

WYŻSZA SZKOŁA GOSPODARKI KRAJOWEJ W KUTNIE  
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

**Międzynarodowa Konferencja Naukowa**

**WIELOWYMIAROWOŚĆ OPIEKI  
NAD PACJENTEM PRZEWLEKLE  
CHORYM I POSZKODOWANYM**

**Pod redakcją naukową  
Bogdan Matvichuk  
Janusz Mudyna  
Agnieszka Komorowska**

KUTNO 2019

Międzynarodowa Konferencja Naukowa  
pod redakcją Bogdan Matvichuk, Janusz Mudyna, Agnieszka Komorowska

**WIELOWYMIAROWOŚĆ OPIEKI NAD PACJENTEM PRZEWLEKLE CHORYM  
I POSZKODOWANYM**

**Recenzja wydawnicza**

dr Teresa Branicka Bielecka

**Redaktor**

dr hab. Zbigniew Białobłocki

**Korekta**

Aneta Moszczyńska

**Skład**

Łukasz Różyński

Wydanie I

**ISBN 978-83-63484-36-1**

**Druk i oprawa**

Mazowieckie Centrum Poligrafii  
ul. Mikołaja Ciurlionisa 4  
05-260 Marki

© Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie – Kutno 2019

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów publikacji bez zgody wydawcy zabronione.

# SPIS TREŚCI

<b>PRZEDMOWA</b> .....	5
------------------------	---

*Elżbieta Świątkowska, Karol Koszada*

<b>ZARYS HISTORII ROZWOJU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE Z UWZGLĘDNIENIEM MIASTA KUTNA</b> .....	7
---	---

*Kopczyński Kazimierz*

<b>WYKORZYSTANIE LOGOTERAPII I MODELU SALUTO GENEZYW OPIECE NAD PACJENTEM PRZEWEKLE CHORYM I POSZKODOWANYM</b> .....	21
--	----

*Р.М. Ляхович, Я.М. Кіцак*

<b>POSTĘPOWANIE RATOWNICZE Z PACJENTEM URAZOWYM (KATEGORIA „LOAD AND GO”) NA PRZEDSZPITALNYM ETAPIE OKAZYWANIA POMOCY MEDYCZNEJ”</b> .....	29
--	----

*Krzysztof Szymański*

<b>RATOWNICTWO MEDYCZNE W RUCHU DROGOWYM</b> .....	39
--	----

*Piotr Ćwikliński*

<b>POSTĘPOWANIE RATOWNICZE U DZIECI PO WYPADKU KOMUNIKACYJNYM</b> . . . .	47
---	----

*Ufa Bogumiła*

<b>ROLA I ZADANIA PIELĘGNIARKI W REHABILITACJI</b> .....	57
--	----

*Agnieszka Komorowska*

<b>ZJAWISKO WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PIELĘGNIAREK NA TLE INNYCH PRACOWNIKÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ – BADANIA WSTĘPNE</b> .....	65
---	----

<b>PODSUMOWANIE GŁÓWNEGO PRZESŁANIA KONFERENCJI</b> .....	83
---	----

<b>NOTA O AUTORACH</b> .....	85
------------------------------	----



## PRZEDMOWA

Przekazujemy Państwu kolejną monografię na Wydziale Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Gospodarki Krajowej w Kutnie na temat „*Wielowymiarowość opieki nad pacjentem przewlekle chorym i poszkodowanym*”.

Mówiąc o osobie przewlekle chorej, mamy na uwadze osobę, której choroba oraz ewentualne leczenie trwają od długiego już czasu, a przebieg choroby jest często powikłany schorzeniami w obrębie innych układów lub narządów. Wsparcie w procesie przewlekłej choroby, potrzebują przede wszystkim osoby samotne, ale również osoby funkcjonujące w rodzinie, z powodu licznych ograniczeń. Współdziałanie zespołów z różnych dziedzin ratownictwa, medycyny i opieki pielęgniarstwa ma istotne znaczenie w podejściu holistycznym do pacjenta przewlekle chorego i poszkodowanego znajdującego się w sytuacjach kryzysowych, wymagających najwyższej formy współpracy jednostek ratowniczych oraz środowiska lekarskiego. Działania w takich sytuacjach wystawiają na próbę wiedzę, doświadczenie oraz emocje.

Nasza monografia stanowi kompilację interdyscyplinarności, która pozwoli czytelnikom spojrzeć na zakres swoich działań w sposób holistyczny. W monografii zostały poruszone istotne kwestie z punktu widzenia jakości współpracy jak i najefektywniejszego ratowania życia ludzkiego.

Mamy nadzieję, że poruszane zagadnienia stanowiąc będą pomocne źródło dla profesjonalistów sprawujących opiekę nad tą grupą pacjentów.

*Agnieszka Komorowska*

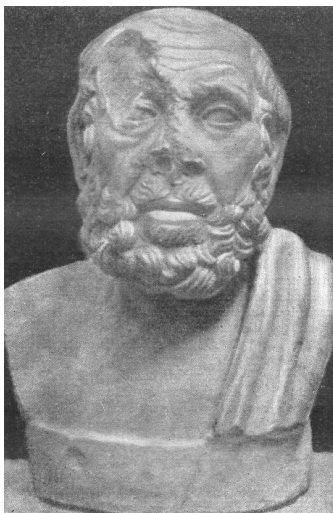


*dr n. med. Elżbieta Świątkowska, dr n med. Karol Koszada*

# **ZARYS HISTORII ROZWOJU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W POLSCE Z UWZGLĘDNIENIEM MIASTA KUTNA**

## **1. ZARYS HISTORII ROZWOJU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

Przekazy o udzielaniu pierwszej pomocy medycznej pochodzą sprzed kilku tysięcy lat. Pojawiają się w pismach wybitnych przedstawicieli medycyny starożytnej m.in. Hipokratesa i Pliniusza.



**Foto 1.** Popiersie Hipokratesa w muzeum w Ostii<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Wszystkie zdjęcia zamieszczone w tekście, pochodzą z prywatnych zbiorów autorów.

Wzmianki o ratowaniu ludzi znajdujemy również w Starym Testamencie, w II i III Księdze Królewskiej znajduje się opis udzielania pierwszej pomocy, kiedy to prorok Eliasz ratuje dziecko stosując metodę sztucznego oddychania „usta-usta”, którą stosuje się do dziś.

Najwięcej informacji w literaturze dotyczy ratowania topielców. Za najważniejszy zabieg w tamtych latach, uznawano usunięcie wody z dróg oddechowych. Różniły się tylko sposoby, za pomocą których to robiono. Dziś niektóre z nich mogą szokować.

Starożytni Egipcjanie wieszali topielca za pięty i naprzemiennie zgniatali i rozciągali klatkę piersiową. W dawnych Chinach i Japonii przewieszali topielca przez grzbiet wołu, który poruszając się, podrzucał ratowanego, powodując usunięcie wody z płuc.

Stosowali także układanie żarzących się węgli na brzuchu ratowanego, co miało pobudzić powrót oddechu. Sztuczne oddychanie wspomagano poprzez stosowanie różnego rodzaju miechów i worków z powietrza. Stosowano także specjalistyczne metody ratownicze. W starożytnej Grecji w II wieku p.n.e. wobec groźby uduszenia się chorego, Asklepiades zalecał wykonanie tracheotomii – przecięcie tchawicy.

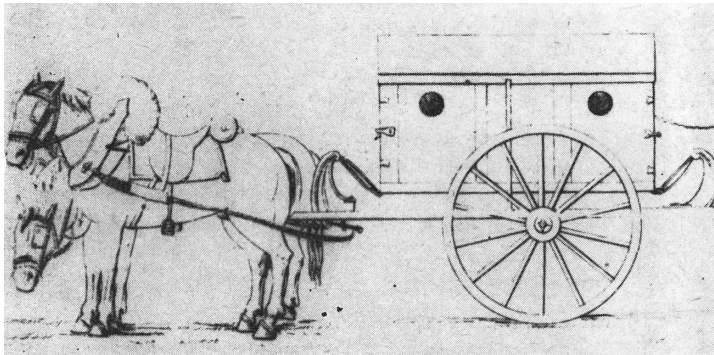
Z ustaleń historyków medycyny wynika, że pierwowzorem zorganizowanej pomocy doraźnej były średniowieczne wspólnoty religijne, które stawiały sobie za cel pomoc rannym i chorym. Ich zadaniem była przede wszystkim pomoc pielgrzymom udającym się do Ziemi Świętej.



**Foto 2.** Udzielanie pomocy rannym w XII wieku.

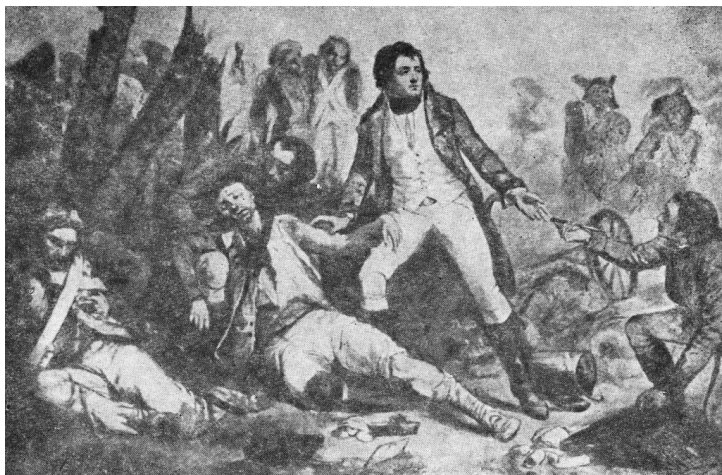


Idea udzielania pomocy medycznej na miejscu zdarzenia powstała w końcu XVIII wieku, podczas wojen napoleońskich. Wtedy po raz pierwszy zaprojektowano lekkie pojazdy konne, którymi przewożono chirurgów na pierwszą linię frontu, gdzie udzielali oni pomocy rannym żołnierzom.



**Foto 3.** Wóz dwukołowy do przewożenia rannych.

Jean Dominik Larrey chirurg wojskowy stwierdził, że pomocy lekarskiej należy udzielić nie później niż w ciągu 24 godzin od doznania urazu. W armii napoleońskiej powstała również doktryna zakładająca, że ranni na polu bitwy będą otrzymywać jedynie pierwszą pomoc chirurgiczną udzielaną im przez załogi „lotnych ambulansów”. Załogi ambulansów miały do dyspozycji konie z dwoma rodzajami koszy. W jednych znajdowały się materiały medyczne, inne natomiast były przystosowane do transportu rannych do polowych lazaretów. W okresie zimowym do transportu wykorzystywano sanie.

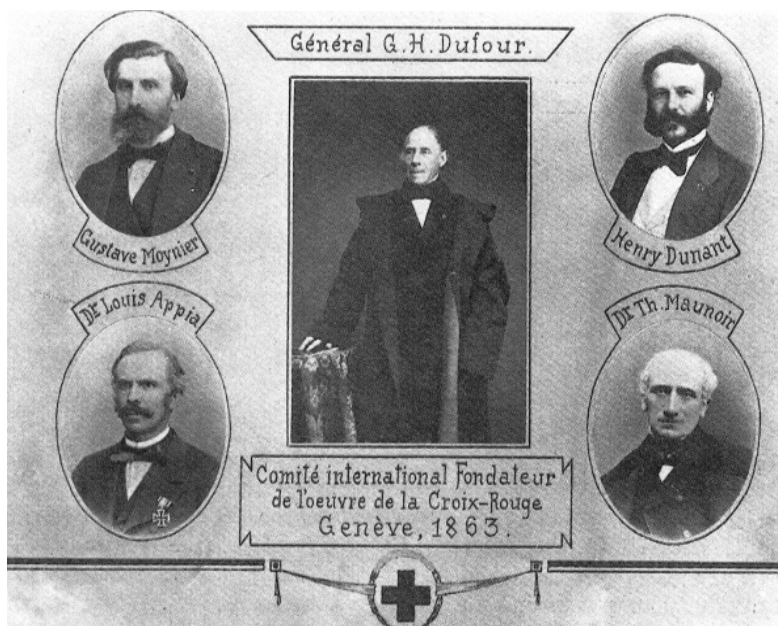


**Foto 4.** Jean Dominik Larrey w czasie bitwy pod Borodino.

W miarę upływu lat, rozpoczęto tworzenie wojskowej służby medycznej, albowiem rozwój techniki wojennej i coraz większa liczba rannych, spowodowała konieczność zapewnienia żołnierzom dobrze wyszkolonej pomocy medycznej, stale obecnej na lub w pobliżu pola walki.

Przełom w tym zakresie nastąpił po bitwie pod Solferino, stoczonej w czerwcu 1859 roku, która była jedną z najkrwawszych bitew ówczesnej Europy.

Cztery lata później, szwajcar Henri Dunant założył Międzynarodowe Towarzystwo Czerwonego Krzyża, które za swoje godło przyjęło czerwony krzyż na białym polu. Dzięki działalności Czerwonego Krzyża w sierpniu 1864 roku, delegacje 16 krajów europejskich podpisały Konwencję Genewską, o neutralności rannych i chorych żołnierzy walczących ze sobą armii oraz personelu sanitarnego i frontowych szpitali.



**Foto 5.** Zarząd Międzynarodowego Czerwonego Krzyża, Genewa 1863 rok.

Na przełomie XVIII i XIX wieku, w wielu miastach Europy pojawiły się organizowane przez mieszkańców posterunki opatrunkowe. Rozmieszczano je w różnych punktach miast – w fabrykach, przy placach oraz zbiornikach wodnych. Do punktów tych, w razie nagłych wypadków, wzywano miejscowych lekarzy.

Do rozwoju pomocy doraźnej przyczynili się strażacy, którzy jako pierwsi docierali na miejsce zdarzenia. Ze względu na umiejętności udzielania pomocy również medycznej, nazywano ich uniwersalnymi ratownikami.

W tym czasie, w krajach Europy, zaczęto wydawać pierwsze przepisy prawne, regulujące zasady udzielania pierwszej pomocy. W listopadzie 1775 roku we Wrocławiu, król pruski ogłosił *Edykt względem prędkiego ratowania przez nagle przypadki zaginionymi w wodzie, albo jakimkolwiek sposobem o utratę życia przewidzianych osób*.

Edykt ten nadawał ratownictwu w zaborze pruskim status prawny, zobowiązywał każdego obywatela do udzielania pierwszej pomocy poszkodowanemu, w przepisach tych została przedstawiona metoda sztucznego oddychania usta-usta. W 1839 roku, na terenie Królestwa Polskiego, wydano podobne przepisy, dzięki którym resuscytacja uzyskała podstawę prawną, a Rada Lekarska Królestwa Polskiego wydała książkę (podręcznik), którego tytuł brzmiał *Wiadomości o ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci będących, albo nagłą utratą życia zagrożonych*. Była to jedna z pierwszych tego typu publikacji w ówczesnej Europie.

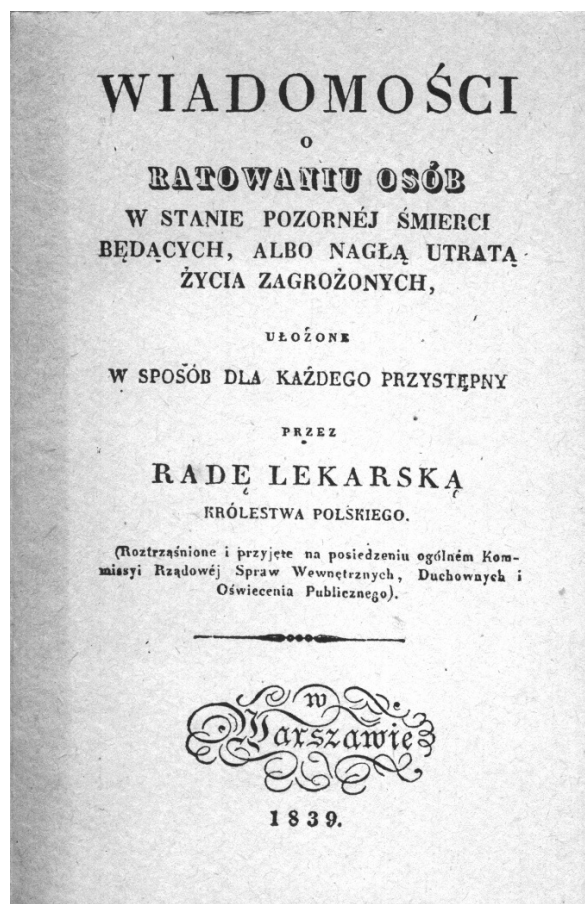


Foto 6. Okładka wydawnictwa Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego.

Docieranie służb medycznych do domu chorego, udzielenie mu pierwszej niezbędnej pomocy i ewentualny transport do szpitala zapoczątkowano w XIX wieku w Belfaście. Jednak pomoc ta dotyczyła tylko chorych kardiologicznych.

Po wielkim pożarze opery wiedeńskiej „Ringtheater” w 1881 roku, w czasie którego zginęło około 400 osób, utworzono Wiedeńskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe. Członkowie tego towarzystwa, utworzyli w Wiedniu w maju 1883 roku stałą stację ratowniczą, gotową w każdej chwili udzielić pomocy ofiarom nieszczęśliwych wypadków. Była to pierwsza placówka pogotowia ratunkowego w Europie.

Na bazie doświadczeń wiedeńskich i dzięki współpracy z zarządem wiedeńskiego pogotowia w czerwcu 1891 roku rozpoczęła w Krakowie działalność stacja ratunkowa Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego.

Głównym pomysłodawcą był profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego Alfred Obaliński, wskazówki organizacyjne i fundusze na wyposażenie placówki dał austriacki filantrop – hrabia Hans Wilczek.

Rada Miejska Krakowa wydzieliła fundusze na utrzymanie strażnicy ratunkowej oraz przydzieliła pomieszczenia w budynku straży pożarnej. Tabor stanowił wóz sanitarny zaprzęgnięty w dwa konie oraz pięć sztuk noszy sanitarnych.

Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe w Krakowie, było pierwszą na ziemiach polskich, profesjonalną jednostką ratownictwa medycznego, która swoją działalność rozpoczęła 6 czerwca 1891 roku<sup>2</sup>.

Podobne instytucje zaczęto tworzyć w dużych polskich miastach, na przełomie XIX i XX wieku<sup>3</sup>.

Do czasu II wojny światowej w Polsce, nieliczne stacje pogotowia ratunkowego utrzymywały się ze składek społecznych, darowizn, opłat ubezpieczalni społecznej i dotacji miejskich. Były to instytucje samodzielne, posiadające osobowość prawną, funkcjonujące przez całą dobę i udzielające bezpłatnej pomocy we wszystkich nieszczęśliwych wypadkach.

Od roku 1945 rozpoczął się dynamiczny okres rozwoju wszystkich placówek służby zdrowia na terenie całej Polski. Było to zapewne podyktowane rozwojem nauk medycznych, zwiększeniem świadomości mieszkańców, jak również powszechnym procesem industrializacji kraju. Dostępność do usług medycznych stała się powszechna. W miastach powiatowych zaczęto tworzyć Stacje Pogotowia Ratunkowego. Przemiany te dotyczyły również Kutna i powiatu kutnowskiego.

---

<sup>2</sup> Siwiec K., Czuma M., Mazan L., „Madame, wkładamy dziecko z powrotem”, Oficyna Wydawnicza Anabasis s. c., Kraków 2009, s.284 – 286.

<sup>3</sup> W Łodzi, w roku 1898, z inicjatywy Władysława Pinkusa, Karola Jonschera, Emanuela Sonnenberga, oraz Seweryna Sterlinga powołano do życia Towarzystwo „Pogotowie”. Pogotowie Ratunkowe w Łodzi rozpoczyna swoją działalność w roku 1899.

Należy jednak odnotować fakt, że już w latach dwudziestych ubiegłego wieku, w naszym mieście był ambulans sanitarny, pomimo iż nie działała żadna instytucja w formule „Pogotowia”. Został on zakupiony ze składek Oddziału Kutnowskiego Polskiego Czerwonego Krzyża (PCK), jako dar dla 37 Pułku Piechoty im. Księcia Józefa Poniatowskiego.



**Foto 7.** Ambulans sanitarny 37 Pułku Piechoty im Ks. Józefa Poniatowskiego w Kutnie.

Intencją darczyńców było, aby szybka pomoc medyczna mogła być niezwłocznie udzielona żołnierzom, w warunkach ich niebezpiecznej dla zdrowia i życia służby<sup>4</sup>. Z przekazów ustnych mieszkańców Kutna, którzy pamiętali tamte lata, wynika, że w sytuacjach wymagających szybkiej pomocy medycznej, ambulans ten był również wykorzystywany do niesienia pomocy cywilnym mieszkańcom miasta i powiatu.

Pierwszą siedzibą Powiatowej Stacji Pogotowia Sanitarnego PCK w Kutnie był budynek przy ulicy 3 Maja numer 2.

<sup>4</sup> Po odzyskaniu niepodległości w roku 1918 oraz niedawno zakończonej zwycięskiej wojnie z bolszewikami, Wojsko Polskie, jako widomy znak niepodległego państwa, cieszyło się wśród społeczeństwa polskiego olbrzymią sympatią i autorytetem.



**Foto 8.** Pierwsza siedziba Stacji Pogotowia Sanitarnego w Kutnie przy ulicy 3 Maja.

Warunki organizacyjne i lokalowe w jakich działała wtedy Stacja Pogotowia były bardzo skromne. Brak było pomieszczeń ambulatoryjnych, wyposażenie w sprzęt medyczny było na minimalnym poziomie. Z tego powodu wszystkie zabiegi medyczne musiały być wykonywane w szpitalu. Nie było łączności radiowej pomiędzy zespołem karetki, a dyspozytorem przebywającym w Stacji i przyjmującym zgłoszenia telefoniczne od potrzebujących.

Wiele do życzenia pozostawiały również samochody sanitarne. Ówczesne karetki były tak małe, że z trudem mieściły się w nich nosze, na których transportowano chorego. Wykonywanie jakichkolwiek czynności medycznych w trakcie jazdy ambulansu nie było możliwe<sup>5</sup>.



**Foto 9.** Samochód sanitarny „Skoda” – rok 1955.

<sup>5</sup> Po zakończeniu II Wojny Światowej, tworząca się w Polsce sieć Stacji Pogotowia Sanitarnego dysponowała samochodami sanitarnymi z tzw. *demobilu*. Dopiero w latach 50-tych XX wieku, stare, bardzo awaryjne pojazdy sanitarne, zostały zastąpione karetkami, produkowanymi przez zakłady *Škoda*. Samochody te były użytkowane jeszcze na początku lat 60-tych ubiegłego wieku. Zostały one zastąpione odpowiednio przystosowanymi polskimi samochodami *Warszawa* oraz *Nysa*, a następnie *Fiat 125p* i *Polonez*.

Pierwszym kierownikiem Powiatowej Stacji Pogotowia Sanitarnego PCK<sup>6</sup> w Kutnie był dr Palczewski. W kutnowskiej Stacji, całą dobę dyżuruwały dwa zespoły wyjazdowe w składzie: lekarz, sanitariusz i kierowca karetki.

Ze względu na wspomniany już wcześniej brak łączności radiowej między dyspozytorem, a załogą ambulansu medycznego, lekarz z zespołu wyjazdowego, miał obowiązek, po zakończeniu działalności w miejscu wezwania, telefonicznego kontaktowania się ze Stacją Pogotowia, aby otrzymać następne zlecenie wyjazdu do potrzebującego pomocy. Postępowanie takie, miało na celu skrócenie czasu oczekiwania na przyjazd wzywanej karetki.



**Foto 10.** Pracownicy kutnowskiego Pogotowia Ratunkowego na tle ówczesnej karetki „Warszawa”.

Rok 1967 przyniósł zdecydowaną poprawę działalności Pogotowia Ratunkowego w Kutnie. Kierownikiem został dr Zdzisław Macher – lekarz chirurg. Siedziba Stacji została przeniesiona do budynku przy ulicy Deotymy. Po zmianie lokalu, placówka dysponowała większą ilością pomieszczeń, otrzymała nowe, większe karetki typu „Warszawa”, zainstalowano łączność radiową pomiędzy samochodami sanitarnymi a Stacją, co sprawiło, iż zespoły wyjazdowe były bardziej mobilne i pomoc medyczna docierała do potrzebujących znacznie szybciej. W budynku Stacji Pogotowia Ratunkowego dr Macher zorganizował ambulatorium chirurgiczne, w którym udzielano pomocy medycznej przez całą dobę. Zespoły wyjazdowe zostały wyposażone w laryngoskopy, rurki intubacyjne oraz aparaty Ambu, pozwalające na prowadzenie oddechu zastępczego. Stacja

<sup>6</sup> W publikacji używane są różne nazwy instytucji, która w powszechnej nomenklaturze, przez mieszkańców określana jest dziś, jako „Pogotowie”. Różnorodność nazewnictwa wiąże się ze zmianami organizacyjnymi, jakim podlegały służby ratownicze na przestrzeni lat.

dysponowała też aparatem tlenowym, który był niezbędny w przypadkach udzielania pomocy np. w warunkach dużego zadymienia.



**Foto 11.** Siedziba Stacji Pogotowia Ratunkowego w Kutnie w latach 1967–1982.

Kutnowskie Pogotowie Ratunkowe przez pierwsze pięćdziesiąt lat swego istnienia było powiązane z miejscowym szpitalem. Spowodowane było to tym, iż lekarze, którzy pełnili dyżury w zespołach wyjazdowych, najczęściej pracowali również w oddziałach szpitalnych i mogli znaleźć wsparcie i pomoc swoich kolegów w sytuacjach trudnych i wątpliwych<sup>7</sup>.

W ciągu ponad pięćdziesięcioletniego działania Pogotowia Ratunkowego w Kutnie, lekarze pracujący w nim, wnieśli wiele usprawnień w działaniu zespołów ratunkowych, z biegiem czasu stały się one standardami postępowania. W większości przypadków te „nowości” funkcjonują do dziś.

Wielu obecnych pracowników Pogotowia Ratunkowego zapewne nie wie, że „Karetka R” w Kutnie została uruchomiona w końcu lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, z inicjatywy i dzięki staraniom dr n. med. Karola Koszady, ówczesnego ordynatora oddziału intensywnej opieki medycznej kutnowskiego szpitala.

Była to druga, a pierwsza w powiatowych stacjach w województwie łódzkim, karetka specjalistyczna, przeznaczona do udzielania pomocy chorym w stanie bezpośredniego zagrożenia życia<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Sytuacja nieco uległa zmianie po reformach systemowych placówek zdrowia, które zostały wprowadzone w ostatnich latach. Lekarze zatrudnieni w oddziałach szpitalnych, obecnie niezbyt chętnie pełnią dyżury w karetkach Pogotowia, a etatowi lekarze Pogotowia najczęściej nie pracują w oddziałach szpitalnych.

<sup>8</sup> Pierwsza karetka „R” (reanimacyjna) na terenie województwa łódzkiego została uruchomiona w łódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego. Karetka „R” w Kutnie była z kolei drugą tego typu jednostką.



W latach następnych, z mocy ustawy zaczęto tworzyć zespoły „R” we wszystkich jednostkach pogotowia ratunkowego na terenie całego kraju.

W tym samym okresie, także z inicjatywy ordynatora OIOM, pionierską inicjatywą w skali Polski było przeprowadzenie w Kutnie szkolenia wszystkich pracowników Pogotowia Ratunkowego oraz wielu kierowców PKS z Kutna, w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, jak też i nauki zabiegów resuscytacyjnych (sztuczne oddychanie, oraz masaże pośredni serca).

Dopiero kilka lat później w ośrodkach akademickich powstały tzw. „szkoły ratownictwa”, które w sformalizowanej formie, prowadziły kursy z zakresu resuscytacji, dla personelu medycznego z całej Polski.

Rola kierownika Pogotowia Ratunkowego polegała na czuwaniu nad prawidłowym funkcjonowaniem placówki, szkoleniu podległych pracowników oraz na wytyczaniu właściwych kierunków jej działania zapewniającego podnoszenie poziomu świadczonych usług medycznych, jak też propagowanie oświaty zdrowotnej.

Pisząc o pracy Pogotowia Ratunkowego działającego przed reformą systemu ochrony zdrowia, nie sposób pominąć roli i znaczenia zatrudnionych pielęgniarek na stanowiskach dyspozytorek.



**Foto 12.** Pielęgniarka Czesława Radzimierska (1942–2005), wieloletnia dyspozytorka Stacji Pogotowia Ratunkowego w Kutnie

One decydowały o kolejności wyjazdów karettek, im bezpośrednio podlegali sanitariusze i kierowcy. Bywały przypadki, że dyspozytorka samodzielnie koordynowała akcję

ratowniczą, w której brało udział kilka zespołów sanitarnych. Musiała samodzielnie decydować o kolejności i miejscach, do których przewożono poszkodowanych.

Na przełomie 1982/1983 roku kutnowskie Pogotowie Ratunkowe po raz kolejny zmieniło swoją siedzibę. W nowo wybudowanym szpitalu im. Dr Antoniego Troczewskiego w wydzielonym skrzydle, od południowej strony szpitala, w bezpośrednim sąsiedztwie szpitalnej izby przyjęć, usytuowano stację Pogotowia Ratunkowego. W ówczesnych strukturach organizacyjnych, Pogotowie Ratunkowe było integralną częścią Zespołu Opieki Zdrowotnej. Chorzy dostarczeni karetką pogotowia byli konsultowani i ewentualnie przyjmowani na oddziały szpitalne przez lekarza dyżurnego izby przyjęć. Pacjenci niewymagający hospitalizacji, po udzieleniu pomocy ambulatoryjnej, odsyłani byli do swoich miejsc zamieszkania.

Takie usytuowanie siedziby Pogotowia było olbrzymią zaletą, albowiem w uzasadnionych przypadkach, chory natychmiast mógł być objęty specjalistyczną opieką medyczną.



**Foto 13.** Siedziba Pogotowia Ratunkowego w Kutnie od 1983 roku.

Dwadzieścia lat później, w wyniku stałego rozwoju nauk medycznych, dynamicznego rozwoju przemysłu oraz motoryzacji, powstała nowa dziedzina wiedzy medycznej – medycyna ratunkowa.

Krajowy zespół ekspertów opracował nowe koncepcje funkcjonowania ratownictwa medycznego. Zaczęto tworzyć Centra Powiadamiania Ratunkowego (CPR), w szpitalach utworzono Specjalistyczne Oddziały Ratunkowe (SOR).

Działalność Centrum polegała na koordynowaniu działań wszystkich jednostek ratowniczych – służby medycznej, straży pożarnej, policji, pogotowia chemicznego. W Kutnie siedziba CPR znajdowała się w budynku Państwowej Straży Pożarnej. Tam też przebywały medyczne zespoły wyjazdowe.

System ratownictwa ulega ciągłym zmianom i dynamicznemu rozwojowi. Ze względu na zmieniającą się rzeczywistość, wszystkie służby ratownicze muszą współdziałać podczas akcji, dysponować odpowiednim wyposażeniem technicznym i wyszkolonym personelem. Jednak służby medyczne wciąż są i będą wiodącą jednostką, odpowiedzialną za zdrowie i życie mieszkańców w nagłych przypadkach.

Bez względu na zmiany organizacyjne i nazewnictwo, zapewne jeszcze przez wiele lat, potrzebujący pomocy będzie szukał w „Pogotowiu Ratunkowym”.



*Dr Kopczyński Kazimierz*

## **WYKORZYSTANIE LOGOTERAPII I MODELU SALUTOGENEZY W OPIECE NAD PACJENTEM PRZEWLEKLE CHORYM I POSZKODOWANYM**

### **STRESZCZENIE**

W artykule przedstawiono główne założenia i idee logoterapii – formy psychoterapii nastawionej na poszukiwanie sensu życia, zaprezentowanej przez Frankla oraz omówiono model salutogenezy Antonovsky’ego. Pacjent przewlekle chory i poszkodowany przeżywa często kryzys związany z utratą sensu życia. Prowadzi to niekiedy do depresji i samobójstwa. Możliwości profilaktyki i terapii w tym zakresie ukazane zostały przez wymienionych autorów. Wzmacnianie poczucia sensu życia może mieć także duże znaczenie dla opiekuna medycznego, lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego. Badania i przemyślenia Frankla, Antonovsky’ego i innych cytowanych w artykule autorów mogą być wykorzystane w wielowymiarowej opiece nad pacjentem przewlekle chorym i poszkodowanym.

**Słowa kluczowe:** cierpienie, logoterapia, poczucie koherencji, salutogeneza, sens życia

### **WSTĘP**

Wielowymiarowość opieki nad pacjentem przewlekle chorym i poszkodowanym powinna uwzględniać jako szczególnie doniosły, wymiar psychologiczny. Termin „zdrowie holistyczne”, który stał się ostatnio bardzo popularny, jest zdaniem Capry [1] – zbyteczny, jako że zdrowie samo przez się implikuje całościowość, można jednak mówić o holistycznej opiece zdrowotnej. Człowiek stanowi jedność psychosomatyczną i jest to fundamentalny

fakt leżący u podstawy współczesnej nauki o człowieku. Szeroko pojętej opiece nad pacjentem przyświecać powinna myśl Platona, który powiedział: „Szaleństwem byłoby leczenie ciała bez leczenia ducha”.

Człowiek przewlekle chory boryka się zwykle z cierpieniem i bólem. Nasuwa mu się wówczas pytanie o sens cierpienia, a często także o sens życia i świata. Chory zagrożony jest utratą sensu życia. Potrzebna jest wtedy pomoc psychologiczna i wsparcie duchowe. Najlepszym chyba przewodnikiem w tej trudnej drodze poszukiwania sensu jest Frankl, znany milionom czytelników na całym świecie jako autor „Człowieka w poszukiwaniu sensu”, wstrząsającego świadectwa czasu holokaustu [2]. Ten wybitny psychiatra i psychoterapeuta, będący jednym z autorytetów moralnych XX wieku, jest twórcą logoterapii – terapii ukierunkowanej na odnalezienie sensu życia. Dla osoby przewlekle chorej, niepełnosprawnej, poszkodowanej, ten rodzaj terapii może okazać się bardzo ważny, wręcz niezbędny. Teza Frankla ma szczególny charakter: znaleźć sens życia nie tylko mimo cierpienia, ale właśnie w samym cierpieniu. Nawet z wielkiego cierpienia – powiada Frankl – można „wycisnąć” sens i jest to powód, dla którego życie bez względu na okoliczności może być potencjalnie pełne sensu [3].

Na znaczenie poczucia sensu życia w walce z przeciwnościami losu wskazuje również znany socjolog medycyny Antonovsky [4]. W odróżnieniu od innych badaczy, którzy pytali dlaczego ludzie chorują i w odpowiedzi powstała obszerna wiedza o etiologii chorób, Antonovsky sformułował inne pytanie: dlaczego ludzie są zdrowi? Do odpowiedzi na to pytanie zaprowadziły go obserwacje osób, które przeżyły obóz koncentracyjny, spędzając w nim niekiedy kilka lat. Po wyjściu z obozu wielu spośród tych ludzi żyło w zdrowiu do późnych lat życia. Antonovsky odkrył trzy cechy charakteryzujące te osoby i stworzył na tej podstawie model salutogenezy (genezy zdrowia). Jedną z tych cech, które łącznie wyznaczają tzw. poczucie koherencji, jest właśnie sensowność – stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens, że przynajmniej część wymagań i problemów, które niesie życie warte jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania.

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie czytelnikowi tez Frankla i Antonovsky’ego, a także niektórych innych autorów wskazujących na znaczenie poczucia sensu życia w walce z chorobą, bólem, cierpieniem i niepełnosprawnością. Cierpienie i ból łączą się często z depresją, nerwicą i z zagrożeniem samobójstwem. Odnalezienie sensu życia mimo cierpienia, a także w samym cierpieniu, wydaje się odgrywać bardzo ważną rolę w przetrwaniu choroby, w zaakceptowaniu niepełnosprawności i w poprawie jakości życia. Może to mieć również ogromne znaczenie dla rodziny chorego, jego przyjaciół, a także lekarzy, pielęgniarek i innych osób opiekujących się chorym. Szczególna rola przypada tu pielęgniarkom, które udzielając wsparcia psychologicznego przewlekle chorym, mogłyby wykorzystać niektóre

elementy logoterapii, a także przeprowadzić badanie kwestionariuszem poczucia koherencji, opracowanym przez Antonovsky'ego i zawartym w jego książce [4].

Nie zawsze istnieje możliwość udziału psychologa w opiece nad chorym przewlekle. Wzmacnianiem poczucia koherencji mogłaby zająć się wówczas odpowiednio przygotowana pielęgniarka. Capra [1] pisał już przed laty, iż pielęgniarki znajdują się na czele ruchu na rzecz zdrowia pojmowanego całościowo. Coraz więcej pielęgniarek nie chce już spełniać funkcji asystentek lekarzy, wolałyby zajmować się pacjentem samodzielnie i niezależnie, zgodnie z zasadami terapii holistycznej.

## PRZEGLĄD

Niewyobrażalny ogrom cierpienia, jakiego doznała ludzkość na przestrzeni dziejów, zmusza wielu ludzi do zastanowienia się nad sensem życia i świata. Dla niektórych filozofów i myślicieli, takich jak Schopenhauer czy Cioran, ilość zła i cierpienia w świecie zdecydowanie przechyla szalę dobra i pozytywnych doznań. Dziś coraz częściej mamy do czynienia z tym, co Frankl nazwał nerwicą egzystencjalną, a także z samobójstwem popełnianym nie tyle ze względu na osobiste problemy życiowe i przeświadczenie, że własne życie nie ma sensu, ile z powodu uznania, iż życie ludzkie w ogóle nie ma sensu, a świat jest absurdalny i zbędny [5]. Inni myśliciele, nie zaprzeczając złu i cierpieniu w świecie, uważają, że życie ludzkie ma sens mimo cierpienia. Frankl poszedł jeszcze dalej twierdząc, iż właśnie cierpienie może nadać sens ludzkiemu życiu. Przemyślenia i obserwacje Frankla mają szczególne znaczenie dla pacjentów przewlekle chorych i osób niepełnosprawnych. Jedną ze swoich książek Frankl zatytułował „Homo patiens”, co oznacza człowieka cierpiący [6]. W podrozdziale tej książki poświęconej metaklinicznym wyjaśnieniom sensu cierpienia autor pisze, iż spełniamy sens ludzkiego bytu dzięki temu, że urzeczywistniamy wartości. Można to czynić w trojaki sposób: pierwszym sposobem urzeczywistnienia wartości jest działanie, jakieś kształtowanie świata; druga możliwość polega na przeżywaniu świata, wchłanianiu, przyswajaniu sobie piękna i prawdy bytu; trzecia wreszcie możliwość urzeczywistniania wartości – to cierpienie, znoszenie losu, bytu.

Cierpienie w ujęciu Frankla zyskuje więc szczególny wymiar egzystencjalny. Jest według niego, w pewnym sensie nawet czymś najbardziej ludzkim, co w ogóle istnieje [6]. Również Fromm pisze, iż cierpienie jest jedynym afektem, który wydaje się wspólny dla wszystkich ludzi a być może nawet dla wszystkich istot zdolnych do odczuwania. Z tego powodu osoba cierpiąca, która rozpoznaje uniwersalność cierpienia, może wymagać pocieszenia przejawiającego się w ludzkiej solidarności. Zdaniem Fromma jest bardzo wiele osób, które nigdy nie zaznały szczęścia, ale nie ma nikogo, kto nigdy

nie cierpiał, nawet jeżeli ten czy ów stara się wyprzeć świadomość cierpienia [7]. Jak zauważa Frankl, każdy człowiek zdaje sobie instynktownie sprawę z możliwego sensu cierpienia, a tym samym i wartości znoszenia cierpienia. Jak głęboko jest zakorzeniona świadomość tego, świadczy kliniczny obraz choroby psychicznej zwanej *melancholia anaesthetica*. Dochodzi tu do pewnej znieczulicy, apatii i pacjenci skarżą się, że nie mogą prawdziwie odczuwać bólu, radości ani cierpień, nawet nie potrafią płakać, jakkolwiek by to brzmiało paradoksalnie, chorzy ci cierpią z powodu niemożności cierpienia [6].

Cierpienie jawi się więc nie jako marginalny i zbędny wymiar naszej egzystencji, ale jako głęboko ludzkie przeżycie, które otwiera nas bardziej na świat, innych ludzi i samych siebie. Może stać się twórczym doświadczeniem, a nawet przebudzeniem, punktem zwrotnym w naszym życiu. Interesujące w tym kontekście może być nawiązanie do etymologii niemieckiego słowa „namiętność” (*Leidenschaft*). Pochodzi ono od słowa *Leiden*, co obecnie znaczy „cierpienie”. Wcześniej oznaczało ono: „iść, jechać, podróżować”. Kto jedzie, zbiera doświadczenia, musi przez coś przejść, coś wycierpieć. I tak słowo *Leiden* przybierało coraz bardziej znaczenia: „wycierpieć, znosić, odczuwać ból”. Namiętność ma więc coś wspólnego z doświadczeniem. Kto ją odrzuci, pozbawi się doświadczeń, kto ją uzna, doświadczy czegoś, przeżyje coś nowego i niespodziewanego [8].

Boss [9] głosi hasło: spróbuj żyć bardziej egzystencjalnie. Polega to na akceptowaniu cierpienia jako części ludzkiej egzystencji i przekonaniu, że dla każdej jednostki jest to doświadczenie jedyne w swoim rodzaju. Egzystencja nie jest rezultatem nieświadomego pragnienia, ale znaczenia nadawanego własnemu doświadczeniu – pomimo jego złożoności.

Akceptacja cierpienia wiąże się też z umiejscowieniem go w biegu życia. To, co nam się wydarza stanowi ogniwo w całym łańcuchu przyczynowo-skutkowym składającym się na nasze życie. Nie wiemy zwykle jakie następstwa może mieć nasza choroba lub doznana strata. Mogą to być następstwa pozytywne, których nie jesteśmy w stanie przewidzieć. Choroba, niepełnosprawność lub inna szkoda, której doznajemy, może stanowić stresor mniej lub bardziej dokuczliwy w zależności od naszej interpretacji. Znaczenie profilaktyczne i terapeutyczne może mieć koncepcja stresu Lazarusa, według której stresor, a przynajmniej stresor psychologiczny, jest tylko stresorem potencjalnie, staje się on nim w rzeczywistości wówczas gdy my go za taki uznamy. Ten sam więc potencjalny stresor u jednej osoby może wywołać silną reakcję stresową, a u innej brak takiej reakcji [10]. Szkoda, której doznajemy wskutek spalania się domu będącego naszą własnością lub poinformowania nas o zdiagnozowaniu choroby nowotworowej wydaje się stanowić silny stresor, ale nie musi tak być. Można sobie wyrazić reakcję spokojną i wyważoną, a nawet mobilizującą do dalszego działania, wydarzenie może zostać zinterpretowane jako wyzwanie, które w przyszłości przyniesie jakieś pozytywy. Nasuwa



się w tym kontekście pewna znana opowieść starożytna, która może mieć terapeutyczny charakter i pobudzić osobę cierpiącą i poszkodowaną do głębszych przemyśleń. Otóż w pewnej wsi żył ojciec, którego syn wskutek wypadku doznał urazu obu nóg i nie mógł chodzić. Ojciec popadł w rozpacz i nie chciał się z tym faktem pogodzić. Mieszkańcy wsi poradzili mu udać się do okolicznego mędrca. Ów uspakajał go i kazał pogodzić się z chorobą syna i zaakceptować to, co los mu przyniósł i pogodnie patrzeć w przyszłość, której nie sposób odgadnąć. Ojciec przyszedł do wsi rozczarowany i krytykował mędrca. Wkrótce w okolicy wybuchła wojna i zabrano na nią młodych mężczyzn ze wsi za wyjątkiem syna tego ojca. Wojna była okrutna i wszyscy ci mężczyźni zginęli. Ich ojcowie przyszli do tamtego mówiąc: widzisz, ty masz syna a my nie. I wtedy ojciec zrozumiał, że mędrzec miał rację. Sens filmu jawi nam się niekiedy dopiero wraz z obejrzeniem ostatniego kadru.

Frankl miał w zwyczaju zadawać jedno pytanie swoim pacjentom cierpiącym z powodu rozmaitych mniejszych i większych dramatów: „Dlaczego nie odbierzesz sobie życia?” W ich odpowiedziach odnajdywał zwykle wskazówki, którymi kierował się w dalszej terapii; jeden człowiek trzyma się życia przez wzgląd na dzieci, inny pragnie wykorzystać jakiś talent, jeszcze innego ratują od zagłady wspomnienia, które warto zachować. Przypomina to wplatanie delikatnych nici czyjegoś przegranego życia w trwałą osnowę sensu i odpowiedzialności. To właśnie jest cel i wyzwanie, jakie stawia sobie stworzona przez Frankla logoterapia [2].

Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że poczucie bezsensu samo w sobie nie stanowi zdaniem Frankla patologii i według niego nie powinno być traktowane jako zwiastun i przejaw nerwicy, ale jako dowód człowieczeństwa jednostki. Choć przyczyny jego nie są patologiczne, poczucie braku sensu może wywołać patologiczną reakcję i pod tym względem może być uważane za potencjalnie patogeniczne. Frankl mówi o zjawisku, które w logoterapii i nosi miano egzystencjalnej pustki, to znaczy poczucia wewnętrznej próżni i braku sensu. Zwraca on uwagę na to, że chociaż nie każde samobójstwo wynika z poczucia bezsensu, można śmiało założyć, że impuls odebrania życia zostałby zapewne stłumiony, gdyby niedoszły samobójca, był świadom istnienia w swoim życiu jakiegoś sensu i celu, dla którego warto żyć [2].

Pozytywny wpływ na zdrowie i radzenie sobie ze stresem, bólem i cierpieniem ma poczucie koherencji. Stanowi ono centralne pojęcie koncepcji salutogenetycznej Antonovsky'ego [4] i składa się z trzech wzajemnie związanych ze sobą komponentów:

1. Zrozumiałość – odbieranie przez człowieka napływających informacji jako uporządkowanych, ustrukturalizowanych, jasnych i spójnych, dzięki czemu ma on poczucie, że może je pojąć, ocenić, zrozumieć i przewidzieć.

2. Zaradność – stopień, w jakim dostępne zasoby są spostrzegane przez człowieka jako wystarczające, aby sprostać wymaganiom stawianym przez otoczenie.
3. Sensowność – stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens, że przynajmniej część wymagań i problemów, które niesie życie, warte jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania.

Kluczowym składnikiem poczucia koherencji jest poczucie sensowności, czyli element motywacyjny, pobudzający człowieka do pogłębienia zrozumienia otaczającego świata oraz dostępnych zasobów. Antonovsky zwraca uwagę na to, iż u każdego człowieka istnieją takie dziedziny życia, które mają dla niego emocjonalne znaczenie, na których mu zależy i w których obrębie zdarzenia spostrzegane są jako wyzwanie warte zaangażowania. Te dziedziny życia łączą się często z zainteresowaniami. Kształtowanie i rozwijanie zainteresowań u osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych może spełniać zarówno funkcję poznawczą, jak i mieć duże znaczenie terapeutyczne [11].

To właśnie silne poczucie koherencji, zdaniem Antonovsky'ego, pozwoliło przetrwać wielu ludziom obóz koncentracyjny i żyć w zdrowiu jeszcze przez wiele lat. Z drugiej strony warto tutaj wspomnieć o najnowszych badaniach dotyczących ocalałych z Holocaustu, wyraźnie wskazujących na wzrost zachorowania na raka o 21–27% u osób, które przeżyły zagładę, a zwłaszcza wśród niepełnosprawnych weteranów, dla których wzrost ten sięga nawet 53% [12].

Wzmacnianie poczucia koherencji powinno stanowić cel działań wychowawczych i edukacyjnych, a w odniesieniu do osób przewlekle chorych, poszkodowanych i niepełnosprawnych wchodzić w zakres całościowo pojętej opieki zdrowotnej. Poczucie sensu życia, na które zwracają uwagę zarówno Frankl, jak i Antonovsky, można uznać za istotny czynnik powrotu do zdrowia, a w odniesieniu do osób z trwałą niepełnosprawnością za czynnik znacząco wpływający na jakość życia, a nawet warunek dalszego przetrwania i twórczego rozwoju. Dla lekarza, pielęgniarki czy opiekuna medycznego, poczucie sensu życia to najważniejszy czynnik chroniący przed wypaleniem zawodowym i motywujący do dalszej pracy z pacjentem [13].

## WNIOSKI

1. Pacjent przewlekle chory i poszkodowany może być zagrożony utratą poczucia sensu życia. Wielowymiarowa opieka nad takim pacjentem powinna uwzględniać ten fakt oraz właściwe oddziaływania profilaktyczne i terapeutyczne.
2. Znakomitą formą terapii ukierunkowaną na kształtowanie poczucia sensu życia, także w obliczu bólu i cierpienia, jest logo terapia Frankla.

3. Istotnym czynnikiem powrotu do zdrowia jest wzmacnianie poczucia koherencji, które składa się z trzech wzajemnie związanych ze sobą komponentów, jakimi są zrozumiałość, zaradność i sensowność. Uwarunkowania i mechanizmy osiągnięcia zdrowia tą drogą wyjaśnia model salutogenezy Antonovsky'ego. Model ten może być wykorzystany w holistycznej opiece nad pacjentem przez psychologa, ale także przez lekarza i pielęgniarkę.
4. Utrata poczucia sensu życia koreluje z depresją i samobójstwem, co należy mieć na uwadze w opiece nad pacjentem przewlekle chorym i poszkodowanym.
5. Wzmacnianie poczucia sensu życia może mieć duże znaczenie w zawodach pomocowych, takich jak lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny. Dlatego też logoterapia i model salutogenezy są użyteczne zarówno dla pacjenta, jak i jego opiekuna medycznego.

## PODZIĘKOWANIA

Składam serdeczne podziękowania organizatorom konferencji „Wielowymiarowość opieki nad pacjentem przewlekle chorym i poszkodowanym” za możliwość uczestniczenia w konferencji i wygłoszenia referatu. Tak sformułowany temat konferencji był dla mnie jako psychologa budujący, gdyż nadal wymiar psychologiczny nie jest wystarczająco doceniany w całości kształcie opieki medycznej nad pacjentem. Entuzjazm, jaki towarzyszył mi w przygotowywaniu referatu i niniejszego artykułu zawdzięczam organizatorom konferencji.

## PIŚMIENNICTWO

1. Capra F. Punkt zwrotny. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1981.
2. Frankl V.E. Człowiek w poszukiwaniu sensu. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2009.
3. Frankl V.E. Bóg ukryty. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2012.
4. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
5. Koczyński K. Filozoficzne aspekty samobójstwa. W Sygit B. (red.), Złota Księga Jubileuszowa Brunona Hołysta. Fundacja „Ubisocietas, ibiuis”, Warszawa 2015.
6. Frankl V.E. Homo patiens. Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1998.
7. Fromm E. O miłości do życia. Wydawnictwo Vis-à-vis Etiuda, Kraków 2018.
8. Grün A. Namiętność. W Hartlieb G., Quarch Ch., Schellenberger B. (red.), Życie duchowością. Wydawnictwo „JEDNOŚĆ”, Kielce 2004.

9. Boss P. Kochając osobę z demencją. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
10. Terelak J.F. Stres psychologiczny. Oficyna Wydawnicza „BRANTA”, Bydgoszcz 1995.
11. Kopczyński K. Kształtowanie i rozwój zainteresowań u osób niepełnosprawnych. Akta UniversitatisLodziensis, Folia Paedagogica, 1999; 3:63–68.
12. Khayat D. Oskarżony rak. Śledztwo kryminalne. Wydawnictwo AMBER, Warszawa 2019.
13. Kliszcz J. Psychologia w zawodzie i w pracy opiekuna medycznego. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2019.

*Р.М. Ляхович, Я.М. Кіцак*

## **POSTĘPOWANIE RATOWNICZE Z PACJENTEM URAZOWYM (KATEGORIA „LOAD AND GO”) NA PRZEDSZPITALNYM ETAPIE OKAZYWANIA POMOCY MEDYCZNEJ”**

### **ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТРАВМОВАНИМ ПОТЕРПІЛИМ З КАТЕГОРІЇ «ЗАВАНТАЖУЙ ТА ВЕЗИ».**

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТРАВМОВАНИМ ПОТЕРПІЛИМ З КАТЕГОРІЇ «ЗАВАНТАЖУЙ ТА ВЕЗИ».

Досліджено особливості проведення медичного сортування, діагностики, первинного, вторинного обстеження та надання екстреної медичної допомоги травмованим потерпілим з категорії «завантажуй та вези». Встановлено, що в абсолютній більшості випадків на дошпитальному етапі необхідне проведення швидкого первинного обстеження на тлі надання невідкладних лікувальних заходів із подальшою терміновою госпіталізацією потерпілих в стаціонар.

Вторинне обстеження, яке має на меті виключення інших ушкоджень при цьому, як правило, здійснюється в салоні автомобіля під час транспортування в лікувальну установу.

THE SPECIALTY OF EMERGENCY PRE-HOSPITAL MEDICAL CARE FOR VICTIMS OF THE CATEGORY “LOAD AND GO”

Investigated the features of medical triage, diagnostics of primary and secondary examination and the emergency medical care for victims of the category "Load and Go".

Established that absolutely in most cases is necessary on the pre-hospital stage to provide rapid primary examination on the background of medical treatment measures with further urgent hospitalization to the clinic.

The secondary examination, which aims are to exclude other damages, usually is provided in a vehicle during transporting victim to the hospital.

**Ключові слова:** пацієнти з категорії «завантажуй та вези», первинне обстеження, вторинне обстеження, медичне сортування, домедична допомога, екстрена догоспітальна медична допомога.

**Key words:** patients of the category "Load and Go", primary examination, secondary examination, medical triage, emergency pre-hospital medical care.

**ВСТУП.** У більшості випадків діяльність бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги Е(Ш)МД України – це щоденний екстрим, де ефективність їх діяльності на етапі надання невідкладних заходів залежить від цілого ряду визначальних факторів: часу доїзду бригади до місця події, оцінки місцевості, проведення якісного медичного сортування у випадку виявлення декількох потерпілих, наявності (чи відсутності) наданої домедичної допомоги до приїзду карети Е(Ш)МД. Важлива роль в подібних випадках, особливо постраждалим унаслідок різноманітних травм належить виконанню якісного первинного та вторинного обстеження, які дають можливість оцінити характер травми, загальний стан потерпілого, забезпечивши при цьому професійні лікувальні дії медичної бригади, адаптовані до відповідних клінічних протоколів з медицини невідкладних станів. Етапність діагностичних та лікувальних заходів бригад Е(Ш)МД України та результат її роботи в подібних випадках базуються на так званих принципах «платинових пів години» та «золотої години». Умовно «платинові пів години» поділяються на три десятихвилинки:

1. **10 хвилин** – доїзд до місця події;
2. **10 хвилин** – оцінка місця події в т.ч. проведення медичного сортування, діагностичні заходи та надання невідкладної допомоги на місці;
3. **10 хвилин** – транспортування потерпілого в стаціонар з продовженням реалізації протишокових заходів та постійним моніторингом життєво-важливих органів та систем в кареті ШМД.

Згідно концепції «золотої години» всі пошкодження поділяються на три категорії:

1. Незворотні, при яких навіть негайні адекватні втручання не призводять до позитивного результату (частіше травми, які не сумісні з життям (у медичному сортуванні- **«чорні»**)
2. Пошкодження, при яких наслідки травми (смерть або інвалідність) залежать від своєчасного та якісного медичного втручання- **«червоні»**. Таким потерпілим допомога надається першочергово з подальшою госпіталізацією для надання спеціалізованого лікування в тому числі можливого оперативного втручання впродовж 1 години (!) з моменту отриманої травми
3. Пошкодження, при яких надання спеціалізованої медичної допомоги може бути відтерміноване впродовж 1 години без очевидного ризику для життя і здоров'я травмованих (**«жовті»**) [9].

Саме на потерпілих другої категорії, більшість з яких належить до так званої категорії «завантажуй та вези», мають бути направлені всі зусилля бригади Е(Ш)МД для надання скільки можливо кваліфікованої медичної допомоги, адже з кожною хвилиною її затримки ризик смерті зростає на 5%.

***Категорія „Load and Go» («завантажуй і вези») після первинного огляду:***

До неї відносять пацієнтів, в яких:

1. надто серйозний механізм ураження (падіння з висоти, важка спортивна травма, автомобільна травма і т.д.) або негативне враження про пацієнта при первинному загальному огляді (ампутація частини тіла, тяжкі дефекти і т.п.).
2. при первинному огляді виявлено зниження рівня свідомості.
3. порушення прохідності дихальних шляхів або дихальна недостатність.
4. порушення серцево-судинної діяльності (шок чи неконтрольована кровотеча).
5. діти і вагітні жінки, які були піддані уражаючому чиннику.

Вторинне обстеження таким потерпілим частіше проводять під час руху в салоні автомобіля. Воно виконується за принципом «швидке обстеження з-голови до-п'ят», де, зокрема, на основі огляду, пальпації, перкусії, аускультативі відповідних ділянок тіла виявляються (шляхом виключення) додаткові маловидимі, скриті ушкодження, інші патологічні зміни органів та систем потерпілого і, як тільки можливо, проводиться їх лікування та корекція.

*Практично ці заходи зводяться до раціонального мінімуму реанімаційних міроприємств і профілактики та лікування травматичного шоку: зупинка кровотечі, забезпечення прохідності дихальних шляхів і штучна вентиляція легень, відновлення серцевої діяльності, знеболювання, транспортна іммобілізація, відновлення об'єму циркулюючої крові. Водночас, зважаючи на винятковий поліморфізм травм, не*

*завжди можливе не тільки виділення пріоритетної спрямованості реанімаційних заходів, тобто виділення домінуючого uszkodження, але й конкретних обсягів медикаментозної терапії на догоспітальному етапі. Згідно свідчень численних літературних джерел, однією з причин неповноцінної першої медичної допомоги є недооцінка тяжкості травми і стану постраждалих, що призводить до невиправданої тактики — швидкої госпіталізації, яке перешкоджає наданню допомоги на місці події і в процесі транспортування.*

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Нами було проведено дослідження стану 190 постраждалих, які були госпіталізовані до відділення інтенсивної терапії Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги (ТМКЛШД) в 2012–2014 рр. До розробки відібрані випадки, де мали місце uszkodження однієї, двох і більше анатомічних ділянок і життєво важливих систем, тобто поєднання нейрохірургічних, торакальних, абдомінальних, скелетних та інших травм (табл. 1).

**Таблиця 1.** Поєднанні uszkodження

Варіанти поєднаних ушкоджень	Кількість постраждалих	Питома вага, %
ЧМТ + торакальна травма	21	11,4
ЧМТ + абдомінальна травма	8	3,9
ЧМТ + торакальна + абдомінальна травма	19	10,1
ЧМТ + торакальна + скелетна травма	42	22,1
ЧМТ + абдомінальна + скелетна травма	28	14,8
ЧМТ + торакальна + абдомінальна + скелетна травма	14	7,4
ЧМТ + скелетна травма	18	9,3
Торакальна + абдомінальна + скелетна травма	5	2,7
Торакальна + скелетна травма	14	7,4
Скелетна травма	21	10,9
Усього	190	100

Якість та повнота діагностики ушкоджень оцінювалися шляхом порівняльного аналізу діагнозів, що поставлені лікарем швидкої медичної допомоги й у відділенні інтенсивної терапії (ВАІТ).

Базовими документами слугували карти виїзду, супровідні листи бригад Е(Ш) МД на госпіталізованих до ВАІТ й карти стаціонарних хворих.



## ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Проведений аналіз підтверджує дані інших авторів про те, що травми (особливо тяжкі, до яких належить політравма) частіше трапляються в більш молодому, працездатному віці: 3/4 (75,1 %) госпіталізованих із множинними і поєднаними травмами були віком від 21 до 60 років, переважну більшість (74 %) із них склали чоловіки (табл. 2).

**Таблиця 2.** Розподіл постраждалих за віком

Вікові групи	Кількість	Відсоток
До 20 років	17	9,1
21–30 років	33	17,3
31–40 років	37	19,2
41–50 років	38	20,1
51–60 років	35	18,5
Понад 60 років	30	15,8
Усього	190	100

Найвищий відсоток становлять черепно-мозкова травма (67%), травми грудної клітки (54 %) та живота (31 %). Саме вони визначають, як правило, тяжкість стану постраждалого і прогноз щодо виживання. Звичайно, скелетна травма є причиною або однією з причин тяжкого травматичного шоку, особливо якщо вона спричиняє значну крововтрату. Поглиблений аналіз звітної документації засвідчує що майже у 84% наведених випадків ці постраждалі відносились до категорії «завантажуй і вези»

Згідно наших досліджень (табл. 1), при травмах найбільш часто спостерігаються поєднання черепно-мозкової, абдомінальної травми зі скелетною (14,8 %), а також ЧМТ і травми грудної клітки (11,4 %), ЧМТ і торакоабдомінальної (10,1 %), у 10,9 % випадків травми були зумовлені множинними ушкодженнями опорно-рухового апарату.

Із загальної кількості госпіталізованих і залучених до аналізу постраждалих із травмами (190) померло 28 осіб, або 14,7 %. Найчастіше в померлих були травми голови (74,7 %), грудної клітки (58,2 %), живота (41,1 %), таза (23,8 %), стегна (31,4 %). Відсоток цих пошкоджень серед померлих набагато перевищує їх питому вагу в загальній кількості постраждалих. Викликають сумніви дані, що стосуються шоку: 25 % серед усіх випадків травм і 51 % серед померлих. Видається очевидним, що шок мав місце практично в усіх померлих, а, відтак, своєчасна протишокова терапія при цьому не проводилась.

З метою оцінки якості діагностики ушкоджень у постраждалих із травмами, що відносяться до категорії «ЗАВАНТАЖУЙ І ВЕЗИ» та виконанням необхідної

медичної допомоги на догоспітальному етапі проведене зіставлення діагнозів бригад ШМД і ВАІТ. При цьому звертали увагу на розбіжність діагнозів, констатовалися випадки як гіподіагностики (коли не були розпізнані певні види ушкоджень), так і гіпердіагностики (діагнози спростовувалися лікарями в стаціонарі) з боку бригад ШМД залежно від локалізації ушкоджень, хоча останнє, враховуючи мінімізацію часу та діагностичних можливостей на дошпитальному етапі не може вважатися суттєвим недоліком.

Були проаналізовані терміни доставки постраждалих із травмами, які відносяться до категорії «завантажуй та вези» до ТМКЛШД і об'єм наданої допомоги на догоспітальному етапі як важливий показник роботи Е(Ш)МД. (табл. 3).

**Таблиця 3.** Час із моменту травми до госпіталізації постраждалих

Терміни доставки до стаціонару	Кількість постраждалих	Відсоток
До 0,5 годин	62	32,6
Протягом першої години	104	54,7
До 3 годин	24	12,6
Усього	190	100

Більшість постраждалих (54,7 %) надійшли до стаціонару протягом першої години після травми, а впродовж трьох годин — 12,6 %. Проте цей показник не можна вважати задовільним. По-перше, оптимальним часом надходження до лікувальної установи в усьому світі вважається перша година після травми («золота година», як елемент виконання положення «завантажуй та вези»), а по-друге, понад 10 % травмованих доставлені в пізні терміни (хоча в основному це пацієнти, переведені з інших лікувальних закладів, а також особи, які з різних причин не звернулися вчасно за медичною допомогою).

Важлива роль при травматичних ушкодженнях належить знеболюванню як на місці події так і під час), проте воно, згідно аналізу, проведене лише в 16,5 % випадків.

Догоспітальної іммобілізації потребують майже всі пацієнти зі скелетною травмою, а їх серед постраждалих із поєднаними і множинними ураженнями — 139 осіб (75,3 %). Та в супровідних листах ШМД іммобілізація відмічена тільки 28 разів (тобто в 14,7 % випадків від потрібного).

Критерієм відбору постраждалих для аналізу була наявність не менше двох ушкоджень, із яких принаймі одне могло викликати шок. Отже, потрібно починати протишокову терапію вже на етапі первинного обстеження на місці пригод і продовжувати її під час транспортування постраждалого.

Сучасний алгоритм первинного та вторинного обстеження з урахуванням механізму травми, наведений вище, дозволяє в більшості випадків виявити серйозні «шокогенні» ушкодження. Об'єм основних лікувальних заходів (зупинка кровотечі при відкритих ушкодженнях, знеболювання, іммобілізація, інфузійна терапія) повинен визначатися вже на тлі попереднього діагнозу. У зв'язку з цим «профілактична» діагностика (навіть гіпердіагностика) вважається виправданою, особливо у випадках ушкоджень, які супроводжуються масивними кровотечами і вираженим больовим синдромом (ушкодження грудної клітки й живота, переломи хребта, таза, довгих трубчастих кісток).

Частота множинних ушкоджень із переломами трубчастих і губчастих кісток, а також ушкоджень внутрішніх органів априорі дозволяє стверджувати, що звичайна в таких випадках кровотрата, що призводить до гіповолемії, вимагаючи через це обов'язкової інфузійної терапії практично в усіх травмованих постраждалих. В той же час важко пояснити, чому з 190 випадків потерпілих, що підлягали нашому моніторингу, внутрішньовенні інфузії на догоспітальному етапі отримали лише 39 постраждалих, тобто 9,3 %, а середній об'єм інфузії складав тільки 150 мл.

## ВИСНОВКИ.

Результати проведених досліджень свідчать про те, що бригади ШМД в ситуаціях із пацієнтами, що відносяться до категорії «завантажуй і вези» вважають за основу термінову госпіталізацію постраждалого, а обов'язкове надання адекватної медичної допомоги при цьому досить часто не береться до уваги. Відсутність потрібної медичної допомоги на догоспітальному етапі нерідко пов'язана як із низьким рівнем професійної підготовки бригад Е(Ш)МД, так і з недостатнім матеріальним оснащенням (сучасні засоби для іммобілізації, необхідний набір медикаментів, інструментів тощо), а також, можливо, з хибною і застарілою доктриною «Евакуація за будь яку ціну».

Проведений вище аналіз надання медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі та її впливу на результати подальшого лікування в спеціалізованих відділеннях свідчить про її важливе, а подеколи й вирішальне значення.

**Через це вважаємо за доцільне викласти власне бачення алгоритму надання медичної допомоги постраждалим із травмами категорії «завантажуй і вези» на догоспітальному етапі.**

1. Найважливішим завданням надання екстреної медичної допомоги у вогнищі упаження на тлі первинного обстеження є відновлення життєво важливих функцій організму, тому діагностика їхнього стану за системою САВС обов'язкова (С – зупинка кровотечі, тріада Сафара: А – прохідність верхніх дихальних шляхів, В – дихальна функція, С – стан системи кровообігу).
2. Початкові стабільні показники функції зовнішнього дихання й гемодинаміки за наявності шокогенних ушкоджень не є підставою для відмови від проведення протишокової терапії на догоспітальному етапі. За основу показань до її застосування необхідно брати характер і тяжкість травми, а також шоківий індекс Альговера. Варто також зважати на значну крововтрату при переломах трубчастих кісток, кісток таза, хребта. Травма паренхіматозних органів черевної порожнини (печінка, селезінка) супроводжується крововтратою – від 500 до 3000 мл. При великих ранах голови крововтрата може становити до 2000 мл і більше.
3. Слід забезпечити потерпілих адекватним знеболенням. Провідними методами анальгезії травмованим хворим є введення наркотичних, ненаркотичних анальгетиків, а також новокаїнової блокади місць переломів. «Згладженість» клінічної картини ушкоджень внутрішніх органів після введення наркотиків обумовлена їх адекватною протишоковою дією і не створює додаткових труднощів у діагностиці для лікарів спеціалізованих відділень. У цей час існують досить прості об'єктивні інструментальні методи діагностики внутрішньопорожнинних ушкоджень (лапароцентез, торакоцентез, лапароскопія та ін.).
4. Проведення адекватної інфузійної терапії, але не менше 20–30 мл інфузійного розчину на 1 кг ваги постраждалого (ізотонічні й гіпертонічні колоїдні (гідроксиетилкрохмали) і кристалоїдні розчини), яку слід розпочати з перших хвилинна тлі первинного обстеження та продовжувати в салоні автомобіля. При АТ нижче критичного (< 80 мм рт.ст.) болюсно вводиться від 200 до 1000 мл інфузійного розчину, в подальшому переходячи на крапельні інфузії. Сучасні катетери для периферичних вен дозволяють влити 1л. рідини струминно за 7–10 хвилин.
5. За наявності підозри на внутрішньопорожнинні кровотечі варто виходити з неможливості її зупинки на догоспітальному етапі. Тому швидкість госпіталізації поряд із необхідним обсягом інфузійної терапії в даній ситуації є надзвичайно важливою, оскільки вони належатимуть до категорії «завантажуй та вези».

6. Зовнішня кровотеча повинна бути зупинена. При цьому в більшості випадків достатньо накладання стискуючої пов'язки.  
Накладання джгута повинне бути обумовлене строгими показами:
  - кровотеча з ушкоджених магістральних артеріальних судин;
  - великі раневі поверхні на кінцівках, коли накладання стискуючої пов'язки здійснити технічно не можливо.
7. Іммобілізація є одним із провідних елементів знеболювання за наявності ушкоджень скелета й повинна проводитися з використанням стандартних або підручних засобів, із дотриманням обов'язкової умови: нерухомість мінімум двох суміжних із місцем ушкодження суглобів.  
За наявності навіть підозри на травму хребта іммобілізація обов'язкова (твердий щит, шийний комірць тощо).
8. Для визначення характеру ушкодження необхідно враховувати обставини одержання травми, що значно допомагає поставити діагноз на догоспітальному етапі.
9. Визначення локалізації ушкоджень є вкрай необхідним для попередження й своєчасного виявлення серйозних ускладнень, що можуть виникнути як уже у вогнищі, так і при транспортуванні постраждалого (травма хребта – небезпека вторинного ушкодження спинного мозку, травма грудей – небезпека виникнення напруженого пневмотораксу, можливі удар і поранення серця та ін.). Цей пошук, як правило, проводять в салоні автомобіля як елементу вторинного обстеження за принципом «швидкий огляд з голови до п'ят».

**Деталізація характеру ушкоджень опорно-рухового апарату, ушкоджень органів черевної та грудної порожнини, травми черепа здійснюється на госпітальному етапі!**

**Особливістю діагностики при травмах є наступне: наявність пошкодження зазвичай не діагностується, а виключається в процесі вторинного огляду постраждалого «з голови до п'ят» як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах!**

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ / REFERENCES

1. Швед М.І., Гудима А.А., Ляхович Р.М. та ін. Екстрена та невідкладна медична допомога. Тернопіль, 2016. – Укрмедкнига. – 420 с.

2. Алексеев В.Е., Анищук В.П., Жеребкин В.В. и др. Проблемы оказания помощи пострадавшим с множественной и сочетанной травмой на догоспитальном этапе // Проблемы військової охорони здоров'я: Зб. наук. пр. – Вип. II. – К., 2014. – С. 117–122.
3. Афонин А.Н. Осложнения тяжелой сочетанной травмы. Современное состояние проблемы // Новости анестезиологии и реаниматологии. – 2012, – №2. – С. 1–16.
4. Корж М.О., Танькут В.О., Єгуленко В.В. Стратегічні напрямки профілактики дорожно-транспортного травматизму в Україні // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць. – Вип. II. – Київ, 2014. – С. 53–57.
5. Рошин Г.Г. Організаційні аспекти невідкладної медичної допомоги при тяжкій поєднаній травмі на догоспітальному та госпітальному етапах. // Збірник установчого з'їзду лікарів швидкої і невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф. – Київ, 2009. – С. 98–100.
6. Замятин П.Н., Баранова Н.В., Куценко Т.А. Диагностические особенности посттравматической миокардиопатии и закрытой травмы сердца. // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 6. – С. 71–73.
7. Ринденко С.В., Феськов А.Э., Чернов А.Л., Яковцов И.З. // Повреждения опорно-двигательного аппарата. Клиника, диагностика и лечение на этапах медицинской эвакуации» Ж. «Медицина неотложных состояний» 2010 № 5 (30) – С. 25–31.
8. Регада М.С., Кресюн В.Є., Гайдучок Г.І. // Підручник «Невідкладні стани» Львів 2008 С.575–577.
9. Рошин Г. Г., Гайдаєв Ю. О., Мазуренко О. В. та співавт. Надання медичної допомоги постраждалим з політравмою на догоспітальному етапі. Методичні рекомендації. – Київ, 2014. – С. 33.
10. Тарасюк В.С., Матвійчик М.В., Корольова Н.Д. та співавт. Проблемні питання навчання населення першої медичної допомоги на догоспітальному етапі при надзвичайних ситуаціях // Проблемні питання медицини невідкладних станів: Мат-ли симпозиуму. – Київ, 2013. – С. 136–138.
11. Хижняк А.А., Волкова Ю.В., Борисова Е.Л. Новый подход к интенсивной терапии травмы поджелудочной железы и посттравматического панкреатита при политравме // Харківська хірургічна школа. – 2011. – № 1. – С. 77–81.
12. Яковцов И.З., Ринденко С.В., Федак Б.С., Феськов О.Є. Сучасні підходи до лікування політравми на догоспітальному етапі // Медицина неотложных состояний. – 2009. – № 5. – С. 75–83.
13. Krystzyn Sosada. Ostre stany zagrożenia życia w chorobach węzlnych PZWL Wydawnictwo Lekarskie. – Warszawa 2018 s 590
14. Samuel A. Tisherman, Raquel M. Forsythe. Intensywna terapia w ciężkich urazach. – Lublin 2015 s 484
15. John Emory Campbell. International Trauma Life Support (Ratownictwo przedszpitalne w urazach), – Kraków 2015, wyd.7
16. Brutter T., Richard S. Nonpenetrating chest trauma // Manual of intensive care medicine / Ed. By J. M. Rippe – Boston; Toronto, 2013. 600 p.

*Mgr Krzysztof Szymański*

## **RATOWNICTWO MEDYCZNE W RUCHU DROGOWYM**

### **WSTĘP**

Od zarania dziejów jak podczas rozwoju potężnych cywilizacji będących kolebką dzisiejszego wyglądu świata współczesnego wiedza o naszym organizmie była pogłębiana i nadal daleko nam do poznania wszystkich tajemnic. Od samego początku ludzie zdawali sobie sprawę, że nasze ciało nie jest idealne i łatwo o urazy, które w konsekwencji mogły doprowadzić do śmierci. Rozwój cywilizacyjny i społeczny ukierunkował nas na podejmowanie działań w kierunku niesienia pomocy między innymi rannym i chorym. Pierwsze wzmianki o udzielaniu pomocy odnajdujemy w Biblii, gdzie prorok Eliasz przywraca do życia dziecko, jak również w mitologii egipskiej. Jednak mimo tych wczesnych adnotacji w literaturze to pierwszą klinicznie udowodnioną i skuteczną wentylację usta – usta wykonano w 1774 roku. Następnie rozwój w sposobie manualnych metod prowadzenia sztucznej wentylacji poprzez naprzemienne zginiatanie i rozciąganie klatki piersiowej, przypada na wiek XIX, a w 1878 roku Boehm dokonał pierwszego opisu pośredniego masażu serca. W 1960 roku Elan opisuje metodę bezprzyrządowego udrażniania górnych dróg oddechowych, polegającą na odchyleniu głowy i uniesieniu żuchwy, która jest stosowana do dziś. Dopiero po opublikowaniu w 1960 roku pracy Kouwenhovena, Jude i Knickerbockera wykazującej skuteczność, nastąpił okres akceptacji i stosowania pośredniego masażu serca. Duże zasługi w logicznym połączeniu wszystkich elementów podstawowych metod podtrzymywania życia ma amerykański lekarz Safar, który wprowadził do dziś funkcjonujący schemat ABC resuscytacji. Metody współczesnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej stosowane są zaledwie od kilkudziesięciu lat. Jednak dopiero w 1973 roku opublikowane zostały po raz pierwszy standardy

resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (AHA). W okresie późniejszym powstało na świecie wiele komitetów ds. resuscytacji, m.in. w 1989 roku Europejska Rada ds. Resuscytacji, która w 1992 roku opublikowała pierwsze standardy. W większości przypadków zmiany w standardach resuscytacji krążeniowo-oddechowej powstawały na podstawie doświadczeń klinicznych. Dopiero powołanie Międzynarodowego Wspólnego Komitetu ds. Resuscytacji przełamało barierę dotyczącą wprowadzenia zmian w oparciu o podstawy naukowe.

Tak w telegraficznym skrócie i dużym uproszczeniu możemy opisać historię dziś określanej pierwszej pomocy przedmedycznej. Temat ten w obecnej globalnej urbanizacji i ogromu ekspansji ludzkiej migracji jest nade istotnym. Od samego początku ludzie pragną pokonywać coraz większe odległości w jak najkrótszym czasie. W tym porządku urbanizacyjnym dokonujemy tego na określonych zasadach aby było to jak najbardziej bezpieczne, komfortowe i skuteczne. Jednak ludzkość za tą „dobroć” płaci ogromną cenę. Owszem dziś dziedzina transportu jest bardzo złożona i korzystamy z niej w różnych aspektach. Najbardziej codziennym jak również wykorzystywanym przez nas wszystkich jest transport drogowy. Niestety to on okazuje się być tym najbardziej niebezpiecznym dla nas. Codziennie będąc niejednokrotnie uczestnikiem ruchu narażamy się jako potencjalna ofiara zdarzenia drogowego. Jasnym jest, że wychodząc z domu nie myślimy o tym, że dziś stanę się ofiarą wypadku i to jest zrozumiałe i słuszne. Jednak należy zwrócić uwagę na niepokojące statystyki w tej dziedzinie, które wskazują, że co 30 sekund na kuli ziemskiej w wypadku drogowym ginie jeden człowiek, a na przestrzeni ostatnich lat w Polsce średnio 10 osób dziennie, a ponad 108 zostaje rannych. W samym województwie łódzkim ginie 1 osoba dziennie, a 13 zostaje rannych. Wobec powyższego aby zwiększyć szanse na przeżycie ludziom, którzy znaleźli się w sytuacji zagrażającym bezpośrednio ich życiu w skutek nieprzewidzianej nagłej sytuacji nie tylko zaistniałej na drodze należy nauczyć nasze społeczeństwo udzielania pierwszej pomocy. Smutnym faktem jest, że w wielu przypadkach ludzie wręcz boją się bezpośrednio podejmować czynności resuscytacyjne, a nawet wolą nie widzieć, iż ktoś właśnie potrzebuje pomocy. Dowodem na powagę tego tematu jest obowiązek prawny spoczywający na nas, a określony w prawie karnym... Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3... [art. 162 § 1 Kodeksu karnego]. Jednak my sami, a nie pod groźbą prawną powinniśmy mieć przede wszystkim chęć udzielania pomocy, bo przecież nie wiemy co nas czeka i może jutro to my będziemy jej potrzebować od kogoś innego. Należy zaznaczyć, że te podstawowe zasady udzielania pomocy



naprawdę nie są skomplikowane i każdy z nas może to bez problemu wykonać. Gdy znajdziesz się w sytuacji, w której należy udzielić pomocy to ta wiedza ułatwi ci jej udzielić, więc warto zapamiętać te poniższe wskazówki:

## NA POCZĄTEK

Sprawdź, czy bezpiecznie możesz udzielić pomocy. Ostrożnie zbadaj ofiarę. Sprawdź, czy jest przytomna, oraz skontroluj podstawowe funkcje życiowe, takie jak tętno i oddech. Delikatnie odchyl jej głowę do tyłu, często ten ruch przywraca normalny oddech. Jeśli ranny nie oddycha, zastosuj sztuczne oddychanie. Jeśli jest krwotok, staraj się go zatamować. Jeśli przestało pracować serce i poszkodowany nie oddycha, trzeba podjąć czynności reanimacyjne i wezwać pogotowie. Gdy ofiara ma poważne obrażenia szyi lub pleców, nie wolno jej ruszać – chyba, że ratujemy ją przed pożarem, wybuchem itp. U ofiar wypadków samochodowych zawsze musisz podejrzewać uszkodzenie kręgosłupa. Każdorazowo, gdy istnieje zagrożenie zdrowia i życia rannego, po wykonaniu czynności ratujących należy skorzystać z pomocy lekarskiej.

## WZYWANIE POMOCY

Pamiętaj, aby jak najszybciej wezwać pomoc. Jeżeli jest co najmniej dwóch ratujących, jeden z nich udaje się po pomoc zaraz po stwierdzeniu, że poszkodowany nie oddycha. Gdy na miejscu wypadku jest tylko jeden ratujący, a poszkodowany jest osobą dorosłą, która nie oddycha, należy natychmiast wezwać pomoc. W przypadku prawdopodobieństwa utraty przytomności w wyniku braku oddechu, np. spowodowanego urazem, tonięciem, zadławieniem, zatruciem, oraz gdy poszkodowanym jest niemowlę lub dziecko, ratujący powinien wykonywać zabiegi przywracające podstawowe czynności życiowe (oddech, praca serca).

**Meldunek o wypadku** powinien zawierać następujące dane (dotyczy wszystkich numerów ratunkowych):

**CO?** – rodzaj wypadku (np. zderzenie samochodów, upadek z drabiny, utonięcie, itp.),

**GDZIE?** – miejsce wypadku,

**ILE?** – liczba poszkodowanych,

**JAK?** – stan poszkodowanych,

**CO ROBISZ?** – informacje o udzielonej dotychczas pomocy,

**KIM JESTEŚ?** – dane personalne osoby wzywającej pomoc (numer telefonu, z którego dzwonisz). Gdy istnieje dodatkowe niebezpieczeństwo (np. cysterna) – poinformuj o tym. **Nigdy pierwszy nie odkładaj słuchawki !**

### **Przykładowe rodzaje urazów**

- **Zranienie**  
Każdą ranę pozostawiamy w stanie, w jakim ją zastaliśmy, przykrywając jedynie, możliwie szybko, jałowym materiałem opatrunkowym. W czasie opatrywania ranny powinien leżeć lub przynajmniej siedzieć. Nie należy usuwać ciał obcych tkwiących w ranie, gdyż zapobiegają krwawieniu.
- **Złamania**  
Pierwsza pomoc polega na unieruchomieniu dwóch stawów sąsiadujących ze złamaną kością lub dwóch sąsiednich kości, jeżeli uszkodzony jest staw. Jeśli kość przebiła skórę i rana obficie krwawi, zatamuj krwawienie, ale nie próbuj nastawiać kości ani oczyszczać rany. Załóż jałowy opatrunek i natychmiast wezwij pogotowie. Nie przesuwaj ofiary, jeśli ma uszkodzony kręgosłup, szyję lub miednicę.
- **Krwotok z nosa**  
Każ pacjentowi usiąść z głową pochyloną do przodu i siedzieć spokojnie przez dłuższy czas. Połóż mu na nasadzie nosa i karku zimny, mokry ręcznik lub lód. Jeśli krwawienie nie ustaje, włóż w obie dziurki od nosa tampony z gazy.
- **Omdlenie**  
Ułóż taką osobę na plecach. Upewnij się, że oddycha. Najpierw unieś jej nogi. Rozepnij jej ubranie, otwórz okno lub wynieś ją do chłodnego miejsca. Jeśli omdlenie trwa dłużej niż minutę lub dwie, przykryj poszkodowanego i wezwij karetkę pogotowia.
- **Oparzenie**  
Drobniejsze oparzenia jak najszybciej ozięb zimną wodą lub przyłóż kostki lodu i trzymaj, dopóki ból nie ustąpi. Nie stosuj żadnych maści ani tłuszczów. Pęcherze na skórze przykryj sterylnym opatrunkiem. Nie przebijaj ich ani nie wyciskaj.
- **Zatrucia**  
Jeśli kogoś bardzo boli brzuch, ma biegunkę, wymioty lub zawroty głowy albo gorączkę, wezwij natychmiast lekarza. Poinformuj, czym najprawdopodobniej ofiara się zatrula – nim przyjedzie, powie Ci, co robić. Nie wywołuj wymiotów, jeśli ofiara połknęła substancję żrącą, a także jeśli śpi lub ma drgawki. Jeśli jest to zatrucie pokarmowe, postaraj się dostarczyć lekarzowi próbkę „podejrzanej” potrawy, jej analiza może przyspieszyć leczenie. Przy zatruciu czadem

wynosimy poszkodowanego z zagazowanego pomieszczenia uważając na własne bezpieczeństwo.

- – Ciała obce

Ciała obce mogą być usuwane z rany tylko przez lekarza i ta czynność nie wchodzi w zakres pierwszej pomocy. Niewprawne próby usuwania grożą pozostawieniem w ranie fragmentów ciała obcego, a także stanowią niebezpieczeństwo wprowadzenia dodatkowego zakażenia. Większe ciała obce o gładkich brzegach często tamponują ranę i zapobiegają tym samym powstaniu dużego krwawienia.

- Udławienia

Zastosuj manewr Heimlicha: stojąc z tyłu, obejmujemy poszkodowanego na wysokości brzucha, kładziemy nasadę złączonych dłoni między pępkiem a dolnymi żebrami. Ściskając do siebie, lekko w górę, wypychamy powietrze z dolnej części płuc poszkodowanego. Wykonuje się 5 serii po 5 razy.

- Porażenie prądem

Pamiętaj, aby ratując porażonego samemu nie zostać porażonym. Odetnij dopływ prądu najszybciej jak to możliwe. Zadzwoń po pogotowie i straż pożarną. Nie dotykaj porażonego, dopóki dopływ prądu nie zostanie odcięty. Dopiero wtedy sprawdź, czy oddycha i czy ma tętno. Jeśli to konieczne, zastosuj sztuczne oddychanie lub masaż serca. Upewnij się, czy nie ma złamań lub obrażeń wewnętrznych.

- Padaczka

Choremu grozi niebezpieczeństwo zachłyśnięcia oraz uraz głowy, który może doznać, padając na ziemię lub w wyniku nieskoordynowanych ruchów w czasie napadu. Klękamy od strony głowy chorego, a rękoma i udami przytrzymujemy jego głowę, aby zapobiec jej urazom. W jeden kącik ust możemy włożyć chusteczkę, zapobiegając przygryzaniu sobie przez chorego języka i warg. Nie wolno w czasie ataku chorego unieruchamiać siłą.

- Urazy głowy

Przy uderzeniu w głowę istnieje niebezpieczeństwo urazu mózgowego i późniejszych poważnych komplikacji. Jeśli głowa krwawi, załóż opatrunek, zabandażuj i każ rannemu leżeć, dopóki nie przyjedzie lekarz.

- Atak serca

Najczęstsze objawy ataku serca to ból w klatce piersiowej i okolicach, czasem promieniujący do szyi i ramion. Ofiara może się pocić i tracić przytomność. Wezwij pogotowie. Jeśli chory ma kłopoty z oddychaniem, pomóż mu przybrać wygodną pozycję. Rozepnij obcisłe ubranie. Zachowaj spokój i spróbuj go uspokoić. W przypadku utraty przytomności sprawdź oddech i tętno, gdy trzeba,

podejmij czynności reanimacyjne – Reanimacja krążeniowo-oddechowa (RKO). Ogólną zasadą przeprowadzania RKO u osoby dorosłej jest schemat rozpoczynający się od 30 uciśnień klatki piersiowej i zrobieniu 2 wdechów (**ostatnia aktualizacja wytycznych American Heart Association (AHA) w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) oraz doraźnego postępowania w zaburzeniach krążenia (ECC) dotyczących podstawowych czynności resuscytacyjnych u osób dorosłych i dzieci (BLS) wprowadzone w 2017 r. – W przypadku u osób nieprzeszkolonych osoby udzielające pierwszej pomocy powinny wykonywać RKO – z pomocą dyspozytora numeru alarmowego lub bez niej – ograniczając się do uciśnień klatki piersiowej**). Czynności te należy powtarzać do momentu odzyskania oddechu przez ofiarę lub przyjazdu pogotowia. Istnieją okoliczności, w których ratownik może przerwać resuscytację, np. jest wyczerpany lub zaistniało zagrożenie jego bezpieczeństwa. Ratownik może także poprosić inną osobę o zastępstwo.

**Uciśnięcia:** należy wykonywać je na środku klatki piersiowej, używając ciężaru własnego ciała. Dłonie powinny być splecione, łokcie zablokowane. 30 uciśnień należy wykonać na głębokość około 5–6 cm (u dorosłego człowieka), z częstotliwością 100–120 uciśnień na minutę.

**Wdechy:** przez maseczkę należy wdmuchnąć około 0,5 litra powietrza – tak, aby uniosła się klatka piersiowa poszkodowanego. Nos ofiary powinien być zatkany, a głowa odchylona do tyłu.

Pierwsza pomoc u małego dziecka rozpoczyna się od 5 wdechów, poprzez nos i usta, następnie trzeba wykonać 30 uciśnień klatki piersiowej (dwoma palcami, na głębokość ok. 1,5 cm). Czynności te powtarzać według schematu: 2 wdechy na 30 uciśnień klatki piersiowej.

**Numery służb ratowniczych:** 112 – Połączenie jest bezpłatne i można je zrealizować z dowolnego telefonu komórkowego nawet bez logowania się do sieci operatora.

Podsumowując, należy podkreślić, że udzielanie pierwszej pomocy nie powinno w nas budzić odpychających działań, a tylko chęć i pewność działania które nie jest tak bardzo skomplikowane jak nam się wydaje. W tego typu sytuacjach kryzysowych wykonaj poniższe działania, a zobaczysz i Ty możesz się stać dla kogoś bohaterem życia !

Po upewnieniu się, że ratownikowi nic nie zagraża, należy podjąć następujące kroki:

1. Podejście do poszkodowanego i ocena jego stanu.
2. Sprawdzenie przytomności – należy potrząsnąć poszkodowanego za ramiona i zapytać „Co się stało?” lub „Czy pan/pani mnie słyszy?”.

3. Zapewnienie pomocy – telefon na pogotowie ratunkowe (112). Podczas zgłoszenia alarmowego należy podać następujące informacje: kto wzywa pomoc, dokładne miejsce wypadku, rodzaj i opis wypadku, kto został poszkodowany i ile osób potrzebuje pomocy medycznej, jakie czynności ratunkowe zostały wykonane, czy istnieją zagrożenia. Nie należy przerywać rozmowy, dopóki nie zadecyduje o tym dyspozytor.
4. Udrożnienie dróg oddechowych polegające na usunięciu z jamy ustnej ciał obcych i odchylenie głowy – należy zrobić to w przypadku, gdy poszkodowany nie jest przytomny.
5. Sprawdzenie, czy poszkodowany oddycha (ocena powinna trwać 10 sekund, w trakcie których muszą wystąpić 2 oddechy).
6. Sprawdzenie, czy poszkodowany nie posiada niebezpiecznych przedmiotów.
7. Jeżeli poszkodowany oddycha, należy wezwać pomoc i oczekując na pogotowie, ułożyć go w pozycji bocznej bezpiecznej, sprawdzając oddech co minutę, a co 30 minut odwracając na drugi bok. Jeśli nie oddycha, wymaganą procedurą jest RKO.

**Szybkie podjęcie działań związanych z pierwszą pomocą znacznie zwiększa szansę na uratowanie życia i zdrowia poszkodowanego!**



*Mgr Piotr Ćwikliński*

## **POSTĘPOWANIE RATOWNICZE U DZIECI PO WYPADKU KOMUNIKACYJNYM**

### **Streszczenie**

Pierwsza pomoc to czynności podejmowane w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykonywane przez osoby znajdujące się w miejscu zdarzenia, przez ratownika (kwalifikowana pierwsza pomoc), zaś medyczne czynności ratunkowe to świadczenia zdrowotne podejmowane przez lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych. W wypadkach komunikacyjnych poszkodowanymi są bardzo często dzieci. Postępowanie ratownicze w przypadku dziecka wygląda podobnie jak ogólny algorytm postępowania ratowniczego w miejscu wypadku. Najpierw należy dokonać oceny miejsca zdarzenia, oceny liczby i stanu poszkodowanych, wezwać pomoc, a następnie przystąpić do udzielenia pierwszej pomocy. Po przyjeździe zespołu ratownictwa medycznego wykonywana jest stabilizacja kręgosłupa szyjnego, przeprowadzana ocena stanu świadomości, oddechu, krążenia oraz wykonywane są podstawowe badanie mające na celu wykrycie obrażeń zagrażających życiu. Następnie następuje transport do szpitala, gdzie na oddziale SOR dziecko będzie poddane systemowi „Triage”, czyli procedurze umożliwiającej służbom medycznym szybką segregację rannych w masowych wypadkach w zależności od stopnia obrażeń oraz rokowań.

**Słowa kluczowe:** postępowanie ratownicze, pierwsza pomoc, wypadek komunikacyjny, dziecko, medyczne czynności ratunkowe

Ofiarami wypadków komunikacyjnych bardzo często są dzieci. Postępowanie ratownicze w przypadku dziecka wygląda bardzo podobnie jak ogólny algorytm postępowania

ratowniczego w miejscu wypadku. Celem niniejszego wystąpienia jest przypomnienie ogólnych zasad postępowania w sytuacji wypadku komunikacyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem postępowania w przypadku, gdy poszkodowanym jest dziecko.

W Polsce obecnie obowiązuje ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W myśl jej zapisów ratowanie życia i zdrowia ludzkiego odbywa się na trzech poziomach, którymi są: pierwsza pomoc, kwalifikowana pierwsza pomoc oraz medyczne czynności ratunkowe.[1]

### **Najpierw należałoby wyjaśnić te pojęcia**

Pierwszą pomocą nazywane są czynności, jakie podejmowane są w celu ratowania osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zawsze wykonywane przez osoby, które znajdują się aktualnie w miejscu zdarzenia (czyli przez świadków danego zdarzenia). Osoby, które udzielają poszkodowanemu lub choremu pierwszej pomocy nie muszą mieć żadnych kwalifikacji, żadnych ukończonych specjalistycznych kursów czy szkoleń. Każdy człowiek, który zauważy osobę albo osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ma prawny obowiązek udzielenia im pierwszej pomocy przedmedycznej. W przypadku nieudzielenia takiej pomocy i zignorowania osoby jej potrzebującej Kodeks karny przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3. Oczywiście, należy pamiętać również o tym, że udzielając pierwszej pomocy osobie potrzebującej absolutnie nie musimy – a nawet nie wolno nam – narażać swojego życia oraz zdrowia. Oznacza to, że w sytuacji, kiedy ratownikowi grozi jakieś niebezpieczeństwo, nie wolno nam świadomie się na nie narażać.[1]

Osoby, które udzielają pierwszej pomocy poszkodowanemu nie muszą obawiać się, że zostaną pociągnięte do odpowiedzialności karnej za jej nieumiejętne udzielenie albo za to, że popełniły jakieś błąd podczas ratowania poszkodowanej osoby. Ratowanie życia oraz zdrowia uważa się za stan wyższej konieczności, co oznacza, że życie ludzkie zawsze jest dużo cenniejsze od zdrowia. Ponadto – jeśli osoba, która udziela pierwszej pomocy poniesie jakąś szkodę na mieniu, prawodawstwo polskie przyznaje jej prawo do roszczenia o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa, który jest reprezentowany przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce powstania tej szkody.[1]

Czynności, jakie są podejmowane przez ratownika wobec osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego noszą nazwę kwalifikowanej pierwszej pomocy. Ratownikiem może zostać taka zostaje osoba, która ukończyła odpowiedni kurs w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP). Kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy trwa 66 godzin i kończy się egzaminem państwowym, po zaliczeniu którego osoba taka otrzymuje odpowiednie zaświadczenie, które jest ważne przez 3 lata od dnia jego wydania.



Dlatego też – żeby nie stracić uprawnień, taki egzamin należy regularnie powtarzać. Kwalifikowanej pierwszej pomocy udzielają między innymi ratownicy wodni, ratownicy górscy, strażacy itp.

Z kolei medyczne czynności ratunkowe to świadczenia zdrowotne, jakie są podejmowane w stosunku do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Świadczeń tych udzielają lekarze, pielęgniarki oraz ratownicy medyczni. Na osoby, które wykonują medyczne czynności ratunkowe, nałożony jest obowiązek ustawicznego doskonalenia zawodowego poprzez udział w różnorodnych formach kształcenia.[1]

Natomiast wypadkiem komunikacyjnym nazywamy zdarzenie w ruchu lądowym, morskim lub powietrznym, w którym uczestniczy co najmniej jeden pojazd (z napędem silnikowym lub bez takiego napędu) oraz którego skutkiem są szkody w majątku lub szkody na osobach w nim uczestniczących.

W wypadkach komunikacyjnych poszkodowanymi są bardzo często dzieci. Jak wygląda postępowanie ratownicze w takim przypadku?

Zanim przejdę do omawiania postępowania ratowniczego u dzieci, chciałbym przybliżyć ogólny algorytm postępowania ratowniczego w miejscu wypadku. Obejmuje on następujące elementy:

1. Wezwanie profesjonalnej pomocy – jednocześnie wskazanie miejsca wypadku, jego uczestników oraz rozmiaru szkód. Dokładne podanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego liczby osób poszkodowanych w wypadku umożliwi identyfikację na przykład wypadku masowego oraz pozwoli na jak najszybsze uruchomienie specjalnych procedur.
2. Zapewnienie bezpieczeństwa ratownika oraz zabezpieczenie miejsca wypadku, które polega przede wszystkim na:
  - bezpiecznym ustawieniu własnego pojazdu oraz pojazdów należących do innych ratowników, odpowiednie oświetlenie całego miejsca zdarzenia, jak również włączenie świateł awaryjnych
  - obowiązkowo założenie kamizelki odblaskowej, wyjęcie z samochodu własnej apteczki pierwszej pomocy oraz telefonu komórkowego (nocą również latarki)
  - ustawienie trójkąta ostrzegawczego w miejscu największego zagrożenia lub na bardziej zagrożonym kierunku
  - obowiązkowo wyłączenie zapłonu we wszystkich uszkodzonych pojazdach
  - stałe utrzymywanie gaśnicy w gotowości
3. Rozpoznanie miejsca wypadku, które polega na:
  - wyszukiwaniu wszystkich ofiar zdarzenia (może zdarzyć się, że ofiary zdarzenia w szoku będą oddalały się z miejsca wypadku)

- zbliżenie się do odnalezionych ofiar zdarzenia oraz wstępna ocena wszystkich obrażeń, jakie są widoczne dla obserwatora
  - wstępna ocena stanu obrażeń poniesionych przez poszkodowanych
  - wstępna ocena stanu poszczególnych poszkodowanych (tzw. ABC – ABC-Airways – drogi oddechowe – drożne, B – breathing – oddychanie, C – circulation – krążenie) oraz ustalenie kolejności udzielania im pierwszej pomocy, jak również jej zakresu.
4. Rozpoczęcie pierwszej pomocy medycznej oraz ewakuacji zagrożonych poszkodowanych – zawsze w takiej sytuacji należy zadbać również o własne bezpieczeństwo, czyli używać każdorazowo rękawiczek jednorazowego użytku oraz maseczek przeznaczonych do oddychania ratowniczego. Warto także pamiętać, że w sytuacji, kiedy nie posiadamy własnego sprzętu ratowniczego, wolno nam użyć apteczki, trójkąta ostrzegawczego, gaśnicy, CB radia, telefonu komórkowego itp. z pojazdów uszkodzonych.[3]

Świadkiem albo uczestnikiem nagłego zdarzenia, które zagraża zdrowiu czy życiu, czyli wypadku – na przykład komunikacyjnego, ale nie tylko – może zostać każdy z nas. Niesienie pomocy poszkodowanym powinno być odruchem, gestem solidarności, ale jest również obowiązkiem, który wynika z przepisów prawa.

Ratownik zawsze działa w warunkach bardzo silnego stresu. Wszystkim wypadkom niezwykle często towarzyszy krew, rozpaczliwe jęki rannych, totalny chaos, zniszczenie oraz przerażenie, często – śmierć. Logiczne myślenie niezwykle często zawodzi w takich sytuacjach, pojawia się tak zwana „pustka w głowie”. Dlatego też ważne jest, żeby znać algorytmy zachowań – każdorazowo wykonuje się je tak samo oraz w takiej samej kolejności, w odpowiedzi na te same bodźce.

Zawsze na miejscu nagłego wypadku najważniejsze jest jak najszybsze wezwanie fachowej pomocy, jak również zabezpieczenie miejsca zdarzenia oraz szybkie udzielenie pierwszej pomocy przedmedycznej wszystkim osobom poszkodowanym.[3]

Uważa się, że w krajach całej Unii Europejskiej co roku ginie w wypadkach komunikacyjnych ponad 600 dzieci będących w wieku 0–14 lat, co stanowi 2,4% wszystkich ofiar śmiertelnych wypadków drogowych. Procent dzieci będących w tym wieku to 16% wszystkich mieszkańców Unii Europejskiej, dlatego często uznaje się, że są w niewielkim stopniu – w porównaniu do pozostałych grup wiekowych uczestników ruchu – narażone na śmierć w wyniku wypadku drogowego. Również w Polsce udział ofiar dziecięcych wśród wszystkich ofiar śmiertelnych wypadków komunikacyjnych jest taki sam, jak w innych krajach Unii Europejskiej – według danych z 2016 roku wyniósł 2,4% wszystkich

zabitych w wypadkach drogowych, natomiast dzieci stanowiły 15% wszystkich mieszkańców naszego kraju.[4]

Należy pamiętać, że wypadki oraz urazy nie tylko zabijają, ale również powodują w wielu przypadkach trwałą niepełnosprawność oraz są przyczyną wielu poważnych problemów zdrowotnych zdecydowanie większej liczby dzieci niż wszystkie pozostałe przyczyny korzystania przez nie z pomocy medycznej. O ile szacuje się, że z powodu wypadków komunikacyjnych ginie na miejscu zdarzenia rocznie około 400 dzieci, to na każdy zgon dziecka przypada szacunkowo kilkadziesiąt przypadków pojawienia się trwałej niepełnosprawności, kilkaset przypadków hospitalizacji oraz kilka tysięcy porad oraz konsultacji lekarskich. Każdego roku w Polsce dochodzi do prawie 1 miliona wypadków komunikacyjnych wśród dzieci, z czego około 120 000 dzieci wymaga specjalistycznego leczenia szpitalnego.[5]

Typowe obrażenia podczas wypadku komunikacyjnego przedstawiają się następująco:

- Złamania
- Krwawienia, krwotoki
- Urazy wielu narządów wewnętrznych: na przykład uraz wątroby, uraz serca, pęknięcie śledziony czy obrażenia innych ważnych dla życia narządów
- Oparzenia[3]

### **Wypadek komunikacyjny – jak wygląda postępowanie ratownicze w przypadku dziecka?**

Pierwszy etap oceny poszkodowanego dziecka w wypadku drogowym to zawsze ocena miejsca zdarzenia. Są to obowiązkowe czynności, które należy wykonać jeszcze zanim podejdziesz do osoby poszkodowanej. Jeśli dojdzie do zaniedbania tego etapu – próba pomocy może wówczas kosztować życie osobę, która niesie pomoc. Ważne jest ot, aby zadbać o własne bezpieczeństwo, ponieważ jeśli staniemy się kolejną ofiarą wypadku – na pewno nie będziemy w stanie udzielić skutecznie pomocy innym.

W przypadku, kiedy doszło do wypadku komunikacyjnego, zawsze należy zatrzymać się, następnie włączyć światła awaryjne oraz zaciągnąć hamulec ręczny. Przy wysiadaniu z własnego pojazdu trzeba też pamiętać o wyciągnięciu ze stacyjki kluczyków oraz o zabraniu ich ze sobą, jak również o założeniu na siebie kamizelki odblaskowej. Miejsce wypadku zabezpieczamy poprzez ustawienie trójkąta ostrzegawczego (pamiętając też o właściwej odległości ustawienia trójkąta w zależności od rodzaju drogi, na jakiej doszło do konkretnego wypadku). Kierując się do miejsca wypadku należy również zabrać ze sobą apteczkę pierwszej pomocy, gaśnicę oraz telefon komórkowy.[2]

Jeśli w wyniku wypadku doszło do jakiegokolwiek uszkodzenia samochodu, zawsze należy wyciągnąć ze stacyjki kluczyki. Trzeba też zwrócić uwagę możliwość pojawienia

się wycieku paliwa oraz obecność zapalonych papierosów wewnątrz pojazdu. Następnie należy ocenić liczbę oraz stan uszkodzonych, po czym zadzwonić pod numer 112 i wezwać pomoc. Kolejny etap to przystąpienie do udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Podczas telefonicznego zgłaszania wypadku komunikacyjnego należy być przygotowanym na takie pytania dyspozytora, jak:

- Gdzie miał miejsce wypadek? (Należy podać dokładną lokalizację.)
- Co się stało?
- Ile osób jest rannych? Czy uszkodzeni oddychają? Czy występują duże krwawienia?[3]

Jeśli chodzi o dziecko uszkodzone w wypadku komunikacyjnym, to doznaje ono obrażeń w dwóch podstawowych sytuacjach – przy potrąceniu albo kiedy jest pasażerem samochodu.

W przypadku, gdy dochodzi do potrącenia dziecka przez pojazd, postępujemy w według poniższego schematu:

- Przede wszystkim zakładamy rękawiczki jednorazowe;
- Do uszkodzonego dziecka podchodzimy zawsze od przodu, w taki sposób, żebyśmy przez cały czas znajdowali się w jego polu widzenia (w ten sposób ograniczymy konieczność ewentualnych ruchów głowy – co jest istotne przy podejrzeniu urazu kręgosłupa na odcinku szyjnym);
- Należy ocenić aktualną reakcję dziecka (zawsze adekwatnie do jego wieku) poprzez na przykład próbę nawiązania z nim kontaktu słownego, a jeżeli dziecko nie reaguje – przez delikatne dotknięcie (ręki, twarzy);
- Dziecko nie wolno zginać, skręcać jego szyi, nie obracać jego głowy (wyjątek stanowi sytuacja, kiedy niezbędne jest to do wykonania przez osobę ratującą resuscytacji krążeniowo-oddechowej albo zabrania uszkodzonego dziecka z niebezpiecznego miejsca) – trzeba zawsze pamiętać o tym, że mogło dojść do ewentualnego urazu odcinka szyjnego kręgosłupa;
- Jeśli dziecko reaguje na nasze słowa lub dotknięcie, a nie istnieje dodatkowe zagrożenie, najlepiej jest zostawić je w pozycji zastanej, zabezpieczając jednocześnie przytrzymując głowę i szyję w taki sposób, żeby ograniczyć do minimum możliwość poruszania;
- W przypadku, kiedy dziecko nie reaguje na bodźce słowne i dotykowe, należy udrożnić jego drogi oddechowe. Kiedy drogi oddechowe są drożne, dokonujemy oceny występowania prawidłowego oddechu – jednocześnie obserwując ruchy klatki piersiowej, wysłuchując nad nosem oraz ustami dziecka szmer oddechowy, jak również wyczuwając ruch powietrza;

- Bardzo ważne jest także to, żeby zabezpieczyć ewentualne krwawienia zewnętrzne. Najlepiej to zrobić poprzez delikatne uciśnięcie krwawiącego miejsca w taki sposób, aby zahamować krwawienie. Jeśli występuje masywne, duże krwawienie, wówczas trzeba je zaopatrzyć jeszcze przed dokonaniem oceny dróg oddechowych oraz oddechu;
- Po upewnieniu się, czy poszkodowane dziecko nadal oddycha, należy zatamować pozostałe krwawienia. W przypadku stwierdzenia braku oddechu należy jak najszybciej rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową.[2]

Należy pamiętać też o tym, że ocena stanu poszkodowanego w przypadku dziecka, które znajduje się w rozbitym pojeździe, przebiega bardzo podobnie jak w przypadku powyżej opisanego schematu.

W przypadku, kiedy dziecko zostało poszkodowane będąc w rozbitym pojeździe, początkowo powinno być zabezpieczone w foteliku samochodowym. Właściwe umieszczenie dziecka w foteliku bardzo zmniejsza ryzyko powstania u niego poważnych obrażeń ciała niż ma to miejsce w przypadku dziecka niewłaściwie zapiętego w foteliku lub przewożonego bez fotelika. Jeśli dziecko w chwili wypadku znajduje się zapięte w foteliku samochodowym, nie wypinamy go z niego – wyjątkiem oczywiście jest konieczność podjęcia resuscytacji.[2]

Zespół ratownictwa medycznego, który przybędzie na miejsce wypadku, w takim przypadku fachowo wykona stabilizację kręgosłupa szyjnego, następnie przeprowadzi ocenę stanu świadomości, ocenę oddechu, krążenia, jak również wykona najbardziej podstawowe badania, których celem jest wykrycie obrażeń, które mogą zagrażać życiu. Dopiero wówczas podejmowana jest decyzja o konieczności zastosowania ewentualnej tlenoterapii oraz konieczności zabezpieczenia dróg oddechowych dziecka, założeniu kołnierza szyjnego (zespół ratownictwa medycznego może też zastosować inne metody, które stabilizują odcinek szyjny kręgosłupa). Poszkodowane w wypadku dziecko zostanie unieruchomione w specjalistycznym sprzęcie (możliwa jest też sytuacja, że po unieruchomieniu odcinka szyjnego kręgosłupa przy pomocy specjalistycznego sprzętu pozostanie ono nadal w foteliku samochodowym). Po ocenie odniesionych obrażeń zostanie podjęta decyzja o tym, czy będą konieczne inne interwencje wykonywane w miejscu zdarzenia albo podczas przewożenia poszkodowanego dziecka do szpitala. Współcześnie dąży się do tego, żeby – z uwagi na komfort psychiczny i zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa – jego opiekun mógł jechać razem z nim. W zależności od aktualnego stanu dziecka oraz od uwarunkowań lokalnych transport medyczny odbędzie się albo do szpitalnego oddziału ratunkowego, albo do pediatrycznego centrum urazowego. Dopiero na oddziale, po dokładnym ponownym zbadaniu dziecka, po przeprowadzeniu

szczególnej diagnostyki oraz po wykonaniu działań mających na celu stabilizację stanu pacjenta, podejmuje się decyzję o odpowiednim dalszym leczeniu oraz dalszym postępowaniu.[2]

Na oddziale Szpitalnego Oddziału Ratunkowego poszkodowane dziecko zostanie podane obowiązującemu systemowi „Triage” (od franc. triage – segregowanie, sortowanie), którym jest procedura umożliwiająca służbom medycznym jak najszybszą segregację rannych i poszkodowanych w masowych wypadkach, zawsze w zależności od stopnia poniesionych obrażeń, jak również rokowań wyzdrowienia. Procedura ta przydatna jest także w mniej dramatycznych momentach, zazwyczaj podczas pracy na przeciążonych nadmiernym obłożeniem chorych i poszkodowanych oddziałach ratunkowych. Po przeprowadzeniu wywiadu oraz wstępnych oględzinach każdy pacjent otrzymuje jedną z pięciu kolorowych opasek, odpowiadających stanowi jego zdrowia. Są to:

- Opaska czerwona, jeśli życie pacjenta jest zagrożone oraz wymaga on natychmiastowej pomocy;
- Opaska pomarańczowa, jeśli należy pilnie udzielić pomocy, a lekarz powinien zobaczyć pacjenta w ciągu maksymalnie 15 minut;
- Opaska żółta, kiedy na pomoc lekarza pacjent może poczekać do 90 minut;
- Opaska zielona sygnalizuje, że na kontakt z lekarzem pacjent może poczekać nawet 4 godziny;
- Opaska niebieska na pomoc można czekać dłużej niż 4 godziny – zgodnie z przepisami nawet do 12 godzin.[3]

Współcześnie – niestety – dzieci coraz częściej stają się ofiarami różnego rodzaju wypadków. Pomoc dziecku poszkodowanemu w wypadku komunikacyjnym jest bardzo podobna do pomocy, jakiej udziela się dorosłemu. Istotne jest to, żeby pomoc ta nadeszła jak najszybciej, aby maksymalnie zniwelować skutki ewentualnych urazów i zagrożeń. Oczywiście należy pamiętać też o tym, że każdy wypadek jest inny, ma inną specyfikę, i w każdym przypadku pomoc – zwłaszcza fachowa, niesiona przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego – może być odmienna. Jednak pewne algorytmy postępowania są niezmiennie, stałe. Dobrze jest o nich pamiętać, co jakiś czas je ćwiczyć, przypominać je sobie – zwłaszcza jeśli chodzi o pierwszą pomoc przedmedyczną. Takie działania naprawdę wielokrotnie ratują życie i zdrowie poszkodowanym w wypadkach komunikacyjnych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 Nr 191 poz. 1410)
2. Witt M., Dąbrowska A., Dąbrowski M. Ratownictwo medyczne – kwalifikowana pierwsza pomoc. UM. Poznań 2014.
3. Wiśniewski B., Lepka K. Kwalifikowana pierwsza pomoc. Vademecum ratownika. Elamed. Katowice 2017.
4. [https://www.obserwatoriumbrd.pl/pl/analizy\\_brd/problemy\\_brd/dzieci/wypadki-drogowe-z-udzialem-dzieci/](https://www.obserwatoriumbrd.pl/pl/analizy_brd/problemy_brd/dzieci/wypadki-drogowe-z-udzialem-dzieci/) 11 lipca 2017/ 10.05.2019
5. Kuchar E. Prewencja poważnych urazów u dzieci i młodzieży w okresie letnim [https://pediatria.mp.pl/pierwszapotomoc/147421,prewencja-powaznych-urazow-u-dzieci-i-mlodziezy-w-okresie-letnim /](https://pediatria.mp.pl/pierwszapotomoc/147421,prewencja-powaznych-urazow-u-dzieci-i-mlodziezy-w-okresie-letnim/) 10.05.2019





Mgr Ufa Bogumiła

## ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W REHABILITACJI

Już od zarania dziejów człowiek spotykał się z problemem niepełnosprawności. Na początku osobniki chore, słabsze były wyrzucane poza margines społeczeństwa. Odrąceni i pozostawieni samym sobie niejednokrotnie skazani byli na śmierć. Jednak z biegiem lat i rozwojem cywilizacji zaczęto baczniej zwracać uwagę na niedole ludzi kalekich. Szczyt rozwoju rehabilitacji przypada na czasy powojenne XIX wieku, gdzie powracający z wojny ranni żołnierze (bohaterowie) wymagali profesjonalnej opieki. W ten sposób narodziła się nowa dziedzina medycyny zwana rehabilitacją.<sup>9</sup>

Do wzrostu ilości ludzi potrzebujących pomocy rehabilitacyjnej przyczynił się rozwój cywilizacji (motoryzacja, przemysł – wypadki). Zwiększone tępo życia, stres oraz choroby XXI wieku znacznie pogarszają kondycję społeczeństwa.

Zgodnie z prognozami ONZ i OECD w najbliższych dziesięcioleciach pojawią się dwie zauważalne tendencje o charakterze globalnym. Mowa tu o wysokim tempie starzenia się populacji w krajach rozwijających się oraz utrzymującym się wysokim odsetkiem osób starszych w krajach rozwiniętych. Problem ten dotyczy również Polski. Według GUS-su liczba osób starszych w naszym kraju w najbliższych latach będzie miała tendencję wzrostową, co za tym idzie przybędzie nam ludzi niepełnosprawnych.

Nazwa rehabilitacja pochodzi od słowa *habilitas* i oznacza zręczność, sprawność oraz przedrostek *re* czyli przywrócenie, zwrotność.

Rehabilitacja jest procesem medyczno – społecznym, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu użyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia.

Rehabilitację rozpatruje się zazwyczaj w trzech aspektach: leczniczym (medycznym), społecznym, zawodowym

<sup>9</sup> Dega W. Milanowska K., Rehabilitacja metodyczna PZWL Warszawa, s8

**Rehabilitacja medyczna (lecnicza)** to zorganizowane działanie prowadzone w jednostkach służby zdrowia (szpitalach, przychodniach, poradniach i uzdrowiskach) mające na celu przyspieszenie procesu powrotu pacjenta do zdrowia, sprawności, zapobiegania niekorzystnym następstwom niekiedy niezbędnego długotrwałego unieruchomienia, zminimalizowania następstw przebytej choroby lub urazu. Pomimo, iż rehabilitacja medyczna stanowi zaledwie część szerokiego procesu rehabilitacji to jest jej podstawowym oraz początkowym etapem. W wielu dziedzinach odgrywa ona często niezastąpioną rolę i decyduje zarówno o przeżyciu pacjenta w ostrym okresie choroby, jak i o jakości jego dalszego życia.<sup>10</sup>

Do podstawowych zobowiązań pielęgniarki należy udzielanie wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z panującymi standardami, udzielaniem im pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacjach zagrożenia życia jak i przekazywanie chorym rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.<sup>11</sup>

Człowiek z ograniczoną sprawnością i funkcją motoryczną potrzebuje stałej opieki pielęgniarskiej. To właśnie na pielęgniarkę ciąży odpowiedzialność za właściwe ułożenie pacjenta, które jest podstawą w jego rehabilitacji. Poprawne ułożenie ciała chorego ma na celu nie tylko poprawienie jego komfortu ale co ważniejsze ma zapobiegać powstawaniu oraz utrwalaniu nieprawidłowych ustawień stawowych.<sup>12</sup> Ponadto częsta i systematyczna zmiana ułożenia ciała zapobiega powstawaniu wielu powikłań: zapalenie płuc, odleżyny, spadek napięcia mięśniowego w kończynach, przykurcze, zaniki mięśniowe, zaporcia, powikłania zakrzepowo – zatorowe, apatia. W celu zapobiegania tym powikłaniom, należy pacjenta jak najwcześniej usprawniać. Usprawnianiem chorego w porozumieniu z lekarzem zajmuje się pielęgniarka w czasie zabiegów pielęgnacyjnych (kąpiel, zmiana pozycji, zmiana bielizny). Czynności te wykonywane przez pielęgniarkę noszą nazwę rehabilitacji przyłóżkowej<sup>13</sup>. W zależności od okresu uruchomienia pacjenta zadania pielęgniarki różnią się od siebie. I tak w pierwszym okresie uruchamiania, gdy pacjent jest leżący np.: z niedowładem pielęgniarka wykonuje ćwiczenia bierne obejmujące określony obszar narządu ruchu, bez współdziałania chorego. Ćwiczenia te mają na celu zachowanie pełnego zakresu ruchów w stawach, pełnej długości i elastyczności mięśni, torebki i więzadeł stawu. Pobudzają obwodowy układ nerwowy.

Wspomagają usamodzielnienie pacjenta i poprawiają jego samopoczucie. Poprzez poprawienie ukrwienia organizmu ożywiają mięśnie i stawy. Zapobiegają zmianom

<sup>10</sup> Straburzyńska – Lupa A, Straburzyński G. Fizjoterapia z elementami klinicznymi tom I PZWL, Warszawa, 2008, s2

<sup>11</sup> Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, NRPiP, Warszawa 2003

<sup>12</sup> Nowotny J., Podstawy fizjoterapii Część II, Copyright, Katowice 2000, s.55

<sup>13</sup> . Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z 2 września 1997 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (DzU nr 116, poz. 750).

degeneracyjnym stawów i zrzesztotnieniu kości. Ułatwiają odpływ krwi żyłnej z obwodu, pobudzają układ krążenia i przemianę materii, zapobiegają zapaleniu płuc i odleżynom. Wszystkie wykonywane czynności powinny być płynne, delikatne i nie powinny sprawiać pacjentowi bólu. Ćwiczenia mogą odbywać się wyłącznie po uprzednim ustabilizowaniu uszkodzeń odcinka kręgosłupa, w kilka dni po urazie i poprzedzone powinny być oceną zakresu ruchu w stawach. W drugim okresie uruchamiania pacjent chory sam może wykonywać, dostosowane to jego tępa, ćwiczenia bierne (z odpowiednim obciążeniem) a rolą pielęgniarki lub rehabilitanta jest udzielanie pomocy i pełnienie nad nim nadzoru. W trzecim okresie uruchamiania polegającym na przygotowaniu pacjenta do przyjęcia pozycji pionowej i pierwszego wstania z łóżka bardzo ważna jest pomoc pielęgniarki. Jej zadaniem w tym ważnym dla chorego okresie jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa zarówno fizycznego jak i psychicznego. Pierwsze opuszczenie łóżka powinno odbywać się zawsze przy udziale pielęgniarki i nie może trwać długo. Ważne w tym kluczowym momencie jest omówienia z pacjentem mechanizmów i reakcji adaptacyjnych organizmu do postawy pionowej. Należy uprzedzić chorego o możliwości wystąpienia zawrotów głowy, szumów w uszach, mroczków przed oczami, uczuciu słabości, bladoci skóry twarzy, przyspieszeniu tętna oraz wystąpieniu potu na twarzy. Jednocześnie pielęgniarka ma za zadanie obserwować pacjenta i w razie konieczności udzielić mu bezzwłocznej pomocy.<sup>14</sup>

Zadaniem pielęgniarki jest pomoc „niesprawnemu” pacjentowi w wykonywaniu codziennych czynności takich jak: mycie, załatwianie potrzeb fizjologicznych, ubieranie się, spożywanie posiłków. Pomoc ta jednak powinna mieć na celu usprawnienie nabytych umiejętności a nie wyręczanie w nich pacjenta.<sup>15</sup>

Ważne aby w okresie rehabilitacji pacjenta pielęgniarka wspierała, pocieszała i chwaliła chorego podczas jego wysiłków zmierzających do powrotu do zdrowia. Pielęgniarka powinna zachęcać pacjenta do samodzielności i w miarę możliwości wymagać od niego wykonywania prostych czynności. Podczas swej pracy z rehabilitowanym człowiekiem pielęgniarka powinna okazywać mu życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia. Relacja łącząca pielęgniarkę z pacjentem jest częścią procesu terapeutycznego, a poprawne komunikowanie przyspiesza wyleczenie. Stroną aktywną w tej relacji jest pielęgniarka i ona decyduje o tym, jaki będzie jej ostateczny kształt. Pozyskanie zaufania zależy od wielu różnych czynników i wymaga ono od pielęgniarki:

- wytwarzania klimatu ciepła i bliskości,
- okazywania pacjentowi akceptacji i szacunku,

<sup>14</sup> Zahradniczek K. Podręcznik dla studentów medycznych Pielęgniarstwo PZWL. Warszawa 2004, s.344–354

<sup>15</sup> Nowotny J., Podstawy fizjoterapii Część II, Copyright, Katowice 2000, s.55

- zapewnienia mu potrzebnego oparcia zarówno fizycznego jak i psychicznego,
- autentyczności,
- celowości zachowań,
- otwartości,
- zdolności empatycznych.<sup>16</sup>

Pielęgniarka zobowiązana jest do przestrzegania praw pacjenta a co za tym idzie powinna respektować prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Wszystkie świadczenia pielęgniarskie powinna wykonywać za zgodą pacjenta (o ile jest on zdolny ją sformułować). Jej zadaniem jest informowanie pacjenta w przypadkach odmowy wyrażania przez niego zgody o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta aby zmienił swoje zdanie.<sup>17</sup>

Pielęgniarka powinna zachować prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, które uzyskała w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Pielęgniarka powinna umożliwić choremu kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki. Ma za zadanie edukować członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgnacyjnego.

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia pielęgniarka jest zobowiązana umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania. Podczas sprawowania opieki medycznej pielęgniarka powinna dołożyć wszelkich starań aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.<sup>18</sup>

Istotnym elementem pracy pielęgniarki w ostatnich latach stała się diagnoza pielęgniarska. Pozwala ona jej samej i pozostałemu personelowi medycznemu dokładniej przyjrzeć się problemom pacjenta. Diagnoza pielęgniarska zwraca uwagę na potrzeby zdrowotne chorego, które są bardzo ważne dla polepszenia lub przywrócenia zdrowia. Diagnoza powinna być indywidualna. Wymaga ona od pielęgniarki podjęcia wielu czynności instrumentalnych, higienicznych i pielęgnacyjnych.<sup>19</sup>

Bardzo ważne jest to, aby pielęgniarka podczas swojej pracy z pacjentem, utrwalała uzyskane już przez chorego postępy w rehabilitacji. Tylko systematyczność i wielokrotność powtórzeń gwarantuje rehabilitowanemu osiągnięcie zaplanowanego wyniku.

---

<sup>16</sup> Konstańczak S. *Etyka pielęgniarska* Difin. Warszawa 2010, s. 174

<sup>17</sup> *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, NRPiP, Warszawa 2003

<sup>18</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

<sup>19</sup> Ukleja H.(Red.) *Współczesna edukacja pielęgniarska i poziom opieki pielęgniarskiej*, WSGK Kutno 2011, s.105

## Współpraca pielęgniarki z zespołem terapeutycznym.

Zgodnie z zasadą kompleksowości w rehabilitacji powstało pojęcie zespołu terapeutycznego. Zespołem terapeutycznym nazywamy grupę specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. Skład zespołu terapeutycznego pomocnego w rehabilitacji uzależniony jest od rodzaju zabiegów jakich wymaga chory w danej placówce. Poszczególni członkowie zespołu zapoznają się indywidualnie z chorym i przedstawiają swe spostrzeżenia na zebraniach zespołów rehabilitacyjnych.<sup>20</sup>

W skład zespołu rehabilitacyjnego wchodzi: lekarz specjalista rehabilitacji medycznej; lekarze innych specjalności (neurolog, ortopeda, reumatolog, kardiolog, urolog, pediatra lub inni); fizjoterapeuci; terapeuta zajęciowy; terapeuta mowy; pielęgniarki; psycholog, neuropsycholog; inni w zależności od potrzeb (technik ortopedyczny, pracownik socjalny), pielęgniarka.<sup>21</sup>

Funkcja rehabilitacyjna pielęgniarki realizowana w zespole terapeutycznym ma szczególne znaczenie w opiece nad osobami niesprawnymi ruchowo. To właśnie pielęgniarka wykonuje szereg czynności ukierunkowanych na pomoc pacjentowi w ponownym odzyskiwaniu zdolności motorycznych utraconych w wyniku choroby, urazu, gwałtownego wypadku lub wady wrodzonej układu ruchu. Czynności wykonywane przez pielęgniarkę w ramach jej samodzielności zawodowej, bez naruszenia kompetencji innych członków zespołu terapeutycznego określone zostały w rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia z 2 września 1997 roku (DzU nr 116, poz. 750), w którym ustawodawca wprowadza rehabilitację przyłóżkową. Do głównych zadań pielęgniarki w zespole terapeutycznym należą czynności związane z zaspokojeniem potrzeby ruchu, z podtrzymywaniem aktywności ruchowej pacjenta i niezależności w codziennym funkcjonowaniu, a także z umiejętnym i bezpiecznym przemieszczaniem się z pomocą kul. Pielęgniarka może również wykonywać czynności rehabilitacyjne, jeśli nabyła takie umiejętności podczas podyplomowego doskonalenia zawodowego.<sup>22</sup>

Ze względu na całodobowy kontakt pielęgniarki z pacjentem odgrywa ona największą rolę w zespole. To właśnie do pielęgniarki pacjent ma największe zaufanie. Dlatego pielęgniarka powinna ściśle współpracować z zespołem terapeutycznym. Powinna pilnie

<sup>20</sup> Dega W. Milanowska K., Rehabilitacja metodyczna PZWL Warszawa, s12

<sup>21</sup> Nowotny J. Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów. Medipage. Warszawa 2006, s. 42

<sup>22</sup> Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z 2 września 1997 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (DzU nr 116, poz. 750).

obserwować chorego a swoje spostrzeżenia przekazywać pozostałym członkom zespołu rehabilitacyjnego.

Już sam fakt że w otoczeniu chorego znaleźli się ludzie, którzy chcą mu pomóc w powrocie do zdrowia, jest dla niego wielce stymulujące. Trzeba pamiętać, że praca członków zespołu musi być zharmonizowana nie tylko w ujęciu całości programu rehabilitacji., ale także w sposobie realizacji poszczególnych fragmentów terapii.<sup>23</sup>

### **Opis przypadku.**

Pani Maria lat 65 przyjęta do oddziału Fizjoterapii i Rehabilitacji w trybie planowym po urazie biodra lewego i złamaniu obu gałęzi kości łonowej lewej na skutek upadku z roweru. Do zdarzenia doszło przed 10 tygodniami. Leczona zachowawczo.

Pacjentka jest osobą samotną od czterech lat na emeryturze. Mieszka w domu wielorodzinnym w małym miasteczku. Sytuacja materialna i mieszkaniowa dobra.

Ostatnie sześć tygodni pacjentka spędziła w prywatnym Domu Pomocy Społecznej ze względu ma konieczność zaleconego przez ortopedę trybu życia – łózkowo – fotelowego. Chora siada samodzielnie ze spuszczone nogami. Do tej pory nie podejmowano próby wstawiania. Choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze i cukrzyca typu II.

Pacjentka nastawiona pozytywnie do hospitalizacji. Pragnie odzyskać zdolność do samoopieki i samopielęgnacji, aby powrócić do własnego domu.

### **Dzień 1.**

Rozpoznanie potrzeb pacjentki w cenie kategoryzacji; adaptacja, zapoznanie z personelem, przydzielenie pielęgniarki prowadzącej na cały okres trzytygodniowego pobytu w oddziale.

Proces pielęgnowania – .....

Tydzień 1

Tydzień 2

---

<sup>23</sup> Dega W., Malinowska K. Rehabilitacja medyczna. PZWL, Warszawa 1983, s12

## ŹRÓDŁA

1. Dega W. Milanowska K., Rehabilitacja metodyczna PZWL Warszawa, s8
2. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, NRPiP, Warszawa 2003
3. Konstańczak S. Etyka pielęgniarska Difin. Warszawa 2010, s. 174
4. Nowotny J., Podstawy fizjoterapii Część II, Copyright, Katowice 2000, s.55
5. Nowotny J. Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu. Podręcznik dla studentów fizjoterapii i fizjoterapeutów. Medipage. Warszawa 2006, s. 42
6. Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z 2 września 1997 roku w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (DzU nr 116, poz. 750).
7. Straburzyńska – Lupa A, Straburzyński G. Fizjoterapia z elementami klinicznymi tom I PZWL, Warszawa, 2008, s2
8. Ukleja H.(Red.) Współczesna edukacja pielęgniarska i poziom opieki pielęgniarskiej, WSGK Kutno 2011, s.105
9. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
10. Zahradniczek K. Podręcznik dla studentów medycznych Pielęgniarstwo PZWL. Warszawa 2004, s.344–354





*Mgr Agnieszka Komorowska*

## **ZJAWISKO WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PIELĘGNIAREK NA TLE INNYCH PRACOWNIKÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ – BADANIA WSTĘPNE**

### **STRESZCZENIE**

**Cel.** Celem badania było ukazanie różnych aspektów wypalenia zawodowego pielęgniarek na tle innych pracowników domów pomocy społecznej.

**Tło.** Źródłem przedwczesnego odchodzenia pielęgniarek z zawodu są psychospołeczne i fizyczne cechy pracy. Jednym z wyznaczników odchodzenia pielęgniarek z zawodu było wypalenie zawodowe rozumiane jako wyczerpanie emocjonalne. Pielęgniarki, które odczuwają wzmożone wyczerpanie psychiczne częściej zastanawiają się nad odejściem z zawodu.

**Metoda (metody).** W badaniach zastosowano wykorzystanie metody sondażu diagnostycznego oraz metody szacowania; techniki badawcze: ankietowanie oraz technikę skali szacunkowej oraz wykorzystano kwestionariusze PSS-10 i DS-14.

**Wyniki.** Badania wykazały istotną statystycznie zależność pomiędzy natężeniem stresu, a grupami wykonywanego zawodu w domach pomocy społecznej. Najwyższe natężenie stresu odnotowano w grupie zawodowej pielęgniarek, opiekunów medycznych oraz rehabilitantów

**Implikacje dla zarządzających pielęgniarstwem.** Dużą rolę w prewencji wypalenia zawodowego powinna odgrywać kadra kierownicza – przywódcy pielęgniarstwa oraz sami pracownicy. Istotna jest świadomość istnienia zagrożenia i zdecydowana postawa przeciwdziałania zjawisku, którym jest wypalenie zawodowe.

**Słowa kluczowe:** wypalenie zawodowe, pielęgniarki, dom pomocy społecznej, wyniki badań.

## WSTĘP

Oblicze przyszłej opieki pielęgniarstwa uzależnione jest od światowych trendów, do których zaliczamy starzenia się społeczeństwa, przyrost osób z chorobami cywilizacyjnymi czy wyzwania środowiskowe, które kształtują przyszłość opieki pielęgniarstwa. Coraz więcej badaczy zwraca uwagę na specyficzny rodzaj stresu, którym jest wyczerpanie emocjonalne. Szczególnie narażone na ten rodzaj stresu są osoby pracujące w ochronie zdrowia oraz w sektorze pomocy społecznej. Wypalenie zawodowe jest psychicznym wyczerpaniem emocjonalnym, depersonalizacją oraz obniżonym poczuciem dokonań osobistych, który może występować u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób”. Pielęgniarki pracujące w sytuacjach wzmożonego i długotrwałego stresu spowodowanego nieprzewidywalnymi zachowaniami pacjentów narażone są w szczególności na ten rodzaj stresu. Nieumiejętne radzenie sobie ze stresem czy brak wsparcia może doprowadzić do wypalenia zawodowego, co będzie skutkowało obniżoną jakością pracy oraz uniemożliwiało dalszy rozwój zawodowy. Domy opieki społecznej są instytucjami, do których kierowane są osoby nie mogące samodzielnie funkcjonować w życiu codziennym, wymagające całodobowej opieki z powodu niepełnosprawności, choroby czy wieku. Pracownicy domów pomocy społecznej obarczeni są dużą ilością pracy oraz narażeni są na sytuacje stresowe. Zaangażowanie emocjonalne w sprawy pensjonariuszy z równoczesnym brakiem dystansu wobec problemów innych ludzi niesie ze sobą ryzyko obciążenia psychicznego, co może skutkować pojawieniem się syndromu wypalenia zawodowego. Przegląd literatury ukazuje, iż w Polsce znajdują się wiele badań prowadzonych na temat wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w placówkach medycznych, natomiast niewiele badań uwzględnia aspekty wypalenia zawodowego pielęgniarek i innych pracowników pracujących w domach pomocy społecznej. Przemiany cywilizacyjne oraz wysokie wymagania stawiane pracownikom ochrony zdrowia i służbom społecznym, spowodowały, że koszty psychologiczne jakie ponoszą pielęgniarki są niepokojące. Stres w literaturze definiowany jest nie tylko jako czynnik negatywny, ale także jako aspekt pozytywny, który motywuje pracowników do działań będących odpowiedzią na stawiane wymagania. Stały i wysoki poziom stresu pozwala przetrwać ale staje się szkodliwy i negatywny w momencie fizycznego, umysłowego i emocjonalnego napięcia pomiędzy sytuacjami a tym co oceniane jest jako umiejętność poradzenia sobie z wyzwaniami. Należy podkreślić, że rozwój syndromu wypalenia zawodowego zależy od wielu czynników. Przyczyny wypalenia zawodowego lokalizowane są na trzech płaszczyznach: cechy indywidualne jednostki, czynniki interpersonalne oraz czynniki organizacyjne. Czynniki, które naruszają równowagę psychiczną pielęgniarek i innych pracowników domów pomocy społecznej mogą prowadzić do pojawienia się

wypalenia zawodowego spowodowanego warunkami i organizacją pracy oraz relacjami z zespołem terapeutycznym, z pacjentem i jego rodziną oraz dyskomfortem z racji wykonywanych zawodów. Poruszając temat wypalenia zawodowego warto przytoczyć główne cele międzynarodowego programu badawczego NEXT (Nurses' EarlyExitStudy, QLK6-CT-2001-00475), które zostało przeprowadzone w 10 krajach Europy (Belgia, Finlandia, Francja, Holandia, Niemcy, Wielka Brytania, Włochy, Słowacja i znajdująca się poza strukturami unijnymi – Norwegia), Polska. Badanie prowadzone w Polsce na tle innych krajów Europy analizowało czynniki dotyczące porzucenia zawodu pielęgniarki. Badanie uwzględniało również pielęgniarki pracujące w domach pomocy społecznej, a jednym z głównych czynników przedwczesnego odejścia z zawodu było wypalenia zawodowe rozumiane jako poczucie wyczerpania emocjonalnego. Niewątpliwie zjawisko wypalenia zawodowego jest niełatwe do opisanego ze względu na wielowymiarowość problemu. Tematyka skali tego zjawiska coraz częściej pojawia się w publikacjach i artykułach naukowych, w radiu, prasie i innych mediach. Istnieją jednak obszary gdzie nadal nie jest prowadzona zbyt wystarczająca liczba badań. Prowadzenie badań z zakresu wypalenia zawodowego wśród pracowników w domach pomocy społecznej może stać się istotnym sygnałem dla służb odpowiedzialnych za budowanie i kształtowanie polityki społecznej.

## 1. CEL

Celem niniejszej pracy było ukazanie różnych aspektów wypalenia zawodowego wśród pracowników domów pomocy społecznej, w tym również czynników wypalenia zawodowego pielęgniarek na tle innych zawodów w placówkach pomocy społecznej. Uświadomienie skali tego zjawiska, stworzy możliwość budowania kompetencji pracowników placówek tak, aby sami potrafili diagnozować symptomy i odpowiednio szybko mogli zareagować, wdrażając właściwe strategie radzenia sobie ze stresem i profilaktykę wypalenia zawodowego. Zasadniczym celem przeprowadzenia badań własnych było przedstawienie skali zjawiska wypalenia zawodowego wśród pracowników takich jak pielęgniarki, opiekunowie medyczni, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowy oraz rehabilitanci. Niewielka ilość badań prowadzona na ten temat w Polsce, może stanowić ważny punkt odniesienia dla kierownictwa placówek domów pomocy społecznej i przyczyni się do lepszego poznania i zrozumienia skali zjawiska wśród danych grup zawodowych pracujących w placówkach opiekuńczych. Celem badań było również ukazanie czy w grupie badanych pielęgniarek dominują osoby obciążone wystąpieniem ryzyka wypalenia zawodowego w porównaniu do innych grup zawodowych pracujących w domach pomocy społecznej. Zjawiskiem, które podlegało ocenie była analiza subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami

osobistymi i sposobami radzenia sobie, ocena natężenia stresu związana z własną sytuacją życiową na przestrzeni miesiąca, a także ocena tendencji do doświadczenia negatywnych emocji z zahamowaniem ekspresji. Kolejnym elementem podlegającym ocenie była skala do badania nasilenia cech składających się na osobowość typu D „osobowość stresowa”, które pozwalają zbadać skłonność do doświadczenia negatywnych emocji oraz tendencje do hamowania wyrażania emocji w kontaktach społecznych. Powyższe czynniki mogą powodować wzmożone występowanie syndromu, którym jest wypalenie zawodowe. Analiza wymienionych czynników przyczyniła się do oceny skali zjawiska w poszczególnych grupach zawodowych pracujących w placówkach takich jak domy pomocy społecznej. Wyznacznikiem podjęcia się badań był fakt, iż w Polsce, jak i również w innych krajach Europy mamy tendencję starzejącego się społeczeństwa. Dane oceniające stan zdrowia ludności w Polsce wskazują na zjawisko wzrostu osób niepełnosprawnych, starszych oraz niesamodzielnych w życiu codziennym. Prognozowane dane dotyczące długości przeciętnego trwania życia, ukazują wzrost liczby ludzi, którzy potrzebują profesjonalnej opieki pielęgnacyjnej całodobowej. Z danych statystycznych wynika, iż w Polsce narasta problem niedostatecznej pielęgnacji i opieki nad osobami, które nie radzą sobie w życiu codziennym. Polska na tle innych krajów Unii Europejskiej zajmuje niemalże końcowe miejsca pod względem nie tylko rozwiązywania problemów osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych co wiąże się z niewystarczającym spełnieniem oczekiwań tychże grup społecznych. Osoby pracujące w domach pomocy społecznej w wyniku nadmiernej ilości obowiązków zawodowych związanych z znaczną liczbą osób, które potrzebują pomocy opiekuńczej i pielęgnacyjnej są narażeni na wzrost ryzyka wystąpienia wyczerpania emocjonalnego, które prowadzi do spadku wydajności w pracy. Prowadzenie badań na ten temat pozwala zdefiniować skalę problemu, która stanowi również duże wyzwanie dla dyrektorów placówek.

## **2. METODY I NARZĘDZIA**

### **2.1. PROJEKT BADAŃ I PRÓBA**

Badania dotyczące oceny wybranych aspektów wypalenia zawodowego zostały przeprowadzone w domach pomocy społecznej wśród grupy pracowników  $n=100$ . Kryteriami doboru grupy byli mężczyźni i kobiety, wyrażający zgodę na udział w badaniu, bez zaburzeń poznawczych i funkcjonalnych, umożliwiających wypełnienie kwestionariuszy, będący pracownikami (umowa o pracę) w domach pomocy społecznej. Kolejnym kryterium, które

pozwalą na udział pracowników w badaniu była przynależność do danej grupy zawodowej: pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, opiekunowie medyczni, rehabilitanci oraz pracownicy socjalni. Wśród grupy badanych większość respondentów stanowiły kobiety 94 %, mężczyźni zaś sześć procent. Większość respondentów charakteryzowała się miejscem zamieszkania na terenie wsi 63%, tylko 37% zamieszkiwało tereny miasta. Najliczniejszą grupę wśród pracowników badanych w domach pomocy społecznej stanowiły osoby w wieku 40–50 lat bo, aż 37% oraz 30–40 lat 29%. Najmniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 50 lat zaledwie 16%. Analizując wykształcenie osób badanych, najwięcej osób posiadało wykształcenie wyższe (magisterskie, tytuł licencjata) 56 %, zaś najmniej wykształcenie średnie 44 %. Najważniejszą ocenę podczas analizy aspektów wypalenia zawodowego wśród pracowników w domach pomocy społecznej stanowił czynnik, którym był wykonywany zawód. Najliczniejszą grupę stanowił zawód opiekun w domu pomocy społecznej 38 %, na drugim miejscu uklasyfikował się zawód pielęgniarki/pielęgniarsza 31 %, następnie rehabilitanci 16%, pracownicy socjalni dziewięć procent oraz terapeuci zajęciowi sześć procent. Biorąc pod uwagę rozkład stażu pracy pracowników w placówkach, najliczniejszą grupę stanowiły osoby ze stażem pracy 0–15 lat 74%, najmniejszą osoby ze stażem pracy powyżej 15 lat 26 %.

## 2.2. PROCEDURA ZBIERANIA DANYCH

Badania przeprowadzone w domach pomocy społecznej wśród określonych grup zawodowych miały charakter dobrowolny, bezpłatny i anonimowy. Dotyczyły one pracowników zatrudnionych w domach pomocy społecznej. Badania przeprowadzone zostały w placówkach w okresie od miesiąca – czerwiec 2017 roku do miesiąca -wrzesień 2017 roku. Pracownicy placówek otrzymali informację dla uczestnika badania naukowego, która zawierała informację dotyczącą sposobu przeprowadzenia badania. Po uzyskaniu zgody od respondentów na udział w badaniu, pracownicy zostali poinformowani o zdeponowaniu czystych kwestionariuszy (ankiet) w pokoju socjalnym, a następnie po ich wypełnieniu arkusze zostały wrzucone do urny zaplombowanej, która została przygotowana w każdym z domów pomocy społecznej przed wejściem do pokoju socjalnego. W badaniach zastosowano wykorzystanie metody sondażu diagnostycznego oraz metody szacowania; techniki badawcze: ankietowanie oraz technikę skali szacunkowej.

## 2.3. NARZĘDZIA BADAWCZE

W celu przeprowadzenia badania naukowego dotyczącego wybranych aspektów wypalenia zawodowego wśród pracowników w domach pomocy społecznej, zespół badawczy wykorzystał kwestionariusz ankiety własnej zawierający metryczkę, w której uwzględniono

pleć, wiek respondentów, miejsce zamieszkania, staż pracy, wykonywany zawód, oraz 4 pytania zamknięte, na które odpowiada się w 3-stopniowej skali dotyczące wyczerpania psychicznego związanego z obowiązkami zawodowymi w miejscu pracy na przestrzeni 12 miesięcy; częstości odczuwania braku zaangażowani w relacjach z podopiecznymi; częstości odczuwania poczucia braku własnej skuteczności w rozwiązywaniu problemów z podopiecznymi oraz częstość odczuwania rozczarowania w wyniku nieefektywnego rozwiązania problemu wobec pensjonariuszy domów pomocy społecznej. Kolejnym narzędziem użytym w badaniu była Skala Odczuwalnego Stresu – PSS 10 autorów Sheldona Cohen, Tom Kamarck, Robin Mermelstein w adaptacji polskiej Zygryda Jurczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik. Narzędzie to służy do samooceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową pracownika na przestrzeni ostatniego miesiąca. O charakterystyce natężenia stresu nie stanowi ilość zdarzeń tylko ich ocena. Skala ta wykorzystywana jest głównie do celów badawczych. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 zawiera 10 pytań, które dotyczą różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Osoba, która wypełnia kwestionariusz podaje swoje odpowiedzi poprzez wpisanie odpowiedniej cyfry od 0 do 4. Ogólny wynik skali wynosi od 0 do 40 punktów. Wysokie wyniki świadczą o wysokim natężeniu odczuwalnego stresu. Ogólne wyniki skali po przekształceniu na jednostki standaryzowane interpretują właściwości charakteryzujące skalę stenową. Wyniki w przedziale od 1 do 4 stena określane są jako niskie, w granicach od 7 do 10 stena jako wysokie, natomiast w granicach 5 i 6 stena jako przeciętne. Wskaźnik spostrzeganego stresu PSS-10 jest miarą przewlekłego stresu i oceny sytuacji życiowej jako stresującej, gdzie wymagania spostrzegane są przez jednostkę jako przekraczające jej możliwości. Wypełnienie skali zajmuje osobom badanym około 5 minut. Kolejnym narzędziem wykorzystanym przez zespół badaczy był kwestionariusz DS-14 czyli skala do pomiaru typu D w wersji polskiej Niny Ogińskiej-Bulik, Zygryda Jurczyńskiego. Na typ D składają się dwa główne wymiary negatywna emocjonalność oraz hamowanie społeczne. Negatywną emocjonalność cechuje wyrażenie skłonności jednostki do przeżywania silnych emocji takich jak gniew, lęk, irytacja, wrogość. Natomiast hamowanie społeczne cechuje się skłonnością jednostki do powstrzymywania się od wyrażenia negatywnych emocji i zachowań zgodnych z tymi emocjami. Powstrzymywanie się osób od ujawniania emocji jest świadome i podejmowane głównie w sytuacjach społecznych, z obawy przed dezaprobatą oraz odrzuceniem ze strony innych osób. Konstrukty osobowości stresowej oparty jest na dwóch dyspozycjach, które określane są jako pozytywna i negatywna emocjonalność. Dyspozycje takie są spowodowane głównymi cechami osobowości neurotyzmu i ekstrawersji. Hamowanie społeczne wykazuje natomiast duże podobieństwo do introwersji. Osoby z osobowością typu D posiadają tendencje do zamartwiania się

i odczuwania napięcia oraz charakteryzują się skłonnością do obwiniania. Cechuje taką jednostkę pesymistyczny sposób patrzenia na świat, niskie poczucie własnej wartości oraz niski poziom satysfakcji z życia. Funkcjonowanie osób z osobowością typu D ma swoją specyfikę w procesach oceny poznawczej oraz sposobów radzenia sobie ze stresem zauważalną w trzech komponentach: poznawczej, emocjonalnej oraz behawioralnej. Jednostka posiadająca osobowość typu D radzi sobie z negatywnymi emocjami poprzez powstrzymywanie się od wyrażania emocji i zachowań, co powoduje nasilenie poczucia stresu, co w konsekwencji prowadzi do zmian wegetatywno-emocjonalnych i choroby. Skala DS-14 składa się z 14 stwierdzeń, siedem z nich mierzy skłonność do przeżywania przez jednostkę negatywnych emocji, natomiast siedem pozostałych określa tendencję do powstrzymywania się jednostki od wyrażania emocji i związanych z nimi zachowań.

## 2.4. ANALIZA DANYCH

W badaniu dokonano analizy zagadnień dotyczących natężenia odczuwalnego stresu PSS-10, typu osobowości DS-14. Zespół badawczy sprawdził również, czy uzyskane wyniki, zróżnicowane są poprzez wytypowane zmienne takie jak: wiek (grupy wiekowe), miejsce zamieszkania, wykształcenie, wykonywany zawód oraz staż pracy pracowników w domach pomocy społecznej. Analizując zmienną miejsce zamieszkania, zespół badawczy zastosował test U Manna-Whitneya do porównywania dwóch prób niezależnych (grup). Analizując zmienną: grupy wiekowe, wykształcenie oraz staż pracy w domach pomocy społecznej, zastosowano test korelacji rang Spearmana. Do analizy zmiennej wykonywany zawód zastosowano test rang Kruskala-Wallisa, stosowany do porównywania wielu prób niezależnych (grup). Przyjęto poziom istotności  $p \leq 0,05$  jako istotny statystycznie i przyjęto również hipotezę zerową ( $H_0$ ), że nie ma różnicy wśród badanych grup. Do analizy danych (obliczenia) i wykonania rycin użyto programu Statistica 10.0 i arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel wykorzystując standardowe funkcje programu.

## 2.5. WZGLĘDY ETYCZNE

Badanie zostało zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy ( nr KB434/2017). Uczestnictwo było ściśle dobrowolne, bezpłatne, a uczestnicy mogli zaprzestać uczestnictwa w dowolnym czasie badania bez podawania przyczyny. Poufność została zapewniona, a świadomą zgodę uzyskano po odbiorze i zwrocie kwestionariusza.

### 3. WYNIKI BADAŃ

#### 3.1. ANALIZA WYNIKÓW KWESTIONARIUSZA – SKALA ODCZUWANEGO STRESU PSS-10

W analizowanym kwestionariuszu w największym stopniu odczuwali badani stres w pozycjach: jak często czujesz się nerwowy i zestresowany? (3) – średnia 2,42 punktu, jak często złościłaś/eś się na sprawy, które wymykały się spod twojej kontroli? (9) – średnia 2,42 punktu oraz jak często byłaś/eś zdenerwowany, gdy coś wydarzyło się nieoczekiwanie? – (1) – średnia 2,32 punktu i jak często czułaś/eś, że trudności piętrzą się tak, że aż trudno je pokonać? (10) – średnia 2,32 punktu. W najmniejszym stopniu respondenci odczuwali stres w pozycjach: jak często byłaś/eś w stanie kontrolować rozdrażnienie? (7) – średnia 1,43 punktu, jak często czułaś/eś, że jesteś w stanie poradzić sobie ze swoimi problemami osobistymi? (4) – średnia 1,4 punktu oraz jak często czułaś/eś, że sprawy toczą się tak, jak ty chcesz? (5) – średnia 1,38 punktu.

**Tabela 1.** Średnie pozycji kwestionariusza PSS-10.

Pozycja	N	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Min	media- na	Maks
jak często byłaś/eś zdenerwowany, gdy coś wydarzyło się nieoczekiwanie?	100	2,32	0,815	2,16	2,48	0,0	2,0	4,0
jak często czułaś/eś, że nie możesz kontrolować ważnych spraw w twoim życiu?	100	2,11	1,024	1,91	2,31	0,0	2,0	4,0
jak często czujesz się nerwowy i zestresowany?	100	2,42	0,819	2,26	2,58	0,0	2,5	4,0
jak często czułaś/eś, że jesteś w stanie poradzić sobie ze swoimi problemami osobistymi?	100	1,40	0,953	1,21	1,59	0,0	1,0	4,0
jak często czułaś/eś, że sprawy toczą się tak, jak ty chcesz?	100	1,38	0,801	1,22	1,54	0,0	1,0	4,0
jak często stwierdzałaś/eś, że nie możesz sobie poradzić ze sprawami, którymi powinieneś się zająć?	100	2,29	0,967	2,10	2,48	0,0	2,0	4,0
jak często byłaś/eś w stanie kontrolować rozdrażnienie?	100	1,43	0,807	1,27	1,59	0,0	1,0	3,0
jak często czułaś/eś że panujesz nad sytuacją?	100	1,54	0,758	1,39	1,69	0,0	2,0	4,0
jak często złościłaś/eś się na sprawy, które wymykały się spod twojej kontroli?	100	2,42	0,987	2,22	2,62	0,0	2,0	4,0
jak często czułaś/eś, że trudności piętrzą się tak, że aż trudno je pokonać?	100	2,32	1,205	2,08	2,56	0,0	2,0	4,0



Średnia wartość punktowa wyniosła – 19,63 punktu. Jest to wynik mieszczący się w dolnej strefie wyniku wysokiego, na granicy wyniku przeciętnego. Odchylenie standardowe stanowiło 30,1% wartości średniej, co świadczy o ponad przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Średnia wartość stenowa wyniosła 6,54 punktu. Wynik potwierdza, że badani, to osoby o wysokim, na granicy przeciętnego poziomie odczuwania stresu. Najwięcej badanych uzyskało sten ósmy – 26,0% oraz sten siódmy – 20,0%. Najmniej badanych uzyskało sten trzeci zaledwie sześć procent. Nikt z badanych nie uzyskał stenu pierwszego, drugiego i dziesiątego. Analizując dane zespół badawczy stwierdził, iż respondenci to osoby o wysokich wynikach stresu – 59,0% osób badanych, a tylko 19% osób posiadało wyniki na poziomie niskim. Niepokojące tendencje ukazują, że osoby pracujące w domach pomocy społecznej ze względu na wysoki poziom odczuwania stresu narażone mogą być w przyszłości na syndrom wypalenia zawodowego. Kolejnymi zmiennymi, które były analizowane odnośnie odczuwanego stresu to wiek badanych, który nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami natężenia stresu ( $p>0,05$ ). Najwyższą średnią punktową odczuwania stresu odnotowano w grupie wiekowej 30-40 lat – 21,31 punktu oraz powyżej 50 lat – 19,75 punktu. Najniższą w wieku 20-30 lat – 17,11 punktu. W wieku 20–30 lat najczęściej badanych uzyskało wyniki przeciętne – siedem osób (38,9%), najmniej wyniki niskie – pięć osób (27,8%). Generalnie największy stres odczuwali badani w wieku 30–40 lat oraz powyżej 50 lat. Najniższy poziom stresu odczuwali pracownicy w wieku 20-30 lat. W wieku powyżej 50 roku życia, stres był wysoki na granicy przeciętnego.

Ze względu na poziom istotności ( $p>0,05$ ), nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi, dotyczących odczuwanego natężenia stresu. W grupie mieszkańców miasta, najczęściej badanych uzyskało wyniki wysokie – 23 osoby (62,2%), najmniej wyniki niskie – pięć osób (13,5%). W grupie mieszkańców wsi, najczęściej uzyskało wyniki wysokie – 36 osób (57,1%), najmniej wyniki przeciętne – 13 osób (20,6%).

Większy stres odczuwali mieszkańcy miasta był to stres na poziomie wysokiego na granicy przeciętnego.

Wykształcenie badanych, nie pozostawało również w istotnej statystycznie korelacji z wynikami natężenia stresu. Ze względu na poziom istotności ( $p<0,05$ ), odnotowano natomiast statystycznie istotną różnicę pomiędzy grupami wykonywanego zawodu, a odczuwaniem natężenia stresu przez pracowników.

**Tabela 2.** Wyniki średnie punktowe natężenia stresu w grupach wykonywanego zawodu.

Zawód	średnia	SD
Pielęgniarka	21,19	7,06
opiekun medyczny/ opiekun w DPS	18,58	5,30
terapeuta/ pracownik kulturalno-oświatowy	14,50	6,44
rehabilitant/ fizjoterapeuta	22,00	3,67
pracownik socjalny	17,89	3,82

Najwyższą średnią punktową natężenia stresu odnotowano w grupie rehabilitantów/ fizjoterapeutów – 22,0 punkty oraz pielęgniarek – 21,19 punktu. Najniższą wartość w grupie terapeutów/ pracowników kulturalno-oświatowych tylko 14,5 punktu. W grupie pielęgniarek wyniki skali natężenia stresu na poziomie wysokim uzyskało 20 pielęgniarek, co stanowiło (64,52%), najmniej wyniki przeciętne uzyskało tylko pięć pielęgniarek, co stanowiło (16,1%). Analizując skalę natężenia stresu w grupie zawodowej opiekunów medycznych najwięcej pracowników uzyskało wyniki wysokie – 20 osób (52,6%), najmniej wyniki niskie – siedem osób (18,4%). W grupie zawodowej terapeutów/ pracowników kulturalno-oświatowych, najwięcej uzyskało wyniki niskie – cztery osoby (66,70%), tylko dwie osoby osiągnęły wynik natężenia stresu wysoki (33,3%). Analizując największy stres odczuwali badani wykonujący zawód rehabilitanta/ fizjoterapeuty oraz pielęgniarki. W obu grupach dominował wynik wysoki odczuwanego stresu. Kolejnym czynnikiem, który był poddany analizie to staż pracy w domach pomocy społecznej(DPS), nie pozostawał on w istotnej statystycznie korelacji z wynikami natężenia stresu ( $p>0,05$ ).

Największy stres odczuwali badani ze stażem pracy 10-15 lat, najniższy w grupie ze stażem pracy 0–5 lat.

### 3.2. ANALIZA WYNIKÓW KWESTIONARIUSZA DS-14

Na podstawie kwestionariusza DS-14 mierzy się skłonność do doświadczania negatywnych emocji oraz tendencje do hamowania wyrażania emocji w kontaktach społecznych przez respondentów. Za wysokie wartości w każdej z pod skali uznano sumę punktów  $\geq 7$ . Ankietowani, którzy charakteryzowali się wysokimi wartościami ( $\geq 7$ ) na obydwu pod skalach, klasyfikowano jako respondentów z osobowością typu D. Ze wszystkich analizowanych aspektów negatywnych emocji ustalono, że najwyższe wskaźniki (nasilenie), odnotowano w pozycjach: często przejmuję się drobiazgami – średnia 2,96 punktu oraz często uświadamiam sobie, że czymś się martwię – średnia 2,45 punktu. Najniższe z kolei wskaźniki osiągnęli badani w aspektach: często jestem

w złym nastroju – średnia 1,52 punktu oraz wszystko widzę w ciemnych kolorach – średnia 1,5 punktu. Natomiast ze wszystkich analizowanych aspektów zahamowania społecznego ustalono, że najwyższe wskaźniki (nasilenie), odnotowano w pozycjach: w kontaktach z innymi ludźmi często czuję się zahamowany – średnia 2,14 punktu oraz wolę raczej utrzymywać dystans wobec ludzi – średnia 1,93 punktu. Najniższe z kolei wskaźniki osiągnęli badani w aspektach: jestem osobą zamkniętą w sobie – średnia 1,93 punktu oraz łatwo nawiązuję kontakt z ludźmi – średnia 1,26 punktu. Wyższy wskaźnik nasilenia odnotowano w przypadku negatywnej emocjonalności – średnia 14,45 punktu, przy średniej 12,10 punktu zahamowania społecznego. Generalnie zarówno w skali negatywnej emocjonalności jak i zahamowania społecznego uzyskano wyniki większe od 10 punktów. Stwierdzić zatem można, że grupa jako całość, to osobowość typu D czyli pracownicy posiadający osobowość stresową, stanowi to kolejne ważne odniesienie w kierunku występowania w przyszłości syndromu wypalenia zawodowego wśród pracowników domów pomocy społecznej. Liczniejszą grupę (ponad połowę) stanowili pracownicy o typie osobowości D – 59,0%.

Grupy wiekowe badanych, nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami skali pomiaru osobowości typu D ( $p > 0,05$ ). Najwyższy wskaźnik dobowości typu D odnotowano w grupie wiekowej 30-40 lat – 20 osób (69,0%) oraz z wieku powyżej 50 lat – 10 osób (62,5%). Najniższy w grupie wiekowej 20–30 lat – siedem osób (38,9%).

Ze względu na poziom istotności ( $p > 0,05$ ), nie odnotowano statystycznie istotnych różnic pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi, dotyczących wyników skali DS.-14.

Nieznacznie wyższy wskaźnik dobowości typu D odnotowano w grupie mieszkańców miasta – 22 osoby (59,5%).

Wykształcenie badanych, nie pozostawało również w istotnej statystycznie korelacji z wynikami skali osobowości typu D. Najwyższy wskaźnik dobowości typu D odnotowano w grupie wykształcenia na poziomie licencjatu – 21 osób (63,6%), najniższy w grupie osób z wykształceniem magisterskim – 11 osób (47,8%).

Ze względu na poziom istotności ( $p < 0,05$ ) odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami wykonywanego zawodu, dotyczącą negatywnej emocjonalności. Wyniki zahamowania społecznego i osobowości typu D były na granicy istotności.

**Tabela 3.** Wyniki osobowości typu D w grupach wykonywanego zawodu.

wykonywany zawód	pielęgniarka		opiekun medyczny/ opiekun w DPS		terapeuta/ pracownik kulturalno-oświatowy		rehabilitant/ fizjoterapeuta		pracownik socjalny	
	liczba	%	Liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
typu D	22	71,0	21	55,3	1	16,7	11	68,8	4	44,4
typu nie-D	9	29,0	17	44,7	5	83,3	5	31,3	5	55,6
Razem	31	100,0	38	100,0	6	100,0	16	100,0	9	100,0

Najwyższy wskaźnik dobowości typu D odnotowano w grupie pielęgniarek – 22 osoby (71,00%), następnie rehabilitantów/ fizjoterapeutów – 11 osób (68,8%) oraz opiekunów medycznych/ opiekunów w DPS – 21 osób (55,3%). Najniższy odnotowano w grupie zawodowej terapeutów/ pracowników kulturalno-oświatowych – jedna osoba (16,7%). Analizując najwyższe średnie punktowe negatywnej emocjonalności, odnotowano w grupie rehabilitantów/ fizjoterapeutów – 17,06 punktu, pielęgniarek – 16,55 punktu oraz opiekunów medycznych/ opiekunów DPS – 13,08 punktu. Najniższą w grupie pracowników socjalnych – 10,56 punktu. Najwyższe średnie punktowe dotyczące zahamowania społecznego, odnotowano w grupie pielęgniarek – 13,58 punktu, rehabilitantów/ fizjoterapeutów – 13,5 punktu oraz terapeutów/ pracowników kulturalno-oświatowych – 11,67 punktu. Wyniki najniższe uzyskała grupa zawodowa pracowników socjalnych – 10,22 punktu.

Ze względu na poziom istotności ( $p < 0,05$ ), odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy typami osobowości D i nie-D, dotyczącą wyników skali odczuwanego stresu PSS-10.

**Tabela 4.** Wyniki PSS-10 w grupach typu osobowości.

typ osobowości	Typ D		Typ nie-D	
	liczba	%	Liczba	%
Niskie	1	1,7	18	43,9
Przeciętne	8	13,6	14	34,1
Wysokie	50	84,7	9	22,0
Razem	59	100,0	41	100,0

W grupie osobowości typu D najliczniejszą grupę stanowili pracownicy o wynikach wysokich skali natężenia stresu – 50 osób (84,7%), najmniej liczną grupę o wynikach niskich stanowiła tylko jedna osoba (1,7%). W grupie osobowości nie-D, najliczniejszą grupę stanowili badani o niskich wynikach natężenia stresu – 18 osób (43,9%), najmniej liczną grupę o wynikach wysokich skali natężenia stresu stanowiło tylko dziewięć osób (22,0%). Można stwierdzić, że badani posiadający osobowość stresową przejawiają wyższy poziom natężenia stresu w porównaniu do osób o osobowości nie stresowej, którzy przejawiają tendencję do mniejszej skali natężenia stresu.

#### 4. DYSKUSJA

Potrzeba oceny problemu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej jest niekwestionowanym faktem, jednak nie jest to zadanie łatwe. Badania ukazały, iż różnice występujące pomiędzy grupami wykonywanego zawodu dotyczące odczuwania natężenia stresu wskazują, iż pielęgniarki na tle innych pracowników uzyskują wysokie natężenie stresu. Stres zwiększa ryzyko występowania pogorszenia się zdrowia psychicznego i fizycznego pracowników. Pielęgniarki, które podlegają stresowi nie są w stanie pracować efektywnie i wydajnie, narażone są na popełnianie pomyłek i błędów w wykonywanej pracy. Pracownicy obciążeni skutkami stresu generują niekorzystne koszty społeczno-ekonomiczne. Wcześniejsze badania prowadzone przez C. Jurkiewicz wśród pracowników domów pomocy społecznej oraz kolejne badania prowadzone przez M. Sekułowicz w Polsce potwierdziły ryzyko występowania syndromu wypalenia zawodowego wśród pracowników DPS. W badaniach przeprowadzonych przez nasz zespół badawczy główną uwagę skupialiśmy na wybranych aspektach wypalenia zawodowego z podziałem na dane grupy pracowników i porównywaliśmy poszczególne czynniki wypalenia zawodowego na tle danych grup zawodowych. Przeprowadzone badania ukazały, iż grupa zawodowa pielęgniarek, opiekunów medycznych oraz rehabilitantów są to zawody na tle pozostałych takich jak pracownicy socjalni oraz terapeuci zajęciowi, najbardziej narażeni na sytuacje stresowe. Dokonana analiza skali osobowości stresowej, ukazała, iż wszyscy pracownicy biorący udział w badaniu posiadali osobowość typu D. Oznacza to, iż osoby posiadające osobowość stresową charakteryzują się niesatysfakcjonującymi relacjami z innymi osobami, są przygnębione oraz załężnione. Najwyższy wskaźnik osobowości typu D odnotowano w grupie pielęgniarek w porównaniu do pozostałych grup zawodowych. Natomiast najwyższe wartości przy ocenie negatywnej emocjonalności uzyskano wśród rehabilitantów i pielęgniarek. Ważna kwestia dotycząca analizy wyników skali odczuwalnego stresu, a różnic pomiędzy

osobowościami stresowymi i nie stresowymi, ukazała iż osoby o większym natężeniu stresu posiadają osobowość stresową. Miejsce pracy jest źródłem doświadczenia sytuacji stresowych. Światowa Organizacja Zdrowia uznaje miejsce pracy jako jedno z głównych źródeł stresu. Kontakt pielęgniarki z osobami przewlekle chorymi, które potrzebują wsparcia, bywa dużym obciążeniem dla tej grupy zawodowej, co może stanowić zagrożenie pojawieniem się wypalenia zawodowego. Badania własne ukazały, iż spośród analizowanych grup zawodowych w domach pomocy społecznej, pielęgniarki narażone są w dużym stopniu na syndrom wypalenia zawodowego. Badanie syndromu wypalenia zawodowego pielęgniarek na tle innych grup zawodowych w domach pomocy społecznej w Polsce wskazuje, iż warto podjąć temat dotyczący prewencji wypalenia zawodowego i umiejętności radzenia sobie ze stresem. Warto podkreślić, iż w prewencję wypalenia zawodowego powinni zaangażować się nie tylko osoby zarządzające placówkami, czy kadra kierownicza ale również sami pracownicy. Proces wypalenia zawodowego może rozwijać się miesiącami, nawet latami. Początkowe stadium charakteryzuje się zmęczeniem, zniechęceniem czy rozczarowaniem. Pielęgniarki pracują coraz więcej, a ich praca staje się niestety coraz mniej efektywna, co sprzyja tendencjom ograniczania przez personel kontaktów interpersonalnych oraz brakiem osobistego zaangażowania w opiekę nad pacjentem. Międzynarodowe badania NEXT przeprowadzone w 10 krajach, ukazały iż w Polsce istnieje duże ryzyko zamiaru odejścia przez pielęgniarki z zawodu, co będzie stanowiło w przyszłości duże wyzwanie społeczne. Źródłem przedwczesnego odchodzenia pielęgniarek z zawodu są psychospołeczne i fizyczne cechy pracy oraz samopoczucie psychiczne i fizyczne. Jednym z wyznaczników odchodzenia pielęgniarek z zawodu było wypalenie zawodowe rozumiane jako wyczerpanie emocjonalne. Faktem stało się stwierdzenie, iż pielęgniarki, które odczuwały silne wypalenie zawodowe częściej zastanawiały się nad odejściem z zawodu. Badanie aspektów wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek w domach pomocy społecznej pozwoli określić skalę zjawiska na tle innych grup zawodowych oraz podjąć kroki w celu wdrożenia odpowiednich metod ograniczających skalę zjawiska.

## 5. MOCNE STRONY I OGRANICZENIA

Przeprowadzone badania umożliwiły ocenę skali zjawiska wystąpienia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej na tle innych grup zawodowych. Siła tego badania może być postrzegana jako ograniczona ze względu na mały rozmiar osób badanych. W przyszłości prowadzone kolejne badania na większej grupie respondentów oraz zastosowanie dłuższego okresu czasu badania może być interesujące

pod względem zwiększenia statystycznie istotności w wynikach. Zastosowanie różnych kwestionariuszy pozwalało na zbadanie wybranych aspektów wypalenia zawodowego i porównanie ich na tle wielu grup zawodowych w domach pomocy społecznej.

## WNIOSKI

Obecne wyniki wykazały istotną statystycznie zależność pomiędzy natężeniem stresu, a grupami wykonywanego zawodu w domach pomocy społecznej. Najwyższe natężenie stresu odnotowano w grupie zawodowej pielęgniarek, opiekunów medycznych oraz rehabilitantów. Ze wszystkich analizowanych negatywnych emocji, ustalono że najwyższe nasilenie odnotowano w pozycjach: często przejmuję się drobiazgami oraz często uświadamiam sobie, że czymś się martwię. Natomiast ze wszystkich analizowanych aspektów zahamowania społecznego, ustalono że najwyższe wskaźniki odnotowano w pozycjach: często czuję się zahamowany w kontaktach z innymi ludźmi, wolę raczej utrzymywać dystans wobec innych ludzi. Zarówno w skali negatywnej emocjonalności jak i zahamowania społecznego, grupa jako całość stanowiła typ osobowości D – osobowość stresową. Odnotowano również istotną statystycznie zależność pomiędzy grupami wykonywanego zawodu, a negatywną emocjonalnością. Najwyższy wskaźnik osobowości stresowej odnotowano w grupie pielęgniarek i rehabilitantów. W grupie osobowości typu D najliczniejszą grupę stanowili badani o wynikach wysokich natężenia stresu. Pielęgniarki oraz opiekunowie medyczni są grupami zawodowymi najbardziej narażonymi na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego na tle pozostałych pracowników domów pomocy społecznej.

## IMPLIKACJE DLA ZARZĄDZANIA PIELĘGNIARKAMI

Syndrom wypalenia zawodowego jest coraz częściej spotykanym problemem w XXI wieku, na który narażeni są wszyscy pracownicy. Pielęgniarki są specyficzną grupą zawodową narażoną na stres, który prowadzi do wyczerpania emocjonalnego. W domach pomocy społecznej pielęgniarki jako członkowie zespołów opiekuńczo-terapeutycznych wspierają mieszkańców, służą swoją wiedzą, doświadczeniem i umiejętnościami. Stały kontakt pielęgniarek z osobami przewlekle chorymi, którzy potrzebują wsparcia bywa czynnikiem obciążającym psychicznie doprowadzającym do wypalenia zawodowego. Dużą rolę w prewencji wypalenia zawodowego powinna odgrywać kadra kierownicza – przywódcy pielęgniarstwa oraz sami pracownicy. Istotna jest świadomość istnienia zagrożenia i zdecydowana postawa przeciwdziałaniu temu zjawisku.

## KONFLIKT INTERESÓW

Nie występuje.

## FINANSOWANIE LUB ŹRÓDŁA WSPARCIA W POSTACI DOTACJI

Badania były finansowane z własnych źródeł finansowych autorów.

## SPIS TABEL

Tabela 1. Średnie pozycje kwestionariusza PSS-10.

Tabela 2. Wyniki średnie punktowe natężenia stresu w grupach wykonywanego zawodu.

Tabela 3. Wyniki osobowości typu D w grupach wykonywanego zawodu.

Tabela 4. Wyniki PSS-10 w grupach typu osobowości.

## BIBLIOGRAFIA

1. Biercewicz M. (2006). Specyfika pracy pielęgniarki na oddziale geriatry. *Pielęgniarstwo w geriatryi* (red.) Biercewicz M., Szewczyk M.T, Ślusarz R., Borgis, 5,7–11.
2. Brożniak J., Siwińska V., Hżeczka J., (2011). Komu grozi zespół wypalenia? *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 3,26–27.
3. Czarnecki K.M.(2006). *Psychologia zawodowej pracy człowieka*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu.83–137.
4. Jurczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2012). Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, 11–12;71–84.
5. Muszyńska E.,(2014). Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek w: Głowacka M. (red.) *Pielęgniarstwo, a rynek pracy. Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej*. PWSZ Płock, 35–44.
6. Haor B., Głowacka M., Rybka M., Ślusarz R., Humańska M.(2014). Wybrane uciążliwości w środowisku pracy pielęgniarek opieki długoterminowej a stres i wypalenie zawodowe.w: Głowacka M. (red.) *Pielęgniarstwo, a rynek pracy. Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej*. PWSZ Płock, 45–52.
7. Humańska M., Bilińska I., Haor B., i inni.(2014). Źródła stresu zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii i urazowo-ortopedycznym. w: Głowacka M. (red.) *Pielęgniarstwo, a rynek pracy. Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej*. PWSZ Płock, 53–60.



8. Głowacka M., Haor B., Dryll J. i inni.(2014).Opieka pielęgniarska nad mieszkańcem domu pomocy społecznej dla przewlekle chorych. w: Głowacka M. (red.) Pielęgniarstwo, a rynek pracy. Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej. PWSZ Płock, 141–160.
9. Szmagałski J.(2009). Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, 17–44.
10. Ostrowska M., Michcik A. (2013). Wypalenie zawodowe- przyczyny, objawy, skutki, zapobieganie. Bezpieczeństwo Pracy 08/2013,22–25.
11. Linda H.Aiken, Sean P Clarke, Duglas M Sloane, Sochalski J., Jeffrey H Silber (2002), Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. American Medical Association. No-16,1987–1993.
12. Mielczarek A. (2010). Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej.Akapit,s.13.
13. Regionalny ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku. Obserwatorium Intergracji Społecznej (2013/2014). Opieka nad osobami niesamodzielnymi na przykładzie funkcjonowania Domów Pomocy Społecznej w województwie podlaskim,5–52.
14. Sekułowicz H. (2013). Pracownicy domów pomocy społecznej wobec zagrożenia wypaleniem zawodowym. Opuscula Sociologica nr 2 (4) 2013 ISSN2299–9000,65–79.
15. Ziarek E. (2007). Zagrożenie wypaleniem zawodowym u pracowników pomocy społecznej w: Poleszak (red.) Pomoc osobom wykluczonym społecznie. Artos, 59–69.
16. Mess E., Babch E., Lisowska A., (2008).Opieka długoterminowa. Magazyn pielęgniarki i Położnej;5,15–16.
17. Sęk H.(2006). Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. PWN,14–15,113–130.
18. Talarowska M., Florkowski A., Golecki P.,(2011). Podstawy psychologii. Continuo,115–139.
19. Piecha M., Kosińska M.(2010). Sytuacje trudne w pracy pielęgniarek. Pielęgniarka i Położna 2003,3;10–12.
20. Ogińska-Bulik N., Jureczyński Z. (2010). Osobowość, stres a zdrowie.Difin.
21. Głowacka M., Haor B., Ślusarz R., Sołtysiak K., Biercewicz M.(2014). Zachowania i przeżycia pielęgniarek związane z pracą zawodową. Problemy pielęgniarstwa 22(2):142–146.
22. Łodzińska J. (2010). Stres zawodowy narastającym zjawiskiem społecznym. Seminare 2010, 28:,125–138.
23. Sygit E.(2009). Długoletni staż zawodowy pielęgniarek – droga ku wypaleniu zawodowemu? Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 55(2), 83–89.
24. Radkiewicz P., Widerszal-BazyłM., Pokorski J., Pokorska J., Ogińska M., Dietsch E.(2004). Dlaczego pielęgniarki wcześniej odchodzą z zawodu?, Bezpieczeństwo pracy 7–8/2004,31–34.
25. Widerszal-Bazył M., Radkiewicz P., Pokorski J., Pokorska J., Ogińska H., Pietsch E.(2003) Whowants to leavenursing In Poland? W: Hasselhorn H.M., Mueller B.H., Tackenberg P. (red.)

- Working conditions and intent to leave the profession among nursing Staff in Europe. Sztokholm: SALTSA, 2003, 203–212.
26. Tucholska S. (2001). Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego etapy rozwoju. Przegląd psychologiczny, nr 3, 301–3017.
  27. MeiBner A., Haselhorn H., Estryń-Behar M., Nezet O., Pokorski J., Gould D. (2007). Nurses perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 535–542, DOI 10, 1111/j.1365–2648,2006.04144x.
  28. Haor B., Glowacka M., Ślusarz R., Piotrowska A. (2014). Zachowania i przeżycia pielęgniarek związane z pracą zawodową. *Problemy pielęgniarstwa* 22(2); 142–146.
  29. Anczewska M. Świtaj P., Roszczyńska J. Wypalenie zawodowe. „*Postępy Psychiatrii i Neurologii*” 2005, 14 (2): 67–77
  30. Cierpiałkowska L., Sęk H. *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001: 61–68.
  31. Kurowska K., Zuza-Witkowska A. (2011). Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Nowiny Lekarskie* 2011, 80, 4, 277–282.
  32. Basińska M.A., Andruszkiewicz A. Strategie radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki, a ich zachowania i przeżycia związane z pracą. *Pol. For. Psychol.* 2010; 15 (2): 169–192.

## **PODSUMOWANIE GŁÓWNEGO PRZESŁANIA KONFERENCJI**

Konferencja poruszała szeroko pojęte kierunki zmian i perspektywy rozwoju w obszarze nauk medycznych, nauk o zdrowiu. Przedsięwzięcie skierowane było do pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, lekarzy, nauczycieli zajmujących się problematyką zdrowia, studentów oraz wszystkich osób zainteresowanych zdrowiem. Planowane wydarzenie poruszyło istotne kwestie w zakresie kierunków zmian i perspektyw rozwoju w ochronie zdrowia skierowanych szczególnie do osób wykonujących lub uczących się w zawodzie pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego. Konferencja oprócz bogatego zasobu wiedzy umożliwiła nawiązanie silnych, trwałych relacji zawodowych i naukowych. Wydarzenie miało na celu propagowanie zakresu działań i kompetencji samorządu pielęgniarek i położnych w zakresie promowania zawodu pielęgniarki, położnej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz ochrony zdrowia w szerokim spektrum znaczenia.



## **NOTA O AUTORACH**

**Dr n med. Elżbieta Świątkowska**, adiunkt Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

**Dr n med. Karol Koszada**, adiunkt Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

**Dr Kazimierz Kopczyński**, adiunkt Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

**Lek Roman Liakhovych**, asystent Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

**Я.М. Кицук**, Narodowy Uniwersytet Medyczny imienia I. Ja. Horbaczewskiego w Tarnopolu

**Mgr Krzysztof Szymański**, Komendant Komendy Powiatowej Policji w Kutnie

**Mgr Piotr Ćwikliński**, ratownik medyczny, asystent Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

**Mgr Ufa Bogumiła**, pielęgniarka Oddział Fizykoterapii i Rehabilitacji w Stanisławowie, asystent Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

**Agnieszka Komorowska**, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

