetolodzy i trycholodzy realizują zadania z zakresu wczesnego screeningu onkologicznego, tj. obserwują i identyfikują zmiany skórne, aby w przypadku podejrzenia ich złośliwego charakteru skierować klienta do dermatologa, onkologa lub chirurga. W podologii rozpoznanie miejscowych cech zaawansowanej infekcji bakteryjnej lub grzybiczej skutkuje odesłaniem klienta do dermatologa lub do gabinetu zabiegowego, gdzie pielęgniarka lub diagnosta laboratoryjny pobiera materiał

biologiczny do diagnostyki mikrobiologicznej. Brak reakcji na standardowe protokoły estetyczne w trychologii w przebiegu łysienia lub trądziku dorosłych u kosmetyologa jest sygnałem do referencji medycznej w celu wykluczenia niedoborów żelaza, dysfunkcji tarczycy czy innych niekiedy bardzo złożonych przyczyn chorobowych. Dodatkowo kosmetyolodzy czy podolodzy obserwują niekiedy zmiany troficzne kończyn dolnych i kierują klienta do chirurga naczyniowego, zaś podolodzy wykrywający onycholizę lub objaw naparstkowania w obrębie paznokci palców stóp kierują klienta do dermatologa, co umożliwia niekiedy rozpoznanie różnych przewlekłych dermatoz. Ta forma prewencji optymalizuje rokowania niektórych chorych, aczkolwiek opiera się wciąż w głównej mierze na subiektywnej czułości personelu gabinetów nielekarskich.

Drugi wektor relacji opiera się na decyzjach personelu medycznego, który inicjuje niekiedy proces referencyjny w celu rozszerzenia opieki standardowej o specjalistyczne procedury pomocnicze. W diabetologii i geriatrii pielęgniarki identyfikują zagrożenia wynikające z neuropatii obwodowej oraz patologicznego rogowacenia skóry, kierując chorych do podologów; działanie to poprawia parametry stabilności chodu i zmniejsza ryzyko owrzodzeń. Z kolei położne aktywnie wspierając kobiety w okresie porodu, wskazują niekiedy na celowość konsultacji trychologicznych przy poporodowym łysieniu telogenowym. W onkologii współpraca z onkokosmetyologami pozwala na redukcję skórnych objawów toksyczności systemowej, takich jak zespół dłoniowo-podeszwy, skrajna kseroza czy osutki grudkowo-krostkowe. Powikłania te, będące bezpośrednim skutkiem niektórych chemioterapii i terapii celowanych, w fazie zaawansowanej wywołują niekiedy bolesne rozpadliny naskórka i zwiększają ryzyko infekcji wtórnych, co zmusza onkologów do zmniejszenia dawek cytostatyków lub całkowitego zawieszenia protokołu leczniczego. Wdrożenie specjalistycznej, gabinetowej pielęgnacji kosmetyologicznej może skutecznie minimalizować te uciążliwe objawy.

Podsumowanie i wnioski

Synergia działań między autonomicznymi zawodami medycznymi, tj. pielęgniarstwem i położnictwem, a dyscyplinami komplementarnymi, takimi jak kosmetyologia, trychologia i podologia, stanowi merytorycznie uzasadniony oraz wysoce wskazany wymóg współczesnej opieki nad pacjentem. Wielokierunkowa kooperacja w obszarze zarządzania dobrostanem skóry i jej przydatków przynosi wymierne korzyści wszystkim uczestnikom tego procesu: optymalizuje czas pracy personelu, podnosi jakość życia podopiecznych oraz realnie zwiększa bezpieczeństwo terapeutyczne. Należy jednak uwzględnić, że pełne wdrożenie tego zintegrowanego modelu na szeroką skalę napotyka wciąż na istotne bariery strukturalne oraz tendencje do ochrony własnych obszarów kompetencyjnych przez poszczególne grupy zawodowe, zwłaszcza przez personel branży medycznej.

Należy zauważyć, że w przypadku pielęgniarek i położnych krajowe standardy kształcenia przeddyplomowego dla tych kierunków kształcenia nie przewidują przedmiotu „Dermatologia” lub „Choroby skóry” jako samodzielnej, obligatoryjnej dyscypliny wykładanej w odrębnym bloku, co skutkuje znacznym rozproszeniem wiedzy o patofizjologii różnych schorzeń skóry w programach ramowych. Treści te są bowiem lokowane częściowo w innych modułach klinicznych, m.in. w pediatrii (np. w odniesieniu do atopowego zapalenia skóry i osutek zakaźnych), chirurgii (w zakresie ran przewlekłych i oparzeń) oraz chorobach wewnętrznych (obejmujących skórne manifestacje chorób układowych tkanki łącznej). Jeśli taki przedmiot nauczania dla pielęgniarek i położnych, jak wiedza o chorobach skóry na danej uczelni jest wykładany (w praktyce zaledwie na kilku wyższych uczelniach w Polsce), to z reguły na studiach magisterskich, nierzadko w ramach zajęć fakultatywnych. Również w strukturach szkolenia podyplomowego zaawansowane treści dermatologiczne są z reguły jedynie ściśle powiązane z celami konkretnych specjalizacji zawodowych (np. onkologicznej, chirurgicznej, pediatricznej, czy geriatrycznej), koncentrując się w kontekście wybranych schorzeń skóry na realizacji procedur opiekuńczo-leczniczych z nimi związanych. W konsekwencji wiedza personelu pielęgniarstwa i położnictwa w zakresie większości dermatoz jest ukierunkowana głównie proceduralnie i pielęgnacyjnie. Trzeba jednak pamiętać, że dostępność dedykowanych modułów dermatologicznych zależy obecnie wyłącznie od autonomicznej i wewnętrznej polityki programowej danych uczelni, co generuje istotne różnice w poziomie przygotowania absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa w tym temacie w skali kraju.

Wobec tak zorientowanego profilu edukacyjnego, warunkującego niejednorodny poziom przygotowania merytorycznego wśród pielęgniarek i położnych w kraju w zakresie chorób skóry, systemowe i partnerskie współdziałanie z intensywnie profesjonalizującym się sektorem kosmetyologii, trychologii oraz podologii wydaje się rekomendowane i celowe w procesie radzenia sobie ze złożonymi problemami skórnymi różnych pacjentów. Specjaliści z branży kosmetyologicznej dysponują obecnie zaawansowaną, ukierunkowaną wiedzą z zakresu nefarmakologicznego postępowania z różnymi defektami skóry i jej przydatków, co może stanowić niezbędne dopełnienie procedur leczniczych i pielęgnacyjnych podejmowanych przez pielęgniarki i położne.

Bibliografia

1. Patel H, Perry S, Badu E, et al. A scoping review of interprofessional education in healthcare: evaluating competency development, educational outcomes and challenges. *BMC Med Educ.* 2025;25(1):409. doi: 10.1186/s12909-025-06969-3.
2. Bendowska A, Baum E. the significance of cooperation in interdisciplinary health care teams as perceived by Polish medical students. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(2):954. doi: 10.3390/ijerph20020954.

3. Singhal K. Nursing and midwifery: Collaborative roles in healthcare professionals. *International Research Journal of Nursing and Midwifery* 2023;12(3):1-4. DOI: 10.14303/2315-568X.2022.50.
4. Kania T. Rosnąca popularność zabiegów estetycznych, a destabilizacja na rynku pracy pielęgniarek. *Management and Quality – Zarządzanie i Jakość*. 2025; 7(2): 172-194.
5. Harpula K, Bartosiewicz A, Krukowski J. Polish nurses' opinions on the expansion of their competences-cross-sectional study. *Nurs Rep*. 2021;11(2):301-310. doi: 10.3390/nursrep11020029.
6. Maier CB, Barnes H, Aiken LH, et al. Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011901. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011901.
7. Michalak M. The role of a cosmetologist in the area of health promotion and health education: A systematic review. *Health Promot Perspect*. 2020;10(4):338-348. doi: 10.34172/hpp.2020.52.
8. Kolankowska-Trzcińska M, Promowanie zdrowia i profilaktyka prozdrowotna w gabinecie kosmetycznym w biopsychospołecznym nurcie psychokosmetyologii [w:] *Holistyczne podejście do człowieka w kosmetyologii*, Szmań-Kupny E. (red.), Dąbrowa Górnicza, Wyd. Naukowe Akademii WSB, 2025: 7-17. https://wsb.edu.pl/files//news/13396/ost_holistyczne_podejscie_do_czlowieka_w_kosmetologii.pdf (dostęp: 2026.05.09).
9. Wyrębek A, Klimanek J, Misztal A, et al. Knowledge of women in Poland on the profession and competencies of a midwife. *Eur J Midwifery*. 2024 Mar 18;8. doi: 10.18332/ejm/183910.
10. Wasielewska E, Kordel P, Moskalewicz M. Education and career advancement opportunities in Polish and English nursing. *Nursing Reports*. 2024; 14(3):1722-1734. doi: 10.3390/nursrep14030128.
11. Ashley E, Parmar A, Watson L. Motivations for pursuing the Level 7 Diploma in Aesthetic Medicine: insights from a United Kingdom cohort. *J Cosmet Med* 2025;9(2):91-98. <https://doi.org/10.25056/JCM.2025.9.2.91>.
12. Di-Scala N. Nurses leaving the NHS for aesthetics: Why it is happening and ways to prepare. *Journal of Aesthetic Nursing*, Dec 2017/Jan 2018; 6(10): 558-560. <https://scispace.com/pdf/nurses-leaving-the-nhs-for-aesthetics-why-it-is-happening-17lxf6y87w.pdf> (dostęp: 2026.05.12).
13. Jones JK, Bennett S, Erlandsson M, et al. Aesthetic medicine nurses and qualified nonmedical practitioners: Our role and requirements as aesthetic medicine adapts to worldwide changes and needs. *Plast Surg Nurs*. 2018;38(4):153-157. doi: 10.1097/PSN.0000000000000241.
14. Proietti I, Skroza N, Mambrin A, et al. Aesthetic treatments in cancer patients. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021;14:1831-1837. doi: 10.2147/CCID.S342734.
15. Peterson LL, Lustberg M, Tolaney SM, et al. Integration of physician and nursing professional efforts to deliver supportive scalp cooling care to oncology patients at risk for alopecia. *Oncol Ther*. 2020;8(2):325-332. doi: 10.1007/s40487-020-00120-6.
16. Dreno B, Khosrotehrani K, De Barros Silva G, et al. The role of dermocosmetics in the management of cancer-related skin toxicities: international expert consensus. *Support Care Cancer*. 2023;31(12):672. doi: 10.1007/s00520-023-08116-4.
17. Ousey K, McIntosh C. Interprofessional education in lower extremity wound care. *Wounds UK*, 2010; 6(2): 21-30.
18. Olszańska M. Rola podologa w pielęgnacji stopy cukrzycowej. *Kosmetologia Estetyczna* 2014; 1: 61-63.
19. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, et al.; IWGDF Editorial Board. IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3651. <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf> (dostęp: 2026.05.12).
20. Courtenay M, Carey N. Nurse-led care in dermatology: a review of the literature. *Br J Dermatol*. 2006;154(1):1-6. doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06979.x.
21. Courtenay M, Carey N. A review of the impact and effectiveness of nurse-led care in dermatology. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):122-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01702.x.
22. Kapała W, Piotrowska A, Makowska S. The role of a cosmetologist in the education of people with psoriasis. *Aesth Cosmetol Med*. 2026;15(2):69-74. <https://doi.org/10.52336/acm.2026.010>.

Data przyjęcia: 25.03.2026

Data recenzji: 30.04.2026

Data wydania: 26.06.2026

Motywy podejmowania kształcenia na kierunku pielęgniarstwo a zjawisko przebranżowienia na rynku pracy

Motivations for pursuing nursing education and the phenomenon of career change on the labor market

Wojciech Kapała

 <https://orcid.org/0009-0004-6564-6811>

Wyższa Szkoła Zdrowia, Urody i Edukacji, Poznań

Magdalena Sobalik

 <https://orcid.org/0009-0003-4112-8203>

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Poznań

Poznańska Akademia Medyczna im. Księcia Mieszka I, Poznań

Streszczenie

Współczesne systemy ochrony zdrowia zmagają się z kryzysem demograficznym, w którym postępujący proces starzenia się społeczeństw oraz wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe generują bezprecedensowe zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę medyczną przy jednoczesnym, pogłębiającym się deficycie kadrowym. Tradycyjny etos powołania i bezinteresownego altruizmu coraz częściej współistnieje z motywami pragmatycznymi, takimi jak gwarancja stabilności zatrudnienia oraz odporność zawodu na wahania koniunktury gospodarczej. Ważnym obecnie zjawiskiem staje się reorientacja zawodowa osób dojrzałych, które poprzez świadomy wybór nowej ścieżki kariery wnoszą do profesji pielęgniarstwa unikalny kapitał doświadczenia życiowego, dojrzałość emocjonalną oraz zaawansowane kompetencje komunikacyjne.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, motywacje zawodowe, przebranżowienie, rynek pracy, kształcenie medyczne.

Abstract

Contemporary healthcare systems are contending with a demographic crisis, in which the progressive aging of populations and the increased morbidity from chronic conditions generate an unprecedented demand for professional medical care alongside a deepening personnel deficit. The traditional ethos of vocation and selfless altruism increasingly coexists with pragmatic motivations, such as the guarantee of employment stability and the profession's resilience to economic fluctuations. A currently significant phenomenon is the career reorientation of mature individuals who, through a conscious selection

of a new professional trajectory, contribute unique life experience capital, emotional maturity, and advanced communication competencies to the nursing profession. Keywords: nursing, career motivations, career change, labor market, medical education.

Wprowadzenie

Współczesne systemy opieki zdrowotnej na całym świecie stoją przed różnymi poważnymi wyzwaniami, z których jednym z najistotniejszych jest postępujący proces starzenia się społeczeństwa, co jest bardzo widoczne przede wszystkim w krajach zachodnich. Ponadto, że dodatkowym czynnikiem zwiększającym zapotrzebowanie na opiekę medyczną w ogóle, w tym także na opiekę pielęgniarską stanowi wzrost zachorowalności na różne choroby przewlekłe (cukrzyca, niewydolność układu krążenia, układu oddechowego, nowotwory, inne) [1]. W ostatnich latach bardzo dużo i w coraz szerszych kręgach (już nie tylko zawodowych, ale także na poziomie polityki społecznej poszczególnych krajów) podkreśla się, czy wręcz alarmuje, że ostatni globalny kryzys zdrowotny, jakim była pandemia COVID-19 uwypukliła kluczową rolę pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy jako największa grupa zawodowa w sektorze zdrowia stanowią fundament jego funkcjonowania; w 2020 r. na świecie było 27,9 mln pielęgniarek, co stanowiło 59% pracowników służby zdrowia (WHO, 2020). Mimo to, globalny niedobór personelu pielęgniarskiego, szacowany przed pandemią na 5,9 miliona nadal trwa i – o zgrozo – co roku się powiększa. Skutki niedoboru pielęgniarek na rynku pracy w wielu krajach są odczuwalne na wielu płaszczyznach, prowadząc do zwiększonego obciążenia pracą i tym

samym większej urazowości, wypalenia zawodowego personelu oraz potencjalnego obniżenia jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentami. Zgodnie z prognozami, aby zmniejszyć deficyt w kadrze pielęgniarskiej do 2030 roku, liczba absolwentów szkół pielęgniarskich musiałaby wzrastać średnio o 8% rocznie. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) ostrzega tymczasem, że w perspektywie najbliższych lat niedobór pielęgniarek może niestety nadal powiększać się aż do alarmującej liczby 13 milionów. Jako przyczyny takiego stanu rzeczy podaje się kilka powodów, tj. prognozowane przejście na emeryturę 4,7 miliona pielęgniarek w ciągu dekady, trudne warunki pracy (głównie przeciążenie pracą spowodowane niedoborami kadrowymi), w części krajów niskie pensje personelu pielęgniarskiego, a także – wnioski sprzed kilku lat – masowa traumatyzacja personelu spowodowana pandemią (wypalenie zawodowe oraz obawa i lęk towarzyszące pracy z pacjentem z objawami infekcji, głównie na oddziałach zakaźnych) [2]. Dodatkowym problemem (jako przyczyna niedoboru kadry pielęgniarskiej) jest (na razie mało zauważalny w Polsce) także znaczny, w niektórych krajach, wskaźnik rezygnacji studentów z kształcenia w zawodzie pielęgniarskim, który waha się od 9% w Finlandii, 24,5% w Australii, do 28% w Anglii, a w niektórych programach nauki w Stanach Zjednoczonych sięga nawet 50% [3]. Jak podkreślają różne źródła wysokie wskaźniki rezygnacji z nauki na kierunku pielęgniarskim stanowią ogromne marnotrawstwo zasobów finansowych. W związku z tym, zarówno Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), jak i różne grona eksperckie podkreślają konieczność identyfikacji i dogłębnego zrozumienia motywów, jakimi kierują się kandydaci na studia pielęgniarskie. Zaczyna się argumentować, że jest to ważny warunek do opracowania skutecznych strategii rekrutacyjnych na uczelni oraz poprawy retencji studentów (zatrzymywania studentów na uczelni, niedopuszczanie do rezygnacji z nauki na kierunku pielęgniarskim) i przyszłych pracowników w systemie ochrony zdrowia [2].

Wizerunek zawodu pielęgniarskiego jako ważny czynnik wyboru zawodu

Analiza literatury przedmiotu oraz osobiste obserwacje i doświadczenia w pracy ze studentami pielęgniarstwa pozwala na wyodrębnienie złożonego i wielowymiarowego obrazu motywacji, które skłaniają kandydatów do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo. Motywacje te mają charakter najczęściej mieszany, gdzie różne czynniki prospołeczne i altruistyczne często współistnieją lub przeważają nad motywacją o charakterze egocentrycznym [4]. Poznanie i zrozumienie motywacji do podjęcia nauki na kierunku pielęgniarskim jest ważne, gdyż pierwotne powody wyboru zawodu pielęgniarskiego mogą w znaczący sposób wpływać na późniejszą satysfakcję z pracy, zaangażowanie w opiekę nad pacjentem oraz decyzję o pozostaniu w profesji [5]. Negatywny wizerunek pielęgniarstwa, nierzadko utrwalany w mediach poprzez przestarzałe stereotypy (ściśła podległość służbowa lekarzowi, brak samodzielności w zawodzie, inne), może

dodatkowo komplikować proces rekrutacji i zniechęcać potencjalnych kandydatów na ten kierunek kształcenia. Nierzadko (zwłaszcza starsze datą) seriale telewizyjne często przedstawiają lekarzy jako bohaterów, którzy leczą, podczas gdy praca pielęgniarek jest niedoceniana i sprowadzana do roli podrzędnej, stricte opiekuńczej, co prowadzi do dezinformacji na temat ich faktycznych aktualnie szerokich kompetencji i autonomii zawodowej. Uczniowie szkół średnich o wysokich wynikach w nauce nierzadko uważają pracę pielęgniarki za bardziej rutynową niż pracę lekarza, co zniechęca ich do wyboru tej kariery. Te stereotypy dotyczące zawodu pielęgniarskiego są niekiedy często powtarzane przez osoby z ograniczoną wiedzą na temat pełnego zakresu kompetencji współczesnej pielęgniarki, nawet wśród osób rozpoczynających studia. Ta fałszywa narracja, niekiedy pokazywana jeszcze w mediach (filmy i seriale sprzed wielu lat) tworzy znaczącą rozbieżność między publicznym postrzeganiem zawodu pielęgniarskiego a rzeczywistością, co może negatywnie wpływać na motywację osób aplikujących na ten kierunek. Dlatego ważne jest promowanie przez całe środowisko pielęgniarskie swojego zawodu, informowanie i pokazywanie swoich szerokich kompetencji, możliwości i profesjonalizmu w poszczególnych dziedzinach i obszarach pielęgniarstwa, a także ukazywanie kształcenia akademickiego na kierunku pielęgniarskim jako ciekawej i ważnej w życiu możliwości rozwoju i kariery zawodowej [6,7].

Różne powody wyboru edukacji na kierunku pielęgniarskim

Motywacja altruistyczna i chęć niesienia pomocy
Najczęściej deklarowanym i najsilniejszym motywem wyboru pielęgniarstwa w wielu badaniach jest wewnętrzne (immanentne) pragnienie pomagania innym i opieki nad osobami potrzebującymi [8, 9]. Jest to uniwersalny czynnik, potwierdzany w badaniach prowadzonych w różnych kulturach i systemach edukacyjnych pielęgniarek, np. w Hiszpanii, Irlandii i Polsce [10-12]. Ta prospołeczna postawa, określana jest niekiedy również mianem powołania [13] i jest uważana za fundament etosu zawodowego pielęgniarki. W literaturze wyróżnia się jej dwa wymiary, tj. 1. motywację egocentryczną, czyli bezinteresowne dążenie do poprawy sytuacji drugiego człowieka oraz 2. endocentryczną, gdzie pomoc innym służy także budowaniu i/lub kształtowaniu pozytywnego obrazu własnej osoby [4]. Nierozerwalnie z motywacją altruistyczną związana jest także empatia, definiowana jako umiejętność postawienia się w sytuacji drugiej osoby (umiejętność odczuwania emocji i trosk drugiego człowieka) przy jednoczesnym zachowaniu własnej tożsamości [14]. Ta silna motywacja wewnętrzna może być jednak bronią obosieczną – z jednej strony bardzo silnie napędza do działania, z drugiej zaś może czynić pielęgniarki bardziej podatnymi na frustrację i wypalenie zawodowe, gdy realia środowiska pracy uniemożliwiają im niekiedy świadczenie opieki zgodnej z ich wartościami i oczekiwaniami [5]. Nie mniej jednak umiejętność empatycznego reagowania na problemy

emocjonalne pacjenta jest uznawana za bardzo ważną kompetencję zawodową, wpływającą pozytywnie na cały proces terapeutyczny [14].

Motywy pragmatyczne – stabilność zatrudnienia i warunki finansowe

Drugą istotną grupą motywów wyboru zawodu pielęgniarskiego (trend silnie zauważany w Polsce od kilku lat) są względy o charakterze pragmatycznym. Perspektywa łatwego znalezienia pracy po ukończeniu studiów pielęgniarskim jest jednym z najczęściej wymienianych powodów podjęcia nauki na kierunku pielęgniarskim, co potwierdzają różne badania naukowe [15,16]. Przykładowo, badanie przeprowadzone wśród polskich studentów pielęgniarstwa wykazało, że przy wyborze kierunku kształcenia brali oni pod uwagę, że po zakończeniu studiów będą mieć dużą możliwość znalezienia pracy w kraju (54,8% badanych) oraz za granicą (45,2% respondentów) [17]. Pielęgniarstwo w Polsce i na całym świecie jest obecnie postrzegane jako zawód pewny, stabilny i bardzo odporny na wahania koniunktury gospodarczej, co daje poczucie bezpieczeństwa zawodowego [18,19]. Co więcej, zawód ten oferuje obecnie różnorodne ścieżki rozwoju zawodowego, nie tylko w praktyce klinicznej, ale także w zarządzaniu, nauczaniu czy badaniach naukowych, co dodatkowo podnosi jego atrakcyjność z pragmatycznego punktu widzenia, co również zauważają i podkreślają studenci pielęgniarstwa [9]. Kwestia wynagrodzenia za pracę w pielęgniarstwie jest bardzo złożona. Z jednej strony niskie zarobki, w połączeniu z dużą odpowiedzialnością, stanowią jedną z głównych barier zniechęcających młodzież do wyboru tej ścieżki kariery [20]. Z drugiej jednak strony, motywacja finansowa jest (obok poczucia pewności pracy) coraz częściej deklarowana przez niektórych studentów pielęgniarstwa, zwłaszcza dla tych, których pielęgniarstwo nie jest pierwszym wyborem zawodu [11]. Wartym podkreślenia jest fakt, że (jak dowodzą niektóre badania) niskie dochody w pielęgniarstwie są najczęstszym powodem odchodzenia mężczyzn z tego zawodu [13].

Inne czynniki wpływające na decyzję

Na decyzję o wyborze studiów pielęgniarskich wpływają również inne czynniki. Jak dowodzą różne badania naukowe z tego obszaru chęć podjęcia studiów na kierunku pielęgniarskim mają także osoby, które ogólnie interesują się naukami medycznymi, a także te osoby, które wcześniej miały różne osobiste doświadczenia z systemem opieki zdrowotnej, niekiedy w roli pacjenta albo osoby odwiedzającej chorego lub pomagającej bliskiej osobie w chorobie w domu [13]. Jak pokazuje praktyka niekiedy pozytywny kontakt z profesjonalnym i empatycznym personelem pielęgniarskim może stać się bardzo silną inspiracją dla adepta zawodu pielęgniarskiego [6]; i odwrotnie – kontakt z personelem pielęgniarskim, który będzie zachowywał się nieprofesjonalnie w różnych sytuacjach może skutecznie ostudzić chęć młodego człowieka do rozwoju w tym kierunku. Należy dodać, że wbrew powszechnym przekonaniom, tradycje rodzinne

nie wydają się być decydującym i częstym czynnikiem wyboru kształcenia na kierunku pielęgniarskim. Oczywiście wśród studentów pielęgniarstwa spotyka się kobiety i mężczyzn, u których w rodzinie rodzic/rodzice lub inna osoba wykonuje ten zawód, jednak, jak pokazuje na przykład jedno z polskich badań eksplorujących to zagadnienie, aż 60,1% studentów pielęgniarstwa zadeklarowało, że rodzinne tradycje zawodowe nie miały żadnego wpływu na ich decyzję [21].

Nowy trend w rekrutacji na kierunku pielęgniarskim – zmiana ścieżki zawodowej (reorientacja zawodowa)

W ostatnich latach obserwuje się nowy, obiecujący trend w rekrutacji na studia pielęgniarskie. Coraz częściej studentami pielęgniarstwa zostają osoby dojrzałe, posiadające już dyplom ukończenia innego kierunku studiów czy szkoły średniej dającej zawód oraz doświadczenie zawodowe, które poszukują zmiany w swojej karierze zawodowej. Zjawisko to jest szczególnie widoczne w krajach anglosaskich, takich jak Australia, gdzie dla tej grupy kandydatów tworzone są specjalne, przyspieszone programy nauki [6]. Osoby te, posiadając już swój bagaż doświadczeń zawodowych, stanowią cenne źródło rekrutacji, wnosząc do zawodu pielęgniarskiego nie tylko silną motywację, ale także niekiedy cenne doświadczenie życiowe i różne umiejętności nabyte w poprzednich miejscach pracy [8]. Zauważa się, że ich dojrzałość i wcześniejsze bardzo różne doświadczenia zawodowe mogą przekładać się na większą odporność psychiczną i odmienne, szersze spojrzenie na potrzeby pacjenta i system opieki zdrowotnej. Ta „nowa” ścieżka kariery pomału staje się kluczowa dla budowania bardziej zróżnicowanej wiekowo i zawodowo kadry pielęgniarskiej. Powody wyboru kształcenia na kierunku pielęgniarstwo przez osoby posiadające już jakiś inny zawód są różne, wymienia się wśród nich przede wszystkim pewność pracy po ukończeniu nauki i/lub wyższe niż obecnie posiadane wynagrodzenie. Nie mniej jednak, badanie przeprowadzone w Australii na grupie 286 studentów rozpoczynających naukę w ramach takiej ścieżki nauczania wykazało także, że jednym z głównych powodów zainteresowania pielęgniarstwem był w ich przypadku również wcześniejszy, pozytywny kontakt z pielęgniarkami i pracownikami opieki zdrowotnej jako pacjenci lub członkowie rodzin pacjentów [6].

Wobec powyższego, argumentuje się, że uczelnie kształcące studentów pielęgniarstwa powinny gwarantować dla nich systemy wsparcia, żeby motywować ich do ukończenia studiów (odżegnywać od zamiaru porzucenia studiów) i podejmowania pracy w zawodzie oraz niekiedy dostosowywać swoje programy nauczania, aby odpowiadały na specyficzne potrzeby tej niestandardowej grupy studentów (osoby przekwalifikujące się), uwzględniając ich zobowiązania rodzinne i finansowe, które często różnią się od tych, jakie mają tradycyjni absolwenci szkół średnich [8].

Podsumowanie

Motywy podejmowania nauki na kierunku pielęgniarstwo są złożone i wielowymiarowe, obejmując zarówno pobudki altruistyczne, ale i niekiedy czysto pragmatyczne. Niezmiennie od wielu lat głównym czynnikiem motywującym dla wielu kandydatów na studia pielęgniarские pozostaje chęć niesienia pomocy innym. Równie istotną rolę odgrywają jednak czynniki praktyczne, takie jak gwarancja stabilnego zatrudnienia, tj. pewność pracy. Trzeba jednak podkreślić, że od ponad dekady (zwłaszcza w krajach zachodnich, a w Polsce od kilku lat) obserwuje się również nowy, istotny trend w rekrutacji – polega on na podejmowaniu kształcenia, a następnie pracy w zawodzie pielęgniarским przez osoby dojrzałe, które wcześniej ukończyły już inne studia i zdobyły kwalifikacje w zupełnie innych dziedzinach. Osoby te, stanowią cenne źródło zasilania kadr medycznych, a ponadto – jak pokazuje praktyka – wnoszą oni do profesji pielęgniarskiej nową perspektywę, co stanowi jednocześnie wyzwanie, ale i szansę dla współczesnej edukacji pielęgniarskiej i samego pielęgniarstwa.

Bibliografia

1. Ferri P, Laffi P, Rovesti S, et al. Motivational factors for choosing the degree course in nursing: a focus group study with nursing students. *Acta Biomed for Health Professions* 2016; 87(Suppl. 2): 19-27.
2. Teresa-Morales C, Rodríguez-Pérez M, Ramos-Pichardo JD. Reasons for choosing and completing nursing studies among incoming and outgoing students: A qualitative study. *Nurse Education Today* 2023; 125: 105794; <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105794>.
3. Kukkonen P, Suhonen R, Salminen L. Discontinued students in nursing education - Who and why? *Nurse Education in Practice* 2016; 17: 67e73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.12.007>.
4. Dziubak M, Motyka M. Motywy wyboru zawodu pielęgniarki i ich uwarunkowania — badania studentów kierunku pielęgniarского Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21(3): 281-289.
5. Eley R, Eley D, RogersClark C. Reasons for entering and leaving nursing: an Australian regional study. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2009; 28(1): 6-13.
6. McKenna L, Brooks I, Vanderheide R. Graduate entry nurses' initial perspectives on nursing: Content analysis of open-ended survey questions. *Nurse Education Today* 2017; 49: 22-26.
7. Neilson GR, Lauder W. What do high academic achieving school pupils really think about a career in nursing: Analysis of the narrative from paradigmatic case interviews. *Nurse Education Today* 2008; 28: 680-690.
8. Wilkes L, Cowin L, Johnson M, et al. The reasons students choose to undertake a nursing degree. *Collegian* 2015; 22: 259-265. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2014.01.003>.
9. Jirwe M, Rudman A. Why choose a career in nursing? *Journal of Advanced Nursing* 2012; 1-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05991.x.
10. Smoleń M, Kędra EM. Motywy wyboru kształcenia na kierunku pielęgniarstwo w opinii studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. *Pielęgniarstwo Polskie* 2018; 2(68): 141-151.
11. Lemiecha A, Leńczuk-Gruba A. Nursing – why? Students' motives for choosing nursing as a field of education. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2020; 19, 1(70): 22-28. DOI: 10.2478/pielxxiw-2020-0007.
12. Mooney M, Glacken M, O'Brien F. Choosing nursing as a career: A qualitative study. *Nurse Education Today* 2008; 28: 385-392.
13. Kluczyńska U. Motives for choosing and resigning from nursing by men and the definition of masculinity: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2017; 73(6): 1366-1376.
14. Rachubińska K, Stanisławska M, Wieder-Huszla S, et al. Motywy oraz satysfakcja z wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo jako determinanty poziomu empatii u studentów pielęgniarstwa. *Piel Zdr Publ* 2017; 7(3): 207-212.
15. Elibol E, Kader A, Harmanci S. Reasons nursing students choose the nursing profession and their nursing image perceptions: A survey study. *Nurs Pract Today* 2017; 4(2): 67-78.
16. Unlu S, Ozgur G, Gumus A. School of nursing students' views and expectations related to nursing profession and education. *Journal of Ege University School of Nursing* 2008; 24: 43-56.
17. Aleksiejczuk A. Motywy wyboru kierunku studiów medycznych w województwie podlaskim. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015; 21(4): 428-434.
18. Yang C, Gau ML, Shiao SJ, et al. Professional career development for male nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48(6): 642-650.
19. Kropiwnicka E, Orzechowska A, Cholewska M, et al. Determinanty wyboru zawodu, poziom aspiracji oraz plany na przyszłość studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(1): 70-80.
20. Mędrzycka-Dąbrowska W, Bąkowska G, Kwiecień-Jaguś K, et al. Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu: doniesienia wstępne, *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20(2): 192-200.
21. Dembicka B, Żdanuk I. Determinanty wyboru uczelni i kierunku studiów w ocenie studentów i absolwentów polskich szkół wyższych. *Akademia Zarządzania* 2023; 7(3): 377-396. DOI: 10.24427/az-2023-0050.

Data przyjęcia: 06.03.2026

Data recenzji: 15.04.2026

Data wydania: 26.06.2026

Wpływ wybranych czynników socjo-demograficznych i klinicznych na jakość życia pacjentów z rakiem płuc

The impact of selected sociodemographic and clinical factors on the quality of life of patients with lung cancer

Magdalena Michałczak
Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

Sylwia Krzemińska
 <https://orcid.org/0000-0001-7695-0967>
Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

Streszczenie

Wstęp: Rak płuca jest jednym z najczęstszych nowotworów i główną przyczyną zgonów onkologicznych. Choroba oraz jej leczenie znacząco wpływają na jakość życia pacjentów w wymiarze fizycznym i psychicznym.

Cel pracy: Analiza jakości życia pacjentów z rakiem płuca oraz ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych na jej poziom.

Materiał i metody: Badaniem objęto 240 pacjentów z rozpoznanym rakiem płuca. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza oraz standaryzowanego narzędzia SF36. Do analizy statystycznej wykorzystano testy nieparametryczne oraz model regresji liniowej.

Wyniki: Jakość życia badanych pacjentów była niska we wszystkich analizowanych domenach. Niższe wartości odnotowano w zakresie zdrowia fizycznego niż psychicznego. Wiek i wykształcenie istotnie różnicowały jakość życia — osoby młodsze oraz lepiej wykształcone uzyskiwały wyższe wyniki. Spośród metod leczenia istotny pozytywny wpływ wykazano dla leczenia celowanego, natomiast leczenie objawowe wiązało się z niższą jakością życia. Płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz aktywność zawodowa nie wpływały istotnie na wyniki. Wnioski: Jakość życia pacjentów z rakiem płuca jest obniżona, szczególnie w zakresie funkcjonowania fizycznego. Istotną rolę w jej kształtowaniu odgrywają wiek, poziom wykształcenia oraz rodzaj leczenia.

Słowa kluczowe: rak płuca; jakość życia; czynniki socjodemograficzne; czynniki kliniczne; SF-36

Abstract

Introduction: Lung cancer is one of the most common malignancies and a leading cause of cancer-related mortality. Both the disease and its treatment significantly

affect patients' quality of life in physical and psychological domains.

Aim: To analyze the quality of life of patients with lung cancer and assess the impact of selected sociodemographic and clinical factors on its level.

Materials and Methods: The study included 240 patients diagnosed with lung cancer. A diagnostic survey method was used, including an author's questionnaire and the standardized SF36 questionnaire. Statistical analysis was performed using nonparametric tests and linear regression modeling.

Results: The overall quality of life of the respondents was low in all domains. Lower scores were observed in the physical health domain compared to the mental domain. Age and education significantly differentiated quality of life, with younger and better-educated patients reporting higher scores. Among treatment methods, targeted therapy had a significant positive impact on quality of life, while symptomatic treatment was associated with lower scores. Gender, place of residence, marital status, and employment status did not significantly influence the results.

Conclusions: The quality of life of patients with lung cancer is reduced, particularly in the physical domain. Age, education level, and type of treatment play a significant role in determining patients' quality of life.

Keywords: lung cancer; quality of life; sociodemographic factors; clinical factors; SF-36

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe mają bardzo różny przebieg kliniczny, możliwości terapeutyczne oraz różne prognozy przeżycia, w zależności od rodzaju nowotworu, jego lokalizacji, stopnia zaawansowania czy sposobu leczenia.

Podejrzanie raka wywołuje strach, lęk i poczucie zagrożenia. Potwierdzenie diagnozy często łączy się z silną depresją. Wynika to z tego, iż często człowiek czuje się od razu skazany na śmierć, napiętnowany, izolowany społecznie, obawia się bólu i cierpienia, martwi o losy najbliższych. Wszelkie planowane działania diagnostyczne i lecznicze mogą również budzić niepokój i obniżyć komfort psychiczny pacjenta. Niejednokrotnie chory nie jest właściwie informowany przez lekarza na temat swojego stanu zdrowia, celowości i skuteczności badań, możliwości leczenia czy skutków ubocznych terapii. Sam pobyt w szpitalu wiąże się z dużym stresem. Personel medyczny bardzo często nie docenia swoich umiejętności przekazywania informacji i ich wpływu na jakość życia pacjenta. Wynika to częściowo z powodu braków w programach kształcenia zawodowego w tym zakresie. Nawiązanie i podtrzymanie kontaktu emocjonalnego, empatia, życzliwość w bezpośrednich relacjach lekarz/pielęgniarka – pacjent jest również niezwykle istotne. Dodatkowym czynnikiem obniżającym jakość życia pacjentów nie tylko w szpitalu jest poczucie bezradności i bierność [1].

Rozwój medycyny w obszarze onkologii jest ogromny. Nowoczesna diagnostyka i metody leczenia dają pacjentom duże nadzieje na wyleczenie. Niestety choroby nowotworowe nadal są uleczalne tylko w pewnym procencie. U większości pacjentów udaje się jedynie wydłużyć przeżycie i poprawić komfort ich życia.

Metody lecznicze stosowane w onkologii są najczęściej bardzo agresywne. Leczenie chirurgiczne (radykałne) jest stosunkowo najlepiej znoszone przez pacjentów onkologicznych, ponieważ daje nadzieję pełnego powrotu do zdrowia po usunięciu zmiany nowotworowej. Gdy leczenie chirurgiczne jest niemożliwe stosuje się inne metody: chemioterapię, radioterapię, hormonoterapię, immunoterapię, leczenie celowane. Jakość życia chorych leczonych tymi metodami zależy od wielu czynników: przystosowania psychicznego do sytuacji, radzenia sobie z objawami ubocznymi (np. ból, wymioty, biegunka, łysienie), możliwymi powikłaniami, przygotowania się z wyprzedzeniem do następstw odległych [2].

Często zdarza się, że zahamowanie progresji nowotworu nie jest możliwe, wówczas pozostaje jedynie leczenie paliatywne, które ma za zadanie zmniejszyć dolegliwości związane z nowotworem. Część pacjentów paliatywnych znajduje się w dość dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Stan ten trwa różnie, nawet do kilku miesięcy i nazywany jest przedterminalnym okresem choroby nowotworowej [2]. Ostatnią fazą choroby nowotworowej jest okres terminalny, kiedy to następuje nieodwracalne pogorszenie stanu fizycznego i psychicznego, znaczne ograniczenie sprawności ruchowej, nasilenie objawów wywołujących lęk (ból i duszność występuje u 60-80% pacjentów paliatywnych), narastające przygnębienie, upokorzenie, poczucie utraty godności (brak możliwości samoopieki i samopielegnacji), pogłębia się izolacja społeczna. Jest to

okres, który wymaga szczególnej troski i maksymalizacji komfortu życia chorego. Po wyczerpaniu możliwości leczenia przyczynowego śmiertelnie chorym pacjentom proponuje się zatem objęcie opieką paliatywną. Zarówno wg Światowej Organizacji Zdrowia jak i Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej uzyskanie, wspomaganie oraz zachowanie i umożliwienie jak najlepszej jakości życia chorych jest nadrzędnym celem opieki paliatywnej [3]. Jest to całościowa i wszechstronna opieka. Obejmuje poprawę komfortu życia chorych oraz ich rodzin poprzez profilaktykę i uśmierzanie bólu, kontrolę innych objawów i problemów fizycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych zapewniając godną śmierć. Medycyna paliatywna traktuje umieranie jako normalne zjawisko nie opóźniając, ani nie przyspieszając śmierci chorego. Opieka paliatywna zaspokaja potrzeby chorego zarówno w domu jak i w szpitalu, ponieważ świadczenia w opiece paliatywnej udzielane są w warunkach ambulatoryjnych, stacjonarnych i domowych.

Jakość życia chorych na raka pacjentów determinują nie tylko czynniki fizyczne wynikające z objawów, postępu choroby, działań ubocznych i powikłań, ale przede wszystkim czynniki psychiczne. Każdy z etapów choroby nowotworowej jest dla chorego olbrzymim przeżyciem. Niezwykle częstymi stanami emocjonalnymi towarzyszącymi chorobie jest strach, niepokój, lęk, złość, agresja, rozdrażnienie. Istotne jest zapewnienie na każdym z możliwych etapów wsparcia psychologicznego. Profesjonalna opieka w tym zakresie pozwala monitorować stan chorego i zaproponować w odpowiednim czasie interwencje psychoterapeutyczne. Dużym wsparciem dla chorych są psychoonkolodzy, którzy pomagają m.in. w łagodzeniu psychicznych skutków diagnozy, w budowaniu właściwego obrazu choroby, pomagają w uzyskaniu akceptacji choroby i wypracowują metody radzenia sobie z chorobą. Psychoonkolodzy wspierają również osoby bliskie chorych pod kątem dbania o dobry stan psychiczny opiekuna, poprawienia relacji i komunikacji w rodzinie. Ocena jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową jest standardem w psychoonkologii. Badania dotyczące chorych na raka płuca jednoznacznie wskazują, że jakość życia w tej grupie pacjentów jest znacznie obniżona i jest niższa we wszystkich wymiarach w porównaniu do jakości życia pacjentów i innymi chorobami nowotworowymi w takim samym stadium [4].

Cel

Celem pracy jest analiza jakości życia pacjentów chorujących na nowotwór złośliwy płuca. Cele szczegółowe to określenie istotności wpływu wybranych czynników demograficznych, społecznych i klinicznych związanych z chorobą nowotworową na jakość życia pacjentów w wymiarze zdrowia fizycznego i psychicznego.

Materiał

Badania przeprowadzone zostały wśród pacjentów chorujących na raka płuca w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze oraz

wśród pacjentów zrzeszonych w grupie wsparcia „Rak płuca” - za pośrednictwem mediów społecznościowych na Facebook. Wszyscy chorzy wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu, które zostało przeprowadzone z zachowaniem anonimowości i dobrowolności, w okresie od 20 stycznia 2024 r. do 20 lutego 2024 r.

Na przeprowadzenie ankiety w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej otrzymano zgodę Dyrektora placówki NAK/07/19/01/2024 z dnia 15 stycznia 2024 roku a na przeprowadzenie badań za pośrednictwem grupy na Facebook otrzymano zgodę administratorki grupy „Rak Płuca” Pani Małgorzaty Maksymowicz.

Badaniami objęto 240 pacjentów z rozpoznaniem rakiem płuca, w tym 84 mężczyzn i 156 kobiet. Największą grupę badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 61-70 lat. Czas od postawienia diagnozy wynosił odpowiednio do 5 miesięcy u 84 osób, 6-15 miesięcy u 84 osób, powyżej 15 miesięcy u 71 osób.

Metody

Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego. Narzędziem do przeprowadzenia badań był autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowany kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 - Short Form Health Survey. Autorski kwestionariusz obejmował pytania socjodemograficzne oraz kliniczne (typ histopatologiczny nowotworu, rodzaj zastosowanej terapii, występowanie przerzutów i jakie objawy są najbardziej uciążliwe dla chorego). Standaryzowany kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 to narzędzie ogólne do pomiaru zależnej od stanu zdrowia jakości życia [5].

Składa się z 36 pytań w 11 kategoriach, podzielonych na 8 aspektów jakości życia tj.: PF - funkcjonowanie fizyczne (ang. physical functioning) – zawiera 10 pytań, RP - ograniczenia w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego (ang. role physical) – 4 pytania, BP - odczuwanie bólu (ang. bodily pain) – 2 pytania, GH - ogólne poczucie zdrowia (ang. general health) – 5 pytań, VT - witalność (ang. vitality) – 4 pytania, SF - funkcjonowanie w społeczeństwie (ang. social functioning) – 2 pytania, RE - wpływ stanu emocjonalnego na życie codzienne (ang. role emotional) – 3 pytania, MH - poczucie zdrowia psychicznego (ang. mental health) – 5 pytań. Dodatkowo dokonywana jest ocena aktualnego stanu zdrowia w porównaniu do stanu zdrowia przed rokiem – 1 pytanie [5,6,7].

Oceniane kategorie ukazują wymiary życia w sposób szczególny dotknięte przez chorobę. Identyfikując kategorie, które pacjent ocenia najniżej można opracować schemat działania i monitorować postępy. Kwestionariusz SF-36 jest kwestionariuszem generycznym najczęściej wykorzystywanym do badań jakości życia na terenie Polski [8].

Do analizy zmiennych ilościowych przedstawianych w podziale na grupy wykorzystywane były testy niepa-

rametryczne (test U Manna-Whitneya lub test Kruskala-Walisa). Wyboru testów dokonywano na podstawie rozkładu zmiennych, który to weryfikowano testem Shapiro-Wilka. Jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R wer.3.6.0, programie PSPP oraz MS Office 2019.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 240 respondentów chorujących na raka płuc. Mężczyźni stanowili - 35% badanych, kobiety- 65%.

Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy

Płeć	Częstość	Procent
kobieta	156	65,00%
mężczyzna	84	35,00%
Miejsce zamieszkania		
miasto	181	75,40%
wieś	59	24,60%
Wykształcenie		
podstawowe	21	8,80%
zawodowe	79	32,90%
średnie	100	41,70%
wyższe	40	16,70%
Przedział wiekowy		
do 60 lat	86	35,80%
61 – 70 lat	107	44,60%
powyżej 70 lat	47	19,60%
Aktywność zawodowa		
pracujący	59	24,60%
bezrobotny	14	5,80%
emeryt	136	56,70%
rencista	31	12,90%
Stan cywilny		
panna/ kawaler	20	8,40%
zamężna/ żonaty	173	72,40%
wdowa/ wdowiec	34	14,20%
związek nieformalny	12	5,00%
Sytuacja materialna		
raczej zła	40	16,70%
raczej dobra	168	70,00%
bardzo dobra	32	13,30%

Wśród badanych pacjentów dominowały osoby w wieku 61 – 70 lat (44,6% badanych). Osoby do 60 roku życia stanowiły grupę 35, 8%, a po ukończeniu 70 roku życia 19,6%. Najmłodszą ankietowaną była 28-letnia kobieta chorująca na DRP, najstarszą 88-letnią pacjentką z NDRP gruczolowym.

Tab. 2. Dane kliniczne

Zdiagnozowany typ nowotworu	Częstość	Procent
drobnokomórkowy	52	21,70%
niedrobnokomórkowy płaskonabłonkowy	62	25,80%
niedrobnokomórkowy gruczolowy	95	39,60%
inny	16	6,70%
nie wiem	15	6,30%
Przerzuty do innych narządów		
węzły chłonne	102	42,50%
nadnercza	26	10,83%
kości	34	14,17%
mózg	40	16,67%
wątroba	39	16,25%
płuca	53	22,08%
inne	18	7,50%
nie dotyczy	69	28,75%
Rodzaj leczenia		
chemioterapia	134	55,83%
radioterapia	87	36,25%
leczenie operacyjne	51	21,25%
leczenie celowane	26	10,83%
immunoterapia	71	29,58%
leczenie objawowe	30	12,50%
oczekuję na decyzję	29	12,08%
Najbardziej uciążliwy objaw		
duszność	35	14,60%
ból	37	15,50%
osłabienie	71	29,70%
lęk	31	13,00%
zmęczenie	35	14,60%
nie dotyczy	30	12,60%

Najczęstszym miejscem zamieszkania respondentów było miasto – 75,4% badanych. Większość ankietowanych to osoby z wykształceniem średnim – 41,7% badanych. Mniejszy odsetek stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym i wyższym – odpowiednio 32,9% i 16,7% badanych. W badanej próbie zdecydowana przewaga ankietowanych to emeryci – 56,7%. Aktywni zawodowo pacjenci stanowili – 24,6%, renciści – 12,9%. Najmniej liczną grupą byli bezrobotni – 5,8%. Wśród ankietowanych zdecydowanie dominowały osoby pozostające w związkach małżeńskich (72,4% badanych). Dużo mniejszy odsetek stanowili pacjenci owdowiali, nie będący w związkach lub będący w związkach nieformalnych – odpowiednio 14,2%, 8,4% oraz 5,0% badanych.

Ankietowani ocenili swoją sytuację materialną jako raczej dobrą – aż 70% respondentów, raczej złą 16,7%. Nikt z pacjentów nie ocenił swojej sytuacji materialnej jako bardzo złej, za to 13,3% uważało, że ma bardzo dobre warunki materialne.

Tylko 6,3% ankietowanych nie знаło typu histopatologicznego raka płuca. Większość pacjentów chorowało na niedrobnokomórkowego raka płuca typu gruczolowego – 39,6%. Jedynie u 28,75% ankietowanych nie stwierdzono przerzutów odległych, natomiast aż ponad 70% ankietowanych było w zaawansowanym stopniu choroby potwierdzając przerzuty – głównie do węzłów chłonnych, drugiego płuca, mózgu, wątroby i kości.

Zapytano ankietowanych pacjentów o zastosowane metody leczenia onkologicznego. Wyniki potwierdziły, że najczęściej stosowaną metodą była chemioterapia. Zastosowano ją u 55,83% badanych pacjentów. O wysokim stopniu zaawansowania raka płuca ankietowanych świadczą również pozostałe wyniki, ponieważ u 36,25% zastosowano radioterapię, u 29,58% immunoterapię, u 10,83% leczenie celowane. Leczenie operacyjne, które daje największe szanse na wyleczenie i stosowane jest w niskich stopniach zaawansowania choroby zastosowano tylko u 21,25% ankietowanych.

Najbardziej uciążliwym objawem choroby zgłaszanym przez ankietowanych pacjentów było ogólne osłabienie, które zgłosiło ok 30% pacjentów. Inne objawy tj. duszność, ból, lęk, zmęczenie nowotworowe wpływające na pogorszenie jakości życia wystąpiło mniej więcej w równej liczbie po ok 15% u pozostałych ankietowanych osób. Tylko 12,60% pacjentów nie miało żadnych uciążliwych objawów choroby.

Większość ankietowanych znajdowało się pod opieką poradni onkologicznej lub oddziału onkologicznego tj. 67,08%. Ankietowani objęci byli również opieką lekarza POZ i pulmonologa. Z form opieki paliatywnej korzystało odpowiednio 18,33% chorych – z hospicjum domowego, 5,42% pacjentów – ze stacjonarnej opieki oferowanej przez oddziały paliatywne (tab 3.).

Tab. 3. Forma opieki medycznej w badanej grupie

Forma opieki medycznej	Częstość	Procent
hospicjum domowe	44	18,33%
oddział paliatywny	13	5,42%
poradnia/oddział onkologiczny	161	67,08%
poradnia/ oddział chorób płuc	65	27,08%
lekarz rodzinny	62	25,83%
inne	10	4,17%

Jakość życia badanej grupy

Narzędziem, które posłużyło do badania jakości życia był kwestionariusz SF36. Pozwala on uzyskać wyniki przedstawiające jakość życia w ośmiu sferach. Wyniki obliczono z zastosowaniem klucza, który każdej ze sfer przypisuje wartości od 0 do 100, przy czym wyższe wartości oznaczają wyższą jakość życia. Sposób odpowiedzi na dane grupy pytań był zróżnicowany, od dychotomicznego (tak/nie), po 3-, 5- i 6-stopniową skalę Likerta. Ośmiem aspektów jakości życia połączono w dwie zbiorcze sfery: zdrowia fizycznego ogółem - PHS (ang. Physical Health Summary) liczone, jako średnia PF, RP, BP, GH oraz zdrowia psychicznego ogółem - MHS (ang. Mental Health Summary) – średnia skal VT, SF, RE, MH i w takiej postaci będą analizowane w dalszej części opracowania. Standardowa forma SF-36 bada jakość życia na podstawie 4 ostatnich tygodni.

Statystyki opisowe

W zakresie jakości życia (SF-36) odnotowano ogólnie niskie wartości we wszystkich domenach. Szczególnie niskie wyniki uzyskano w skali ograniczeń ról fizycznych (RP; M = 27,81; SD = 39,35; Me = 0,00) oraz ograniczeń ról emocjonalnych (RE; M = 32,36; SD = 42,54; Me = 0,00), co wskazuje na znaczne trudności w codziennym funkcjonowaniu związanym zarówno ze stanem fizycznym, jak i emocjonalnym. Funkcjonowanie fizyczne (PF; M = 43,08; SD = 31,03) oraz odczuwanie bólu (BP; M = 45,84; SD = 32,09) również pozostawały na umiarkowanie niskim poziomie, podobnie jak ogólne poczucie zdrowia (GH; M = 33,73; SD = 12,36).

W domenach psychicznych i społecznych wyniki były nieco wyższe, choć nadal obniżone. Witalność (VT; M = 41,79; SD = 21,32), funkcjonowanie społeczne (SF; M = 45,65; SD = 28,04) oraz zdrowie psychiczne (MH; M = 47,25; SD = 19,90) wskazują na umiarkowany poziom dobrostanu psychicznego.

Zbiorcze wskaźniki jakości życia potwierdzają obserwowane tendencje – średnia wartość komponentu fizycznego (PCS; M = 37,74; SD = 24,34) była niższa niż komponentu psychicznego (MCS; M = 41,89; SD = 23,35), co sugeruje relatywnie gorszy stan zdrowia fizycznego w porównaniu do psychicznego. Jednocześnie wysokie wartości odchylen standardowych w większości skal wskazują na znaczną zmienność wyników i dużą heterogeniczność badanej populacji.

Tab. 4. Statystyki opisowe wieku, czasu od diagnozy oraz SF-36

Zmienna		N	M	SD	Min	Maks	Me
Wiek		240	61,70	11,42	23,00	88,00	65,00
Czas od diagnozy		240	15,73	18,89	1,00	96,00	8,00
PF	Funkcjonowanie fizyczne	240	43,08	31,03	0,00	100,00	45,00
RP	Fizyczne ograniczenia w pełnieniu ról	240	27,81	39,35	0,00	100,00	0,00
BP	Dolegliwości bólowe	240	45,84	32,09	0,00	100,00	48,00
GH	Ogólne poczucie zdrowia	240	33,73	12,36	0,00	80,00	35,00
VT	Witalność	240	41,79	21,32	0,00	100,00	45,00
SF	Funkcjonowanie społeczne	240	45,65	28,04	0,00	100,00	50,00
RE	Emocjonalne ograniczenia pełnienia ról	240	32,36	42,54	0,00	100,00	0,00
MH	Poczucie zdrowia psychicznego	240	47,25	19,90	0,00	100,00	48,00
PCS	Zdrowie fizyczne ogółem	240	37,74	24,34	0,00	91,00	34,00
MCS	Zdrowie psychiczne ogółem	240	41,89	23,35	1,00	100,00	38,50
N – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum; Me – mediana							

Tab. 5. Badanie różnic w jakości życia w zależności od płci

				Statystyki opisowe		
		U	p	Min	Maks	Me
Płeć	Zdrowie fizyczne ogółem	5915,50	0,215			
	kobieta			3,00	91,00	37,50
	mężczyzna			0,00	85,00	31,50
Płeć	Zdrowie psychiczne ogółem	5828,00	0,158			
	kobieta			1,00	100,00	39,50
	mężczyzna			3,00	96,00	35,50
U – statystyka testu; p – istotność statystyczna; Me – mediana; Min – wynik minimalny; Maks – wynik maksymalny						

Tab. 6. Badanie różnic w jakości życia w zależności od wieku

	Przedział wiekowy	χ^2	df	p	Min	Maks	Me
Zdrowie fizyczne ogółem	do 60 lat	10,37	2	0,006	1,00	91,00	43,00
	61 – 70 lat				0,00	85,00	31,00
	powyżej 70 lat				3,00	86,00	23,00
Zdrowie psychiczne ogółem	do 60 lat	10,61	2	0,005	1,00	100,00	44,00
	61 – 70 lat				3,00	96,00	35,00
	powyżej 70 lat				1,00	71,00	33,00
χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; Min – wynik minimalny; Maks – wynik maksymalny; Me – mediana							

Tab. 7. Badanie różnic w jakości życia w zależności od wieku – porównanie parami

	Przedział wiekowy		p	
Zdrowie fizyczne ogółem	do 60 lat	61 – 70 lat	0,070	
	do 60 lat	powyżej 70 lat	0,004	**
	61 – 70 lat	powyżej 70 lat	0,408	
Zdrowie psychiczne ogółem	do 60 lat	61 – 70 lat	0,101	
	do 60 lat	powyżej 70 lat	0,007	**
	61 – 70 lat	powyżej 70 lat	0,474	
* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; p – istotność statystyczna				

Wskazane różnice nie są różnicami istotnymi statystycznie ($p > 0,05$), płeć nie różnicowała istotnie zdrowia fizycznego ani zdrowia psychicznego badanych pacjentów.

Następnie sprawdzono, czy wiek różnicuje jakość życia w badanej grupie. Po sprawdzeniu założeń normalności rozkładu zasadne było wykorzystanie nieparametrycz-

nego testu Kruskala – Wallisa, porównującego mediany zmiennej zależnej w badanych grupach. Wyniki testu Kruskala-Wallisa przedstawia tabela 5.

W zakresie zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego grupy wiekowe różnią się pomiędzy sobą w sposób istotny statystycznie ($p < 0,05$). Aby dokładnie określić, pomiędzy którymi grupami różnice są istotne, przepro-

Tab. 8. Badanie różnic w jakości życia w zależności od wykształcenia

				Statystyki opisowe		
		U	p	Min	Maks	Me
Wykształcenie	Zdrowie fizyczne ogółem	5478,50	0,004			
	podst. lub zawodowe			3,00	86,00	27,00
	średnie lub wyższe			0,00	91,00	40,00
Wykształcenie	Zdrowie psychiczne ogółem	5511,50	0,005			
	podst. lub zawodowe			1,00	88,00	34,00
	średnie lub wyższe			1,00	100,00	41,50
U – statystyka testu; p – istotność statystyczna; Me – mediana; Min – wynik minimalny; Maks – wynik maksymalny						

wadzano test post hoc Bonferroniego – porównanie parami. Jego wyniki przedstawia tabela 6.

Po analizie stwierdzono, że wiek istotnie różnicuje zdrowie fizyczne oraz zdrowie psychiczne w badanej grupie pacjentów.

W odniesieniu do wykształcenia, ze względu na małą liczebności poszczególnych kategorii wykształcenia, scalono kategorie podstawowe oraz wyższe z kategoriami, odpowiednio, zawodowe oraz wyższe. Było to konieczne dla wykonania rzetelnego badania zależności

Badanie wykazało, że osoby z wykształceniem średnim lub wyższym charakteryzowały się istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wyższą jakością życia niż osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym.

Aktywność zawodowa, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz etap leczenia nie różnicowały istotnie jakości życia w badanej grupie.

Następnym etapem obliczeń była analiza regresji liniowej dotycząca wpływu typu leczenia na jakość życia w badanej grupie. Na potrzeby niniejszej analizy obliczono indeks jakości życia, będący średnią arytmetyczną zdrowia fizycznego i psychicznego ogółem. W związku z tym wyniki zawierały się w przedziale 0-100, a im wyższy wynik, tym lepsza jakość życia. W celu analizy założonej hipotezy zastosowano model regresji liniowej. Model dotyczył zmiennej objaśnianej, czyli indeksu jakości życia. Zmiennymi objaśniającymi były stosowane metody leczenia. Badano w ten sposób czy zmienne objaśniające dobrze tłumaczą zmienność indeksu jakości życia, innymi słowy czy wpływają istotnie na ten indeks

Przeprowadzona analiza modelu regresji wykazała, iż założony model tłumaczył w istotny statystycznie ($p < 0,05$) sposób wariancję indeksu jakości życia, wyjaśniając 13% tej zmienności. Szczegółowa analiza współczynników regresji wykazała istotny statystycznie wpływ stosowania

leczenia celowanego na indeks jakości życia ($\beta = 0,48$). Współczynnik ten świadczy o średnio silnej, dodatniej zależności indeksu jakości życia od stosowania leczenia celowanego.

Wykazano także istotny wpływ leczenia objawowego ($\beta = -0,92$). Współczynnik ten świadczy o prawie idealnej, ujemnej zależności indeksu jakości życia od stosowania leczenia objawowego. W przypadku pozostałych metod leczenia nie odnotowano istotnego statystycznie wpływu na indeks jakości życia.

Dyskusja

Nowotwór złośliwy płuca jest jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny. Stanowi najczęstszą przyczynę zgonów nowotworowych w Polsce i na świecie. Rozwija się podstępnie i w chwili rozpoznania najczęściej jest za późno na radykalne leczenie. Odsetek 5-letnich przeżyć pomimo nowoczesnej diagnostyki i leczenia jest bardzo niski. Powszechny jest zatem wśród społeczeństwa pogląd, że postawienie diagnozy raka płuca jest równoznaczne z wyrokiem śmierci. Pojawiają się trudności z przystosowaniem się do choroby, która niesie za sobą poważne konsekwencje w wymiarze zdrowia fizycznego i psychicznego oraz ma duży wpływ na ogólną jakość życia pacjentów. W aktualnym piśmiennictwie jest niewiele wyników badań porównawczych jakości życia pacjentów z rakiem płuca, dlatego znacznie utrudnione jest przedstawienie uzyskanych wyników na tle innych doniesień. Zagadnienie wydaje się być nadal niedostatecznie poznane.

Analiza zależności pomiędzy cechami socjodemograficznymi badanych osób a wynikami uzyskanymi w skali SF-36 wykazała, że jedynie wiek, wykształcenie oraz leczenie celowane raka płuc oraz leczenie objawowe są jedynymi zmiennymi istotnie wpływającymi na wyniki tej skali. Nie odnotowano istotnego statystycznie wpływu pozostałych badanych zmiennych na jakość życia w badanej grupie.

Tab. 9. Wpływ metod leczenia na indeks jakości życia – model regresji

Zmienna objaśniana	Model					Współczynniki regresji				
	R2	F	df	p		predyktor	β	t	p	
indeks jakości życia	0,13	6,91	233	< 0,001	***	Wyraz wolny		14,96	< 0,001	***
						chemioterapia:				
						stosowano – nie stosowano	0,03	0,23	0,821	
						radioterapia:				
						stosowano – nie stosowano	-0,21	-1,63	0,104	
						leczenie operacyjne:				
						stosowano – nie stosowano	0,27	1,77	0,077	
						leczenie celowane:				
						stosowano – nie stosowano	0,48	2,42	0,016	*
						immunoterapia:				
						stosowano – nie stosowano	0,24	1,69	0,093	
						leczenie objawowe:				
						stosowano – nie stosowano	-0,92	-5,00	< 0,001	***

R2 – skorygowany współczynnik dopasowania modelu; F – statystyka testu; df – stopnie swobody β – współczynnik standaryzowany beta; t – statystyka testu; p – istotność statystyczna;

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

W badaniu autorskim respondenci ocenili poziom jakości życia, wynik ogólny był niski. Nieco lepiej badani ocenili funkcjonowanie w wymiarze psychicznym, niż w wymiarze fizycznym, co może świadczyć, że dość szybko tracą w chorobie sprawność fizyczną i trudniej ją odzyskać niż sprawność psychiczną. Podobne wyniki uzyskała w swoim badaniu Babiarz i Paluch badając ogólną jakość życia osób z chorobą nowotworową, w tym chorych na raka płuc [9]. Milaniak i Marczevska uzyskały również podobne wyniki w swojej pracy wykazując, że choroba nowotworowa płuc wpływa negatywnie na jakość życia chorych i obniża jej poziom we wszystkich wymiarach [10]. Nieco wyższe wyniki w swoich badaniach uzyskała Dębska i wsp., ale badaniem objęci byli tylko pacjenci z rakiem płuc poddani chemioterapii [11].

W przeprowadzonych badaniach własnych 156 kobiet i 84 mężczyzn chorujących na raka płuca oceniło swoją jakość życia zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej na podobnym, niskim poziomie, co nie pozwoliło stwierdzić, iż płeć istotnie różnicuje jakość życia pacjentów z rakiem płuc. Dostępna literatura przedstawia jednak kilka teorii ukazujących różnice związane z płcią w zakresie podejścia do zdrowia i choroby [12]. Potwierdzają to badania, których wyniki ukazują fakt innego odbierania stanu zdrowia i choroby przez mężczyzn i kobiety. Okazuje się, że kobiety gorzej oceniają swój stan zdrowia, częściej zgłaszają dolegliwości bólowe,

częściej zapadają na depresję. Ziętalewicz i wsp. przeprowadzili badanie w Centrum Onkologii w Warszawie, które oceniało funkcjonowanie psychiczne kobiet i mężczyzn w chorobie nowotworowej i stwierdzili, że kobiety radzą sobie gorzej niż mężczyźni [13]. Mosconi i wsp. przeprowadzili duże badanie we Włoszech, w którym kobiety deklarowały niższą jakość życia w stosunku do mężczyzn [14]. Odmienne wyniki niż powyższe otrzymali Fillingim i wsp. w badaniu obejmującym pacjentów z rakiem płuc, gdzie w początkowym okresie choroby nowotworowej płuc nie stwierdzono różnic w stosunku do płci, natomiast w późniejszym okresie lepszy dobrostan fizyczny i psychiczny zaobserwowano u mężczyzn niż u kobiet [15]. U pacjentów obu płci chorujących na raka płuca obserwuje się lęk, przygnębienie, gniew czy rozpacz. Kobiety częściej szukają wsparcia społecznego i stosują strategie radzenia sobie ze stresem związanym z leczeniem, podczas gdy mężczyźni mogą być mniej skłonni do szukania pomocy, co prowadzi do gorszych wyników leczenia. Kobiety zgłaszają wyższy poziom zmęczenia, bólu i duszności niż mężczyźni, podczas gdy mężczyźni zgłaszają częściej kaszel, krwiotłucie, większe napiętnowanie społeczne i utratę męskości z powodu choroby. Kluczową rolę odgrywają zatem wsparcie społeczne, psychologiczne oraz strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach np. techniki relaksacyjne czy pozytywne myślenie, które pomagają opanować objawy i poprawić jakość życia zarówno kobiet jak i mężczyzn.

Przeprowadzone badanie własne wykazały, że miejsce zamieszkania nie różnicowało istotnie statystycznie jakości życia pacjentów z rakiem płuca w wymiarze zdrowia fizycznego i psychicznego. Podobne wyniki otrzymała w swoich badaniach Lachowicz i Raszeja, które potwierdzają, iż miejsce zamieszkania nie wpływa istotnie na jakość życia chorych z rakiem płuca, a jakość życia niezależnie od miejsca zamieszkania jest niska [16]. Pacjenci mieszkający na obszarach wiejskich mają coraz lepszy dostęp do opieki zdrowotnej i opieki paliatywnej np. świadczonej przez hospicja domowe. Pacjenci, którzy mają ograniczone wsparcie lokalnej społeczności lub doświadczają piętna związanego z chorobą, mogą doświadczyć gorszych wyników w zakresie funkcjonowania psychicznego i ograniczonego funkcjonowania społecznego, jednak badania własne wykazały, że jest to niezależne od miejsca zamieszkania.

Aktywność zawodowa i stan cywilny w przeprowadzonych badaniach własnych również nie różnicowały istotnie statystycznie jakości życia chorych na raka płuca. Smoleń i wsp. w swoich badaniach dowiedli, że pacjenci z chorobą nowotworową, którzy są w stanie kontynuować pracę, cieszą się lepszym samopoczuciem psychicznym i emocjonalnym [17]. Jednakże na zdolność pacjentów chorych na raka płuca do podejmowania aktywności zawodowej mogą mieć wpływ różne czynniki, w tym stadium choroby, rodzaj zastosowanego leczenia i ogólny stan zdrowia pacjenta. Pomimo wyzwań praca może zapewnić korzyści psychologiczne i społeczne pacjentom z rakiem płuca. Może pomóc im zachować poczucie normalności i celu, zwiększyć ich poczucie własnej wartości. Pacjenci są mniej zaabsorbowani stanem swojego zdrowia. Ponadto praca może zapewnić stabilność finansową, co jest szczególnie ważne dla pacjentów, którzy mogą ponosić wysokie koszty leczenia.

Wpływ stanu cywilnego na jakość życia chorych na raka płuca jest ważnym obszarem badań, któremu w ostatnich latach poświęca się coraz więcej uwagi. W przeprowadzonych badaniach własnych respondenci będący w związku wyżej ocenili jakość życia w wymiarze zdrowia psychicznego, a osoby stanu wolnego gorsze wyniki uzyskały w wymiarze zdrowia fizycznego. Wsparcie, które może zapewnić współmałżonek odgrywa kluczową rolę w radzeniu sobie z fizycznym i emocjonalnym cierpieniem związanym z rakiem płuca. Na przykład pacjenci będący w związkach małżeńskich mają zwykle wyższy poziom wsparcia niż pacjenci samotni, co może pomóc im lepiej radzić sobie z wyzwaniami związanymi z leczeniem raka i rekonwalescencją. Odmienne wyniki uzyskały badania Lachowicz i Raszeja, które wykazały, że stan cywilny istotnie różnicuje jakość życia a pacjenci samotni doświadczają izolacji społecznej oraz samotności i wykazują bardzo niski poziom jakości życia [16]. Stan cywilny zatem może być ważnym czynnikiem kształującym postrzeganie przez pacjentów jakości ich życia.

Wiek w badaniach własnych również istotnie różnicuje jakość życia pacjentów z nowotworem płuca. Grupy wiekowe pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z ogólną jakością życia. Dobrze udokumentowane są związane z wiekiem różnice w częstości występowania i rokowaniu raka płuca. Osoby starsze są bardziej narażone na raka płuca niż osoby młodsze. W badaniach własnych średni wiek respondentów wynosił 61,70 lat. Odnotowano istotne różnice statystyczne w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego ogółem pomiędzy osobami w wieku do 60 lat a osobami w wieku powyżej 70 lat. Podobne wyniki własne uzyskano w domenie zdrowia psychicznego. Babiarczyk i Paluch oraz Milaniak i Marczevska również w swoich badaniach wykazały, że wiek jest dość istotną zmienną w ocenie jakości życia chorych [9,10]. Lachowicz i Raszeja badając jakość życia chorych z rakiem płuca uzyskały podobne wyniki [16].

Autorskie badania wykazały, że wykształcenie istotnie różnicuje jakość życia pacjentów z nowotworem płuca. Tą zależność potwierdza w swoich badaniach wielu autorów m.in. Lachowicz i Jarzynkowski [16,18]. Im wyższe wykształcenie tym lepsze zrozumienie przez pacjentów diagnozy, możliwości leczenia i potencjalnych skutków ubocznych. Brak związku wykształcenia z jakością życia w domenie zdrowia fizycznego uzyskały w swoich wynikach Makar i Szlenk-Czyczerska, jednak badanie dotyczyło tylko nowotworowych pacjentów leczonych radioterapią [19]. Właściwa edukacja pacjentów na temat choroby odgrywa kluczową rolę i powinna być dostosowana do odbiorcy. Pacjenci, którzy mają wiedzę na temat swojej choroby, są lepiej przygotowani do radzenia sobie z fizycznymi i emocjonalnymi wyzwaniami związanymi z rakiem płuca. Warto tu wspomnieć, że w dzisiejszych czasach edukacja może być realizowana również z pomocą nowoczesnych narzędzi komunikacji tj. aplikacje mobilne, e-learning czy telemonitoring. Przykładem może być aplikacja „Pulmoinfo” przygotowana przez ekspertów z Polskiej Grupy Raka Płuca, gdzie można znaleźć aktualne informacje dotyczące kompleksowego leczenia raka płuca, praktyczne informacje np. jak przygotować się do wizyty w szpitalu, do badań, jaka stosować dietę i gdzie znaleźć ośrodki medyczne. W badaniach Rybki i wsp. wykształcenie nie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z wynikami poziomu jakości życia pacjentów z rakiem płuca [20].

Metody leczenia są istotnymi predyktorami ogólnego indeksu jakości życia stosowanie leczenia celowanego i objawowego było istotnym predyktorem indeksu jakości życia. Przeprowadzona analiza badań własnych wykazała istotny statystycznie wpływ stosowania leczenia celowanego na indeks jakości życia. Wśród osób stosujących leczenie celowane indeks jakości życia był istotnie statystycznie, wyższy niż wśród osób niestosujących tej metody leczenia. Wykazano także istotny wpływ leczenia objawowego. Kruk i Książek przeprowadziły badanie

dotyczące jakości życia pacjentów operowanych z powodu raka płuca [21]. Ich badanie wykazało, iż leczenie chirurgiczne pogorszyło jakość życia pacjentów w okresie 3 miesięcy od operacji w porównaniu przed zabiegiem. Istotne różnice odnotowano w zakresie funkcjonowania fizycznego i emocjonalnego. Podobne wyniki uzyskali Shulte i wsp., którzy poprawę funkcjonowania fizycznego odnotowali dopiero po upływie 6 miesięcy od zabiegu [22]. W badaniach prowadzonych przez Lepperta ocenie poddano jakość życia pacjentów w zaawansowanym stadium raka płuc, objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową, u których stosowano leczenie objawowe [23]. Respondenci uzyskali niskie wartości ogólnej jakości życia. Obserwował on pogorszenie jakości życia chorych w większości ze skal funkcjonowania.

Jakość życia to pojęcie, które obejmuje bardzo szeroki zakres czynników kształtujących satysfakcję z życiowej sytuacji i poczucie dobrostanu chorego. To chorzy powinni indywidualnie decydować jakie czynniki kształtują ich jakość życia i decydować co „jakość życia” dla nich oznacza, ponieważ często zależy to od różnicy pomiędzy tym, jakie chory ma oczekiwania, a jaka jest rzeczywistość. Jeśli różnica pomiędzy poziomem oczekiwań chorego a rzeczywistością jest mała, wówczas pacjenci pomimo np. pogarszającego się stanu zdrowia mogą oceniać swoją jakość życia wysoko, jeżeli natomiast różnica między oczekiwaniami a realną sytuacją jest duża, jakość życia zazwyczaj oceniana jest przez chorych dość nisko. Często priorytety i wymiar indywidualnej jakości życia subiektywnego odczucia pacjentów zmieniają się wraz z rozwojem choroby.

Wnioski

- Jakość życia pacjentów z rakiem płuca jest niska.
- Jakość życia w wymiarze fizycznym ogółem jest niższa niż w wymiarze psychicznym ogółem.
- Zmienne socjodemograficzne jak płeć, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, stan cywilny, etap leczenia nie różnicowały istotnie jakości życia pacjentów w badanej grupie.
- Wiek wpływa na poziom jakości życia, im niższy wiek pacjenta, tym lepsza jakość życia.
- Wykształcenie wpływa na poziom jakości życia w badanej grupie, im wyższe wykształcenie pacjenta, tym wyższy poziom jakości życia.
- Wśród osób stosujących leczenie celowane indeks jakości życia był istotnie wyższy, wśród stosujących leczenie objawowe istotnie niższy.

Implikacje dla praktyki:

Uzyskane wyniki wskazują, że w opiece nad pacjentami z rakiem płuca szczególną uwagę należy zwrócić na poprawę ich sprawności fizycznej, która jest najbardziej obniżona. Istotnym elementem wsparcia powinna być również odpowiednio dostosowana edukacja zdrowotna, zwłaszcza w grupie osób o niższym poziomie wykształcenia. Planowanie terapii i opieki powinno uwzględniać wiek pacjenta, ponieważ ma on istotny wpływ na po-

strzeganą jakość życia. Ponadto wskazane jest rozwijanie nowoczesnych metod leczenia, zwłaszcza terapii celowanych, oraz jednoczesne doskonalenie leczenia objawowego w celu ograniczenia jego negatywnego wpływu na dobrostan pacjentów.

Piśmiennictwo

1. De Walden-Gałuszko K: Jakość życia rozważania ogólne. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej (red. De Walden-Gałuszko K, Majkowicz M). Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Gdańsk, 1994, 13- 120.
2. Matvichuk B, Komorowska A: Badania nad opieką pielęgniarską w poprawie jakości życia pacjenta. Kutno, Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie, Wydział Nauki o Zdrowiu, 2019, 6.
3. Majkowicz M, Dzierżanowski T: Ocena jakości życia w medycynie paliatywnej. W: Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T, Medycyna paliatywna. Wydawnictwo Termedia, Poznań, 2019, 50-55.
4. Pękała M, Kozaka J. Quality of life of lung cancer patients. *Psychoonkologia*. 2016;90-97. doi:10.5114/psn.2016.62058.
5. Cieślak B, Podbielska H: Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna*, 2015, 21 (2), 102-135.
6. Tylka J, Piotrowicz R: Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia Polska* 2009, 67:10, 1167-1169.
7. Turska W, Skowron A: Metodyka oceny jakości życia. *Farm Pol*, 2009, 65(8), 572-580.
8. Krzysztozek J, Koligat D, Nowakowska E: Przegląd systematyczny kwestionariuszy generycznych najczęściej wykorzystywanych do badań jakości życia w Polsce. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2015, 3 (44).
9. Babiarczyk B, Paluch A: Wpływ przewlekłego zmęczenia na jakość życia pacjentów oddziału opieki paliatywnej. *Medycyna Paliatywna* 2020; 12(1), 25–31.
10. Milaniak I, Marczevska E: Ocena wpływu zmęczenia na jakość życia chorych na raka płuca w zależności od cyklu chemioterapii. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22, 327-332.
11. Dębska G, Milaniak I, Moskal J: Wpływ zmęczenia na jakość życia pacjentów z drobnokomórkowym nowotworem płuc w zależności od cyklu chemioterapii. *Psychoonkologia* 2015; 19, 49-55.
12. Komendarek-Kowalska M: Quality of life of a patient with cancer. Pain and depression – severity of symptoms depending on gender. *Palliative Medicine*. 2018, 10(1): 30–36.
13. Zientalewicz U, Kulpa M, Stypuła-Ciuba BJ, Kosowicz M: Funkcjonowanie psychologiczne kobiet i mężczyzn z chorobą nowotworową. *Medycyna Paliatywna* 2014, 6, 145-150.
14. Mosconi P, Apolone G, Barni S i wsp.: Quality of life in breast and colon cancer long-term survivors: as assessment with the EORTC QLQ-C30 and SF-36 questionnaires. *Tumori* 2002, 88, 110-116.
15. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC i wsp.: Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *Pain* 2009, 10, 447-485.
16. Lachowicz M, Raszeja S: Jakość życia pacjentów z rakiem

- płuc objętych opieką paliatywną. W: Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty (red. Podgórska M). Wydawnictwo WSZ, Gdańsk, 2017, 225-243.
17. Smoleń E, Słysz M, Hombek K, Jarema M, Kalita K: Samocena zdrowia i funkcjonowania osób z chorobą nowotworową. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2020, 10 (1), 27-34.
 18. Jarzynkowski P, Piotrkowska R, Witkowska A, Mędrzycka-Dąbrowska W: Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy and radiotherapy. *Long-Term Care Nursing*, 2020, 7(1), 67-79.
 19. Makar A, Szlenk-Czyczerska E: Analiza zależności między jakością życia a występowaniem leku i depresji u pacjentów nowotworowych leczonych metoda radioterapii. *Repozytorium Uniwersytetu Opolskiego*, 2022, 33-59.
 20. Rybka M, Szczukowska J, Rezmerska L: Ocena jakości życia osób przewlekłe chorych z chorobą nowotworową płuc. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2016, 1, 26-37.
 21. Kruk A, Książek J: Analiza jakości życia chorych operowanych na raka płuca. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2017, 25(3), 161-167.
 22. Schulte T, Schniewind B, Dohrmann P, et al. Dohrmann P: The extent of lung parenchyma resection significantly impacts long-term quality of life in patients with non-small cell lung cancer, *Chest* 2009, 135, 322–329.
 23. Leppert W: Jakość życia chorych na zaawansowanego raka płuca objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. *Medycyna Paliatywna*, 1, 25–34.

Data przyjęcia: 25.05.2026
Data recenzji: 19.06.2026
Data wydania: 26.06.2026

Porównanie poziomu empatii w grupie pielęgniarek i ratowników medycznych w odniesieniu do umierania i śmierci pacjentów

Comparison of empathy levels between nurses and paramedics in the context of patient dying and death

Mgr Marta Polanowska,

 <https://orcid.org/0009-0004-3814-324X>

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

dr hab. Sylwia Krzemińska,

 <https://orcid.org/0000-0001-7695-0967>

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

Streszczenie

Wstęp: Empatia stanowi kluczowy element relacji terapeutycznej i ma istotny wpływ na jakość opieki nad pacjentem. Szczególnego znaczenia nabiera w sytuacjach granicznych, takich jak opieka nad pacjentem umierającym. Różnice w poziomie empatii mogą wynikać ze specyfiki pracy zawodowej, zwłaszcza między pielęgniarkami a ratownikami medycznymi.

Cel pracy: Ocena poziomu empatii w grupie pielęgniarek i ratowników medycznych oraz analiza różnic w jej strukturze na podstawie komponentów IRI.

Materiał i metody: Badaniem objęto 133 osoby (71 pielęgniarek i 62 ratowników medycznych) z województw dolnośląskiego i opolskiego. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego o charakterze przekrojowym. Narzędziem badawczym był Interpersonal Reactivity Index (IRI) oraz kwestionariusz socjodemograficzny. Analizę statystyczną przeprowadzono z użyciem testów nieparametrycznych (Mann–Whitney, Kruskal–Wallis).

Wyniki: Pielęgniarki wykazały istotnie wyższy poziom empatii całkowitej ($M = 66,69$) niż ratownicy medyczni ($M = 53,05$; $p < 0,001$). Istotne różnice dotyczyły komponentów emocjonalnych: fantazjowania, empatycznej troski oraz osobistej przykrości ($p < 0,001$). Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie empatii poznawczej (przyjmowanie perspektywy; $p = 0,138$).

Wnioski: Pielęgniarki charakteryzują się wyższym poziomem empatii emocjonalnej, co sprzyja jakości opieki, ale może zwiększać ryzyko przeciążenia psychicznego. Ratownicy medyczni wykazują niższy poziom empatii emocjonalnej, co można interpretować jako mechanizm adaptacyjny do pracy w warunkach wysokiego stresu. Wskazane jest rozwijanie programów wspierających em-

patię oraz regulację emocji w obu grupach zawodowych. Słowa kluczowe: empatia, pielęgniarki, ratownicy medyczni, umieranie i śmierć, personel medyczny

Abstract

Background: Empathy is a fundamental component of the therapeutic relationship and plays a crucial role in the quality of patient care. It becomes particularly important in situations involving dying and death. Differences in empathy levels may result from the specific nature of professional roles, especially between nurses and paramedics.

Aim: To assess the level of empathy among nurses and paramedics and to analyze differences in its structure based on the components of the Interpersonal Reactivity Index (IRI).

Material and Methods: The study included 133 healthcare professionals (71 nurses and 62 paramedics) from the Dolnośląskie and Opolskie regions in Poland. A cross-sectional survey design was applied. The Interpersonal Reactivity Index (IRI) and an author-designed sociodemographic questionnaire were used. Statistical analysis was conducted using non-parametric tests (Mann–Whitney and Kruskal–Wallis).

Results: Nurses demonstrated significantly higher overall empathy scores ($M = 66.69$) compared to paramedics ($M = 53.05$; $p < 0.001$). Significant differences were found in emotional components of empathy, including fantasy, empathic concern, and personal distress ($p < 0.001$). No significant differences were observed in cognitive empathy (perspective taking; $p = 0.138$).

Conclusions: Nurses exhibit higher levels of emotional empathy, which enhances patient care but may increase

the risk of emotional burden. Lower emotional empathy among paramedics may reflect an adaptive coping mechanism to high-stress work conditions. There is a need to implement educational and psychological support programs aimed at developing empathy and emotional regulation in both professional groups.

Key words: empathy, nurses, paramedics, dying and death, healthcare professionals

Wstęp

Empatia stanowi jedno z kluczowych pojęć we współczesnych naukach o zdrowiu i jest uznawana za fundamentalny element relacji terapeutycznej pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. W literaturze przedmiotu definiowana jest jako wielowymiarowa zdolność do współodczuwania stanów emocjonalnych drugiego człowieka, ich rozumienia oraz adekwatnego reagowania przy zachowaniu granic własnej tożsamości [1-3]. Obejmuje ona zarówno komponent emocjonalny, odnoszący się do współodczuwania, jak i komponent poznawczy, związany z przyjmowaniem perspektywy drugiej osoby [3].

W kontekście praktyki klinicznej empatia pełni funkcję adaptacyjną i społeczną, wpływając na jakość komunikacji, poziom zaufania pacjenta oraz skuteczność procesu terapeutycznego. Wysoki poziom empatii u personelu medycznego sprzyja poprawie jakości opieki, zwiększa satysfakcję pacjentów oraz ogranicza ryzyko konfliktów interpersonalnych [4]. Jednocześnie podkreśla się, że empatia nie jest jedynie cechą indywidualną, lecz kompetencją rozwijaną w toku edukacji i doświadczeń zawodowych, szczególnie w zawodach ukierunkowanych na pomoc drugiemu człowiekowi.

Szczególne znaczenie nabiera empatia w sytuacjach granicznych, takich jak opieka nad pacjentem umierającym. Kontakt ze śmiercią stanowi jedno z najbardziej obciążających doświadczeń w pracy personelu medycznego i wiąże się z koniecznością radzenia sobie z intensywnymi emocjami zarówno własnymi, jak i pacjentów oraz ich rodzin [5-7]. W takich warunkach empatia może pełnić dwojaką rolę – z jednej strony sprzyja budowaniu relacji i udzielaniu wsparcia, z drugiej natomiast zwiększa podatność na obciążenie emocjonalne, zmęczenie współczuciem oraz wypalenie zawodowe [8-12].

Współczesne podejścia teoretyczne podkreślają konieczność rozróżnienia pomiędzy empatią poznawczą a emocjonalną. Pierwsza z nich, związana z rozumieniem sytuacji pacjenta, uznawana jest za względnie stabilny i bardziej adaptacyjny zasób. Druga natomiast – empatia emocjonalna – w warunkach chronicznego stresu zawodowego może prowadzić do przeciążenia psychicznego, jeśli nie towarzyszą jej adekwatne strategie regulacji emocji [13-15]. Takie ujęcie ma szczególne znaczenie w analizie funkcjonowania personelu medycznego pracującego w warunkach częstego kontaktu ze śmiercią pacjenta.

Zróżnicowanie poziomu empatii pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi personelu medycznego wynika w dużej mierze ze specyfiki pełnionych ról zawodowych. Pielęgniarki i pielęgniarze pełnią funkcję opiekuńczą, realizowaną w bezpośrednim i długotrwałym kontakcie z pacjentem, co sprzyja rozwijaniu relacji o charakterze emocjonalnym oraz zwiększa poziom zaangażowania empatycznego [16-19]. Oczekiwania społeczne wobec tej grupy obejmują nie tylko realizację procedur medycznych, ale także zapewnienie wsparcia psychicznego i duchowego, szczególnie w sytuacjach terminalnych. Z kolei ratownicy medyczni funkcjonują w środowisku pracy o odmiennym charakterze – dynamicznym, nieprzewidywalnym i obciążonym wysokim poziomem stresu. Ich działania koncentrują się na szybkim reagowaniu w sytuacjach zagrożenia życia, co wymaga podejmowania decyzji pod presją czasu oraz ogranicza możliwość nawiązania pogłębionej relacji z pacjentem. W literaturze opisuje się charakterystyczne dla tej grupy strategie funkcjonowania emocjonalnego, takie jak „zdystansowana troska” czy „obronna dehumanizacja”, które mają na celu ochronę przed przeciążeniem psychicznym [20-23].

Dotychczasowe badania wskazują, że poziom empatii może różnić się istotnie pomiędzy grupami zawodowymi w ochronie zdrowia, jednak wyniki te nie są jednoznaczne i zależą od wielu czynników, w tym doświadczenia zawodowego, wieku, płci, miejsca pracy oraz sposobów radzenia sobie ze stresem. W szczególności podkreśla się znaczenie środowiska pracy – kontakt z pacjentem w opiece długoterminowej i paliatywnej sprzyja wyższemu poziomowi empatii, podczas gdy praca w warunkach nagłych interwencji może wiązać się z jej obniżeniem w wymiarze emocjonalnym.

W świetle powyższych rozważań zasadne wydaje się podejmowanie badań porównawczych pomiędzy różnymi grupami zawodowymi personelu medycznego, które pozwalają na lepsze zrozumienie mechanizmów kształtujących poziom empatii oraz identyfikację czynników ryzyka obciążenia emocjonalnego. Analiza różnic pomiędzy pielęgniarkami a ratownikami medycznymi ma szczególne znaczenie praktyczne, ponieważ reprezentują oni odmienne modele pracy z pacjentem, co może przekładać się na ich funkcjonowanie emocjonalne oraz jakość świadczonej opieki.

Cel pracy

Celem pracy była ocena poziomu empatii w grupie pielęgniarek i ratowników medycznych oraz analiza różnic w jej strukturze (komponenty IRI).

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę ponad 300 uczestników, z której na potrzeby pracy wyłoniono 133 osoby pracujące w zawodzie: pielęgniarki: $n = 71$, i ratownika medycznego: $n = 62$. Byli to pracownicy placówek ochrony zdrowia województwa opolskiego i dolnośląskiego, w których

Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy

	Wykonywany zawód		
	Pielęgniarki pielęgniarze (N=71)	Ratowniczk i ratownicy medyczni (N=62)	p
Płeć			
Kobieta	66 (92,96%)	22 (35,48%)	p<0,001
Mężczyzna	5 (7,04%)	40 (64,52%)	
Stan cywilny			
Panna/kawaler	8 (11,27%)	18 (29,03%)	p=0,052
W związku formalnym	49 (69,01%)	29 (46,77%)	
W związku nieformalnym	11 (15,49%)	15 (24,19%)	
Wdowa/wdowiec	3 (4,23%)	0 (0,00%)	
Panna/kawaler	8 (11,27%)	18 (29,03%)	
Wiek			
20-30 lat	7 (9,86%)	18 (29,03%)	p<0,001
30-40 lat	10 (14,08%)	21 (33,87%)	
40-50 lat	25 (35,21%)	19 (30,65%)	
Powyżej 50 lat	29 (40,85%)	4 (6,45%)	
Wykształcenie			
Średnie	0 (0,00%)	3 (4,84%)	p<0,001
Wyższe licencjackie	8 (11,27%)	42 (67,74%)	
Wyższe magisterskie	61 (85,92%)	16 (25,81%)	
Wyższe doktorskie	2 (2,82%)	1 (1,61%)	
Staż pracy			
Do 5 lat	9 (12,68%)	31 (50,00%)	p<0,001
5-10 lat	7 (9,86%)	12 (19,35%)	
10-20 lat	5 (7,04%)	14 (22,58%)	
Powyżej 20 lat	50 (70,42%)	5 (8,06%)	
Miejsce zamieszkania			
Miasto	49 (69,01%)	45 (72,58%)	p=0,398
Wieś	22 (30,99%)	17 (27,42%)	
Miejsce pracy*			
Przychodnia	12 (16,90%)	3 (4,84%)	p<0,001*
DPS, ZOL	2 (2,82%)	1 (1,61%)	
Pogotowie ratunkowe	0 (0,00%)	19 (30,65%)	
Prywatna praktyka	4 (5,63%)	4 (6,45%)	
Szpital	54 (76,06%)	37 (59,68%)	
Inne miejsce zatrudnienia	4 (5,63%)	7 (11,29%)	

* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru., p – test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Zależność istotna statystycznie (p<0,05)

odbywały się spotkania dotyczące tematyki związanej ze śmiercią i umieraniem pacjentów prowadzone przez autorki badania. Podczas spotkań uczestnikom udostępniany był kod QR z ankietą badawczą. Uczestnicy wypełniali ankietę na miejscu, byli poinformowani, że w każdym momencie mogą odstąpić od badania. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu (Uchwała Nr 03/PNDR/2025 z dnia 14.05.2025 r.) oraz dyrektorów i kierowników placówek, w których badania przeprowadzano.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, przeprowadzonego w formie badania przekrojowego o charakterze obserwacyjnym, z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia psychometrycznego oraz kwestionariusza autorskiego, w którym zawarto pytania o dane socjo-demograficzne.

Do oceny empatii zastosowano Interpersonal Reactivity Index (IRI). Kwestionariusz IRI został wybrany jako narzędzie do pomiaru empatii, rozumianej jako zdolność do przyjmowania perspektywy innych osób oraz reagowania emocjonalnego na ich sytuację. IRI umożliwia ocenę czterech komponentów empatii: fantazjowania (Fantasy-FS), przyjmowania perspektywy (Perspective Taking - PT), empatycznej troski (Empathic Concern -EC) oraz osobistej przykrości (Personal Distress -PD), co pozwala na uchwycenie zarówno poznawczych, jak i emocjonalnych aspektów tego zjawiska. Odpowiedzi udzielane są na 5punktowej skali Likerta („1 – zdecydowanie nie” do „5 – zdecydowanie tak”). Obliczanie wyników: polega na sumowaniu odpowiedzi dla każdej podskali (zakres: 7–35). Wynik całkowity IRI jest sumą wszystkich 28 pozycji (zakres: 28–140), albo rzadziej – suma EC + PT jako wskaźnik ogólnej empatii. Właściwości psychometryczne skali: α Cronbacha między 0,70 a 0,80 dla wszystkich podskal; stabilność test–retest w przedziale 0,61–0,81 [24].

Metody analizy statystycznej

Zastosowano testy nieparametryczne (Mann–Whitney, Kruskal–Wallis), przy poziomie istotności $p < 0,05$. Wszystkie analizy statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem oprogramowania R, wersja 4.5.2.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy została przedstawiona w tabeli nr 1. W badaniu uwzględniono dwie grupy zawodowe: pielęgniarki i pielęgniarzy ($n = 71$) oraz ratowniczy i ratowników medycznych ($n = 62$). Analiza zmiennych socjodemograficznych wykazała istotne różnice pomiędzy grupami w zakresie płci, wieku, wykształcenia, stażu pracy oraz miejsca zatrudnienia.

Struktura płci badanych różniła się istotnie statystycznie ($p < 0,001$). W grupie pielęgniarek dominowały kobiety (92,96%), natomiast wśród ratowników medycznych przeważali mężczyźni (64,52%). Kobiety stanowiły jedynie 35,48% tej grupy.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie stanu cywilnego pomiędzy grupami ($p = 0,052$). W obu grupach najliczniejszą kategorię stanowiły osoby pozostające w związkach formalnych, przy czym odsetek ten był wyższy wśród pielęgniarek (69,01%) niż ratowników medycznych (46,77%). Ratownicy częściej deklarowali stan wolny (29,03%) oraz związki nieformalne (24,19%) w porównaniu z pielęgniarkami (odpowiednio 11,27% i 15,49%). Wśród pielęgniarek występowały także osoby owdowiałe (4,23%), natomiast w grupie ratowników medycznych nie odnotowano takich przypadków.

Wiek badanych istotnie różnił się pomiędzy analizowanymi grupami ($p < 0,001$). Wśród pielęgniarek dominowały osoby w wieku powyżej 50 lat (40,85%) oraz w przedziale 40–50 lat (35,21%). Natomiast ratownicy medyczni byli grupą zdecydowanie młodszą – najliczniejsze kategorie stanowiły osoby w wieku 30–40 lat (33,87%) oraz 20–30 lat (29,03%). Jedynie 6,45% ratowników miało powyżej 50 lat.

Poziom wykształcenia badanych różnicował grupy w sposób istotny statystycznie ($p < 0,001$). Wśród pielęgniarek dominowało wykształcenie wyższe magisterskie (85,92%), natomiast w grupie ratowników medycznych najczęściej występowało wykształcenie wyższe licencjackie (67,74%). Wykształcenie średnie dotyczyło wyłącznie ratowników (4,84%). Niewielki odsetek badanych posiadał wykształcenie doktorskie (pielęgniarki 2,82%, ratownicy 1,61%).

Analiza stażu pracy wykazała istotne różnice pomiędzy badanymi grupami ($p < 0,001$). Wśród pielęgniarek dominowały osoby z dużym doświadczeniem zawodowym – 70,42% posiadało staż pracy powyżej 20 lat. Z kolei w grupie ratowników medycznych najliczniejszą kategorię stanowili pracownicy z najkrótszym stażem pracy (do 5 lat – 50,00%). Jedynie 8,06% ratowników posiadało ponad 20-letnie doświadczenie zawodowe.

Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie miejsca zamieszkania pomiędzy analizowanymi grupami ($p = 0,398$). Zarówno wśród pielęgniarek (69,01%), jak i ratowników medycznych (72,58%) dominowali mieszkańcy miast.

Miejsce zatrudnienia różnicowało badane grupy w sposób istotny statystycznie ($p < 0,001$). Pielęgniarki najczęściej pracowały w szpitalach (76,06%) oraz przychodniach (16,90%). Natomiast ratownicy medyczni, oprócz pracy w szpitalach (59,68%), w znacznym odsetku byli zatrudnieni w pogotowiu ratunkowym (30,65%). W obu grupach odnotowano niewielki udział zatrudnienia w prywatnej praktyce (pielęgniarki 5,63%, ratownicy 6,45%) oraz w placówkach opieki długoterminowej (DPS/ZOL). Ratownicy nieco częściej niż pielęgniarki wskazywali także inne miejsca zatrudnienia (11,29% vs 5,63%). Analiza wyników uzyskanych za pomocą skali IRI wykazała istotne różnice pomiędzy pielęgniarkami a ratownikami medycznymi w zakresie empatii całkowitej oraz większości jej komponentów (tab. 2).

Tab.2. Poziom empatii w badanej grupie

IRI	Wykonywany zawód	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Empatia całkowita	Pielęgniarki pielęgniarze - A	71	66,69	13,51	64	46	106	57	74	p<0,001 * A>B
	Ratowniczk i ratownicy medyczni - B	62	53,05	9,88	54	30	74	47	59,75	
Fantazjowanie	Pielęgniarki pielęgniarze - A	71	15,79	5,53	15	5	28	12	18,5	p<0,001 * A>B
	Ratowniczk i ratownicy medyczni - B	62	11,16	4,47	10	1	22	9	14	
Przyjmowanie perspektywy	Pielęgniarki pielęgniarze	71	17,83	3,71	18	11	28	15	20,5	p=0,138
	Ratowniczk i ratownicy medyczni	62	16,6	3,95	16	7	28	14	19	
Empatyczna troska	Pielęgniarki pielęgniarze - A	71	18,65	4,55	17	9	28	15	22	p<0,001 * A>B
	Ratowniczk i ratownicy medyczni - B	62	15,31	4,05	15	1	28	13	17,75	
Osobista przykrość	Pielęgniarki pielęgniarze - A	71	14,42	3,8	15	3	28	12	16	p<0,001 * A>B
	Ratowniczk i ratownicy medyczni - B	62	9,98	3,75	10	2	17	7	12,75	

Empatia całkowita

Poziom empatii całkowitej był istotnie wyższy w grupie pielęgniarek ($M = 66,69$; $SD = 13,51$) niż w grupie ratowników medycznych ($M = 53,05$; $SD = 9,88$). Różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,001$), co wskazuje na wyraźnie wyższy poziom ogólnej wrażliwości empatycznej wśród pielęgniarek.

Fantazjowanie (FS)

W zakresie fantazjowania również odnotowano istotne różnice między grupami ($p < 0,001$). Pielęgniarki uzyskały wyższe wyniki ($M = 15,79$; $SD = 5,53$) niż ratownicy medyczni ($M = 11,16$; $SD = 4,47$). Wynik ten sugeruje większą skłonność pielęgniarek do wyobrażeniowego wczuwania się w sytuację innych osób.

Przyjmowanie perspektywy (PT)

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami w zakresie przyjmowania perspektywy ($p = 0,138$). Średnie wartości były zbliżone (pielęgniarki: $M = 17,83$; $SD = 3,71$; ratownicy: $M = 16,60$; $SD = 3,95$), co wskazuje na podobny poziom empatii poznawczej u obu grup zawodowych.

Empatyczna troska (EC)

Pielęgniarki uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie empatycznej troski ($M = 18,65$; $SD = 4,55$) w porównaniu z ratownikami medycznymi ($M = 15,31$; $SD = 4,05$). Różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,001$), co wskazuje na większą skłonność pielęgniarek do odczuwania współczucia i troski wobec innych osób.

Osobista przykrość (PD)

Również w zakresie osobistej przykrości odnotowano istotne różnice ($p < 0,001$). Pielęgniarki osiągnęły wyższe wyniki ($M = 14,42$; $SD = 3,80$) niż ratownicy medyczni ($M = 9,98$; $SD = 3,75$). Wynik ten wskazuje na większą podatność pielęgniarek na przeżywanie negatywnych emocji w odpowiedzi na cierpienie innych.

Dyskusja

Przeprowadzona analiza wykazała, że pielęgniarki i ratownicy medyczni różnią się istotnie pod względem większości analizowanych cech socjodemograficznych i zawodowych. Pielęgniarki to głównie kobiety, osoby starsze, z długim stażem pracy i wyższym poziomem wykształcenia, natomiast ratownicy medyczni to częściej mężczyźni, osoby młodsze, z krótszym doświadczeniem zawodowym i dominującym wykształceniem licencyjnym.

Przeprowadzone analizy wykazały, że pielęgniarki charakteryzują się wyższym poziomem empatii całkowitej oraz empatii emocjonalnej (fantazjowanie, empatyczna troska, osobista przykrość) w porównaniu z ratownikami medycznymi. Jednocześnie brak istotnych różnic w zakresie przyjmowania perspektywy wskazuje, że obie grupy prezentują podobny poziom empatii poznawczej. Uzyskane wyniki sugerują, że różnice pomiędzy badanymi grupami dotyczą przede wszystkim komponentu emocjonalnego empatii, natomiast zdolność rozumienia sytuacji pacjenta pozostaje na zbliżonym poziomie.

Pielęgniarki osiągnęły wyższe wyniki zarówno w empatii całkowitej, jak i w podskalach fantazjowania, empatycznej troski oraz osobistej przykrości, podczas gdy ratownicy medyczni uzyskali istotnie niższe wyniki w tych obszarach. Jednocześnie nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie przyjmowania perspektywy, co wskazuje na zbliżony poziom empatii poznawczej w obu grupach.

Wyniki badania wpisują się w współczesne ujęcie empatii jako konstruktu wielowymiarowego, obejmującego komponent poznawczy i emocjonalny. Jak wskazują Wang i wsp., narzędzia takie jak Interpersonal Reactivity Index pozwalają uchwycić odrębność tych wymiarów, co ma szczególne znaczenie w analizie funkcjonowania personelu medycznego [25]. Podobne stanowisko prezentują Sack i wsp., którzy podkreślają, że empatia poznawcza i emocjonalna mogą różnić się pod wpływem czynników takich jak wiek, wykształcenie czy doświadczenie zawodowe [26]. Brak istotnych różnic w zakresie przyjmowania perspektywy pomiędzy badanymi grupami wskazuje, że zarówno pielęgniarki, jak i ratownicy medyczni dysponują zbliżonym poziomem zdolności poznawczych, co może świadczyć o podobnym przygotowaniu komunikacyjnym w obu zawodach.

Istotnie wyższy poziom empatii emocjonalnej wśród pielęgniarek można wyjaśnić specyfiką ich pracy, opartej na bezpośrednim i długotrwałym kontakcie opiekuńczym z pacjentem. Jak wskazują Babaii, Mohammadi i Sadooghiasl, empatyczna komunikacja pielęgniarki z pacjentem stanowi podstawowy element opieki i wpływa na poprawę samopoczucia, zmniejszenie lęku oraz zwiększenie satysfakcji z leczenia [27]. Wyniki niniejszego badania potwierdzają te obserwacje – pielęgniarki osiągają wyższe wyniki w zakresie empatycznej troski oraz osobistej przykrości, co wskazuje na silniejsze zaangażowanie emocjonalne w relację terapeutyczną.

Jednocześnie należy mieć na uwadze to, że wysoki poziom empatii emocjonalnej może wiązać się z negatywnymi konsekwencjami dla personelu medycznego. Graves, Joyce i Hegazi w swoich badaniach wskazują, że długotrwałe zaangażowanie empatyczne może prowadzić do rozwoju zmęczenia współczuciem u personelu medycznego, szczególnie w zawodach związanych z opieką nad osobami cierpiącymi [28]. Podobne wnioski prezentuje Berdida, który wykazał, że empatia może nasilać wpływ zmęczenia współczuciem na wypalenie zawodowe pielęgniarek [29]. W polskich badaniach Ogińska-Bulik wykazała, że empatia jest jednym z czynników pośredniczących pomiędzy stresem a wypaleniem zawodowym, a jej wysoki poziom może zwiększać ryzyko przeciążenia emocjonalnego wśród pracowników ochrony zdrowia [30]. Również Cieślak i WiderszalBazyl podkreślają, że chroniczny stres zawodowy, szczególnie związany z kontaktem z cierpieniem i śmiercią, wpływa negatywnie na funkcjonowanie psychiczne personelu medycznego i może prowadzić do ograniczenia zasobów empatycznych [31].

W tym kontekście wyższe wyniki pielęgniarek w zakresie osobistej przykrości mogą wskazywać na większą podatność tej grupy na stres emocjonalny i ryzyko wypalenia zawodowego, co daje podstawę do konieczności rozszerzenia badań o te zagadnienia w przyszłości.

Niższe wyniki ratowników medycznych w zakresie empatii emocjonalnej mogą być interpretowane jako efekt adaptacji do specyfiki pracy zawodowej. Jak wskazują Williams, Lau i Thornton, w zawodach takich jak ratownictwo medyczne istnieje związek pomiędzy empatią a wypaleniem zawodowym – niższy poziom empatii emocjonalnej może ograniczać ryzyko wyczerpania emocjonalnego [32]. Z kolei Kus, Henderson i Batt podkreślają, że obciążenie emocjonalne oraz stosowane strategie radzenia sobie w pracy ratownika mogą prowadzić do obniżenia poziomu empatii, szczególnie wobec pacjentów w sytuacjach trudnych lub powtarzalnych [33]. Również badania nad dobrostanem pracowników systemu ratownictwa medycznego wskazują, że wysoki poziom stresu zawodowego sprzyja stosowaniu mechanizmów dystansu emocjonalnego jako formy ochrony psychicznej [34]. W tym ujęciu niższy poziom empatii emocjonalnej u ratowników medycznych należy traktować jako mechanizm adaptacyjny, umożliwiający efektywne funkcjonowanie w warunkach pracy o wysokim poziomie stresu.

Wyższe wyniki pielęgniarek w zakresie fantazjowania wskazują na większą zdolność do wyobraźniowego wczuwania się w sytuację pacjenta. Współczesne badania podkreślają, że komponent ten może wspierać proces rozumienia doświadczeń pacjenta, jednak jego nadmierny poziom może prowadzić do zwiększonego obciążenia emocjonalnego [25].

Uzyskane w badaniach własnych wyniki wskazują na potrzebę zróżnicowanego podejścia do rozwijania empatii w zależności od specyfiki zawodu medycznego. W odniesieniu do pielęgniarek szczególnie ważne jest wdrażanie programów przeciwdziałających zmęczeniu współczuciem oraz wspierających regulację emocji. Jak wskazują przeglądy systematyczne, interwencje ukierunkowane na dobrostan psychiczny personelu mogą ograniczać negatywne skutki nadmiernego obciążenia emocjonalnego [35]. W przypadku ratowników medycznych wskazane jest natomiast rozwijanie kompetencji komunikacyjnych i empatii poznawczej, które mogą poprawiać jakość relacji z pacjentem bez nadmiernego angażowania zasobów emocjonalnych.

Wyniki potwierdzają również, że empatia różnicuje przedstawicieli zawodów medycznych w sposób istotny, a kluczowe znaczenie mają jej komponenty emocjonalne. Pielęgniarki wykazują wyższy poziom empatii afektywnej, co sprzyja jakości opieki, lecz jednocześnie zwiększa ryzyko przeciążenia psychicznego. Ratownicy medyczni natomiast prezentują niższy poziom tej formy empatii, co można interpretować jako mechanizm adaptacyjny do

pracy w warunkach wysokiego stresu. Wyniki te wskazują na konieczność rozwijania empatii w sposób zrównoważony, z uwzględnieniem zarówno potrzeb pacjenta, jak i dobrostanu psychicznego personelu medycznego.

Wnioski

1. Pielęgniarki wykazują istotnie wyższy poziom empatii całkowitej niż ratownicy medyczni.
2. Różnice dotyczą przede wszystkim komponentów emocjonalnych empatii (EC, PD, FS).
3. Nie stwierdzono różnic w zakresie empatii poznawczej (PT).
4. Czynniki takie jak płeć, wiek, staż pracy i środowisko zawodowe istotnie wpływają na poziom empatii.
5. Ratownicy medyczni częściej stosują strategie dystansowania emocjonalnego.
6. Konieczne jest wprowadzanie działań edukacyjnych wspierających rozwój empatii oraz regulacji emocji, zwłaszcza wśród ratowników medycznych.

Implikacje uzyskanych wyników dla praktyki wskazują przede wszystkim na potrzebę włączania treningów empatii do programów kształcenia medycznego. Równie istotne jest rozwijanie u personelu kompetencji związanych z regulacją emocji, które pomagają radzić sobie w trudnych sytuacjach klinicznych. W kontekście częstego kontaktu ze śmiercią pacjentów konieczne jest również zapewnienie wsparcia psychologicznego dla pracowników ochrony zdrowia. Szczególnie ważne wydaje się dostosowanie form tego wsparcia do specyfiki wykonywanego zawodu, ponieważ różne grupy medyczne funkcjonują w odmiennych warunkach pracy. Takie podejście może realnie wpłynąć zarówno na dobrostan personelu, jak i jakość opieki nad pacjentem.

Bibliografia

1. Lanzoni S. *Empathy: A history*. New Haven (CT): Yale University Press; 2018.
2. Zurek PP, Scheithauer H. Towards a more precise conceptualization of empathy: An integrative review of literature on definitions, associated functions, and developmental trajectories. *Int J Dev Sci*. 2017;11(3–4):57–68. doi:10.3233/DEV-16224.
3. Doroszewski J, Kulus M, Markowski A, red. *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2014.
4. Uchnast Z. Empatia jako postawa egzystencjalna. *Rocz Filoz*. 1996;44(4):49–50.
5. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *J Clin Psychol*. 2002;58(11):1433–1441.
6. Conrad D, Kellar-Guenther Y. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among child protection workers. *Child Abuse Negl*. 2006;30(10):1071–1080. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.009.
7. Maytum JC, Heiman MB, Garwick AW. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *J Pediatr Health Care*. 2004;18(4):171–179. doi:10.1016/j.pedhc.2003.12.005.
8. Johnson J, Panagioti M, Bass J, Ramsey L, Harrison R. Resilience to emotional distress in response to failure, error or mistakes: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2017; 52:19–42. doi:10.1016/j.cpr.2016.11.007.
9. Łodzińska J. Stres zawodowy narastającym zjawiskiem w miejscu pracy. *Białostockie Stud Prawn*. 2013; 13:159–174.
10. Pietraszek A, Charzyńska-Gula M, Łuczyk M, Szadowska-Szlachetka Z, Kochaniuk H, Kwiatkowska J. Analiza przyczyn stresu zawodowego w opinii pielęgniarek. *J Educ Health Sport*. 2016;6(9):643–652. doi:10.5281/zenodo.158951.
11. Lange Ł. Stres związany ze śmiercią pacjenta jako czynnik wpływający na jakość pracy oraz wypalenie zawodowe pielęgniarek i położnych. W: Fundacja Biznesu i Nauki, red. *Współczesne problemy w naukach o zdrowiu*. Warszawa: Fundacja Biznesu i Nauki; 2018. p. 150–163.
12. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care*. 2015;24(5):412–420.
13. Bonino S, Lo Coco A, Tani F. *Empatia. Processi di condizione delle emozioni*. Firenze; 1998. p. 9–10.
14. Rossati A, Magro G. *Stress e burnout*. Roma; 1999. p. 43.
15. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
16. Chukwu CCC, Olawale O, Gbekumo G, Ozu OF. Nurses' role in spiritual care towards reduction of psychological trauma in terminal illness: A literature review. *Int J Health Psychol Res*. 2024;12(2):25–37.
17. Ghorbani M, Mohammadi E, Aghabozorgi R, Ramezani M. Spiritual care interventions in nursing: An integrative literature review. *Support Care Cancer*. 2020;28(9):4057–4070.
18. McSherry W, Wright C. The role of the nurse in spiritual care. W: Best MC, red. *Spiritual care in palliative care*. Cham: Springer; 2024. p. 455–467.
19. Kuven BM, Giske T. Talking about spiritual matters: First-year nursing students' experiences of an assignment on spiritual conversations. *Nurse Educ Today*. 2019;75:53–57. doi:10.1016/j.nedt.2019.01.012.
20. Lief HI, Fox RC. Training for 'detached concern' in medical students. W: Lief HI, Lief VF, red. *The psychological basis of medical practice*. New York: Harper & Row; 1963. p. 12–35.
21. Underman K, Hirshfield LE. Detached concern? Emotional socialization in twenty-first century medical education. *Soc Sci Med*. 2016;160:94–101. doi:10.1016/j.socscimed.2016.05.027.
22. Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1982.
23. Vaes J, Muratore M. Defensive dehumanization in medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *Br J Soc Psychol*. 2013;52(1):180–190. doi:10.1111/bjso.12008.
24. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Cat Sel Doc Psychol*. 1980;10:85.
25. Wang Y, Li Y, Xiao W, Fu Y and Jie J (2020) Investigation on the Rationality of the Extant Ways of Scoring the Interpersonal Reactivity Index Based on Confirmatory Factor Analysis. *Front. Psychol*. 11:1086. doi:10.3389/fpsyg.2020.01086
26. Sack DE, Frisby MB, Diemer MA, De Schacht C, Graves E,

- Kipp AM, Emílio A, Matino A, Barreto E, Van Rompaey S, Wallston KA, Audet CM. Interpersonal reactivity index adaptation among expectant seroconcordant couples with HIV in Zambézia Province, Mozambique. *BMC Psychol*. 2020 Aug 28;8(1):90. doi: 10.1186/s40359-020-00442-0.
27. Babaii A, Mohammadi E, Sadooghiasl A. The Meaning of the Empathetic Nurse–Patient Communication: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*. 2021;8. doi:[10.1177/23743735211056432](https://doi.org/10.1177/23743735211056432)
 28. Graves J, Joyce C, Hegazi I. From Empathy to Compassion Fatigue: A Narrative Review of Implications in Healthcare [Internet]. *Empathy - Advanced Research and Applications*. IntechOpen; 2023. <https://doi.org/10.5772/intechopen.107399>
 29. Berdida DJE. Commentary: The mediating role of empathy in the impact of compassion fatigue on burnout among nurses. *J Res Nurs*. 2023 Nov;28(6-7):496-498. doi: 10.1177/17449871231178932. Epub 2023 Jul 1. PMID: 38144969; PMCID: PMC10741252.
 30. Ogińska-Bulik N. Wypalenie zawodowe i jego konsekwencje w zawodach medycznych. Warszawa: PZWL; 2021.
 31. Cieślak R, Wierszal-Bazyl M. Psychologia stresu w pracy personelu medycznego. Warszawa: PWN; 2020.
 32. Williams B, Lau R, Thornton E, Olney LS. The relationship between empathy and burnout – lessons for paramedics: a scoping review. *Psychol Res Behav Manag*. 2020;13:49–57.
 33. Kus L, Henderson L, Batt AM. Empathy in paramedic practice: an overview. *J Paramedic Pract*. 2020;11(4):168–174.
 34. Wild J, Smith KV, Thompson E, Bear F, Lommen MJJ, Ehlers A. A prospective study of the psychological impact of ambulance work. *BMC Psychiatry*. 2020;20:273.
 35. Patole S, Pawale D, Rath C. Interventions for compassion fatigue in healthcare providers: a systematic review of randomized controlled trials. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(2):171.

Informacja o wcześniejszej prezentacji pracy: Praca była wygłoszona na konferencji „Bezpieczeństwo zaczyna się od nas – rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem”. II Konferencja naukowo-szkoleniowa z międzynarodowym udziałem. Kudowa Zdrój 2026

Data przyjęcia: 25.05.2026
 Data recenzji: 20.06.2026
 Data wydania: 26.06.2026

Problemy pacjenta geriatrycznego z wielochorobowością w opiece domowej.

Problems of a geriatric patient with multimorbidity in home care.

Bartosz Sierka
Śląski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

Wprowadzenie: W pracy przeanalizowano rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem geriatrycznym z wielochorobowością w środowisku domowym co stanowi istotne wyzwanie dla personelu medycznego z powodu złożoności problemu. Praca opisuje wielochorobowość pacjenta, cukrzycę typu 2 oraz udar niedokrwienny mózgu.

Cel: Głównym celem tej pracy jest zrozumienie roli pielęgniarki jaką odgrywa w dbaniu o komfort i jakość życia pacjenta w opiece domowej, a także w edukacji najbliższych chorego w celu zapewnienia jak najlepszych warunków do życia.

Materiał i metody: Przeprowadzono szczegółowy wywiad z pacjentem w środowisku domowym, na temat jego przypadłości, z którymi się zmagają. W wywiadzie zostało zawarte badanie fizykalne oraz historia choroby pacjenta. Wykorzystano literaturę medyczną oraz artykuły naukowe, dzięki którym można było zdefiniować wyżej wymienione schorzenia, opisać czynniki ryzyka, objawy, diagnostykę oraz metody leczenia.

Podsumowanie: Na podstawie pozyskanych informacji został skomponowany indywidualny proces pielęgnacyjny. Dzięki tym informacjom również zostały stworzone diagnozy pielęgniarstwa, a podjęte działania przyczyniły się do wyeliminowania lub złagodzenia występujących trudności, co przełożyło się na poprawę jakości życia pacjenta.

Słowa kluczowe: Wielochorobowość, Cukrzyca typu 2, Udar niedokrwienny mózgu.

Abstract

Introduction: This study examines the role of a nurse in caring for a geriatric patient with multimorbidity in the home environment, which poses a significant challenge for medical staff due to the complexity of the problem. The study describes the patient's multimorbidity, type 2 diabetes, and ischemic stroke.

Aim: The main goal of this study is to understand the role of a nurse in ensuring the patient's comfort and quality of life in home care, as well as in educating the patient's family and friends to ensure the best possible living conditions.

Materials and Methods: A detailed interview was conducted with the patient at home regarding his or her medical conditions. The interview included a physical examination and a patient history. Medical literature and scientific articles were used to define the aforementioned conditions, describe risk factors, symptoms, diagnostics, and treatment methods.

Summary: Based on the information obtained, an individualized care process was developed. This information also informed the development of nursing diagnoses, and the actions taken helped eliminate or alleviate the existing difficulties, resulting in an improved patient quality of life.

Keywords: Multimorbidity, Type 2 diabetes, Ischemic stroke.

Wprowadzenie

Pacjent geriatryczny charakteryzuje się dużą złożonością, wynikającą z jednoczesnego oddziaływania czynników zdrowotnych, społeczno-środowiskowych oraz psychologicznych. Sytuacja ta stanowi wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej, ponieważ często nie mieści się w standardowych schematach postępowania. Czynniki, które kluczowo wpływają na ten stan to m.in. wielochorobowość, skomplikowane schematy leczenia, występowanie zespołów geriatrycznych, zaburzenia funkcji poznawczych oraz niski status społeczno-ekonomiczny. Współwystępowanie tych problemów może utrudniać rozpoznanie typowych objawów chorobowych i ograniczać skuteczność terapii. W konsekwencji, standardowe wytyczne terapeutyczne mogą nie być odpowiednie dla osób starszych. Aby poprawić efektywność leczenia i jakość życia seniorów, kluczowe jest dostosowanie terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta. Istotnym narzędziem wspierającym ten proces jest całościowa ocena geriatryczna (COG), która umożliwia określenie priorytetów i dostosowanie interwencji do specyficznych wymagań danej osoby [1].

Definicja wielochorobowości

Wielochorobowość definiuje się jako jednoczesne występowanie u jednej osoby kilku niezależnych schorzeń. Ten

termin lepiej odzwierciedla złożoność stanu klinicznego pacjentów geriatrycznych i jest jednym z kluczowych problemów w praktyce medycznej. Szacuje się, że ponad 60% osób powyżej 65. roku życia cierpi na wielochorobowość, a jej częstość zwiększa się wraz z wiekiem. Wielochorobowość wiąże się z licznymi konsekwencjami zdrowotnymi i organizacyjnymi – osoby starsze dotknięte wielochorobowością częściej korzystają z pomocy medycznej, wymagają hospitalizacji oraz opieki specjalistycznej. Dodatkowo, prowadzi to do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, większego ryzyka niepełnosprawności oraz skrócenia długości życia [2].

Profilaktyka wielochorobowości

Profilaktyką wielochorobowości u osób starszych jest jak najdłuższe utrzymanie ich sprawności psychofizycznej oraz niezależności. W celu osiągnięcia najlepszych rezultatów, konieczne jest spełnienie kluczowych warunków, takich jak zapobieganie przedwczesnemu starzeniu się i utracie sprawności, wczesne diagnozowanie chorób i ich odpowiednie leczenie, szybkie wdrażanie rehabilitacji oraz realizacja działań związanych z promocją zdrowia. Skuteczne sprawowanie takiej opieki wymaga szerokiej wiedzy, umiejętności oraz indywidualnego podejścia, uwzględniającego różnorodne czynniki wpływające na stan zdrowia pacjenta. Metody leczenia i pielęgnacji stosowane w geriatrici mają na celu zarówno zachowanie, jak i odzyskanie samodzielności oraz niezależności pacjenta w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym

Definicja udaru niedokrwiennego

Udar mózgu to nagłe pojawienie się miejscowych lub uogólnionych zaburzeń funkcji neurologicznych trwających powyżej 24 godzin i spowodowanych przyczynami naczyniowymi [4]. Należy on obecnie do najbardziej niebezpiecznych chorób cywilizacyjnych, będąc jednocześnie najczęstszą przyczyną zgonów i wtórnej niepełnosprawności u osób powyżej 65. roku życia. Skutki udaru w istotny sposób wpływają na wszystkie aspekty życia chorego, prowadząc do znacznego ograniczenia samodzielności i konieczności korzystania z pomocy innych osób [5]. Najczęstszą bezpośrednią przyczyną udaru niedokrwiennego jest znaczne zwężenie lub całkowite zamknięcie światła naczynia krwionośnego zaopatrującego określony obszar mózgu. Ograniczony przepływ krwi prowadzi do niedoboru niezbędnych substancji energetycznych. W niedokrwiłowym obszarze gromadzą się mleczany, a poziom dwutlenku węgla wzrasta, co skutkuje rozwojem kwasicy. Naczynia krwionośne ulegają rozszerzeniu, a ich zdolność do autoregulacji ulega osłabieniu. W efekcie pojawiają się miejscowe lub uogólnione objawy neurologiczne [4].

Czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego

Czynniki, które zwiększają powstawanie udaru niedokrwiennego to m.in.: nadwaga, cukrzyca, przewlekły nikotynizm, hipercholesterolemia, brak aktywności fizycznej, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe oraz nadmierne spożycie alkoholu. Szczególnie istotnym

zagrożeniem jest nadciśnienie tętnicze [4,6]. Wyróżniamy też niemodyfikowane czynniki ryzyka, którymi są płeć męska, podeszły wiek czy też choroby genetyczne [6].

Objawy udaru niedokrwiennego

Objawy udaru mózgu pojawiają się nagle, są gwałtowne i wzajemnie na siebie oddziałują. W przebiegu udaru mogą wystąpić zaburzenia świadomości oraz tzw. wyższych funkcji nerwowych, takich jak np. afazja. Często dochodzi również do niedowładu lub porażenia połowicznego, co wiąże się z osłabieniem czucia. Mogą również wystąpić zaburzenia widzenia, problemy z kierowaniem spojrzenia, trudności w kontrolowaniu zwieraczy, zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów, a także objawy ze strony układu autonomicznego [7].

Diagnostyka udaru niedokrwiennego

Do diagnostyki udaru mózgu wykorzystuje się zarówno tomografię komputerową (TK), jak i rezonans magnetyczny (MR). Rezonans cechuje się znacznie wyższą czułością w wykrywaniu udaru w porównaniu do tomografii komputerowej. Dzięki temu MR pozwala na rozpoznanie ostrych udarów niedokrwiennych, które mogą być niewidoczne w badaniu TK. W sytuacji, gdzie wstępne badanie obrazowe nie potwierdza udaru, mimo obecności objawów klinicznych, wykonuje się kontrolnie MR lub powtórzenie TK w celu potwierdzenia rozpoznania [8].

Leczenie udaru niedokrwiennego

Leczenie udaru niedokrwiennego odbywa się w wyspecjalizowanych oddziałach udarowych i skupia się na poprawie przepływu krwi w niedokrwiłowym obszarze mózgu oraz na ograniczeniu skutków uszkodzeń wywołanych przez udar. W tym celu stosuje się metody, które mają na celu przywrócenie drożności naczyń i ich rozszerzenie, a także leczenie przeciwzakrzepowe i działania zmniejszające lepkość krwi [6,7]. W ramach leczenia przyczynowego wyróżnia się dwie główne metody:

- leczenie wewnątrz tętnicze, polegające na mechanicznym usunięciu lub rozpuszczeniu skrzepliny z tętnicy mózgowej.
- leczenie trombolityczne, polegające na dożylnym podaniu rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu w celu rozpuszczenia zakrzepu [7].

Definicja cukrzycy typu 2

Cukrzyca typu 2 (DM2) to przewlekła cywilizacyjna choroba metaboliczna o zróżnicowanym podłożu i przebiegu, której charakterystyczną cechą jest podwyższony poziom glukozy we krwi, wynikający z zaburzeń w wydzielaniu insuliny. Długotrwała hiperglikemia prowadzi do uszkodzenia, upośledzenia oraz niewydolności funkcji wielu narządów [13]. Najczęściej występującą formą cukrzycy jest DM2, który rozwija się w wyniku postępującego osłabienia wydzielania insuliny. Choroba może mieć komponent genetyczny, ale kluczowe znaczenie mają czynniki środowiskowe. Szczególną rolę odgrywa nadmiar tłuszczu trzewnego, który sprzyja zwiększonemu uwalnianiu wolnych kwasów tłuszczowych. Ich obecność

proceedzi do nasilonego spalania tŁuszczów w mięśniach, co hamuje glikolizę oraz zwiększa produkcję glukozy w wątrobie. W efekcie konieczne jest wzmożone wydzielanie insuliny, co z czasem może prowadzić do wyczerpania komórek β trzustki i zaburzeń metabolizmu glukozy [9-11]. DM2 często przebiega bezobjawowo przez dŁugi czas. Opóźnione rozpoznanie lub niewłaściwie leczenie może skutkować rozwojem poważnych powikłań, które uszkodzają różne narządy wewnętrzne pacjenta [12].

Czynniki ryzyka cukrzycy typu 2

DM2 najczęściej dotyczy osób w starszym wieku. Zazwyczaj rozwija się po 40. roku życia, a jej częstość występowania zwiększa się wraz z wiekiem. Najwyższe wskaźniki zachorowalności obserwuje się w grupie między 60. a 70. rokiem życia. Zauważa się jednak, że wiek, w którym pojawia się choroba, stopniowo się obniża. Główne przyczyny tego zjawiska to czynniki środowiskowe, zwłaszcza nadwaga, otyłość i siedzący tryb życia, ale pewien wpływ mają również predyspozycje genetyczne oraz choroby układu krąŻenia [12-15].

Objawy cukrzycy typu 2

W wielu przypadkach DM2 rozwija się bez widocznych objawów, a podwyższony poziom glukozy we krwi wykrywany jest przypadkowo lub podczas badań przesiewowych.

U większości pacjentów obserwuje się otyłość, zwłaszcza brzuszna, a także często współwystępujące nadciśnienie tętnicze i zaburzenia gospodarki lipidowej. Zdarza się, że hiperglikemia ujawnia się w trakcie innej choroby, gdy rośnie zapotrzebowanie organizmu na insulinę. Do możliwych objawów cukrzycy należą m.in.: pogorszenie wzroku, drażliwość, uczucie zmęczenia i senności, trudności z gojeniem się ran, nawracające infekcje skórne, nieprzyjemny zapach moczu, zakażenia pęcherza moczowego, nadmierne pragnienie oraz wielomocz, mrowienie i drętwienie kończyn [13,14].

Diagnostyka cukrzycy typu 2

Podstawowym narzędziem diagnostycznym w rozpoznawaniu DM2 jest pomiar poziomu glukozy w osoczu krwi żyłnej. Pojedynczy, nieprawidłowy wynik u osoby bez charakterystycznych objawów nie jest wystarczający do postawienia diagnozy, w takim przypadku konieczne jest powtórzenie badania, by potwierdzić nieprawidłowość. Jeśli wynik ponownie odbiega od normy, wykonuje się doustny test tolerancji glukozy (krzywą cukrową), który pozwala ocenić, jak organizm reaguje na dużą dawkę glukozy. Istotnym elementem diagnostyki jest również oznaczenie poziomu hemoglobiny glikowanej (HbA1c), wykorzystywane do monitorowania wyrównania metabolicznego DM2. Przeprowadza się również badania na obecność glukozy i ciał ketonowych w moczu oraz ciał ketonowych w surowicy [13,14].

Leczenie cukrzycy typu 2

Leczenie DM2 opiera się na czterech kluczowych filach:

1. kontroli poziomu glukozy we krwi, utrzymaniu prawidłowej masy ciała, minimalizowaniu ryzyka sercowo - naczyniowego oraz ochronie nerek. Podejście terapeutyczne obejmuje:

- Edukację pacjenta, która stanowi podstawę skutecznej terapii i wspiera długoterminowe zarządzanie chorobą.
- Działania nefarmakologiczne, czyli poprawę jakości życia – zaleca się zbilansowaną dietę, regularną aktywność fizyczną, redukcję masy ciała w przypadku nadwagi lub otyłości, unikanie alkoholu i tytoniu, dbanie o odpowiednią ilość snu oraz ograniczenie przewlekłego stresu.
- Farmakoterapię hipoglikemizującą, której celem jest wyrównanie glikemii, początkowo poprzez leki doustne, a w razie potrzeby także insulinę. Współczesne leki nie tylko obniżają glikemię, ale również wykazują działanie ochronne na układ sercowo-naczyniowy i nerki.
- Prewencję powikłań sercowo-naczyniowych, zwłaszcza poprzez leczenie nadciśnienia i zaburzeń lipidowych.
- Leczenie powikłań cukrzycy, jeśli się pojawią [13,16-18].
- Odpowiednie diety, zgodna z aktualnymi zaleceniami zawartymi w piramidzie zdrowego żywienia, stanowi kluczowy element skutecznej terapii DM2. Istotnym jego aspektem jest także świadome kontrolowanie ilości spożywanych węglowodanów przez osoby chore [19-20].

Cel pracy

Głównym celem pracy jest przedstawienie problemów pacjenta geriatrycznego z wielochorobowością oraz roli pielęgniarki w opiece domowej.

Materiał i metody Skala Katza:

Ocenia niezależność pacjenta w sześciu obszarach: kąpiel, ubieranie się, toaleta, przemieszczanie się, kontrola zwieraczy, jedzenie. Wynik wskazuje na pełną niezależność, częściową zależność lub pełną zależność [21].

Opis przypadku

Pacjent po zawale mózgu (17.01.2019 r) wywołanym przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic, który spowodował niedowład połowiczny prawostronny z afazją ruchową. Dodatkowo pacjent choruje na cukrzycę typu 2 insulinozależną, mikro-i makroangiopatię cukrzycową, dyslipidemię, nadciśnienie tętnicze, małopłytkowość wtórną oraz na alkoholową marskość wątroby. W 1976 r. przebył WZW typu B.

W 2014 r. był hospitalizowany z powodu alkoholowej marskości wątroby. W dniu 12.09.2019 r przebył zabieg chirurgiczny zaćmy oka prawego.

Pacjent funkcjonuje dość niezależnie, przy niewielkiej pomocy radzi sobie z podstawowymi czynnościami dnia codziennego. Występują istotne trudności w zakresie

mowy – większość wypowiedzianych słów jest niezrozumiała dla otoczenia. Brak umiejętności pisania. Z powodu prawostronnego niedowładu, haczy prawą stopą w wyniku czego potyka się o nią w trakcie poruszania, a prawe ramię ma opadnięte.

Od wystąpienia zawału mózgu chodzi regularnie na wizyty do lekarza (kardiologa, neurologa, okulisty), bada się systematycznie, przestrzega diety z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów. Regularnie uczęszcza na rehabilitację domową. U pacjenta występują problemy ze snem. Uzyskano zgodę pacjenta na przeprowadzenie badania.

Imię i Nazwisko (inicjały): Z.S.
Data urodzenia: 31.10.1952 r
Stan cywilny: żonaty
Aktywność zawodowa: emeryt
Wykonywany zawód: górnik
Data zebrania wywiadu: 21.09.2024 r.

Stan ogólny (w dniu zbierania wywiadu)
Temperatura: 36,6°C
Oddechy: 18 oddechów/min
Tętno: 80 uderzeń/min
Ciśnienie tętnicze: 130/80 mm Hg
Waga: 82 kg
Wzrost: 176 cm
BMI: 26,5

Historia Choroby
Rozpoznanie lekarskie: Cukrzyca insulinozależna, niedowład kończyn prawych i afazja ruchowa
Przebyte choroby:
Udar niedokrwienny
Cukrzyca insulinozależna
WZW typu B
Alkoholowa marskość wątroby

Przyjmowane leki:

- Acard 0,15 g
- Amlozek 0,01 g
- Avedol 0,00625 g
- Gensulin M30
- Memotropil 1,2 g
- Polipril 0,01 g
- Zahron 0,02 g
- Metformax 1g
- Biomentin 10 mg
- Hepatil
- Senzop 7,5mg - gdy występują problemy ze snem

Przebyte hospitalizacje:
1976 r. WZW typu B
2014 r. Alkoholowa marskość wątroby
2019 r. Udar niedokrwienny

Wywiad rodzinny

- Choroby występujące w rodzinie: cukrzyca typu 2, nadciśnienie.

- Nałogi w rodzinie: palenie papierosów, uzależnienie od alkoholu.
- Dieta: dieta o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych, dieta łatwostrawna.
- Zainteresowania: motoryzacja, geografia, historia.
- Rodzaje aktywności w czasie wolnym: spacerowanie, oglądanie telewizji.

Wywiad środowiskowy

- Miejsce zamieszkania: poręba
- Rodzaj miejsca zamieszkania: mieszkanie w bloku na 1 piętrze
- Liczba mieszkańców: 2
- Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: bardzo dobry
- Aktywność fizyczna: rehabilitacja w mieszkaniu raz w tygodniu, spacer kilka razy w ciągu tygodnia w zależności od pogody.
- Komunikacja: afazja ruchowa odżywianie: chory stosuje się do diet wydalanie: w normie
- Sen: występują problemy ze snem

Badanie fizykalne

Badanie przeprowadzone dnia: 21.09.2024 r.

Stan biologiczny pacjenta

- Skóra: prawidłowa
- Napięcie: prawidłowe
- Temperatura: 36,6°C
- Wilgotność
- Inne: brak

Układ oddechowy

- Liczba oddechów: 18 oddechów/min
- Rodzaj oddechu: brzuszny
- Kaszel: brak
- Inne: brak

Układ krążenia

- Ciśnienie tętnicze: 130/80 mm hg
- Tętno: 80 uderzeń na minutę
- Obrzęki: brak
- Dusznność: brak
- Inne: brak

Układ pokarmowy

- Łaknienie: prawidłowe
- Stolec: prawidłowy
- Inne: brak

Układ płciowy

- Cykl płciowy: nie dotyczy
- Inne: nie dotyczy

Układ nerwowy

- Świadomość: obniżona
- Niedowłady: niedowład prawej ręki oraz prawej nogi
- Drżenia: afazja ruchowa
- Inne: brak

Narząd ruchu

- Zakres ruchów: ograniczony spowodowany niedowładem prawej ręki oraz prawej nogi
- Sylwetka: skrzywiona, prawe ramię opada
- Inne: ciągnie za sobą prawą stopę, nie potrafi jej zginać

Narząd zmysłów

- Wzrok: zburzony

- Słuch: prawidłowy
 - Czuć: zaburzone
- Układ endokrynologiczny
- Układ hormonalny: zaburzony
 - Inne: brak

Stan psychiczny oraz społeczny chorego:

- Stopień przytomności: przytomny
- Stopień świadomości: świadomy
- Nastrój: zmienny
- Inne: brak
- Pamięć: prawidłowa
- Myślenie: zaburzone
- Stosunek do świata: chory odczuwa żal oraz niezadowolone spowodowane afazją ruchową
- Nastawienie do własnej sytuacji: pacjent stara się czerpać radość z życia
- Inne: brak

Stan wiedzy i umiejętności samoopieki i samopielęgnacji:

- Wiedza: pacjent posiada znikomą wiedzę w zakresie samoopieki oraz samopielęgnacji
- Umiejętności: umiejętności w zakresie samoopieki oraz samopielęgnacji są na średnim poziomie
- Motywacja: pacjent okazuje dużą motywację
- Odczuwane problemy: brak samoakceptacji z powodu afazji ruchowej.

Wyniki

Skala Katza – na podstawie skali pacjent jest osobą sprawną. Uzyskał 5 punktów na 6. Skala ADL – na podstawie skali pacjent wymaga jedynie pomocy wstępnej przy ubieraniu dolnej części ciała.

Skala IADL – na podstawie tej skali pacjent:

- wymaga pełnej pomocy przy przygotowaniu posiłku.
- wymaga częściowej pomocy przy pracach domowych.
- jest zależny od innych w zarządzaniu finansami.
- jest zależny od innych w zarządzaniu lekami.
- wymaga częściowej pomocy przy korzystaniu z telefonu.
- jest zależny od innych w dokonywaniu zakupów.

Ocena bólu – pacjent odczuwa ból rzadziej niż codziennie.

Ocena bólu cd. – pacjent ocenia ból jako umiarkowany.

Ocena zmęczenia – pacjent odczuwa minimalne zmęczenie, ale może wykonywać codzienne czynności.

Ocena duszności – pacjent nie odczuwa żadnych objawów.

Ocena nudności – pacjent bez nudności.

Skala Ryzyka Upadku – pacjent ma średnie ryzyko upadku.

Ocena odleżyn – pacjent nie posiada odleżyn.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarska 1: Wysokie ryzyko wystąpienia zmian sensorycznych spowodowane przez przejście udaru niedokrwiennego.

Cel opieki: Poprawa komfortu życia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Regularnie wykonywać kontrole skóry oraz wyedu-

kować pacjenta w jaki sposób to robić.

- Nauczyć pacjenta, aby przed użyciem wody sprawdził temperaturę zdrową kończyną.

- Regularnie ruszać chorymi kończynami.

Zapewnić dodatkową stymulację.

Oczekiwane wyniki: Skóra pacjenta pozostanie zdrowa wolna bez urazów.

Diagnoza pielęgniarska 2: Upośledzona ruchliwość fizyczna spowodowana udarem niedokrwiennym objawiająca się niestabilnym chodem i utratą równowagi.

Cele opieki: Poprawienie ruchliwości pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zachęcać do chodzenia i wykonywania codziennych czynności.
- Zapewnić stabilność pacjentowi przy poruszaniu się.
- Pozwolić pacjentowi wykonywać czynności we własnym tempie, nie poganiać.
- Zachęcać do korzystania ze środków wspomagających (np. laska).
- Pomóc pacjentowi zaakceptować własne ograniczenia.

Oczekiwane wyniki: Ruchliwość pacjenta została wzmocniona.

Diagnoza pielęgniarska 3: Problem komunikacji werbalnej spowodowany afazją ruchową z powodu udaru niedokrwiennego.

Cele opieki: Poprawa komunikacji werbalnej.

Interwencje pielęgniarskie:

- Podejść do pacjenta tak jak do osoby dorosłej, nie jak do dziecka. Być empatycznym oraz cierpliwym.
- Zapewnić spokojne otoczenie, aby ułatwić komunikację oraz zminimalizować rozproszenia.
- Stosować wskazówki/podpowiedzi, aby naprowadzić pacjenta.
- Pozostawić pacjentowi odpowiednią ilość czasu na odpowiedź.
- Zachęcać rodzinę do komunikacji z pacjentem.

Oczekiwane wyniki: Pacjent poprawia swoją komunikację werbalną.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko hiperglikemii spowodowane cukrzycą insulinozależną objawiające się wysokim stężeniem glukozy we krwi.

Cel opieki: Poprawa komfortu życia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Podawać insulinę zgodnie z zaleceniami.
- Regularnie sprawdzać poziom glukozy we krwi chorego.
- Zmieniać miejsca podań insuliny oraz miejsca pobrania krwi do sprawdzenia poziomu glukozy.
- Edukuj pacjenta na temat używania glukometru.

Oczekiwane wyniki: Pacjent poprawia swój komfort i bezpieczeństwo życia.

Diagnoza pielęgniarska 5: Zmieniony poziom świadomości spowodowany hipoksją objawiający się nierozumieniem fundamentalnych informacji.

Cel opieki: Poprawa świadomości pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Rejestracja oceny poziomu świadomości.
- Wyjaśnić wszystkie czynności pielęgniarskie przed ich wykonaniem w celu uniknięcia obaw oraz lęku.
- Zachęcać rodzinę pacjenta do pokazywania choremu znanych mu przedmiotów.
- Zachęcać rodzinę pacjenta do rozmów z chorym pomimo barier spowodowanych zmienionym poziomem świadomości.

Oczekiwane wyniki: Pacjent zachowuje optymalny poziom świadomości, o czym świadczy prawidłowa reakcja.

Diagnoza pielęgniarska 6: Trudności w samoopiece spowodowane udarem niedokrwiennym mózgu objawiające się ograniczoną ruchliwością pacjenta.

Cele opieki: Usamodzielnienie pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Pomóc pacjentowi zaakceptować swój deficyt samoopieki.
- Zachęcać do niezależności. Ustalić z pacjentem cele, aby ułatwić naukę. Interweniować, gdy pacjent nie jest w stanie wykonać zadania.
- Stosować stałe rutyny.
- Zapewnić udogodnienia pacjentowi (np. taboret w kabinie prysznicowej).

Oczekiwane wyniki: Pacjent wykonuje większości czynności samodzielnie.

Diagnoza pielęgniarska 7: Dysfunkcja procesów poznawczych wynikająca z udaru niedokrwiennego, przejawiająca się dezorientacją i niezrozumieniem podstawowych treści.

Cel opieki: Poprawa orientacji pacjenta w czasie, miejscu i sytuacji oraz wspieranie procesów poznawczych w celu zwiększenia samodzielności i bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarskie:

- Usunięcie zagrożeń z otoczenia.
- Używanie prostego języka i jasnych komunikatów.
- Prowadzenie ćwiczeń orientacyjnych.
- Zapewnić wsparcie pacjentowi w tym trudnym dla niego czasie.

Oczekiwany wynik: Pacjent uczestniczy w codziennych czynnościach.

Diagnoza pielęgniarska 8: Deficyt wiedzy pacjenta objawiający się brakiem informacji na temat własnej choroby.

Cel opieki: Edukacja pacjenta na temat własnej choroby.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zapewnić komfort pacjentowi oraz cichą, spokojną atmosferę, aby chory mógł skoncentrować się na przekazywanej mu wiedzy.
- Wykonywać edukację zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta.
- Przekazywać informacje za pomocą różnych form nauczania.
- Podczas edukacji skupić się na pojedynczym pojęciu. Pozwala to pacjentowi lepiej skupić się na omawianym materiale.

Oczekiwane wyniki: Pacjent zwiększył swoją wiedzę na temat własnej choroby.

Wnioski

Wielochorobowość jest jednym z kluczowych problemów pacjentów geriatrycznych. Osoby dotknięte tym złożonym schorzeniem częściej potrzebują pomocy medycznej, wymagają hospitalizacji oraz specjalistycznej opieki. Aby zapobiegać rozwojowi wielochorobowości, trzeba utrzymać sprawność psychoruchową i niezależność osób starszych jak najdłużej.

Pacjent po udarze niedokrwiennym mózgu wymaga szczególnej opieki i pomocy w odzyskaniu choć częściowo samodzielności, a także niezależności. Chory powinien regularnie korzystać z pomocy specjalistów takich jak np. logopeda i fizjoterapeuta. Chodzić regularnie na wizyty kontrolne do swojego lekarza prowadzącego oraz stosować się do jego zaleceń, które są zależne od indywidualnego przypadku.

Cukrzyca jest chorobą cywilizacyjną, która charakteryzuje się podwyższonym poziomem glukozy we krwi z powodu zaburzeń wydzielania insuliny. Konieczna jest regularna kontrola glikemii pacjenta oraz farmakoterapia. Ważne jest, aby poprawić jakość życia chorego.

Edukacja pacjenta powinna odbywać się w towarzystwie jego rodziny, ponieważ byłoby im łatwiej zrozumieć z jakimi problemami w wielochorobowości zmagają się ich najbliżsi oraz w jaki sposób mogą mu pomóc w codziennym życiu.

Piśmiennictwo

1. Kisiel Jakub, Chojnicki Michał, Wieczorowska-Tobis Katarzyna, Neumann-Podczaska Agnieszka, Gerontologia Polska 2023; 31 (4) s.258-268.
2. Homenda Wojciech, Młyński Mikołaj, Kozłowski Dariusz, Geriatria 2023; 17 (4) s.238-250.
3. Pielęgowanie pacjentów w starszym wieku. Red. Muszałik, Marta; Kędziora-Kornatowska, Kornelia. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2018, s.157-167.
4. Wójcik Rena, Adam Anna, Natora Justyna, Sulisz Izabela, Geriatria 2021; 15 (2) s.97-103
5. Wróblewska Izabela, Dziechciaż Małgorzata, Wróblewska Zuzanna, Pielęgniarstwo Neurologiczne Neurochirurgiczne 2019; 8 (3) s.112-118,
6. Michalak Monika, Thi Hoang Ann Le, Kazimierska-Zajac Magdalena, Pielęgniarstwo Specjalistyczne 2019 (4) s.164-169,
7. Michalak Monika, Mroczkowska Joanna, Regner Dorota, Kazimierska-Zajac Magdalena, Pielęgniarstwo Specjalistyczne 2019 (4) s.187-192
8. Scott T. Larson, Brigit E. Ray, Jason Wilbur, Ischemic stroke management: posthospitalization and transition of care, American Family Physician, 2023; 108 (1): 70-77
9. Czupryniak Leszek, Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczące postępowania w cukrzycy w 2024 roku - kolejny rok intensywnej transformacji co-

- dziennej praktyki lekarskiej, *Medycyna Praktyczna* 2024 (4) s.16, 18, 20, 22-31
10. Czupryniak Leszek, Zalecenia kliniczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę - co nowego na rok 2023., *Medycyna Praktyczna* 2023 (5) s.30, 32, 34, 36-38, 40, 42-44,
 11. Sieradzki Jacek, Diabetologia - postępy 2022/2023., *Med. Prakt.* 2023 (7/8) s.71-72, 74-80, 82-84,
 12. Łągiewka Anna, Jakość życia pacjenta z cukrzycą typu 2., *Pielęgniarstwo Specjalistyczne* 2022 (1) s.9-15
 13. Jacek Sieradzki, Ewa Płaczekiewicz-Jankowska, *Medycyna Praktyczna. Cukrzyca. W Interna*. Dostęp 15 kwietnia 2025. <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.13.1>
 14. Szewczyk Alicja, Cukrzyca - diagnostyka, profilaktyka., *Mag. Pielęg. Położ.* 2023 (3) s.12-14,
 15. Sękowski Kuba Bartłomiej, Grudziąż-Sękowska Justyna, Pinkas Jarosław, Jankowski Mateusz, Cukrzyca w Polsce - trendy i wyzwania z perspektywy zdrowia publicznego., *Med. Og. Nauki Zdr.* 2023: 29 (1) s.1-6
 16. Biernacka Ewa, Zdążyć przed powikłaniami - ważne zmiany w nowoczesnej terapii cukrzycy., *Lek Pol.* 2023: 33 (1) s.19-22
 17. Czupryniak Leszek, Płaczekiewicz-Jankowska Ewa, Strojek Krzysztof, Leczenie cukrzycy typu 2 - farmakoterapeutyczna rewolucja dokonana., *Med. Prakt.* 2022 (12) s.32, 34-36, 38, 40-46, 48
 18. Bielecka Katarzyna Maria, Stosowanie się chorych na cukrzycę do zaleceń lekarza, wiedza chorych na cukrzycę typu II na temat choroby., *Pielęg. Specjalistyczne* 2021 (1) s.16-22
 19. Śliwińska Aleksandra, Wasilewska Eliza, Wróbel Małgorzata, Małgorzewicz Sylwia, Zaburzenia stanu odżywienia w cukrzycy., *Forum Zaburzeń Metabol.* 2020: 11 (1) s.33-40
 20. Ciemińska Karolina Ewa, Kobos Ewa, Wsparcie społeczne pacjenta z cukrzycą typu 2 a wyrównanie metaboliczne choroby., *Med. Og. Nauki Zdr.* 2020: 26 (1) s.42-47
 21. Głowacka M., Słodki M. Klimetria w doskonaleniu jakości świadczeń zdrowotnych i kształcenia na kierunkach medycznych 2024 s. 352
 22. Kilańska Dorota. Wskaźniki jakości wyników opieki pielęgniarskiej wg C-HOBIC: Wybrane skale oceny funkcjonowania, wiedzy i umiejętności pacjentów ze wskazaniem diagnoz pielęgniarskich ICNP®. Łódź: Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2015. s.8-16

Data przyjęcia: 16.04.2026

Data recenzji: 17.05.2026

Data wydania: 26.06.2026

Pacjent pod wpływem internetu - wyzwania dla ochrony zdrowia

Medycyna alternatywna, ruch antyszczepionkowy, narracje o „Big Pharmie” oraz dezinformacja w stanach zagrożenia życia

Patient under the influence of the Internet - challenges for healthcare

Alternative medicine, anti-vaccination movement, “Big Pharma” narratives and misinformation in life-threatening emergencies

mgr Dariusz Mazurkiewicz
Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

Streszczenie

Cel pracy: Celem artykułu jest omówienie wpływu dezinformacji internetowej, medycyny alternatywnej, ruchów antyszczepionkowych oraz narracji o „Big Pharmie” na zaufanie pacjentów do medycyny opartej na faktach, ze szczególnym uwzględnieniem konsekwencji dla zespołów ratownictwa medycznego i szpitalnych oddziałów ratunkowych. Artykuł wskazuje, że problem nie ogranicza się do braku wiedzy, lecz obejmuje kryzys zaufania, podatność na przekaz emocjonalny i rosnące znaczenie mediów społecznościowych jako źródła porad zdrowotnych. Podstawowe założenie pracy zakłada, że dezinformacja zdrowotna może oddziaływać nie tylko na decyzje profilaktyczne, lecz także na czas wezwania pomocy, jakość pierwszej pomocy udzielanej przez świadków, współpracę z personelem oraz bezpieczeństwo pracy medyków. W podsumowaniu zaakcentowano potrzebę traktowania infodemii jako wyzwania zdrowia publicznego, wymagającego edukacji zdrowotnej i cyfrowej, transparentnej komunikacji instytucji oraz obecności profesjonalistów ochrony zdrowia w przestrzeni cyfrowej. Słowa kluczowe: dezinformacja zdrowotna; media społecznościowe; szczepienia; pierwsza pomoc; zaufanie.

Abstract

Aim: The aim of this review article is to discuss the influence of online health misinformation, alternative medicine, anti-vaccination movements and “Big Pharma” narratives on patients’ trust in evidence-based medicine, with particular attention to emergency medical services and hospital emergency departments. The article argues that the problem cannot be reduced to a simple lack of knowledge, as it also involves a crisis of trust, susceptibility to emotional messaging and the increasing role of social media as a source of health advice. The main

assumption is that health misinformation may affect not only preventive decisions but also the time of calling for help, the quality of bystander first aid, cooperation with healthcare staff and the occupational safety of medical professionals. The summary emphasizes the need to treat the infodemic as a public health challenge requiring health and digital education, transparent institutional communication and the active presence of healthcare professionals in the digital environment.

Keywords: health misinformation; social media; vaccination; first aid; trust.

Wprowadzenie

Współczesna medycyna nie mierzy się już wyłącznie z chorobą, ograniczeniami organizacyjnymi systemu ani niedoborem personelu. Coraz częściej jej przeciwnikiem staje się środowisko informacyjne, w którym pacjent funkcjonuje przed wejściem do gabinetu, przed kontaktem z podstawową opieką zdrowotną, a niekiedy także przed wezwaniem zespołu ratownictwa medycznego. W tym środowisku rozwijają się trzy zjawiska szczególnie istotne dla ochrony zdrowia: idealizacja medycyny alternatywnej, ruchy antyszczepionkowe oraz demagogiczne narracje o „Big Pharmie”, przedstawiające przemysł farmaceutyczny jako jednolity, ukryty i z definicji wrogi pacjentowi mechanizm.

Badania z ostatnich lat wskazują, że problem nie sprowadza się do prostego „braku wiedzy”. Istotniejsze znaczenie ma kryzys zaufania, w którym internet nie tyle tworzy sceptycyzm zdrowotny, ile go wzmacnia, porządkuje i nadaje mu pozór racjonalności. Nowsza literatura nie potwierdza w prosty sposób tezy, że sama sympatia do medycyny komplementarnej i alternatywnej jest głównym źródłem wahania szczepiennego. Silniejszym

predyktorem okazuje się nieufność wobec medycyny konwencjonalnej [1,2].

Oznacza to, że sama praktyka uzupełniająca nie musi być problemem systemowym, dopóki nie zastępuje leczenia o udowodnionej skuteczności i nie jest budowana w opozycji do medycyny opartej na faktach. Problem pojawia się wtedy, gdy przekaz alternatywny zaczyna przedstawiać się jako „prawdziwa”, „naturalna” albo „ukrywana” alternatywa wobec rzekomo skompromitowanej biomedycyny. W tym miejscu medycyna alternatywna styka się z ruchem antyszczepionkowym i narracjami spiskowymi.

Współczesne narracje antyszczepionkowe rzadko ograniczają się do prostego twierdzenia, że szczepionki są szkodliwe. Częściej przyjmują formę miękkiego sceptycyzmu: „nie jestem przeciw szczepieniom, tylko zadaję pytania”, „chcę naturalnej odporności”, „nie wierzę korporacjom”, „nikt nie bada długoterminowych skutków” albo „lekarze powtarzają to, co mówią firmy”. Taka forma przekazu jest szczególnie skuteczna, ponieważ wykorzystuje język troski, autonomii i krytycznego myślenia, a nie język jawnej negacji nauki.

Demagogia „Big Pharmacy” jest skuteczna również dlatego, że opiera się na półprawdzie. Nie można negować, że przemysł farmaceutyczny działa także według logiki zysku, że historia zna przypadki nadużyć, a relacje między nauką, rynkiem i regulacją bywają napięte. W narracjach spiskowych rzeczywiste zastrzeżenia etyczne są jednak przekształcane w totalne oskarżenie wobec całej medycyny instytucjonalnej. W takim ujęciu każde badanie kliniczne staje się manipulacją, każda rekomendacja zdrowotna - ukrytym interesem, a każda szczepionka lub lek - narzędziem kontroli albo zysku.

Media społecznościowe nie są wyłącznie nośnikiem tych treści, lecz także ich aktywnym wzmacniaczem. Przegląd systematyczny i metaanaliza opublikowane w 2026 r. wykazały, że ekspozycja na dezinformację zdrowotną w mediach społecznościowych jest powszechna, choć bardzo zróżnicowana między badaniami; zagregowana częstość kontaktu z takimi treściami wyniosła 59% [3]. Z punktu widzenia ochrony zdrowia kluczowe jest nie tylko istnienie fałszywych treści, ale również obecność dużych grup odbiorców podatnych na ich regularne przyswajanie.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie dezinformacji zdrowotnej jako zjawiska oddziałującego na zaufanie pacjentów do medycyny opartej na faktach oraz na praktyczne funkcjonowanie ochrony zdrowia, w szczególności w stanach nagłych. Artykuł koncentruje się na relacji między medycyną alternatywną, wahaniem szczepiennym, narracjami spiskowymi i przekazem internetowym, a także na konsekwencjach tych zjawisk dla zespołów ratownic-

stwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych i bezpieczeństwa personelu medycznego.

Materiał i metodyka

Praca ma charakter poglądowy. Materiał stanowiły publikacje naukowe oraz komunikaty instytucji zdrowia publicznego dotyczące dezinformacji zdrowotnej, wahania szczepiennego, medycyny komplementarnej i alternatywnej, zaufania do medycyny, ekspozycji na dezinformację w mediach społecznościowych, pierwszej pomocy oraz przemocy wobec pracowników ochrony zdrowia. Uwzględniono publikacje z lat 2020-2026 oraz wybrane komunikaty WHO, UNICEF, Gavi, ECDC i KFF istotne dla opisywanego problemu.

Nie prowadzono własnego badania empirycznego, nie stosowano metod statystycznych i nie używano oprogramowania do opracowania wyników. Dane liczbowe przytoczono wyłącznie jako element opisu piśmiennictwa i komunikatów instytucjonalnych. Informacja o stanowisku Komisji Bioetycznej: nie dotyczy, ponieważ praca nie obejmowała badań prowadzonych na ludziach ani przetwarzania indywidualnych danych medycznych.

Wyniki badań

Najnowsze dane pokazują, że zaufanie do medycyny opartej na faktach pozostaje wysokie, ale nie jest niewzruszone. W badaniach KFF z 2025 r. znacząca część dorosłych deklarowała zaufanie do własnego lekarza jako źródła informacji o szczepieniach, a jednocześnie wyraźnie niższe pozostawało zaufanie do firm farmaceutycznych [4,5]. Ten rozdzźwięk ma znaczenie praktyczne, ponieważ pacjent może ufać konkretnemu profesjonalistcie, ale jednocześnie interpretować rekomendacje systemowe przez pryzmat nieufności wobec instytucji i rynku.

Szczególnie istotne są dane dotyczące błędnych przekonań. W badaniach KFF część respondentów uznawała albo skłaniała się ku uznaniu fałszywego twierdzenia o związku szczepionki MMR z autyzmem oraz fałszywego twierdzenia, że szczepionki mRNA mogą zmieniać ludzkie DNA [5,6]. Z perspektywy komunikacji zdrowotnej najważniejsza jest nie tylko grupa osób jednoznacznie przekonanych do nieprawdy, lecz także szeroka strefa niepewności, w której odbiorca nie posiada utrwalonej wiedzy i pozostaje podatny na prosty, emocjonalny przekaz.

Wahanie szczepienne nie jest więc jedynie skutkiem niewiedzy. Badania wskazują na znaczenie niskiego zaufania instytucjonalnego, słabszej alfabetyzacji zdrowotnej i cyfrowej, podatności na narracje spiskowe, emocjonalnego charakteru przekazu oraz wpływu internetowych liderów opinii. Dane z Polski wskazują dodatkowo, że zaufanie do naukowców działa ochronnie, natomiast podatność na dezinformację zdrowotną i przekonania spiskowe wokół szczepień pozostają istotnymi predyktorami wahania szczepiennego [7].

Znaczenie problemu wzmacniają dane dotyczące szczepień populacyjnych. Według WHO globalne pokrycie trzecią dawką szczepionki przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi wyniosło w 2024 r. 85%, a odsetek dzieci, które otrzymały pierwszą dawkę szczepionki przeciw odrze, wyniósł 84% [8]. Wspólne komunikaty WHO, UNICEF i Gavi zwracają uwagę, że wzrost ognisk chorób możliwych do zapobiegania szczepieniami zagraża postępowi osiągniętemu w ostatnich dekadach [9].

Tabela 1. Wybrane wskaźniki istotne dla oceny zaufania do medycyny i dezinformacji zdrowotnej

Wskaźnik	Wartość	Źródło / rok
Dorośli deklarujący co najmniej umiarkowane zaufanie do własnego lekarza jako źródła informacji o szczepieniach	83%	KFF / 2025
Respondenci uznający lub skłaniający się ku uznaniu mitu o związku MMR z autyzmem	23%	KFF / 2025
Respondenci uznający lub skłaniający się ku uznaniu twierdzenia, że szczepionki mRNA zmieniają DNA	30%	KFF / 2025
Zagregowana częstość ekspozycji na dezinformację zdrowotną w mediach społecznościowych	59%	BMC Public Health / 2026
Globalne pokrycie DTP3	85%	WHO / 2025
Dzieci zaszczepione pierwszą dawką przeciw odrze	84%	WHO / 2025

Objaśnienia: DTP3 - trzecia dawka szczepionki przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi; MMR - szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce; mRNA - informacyjny kwas rybonukleinowy.

Omówienie/Dyskusja

Szczególnie niebezpiecznym wymiarem dezinformacji zdrowotnej jest jej wpływ na zachowania pacjentów i ich bliskich w stanach nagłych, w tym w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia. W tej sferze problem nie sprowadza się już do błędnych przekonań światopoglądowych. Dezinformacja może przekładać się na opóźnienie wezwania pomocy, podejmowanie niewłaściwych działań przedmedycznych, kwestionowanie poleceń personelu ratunkowego, a niekiedy także na agresję wobec ratowników medycznych i personelu szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Media społecznościowe coraz częściej stają się dla laików źródłem „instrukcji” postępowania w przypadkach drgawek, utraty przytomności, nagłego zatrzymania krążenia, udaru czy ciężkich reakcji chorobowych. Badanie

dotyczące treści publikowanych na TikToku w zakresie pierwszej pomocy w napadach drgawkowych wykazało, że analizowane materiały osiągnęły łącznie ponad 19,5 mln wyświetleń, a wiele z nich pomijało kluczowe elementy prawidłowego postępowania lub zawierało zalecenia błędne [10]. Użytkownik internetu może więc wejść w sytuację nagłą z fałszywym poczuciem przygotowania, które w rzeczywistości zwiększa zagrożenie dla pacjenta.

Problem dotyczy również stanów takich jak udar i zawał serca, w których decydujące znaczenie ma szybkie rozpoznanie objawów alarmowych i natychmiastowe uruchomienie systemu ratunkowego. Jeśli rzetelna informacja poprawia czas reakcji, to dezinformacja, bagatelizacja objawów albo fałszywe „domowe” porady mogą ten czas wydłużać. W warunkach zespołów ratownictwa medycznego i szpitalnych oddziałów ratunkowych oznacza to cięższy stan pacjenta przy przyjęciu, mniejsze możliwości skutecznej interwencji oraz gorsze rokowanie.

W praktyce pogotowia ratunkowego i szpitalnych oddziałów ratunkowych dezinformacja przyjmuje kilka szczególnie problematycznych postaci. Po pierwsze, prowadzi do opóźniania wezwania pomocy, ponieważ pacjent albo jego rodzina najpierw „konsultują” objawy z internetem lub grupami w mediach społecznościowych. Po drugie, wytwarza nierealistyczne oczekiwania wobec zespołów ratownictwa medycznego i szpitalnych oddziałów ratunkowych, na przykład przekonanie, że każda dolegliwość musi skutkować natychmiastowym transportem, natychmiastową diagnostyką obrazową albo wdrożeniem określonego leku. Po trzecie, osłabia zaufanie do decyzji medycznych podejmowanych w warunkach presji czasu.

Ten problem ma również wymiar bezpieczeństwa personelu. Przemoc wobec pracowników ochrony zdrowia jest opisywana jako rosnące obciążenie systemu, związane między innymi z niezaspokojonymi oczekiwaniami pacjentów, problemami komunikacyjnymi, długim czasem oczekiwania i ograniczeniami organizacyjnymi [12,13]. Internetowa narracja utrwalająca przekonanie, że „ratownicy nic nie robią”, „SOR celowo odsyła pacjentów” albo „lekarze ukrywają prawdę”, może nasilać napięcie w sytuacji kontaktu z systemem. Pacjent i jego bliscy przychodzą wtedy nie tylko z lękiem, lecz także z gotową narracją nieufności.

Dla przyszłości medycyny zagrożenie ma charakter podwójny. Po pierwsze, możliwy jest regres w obszarach, które wydawały się trwale zabezpieczone przez wiedzę naukową: szczepieniach, profilaktyce, leczeniu chorób przewlekłych, onkologii, psychiatrii czy medycynie reprodukcyjnej. Po drugie, zmienia się sama struktura relacji terapeutycznej. Jeżeli pacjent coraz częściej uznaje, że dowód naukowy jest tylko „jedną z opinii”, a eksperta można zrównywać z influencerem, medycyna traci nie tylko autorytet, lecz także operacyjną zdolność do prowadzenia skutecznej terapii populacyjnej.

Niebezpieczeństwo nie polega na samej krytyce instytucji. Krytyka jest potrzebna, podobnie jak transparentność badań, jawność konfliktów interesów i rygor regulacyjny. Problem zaczyna się wtedy, gdy uzasadniona ostrożność zostaje zastąpiona totalną podejrzliwością, a ta podejrzliwość zostaje skomercjalizowana. W ekosystemie internetowym treści antyszczepionkowe i alternatywne bywają sprzęgnięte z rynkiem suplementów, kursów, „detoksów”, alternatywnych konsultacji i odpłatnych wspólnot tożsamościowych.

Dlatego współczesna medycyna powinna traktować dezinformację zdrowotną nie jako poboczny problem komunikacyjny, lecz jako pełnoprawne wyzwanie zdrowia publicznego. Potrzebne są nie tylko badania, ale także zmiana sposobu działania instytucji: większa obecność ekspertów w przestrzeni cyfrowej, lepsze tłumaczenie niepewności naukowej, szybsze reagowanie na fałszywe narracje, odbudowa zaufania do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i tworzenie kanałów informacji, które będą dla pacjenta równie dostępne jak przekaz dezinformacyjny.

Wnioski/Podsumowanie

Dezinformacja zdrowotna powinna być traktowana jako czynnik ryzyka dla zdrowia publicznego, ponieważ wpływa nie tylko na przekonania pacjentów, lecz także na decyzje profilaktyczne, czas reakcji w stanach nagłych, współpracę z personelem i bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia.

Sama sympatia do medycyny alternatywnej nie wyjaśnia w pełni wahania szczepiennego. Kluczowe znaczenie ma nieufność wobec medycyny konwencjonalnej, instytucji publicznych i przemysłu farmaceutycznego, która w internecie może być wzmacniana przez narracje emocjonalne i spiskowe.

Zespoły ratownictwa medycznego i szpitalne oddziały ratunkowe wymagają szczególnego uwzględnienia w strategiach przeciwdziałania dezinformacji, ponieważ skutki błędnych przekonań mogą ujawniać się tam natychmiast: przez opóźnienie wezwania pomocy, niewłaściwe działania świadków i eskalację konfliktu z personelem.

Odpowiedź systemowa powinna obejmować edukację zdrowotną i cyfrową, obecność profesjonalistów ochrony zdrowia w mediach społecznościowych, transparentną komunikację instytucji oraz stałe monitorowanie infodemii zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Hornsey MJ, Lobera J, Díaz-Catalán C. Vaccine hesitancy is strongly associated with distrust of conventional medicine, and only weakly associated with trust in alternative medicine. *Soc Sci Med.* 2020;255:113019. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113019.
2. Ward JK, Gauna F, Gagneux-Brunon A, et al. Diversity of attitudes towards complementary and alternative medicine

(CAM) and vaccines: A representative cross-sectional study in France. *Soc Sci Med.* 2023;327:115952. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.115952.

3. Çeleğen İ, Sarıöz A. Exposure to health misinformation on social media across key health domains: a systematic review and meta-analysis of survey-based studies. *BMC Public Health.* 2026;26(1):1529. doi: 10.1186/s12889-026-27242-2.
4. KFF. Public Trust in Vaccine Information, Misrepresented Vaccine Studies, and HIV and PrEP Stigma. 2025. Dostęp: 23.05.2026. Adres: <https://www.kff.org/health-information-trust/public-trust-in-vaccine-information-misrepresented-vaccine-studies-and-hiv-and-prep-stigma/>.
5. KFF. Tracking Poll on Health Information and Trust: January 2025. 2025. Dostęp: 23.05.2026. Adres: <https://www.kff.org/health-information-trust/kff-tracking-poll-on-health-information-and-trust-january-2025/>.
6. KFF. Tracking Poll on Health Information and Trust: Vaccine Safety and Trust. 2025. Dostęp: 23.05.2026. Adres: <https://www.kff.org/health-information-trust/kff-tracking-poll-on-health-information-and-trust-vaccine-safety-and-trust/>.
7. Duplaga M, Sikorska M, Zwierczyk U, Kowalska-Duplaga K. Exploring the relationship between susceptibility to health misinformation and vaccine hesitancy in Poland. *Healthcare (Basel).* 2026;14(4):497. doi: 10.3390/healthcare14040497.
8. WHO. Immunization coverage. 2025. Dostęp: 23.05.2026. Adres: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>.
9. WHO, UNICEF, Gavi. Increases in vaccine-preventable disease outbreaks threaten years of progress. 2025. Dostęp: 23.05.2026. Adres: <https://www.who.int/news/item/24-04-2025-increases-in-vaccine-preventable-disease-outbreaks-threaten-years-of-progress--warn-who--unicef--gavi>.
10. Birkun AA. Misinformation on first aid for seizures communicated through the fastest growing social media platform: A cross-sectional study of TikTok content. *Epilepsy Behav.* 2024;161:110116. doi: 10.1016/j.yebeh.2024.110116.
11. Birkun AA. Misinformation on resuscitation and first aid as an uncontrolled problem that demands close attention: a brief scoping review. *Public Health.* 2024;228:147-149. doi: 10.1016/j.puhe.2024.01.005.
12. O'Brien CJ, van Zundert AAJ, Barach PR. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention - a narrative review. *eClinicalMedicine.* 2024;72:102641. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102641.
13. Whalen M, Bradley M, Hanson GC, et al. Exploring perceptions of reporting violence against healthcare workers in the emergency department: A qualitative study. *Int Emerg Nurs.* 2024;76:101500. doi: 10.1016/j.ienj.2024.101500.
14. ECDC. Measles. Annual Epidemiological Report for 2024. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2025.
15. WHO Europe, UNICEF. Measles cases dropped in Europe and Central Asia in 2025 compared to the previous year, but the risk of outbreaks remains. 2026. Dostęp:

23.05.2026. Adres: <https://www.unicef.org/press-releases/measles-cases-dropped-europe-and-central-asia-2025-compared-previous-year-risk>.

16. Kisa A, Kisa S. Health conspiracy theories: a scoping review of drivers, impacts, and countermeasures. *Int J Equity Health*. 2025. doi: 10.1186/s12939-025-02451-0.

Informacja o wcześniejszej prezentacji pracy: Praca była wygłoszona na konferencji „Bezpieczeństwo zaczyna się od nas – rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem”. II Konferencja naukowo-szkoleniowa z międzynarodowym udziałem. Kudowa Zdrój 2026

Data przyjęcia: 25.05.2026
Data recenzji: 20.06.2026
Data wydania: 26.06.2026