

Zbigniew Izdebski
Joanna Mazur
Katarzyna Furman
Alicja Kozakiewicz
Maciej Białorudzki



**Humanizacja procesu
leczenia i komunikacja
kliniczna pomiędzy
pacjentem a personelem
medycznym w czasie
pandemii COVID-19**



**Humanizacja procesu
leczenia i komunikacja
kliniczna pomiędzy
pacjentem a personelem
medycznym w czasie
pandemii COVID-19**

Zbigniew Izdebski
Joanna Mazur
Katarzyna Furman
Alicja Kozakiewicz
Maciej Białorudzki

**Humanizacja procesu
leczenia i komunikacja
kliniczna pomiędzy
pacjentem a personelem
medycznym w czasie
pandemii COVID-19**



Recenzent
Antonina Ostrowska

Redaktor prowadzący
Małgorzata Yamazaki

Redakcja
Grażyna Polkowska-Nowak

Redakcja techniczna
Maryla Broda

Korekta
Magdalena Orczykowska

Projekt okładki i stron tytułowych
Elżbieta Chojna

Skład i łamanie
INK GRAF S.C. Sławomir Ląkocy i Łukasz Ląkocy

Badanie finansowane ze środków budżetu państwa od Agencji Badań Medycznych,
numer Projektu 2021/ABM/COVID/UW



AGENCJA
BADAŃ
MEDYCZNYCH

© Copyright by Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2023

Zbigniew Izdebski ORCID 0000-0003-0165-1860 Uniwersytet Warszawski

Joanna Mazur ORCID 0000-0002-3937-7230 Uniwersytet Zielonogórski

Katarzyna Furman

Alicja Kozakiewicz ORCID 0000-0001-6490-2511 Uniwersytet Zielonogórski

Maciej Białorudzki ORCID 0000-0001-8291-5543 Uniwersytet Zielonogórski

ISBN 978-83-235-6042-5 (druk)

ISBN 978-83-235-6050-0 (pdf online)

ISBN 978-83-235-6058-6 (e-pub)

ISBN 978-83-235-6066-1 (mobi)

Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego

02-678 Warszawa, ul. Smyczkowa 5/7

e-mail: wuw@uw.edu.pl

księgarnia internetowa: www.wuw.pl

Wydanie 1, Warszawa 2023



PRZEDMOWA

Ostatnie lata związane z pandemią COVID-19 postawiły przed środowiskiem medycznym nowe pytania i wyzwania, które uświadomiły nam wszystkim, że medycyna jest dziedziną z gruntu ludzką i – z tego powodu – z gruntu etyczną. Restrykcje sanitarne i masowość zdarzeń spowodowały przymus izolowania pacjentów, minimalizowania kontaktów z bliskimi oraz często uprzedmiotowienie relacji między zespołem medycznym a pacjentem. Oczywista stała się konieczność podjęcia poważnej refleksji nad sposobami funkcjonowania pracowników ochrony zdrowia, a także aksjologicznym kontekstem relacji personel medyczny – pacjent. Wydarzenia te pokazały, jak ważną rolę – w obliczu tak licznych i nowych czynników skłaniających do traktowania pacjentów jako jednostek rozliczeniowych, technicznych bądź naukowych problemów do rozwiązania – może odegrać humanizacja medycyny. Fundamentem zarówno jej idei, jak i praktyki jest troska o dobro pacjenta, rozumiana jako skuteczność diagnostyki i leczenia w kontekście uznania jego godności, praw i autonomii.

Wyrażna próba wzmocnienia związku między naukami medycznymi a humanizmem stała się fenomenem w ostatnich dziesięcioleciach XX wieku. Podjęte działania były motywowane chęcią „uczłowieczenia” medycyny w obliczu czynników „odczłowieczających”, które oderwały medycynę od jej historycznych korzeni. Czynniki te obejmują prywatyzację praktyki medycznej, rosnącą rolę biznesu i finansów w medycynie, fragmentację doświadczeń pacjentów, skrócenie czasu konsultacji, a także coraz powszechniejsze traktowanie technologii jako substytutu interakcji międzyludzkich (Thibault, 2019).

Kluczowe elementy humanistycznego podejścia w medycynie, takie jak poszanowanie godności, wyjątkowości, indywidualności i człowieczeństwa pacjenta, stanowią kwintesencję ludzkiej egzystencji – każdy pacjent jest wyjątkową osobą z własnymi wartościami, niepowtarzalnymi

oczekiwaniami i doświadczeniami życiowymi kształtującymi jego tożsamość i styl relacji z innymi. Indywidualność pacjenta może zostać zaburzona przez doświadczenie choroby. Ciężka choroba narusza poczucie godności ze względu na zmiany funkcjonalne, zmniejszenie kontroli nad własnym ciałem i codziennymi czynnościami. W odpowiedzi na te zjawiska pracownicy medyczni mogą wspierać godność pacjentów poprzez rozwijanie rozumienia tego, jak doświadczenie choroby i warunki opieki wpływają na życie pacjenta, empatyczne reagowanie, uznawanie cierpienia pacjenta, a jednocześnie podkreślanie jego zasobów. W badaniu Beach i in. (2005) wykazano, że traktowanie pacjenta z poszanowaniem jego godności wiąże się z odczuwaniem przez niego większej satysfakcji i przestrzeganiem zaleconego leczenia.

Pracownicy medyczni nieuchronnie konfrontują się z trzema podstawowymi kwestiami. Po pierwsze, codziennie mają styczność z bólem, chorobą i śmiercią w ludzkim doświadczeniu. Po drugie, muszą być przygotowani na kontakt z różnorodnymi przejawami ludzkich idei, z głęboko ludzkim dążeniem do szczęścia, przyjemności i dobrobytu, a nawet nieśmiertelności. Dlatego, jak powiedział González Quirós (2013), myśleć o medycynie to myśleć o człowieczeństwie i jego problemach, a tego nie da się zrobić, ograniczając myślenie medyczne do tego, co nauka może nam powiedzieć z całą pewnością.

Kluczowym elementem opieki medycznej nakierowanej na człowieka i człowieczeństwo jest podejście całościowe, przywoływane częściej przez pracowników ochrony zdrowia, którzy są z nim zaznajomieni bardziej niż pacjenci i ich opiekunowie. Koncepcja ta odnosi się do postrzegania pacjenta z uwzględnieniem funkcjonowania w wymiarze biopsychospołecznym oraz duchowym. Takie podejście uznaje, że umysł ma silny wpływ na ciało i że konieczne jest zapewnienie skutecznej formy opieki, czyli takiej, która zajmuje się zarówno ciałem, jak i umysłem. Już w 1996 roku grupa badawcza Światowej Organizacji Zdrowia uznała, że sposobem na holistyczne podejście do zdrowia i wspieranie spersonalizowanej medycyny jest zapewnienie pacjentom opieki zintegrowanej, w której wszystkie elementy systemu opieki zdrowotnej są komplementarne.

Humanizacja medycyny nie polega tylko na grzeczności lub „byciu miłym” (Silverman i in., 2021). Opierając się na szacunku, dbaniu o godność pacjenta i budowaniu partnerskiej relacji z nim, wymaga włączenia pacjenta w proces diagnostyki i leczenia oraz wspólnego ustalania celów i opracowywania realistycznych planów mających na celu poprawę zdrowia. Choć wywodzi się ze starożytności, humanizacja medycyny nie stoi w opozycji do postępu technologicznego w medycynie i medycyny opartej

na dowodach. Te trzy elementy muszą ze sobą współgrać, aby stworzyć medycynę uniwersalną, interdyscyplinarną i kompletną.

Warunkiem koniecznym humanizacji medycyny jest skuteczna komunikacja kliniczna. Od jej jakości zależy nie tylko zadowolenie pacjenta i to, czy będzie przestrzegał zaleceń pracowników opieki zdrowotnej, ale także to, w jakim stopniu możliwe będzie zbudowanie właściwej, autentycznej relacji z pacjentem. Warto pamiętać, że umiejętność komunikowania się pracowników opieki zdrowotnej i pacjentów to nie tylko zdolność odpowiedniego używania słów, czyli treść komunikowania się. Niezwykle ważną rolę odgrywają też umiejętności procesu komunikowania się, czyli m.in. komunikacja niewerbalna, wszystkie elementy związane z tym, jak pracownicy opieki zdrowotnej budują relację z pacjentem, czy sposób, w jaki porządkują komunikację i nadają jej strukturę. Ostatni wymiar umiejętności komunikowania się obejmuje percepcję, czyli to, co myślą i czują profesjonaliści. Odnosi się ona do decyzji, które podejmują, wnioski klinicznego (*clinical reasoning*) oraz rozwiązywania problemów (*problem solving*), ich postaw, osobistych zdolności w zakresie współodczuwania, uważności, uczciwości oraz elastyczności. Percepcja dotyczy również świadomości tego, co czują i myślą o pacjencie, chorobie i innych sprawach, które mogą ich dotyczyć; świadomości posiadanego obrazu siebie oraz pewności siebie, a także tendencyjnych zachowań czy odporności na czynniki rozpraszaające uwagę (Silverman i in., 2021).

Istotny wpływ na kształt humanizacji medycyny wywarł prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Kazimierz Imieliński, który rozpowszechnił ideę, otrzymując za to 56 doktoratów honoris causa oraz dwie nominacje do Pokojowej Nagrody Nobla. W latach 90. ubiegłego wieku powstało wiele publikacji i odbyły się kongresy tematyczne związane z humanizacją medycyny. Kontynuując dzieło prof. Imielińskiego, wraz z Ministerstwem Zdrowia i Agencją Badań Medycznych w 2022 roku zorganizowaliśmy na Uniwersytecie Warszawskim I Kongres Humanizacji Medycyny. Podstawą organizacji tego przedsięwzięcia był list intencyjny podpisany przez przedstawicieli wymienionych instytucji, w którym podkreślono potrzebę podjęcia interdyscyplinarnej współpracy mającej na celu propagowanie idei humanizmu w naukach medycznych.

Prezentowany raport związany jest z realizowanym od maja 2021 do czerwca 2023 roku projektem badawczym pt. „Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna pomiędzy pacjentem a personelem medycznym przed i w czasie pandemii COVID-19”. Raport rozpoczyna obszerna część teoretyczna nakreślająca kontekst prezentacji wyników badań empirycznych. Zasadniczą część opracowania stanowią wyniki badań ilościowych

przeprowadzonych w 2022 roku wśród pracowników jednostek ochrony zdrowia i pacjentów. Do analiz zakwalifikowano ankiety wypełnione przez 2303 pracowników oraz 1572 pacjentów losowo wybranych 114 szpitali i poradni ze wszystkich województw. Niezależnie badaniem ankietowym objęto reprezentatywną dla populacji polskiej próbę 2050 dorosłych Polaków zarejestrowanych w panelu badawczym, z założeniem, że muszą to być osoby, które w ostatnich 24 miesiącach leczyły się z powodu stanów nagłych lub chorób przewlekłych. Przeprowadzone badania mają więc unikatowy charakter ze względu na ogólnokrajowy zasięg, uchwycenie kontekstu pandemii COVID-19 oraz możliwość porównania różnych grup zawodowych pracowników ochrony zdrowia (498 lekarzy lub lekarek, 1216 pielęgniarek lub pielęgniarzy, 166 ratowników lub ratowniczek medycznych oraz 423 przedstawicieli lub przedstawicielek innych zawodów medycznych i niemedycznych). Pozwalają też na porównanie różnych grup wyróżnionych ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia oraz sytuację zawodową i rodzinną. Społeczne zróżnicowanie wielu wskaźników zostało w raporcie zasygnalizowane w odniesieniu do pacjentów.

Wstępne wyniki badań zostały zaprezentowane na I Kongresie Humanizacji Medycyny w czerwcu 2022 roku, czyli już miesiąc po zakończeniu badań. Oddawane do rąk Czytelników opracowanie zawiera dokładniejsze omówienie wyników badania ilościowego. Badanie główne poprzedzały wywiady z pracownikami medycznymi i pacjentami oraz praca nad kwestionariuszem, w tym wybór skal pomiarowych oraz adaptacja nowych narzędzi (BAT-12, PTSD-8). Wiele pytań opracowanych przez zespół na potrzeby tego projektu można uznać za prototyp nowych narzędzi badawczych. Struktura poszczególnych rozdziałów w części opracowania dotyczącej wyników badań została ujednolicona i obejmuje: tło teoretyczne, opis narzędzi, wyników oraz ich podsumowania, wskazanie na implikacje praktyczne oraz rekomendowane kierunki dalszych analiz.

W rozdziale pierwszym skoncentrowano się na definicji pojęcia humanizacji medycyny z perspektywy pracowników opieki zdrowotnej i pacjentów. Ponadto zidentyfikowano bariery dobrego komunikowania się i tworzenia dobrej relacji pacjent – pracownik opieki zdrowotnej.

Rozdział drugi zawiera charakterystykę pracy personelu jednostek ochrony zdrowia w okresie pandemii COVID-19 oraz poziomu obciążenia psychicznego związanego z pracą w tym okresie. Szczególną uwagę zwrócono na zjawisko wypalenia zawodowego oraz objawy stresu pourazowego.

Celem analiz podjętych w rozdziale trzecim tej części opracowania była ocena utrudnień w podejmowaniu leczenia przez pacjentów w okresie pandemii COVID-19 oraz wskazanie negatywnych i pozytywnych skut-

ków tego okresu. Zwrócono uwagę na typowe dla okresów kryzysowych zjawisko przewartościowania, które wyrażało się zmianą podejścia do znaczących wartości w życiu.

W rozdziale czwartym skoncentrowano się na ocenie wybranych aspektów zdrowia fizycznego i psychospołecznego obu głównych grup respondentów. Wiele uwagi poświęcono nasileniu stresu oraz zaburzeniom snu. Zasygnalizowano też znaczenie wsparcia społecznego jako czynnika redukującego poziom stresu.

W rozdziale piątym omówiono wybrane konsekwencje życia w pandemii powiązane z czynnikami behawioralnymi. Przedstawiono zmiany częstości używania w tym okresie przez pracowników ochrony zdrowia alkoholu, tytoniu, wybranych grup leków lub środków psychoaktywnych. W odniesieniu do pacjentów z próby panelowej, populacyjnej opisano zmiany masy ciała w ostatnich 3 i 12 miesiącach.

Rozdział szósty dotyczy rzadko podejmowanego w badaniach empirycznych problemu znajomości przez pacjentów ich praw gwarantowanych stosownym ustawodawstwem. Respondenci oceniali też, jak z ich perspektywy wygląda przestrzeganie w jednostkach ochrony zdrowia 11 kluczowych praw pacjenta.

Opis wyników przeprowadzonych badań zamyka rozdział siódmy, dotyczący percepcji społecznej badań klinicznych. Pacjenci z próby populacyjnej opisywali czynniki, które mogą w przyszłości sprzyjać ich decyzji o uczestniczeniu w badaniach klinicznych (lub rezygnacji z udziału w nich). Wyróżniono czynniki związane z protokołem i organizacją badań, komunikowaniem się oraz relacją z lekarzem (co silnie wiąże ten obszar tematyczny z koncepcją całego raportu), a także blok pytań na temat spodziewanych korzyści i zagrożeń.

Opisane w raporcie wyniki mogą wspomagać kształcenie w ramach modułu przedmiotów dotyczących humanizacji w medycynie na uczelniach medycznych, co powinno skutkować usprawnieniem systemu opieki nad pacjentem w momencie, gdy kolejne roczniki absolwentów wejdą na rynek pracy. Wskazana jest edukacja dwutorowa, obejmująca obecnych i przyszłych pacjentów. Godne poparcia są wszelkie inicjatywy rozwijania i kształtowania kompetencji zdrowotnych (*health literacy*), od włączenia tych zagadnień do edukacji zdrowotnej realizowanej w szkołach po nauczanie i wzmacnianie współodpowiedzialności pacjenta w procesie leczenia.

PODZIĘKOWANIA

Badania, które prezentujemy, zostały zrealizowane w latach 2020–2022. Grant na realizację projektu pochodził z Agencji Badań Medycznych.

Podziękowania kieruję do Ministra Zdrowia dr. Adama Niedzielskiego za wieloletnie wsparcie w upowszechnianiu idei humanizacji medycyny. Dziękuję pracownikom firm badawczych: Interactive Research Center oraz Research Collective, które realizowały badania w poszczególnych etapach projektu. Dziękuję także wszystkim ekspertom i ekspertkom za wsparcie przy realizacji tego projektu. Dziękuję Panu dr. hab. Rafałowi Godonowi, prof. ucz., dziekanowi Wydziału Pedagogicznego, pracownikom Sekcji Finansowej, Działowi Prawnemu, Biuru Obsługi Badań oraz Działowi Zamówień Publicznych Uniwersytetu Warszawskiego za pomoc przy wszelkich formalnościach związanych z projektem. Pragnę podziękować Pani prof. dr hab. Antoninie Ostrowskiej za bardzo wnikliwą i konstruktywną recenzję tego raportu. Wyrazy wdzięczności za współpracę przy wydaniu książki kieruję do Pań redaktorek: Małgorzaty Yamazaki, Grażyny Polkowskiej-Nowak i Magdaleny Orczykowskiej.



SPIS TREŚCI

NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI	15
CZĘŚĆ I – PODSTAWY TEORETYCZNE BADAŃ	23
1. Tło badań	23
1.1. Koncepcje teoretyczne humanizacji medycyny	23
1.2. Modele teoretyczne relacji lekarz – pacjent w opiece zdrowotnej	26
2. Relacja personel medyczny – pacjent	28
2.1. Przemiany w obszarze relacji lekarz – pacjent	28
2.2. Znaczenie relacji w instytucjach ochrony zdrowia	29
3. Komunikacja kliniczna	32
3.1. Komunikacja w praktyce klinicznej	32
3.2. Znaczenie komunikacji w badaniach klinicznych	36
4. Prawa pacjenta	41
5. Pandemia COVID-19 z perspektywy pracowników ochrony zdrowia ...	43
5.1. Samopoczucie psychiczne pracowników ochrony zdrowia	44
5.2. Wypalenie zawodowe	47
5.3. Relacje społeczne	49
5.4. Elementy stylu życia	52
5.5. Specyfika pracy w pandemii	56
6. Pandemia COVID-19 z perspektywy pacjentów	58
6.1. Zdrowie psychiczne i fizyczne	58
6.2. Życie zawodowe w okresie pandemii	62
6.3. Relacje społeczne w okresie pandemii	63
6.4. Tryb uzyskiwania świadczeń	64
6.5. Unikanie wizyt w jednostkach medycznych przez pacjentów	65
7. Czynniki ochronne w pandemii COVID-19	67

CZĘŚĆ II – ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE PROJEKTU	71
1. Cel projektu	71
2. Harmonogram projektu	72
3. Metodologia realizacji projektu i uczestnicy badań	73
3.1. <i>Pilotaż</i> – badanie jakościowe	73
3.2. <i>Pilotaż</i> – badanie ilościowe w jednostkach medycznych	74
3.3. <i>Badanie Główne</i> – badanie ilościowe w jednostkach medycznych	75
3.4. <i>Badanie Główne</i> – badanie ilościowe populacyjne pacjentów	78
3.5. <i>Badanie Główne</i> – badanie ilościowe pacjentów badań klinicznych	79
4. Narzędzia badawcze w projekcie	80
5. Metoda prezentacji wyników	84
CZĘŚĆ III – WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH	89
1. Humanizacja medycyny w percepcji pacjentów i pracowników jednostek medycznych	89
1.1. Tło analiz	89
1.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników	90
1.3. Wyniki	92
1.3.1. Perspektywa pracowników ochrony zdrowia	92
1.3.2. Perspektywa pacjentów jednostek ochrony zdrowia	100
1.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań	114
2. Pandemia COVID-19 z perspektywy pracowników ochrony zdrowia	117
2.1. Tło analiz	117
2.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników	118
2.3. Wyniki	120
2.3.1. Praca w okresie pandemii COVID-19	120
2.3.2. Zagrożenia zdrowia psychicznego	124
2.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań	126
3. Pandemia COVID-19 a proces leczenia i podejście do zdrowia z perspektywy pacjentów	128
3.1. Tło analiz	128
3.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników	130
3.3. Wyniki	131
3.3.1. Miejsce, powody i inne okoliczności leczenia	131
3.3.2. Ryzyko zakażenia związane z pracą zawodową	133
3.3.3. Wpływ pandemii na proces leczenia i diagnostykę	134
3.3.4. Opóźnienia w dostępie do opieki medycznej	135
3.3.5. Świadome unikanie kontaktu z jednostkami ochrony zdrowia	137

3.3.6. Reakcja psychiczna na sytuację epidemiologiczną	138
3.3.7. Zmiany spojrzenia na różne sfery życia	139
3.3.8. Społeczno-demograficzne uwarunkowania niektórych wskaźników wpływu pandemii	140
3.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań ...	143
4. Stan zdrowia pracowników ochrony zdrowia i pacjentów	145
4.1. Tło badań	145
4.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników	146
4.2.1. Wskaźniki zdrowia fizycznego	146
4.2.2. Wskaźniki zdrowia psychicznego i społecznego	147
4.3. Wyniki	150
4.3.1. Zdrowie fizyczne	150
4.3.2. Zdrowie psychospołeczne	153
4.3.3. Wsparcie społeczne a poziom stresu	158
4.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań ...	160
5. Wybrane konsekwencje zdrowotne życia w pandemii COVID-19 powiązane z czynnikami behawioralnymi	162
5.1. Tło analiz	162
5.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników	163
5.3. Wyniki	165
5.3.1. Stosowanie używek i przyjmowanie wybranych leków przez pracowników ochrony zdrowia	165
5.3.2. Zmiany masy ciała pacjentów z próby populacyjnej	169
5.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań ...	172
6. Prawa pacjenta	174
6.1. Tło analiz	174
6.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników	177
6.3. Wyniki	178
6.3.1. Znajomość i percepcja przestrzegania praw pacjenta	178
6.3.2. Postrzeganie praw pacjenta według cech demograficznych i społecznych	181
6.3.3. Percepcja postrzegania praw pacjenta a poziom zaufania do pracowników ochrony zdrowia	185
6.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań ...	190
7. Percepcja społeczna badań klinicznych według pacjentów z próby populacyjnej	191
7.1. Tło analiz	191
7.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników	193
7.3. Wyniki	194
7.3.1. Chęć uczestniczenia w przyszłości w badaniach klinicznych ...	194

7.3.2. Czynniki mogące wpływać na decyzję o uczestniczeniu w badaniach klinicznych	195
7.3.3. Zainteresowanie uczestniczeniem w przyszłości w badaniach klinicznych według wybranych cech respondentów	197
7.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań ...	203
SPIS TABEL	205
SPIS RYCIN	209
BIBLIOGRAFIA	211



NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI

Raport powstał w ramach grantu Agencji Badań Medycznych pt. „Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna pomiędzy pacjentem a personelem medycznym przed i w czasie pandemii COVID-19” realizowanego na Uniwersytecie Warszawskim. Projekt składał się z dwóch etapów: przeprowadzonego od czerwca do grudnia 2021 roku *Pilotażu* ilościowego i jakościowego oraz *Badania Głównego* zrealizowanego w marcu i kwietniu 2022 roku.

Wstępne wyniki badań zostały przedstawione na I Kongresie Humanizacji Medycyny w czerwcu 2022 roku, zorganizowanym na Uniwersytecie Warszawskim przez Ministerstwo Zdrowia, Agencję Badań Medycznych i UW. Wyniki przedstawione w niniejszej publikacji dotyczą czterech różniących się liczebnością grup pracowników ze 114 jednostek ochrony zdrowia zlokalizowanych w całym kraju (498 lekarzy, 1216 pielęgniarek, 166 ratowników medycznych, 423 przedstawicieli innych zawodów medycznych i niemedycechnych). W rozdziałach obejmujących pacjentów opisano dane dotyczące 1572 pacjentów z tych samych jednostek medycznych oraz 2050 pacjentów z próby populacyjnej (osób leczących się w ostatnich 24 miesiącach).

Opisując wyniki, wybrano tematy najważniejsze z punktu widzenia dyskusji nad humanizacją medycyny, silnie akcentując kontekst pandemii COVID-19. Struktura poniższego podsumowania odpowiada siedmiu rozdziałom.

1. HUMANIZACJA MEDYCYNY W PERCEPCJI PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA I PACJENTÓW

- Staranność i dokładność wykonywanych działań stanowią istotne kwestie w codziennej pracy dla 47,6% lekarzy, 51,4% pielęgniarek,

- 56,5% ratowników oraz 41,8% osób wykonujących inne zawody medyczne i niemedyce; komunikacja z pacjentem stanowi ważną kwestię dla 44,2% lekarzy, 33,5% pielęgniarek, 47,6% ratowników oraz 44,0% osób wykonujących inne zawody medyczne i niemedyce.
- W opinii większości pracowników ochrony zdrowia (średnio ponad 81%) codzienną pracę najbardziej utrudniają: biurokracja, niedostatek czasu i złe warunki pracy pracowników jednostek medycznych.
 - Zbyt mała liczba personelu w stosunku do liczby pacjentów w największym stopniu dotyka pielęgniarki i położne – 49,8%.
 - Istotnym czynnikiem zakłócającym pracę jest przemęczenie. Lekarze (31,7%) i ratownicy medyczni (31,9%) wskazują na nie częściej niż przedstawiciele pozostałych badanych grup.
 - Komunikacja werbalna z pacjentem i w zespole terapeutycznym jest dla pracowników ochrony zdrowia jednym z kluczowych elementów codziennej pracy – prawie wszyscy ankietowani (ponad 92%) opisują ją jako bardzo ważną lub niezwykle ważną.
 - Ważność komunikacji niewerbalnej z pacjentem i w zespole terapeutycznym jest przez pracowników ochrony zdrowia gorzej oceniana niż w przypadku komunikacji werbalnej. Około 75% ankietowanych również ocenia ją jednak jako bardzo lub niezwykle ważną.
 - Zalecenia epidemiologiczne związane z pandemią COVID-19 według większości badanych (79,1%) utrudniały budowanie relacji i komunikowanie się z pacjentami.
 - Blisko co drugi ankietowany (45,8%) zwraca uwagę, że brak kontaktów pacjentów z bliskimi utrudnił budowanie relacji oraz komunikowanie się w okresie pandemicznym.
 - Oceniając ważność poszczególnych obszarów w komunikowaniu się z pracownikami ochrony zdrowia, pacjenci na pierwszym miejscu stawiają własne potrzeby związane z leczeniem, na co wskazało 70,5% ankietowanych. Na drugim miejscu znajdują się obszary czasu i otwartości na pacjenta (54,8% wskazań), a na trzecim – jasna, zrozumiała komunikacja (43,3%).
 - Cechy demograficzne korelują z niektórymi opiniami na temat ważności obszarów komunikacji i ich składowych, w tym: płeć z empatią (ważniejsza dla kobiet), wiek z zachowaniem poufności (ważniejsza dla młodszych), wykształcenie z wyjaśnieniem procesu leczenia oraz relacją zaufania i szczerości (w pierwszym przypadku na korzyść osób z wyższym wykształceniem, w drugim – z niższym).
 - Pacjenci największym zaufaniem darzą pielęgniarki i pielęgniarczy, a w dalszej kolejności lekarzy i lekarki. Pacjenci, którzy lepiej

oceniają własne zdrowie, darzą lekarzy i lekarki większym zaufaniem.

- Ogółem 4% pacjentów wyraża brak zaufania do pracowników medycznych.
- Analizując utrudnienia tworzenia relacji i komunikowania się z pracownikami medycznymi, pacjenci wskazują głównie na niedobory kadrowe w ochronie zdrowia i przemęczenie personelu medycznego, a w dalszej kolejności na przejawy arogancji personelu względem pacjentów.
- Wykazano słaby związek opinii na temat utrudnień w tworzeniu relacji z cechami demograficznymi pacjentów, najsilniejszy dla związku braku wystarczającej ilości czasu z wykształceniem oraz dla oceny umiejętności komunikacyjnych z miejscem zamieszkania. Częściej na istniejące utrudnienia wskazują osoby lepiej wykształcone i mieszkańcy większych miast.
- W ocenie utrudnień zaistniałych w czasie pandemii COVID-19 pacjenci najczęściej zgłaszają brak dostępu do informacji i osób bliskich (61,8%), a także konieczność zachowania dystansu i noszenia maseczek oraz kombinezonów (51,4%).

2. PANDEMIA COVID-19 Z PERSPEKTYWY PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

- Ponad 50% osób z grupy ratowników medycznych w okresie pandemii COVID-19 pracowało więcej niż przed pandemią.
- Respondenci zauważają, że codzienna współpraca pogorszyła się w największym stopniu w kontakcie z rodzinami pacjentów (48,2%) oraz z pacjentami (36,3%).
- Stwierdzono, że 24,1% ratowników, 20,7% pielęgniarek, 14% lekarzy i 17,7% osób należących do grupy innych zawodów doświadczyło w okresie pandemii mobbingu.
- Wśród osób, które doznały w tym okresie traumatycznego zdarzenia, 60,9% pielęgniarek, 43,4% pracowników innych zawodów, 39,4% osób z grupy lekarskiej oraz 33,3% ratowników medycznych – wykazuje objawy stresu pourazowego (PTSD).
- Grupy pracowników ochrony zdrowia wykazują różny poziom zagrożenia wypaleniem zawodowym, w tym: grupa pielęgniarska – 35,3%, lekarska – 33,8%, ratownicza – 28,4% oraz grupa innych zawodów – 27,0%.

3. PANDEMIA COVID-19 A PROCES LECZENIA I PODEJŚCIE DO ZDROWIA Z PERSPEKTYWY PACJENTÓW

- Większość ankietowanych (75,0%) zauważa negatywny wpływ pandemii na proces leczenia, w tym 55,8% widzi wyłącznie skutki negatywne.
- Najczęściej wskazywanym skutkiem negatywnym pandemii dla procesu leczenia jest utrudniony kontakt z lekarzem, a wśród pozytywów podkreśla się możliwość łatwiejszego uzyskania recepty.
- Co czwarty respondent miał okresowe obawy przed pójściem do jednostki ochrony zdrowia, głównie wskazując na ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- W grupie pacjentów z próby populacyjnej ponad jedna trzecia (35,0%) zrezygnowała w okresie ostatnich 12 miesięcy z korzystania z opieki medycznej z powodu ograniczeń finansowych.
- Ogólna sytuacja epidemiologiczna wywołała wśród ankietowanych wiele reakcji emocjonalnych, a najczęściej sygnalizowano poczucie frustracji lub niepewności co do przyszłości (28,7%).
- Respondenci w większości zgadzali się ze stwierdzeniami związanymi ze zmianą ich podejścia do życia, które można uznać za wpływ pandemii COVID-19. Najczęściej deklarowano zrozumienie konieczności dbania o zdrowie i dobre relacje z innymi ludźmi (po 78% zgadzających się).

4. STAN ZDROWIA PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA I PACJENTÓW

- Nadwaga lub otyłość występuje wśród 52,5% ankietowanych pracowników ochrony zdrowia (u mężczyzn – 73,7%, u kobiet – 48,5%), w tym otyłość u 16,7% (u mężczyzn – 20,6%; u kobiet – 15,8%).
- Największy nadmiar masy ciała występuje w grupie ratowników medycznych (66,9%).
- Co czwarty ankietowany z grupy pacjentów (24,4%) przebył zakażenie wirusem SARS-CoV-2, co było potwierdzone pozytywnym wynikiem testu.
- 17,7% pacjentów nie zgłasza żadnego z pięciu problemów uwzględnionych w kwestionariuszu EQ-5D-5L.
- Najczęściej zgłaszano dolegliwości bólowe oraz problemy natury psychicznej (niepokój lub przygnębienie), a najrzadziej – problemy z samoobsługą (myciem, ubieraniem się).

- Porównując grupy zawodowe pracowników ochrony zdrowia, stwierdza się szczególnie niekorzystne wskaźniki podwyższonego stresu (59,5%) i zaburzeń snu w grupie pielęgniarzkiej (15,8%).
- Wśród pacjentów problemy ze snem występują częściej niż wśród pracowników ochrony zdrowia (21,1%).
- Poziom stresu znacząco obniża się wśród osób mogących liczyć na bliskie osoby w przypadku pogorszenia stanu zdrowia.

5. WYBRANE KONSEKWENCJE ZDROWOTNE ŻYCIA W PANDEMII COVID-19 POWIĄZANE Z CZYNNIKAMI BEHAWIORALNYMI

- Jako konsekwencje zdrowotne życia w pandemii związane z czynnikami behawioralnymi analizowano zmiany masy ciała w grupie pacjentów oraz zmiany częstości używania substancji psychoaktywnych przez personel ochrony zdrowia.
- Według danych deklarowanych nadmiar masy ciała stwierdza się u 67,9% ankietowanych mężczyzn oraz 50,3% kobiet w grupie pacjentów w wieku powyżej 18 lat.
- 21,1% ankietowanych dorosłych Polaków deklarowało wzrost masy ciała w ostatnich trzech miesiącach, średnio o 4,6 kg.
- Wzrost masy ciała częściej obserwowano w następujących grupach respondentów: wiek 18–29 lat, wykształcenie poniżej średniego, rodzina o niskim statusie materialnym, wysoki wskaźnik BMI.
- Cztery grupy zawodowe pracowników ochrony zdrowia znacząco różnią się pod względem częstości używania substancji psychoaktywnych oraz zmian w tym zakresie w okresie pandemii COVID-19.
- Za niekorzystną zmianę przyjęto rozpoczęcie przyjmowania danego środka w czasie pandemii lub stosowanie go częściej niż poprzednio. Wśród ratowników medycznych najczęściej w zestawieniu z innymi grupami zawodowymi obserwuje się niekorzystne zmiany w zakresie palenia papierosów (15,7%), picia alkoholu (12,7%) oraz stosowania substancji pobudzających (4,2%).
- Wśród pielęgniarek niekorzystne zmiany częstsze niż w innych grupach zawodowych dotyczą przyjmowania leków uspokajających lub nasennych (9,4%).
- Lekarzy wyróżnia częstsze niż w innych grupach zawodowych przyjmowanie leków z grupy SSRI (niekorzystne zmiany wśród 6,4% ankietowanych).

6. PRAWA PACJENTA

- Stwierdzono, że 31% pacjentów ocenia, iż zna swoje prawa, 61,6% słyszało o prawach, ale nie są w stanie żadnego wymienić, 7,4% zaś w ogóle nie słyszało o prawach pacjenta.
- Brak świadomości swoich praw jako pacjenta częściej obserwowany jest wśród osób młodych oraz tych, które nie ukończyły szkoły średniej.
- Prawa pacjenta, które w opinii respondentów są najczęściej przestrzegane, to „prawo do świadczeń zdrowotnych” i „prawo do informacji”. Udział osób, które miały poczucie, że prawa te realizowano w czasie ich wizyt, w wylosowanych jednostkach ochrony zdrowia wyniósł odpowiednio 84,2% i 81,7%.
- Większość pacjentów potwierdza przestrzeganie tajemnicy lekarskiej (73,9% w Badaniu w jednostkach medycznych i 77,7% w Badaniu populacyjnym) oraz prawa dostępu do dokumentacji medycznej (odpowiednio 72,0% i 73,0%).
- Przestrzeganie prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego zadeklarowało 50,1% pacjentów jednostek ochrony zdrowia i 37,2% pacjentów w Badaniu populacyjnym.
- Wśród pacjentów, którzy nie ufają lekarzom, 12,5% deklaruje, że w czasie korzystania z usług medycznych żadne z 11 ewaluowanych praw nie było przestrzegane (odsetek ten w grupie osób w dużym stopniu ufających lekarzom jest czterokrotnie niższy).
- Świadomość istnienia praw pacjenta oraz dostrzeganie, że są realizowane, ma silny związek z poziomem zaufania do pracowników medycznych – zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych.

7. PERCEPCJA SPOŁECZNA BADAŃ KLINICZNYCH WEDŁUG PACJENTÓW Z PRÓBY POPULACYJNEJ

- W przeprowadzonym badaniu przetestowano 18 pytań na temat czynników, które rzutują na decyzję o udziale lub rezygnacji z udziału w przyszłości w badaniach klinicznych.
- W grupie dorosłych Polaków, którzy leczyli się w ostatnich 24 miesiącach, 56,3% zgodziłoby się na uczestniczenie w przyszłości w tego typu badaniach.

- Najbardziej zainteresowane uczestnictwem w przyszłości w badaniach klinicznych są osoby z rodzin mniej zamożnych oraz osoby obecnie gorzej oceniające swoje zdrowie.
- Osoby starsze częściej niż młodsze zwracają uwagę na możliwość kontynuacji leczenia jako czynnik zachęcający do udziału w badaniach klinicznych.
- Z opinią, że znajomość ryzyka, skutków ubocznych oraz działań niepożądanych znacząco może wpłynąć na ich decyzję o uczestniczeniu lub rezygnacji z udziału w badaniach klinicznych, zgadza się 97,6% ankietowanych.
- Na wagę życzliwości personelu medycznego i badaczy jako czynnik wzmacniający chęć uczestniczenia w badaniach klinicznych wskazuje 95,3% respondentów.
- Co czwarty respondent (25,8%) uznaje, że poprzez udział w badaniach klinicznych w przyszłości ma szansę na poprawę własnego zdrowia.

PODSTAWY TEORETYCZNE BADAŃ

1.

Tło badań

1.1. Koncepcje teoretyczne humanizacji medycyny

Chory przychodzi ze swoim bólem, zgryzotą, cierpieniem, trwogą i woła o pomoc. To wołanie, oczywiście, rzadko jest dosłowne. Ma ono różne formy wyrazu. Może to być potok słów, żeby zażegnać trwogę, albo skamieniałe rysy twarzy, za którymi kryje się nieufność do lekarza. I chory opowiada. Trzeba słuchać, wysłuchać opowieści. Od czasu do czasu pytaniem zapobiec utracie wątku, odłonić ważki szczegółów, uściślić chronologię. Dla opowiadającego – ta historia to rzecz pierwszorzędna. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym, któraś z tych chorób dotknie i lekarza. (Szczeklik, 2003, s. 12)

Ponad dwa tysiące lat temu Hipokrates ustanowił podstawowe zasady etyczne, które do tej pory są respektowane. Od czasów Hipokratesa fundamentem praktyki lekarskiej było głębokie zaangażowanie lekarzy w bezinteresowną pomoc dla pacjentów i ich rodzin (Roubille i in., 2021).

Uważa się, że humanizm tworzy uniwersalną strukturę etyczną, która opiera się na takich cnotach, jak: wierność, zaufanie, życzliwość, uczciwość intelektualna, odwaga, humanizm, współczucie i prawdomówność. Te wartości powinny reprezentować standard, według którego zorganizowany jest system ochrony zdrowia.

Utrzymywanie i ciągłe doskonalenie relacji międzyludzkich w medycynie i poza nią to obowiązek lekarzy i personelu medycznego w kontekście podnoszenia poziomu usług zdrowotnych i jakości opieki medycznej. Ideą humanizmu jest uznawanie człowieka za najwyższą wartość, istotą

Humanizacja medycyny to teoria oraz zbiór praktyk mające na celu dostosowanie diagnostyki i leczenia do potrzeb i możliwości człowieka chorego oraz jego środowiska, podkreślające wagę personalizacji procesu leczenia. Opiera się na dowodach naukowych, postępie wiedzy oraz działaniach koncentrujących się na filozofii myślenia o człowieku, z uwzględnieniem poszanowania, godności autonomii i praw pacjenta, przy jednoczesnym wspieraniu potrzeb pracowników ochrony zdrowia. Do właściwej realizacji zadań związanych z humanizacją medycyny niezbędne jest zatem holistyczne postrzeganie roli człowieka w procesie leczenia, wraz z jego uwarunkowaniami psychospołecznymi, kulturowymi, socjalnymi, prawnymi i ekonomicznymi. Zasięgiem zarówno swojej teorii, jak i działań wykracza poza etykę, teorię praw pacjenta i jest pojęciem szerszym niż komunikacja kliniczna i komunikacja medyczna. Jest interdyscyplinarną, autonomiczną dziedziną wiedzy i wieloaspektowym obszarem działań. (Izdebski, 2022, s. 5)

zaś pozostaje zawsze jego dobro, a także poszanowanie godności, praw i autonomii. Owe idee były realizowane przez Polską Akademię Medycyny i Światową Akademię Medycyny im. Alberta Schweitzera, założoną i kierowaną przez Profesora Kazimierza Imielińskiego.

Podstawowe elementy humanizacji i dehumanizacji w odniesieniu do opieki medycznej można przedstawić w ośmiu wymiarach (tabela 1). Nie należy tej klasyfikacji interpretować w kategoriach alternatyw, ponieważ pokazuje ona umiejscowienie na pewnym kontynuum (Todres i in., 2009).

Tabela 1. Ramy koncepcyjne wymiarów humanizacji¹

Formy humanizacji	Formy dehumanizacji
Upodmiotowienie	Uprzedmiotowienie
Sprawczość	Bierność
Niepowtarzalność	Upodobnianie do innych
Wspólne działania	Odizolowanie
Nadanie sensu	Utrata sensu
Uszanowanie doświadczeń osobistych	Oderwanie od osobistych doświadczeń
Kontekst kulturowy	Oderwanie od kontekstu kulturowego
Holistyczne podejście do zdrowia	Biomedyczne podejście do zdrowia

¹ Tabele i ryciny, przy których nie zostało podane źródło, stanowią opracowanie własne autorów.

Humanizacja medycyny ma istotny wpływ na bezpośrednie powodzenie procesu leczenia i komunikację z pacjentem, a jej zadaniem jest budowanie szeroko rozumianej kultury medycznej, w tym umacnianie autorytetu zawodów medycznych oraz rozumienie potrzeb i praw pacjenta.

Takie podejście przyczynia się do:

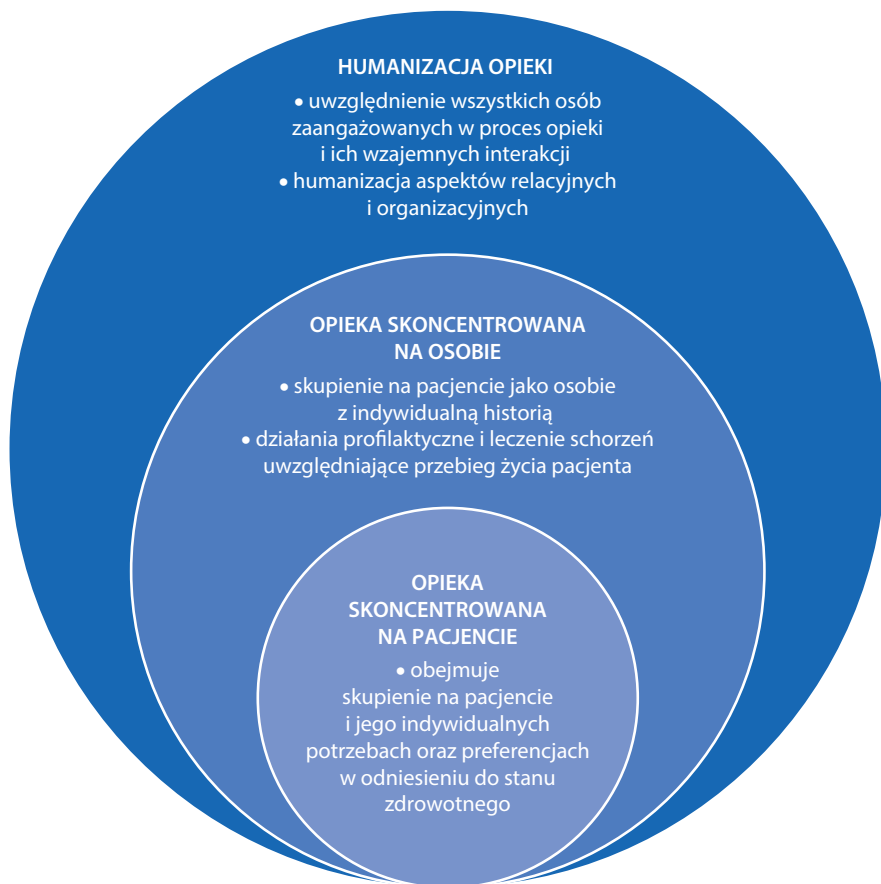
- zrozumienia zdrowotnej sytuacji pacjenta uwzględniającej jego indywidualne potrzeby w kontekście sytuacji rodzinnej, społecznej i ekonomicznej, w jakiej się znajduje, z poszanowaniem jego autonomii i praw;
- zbudowania wzajemnego zaufania i zaangażowania obu stron w proces terapii i właściwej komunikacji w zespole terapeutycznym;
- poprawy komunikacji w relacjach: pacjent – personel oraz personel – personel;
- uzyskania ścisłej współpracy pacjenta z personelem medycznym skutkującej przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych i współodpowiedzialnością za proces powrotu do zdrowia;
- podnoszenia świadomości pacjentów poprzez przekazywanie informacji o nowych możliwościach diagnostyki i terapii.

Co więcej, Busch i in. (2019) wyróżnili – przydatne dla decydentów – podstawowe założenia humanizacji medycyny:

- Poszanowanie godności, wyjątkowości, indywidualności i człowieczeństwa pacjenta, jak również odpowiednie warunki pracy oraz wystarczające zasoby ludzkie i materialne są najczęściej omawianymi kluczowymi elementami humanizacji opieki zgodnie z różnymi badanymi obszarami (tj. odpowiednio: relacyjnym, organizacyjnym i strukturalnym).
- Oczekuje się, że zidentyfikowane główne elementy pomogą pacjentom, opiekunom, świadczeniodawcom i instytucjom we wdrażaniu humanizacji opieki.
- Uzasadnione są przyszłe badania w pełni analizujące strategie wdrażania humanizowanej opieki i ilościowo sprawdzające ich skuteczność.

Humanizacja uwzględnia nie tylko pacjenta, lecz także system zaangażowany w proces opieki (tj. pacjentów, opiekunów pacjentów, świadczeniodawców opieki zdrowotnej, decydentów) oraz ich wzajemne interakcje (rycina 1). Podejście takie ma na celu humanizację całego systemu

opieki zdrowotnej poprzez skupienie się na relacyjnych, jak również organizacyjnych i strukturalnych aspektach opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie zadania i procedury medyczne.



Rycina 1. Rozwój humanizacji medycyny

Źródło: na podstawie: Busch i in., 2019.

1.2. Modele teoretyczne relacji lekarz – pacjent w opiece zdrowotnej

W socjologii medycyny do wyjaśnienia relacji lekarz – pacjent najczęściej stosuje się teorię ról społecznych Talcotta Parsonsa oraz teorię konfliktu Eliota Freidsona. Obie te koncepcje łączy asymetria w relacji lekarz – pacjent. Lekarz odgrywa rolę autorytarną i dominującą, a pacjent – bierną. Komunikacja zazwyczaj odbywa się jednokierunkowo. Decyzje dotyczące leczenia podejmowane są przez lekarza, który skupia się wyłącznie na biologicznym wymiarze choroby, pomijając potrzeby i emocje pacjenta. Z po-

wyższego wynika, że relacja lekarz – pacjent jest dynamiczna. Konflikt może być wynikiem kwestionowania przez pacjenta wiedzy i umiejętności lekarza, jak również przedmiotowego traktowania pacjentów przez lekarzy. Modele relacji lekarz – pacjent zostały zaprezentowane w tabeli 2 (Chmielewska-Ignatowicz, 2017).

Tabela 2. Modele relacji lekarz – pacjent według Szasza i Hollendra (1965)

	Model aktywność –bierność	Model kierownictwo –współpraca	Model obustronne uczestnictwo
Rola lekarza	Aktywna – decydująca	Aktywna – dominująca Lekarz ma niezbędne wiedzę i umiejętności do przeprowadzenia procesu leczenia	Aktywna – partnerska Lekarz jest osobą mającą obiektywną i szczegółową wiedzę na temat sposobów leczenia, stawiania diagnozy na temat rokowań, projektowa- nia procesu leczenia
Rola pacjenta	Bierna Pacjent to odbiorca zaleceń lekarskich	Aktywna – ograniczona Pacjent podporządko- wuje się zaleceniom lekarza, ponieważ nie ma wystarczającej wiedzy, aby móc wziąć odpowiedzialność za proces leczenia	Aktywna – partnerska Pacjent ma subiektyw- ną wiedzę na temat swojego zachowania, samopoczucia
Zastosowanie	Sytuacje zagrażające życiu, ograniczona świadomość chorego	Choroby ostre, trwające krótko i zazwyczaj ulegające samoczynnemu ustąpieniu	Choroby przewlekłe, w których schorzenia są długotrwałe i wymagają reorganizacji różnych aspektów życia

Pokrewne do idei humanizacji w medycynie są podejścia do opieki medycznej, w których docenia się centralne miejsce pacjenta, znane jako PCO (*Patient-Centered Outcomes*) lub PCC (*Patient-Centered Care*). Jednakże wart podkreślenia pozostaje fakt, że aby wspierać opiekę skoncentrowaną na pacjencie, pracownicy opieki zdrowotnej muszą zidentyfikować bariery i czynniki ułatwiające zarówno opiekę skoncentrowaną na pacjencie, jak i komunikację, biorąc pod uwagę ich wzajemne powiązania w interakcjach klinicznych (Kwame i Petrucka, 2021). Podjęto próby opracowania modeli conceptualnych, które zawierają podstawowe obszary analiz (Hudon i in., 2011). Przykładem może być model zawierający cztery wymiary. Są to: (1) choroba

i doświadczanie choroby przez pacjenta; (2) cała osoba pacjenta (perspektywa biopsychospołeczna), (3) wspólna płaszczyzna (dzielenie się uprawnieniami i odpowiedzialnością) oraz (4) relacja pacjent – lekarz (też w wymiarze przymierza terapeutycznego). Z kolei w modelu dostosowanym do pacjentów pediatrycznych zwraca się uwagę na takie obszary, jak: szacunek i godność, dzielenie się informacjami, uczestnictwo, partnerstwo i współpraca, negocjowanie. Autorzy publikacji przedstawiających modele humanizacji w medycynie podkreślają, że faza konceptualizacji powinna poprzedzać tworzenie narzędzi (Tripodi i in., 2017). Instytut Medycyny (Institute of Medicine [IOM], 2001) w Stanach Zjednoczonych zauważa zaś, że zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie oznacza poszanowanie i reagowanie na potrzeby, preferencje i wartości indywidualnego pacjenta w zakresie opieki we wszystkich decyzjach klinicznych. Jak podkreśla Ostrowska (2020), z definicji roli lekarza i pacjenta wynika asymetria i przewaga tego pierwszego nad drugim, ponadto pacjent reprezentuje sam siebie, podczas gdy za lekarzem stoi prestiż wiedzy medycznej i instytucji leczącej. Powyższe refleksje stają się istotnym punktem wyjścia do rozważań w obszarze relacji między personelem medycznym i pacjentem.

2.

Relacja personel medyczny – pacjent

2.1. Przemiany w obszarze relacji lekarz – pacjent

Od wielu lat w zawodzie lekarza uznaje się znaczenie umiejętności komunikacyjnych i relacyjnych jako elementu kompetencji zawodowych. Umiejętności te są zakorzenione w wielowymiarowej, biopsychospołecznej koncepcji zdrowia, zgodnie z założeniami Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization [WHO], 1948).

Związek lekarza z pacjentem ulegał transformacji na przestrzeni lat. Niegdyś relacja ta występowała głównie między pacjentem szukającym pomocy a lekarzem, którego decyzje były wykonywane przez pacjenta. W tym paternalistycznym modelu relacji lekarz – pacjent lekarz wykorzystuje swoje umiejętności, aby wybrać niezbędne interwencje i zabiegi, które najprawdopodobniej przywrócą pacjentowi zdrowie lub złagodzą jego ból. Wszelkie informacje przekazywane pacjentowi mają na celu zachęcenie go do wyrażenia zgody na decyzje lekarza. Ten opis asymetrycznej lub nie zrównoważonej interakcji między lekarzem a pacjentem został

zakwestionowany w ciągu ostatnich lat. Krytycy zaproponowali bardziej aktywne, autonomiczne, a tym samym skoncentrowane na pacjencie podejście, które opowiada się za większym wzajemnym uczestnictwem. To podejście skoncentrowane na pacjencie, w którym „lekarz próbuje wejść w świat pacjenta, spojrzeć na chorobę oczami pacjenta”, stało się dominującym modelem w dzisiejszej praktyce klinicznej (Kaba i Sooriakumaran, 2007).

2.2. Znaczenie relacji w instytucjach ochrony zdrowia

W instytucjach opieki zdrowotnej zaufanie i komunikacja są rozumiane jako „narzędzia” służące uzyskaniu lepszej opieki nad pacjentem i jego satysfakcji. Istnieje bowiem konieczność posiadania pewnego stopnia zaufania, aby zbudować relację, w której szczerza komunikacja może się rozwijać. Jakość interakcji z pacjentami jest pozytywnie związana z zaufaniem i satysfakcją pacjenta, które są bezpośrednimi lub pośrednimi miernikami jakości usług opieki zdrowotnej (Anhang Price i in., 2014; Birkhäuser i in., 2017; Isaac i in., 2010; Jha i in., 2008; Tsai i in., 2015).

Wykazano, że zaufanie ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie pacjentów w takich obszarach, jak: stosowanie zleconych leków, postrzegana satysfakcja i wyższy wskaźnik kontynuacji leczenia (Baker i in., 2003; Hall i in., 2001; Zolnerek i DiMatteo, 2009). Pacjenci z większym zaufaniem do lekarza mają zazwyczaj bardziej korzystne zachowania zdrowotne, mniej objawów i są bardziej zadowoleni z leczenia. Pracownicy instytucji ochrony zdrowia muszą przekonywać swoich pacjentów do dzielenia się informacjami, poddawania się badaniom i przyjmowania substancji chemicznych w postaci leków, a zaufanie odgrywa niewątpliwie istotną rolę, aby wszystkie te działania przebiegały z mniejszym natężeniem stresu i obaw. Zaufanie jest czymś, co należy budować i zdobywać, a posiadanie dobrych umiejętności komunikacyjnych pomaga w budowaniu tego zaufania między lekarzem a pacjentem.

Co więcej, zdolność lekarzy do komunikowania się z pacjentami poprzez wyrażanie akceptacji, empatii i wsparcia (Epstein i Street, 2007) wydaje się przyczyniać do lepszej relacji lekarz – pacjent i większej satysfakcji z konsultacji (Pollak i in., 2010). Ponadto postrzegana przez pacjentów empatia pozytywnie wpływa na ich dobrostan psychiczny: gdy lekarze empatycznie uznają uczucia pacjentów i zachęcają ich do dążenia do celu leczenia, pacjenci wykazują zmniejszenie objawów lękowych i zwiększone zaufanie do zaleceń lekarzy (Zwingmann i in., 2017).

Warto ponadto zwrócić uwagę na fakt, że relacja między personelem medycznym a pacjentem może być gorzej oceniana ze względu na brak

kanałów rozpatrywania skarg i egzekwowalnego systemu praw pacjentów, nieporozumienia czy nierealistycznie wysokie oczekiwania pacjentów co do efektów leczenia. Ignorowanie relacji z pacjentem może spowodować znaczne obciążenie zarówno świadczeniodawców, jak i świadczeniobiorców, prowadząc do nierozwiązanych problemów i napięć, a także problemów etycznych (Borovečki i in., 2005).

Zaufanie między lekarzem a pacjentem – oprócz zdolności do budowania trwałych relacji, modelowania zachowań obu partnerów – ma także wartość terapeutyczną. Krot i Rudawska (2013) stwierdzają, że zaufanie do lekarza jest efektem przenikania się i nakładania się na siebie dwóch poziomów: zaufania w skali makro i w skali mezo. Zaufanie w skali makro można traktować jako kontekst, w którym „zagnieżdżone” są wymiary zaufania instytucjonalnego. Natomiast zaufanie w skali mezo (instytucjonalne) jest postrzegane przez pryzmat trzech wymiarów: życzliwości, kompetencji i rzetelności (Krot i Rudawska, 2013).

Istotny pozostaje fakt, że relacja lekarz – pacjent często opiera się na ugruntowanym scenariuszu, nie uwzględniając sytuacji życiowej pacjenta, a wskaźniki realizacji usług i poziom zaawansowania technicznego stanowią niejednokrotnie czynniki ważniejsze niż to, kim jest pacjent.

W tabeli 3 zostały przedstawione zalecenia dotyczące optymalizacji relacji pacjent – świadczeniodawca, stanowiące istotny wkład w rozważania dotyczące budowania relacji.

Tradycyjny model pacjenta ukazuje go jako ciało, które biernie poddane jest siłom wewnętrznym i zewnętrznym, a według koncepcji humanizacji pacjent powinien być upodmiotowiony. Dlatego ważne jest – jako jeden ze sposobów zapewnienia społeczeństwu lepszych i optymalnych usług zdrowotnych – aby świadczeniodawcy rozumieli i zdawali sobie sprawę z wagi zaufania i komunikacji w ich relacjach z pacjentami (Chandra i in., 2018).

Należy ponadto podkreślić, że praktyka lekarska i jej ucieleśnienie w klinicznym spotkaniu pacjenta z lekarzem jest zasadniczo działalnością moralną, która wynika z imperatywu opieki nad pacjentami i łagodzenia cierpienia. Relacja między pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia opiera się na zaufaniu, które rodzi etyczną odpowiedzialność personelu za stawianie dobra pacjenta ponad własnym interesem oraz za działanie na rzecz jego dobra.

Tabela 3. Wskazania dotyczące optymalizacji relacji pacjent – świadczeniodawca

Wskazanie	Przykłady
Aktywne słuchanie	Słuchaj bez przerywania, skup się na tym, co zostało powiedziane, i konstruuj pytania na podstawie tego, co usłyszałeś.
Zrozumienie celu pacjenta	Kilka pytań może pomóc w ustaleniu celu działania pacjenta: • Co Pana/Panią tu dzisiaj sprowadziło? • Jak Pan/Pani myśli, co Panu/Pani dolega? • Jakie ma Pan/Pani zmartwienia lub obawy? • Co według Pana/Pani mogą dla Pana/Pani zrobić?
Empatia	Empatia wiąże się z dostrzeżeniem perspektywy pacjenta, brakiem osądu, zrozumieniem uczuć pacjenta i przekazaniem tego zrozumienia. Empatyczna wypowiedź to: „Rozumiem, jak trudno jest radzić sobie z bólem, który Pana/Panią dotyka”.
Walidowanie	Walidacja oznacza, że rozumiesz perspektywę pacjenta, ale niekoniecznie musisz się z nią zgadzać. Walidujące stwierdzenie brzmiałoby: „Widzę, że jest Pan/Pani sfrustrowany/a, kiedy ludzie mówią, że jest to spowodowane stresem, a Pan/Pani wie, że jest to prawdziwe”.
Ustalenie realistycznych celów	Przewlekła choroba oznacza zarządzanie objawami, a nie wyleczenie: „Rozumiem, jak bardzo Pan/Pani chce, aby te objawy ustąpiły. Jeśli możemy zmniejszyć objawy o 30% w ciągu najbliższych kilku miesięcy, czy to by pomogło?”.
Edukowanie	Edukacja jest procesem niezwykle istotnym i składa się na nią: • ustalenie, co pacjent rozumie, • zajęcie się wszelkimi nieporozumieniami, • oferowanie informacji zgodnych z układem odniesienia pacjenta, • sprawdzenie zrozumienia przez pacjenta.
Zapewnienie	Zapewnienie jest udzielane na podstawie dostępnych danych i nie przedwcześnie. Obejmuje to identyfikację obaw pacjenta, ich potwierdzenie i odpowiedź na konkretne obawy.
Negocjowanie	Opieka skoncentrowana na pacjencie to partnerstwo. Lekarz oferuje możliwości wyboru, a pacjent dokonuje wyboru. Na przykład, lekarz może zaproponować leczenie ‘A’ i ‘B’, wskazując możliwe korzyści i działania niepożądane.
Zachęcanie pacjenta do odpowiedzialności	W przypadku chorób przewlekłych wyniki kliniczne są lepsze, gdy pacjent bierze odpowiedzialność za opiekę.
„Bądź”	Nie zawsze można przewidzieć, co pojawi się podczas wizyty klinicznej; zapewnienie wsparcia i empatycznego słuchania jest niezbędne.

Źródło: na podstawie: Drossman i in., 2021; Drossman i Ruddy, 2021.

3.

Komunikacja kliniczna

3.1. Komunikacja w praktyce klinicznej

Skuteczna komunikacja między lekarzem a pacjentem ma pozytywny wpływ nie tylko na wyniki kliniczne, lecz także na doświadczenie pacjentów związane z opieką. Zrozumienie znaczenia własnych umiejętności komunikacyjnych w relacjach z pacjentem i jego rodziną może pomóc w doskonaleniu umiejętności klinicysty, a w efekcie zwiększyć satysfakcję zarówno pacjenta, jak i lekarza. Warto zaznaczyć, że istnieje istotna korelacja między satysfakcją pacjentów a umiejętnościami komunikacyjnymi lekarzy (poświęcenie odpowiedniego czasu na wizytę pacjenta, wyjaśnienie diagnozy i procedur leczenia). Ponadto umiejętności terapeutyczne lekarzy, ich przyjazne usposobienie, szacunek dla uczuć pacjentów oraz uważne słuchanie wykazały istotną korelację z satysfakcją pacjenta (Eveleigh i in., 2012).

Ze względu na to, że koncepcje relacji lekarz – pacjent i konsultacje skoncentrowane na pacjencie mają wiele aspektów, ich zrozumienie i nauczanie są trudne. W takich sytuacjach przydatnym narzędziem może być metafora. Można powiedzieć, że „dobra” relacja lekarz – pacjent to proces, w którym tworzy się „sojusz”, w ramach którego lekarz dostosowuje się do rytmu pacjenta i stopniowo może pomóc mu przejść do zdrowszych scenariuszy. Mieć z pacjentem „dobrą” relację to znaczy wykryć, „jaki taniec pacjent tańczy i jak dobry tancerz zrobić krok do tyłu, kolejny do przodu, tańcząc i chodząc razem z pacjentem”. Ale nie ma jednego rodzaju „dobrej” lub „adekwatnej” relacji lekarz – pacjent; nie ma „jednego tańca, który tańczy pacjent” (Turabian, 2018).

Wspólne podejmowanie decyzji nie zawsze stanowi normę w opiece szpitalnej. Chociaż lekarze wyjaśniają plany leczenia, wielu hospitalizowanych pacjentów nie rozumie ich na tyle, by podejmować autonomiczne decyzje. W badaniu Bergera i in. (2017) wszyscy lekarze wyjaśniali pacjentom plan opieki, a większość wierzyła, że pacjent ich zrozumiał. Jednakże dla wielu pacjentów kwestia ta w dalszym ciągu pozostawała niezrozumiała. Co więcej, lekarze rzadko pytali pacjenta o opinię. Warto zaznaczyć, że poprawa komunikacji szpitalnej może sprzyjać autonomii pacjenta.

Należy podkreślić, że w relacjach pomiędzy personelem medycznym a pacjentami często występuje rozbieżność między tym, co pracownicy

ochrony zdrowia myślą, że komunikują, a tym, co słyszą pacjenci, przy czym świadczeniodawcy przeceniają stopień zrozumienia przez pacjentów (Coran i in., 2013). Przegląd piśmiennictwa ujawnia, że dostawcy usług medycznych regularnie używają żargonu medycznego podczas komunikacji z pacjentami i często zaniedbują jego wyjaśnianie (Links i in., 2019; Pitt i Hendrickson, 2019; Tran i Sweeny, 2020). Ponadto wyniki badań Miller i in. (2022) wskazują, że prawie 80% wizyt w podstawowej opiece zdrowotnej zawierało co najmniej jeden przypadek niewyjaśnionego żargonu i średnio ponad cztery użycia żargonu medycznego na wizytę. Pewne użycie żargonu medycznego jest nieuniknione w komunikacji świadczeniodawcy z pacjentami. Uznając jednak, że pacjenci mogą się wahać, czy poprosić o definicje nieznanych terminów, świadczeniodawcy muszą wziąć na siebie obowiązek ich wyjaśniania (Nielsen-Bohlman i in., 2004).

W literaturze przedmiotu zidentyfikowano cztery główne typy błędów komunikacyjnych: niewerbalne (brak kontaktu wzrokowego, nieadekwatny wyraz twarzy), werbalne (brak aktywnego słuchania i niewłaściwy dobór słów), dotyczące treści (mała liczba i niska jakość przekazywanych informacji), zła postawa (brak szacunku i empatii). Należy pamiętać, że komunikacja pacjent – lekarz to złożona interakcja międzyludzka, która wymaga zrozumienia stanu emocjonalnego każdej ze stron. Z badań wynika, że lekarze wykazywali niski poziom szacunku i empatii wobec swoich pacjentów. Wyniki sugerują, że pacjenci wyciągali wnioski na temat szacunku, jakim darzą ich lekarze, na podstawie ich niewerbalnych i werbalnych umiejętności komunikacyjnych. Zidentyfikowano przypadki, w których lekarze wykazali się niewystarczającą umiejętnością słuchania – zamiast uważnie słuchać i odpowiadać na pytania zadawane przez pacjentów i ich bliskich, lekarze przerywali im i realizowali swoje własne cele. Ponadto słuchanie to coś więcej niż tylko rozumienie wypowiedzi. Wiąże się ono z docenieniem tego, co zostało wyrażone, i wymaga, by słuchając w sposób niedyskryminujący i empatyczny, poza treścią, wsłuchać się w emocje mówiącego, aby docenić jego punkt widzenia, zanim będzie można subiektywnie doświadczyć jego stanu psychicznego i podzielić się nim (Kee i in., 2018).

Sobczak i in. (2017) objęli swoim badaniem 100 lekarzy oraz 373 pacjentów klinicznych. Celem badania była ocena komunikacji medycznej z punktu widzenia lekarzy i ich pacjentów. Średnia ocena poziomu zadowolenia pacjentów z komunikacją z lekarzami w 11-stopniowej skali wyniosła 6,79. Stwierdzono dysonans między deklaracjami pacjentów

i lekarzy w otrzymywaniu informacji medycznej od lekarza prowadzącego. 38,8% pacjentów pozostawało z wątpliwościami po wizycie, mimo że wszyscy lekarze twierdzą, iż przekazują informację w sposób zrozumiały i precyzyjny. Prawie co trzeci pacjent podkreślił brak szansy na swobodne wyrażenie swojego zdania na temat dolegliwości czy choroby, z jaką się zgłosił do jednostki medycznej. W tym zakresie lekarze przyznają prawie jednomyślnie, że stwarzali swoim pacjentom taką możliwość. Aż 18,3% pacjentów zadeklarowało, że nie zostało zapytanych przez lekarzy o to, czy istnieją jakiegokolwiek kwestie medyczne wymagające wyjaśnienia. Z wypowiedzi dwóch grup respondentów wynika, że informacja medyczna nie jest dostarczana pacjentom na bieżąco. Lekarze preferują przekazywanie informacji medycznych na koniec pobytu w jednostce medycznej. Warto podkreślenia jest to, że ponad 10% lekarzy przyznało, iż zdarza im się nie przekazywać swoim pacjentom bezpośrednio wiadomości o wynikach leczenia, a zamieszczać te informacje jedynie w wypisie. Taki stan rzeczy potwierdziło ponad 14% pacjentów.

W badaniu Surmackiej i Motyki (2015) prześlędzono główne rodzaje problemów pojawiających się w obszarze komunikacji klinicznej, na jakie skarżą się pacjenci. Zdecydowana większość wymienionych problemów wiązała się z szeroko rozumianą komunikacją w kontaktach z personelem szpitala. Najwięcej osób wskazywało na: urazowo przeżywane doświadczenia związane ze sposobem przekazywania im informacji przez personel medyczny (ok. 80% opisów), ograniczanie się personelu do wykonania przy pacjencie czynności instrumentalnych bez podejmowania prób nawiązania relacji terapeutycznej (ok. 50% opisów), problem lekceważenia doświadczanych przez pacjentów lęków i obaw (36%) oraz problem braku poszanowania intymności w trakcie wykonywania czynności higienicznych lub badań lekarskich (28%).

Równie istotny pozostaje aspekt komunikacji między personelem pielęgniarskim a pacjentem, który jest uznawany za jedną z najważniejszych składowych skutecznego leczenia pacjentów. Co więcej, komunikacja odzwierciedla również jakość zindywidualizowanej opieki pielęgniarskiej nad każdym pacjentem. Jakość opieki można poprawić, zwiększając skuteczność komunikacji w wymiarach zarówno werbalnym, jak i niewerbalnym. Skuteczna komunikacja jest niezbędna w budowaniu relacji z pacjentem, a wiele zadań pielęgniarskich, takich jak edukacja i doradztwo, polega wyłącznie na prowadzeniu dialogu (Crawford i in., 2017).

Ponadto Chan i in. (2018) zauważyli, że współczucie pacjentów dla zapracowanej pielęgniarki wiąże się z lepszą komunikacją pielęgniarka – pacjent. Stwierdzono także, że duże obciążenie pracą pielęgniarek, zarówno jeśli chodzi o opiekę nad pacjentami, jak i procedury dokumentacyjne, ma związek z gorszą komunikacją.

Celem pracy Motyki i in. (2017) była ocena poziomu empatii u studentów rozpoczynających naukę na wydziale pielęgniarstwa. W tym celu dokonano porównania poziomu empatii między grupą 64 studentów pierwszego roku pielęgniarstwa Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz równie liczną grupą studentów pierwszego roku turystyki i rekreacji na Uniwersytecie Ekonomicznym w Krakowie. Wyniki badań nie potwierdziły hipotezy, że osoby wybierające studia o profilu medycznym charakteryzują się znacząco wyższym poziomem empatii od studentów turystyki i rekreacji. Wyniki te dowodzą, że w trakcie kształcenia studentów wydziału pielęgniarstwa należy zwrócić szczególną uwagę na rozwój empatii, zwłaszcza jego komponentu poznawczego w postaci umiejętności przyjmowania cudzego punktu widzenia (perspektywy pacjenta).

Nie czas wizyty, ale to, w jaki sposób wizyta jest skoncentrowana na pacjencie, wpływa na jego samopoczucie. To, co pacjenci uważają za „odpowiedni czas”, wiąże się z takimi wymiarami, jak: oczekiwanie na wizytę, postrzegana długość wizyty, jakość komunikacji, poziom empatii oraz zwiększony udział pacjenta i jego edukacja (Lin i in., 2001; Parrish i in., 2016).

Minimalne niezbędne elementy komunikacji, które świadczeniodawcy muszą praktykować pod presją czasu, mieszczą się w technice przedstawionej w tabeli 4.

Z punktu widzenia polityki zdrowotnej konieczne jest, aby administratorzy szpitali kładli nacisk na otwartą i jasną komunikację między świadczeniodawcami a pacjentami, by uniknąć problemów, od błędnej diagnozy po nieprawidłowe leczenie. Badania potwierdzają ogólną zgodność, że wyższa jakość komunikacji lekarz – pacjent (lekarz – pacjent lub pielęgniarka – pacjent) zbiega się z wyższymi raportowanymi miarami jakości w szpitalu. Na uwagę zasługuje odwrotny efekt, który można zaobserwować, gdy pacjenci znajdują się w izolacji z powodu pandemii, takiej jak COVID-19, w której komunikacja świadczeniodawca – pacjent może być ograniczona i skutkuje niższą oceną jakości opieki (Belasen i in., 2020).

Tabela 4. Mnemotechnika „I’m late”

„I’m late” mnemotechnika	Umiejętności komunikacyjne
I: <i>Impression</i> wrażenie	Uwzględnij znaczenie pierwszego wrażenia: kontakt wzrokowy, uśmiech, powitanie, krótka wymiana zdań.
M: <i>Minute of silence</i> minuta ciszy	Oprzyj się pokusie przerywania w pierwszych 1–2 min i w pełni skup się na pacjencie, nie patrząc na ekran komputera.
L: <i>Listen</i> wysłuchaj	Bądź aktywnym słuchaczem. Słuchaj uważnie wszystkimi zmysłami, parafrazuj, zastanawiaj się nad tym, co zostało powiedziane, wstrzymaj się z osądem i radami. Stosuj niewerbalne oznaki słuchania (potakiwanie, kontakt wzrokowy, pochylenie się, odzwierciedlanie).
A: <i>Acknowledge</i> uznaj	Uznaj rolę czynników psychologicznych, nawet jeśli nie jesteś w stanie się nimi zająć. Nie ignoruj „emocjonalnych” otwarć.
T: <i>Touch</i> dotyk	Nie lekceważ terapeutycznego wpływu dotyku oraz roli badania fizykalnego.
E: <i>Empathize</i> empatia	Zrozum doświadczenie innej osoby; spróbuj „wejść w jej buty”. Szukaj empatycznych reakcji i oferuj werbalne lub niewerbalne przejawy empatii, w tym: refleksję, szacunek, wsparcie, partnerstwo.

Źródło: na podstawie: Drossman i in., 2021.

3.2. Znaczenie komunikacji w badaniach klinicznych

Badanie kliniczne traktowane jest jako rozszerzenie czy szczególnie przypadek badania biomedycznego. Jak podaje Agencja Badań Medycznych: „badanie kliniczne to badanie naukowe, prowadzone z udziałem ludzi, mające na celu odkrycie lub potwierdzenie klinicznych, farmakologicznych, w tym farmakodynamicznych skutków działania jednego lub wielu badanych produktów leczniczych”, co odpowiada zapisowi ustawy z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 2301 z późn. zm., art. 2 pkt 2). We wcześniejszych fazach takiego badania identyfikowane są działania niepożądane oraz analizowane są: wchłanianie, dystrybucja, metabolizm i wydalanie jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, mając na względzie ich bezpieczeństwo i skuteczność². Według standardów międzynarodowych wynikających

² Pacjent w badaniach klinicznych. Pobrane z <https://pacjentwbadaniach.abm.gov.pl/pwb/o-badaniach-klinicznych/czym-sa-badania-kliniczne/definicje-badania-klini/110,Definicje-badania-klinicznego.html>

z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE nr 536/2014³ badanie kliniczne musi spełniać wiele warunków, takich jak: ustalony z góry przydział uczestników do grup terapeutycznych, realizacja dodatkowych procedur diagnostycznych i monitorowanie wykraczające poza standardową praktykę kliniczną. Szczególnie ten ostatni warunek sprawia, że kontakt między pacjentem a lekarzem jest zwykle bardziej intensywny, podporządkowany protokołowi badania, a kwestie komunikacji nabierają szczególnego znaczenia. Niezbędnym warunkiem włączenia uczestnika do badania klinicznego jest podpisanie przez niego formularza świadomej zgody, co wiąże się z poinformowaniem o potencjalnych zagrożeniach, a dodatkowo chroni osoby i instytucje prowadzące badania przed ewentualnymi roszczeniami.

Badania kliniczne są uważane za kluczowe dla postępu w dziedzinie zdrowia i badań medycznych, jednak rekrutacja do nich nadal stanowi wyzwanie (Gul i Ali, 2010; Hadidi i in., 2013), zwłaszcza wśród mniejszości i populacji o niższym statusie społecznym (Ford i in., 2008; 2013). Bariery uczestnictwa w badaniach klinicznych były szeroko badane i obejmują: ograniczoną świadomość oraz błędne postrzeganie badań przez pacjentów, brak zaufania do lekarzy i badaczy oraz strach przed badaniami klinicznymi i ogólnymi badaniami medycznymi (Guadagnolo i in., 2008; Friedman i in. 2013; McComas i in., 2010; Owens i in., 2013).

Mimo wyraźnych korzyści i dużego potencjału wzrostu liczba badań klinicznych prowadzonych w Polsce spada. W 2009 roku w Polsce zarejestrowano 469 badań, w porównaniu z 396 w 2014 roku. Zmniejszyła się również liczba uczestników badań klinicznych, a stosunek liczby badań prowadzonych w Polsce do liczby mieszkańców jest znacznie niższy niż w innych krajach europejskich, takich jak Czechy czy Węgry (*Badania kliniczne w Polsce*, 2015). Przyczyn obecnego stanu rzeczy należy szukać przede wszystkim w przeszkodach natury prawnej i administracyjnej. Rozpoczęcie badania klinicznego wymaga od sponsora dopełnienia wielu formalności. Jednym z najbardziej uciążliwych wymogów jest obowiązek dostarczenia umowy między sponsorem a badaczem i/lub ośrodkiem badawczym oraz wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego. Ponadto, prowadząc badania kliniczne w Polsce, trudno oszacować ostateczny koszt projektów. Co więcej, wpływa na to również niska

³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE (OJ L 2014, 158/1).

świadomość społeczna dotycząca badań klinicznych (*Badania kliniczne w Polsce*, 2015).

Pracownicy ochrony zdrowia mogą również przyczyniać się do niskiej liczby zgłoszeń do badań z powodu ograniczonej wiedzy o badaniach klinicznych lub braku komunikacji z pacjentami na ten temat (Castel i in., 2006; Santana Longo i in., 2017). Ponadto język techniczny, którego używają lekarze i/lub badacze (Paramasivan i in., 2011), oraz poziom trudności materiałów edukacyjnych na temat badań klinicznych udostępnianych pacjentom mogą stanowić bariery dla rekrutacji i zapisów. Złożony język zmniejsza czytelność i negatywnie wpływa na proces świadomej zgody. Jej warunkiem są trzy elementy: dostarczenie informacji, zrozumienie jej przez uczestnika badania i dopiero na końcu podpisanie zgody, ze świadomością, że w każdej chwili może zostać wycofana. Warto także podkreślić, że należy zachować ostrożność podczas dostarczania pisemnych informacji uczestnikom badań, aby upewnić się, że język i czytelność są odpowiednie dla odbiorców (Taylor i Bramley, 2012). Co więcej, świadczeniodawcy często przeceniają zarówno umiejętności swoich pacjentów w zakresie wiedzy o zdrowiu (Dickens i in., 2013), jak i jasność własnej komunikacji (Howard i in., 2013). Chęć udziału w badaniu klinicznym i gotowość do jego ukończenia są wieloaspektowe. W procesie przeprowadzania badań klinicznych konieczne jest zajęcie się indywidualną edukacją i wartościami z perspektywy pacjentów oraz oczekiwaniami z perspektywy lekarzy.

Skuteczne komunikaty budujące sojusz zwiększają zaufanie pacjenta do lekarza i decyzji dotyczącej leczenia. Lekarz, który opisuje potencjalne działania niepożądane środka eksperymentalnego, a także plan leczenia w celu opanowania tych toksyczności, sygnalizuje, że przewiduje i zarządza indywidualną sytuacją medyczną i potrzebami pacjenta. Taka „komunikacja skoncentrowana na pacjencie” (Epstein i Street, 2007), która informuje i buduje relacje, pomaga również wszystkim stronom osiągnąć porozumienie w poczuciu wspólnego znaczenia i zrozumienia, szczególnie pomocne w obliczu nieodłącznej niepewności medycznej i psychologicznej dotyczącej przystąpienia do badania (Albrecht i in., 1999). Ta strategia komunikacji pomaga lekarzom zapewnić pacjentom namacalne i emocjonalne wsparcie oraz odpowiadać na obawy pacjentów i ich rodzin lub opiekunów w zrozumiałym języku, pomagając w ten sposób pacjentom pokonać wiele postrzeganych barier utrudniających rejestrację.

Strategie ukierunkowane na uświadomienie potencjalnym uczestnikom badanego problemu zdrowotnego i jego wpływu na ich życie oraz

angażujące potencjalnych uczestników w proces badania prawdopodobnie zwiększają rekrutację do badań klinicznych (Caldwell i in., 2010). Medycyna oparta na wartościach odnosi się do indywidualności i może dostarczyć umiejętności klinicznych pozwalających na powiązanie uogólnionej wiedzy naukowej z konkretnymi preferencjami jednostek, której celem jest poprawa jakości opieki zdrowotnej i efektywne wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej (Bae, 2015; Petrova i in., 2006).

Należy także zaznaczyć, że przestrzeganie zaleceń przez pacjentów zależy od wielu zmiennych, które wpływają na podejmowanie decyzji (Muluneh i in., 2018). Rozbudowane protokoły i nieefektywność czasowa, często występujące w długich badaniach, zwiększają zaangażowanie czasowe pacjentów i mogą sprzyjać rezygnacji z leczenia. Innym problemem jest postrzeganie braku bodźców do ukończenia badania; dotyczy to pacjentów z grupy kontrolnej (placebo), którzy mogą uważać, że oznaki korzyści klinicznych nie są widoczne. Na rezygnację z udziału w badaniu wpływają także choroby współistniejące, takie jak depresja i lęk, a rezygnacja z udziału w badaniu może być w większym stopniu prawdopodobna, jeśli chorzy z tymi chorobami współistniejącymi nie są odpowiednio leczeni (Lopes i in., 2015). Zaleca się też, aby badacze uwzględnili rzetelne przekazywanie zbiorczych i indywidualnych wyników badań klinicznych po ich zakończeniu (Shalowitz i Miller, 2008).

We współczesnych badaniach klinicznych spotykają się interesy wielu osób. Można tu wymienić interesy: jednostek (pacjentów), które chcą poprawić stan swojego zdrowia lub uzyskać korzyści majątkowe, badaczy, którzy mogą mieć interesy niezarobkowe lub zarobkowe, społeczeństwa – polegające na chęci uzyskania dostępu do lepszych, bardziej skutecznych i bezpiecznych metod leczenia, oraz przedsiębiorców (na przykład firm farmaceutycznych) – będące niejednokrotnie inwestycją w nowy lek, który w przyszłości ma przynieść zyski (Brodniewicz, 2015). Niewątpliwy jest fakt, że znajomość panujących norm i kodeksów etyki jest w praktyce klinicznej niezbędna. Jak podaje Ministerstwo Zdrowia, dla ochrony praw i bezpieczeństwa pacjentów uczestniczących w badaniu klinicznym oraz w celu zapewnienia rzetelności uzyskiwanych danych opracowano i wdrożono reguły Dobrej Praktyki Klinicznej (*Good Clinical Practice* – GCP), które zostały wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 roku w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 489). Zasady te powinny być stosowane do wszystkich badań klinicznych prowadzonych w Polsce. Ponadto prowadzenie badań klinicznych w Polsce reguluje ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Ważną regulacją w zakresie badań klinicznych są także Zasady etycznego

postępowania w eksperymencie medycznym z udziałem ludzi (tzw. deklaracja helsińska), (Ministerstwo Zdrowia, b.d.).

Wobec powyższego niezwykle istotne pozostaje humanistyczne podejście do badań klinicznych jako standardu postępowania mogącego poprawić nie tylko wskaźniki przystępowania do owych badań, lecz przede wszystkim wskaźniki stosowania się do zaleceń i samopoczucia pacjentów (tabela 5).

Tabela 5. Humanistyczne podejście do badań klinicznych

Działania	Wyniki	Przeszkody
Poprawa komunikacji w procesie udzielania zgody	Dostępna pisemna informacja dostarczana w sposób łatwy do odczytania. Ulepszony proces wyrażania zgody promuje wspólne podejmowanie decyzji.	Trudno jest włączyć zbyt rozbudowany opis badania z formularza świadomej zgody do materiałów promocyjnych, szczególnie tych rozprowadzanych poprzez media. Humanistyczne podejście może powodować opóźnienia, które nie zawsze są akceptowalne.
Inteligentne kierowanie	Pacjenci czują się pewnie i są dobrze monitorowani. Przestrzeganie zasad i jakość danych ulegają poprawie.	Szkolenie personelu jest dłuższe i kosztowne. Model ten wymaga większego udziału profesjonalistów w stosunku do pacjentów.
Utrzymanie ciągłości opieki	Poprawa opieki skoncentrowanej na pacjencie. Włączenie badań klinicznych prowadzonych przez lekarzy wnosi dodatkową wiedzę, w tym międzynarodowe standardy zarządzania danymi klinicznymi oraz dostęp do nowych interwencji.	Zwiększona liczba szkoleń związanych z badaniami klinicznymi jest czasochłonna. Badania medyczne mogą być interesujące tylko dla wybranych lekarzy.
Szkolenie specjalistyczne	Kultywowanie wartości empatii, sprawiedliwości i współczucia w bardzo wrażliwym środowisku badań klinicznych.	Wprowadzenie kultury humanistycznej do badań klinicznych jest procesem długotrwałym i może trwać kilka lat.

Źródło: na podstawie: Arai i in., 2017.

4.

Prawa pacjenta

Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny to zarówno obowiązek prawny, jak i zobowiązanie moralne. Dotyczy lekarzy, pielęgniarek i wszystkich pozostałych członków zespołów terapeutycznych. Prawa pacjenta, stanowiąc integralną część szeroko rozumianych praw człowieka, określają relacje między pacjentem a instytucją lub osobą świadczącą usługi medyczne.

Świadomość przysługujących pacjentowi uprawnień wpływa porządkująco i dyscyplinująco na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Świadomość pacjenta dotycząca możliwości stosowania praw w jednostkach opieki zdrowotnej znacząco wpływa na poprawę jakości oferowanych tam usług medycznych. Chociaż regulacje prawne w zakresie praw pacjenta, przyjęte w Polsce po 1990 roku, nie odbiegają w istotnych treściach od obowiązujących w większości krajów europejskich, to jednak respektowanie ich w naszym kraju budzi wciąż bardzo wiele zastrzeżeń i uwag (Wroński, 2007).

Respektowanie praw pacjenta przez personel medyczny jest podstawą prawidłowo funkcjonującej ochrony zdrowia. W jednym z badań analizowano wiedzę personelu medycznego wobec praw przysługujących pacjentom. W badaniu uczestniczyło 100 lekarzy i 100 pielęgniarek. Swoją wiedzę na temat praw pacjenta bardzo dobrze oceniło 19% lekarzy i 7% pielęgniarek, dobrze zaś – 34% lekarzy i 29% pielęgniarek. Prawo do informacji, wglądu w dokumentację medyczną oraz prawo do świadczeń zdrowotnych znało 85% badanych. Z ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 1876 ze zm.) zapoznało się 78% badanych, a 64% potwierdziło, że było świadkiem łamania praw pacjenta w miejscu pracy (Gotlib i in., 2014).

Celem pracy Olejniczaka i in. (2013) było poznanie opinii studentów pielęgniarstwa na temat przestrzegania praw pacjenta przez studentów i personel medyczny w czasie zajęć klinicznych. Badania wykazały, że studenci pielęgniarstwa w zdecydowanej większości (74,2%) są informowani o konieczności przestrzegania praw pacjenta w trakcie odbywanych zajęć klinicznych. Większość studentów respektuje prawo pacjenta do tajemnicy (80,3%) i autonomii, uzyskując zgodę pacjenta na zebranie wywiadu (89,4%), na badanie (83,3%) i zabieg (87,8%). Jednakże uzyskane wyniki

badań dotyczące przestrzegania prawa pacjenta do poszanowania jego godności wskazują na pilną potrzebę zwrócenia uwagi na ten problem, ponieważ aż 75,8% ankietowanych studentów spotkało się z przypadkiem naruszenia godności pacjenta przez lekarza, 51,5% zaś – przez pielęgniarkę. Również w opiniach na temat przestrzegania praw pacjenta w polskich jednostkach ochrony zdrowia, chociaż większość studentów pozytywnie ocenia realizację prawa pacjenta do prywatności i poufności danych (68,2%) oraz realizację prawa pacjenta do autonomii (62,1%), blisko połowa ankietowanych negatywnie ocenia realizację prawa pacjenta do poszanowania jego godności (40,9%), a także prawa pacjenta do informacji (45,4%).

Co więcej, naruszanie prawa pacjentów do prywatności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w skontrolowanych szpitalach potwierdziły wyniki ankiet przeprowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli wśród pacjentów tych szpitali. Spośród 1104 ankietowanych pacjentów:

- 127 pacjentów (12%) zwracało uwagę na udzielanie im świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów;
- 143 (13%) stwierdziło, że udzielano im informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich, na przykład podczas obchodu;
- 95 (9%) skarżyło się na brak właściwych warunków sanitarno-higienicznych;
- 55 (5%) było badanych w gabinetach zabiegowych niezabezpieczonych przed dostępem osób trzecich;
- 55 (5%) skarżyło się na aroganckie, nieuprzejme traktowanie przez personel medyczny i obsługowy;
- 52 (5%) stwierdziło, że przeprowadzano z nimi wywiad lekarski w obecności innych pacjentów.

Promowanie praw pacjenta należy do priorytetów świadczeniodawców i jest uznawane za wskaźnik stanu zdrowia w każdej społeczności. Prawa pacjenta mogą być traktowane jako jedna z głównych podstaw określania standardów usług klinicznych. Zarazem koncepcja praw pacjenta rozwija się wraz z rosnącym zainteresowaniem organizacji międzynarodowych prawami człowieka do tego stopnia, że wiele państw określiło pewne prawa pacjenta w swoich systemach opieki zdrowotnej, które są obowiązkowo przestrzegane przez świadczeniodawców.

5.

Pandemia COVID-19 z perspektywy pracowników ochrony zdrowia

Długi okres pandemii – który na wiele sposobów stymulował rozwój nauk medycznych i stanowił wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej – uwypuklił fundamentalną rolę relacji w opiece medycznej. Podczas pandemii personel medyczny przekonał się o znaczeniu (i trudnościach), jakie niesie ze sobą relacja terapeutyczna, która wpływa na stan zdrowia dzięki przekonaniu, że wizyta była skoncentrowana na pacjencie, a zwłaszcza poprzez przeświadczenie, że osiągnięto porozumienie z lekarzem. Praktyka skoncentrowana na pacjencie poprawia stan zdrowia i zwiększa efektywność opieki zdrowotnej poprzez zmniejszenie liczby badań diagnostycznych i skierowań (Stewart i in., 2000).

Zwiększona uwaga poświęcona relacji lekarz – pacjent w czasie pandemii wynikała z dwóch czynników. Pierwszym z nich była absolutna izolacja, w jakiej znajdowali się pacjenci. Izolacja była koniecznym, ale ekstremalnym środkiem, który pozbawił pacjentów wszelkich relacji poza relacjami z lekarzami i innymi pracownikami ochrony zdrowia. W związku z tym pojawiła się wcześniej uśpiona świadomość tego, jak istotny jest ten kontakt. „Bycie z pacjentem” zostało uznane za ważne źródło leczenia. Drugim czynnikiem był brak strategii terapeutycznej, a co za tym idzie – niepewność, która przez wiele miesięcy charakteryzowała podejście do pacjentów z COVID-19. Lekarze musieli polegać na jedynej rzeczy, która pozostała solidna, a mianowicie na swojej wiedzy relacyjnej (Vegni i in., 2022).

W kontekście życia osobistego personelu medycznego należy zauważyć, że poważnie chorzy pacjenci są emocjonalnie wrażliwi podczas zazwyczaj przedłużającego się przebiegu choroby. Pracownicy reagują na potrzeby i emocje takich pacjentów własnymi emocjami, które mogą odzwierciedlać potrzebę ratowania pacjenta, poczucie porażki i frustracji, gdy choroba postępuje, poczucie bezsilności wobec choroby i związanych z nią strat, żal, strach przed zachorowaniem lub chęć odseparowania się od pacjentów i unikania ich, aby uniknąć tych uczuć. Emocje te mogą wpływać zarówno na jakość opieki medycznej, jak i na samopoczucie samego personelu, ponieważ niezbadane emocje mogą prowadzić do niepokoju, braku zaangażowania, wypalenia zawodowego i złej oceny sytuacji (Meier, 2001).

Ratajska i Kubica (2010, s. 85) wymieniają, na co uwagę powinien zwrócić lekarz, który dostrzega, że w jego praktyce pojawiają się zakłócenia

w komunikowaniu się. Przede wszystkim warto, by monitorował on emocje, których doznaje w relacji z pacjentem. Jeśli odczuwa złość, frustrację, rozgoryczenie czy niepokój, to powinien:

- przyjrzeć się interakcji, podczas której poczuł te emocje (co takiego w kontakcie z tym pacjentem spowodowało, że tak się poczułem?);
- zastanowić się nad swoją rolą w relacji lekarz – pacjent;
- pamiętać, że emocje modyfikują procesy poznawcze, w tym uwagę, pamięć i ocenianie – zatem uzyskany przez niego obraz pacjenta byłby inny, gdyby odczuwał inne emocje.

W miarę rozwoju COVID-19 na całym świecie wielokrotnie mówiono o obciążeniu zdrowia psychicznego, z jakim borykają się pracownicy ochrony zdrowia na pierwszej linii, którzy zajmowali się leczeniem pacjentów dotkniętych wirusem. Pracownicy często izolowali się, aby chronić swoich bliskich, nie ujawniali im szczegółów swojej pracy, zmagali się z nadmiernymi wymaganiami związanymi z pracą i życiem rodzinnym, mieli też wrażenie, że osoby z ich społecznych systemów wsparcia nie mogą odnieść się do tego, przez co przeszli. Uniemożliwiło to pracownikom korzystanie ze wsparcia społecznego, co może mieć długoterminowy negatywny wpływ na ich samopoczucie psychiczne.

Zarazem w pandemii, która przypominała maraton bez wyraźnej mety, mogliśmy zaobserwować nasilenie się objawów wynikających z nadmiernej presji w pracy. Jest to duże zagrożenie dla ciągłości i jakości opieki zdrowotnej, ponieważ objawy te wiążą się z większą fluktuacją i niską jakością opieki.

5.1. Samopoczucie psychiczne pracowników ochrony zdrowia

Pandemia wystawiła lekarzy na działanie scenariusza lęku, niepewności i braku bezpieczeństwa. Oczywiście, należy docenić niezwykle postęp naukowy, dzięki któremu w bardzo krótkim czasie dostępne stały się skuteczne terapie i szczepionki. Trudno jednak zaprzeczyć, że po raz pierwszy w sposób masowy i niekontrolowany pracownicy ochrony zdrowia doświadczyli bezradności wynikającej z niewiedzy, co robić, oraz strachu spowodowanego brakiem poczucia bezpieczeństwa w kontekście opieki zdrowotnej. W czasach przed pandemią trudno było poświęcić miejsce życiu wewnętrznemu lekarzy w praktyce klinicznej i w edukacji medycznej. W przeszłości życie wewnętrzne lekarzy było albo medyalizowane (jak w przypadku nielicznych osób cierpiących z powodu wypalenia zawodowego

lub zaburzeń psychopatologicznych, na przykład uzależnienia), albo marginalizowane, ponieważ uważano je za słabość, którą należy ukrywać przed innymi, zwłaszcza jeśli oznaczało to szukanie profesjonalnej pomocy. W czasie pandemii gwałtownie wzrosła liczba prac, w których badano wewnętrzne doświadczenia klinicystów i podnoszono świadomość ryzyka wystąpienia trudności psychoemocjonalnych, które mogą sięgać od zespołu stresu pourazowego po zaburzenia emocjonalne (Vegni i in., 2022).

Niektórzy pracownicy ochrony zdrowia mogli czuć się pozbawieni wartości, jeżeli nie zostali przydzieleni do walki z koronawirusem, co również mogło wpłynąć na ich podejście do pozostałego personelu medycznego, pacjenta i jego rodziny. Mieli poczucie odrzucenia i zajmowania gorszej pozycji społecznej niż ci będący na „pierwszej linii frontu” walki z COVID-19. Inni zaś mogli mieć poczucie, że ze względu na obciążenie różnych sektorów opieki medycznej nie są w stanie w wystarczającym stopniu zapewniać opieki swoim bieżącym pacjentom.

Spółeczne skutki pandemii, takie jak samotność i izolacja społeczna, zwiększają obciążenie stresem i często mają szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne (Haslam i in., 2018). Osoby poddawane kwarantannie lub samoizolujące są narażone na ryzyko dezorientacji i złości (Brooks i in., 2020). Natomiast przymusowe przebywanie w domu z domownikami mogło być czynnikiem agresji i przemocy domowej (Ellemers i Jetten, 2013; Greenaway i in., 2015).

Szczególnie ważne stało się monitorowanie potrzeb psychologicznych personelu medycznego w czasie pandemii, zwłaszcza w odniesieniu do poziomu lęku, gdyż dotyczy to bezpieczeństwa pacjenta (Ip i in., 2015). Podczas pandemii nadmierne obciążenie pracą mogło również prowadzić do wysokiego wskaźnika wyczerpania i celowej nieobecności w pracy (Pappa i in., 2020).

Ponad połowa badanych pracowników ochrony zdrowia wykazywała co najmniej łagodne objawy psychiatryczne, a około 40% – objawy sugerujące klinicznie istotne zaburzenia emocjonalne. Pracownicy z historią choroby psychicznej byli najbardziej narażeni na znaczące objawy emocjonalne. Inne czynniki ryzyka związane były z: przekonaniami (na przykład brak wiary w wartości i działania organizacji, myślenie, że jest się w grupie wysokiego ryzyka w przypadku zakażenia COVID-19, i obawy o bariery w pracy), postrzeganiem (na przykład poczuciem, że nie jest się w stanie powiedzieć „nie” określonym wymaganiom organizacyjnym) i wydarzeniami (na przykład ograniczony dostęp do środków ochrony osobistej i izolacja od rodziny), (Young i in., 2021).

Relacja personel medyczny – pacjent jest ogromnym wyzwaniem, a wraz z wybuchem pandemii COVID-19 sytuacja się pogorszyła, biorąc pod uwagę, że choroba jest wysoce zaraźliwa. Personel medyczny nieraz był narażony na trudne decyzje związane z niewystarczającą liczbą łóżek w poszczególnych placówkach, przez co zmuszony był decydować, kto będzie miał dostęp do specjalistycznej pomocy, a kto nie. Sytuacja ta sprzyja wzrostowi objawów depresyjnych, lękowych i fobicznych u lekarzy.

Royal College of General Practitioners (RCGP) w Wielkiej Brytanii opublikowało wytyczne, które zawierały najważniejsze wskazówki dla klinicystów – pierwsza z nich podkreślała potrzebę przekonania pacjenta, że jego objawy są traktowane poważnie i nie są odrzucane z powodu niepokoju, a także znaczenie znalezienia odpowiedniego lekarza ogólnego, co jest ważne szczególnie w przypadku braku dostępnych łóżek dla pacjentów COVID-owych w szpitalach. Jednym z obecnych priorytetów RCGP jest „opieka oparta na relacjach”, a relacja pacjent – lekarz ma zasadnicze znaczenie w leczeniu osób z długotrwałym COVID-em. Lekarze rodzinni muszą słuchać osób z utrzymującymi się objawami po ostrej infekcji COVID, oferować empatię i wsparcie, a co najważniejsze – pomagać im poruszać się po rozwijających się ścieżkach skierowań, uznając, że obecnie może to obejmować skierowania do lekarzy różnych specjalności. Lekarz rodzinny musi wspierać pacjenta i jego rodzinę w „składaniu wszystkiego razem” (Kingstone i in., 2020; Royal College of General Practitioners [RCGP], 2020).

Ilczak i in. (2021) objęli swoim badaniem 955 osób spośród personelu medycznego. W czasie pandemii COVID-19 stres wśród personelu ratownictwa medycznego znacznie wzrósł z powodu czynników, które wcześniej nie występowały. Do predyktorów stresu w środowisku zawodowym należały: obawa przed zarażeniem się wirusem SARS-CoV-2, obniżenie poziomu bezpieczeństwa podczas wykonywania zabiegów ratownictwa medycznego oraz marginalizacja leczenia pacjentów, którzy nie chorują na COVID-19. Dodatkowymi czynnikami społeczno-demograficznymi zwiększającymi stres wśród personelu ratownictwa medycznego były płeć i wykonywany zawód (częściej na stres były narażone kobiety i pracujący w zawodzie pielęgniarstwie). Odpowiednie szkolenia, zaopatrzenie w środki ochrony indywidualnej oraz opinie na temat gotowości systemu do radzenia sobie z wybuchem pandemii nie miały wpływu na poziom stresu wśród personelu medycznego (Ilczak i in., 2021).

Wstępne wyniki badań przeprowadzonych w okresie wzmożonej presji psychicznej związanej z pandemią COVID-19 wskazują zaś, że w badanej grupie pielęgniarek występują objawy stresu pourazowego. Ich poczucie bezpieczeństwa jest obniżone – towarzyszy im intensywna refleksja nad

zagadnieniami, które ich dotyczą. Badane pielęgniarki dostrzegają szczególne wsparcie ze strony tzw. drugiej osoby (innej niż rodzina i przyjaciele). Poszukują pozytywnych zmian wynikających z bolesnych doświadczeń związanych z pandemią COVID-19, które mogą nosić znamiona adaptacji (Nowicki i in., 2020).

Zapewnienie kadry pracowników medycznych, z zachowaniem ich zdrowia psychicznego, istotne jest nie tylko z punktu widzenia ich dobrego samopoczucia, lecz także dla trwałości usług opieki zdrowotnej na całym świecie.

5.2. Wypalenie zawodowe

Wypalenie – pojęcie to zostało spopularyzowane przez Maslach i in. (1997) – to stan stresu psychicznego, emocjonalnego i fizycznego w odpowiedzi na długotrwałe narażenie na stres zawodowy. Obejmuje ono uczucia wyczerpania emocjonalnego (wyczerpywanie się zasobów emocjonalnych), depersonalizacji (rozwijanie cynicznych postaw wobec pacjentów) oraz obniżonych osiągnięć zawodowych (poczucie negatywnej oceny siebie).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2020b) uznała wypalenie za syndrom i w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 definiuje je następująco: „Wypalenie jest spowodowane przewlekłym stresem w miejscu pracy, który nie jest skutecznie leczony i charakteryzuje się trzema wymiarami: 1) uczuciem utraty energii lub zmęczenia; 2) zwiększonym dystansem psychicznym do pracy lub negatywnymi odczuciami, lub pesymizmem na temat pracy; oraz 3) zmniejszoną efektywnością zawodową”. Wypalenie zawodowe odnosi się konkretnie do kwestii związanych z pracą i nie powinno być wykorzystywane do opisywania doświadczeń w innych dziedzinach życia.

Wypalenie zawodowe może mieć poważne konsekwencje zarówno dla pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia. Skutkuje to nie tylko pogorszeniem zdrowia fizycznego i psychicznego, brakiem motywacji, absencją i niskim morale personelu, lecz także prowadzi do pogorszenia jakości opieki świadczonej przez dotknięty nią personel, co w konsekwencji powoduje gorszą jakość opieki dla pacjentów. Kilka przeglądów systematycznych wykazało, że wysoki poziom wypalenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia wiąże się z mniej bezpieczną opieką nad pacjentem (Dewa i in., 2017; Hall i in., 2016). Konsekwencje te nakładają na społeczeństwo ogromne koszty (Shanafelt i in., 2016).

C. Wang i in. (2020) zbadali próbę 2014 pielęgniarek pierwszej linii pracujących w dwóch szpitalach w Wuhan – ponad połowa badanych

zgłosiła umiarkowane lub wysokie wypalenie. Weilenmann i in. (2021) badali poziom wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia (857 lekarzy i 553 pielęgniarki) w Szwajcarii. Wyniki wykazały wysoki poziom lęku, depresji i objawów wypalenia. Pielęgniarki i inni pracownicy medyczni, którzy mieli bezpośrednią interakcję z pacjentami zarażonymi COVID-19, zgłaszali więcej objawów w porównaniu do innych współpracowników.

Ponadto stwierdzono, że płeć, status rodzicielski, stan cywilny oraz obniżenie wynagrodzenia były znaczącymi czynnikami wypalenia zawodowego. Problemy zdrowotne i bezpośredni kontakt z osobami zakażonymi były istotnie związane z większą podatnością na wysokie wypalenie osobiste i dotyczące pracy. Stanowiska pracy na pierwszej linii frontu były związane z wszystkimi trzema wymiarami. Wyższy poziom stresu i depresji u personelu medycznego był istotnie związany z podwyższonym poziomem wszystkich wymiarów wypalenia. Wyższe poziomy zadowolenia z życia i odporności psychicznej były istotnie związane z niższymi poziomami wszystkich wymiarów wypalenia (Duarte i in., 2020).

Wyniki potwierdzają też niekorzystny wpływ stresorów zawodowych związanych z pandemią na przewidywanie objawów wypalenia zawodowego, depresji i lęku u pracowników ochrony zdrowia w okresie popandemicznym przy regularnych działaniach zapobiegawczych i kontrolnych epidemii (T. Zhou i in., 2022).

Przyczyny wypalenia zawodowego obejmują: nieodpowiednie wsparcie, rosnące obciążenie pracą, obciążenia administracyjne, chroniczne niedoinwestowanie infrastruktury zdrowia publicznego oraz trudności emocjonalne wynikające z niemożności zapewnienia opieki, której potrzebują pacjenci.

W środowisku opieki zdrowotnej rozwiązania dotyczące wypalenia zawodowego powinny być wspólną odpowiedzialnością pracowników i osób zatrudniających (Gold i in., 2013; Pfefferbaum i North, 2020), co wymaga świadomości liderów na temat potencjalnych negatywnych skutków dla pracowników. Należy wspierać spójność zespołu i silną sieć wsparcia społecznego, a wsparcie międzypracownicze (wewnątrz zespołów) powinno być łatwo dostępne (Brooks i in., 2018; Hedegaard i in., 2020). Shanafelt i in. (2020) zasugerowali, że należy podjąć określone kroki przed kryzysem, w jego trakcie i po nim, aby zadbać o pracowników ochrony zdrowia i stworzyć wspierające warunki organizacyjne. W czasie kryzysu organizacje muszą w regularnych odstępach czasu oceniać potrzeby, w razie konieczności dostosowywać działania, rozwijać zasoby wsparcia oraz nawiązywać kontakty z innymi organizacjami, aby uczyć się od nich i wspólnie

rozwijać. Podejścia mogące zwiększyć odporność psychiczną pracowników w czasie kryzysu to między innymi: informowanie ich, uczenie monitorowania własnych reakcji na stres i ułatwianie kierowania ich do formalnego leczenia, gdy jest to konieczne (Wu i in., 2020).

Zarządzający jednostkami ochrony zdrowia powinni być bardziej świadomi stanu psychicznego personelu medycznego oraz podejmować kroki w celu zmniejszenia stresorów związanych z pandemią oraz zapewniać zewnętrzne wsparcie w celu zmniejszenia lęku, depresji i wypalenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia.

5.3. Relacje społeczne

Relacje społeczne pomagają ludziom radzić sobie ze stresem, umożliwiając im słuchanie i zachęcanie się nawzajem, regulowanie emocji i zachowanie odporności psychicznej (Bavel i in., 2020). W badaniach Htay i in. (2021) respondenci wskazywali, że jedną z głównych metod redukcji stresu jest czerpanie wsparcia ze strony rodziny. Chociaż dystans społeczny może utrudniać fizyczne interakcje, to szeroka dostępność mediów społecznościowych i platform sieciowych online spowodowała, że ich wykorzystanie podczas epidemii wzrosło. Pozytywne, zachęcające słowa od rodziny i przyjaciół wspomagają redukcję stresu, ale krytyczne lub nadopiekuńcze komentarze mogą przynieść efekt przeciwny do zamierzonego. Ponadto respondenci stosowali proste środki związane ze stylem życia w celu redukcji stresu, takie jak odpowiedni sen i zbilansowana dieta. Jest to ostatnia z głównych metod relaksacyjnych stosowanych przez respondentów w tym badaniu.

Wyniki badania wsparcia społecznego w czasie pandemii COVID-19 wskazują, że pracownicy ochrony zdrowia postrzegają siebie jako otrzymujących wysoki poziom wsparcia społecznego – we wszystkich jego rodzajach (Alnazly i in., 2021).

Wyniki te wspierają ustalenia przeglądu narracyjnego dokonanego przez Heath i in. (2020), który wykazał, że wsparcie oferowane przed zdarzeniem i w jego trakcie wpływa na to, czy pracownicy opieki zdrowotnej doświadczają urazu czy wzrostu psychologicznego. Autorzy wskazali również, że klinicyści mający zdrowe, znaczące relacje osobiste i zawodowe są bardziej zadowoleni i mają niższe ryzyko wypalenia. Wykazali też, że pracownicy ochrony zdrowia, którzy mają obowiązki zawodowe kolidujące z ich życiem domowym, są bardziej narażeni na wypalenie, co prowadzi do stresu podczas świadczenia opieki pacjentom. Również mając w domu poczucie winy z powodu przeniesienia zakażenia na członków

rodziny, pracownicy ochrony zdrowia doświadczają stygmatyzacji. Jeśli pracownicy opieki zdrowotnej mieli bezpośredni kontakt z zakażonymi pacjentami, woleli trzymać się z daleka od członków rodziny (Mostafa i in., 2020). Wyzwania kliniczne i etyczne, przed którymi stają pracownicy, mogą sprzyjać dystresowi psychologicznemu, a pracownicy ochrony zdrowia o pogorszonym zdrowiu psychicznym mogą oddziaływać na jakość opieki świadczonej w ich miejscu pracy, a także na zdolność do pracy ich współpracowników (Rosa i in., 2020).

Warto zauważyć, że personel medyczny i ich rodziny byli narażeni na stygmatyzację, niezrozumienie i całkowite odizolowanie społeczne, co realnie przyczyniło się do stresu i niepokoju (Taylor i in., 2020).

Większość personelu medycznego w początkowej fazie pandemii izolowała się nawet od najbliższej rodziny – 79,7% badanych obawiało się zakażenia członków swojej rodziny, przez co ich efektywność pracy, zdrowie psychiczne i relacje z innymi pracownikami i pacjentami mogły realnie ucierpieć (Urooj i in., 2020).

Ponadto pandemia COVID-19 mogła przynieść dodatkowy stres w związkach, zmieniając styl życia, a także funkcjonowanie w pracy i rodzinie. Osoby niemieszkające razem miały ograniczone możliwości kontaktu, ponieważ kontakt fizyczny potęgował ryzyko zakażenia, a środki dystansu społecznego i zamknięcie w domu były zalecane, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2. Te konieczne zmiany wywierały ogromną presję na jednostki, prowadząc do szeroko rozpowszechnionego pogorszenia zdrowia psychicznego w społecznościach, podkreślanego w wielu publikacjach (Fiorillo i Frangou, 2020; Salari i in., 2020; van Agteren i in., 2020).

Życie w czasie pandemii może charakteryzować kilka czynników stresogennych wynikających: z izolacji w domu, z ograniczonej aktywności fizycznej i społecznej, z niepewności ekonomicznej oraz ze strachu przed zarażeniem i śmiercią. Stresory te mogą negatywnie wpływać na dobrostan psychiczny jednostek, wywołując lęk i depresję (Cocci i in., 2020). Depresja kliniczna może prowadzić do zmian w zachowaniach seksualnych, takich jak spadek zainteresowania seksualnego i reakcji seksualnych, co może być bardziej widoczne u kobiet niż u mężczyzn (Angst, 1998). Kwestie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz dobrostanu seksualnego są ściśle związane z ogólnym stanem zdrowia i jakością życia i nie należy o nich zapominać zwłaszcza w czasach kryzysu.

Część z pracowników szpitali zachowała codzienną rutynę, ale mogła ona doświadczyć wzrostu obciążenia pracą, nowych zadań i obowiązków, a będąc w bliskim kontakcie z pacjentami z wirusem SARS-CoV-2,

mogła doświadczać większego ryzyka zarażenia. Dlatego ich sfery emocjonalna i seksualna mogły być dotknięte w inny sposób niż w populacji ogólnej.

De Rose i in. (2021) sprawdzali w swoim badaniu, jaki wpływ miała pandemia COVID-19 na seksualność i objawy depresji wśród pracowników szpitali oraz ich krewnych i przyjaciół. Niski popęd seksualny był związany z: płcią żeńską, zatrudnieniem w ochronie zdrowia, posiadaniem dzieci w domu, mieszkaniem z partnerem oraz niską satysfakcją seksualną. We Włoszech większość obowiązków domowych nadal spoczywa na kobietach. Nagły stan związany z pandemią COVID-19 mógł pogorszyć tę sytuację, ponieważ uniemożliwił kobietom korzystanie z pomocy z zewnątrz (opiekunki do dzieci, dalsza rodzina, pomoc domowa itp.). Ten wzrost obciążenia pracą może tłumaczyć niższy popęd seksualny u kobiet. Ponadto niski popęd seksualny u osób mieszkających ze swoim partnerem można tłumaczyć obawą przed zarażeniem go i zwiększonym napięciem, które może się pojawić w takich okresach niepewności. Co więcej, stała obecność dzieci w domu z powodu przedłużającego się zamknięcia szkół i zawieszenia zajęć pozalekcyjnych mogła ograniczyć możliwości intymności rodziców. Wreszcie, być może, obciążenie psychiczne i świadomość zwiększonego ryzyka zakażenia, którego doświadczają pracownicy opieki zdrowotnej, negatywnie wpływają na ich pożądanie seksualne. Niski poziom satysfakcji seksualnej można było przewidzieć na podstawie depresji i niskiego pożądania seksualnego.

Ważne jest stworzenie sprzyjających warunków optymalnego profesjonalnego wsparcia psychospołecznego dla pracowników opieki zdrowotnej w okresie pandemii COVID-19 oraz w okresie popandemicznym (Lai i in., 2020; Xiao i in., 2020). Te usługi powinny być dostępne dla wszystkich pracowników opieki zdrowotnej. Ponadto powinny istnieć wystarczające możliwości utworzenia wielodyscyplinarnego zespołu wsparcia psychospołecznego składającego się z osób udzielających wsparcia współpracowniczego, psychologów, doradców duchowych, pracowników socjalnych. Zasadnym rozwiązaniem wydaje się udostępnienie całonocowego numeru telefonu przez członków zespołu wsparcia psychospołecznego dla profesjonalistów, którzy potrzebują z kimś porozmawiać. Ponadto zaleca się stworzenie skutecznego systemu skierowań dla profesjonalistów z problemami fizycznymi lub psychologicznymi tak, aby mogli oni szybko uzyskać diagnozę i profesjonalne leczenie, jeśli jest wskazane (Chen i in., 2005). Korzystne jest bowiem wczesne zidentyfikowanie profesjonalistów, którzy są w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia problemów psychospołecznych lub fizjologicznych (Rieckert i in., 2021).

5.4. Elementy stylu życia

Z zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że odpowiedni prozdrowotny styl życia (jedzenie zdrowej żywności, angażowanie się w regularną aktywność fizyczną, dobra higiena snu) może być jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem w okresie pandemii. Równie ważne jest unikanie negatywnych wzorców radzenia sobie, na przykład poprzez niekontrolowane stosowanie leków lub sięganie po substancje psychoaktywne (WHO, 2020a). Działania pracowników ochrony zdrowia mające na celu poprawę osobistych zachowań zdrowotnych mogłyby pozytywnie wpłynąć na poradnictwo profilaktyczne (Florindo i in., 2015).

Poniżej zostały zaprezentowane czynniki wpływające na zdrowie i samopoczucie psychiczne podczas pandemii COVID-19 (Balasubramanian i in., 2020):

- namnażanie się wirusów w górnych drogach oddechowych, co sprzyja rozpowszechnieniu na inne osoby podczas ekspozycji;
- problemy z wyposażeniem w środki ochrony osobistej;
- stres związany z koniecznością pracy poza standardowym środowiskiem praktyki;
- podświadomy strach przed zarażeniem się chorobą;
- żaloba po stracie bliskiej osoby;
- zwiększona odpowiedzialność i rola przywódcza;
- obciążenie pracą związane z pogodzeniem zadań klinicznych i zarządczych;
- obawa przed przeniesieniem infekcji na członków rodziny;
- zmniejszona swoboda poruszania się;
- mniejsza dostępność miejsc do spędzania wolnego czasu i zapewnienia sobie bezpieczeństwa.

Badania sugerują zależność między używaniem substancji psychoaktywnych i stresem (Sinha, 2008). Pracownicy ochrony zdrowia są narażeni na większe ryzyko nadmiernego spożycia substancji psychoaktywnych ze względu na łatwiejszy dostęp do leków, takich jak środki uspokajające, nasenne i opioidy, a także z powodu preferencji dotyczącej samoleczenia w celu radzenia sobie z lękiem związanym z przepracowaniem i innymi trudnościami w obszarze zdrowia psychicznego (Barros i in., 2009; Ehigiatore i in., 2013). Spożywanie substancji psychoaktywnych pomaga zmniejszyć lęk, indukować szybszy sen, utrzymywać stan czuwania, gdy jest to pożądane, oraz zwiększyć wydajność (Mancuso i in., 2001).

Rozpowszechnienie spożycia tytoniu, napojów alkoholowych oraz leków nasennych lub uspokajających wynosiło odpowiednio 17,8%, 69,0% i 17,1% wśród pracowników ochrony zdrowia. Analizy wykazały, że bezwyznaniowość i izolacja społeczna były związane ze zwiększonym spożyciem substancji psychoaktywnych podczas pandemii COVID-19 (Gir i in., 2022). Biorąc pod uwagę tendencję do zwiększania spożycia alkoholu w trudnych czasach jako środka radzenia sobie z izolacją, uważa się, że istnieje potrzeba ścisłego monitorowania zmian w spożyciu alkoholu w populacji. W anonimowym internetowym badaniu przekrojowym zbadano, czy spożycie alkoholu w populacji zmieniło się po wdrożeniu środków izolacji w pandemii COVID-19. Ankietę wypełniło 847 uczestników, w tym 42,5% pracowników ochrony zdrowia. Uczestnicy zgłaszali zwiększone dzienne spożycie alkoholu oraz głód alkoholu podczas izolacji (Mongeau-Pérusse i in., 2022). Wyniki potwierdzają hipotezę, że codzienne spożycie alkoholu i głód alkoholu wzrosły podczas izolacji.

Zaburzenia snu, takie jak: problemy z zasypianiem, przerywanie snu czy zbyt wczesne budzenie się, są odpowiedzią na wzmożony stres wśród pracowników ochrony zdrowia. Z przeprowadzonej w 2020 roku metaanalizy wynika, że prawie co siódmy badany doświadczał poważnych zaburzeń snu. Problemy z zasypianiem lub nieprzerwanym snem były nieznacznie częstsze wśród pielęgniarek (14%) niż wśród lekarzy (11%) i terapeutów (13%) (Hämmig, 2020). W innej metaanalizie, biorąc pod uwagę pięć badań, częstość występowania bezsenności oszacowano na poziomie 38,9% (Pappa i in., 2020). Natomiast w Chinach na początku pandemii COVID-19 częstość występowania złej jakości snu wśród pracowników ochrony zdrowia wynosiła 18,4%. Wieloczynnikowa analiza regresji wykazała, że starszy wiek, praca w grupie pielęgniarskiej oraz praca w zespole ratownictwa medycznego były związane ze słabą jakością snu (Y. Zhou i in., 2020). Stres ogólny i stres związany z pracą okazują się istotnie związane z zaburzeniami snu. Strategie prewencyjne w zaburzeniach snu muszą zatem rozróżniać i łączyć środki służące redukcji stresu zarówno psychicznego, jak i fizycznego (Hämmig, 2020).

W polskim badaniu nie ujawniono statystycznie istotnych różnic międzygrupowych w ocenie stanu psychicznego, jakości snu i poziomu bezsenności w grupach pielęgniarek i położnych. Z badanej populacji 9% osób korzystało z pomocy psychologicznej i ujawniało niższe wyniki w zakresie stanu zdrowia psychicznego, gorszą jakość snu i większą bezsenność. Stabilny stan zdrowia psychicznego pielęgniarek i położnych pozytywnie korelował z jakością snu i negatywnie z bezsennością – 63% osób badanych nisko oceniało swoją jakość snu, a 35% ujawniało cechy klinicznej bezsenności (Koweszko i Wasik, 2021).

Pracownicy sektora opieki zdrowotnej często mają do czynienia z różnymi modelami pracy, które mogą mieć wpływ na ich zdrowie fizyczne i psychiczne (Mota i in., 2013; Pietroiusti i in., 2010). W wielu krajach pracownicy ochrony zdrowia stanowią największy odsetek pracowników zmianowych. Uwzględnienie wzorców rotacji pracy zmianowej, czasu trwania zmiany i czasu wolnego między zmianami powinno mieć nadrzędne znaczenie podczas projektowania zmianowego systemu pracy w jednostkach ochrony zdrowia. W długich czasach zmianowych następuje potrzeba zachowania czujności podczas wykonywania długiej pracy, szczególnie na nocnej zmianie. Poza obowiązkowymi przerwami w pracy należy strategicznie wykorzystywać kofeinę i drzemki w pracy zmianowej. Pracownicy ochrony zdrowia cierpiący na słabą jakość snu są bardziej narażeni na słabą wydajność pracy, co może zagrozić bezpieczeństwu pacjentów i obniżyć jakość sprawowanej opieki nad pacjentem (Ganesan i in., 2019).

Poniżej zaprezentowano wskazówki dotyczące indywidualnych działań w zakresie samoopieki i zasobów personalnych, a także pozytywne działania w miejscu pracy w okresie pandemii COVID-19 (Balasubramanian i in., 2020):

- zatrzymaj się, zrób krok do tyłu i zastanów się;
- wycofaj się na chwilę do prywatnej przestrzeni;
- zbierz swoje myśli;
- porozmawiaj z bliskim, zaufanym przyjacielem;
- zapisz swoje uczucia i myśli;
- zapewnij sobie odpowiednie spożycie wody;
- zjedz zrównoważony posiłek;
- wysypiaj się;
- regularnie ćwicz;
- praktykuj uważność;
- ustal realistyczne cele;
- módl się zgodnie z wiarą lub przekonaniami;
- pozwól sobie na płacz, który jest naturalnym mechanizmem obronnym ludzkiego ciała;
- zaangażuj się w czynność, która sprawia, że jesteś szczęśliwy przez krótki czas (na przykład joga, medytacja, taniec, słuchanie muzyki);
- bądź na bieżąco z aktualnymi wytycznymi i publikowanymi dowodami;
- nie daj się przytłoczyć informacjom z mediów społecznościowych lub wiadomościom prasowym;
- skontaktuj się z działem pomocy psychologicznej w instytucji, jeśli potrzebne jest dalsze wsparcie.

Pozytywne działania w miejscu pracy:

- sporządzić listę kontrolną i plan pracy na dany dzień;
- używaj środków ochrony osobistej zgodnie z wytycznymi;
- przestrzegaj wytycznych i zaleceń instytucjonalnych;
- poznaj swoich kolegów pełniących dyżur w danym dniu;
- bądź świadomy kwestii, które wymagają Twojej uwagi.

Personel medyczny ujawniał wyższy poziom depresji, lęku, stresu i bólu psychicznego niż grupa kontrolna. Najwyższe wyniki stwierdzono wśród pielęgniarek. Jednocześnie personel pielęgniarski ujawniał niższe ryzyko samobójcze i deklarował mniejsze prawdopodobieństwo odebrania sobie życia w przyszłości niż inne zawody medyczne oraz rzadziej myślał o odebraniu sobie życia w ciągu ostatnich 12 miesięcy niż osoby z ogólnej populacji. U większości badanych wykonujących zawody medyczne pandemia COVID-19 spowodowała negatywne zmiany w życiu zawodowym, szczególnie w grupie pielęgniarek (Fukowska i Kowesko, 2022).

Lęk wśród pracowników ochrony zdrowia oceniano w 12 badaniach z łączną częstością występowania na poziomie 23,2% (Pappa i in., 2020). Co więcej, metaanaliza ujawniła potencjalnie istotne różnice płciowe i zawodowe. Częstość występowania lęku i depresji wydaje się wyższa u kobiet, co prawdopodobnie odzwierciedla już ustaloną różnicę między płciami w zakresie objawów lękowych i depresyjnych (Albert, 2015). Natychmiastowe interwencje są niezbędne do zwiększenia odporności psychicznej i wzmocnienia zdolności systemów opieki zdrowotnej (Bao i in., 2020). Jasna komunikacja, ograniczenie godzin dyżurów, zapewnienie miejsc odpoczynku, a także szeroki dostęp i szczegółowe zasady stosowania i zarządzania sprzętem ochronnym oraz specjalistyczne szkolenia w zakresie postępowania z pacjentami z COVID-19 mogą zmniejszyć niepokój. Niezbędne jest również zapewnienie terminowego i odpowiednio dostosowanego wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego za pośrednictwem zespołów interdyscyplinarnych, w tym psychologów i grup wsparcia (Chen i in., 2020).

Stres, objawy depresyjne oraz problemy finansowe i nasilona samotność podczas pandemii COVID-19 mogły wywoływać epizody emocjonalnego jedzenia i przejadania się jako sposobu regulowania emocji i radzenia sobie z nimi (Spinosa i in., 2019). Wyniki badań przeprowadzonych podczas pandemii COVID-19 przez Almandosa i in. (2020) wskazują, że 61,2% badanych w stresie jadło więcej niż zwykle. Dodatkowo Simon

i in. (2006) wykazali, że osoby z otyłością mają o 25% zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych.

W badaniu przeprowadzonym wśród pracowników ochrony zdrowia aktywność fizyczną zadeklarowało 96% z nich. Większość respondentów (54%) była aktywna przez co najmniej 150 minut tygodniowo, przy czym mężczyźni wykazywali wyższy poziom przestrzegania zaleceń co do aktywności fizycznej (Marques-Sule i in., 2021). Natomiast średni wskaźnik masy ciała mierzony za pomocą wskaźnika BMI wśród pracowników ochrony zdrowia wyniósł 23,17, a 73% badanych wykonywało jakąkolwiek aktywność fizyczną (Díaz-Sampedro i in., 2010).

5.5. Specyfika pracy w pandemii

Na poziomie indywidualnym pandemia oddziaływała na samopoczucie pracowników ochrony zdrowia, codzienną rutynę, tożsamość zawodową i osobistą. Na poziomie interpersonalnym – osobiste i zawodowe relacje pracowników ochrony zdrowia zostały uznane za kluczowe (Chemali i in., 2022).

Pozytywne strategie radzenia sobie, szczególnie aktywne radzenie sobie i poszukiwanie pomocy, były związane z lepszym samopoczuciem i lepszą jakością życia zawodowego. Zarazem bardziej negatywne strategie radzenia sobie, takie jak unikanie, były związane z niższym samopoczuciem i gorszą jakością życia zawodowego. Używanie substancji było również istotnie związane z niższym samopoczuciem, aczkolwiek nie z jakością życia zawodowego. Średni wynik dobrostanu był o ponad dwa punkty niższy niż w populacji ogólnej.

Pielęgniarki pracujące na pierwszej linii frontu podczas pandemii COVID-19 doświadczyły psychologicznego, społecznego i emocjonalnego stresu w radzeniu sobie z wymaganiami zawodowymi, z relacjami społecznymi i z życiem osobistym. Pielęgniarki te odczuwały strach przed infekcją i niepewność podczas pandemii COVID-19. Ponadto nieznanie miejsca pracy i brak przygotowania psychicznego były głównymi stresorami zawodowymi, które powodowały stres psychiczny pielęgniarek i negatywne skutki fizyczne. Aby poradzić sobie ze stresem, pielęgniarki pierwszej linii stosowały adaptacyjne strategie radzenia sobie, takie jak aktywne uczenie się, oraz nieprzystosowawcze strategie radzenia sobie, takie jak obwinianie siebie, jednocześnie podkreślając potrzebę zarządzania psychologicznego na poziomie przywódczym i organizacyjnym (Xu i in., 2021).

Większość respondentów (90%) uważała, że w czasie pandemii kooperacja między współpracownikami przebiegała sprawnie (bez większych problemów). Ponadto 85% uczestników oceniło, że duch zespołowy w czasie epidemii był dobry. Również 82% pracowników było zdania, że współpraca między różnymi zawodami była bezproblemowa. Dobre współdziałanie między współpracownikami oraz dobra atmosfera w zespole pracowniczym w pracy zmniejszały doświadczanie lęku. Pracownicy, którzy odczuwali lepszą współpracę między różnymi zawodami, charakteryzowali się niższym poziomem niepokoju. Pracownicy administracyjni byli zachęceni do pracy domu w jak największym stopniu, aby pomóc w utrzymaniu fizycznego dystansu w celu uniknięcia rozprzestrzeniania się choroby. Wśród pracowników 15% pracowało zdalnie w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin, podczas gdy 85% pracowało w pełnym wymiarze godzin w szpitalu. Spośród osób, które odpowiedziały na pytania zawarte w kwestionariuszu, 17% zostało przeniesionych do pracy w innej jednostce z powodu pandemii. Pracownicy, którzy pracowali zdalnie podczas epidemii COVID-19, odczuwali mniejszy lęk niż ci, którzy nie pracowali w takim trybie. Ponadto pracownicy, którzy przenieśli się do nowego oddziału, odczuwali większy niepokój niż ci, którzy pozostali w tej samej jednostce (Mattila i in., 2021).

Rola instytucji we wspieraniu zdrowia i dobrostanu psychicznego pracowników stanowi bardzo istotny element radzenia sobie w okresie pandemicznym. Poniżej zaprezentowano działania, które mogą być wdrażane przez instytucje (Balasubramanian i in., 2020):

- instytucjonalne programy wsparcia współpracowniczego;
- system rotacji zmianowej;
- psychologiczne kursy online;
- zespół infolinii pomocy psychologicznej;
- zajęcia rekreacyjne łagodzące stres;
- zapewnienie wygodnego miejsca do odpoczynku i odstresowania;
- zapewnienie niezbędnych środków ochrony osobistej i szkoleń;
- opracowanie szczegółowych wytycznych i zaleceń związanych z COVID-19;
- wirtualna kawiarenka pracownicza;
- rundki Schwartza;
- konsultacje psychologiczne i doradztwo za pośrednictwem telemedycyny.

6.

Pandemia COVID-19 z perspektywy pacjentów

Literatura naukowa dostarcza wielu prac na temat osób, które przeszły COVID-19, a także długoterminowych konsekwencji choroby. Trwałe obciążenie objawami i wpływ COVID-19 na pacjentów zostały wykazane w ostatnich badaniach (Carfi i in., 2020; Halpin i in., 2021; Wong i in., 2020). Wyniki te doprowadziły do opisanie zespołu post-COVID (zwanego również long-COVID), obejmującego przewlekły przebieg różnych objawów fizycznych i neuropsychiatrycznych, które utrzymują się przez ponad 12 tygodni bez alternatywnego wyjaśnienia. Duża liczba pacjentów doświadcza objawów przez kilka miesięcy po łagodnym przebiegu COVID-19. Zgłaszane objawy prowadzą do obniżenia sprawności z wyniszczającym zmęczeniem, dusznością, bólami głowy, bólami mięśni i (lub) stawów, mgłą umysłową, utratą pamięci, uczuciem ucisku w klatce piersiowej, kołataniem serca, nudnościami, wahaniami nastroju w połączeniu z nietolerancją wysiłku fizycznego i nawracającym wzorcem objawów (Barizien i in., 2021).

Na początku pandemii COVID-19 hospitalizowani pacjenci zgłaszali obawy takie jak: strach, samotność, zmęczenie i złość. Doświadczali niepokoju w wyniku gorączki i skutków bezsenności (Maunder i in., 2003). Lęk jest postrzegany jako istotny efekt epidemii związany z ryzykiem śmierci, zarówno wśród osób bezpośrednio związanych z chorobą, jak i wśród mas. Może temu towarzyszyć depresja i inne problemy psychologiczne (Lima i in., 2020).

Epidemia chorób może mieć negatywny wpływ na jednostki, nasilając występowanie zaburzeń psychicznych (Duan i Zhu, 2020). Zauważono wysoką częstość występowania zaburzeń psychicznych wśród osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, w tym depresji i zespołu stresu pourazowego. Podkreśla się znaczenie zapobiegania, badań przesiewowych i leczenia związanych z nimi zaburzeń psychicznych podczas pandemii COVID-19 (Zheng, 2020).

6.1. Zdrowie psychiczne i fizyczne

Zakłócenia codziennych czynności związane z pandemią i wprowadzonym lockdownem wpłynęły na wiele kwestii behawioralnych, szczególnie w szczytowym okresie blokady. Dowody sugerują, że COVID-19 ma negatywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz jakość życia zwią-

zaną ze zdrowiem pacjentów z COVID-19 (Nguyen i in., 2020; Ping i in., 2020; Rajkumar, 2020).

Wybuchy epidemii na dużą skalę wiążą się z wyższym rozpowszechnieniem objawów psychologicznych, zaburzeń emocjonalnych, depresji, stresu, objawów stresu pourazowego, drażliwości i wyczerpaniem emocjonalnym. Literatura wskazuje, że liczne stresory, w tym długi czas kwarantanny, obawa przed zakażeniem, dystres, samotność, nuda, zamknięcie, nieodpowiednie informacje i straty finansowe, odgrywają rolę w pogłębianiu złego stanu zdrowia psychicznego (Serafini i in., 2020).

Historycznie rzecz biorąc, kwarantanna była skutecznym środkiem przyjętym na całym świecie w przypadku ognisk chorób zakaźnych. Pandemia COVID-19 wymusiła lockdown i środki izolacji społecznej, w tym pracę zdalną i ograniczenia aktywności poza domem (Rehman i Ahmad, 2020). Izolacja społeczna związana z ograniczeniami i środkami blokowania wiąże się z poczuciem niepewności na przyszłość, strachem przed nowymi i nieznanymi czynnikami zakaźnymi, co powoduje zwiększony niepokój. Dodatkowe czynniki, takie jak: ograniczenie ruchu, oddzielenie od rodziny lub przyjaciół, ograniczona wolność i obawa przed niepewną przyszłością, mogą nasilać negatywne skutki psychologiczne (Brooks i in., 2020). Wielu pacjentów z chorobami przewlekłymi doświadczyło zarówno problemów fizycznych, jak i psychicznych podczas wybuchu COVID-19 (Y. Wang i in., 2020). Środki izolacji uniemożliwiły pacjentom z przewlekłymi problemami zdrowotnymi przeprowadzanie rutynowych badań kontrolnych (de Boer i in., 2021). Dodatkowo niskie wsparcie społeczne i trudności ekonomiczne również okazały się istotnymi czynnikami ryzyka pogłębiania ich problemów zdrowotnych (Cugmas i in., 2021).

Poczucie samotności podczas pandemii COVID-19 wiązało się z niekorzystnymi skutkami dla zdrowia psychicznego (Henssler i in., 2020). Powszechna samotność może być istotnie związana ze zwiększoną depresją i zachowaniami samobójczymi (Cava i in., 2005). Zarówno frustracja, jak i wszechobecna samotność wydają się wynikać z zahamowania codziennych czynności, przerywania potrzeb społecznych, niemożności uczestniczenia w aktywnościach w społeczeństwie, co zwiększa ryzyko poczucia utraty nadziei i zachowań samobójczych w tym konkretnym kontekście (Orsolini i in., 2020). W obu falach pandemii stwierdzono dodatnią korelację między poczuciem samotności a zagrożeniem samobójczym oraz ogólnym poziomem i objawami PTSD: intruzjami i pobudzeniem. U kobiet zaobserwowano wzrost ogólnego poziomu stresu pourazowego, a także wyższe objawy intruzji i unikania. W tej grupie posiadanie dzieci stanowiło czynnik chroniący przed samobójstwem w obu falach pandemii, a u mężczyzn – jedynie

w pomiarze podczas drugiej fali. Różnica deklarowanej satysfakcji z życia w obu falach pandemii okazała się istotnie wyższa w drugim pomiarze, przy czym dotyczyło to wyłącznie satysfakcji odnośnie do okresu sprzed pandemii (Rybarczyk i Koweszko, 2021).

Badania wykazały, że osoby z chorobą przewlekłą, niższym dochodem oraz martwiące się o zarażenie wirusem SARS-CoV-2 zgłaszały wyższe wyniki w domenie lęku i depresji (Ping i in., 2020). Lęk może być bezpośrednio związany z depriacją sensoryczną i wszechobecną samotnością. Ponadto lęk jest powiązany ze zmęczeniem i obniżoną wydajnością, podczas gdy nuda i samotność bezpośrednio wiążą się z gniewem, frustracją i cierpieniem związanym z ograniczeniami spowodowanymi kwarantanną (Torales i in., 2020). Podczas pandemii COVID-19 lęk zgłaszano w 62,4%, a depresję w 20,2% przypadków; 29,7% uczestników zgłosiło wzrost lęku, a 25,5% – wzrost depresji. Co więcej, dodatkowe skutki związane z wszechobecnym lękiem w okresie pandemii mogą obejmować postrzegane niższe wsparcie społeczne, rozłąkę z bliskimi, utratę wolności i niepewność (Lee i You, 2020). Utrzymywanie codziennej rutyny, relacji z rodziną i samozatrudnienie wiązały się z niższym ryzykiem depresji i lęku (Malandain i in., 2022). Jak wykazano w przeglądzie systematycznym, zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe były szczególnie rozpowszechnione u pacjentów leczonych z powodu używania substancji psychoaktywnych (Rehman i Ahmad, 2020).

W piśmiennictwie wykazano, że stres doświadczany przez osoby w czasie COVID-19 znacznie utrudnia przestrzeganie zaleceń lekarskich, co ma konsekwencje wśród pacjentów ze współistniejącymi chorobami i złym stanem zdrowia (Zhao i in., 2021). Rozległe i długotrwałe środki kwarantanny pogorszyły jakość życia pacjentów. Wielu pacjentów z chorobami przewlekłymi unikało świadczeń opieki zdrowotnej albo ze strachu przed infekcją, albo z powodu opóźnień w terminach wizyt (Splinter i in., 2021). Niestosowanie się do zaleceń lekarskich wśród pacjentów z chorobami niezakaźnymi wynikało przede wszystkim z lęku przed zarażeniem oraz uogólnionego niepokoju związanego z natłokiem informacji w mediach na temat pandemii i związanych z nią zachorowań (Guo i in., 2020). Wykazano również, że w przypadku choroby kobiety częściej niż mężczyźni rezygnowały z badań lekarskich (Hassan i in., 2022).

Jedno z badań ujawniło, że różne czynniki społeczne, behawioralne, psychologiczne i fizyczne były związane z jakością życia u pacjentów z chorobami przewlekłymi. Zachowania prozdrowotne istotnie warunkują jakość życia pacjentów, a czynniki psychologiczne, takie jak podwyższona samoocena, wsparcie społeczne oraz przestrzeganie zachowań zdrowot-

nych, istotnie wpływają na zdrowie i dobre samopoczucie tych osób (Han i in., 2003).

Wykazano, że pandemia COVID-19 wpływa negatywnie na każdy aspekt życia całej rodziny. W wyniku restrykcji konieczne było przeorganizowanie życia w każdej sferze. Prowadzi to do wielu negatywnych konsekwencji – pogorszeniu ulega zdrowie fizyczne nie tylko dzieci, lecz także pozostałych członków rodziny (Płoszaj i Kochman, 2021). Wyniki badań wskazują, że najbardziej subiektywnie ograniczenia jakości życia w okresie pandemii odczuły osoby młode. Wynika to zarówno z izolacji społecznej, jak i z trudnej sytuacji na rynku pracy. Powodem gorszego postrzegania jakości życia przez ludzi młodych było przede wszystkim ograniczenie kontaktów społecznych, ale też utrata pracy, zmniejszenie dochodów oraz obawa o znalezienie odpowiedniej pracy w przyszłości. Około połowa respondentów pesymistycznie postrzega swoją przyszłość (Wicka, 2021).

Izolacja społeczna i samotność wiążą się również z nadużywaniem alkoholu i narkotyków (Wu i in., 2009). Podczas lockdownu wzrosło spożycie zarówno alkoholu (20,2%), jak i używanie tytoniu (6,8%), (Malandain i in., 2022). Używanie tytoniu i alkoholu było dodatnio skorelowane, a wzrost używania był częstszy wśród poprzednich użytkowników obu substancji. Nadużywanie alkoholu nasila przemoc domową i pogarsza stan zdrowia psychicznego i fizycznego. Dlatego pracownicy ochrony zdrowia powinni wspierać grupy szczególnie wrażliwe, zachęcając do redukcji stresu, zdrowych nawyków, ograniczania spożycia alkoholu oraz promowania technik radzenia sobie (Bantounou, 2022).

Pandemia COVID-19 wiązała się również z niższym poziomem aktywności fizycznej, gorszym samopoczuciem psychicznym i mniejszym poczuciem kontroli nad własnym życiem. Poziomy aktywności fizycznej w okresie kwarantanny (65%) były znacznie niższe w porównaniu z okresem po kwarantannie (78%) i dotyczyło to zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Blokada wiązała się ze znacznym wzrostem zgłaszanych zaburzeń psychicznych, przy czym 40% respondentów zgłosiło łagodne lub ciężkie zaburzenia psychiczne (Bhoyroo i in., 2021).

Ograniczona mobilność, zmniejszenie aktywności fizycznej, zwiększenie czasu spędzania przed telewizorem i przed ekranem w czasie wolnym, a także zmiany zachowań żywieniowych mogły skutkować przyrostem masy ciała (Bhutani i in., 2021). Izolacja spowodowana pandemią wpływa na całościowy styl życia i może predysponować do spożywania mniej zdrowych produktów żywieniowych (Mattioli i in., 2020). Badanie obejmujące 1097 dorosłych w Polsce wykazało większy stopień podjadania (52%)

i jedzenia więcej (43%) podczas ogólnopolskiej kwarantanny z powodu pandemii COVID-19 (Sidor i Rzymiski, 2020). Niekorzystne zmiany można wytłumaczyć przebywaniem w domu i dystansem społecznym, które mają negatywny wpływ na przestrzeganie zdrowego stylu odżywiania (Rundle i in., 2020). W pierwszych trzech miesiącach pandemii w Polsce średni przyrost masy ciała deklarowało 33,9% respondentów, natomiast średni przyrost masy ciała wyniósł 5,11 kg. Badanie wykazuje również, że występowanie kryzysu psychicznego i kryzysu fizycznego wiązało się z częstszą deklaracją zmiany masy ciała (Białorudzki i Izdebski, 2021). Zmiana masy ciała związana z pandemią jest wieloczynnikowa, model regresji wielokrotnej wykazał, że statystycznie istotnymi predyktorami pandemicznego przyrostu masy ciała były: stres psychiczny, stan wagi przed pandemią, posiadanie dzieci w domu (Khubchandani i in., 2022). Rekomenduje się długoterminowe, kompleksowe programy utrzymania masy ciała, które powinny trwać co najmniej rok (Jensen i in., 2013). Ponadto strategie powinny polegać na samokontroli i regularnym ważeniu (Zhang i in., 2021). Pracownicy ochrony zdrowia powinni wspierać i zachęcać pacjentów do trwałej poprawy nawyków żywieniowych, polepszenia jakości spożywanych posiłków i zwiększenia aktywności fizycznej. Takie zmiany stylu życia w dłuższej perspektywie prawdopodobnie poprawią stan zdrowia pacjentów, nawet w przypadku braku znacznej utraty wagi (Matheson i in., 2012).

6.2. Życie zawodowe w okresie pandemii

Zmiany w pracy, w tym powszechne bezrobocie i redukcja godzin pracy, były jedną z głównych konsekwencji działań w zakresie zdrowia publicznego podjętych w celu ograniczenia transmisji wirusa SARS-CoV-2. Wywołana pandemią sytuacja związana z powszechną utratą pracy może doprowadzić do epidemii chorób psychicznych, chorób przewlekłych i śmiertelności (Brenner, 2020).

Praca i zdrowie są ze sobą ściśle powiązane. Na całym świecie istnieją istotne dowody na korzyści zdrowotne wynikające z satysfakcjonującej pracy. Dobrze opisano również szkodliwy wpływ utraty pracy na zdrowie (Black, 2012). Utrata pracy powoduje zarówno przerwanie więzi społecznych, jak i zmniejszenie materialnych zasobów finansowych, które są ważnymi determinantami zdrowia (Menec i in., 2020). Zasoby finansowe wpływają na wiele czynników warunkujących zdrowie, takich jak: bezpieczeństwo mieszkaniowe, energetyczne i żywnościowe, a także możliwość dostępu do opieki zdrowotnej (Weida i in., 2020).

Badania wskazują, że wśród osób zatrudnionych przed pandemią COVID-19 osoby doświadczające utraty pracy częściej zgłaszają dystres psychologiczny oraz pogorszone zdrowie psychiczne i fizyczne w porównaniu z osobami, których sytuacja pozostała taka sama. Te negatywne skutki zdrowotne nasilają się u osób zgłaszających mniejsze zasoby finansowe oraz u osób zgłaszających niższy poziom interakcji społecznych. Wyniki te pokazują, że trudności finansowe i powiązania społeczne modyfikują związek między pracą a zdrowiem w okolicznościach pandemii COVID-19 (Griffiths i in., 2021).

W analizach krajowej reprezentatywnej próby pracowników kanadyjskich stwierdzono, że poziomy konfliktu praca – życie zmniejszyły się wśród pracowników bez dzieci mieszkających w domu w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19. Jednakże jednym z kluczowych wniosków z badania jest to, że wiek najmłodszego dziecka w domu modyfikuje te wzorce. Osoby z małymi dziećmi w domu (<13 lat) nie doświadczyły takiej samej redukcji konfliktu praca – życie, jaki zaobserwowano u osób bez dzieci w domu (Schieman i in., 2021).

COVID-19 nadal pośrednio może wpływać na takie aspekty życia człowieka, jak praca i styl życia. Praca w domu może zapewnić duży poziom elastyczności i możliwości podczas pandemii COVID-19 dla tych, którzy mogą z niej skorzystać. Ponadto pomaga ona ograniczyć rozprzestrzenianie się choroby poprzez zatrzymanie większości ludzi w domu, aby praktykować fizyczne zdystansowanie. Chociaż praca w domu ma wiele zalet, to wiąże się też z wyzwaniem (Birimoglu i Begen, 2022).

6.3. Relacje społeczne w okresie pandemii

COVID-19 ma ogromny wpływ na dobrobyt rodziny. Izolacja oznacza, że członkowie rodziny mają więcej czasu na pozostanie w domu. Chociaż może to promować spójność rodziny i zapewnić więcej możliwości interakcji między jej członkami, to przebywanie w rodzinie może stanowić wyzwanie. Jeśli członkowie rodziny mają różne poglądy, nieprzerwany pobyt w swoim towarzystwie spowoduje więcej konfliktów; jeśli przestrzeń mieszkalna jest mała, to pozostanie w domu oznacza mniej osobistej przestrzeni dla każdego członka rodziny. Kiedy dzieci nie mają własnych pokoi, konflikty rodzinne mogą się nasilać (Shek, 2021).

Jeśli rodzice i ich dzieci pozostają w domu, wzrasta obciążenie związane z nadzorem rodzicielskim, takie jak nadzorowanie dzieci w zakresie korzystania z komputera i proszenie ich o przestrzeganie zdrowej codziennej rutyny. Poza tym z powodu zamknięcia szkół uczniowie uczą się przez

internet. Ten tryb nauki również wymaga zaangażowania rodziców i stanowi wyzwanie dla tych, którzy nie są zaznajomieni z obsługą komputera i procedurami uczenia się online.

Nie da się zaprzeczyć, że z powodu pandemii COVID-19 rodziny biorą na swoje barki dodatkowe obowiązki, a Fisher i in. (2020) wskazali, że pandemia COVID-19 zmusiła rodziny do próby utrzymania równowagi między pracą a rodziną. Przy zamkniętych szkołach i świetlicach rodzice są wyłącznie odpowiedzialni za opiekę nad dziećmi, a niejednokrotnie także za ich nauczanie. Gromada i in. (2020) zwrócili uwagę, że COVID-19 stworzył dodatkowe zadania związane z opieką nad dziećmi dla rodzin. Janssen i in. (2020) stwierdzili, że chociaż większość rodziców dobrze radziła sobie z wymaganiami rodzinnymi, nastąpił wzrost negatywnego wpływu rodziców, przy zróżnicowaniu powiązanych wpływów w różnych rodzinach.

6.4. Tryb uzyskiwania świadczeń

Telemedycyna to forma świadczenia usług medycznych i opieki zdrowotnej wykorzystująca elementy telekomunikacji i informatyki. Jest ona rutynowo oferowana jako alternatywa dla konsultacji bezpośrednich w jednostkach ochrony zdrowia na całym świecie. Ze względu na pandemię COVID-19 i coraz częstsze stosowanie telemedycyny w codziennej praktyce lekarskiej skuteczność tej metody i satysfakcja pacjentów z jej stosowania są przedmiotem licznych badań. Telemedycyna jest niewątpliwie wygodnym narzędziem, które dzięki swojemu znacznemu potencjałowi pomogło utrzymać ciągłość opieki medycznej podczas pandemii COVID-19. W szczególnych sytuacjach może ona skutecznie zastąpić konsultacje twarzą w twarz. Regularne informacje zwrotne od pacjentów są niezbędne do poprawy jakości świadczeń telemedycznych.

W czasie pandemii telezdrowie oferowało wsparcie dla medycyny tradycyjnej, przy zachowaniu wysokiej satysfakcji pacjentów. Wykorzystanie usług telemedycznych pozwoliło zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 i odegrało ważną rolę w utrzymaniu ciągłości opieki zdrowotnej (Pogorzelska i Chlabicz, 2022).

Wyniki badań przeglądowych oparte na ankietach przeprowadzonych wśród 48 144 pacjentów i 146 świadczeniodawców w 12 różnych krajach ujawniły wysoką satysfakcję z wirtualnych spotkań w całym spektrum chorób. Telemedycyna została uznana za satysfakcjonującą pod względem różnych wskaźników rezultatów, takich jak: rozwiązywanie problemów pacjentów, komunikacja z dostawcami usług medycznych, użyteczność

i niezawodność. Najczęstsze korzyści to oszczędność czasu ze względu na brak konieczności podróży i oczekiwania, lepsza dostępność, wygoda i efektywność kosztowa. Wiek i płeć nie miały istotnego wpływu na poziom satysfakcji. Zarówno lekarze, jak i pacjenci wykazali silną preferencję dla dalszego korzystania z usług i zgodzili się, że telemedycyna może uzupełnić regularne usługi opieki zdrowotnej nawet po zakończeniu pandemii. Problemy techniczne (zgłoszone w 10 badaniach) i brak badania fizykalnego (zgłoszony w 13 badaniach) były głównymi ograniczeniami napotkanymi podczas wirtualnych wizyt (Nanda i Sharma, 2021).

Ponadto czynniki związane z wizytą, które wykazały istotną statystycznie korelację z wynikiem zaufania do lekarza, to: problemy techniczne związane z wizytą telemedyczną, obawy dotyczące prywatności, obawy dotyczące kosztów, zadowolenie z wygody korzystania z telemedycyny oraz ilość poświęconego czasu. Zadowolenie pacjentów z telemedycyny w czasie pandemii COVID-19 jest kształtowane przez stopień zaufania do lekarza i czynniki związane z wizytą (Orrange i in., 2021).

Badanie Chmielowca i in. (2022) pokazuje konieczność wdrożenia procedur umożliwiających podjęcie działań mających na celu poszanowanie i realizację praw pacjenta, jak również potrzebę kontynuacji implementowania standardów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem rozwiązań telemedycznych.

Doświadczenia zebrane podczas pandemii COVID-19 powinny pomóc we wzmocnieniu dostępnych rozwiązań i opracowaniu bardziej skoordynowanej ogólnej strategii sprzyjającej wdrożeniu telemedycyny na szeroką skalę w systemie opieki zdrowotnej. Osiągnięcie tego celu pomoże dobrze przygotować się na przyszłe fale pandemii i ostatecznie poprawić zarządzanie w jednostkach medycznych (Omboni i in., 2022).

6.5. Unikanie wizyt w jednostkach medycznych przez pacjentów

Unikanie wizyt w jednostkach medycznych, nawet gdy jest się chorym, czyli unikanie opieki zdrowotnej, może negatywnie wpływać na dobrostan populacji (Byrne, 2008). Może utrudniać pozytywne zachowania związane z dbaniem o zdrowie i opóźniać opiekę, prowadzić do nieprzestrzegania schematów leczenia lub powodować całkowity brak dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Potencjalni pacjenci mogli unikać poszukiwania opieki w jednostkach ochrony zdrowia, ponieważ obawiali się zarażenia chorobą zakaźną w przypadku wizyty w czasie epidemii. W kilku badaniach odnotowano, że obawy dotyczące możliwości szpitalnego przenoszenia choroby doprowadziły do przekonania, iż należy unikać jednostek

ochrony zdrowia. Na przykład w badaniu tajwańskim wykazano, że obawy społeczeństwa przed SARS-CoV-2 silnie wpłynęły na dostęp do opieki (Chang i in., 2004), a w badaniu mieszkańców Hongkongu w początkowej fazie epidemii A/H1N1 odnotowano, że 63,4% respondentów unikało wizyt w szpitalach ze względu na postrzegane wysokie ryzyko (Lau i in., 2010).

W początkowej fazie pandemii COVID-19 nastąpił dobrze udokumentowany, gwałtowny spadek liczby zarówno stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych wizyt lekarskich (Birkmeyer i in., 2020; Janke i in., 2021; Whitwell i in., 2020). Kilka badań w ciągu pierwszego roku pandemii podkreśliło wpływ COVID-19 na opiekę nad pacjentami i wyniki zdrowotne dla konkretnych chorób, w tym zawału serca i udaru mózgu (Stewart i in., 2021), różnych chorób dziecięcych (Lazzerini i in., 2020), nadciśnienia (Kreutz i in., 2021), choroby Alzheimera (Brown i in., 2020), Parkinsona (Helmich i Bloem, 2020) i innych chorób neurologicznych (Needham i in., 2020). Wszystkie te badania wspominają o braku dostępu do świadczeniodawców i szpitali z powodu przekierowania zasobów na opiekę nad chorymi na COVID-19.

Zmiany w wydatkach na opiekę zdrowotną, rezygnacja z usług nieistotnych, takich jak operacje planowe, wraz z obawą przed zarażeniem się wirusem w przestrzeni publicznej mogą przyczynić się do zmian w popycie na opiekę zdrowotną. Takie zmiany mogą wpływać na pewne grupy w różny sposób. Na przykład osobiste przekonania na temat istniejącego zagrożenia mogą wpływać na przestrzeganie przepisów dotyczących zabezpieczenia się i wzorców przemieszczania się (Cantor i in., 2020; Cronin i Evans, 2022; Goolsbee i Syverson, 2021). Co gorsza, osoby, które najbardziej obawiają się zarażenia wirusem (na przykład osoby starsze o obniżonej odporności), mogą być również grupą, na którą najbardziej negatywnie wpływa rezygnacja z opieki medycznej.

W jednym z badań dokonano przeglądu wpływu pandemii na opiekę onkologiczną, wymieniając dziesięć głównych kategorii wpływu – od ograniczonego dostępu do sprzętu medycznego i leków po zdrowie psychiczne pacjentów. Strach pacjentów przed zakażeniem COVID-19 i blokadami jest wymieniany jako dwa główne powody unikania przez nich zaplanowanych badań przesiewowych w kierunku raka (Fadavi i in., 2021).

W badaniach Zhanga (2021) prowadzonych między połową marca a początkiem maja 2020 roku liczba wizyt na oddziale ratunkowym i w szpitalach spadła o 37% i 46%, a do końca października pozostała odpowiednio o 10% i 17% poniżej oczekiwanych poziomów. Spadki były wyraźniejsze w przypadku stanów niepilnych i niezagrożających życiu, chociaż poziom

zgłaszanych stanów pilnych i zagrażających życiu również spadł o jedną czwartą w pierwszych miesiącach. W zależności od przybycia na oddział ratunkowy stany chorobowe były cięższe w momencie zgłoszenia.

Większość publicznych wysiłków skoncentrowano na ograniczeniu rozprzestrzeniania się wirusa, a nie na niezamierzonych konsekwencjach, które wynikają ze zmian w konsumpcji opieki zdrowotnej. Kluczowe jest, aby pacjenci otrzymywali opiekę zarówno dla stanów COVID-19, jak i nie-COVID-19, zwłaszcza tych, które są pilne i zagrażające życiu. Dodatkowe wysiłki publiczne powinny być skierowane na zapewnienie pacjentom w szpitalach bezpieczeństwa przed zarażeniem się koronawirusem, informowanie o znaczeniu leczenia wszystkich stanów chorobowych i zapewnienie lepszego dostępu do opieki zdrowotnej dla grup wrażliwych, w tym osób mieszkających samotnie, osób starszych i pacjentów wysokiego ryzyka.

Instytucje opieki zdrowotnej mogą mieć znaczący wpływ na decyzje pacjentów o poszukiwaniu opieki osobistej podczas obecnej pandemii. Badanie Arnetza i in. (2022) sugeruje, że konkretne kroki, takie jak jasne, skuteczne przekazywanie protokołów bezpieczeństwa i konsekwentne koncentrowanie się na poprawie doświadczenia pacjentów w zakresie opieki zdrowotnej, mogą pomóc w zmniejszeniu zachowań związanych z unikaniem opieki. Stres spowodowany strachem i niepokojem był również ważnym czynnikiem determinującym unikanie opieki, dlatego istotne pozostają predyktory tego strachu i niepokoju oraz sposoby ich łagodzenia (Arnetz i in., 2022).

7.

Czynniki ochronne w pandemii COVID-19

W czasie pandemii COVID-19 – oprócz groźby zakażenia wirusem, rozprzestrzenienia go na rodzinę, przyjaciół i osoby szczególnie narażone – działania związane z lockdownem podjęte przez rządy w celu opanowania wirusa miały również znaczący wpływ na zdrowie psychiczne poprzez fizyczne zamknięcie w domach (Holmes i in., 2020) i zmniejszenie możliwości wsparcia społecznego (Gloster i in., 2020).

Pandemia COVID-19 spowodowała poważne, wielopłaszczyznowe konsekwencje dla dobrostanu psychospołecznego i zdrowia psychicznego ludzi (Palgi i in., 2020; Rajkumar, 2020), dlatego niezwykle istotne jest lepsze zrozumienie czynników leżących u podstaw zarówno negatywnych,

jak i pozytywnych skutków psychologicznych pandemii. W przeciwieństwie do powodujących podobne skutki zdarzeń (jak działania wojenne, zamachy terrorystyczne, katastrofy naturalne), pandemię wyróżnia skala zasięgu oraz ograniczenia interakcji międzyludzkich.

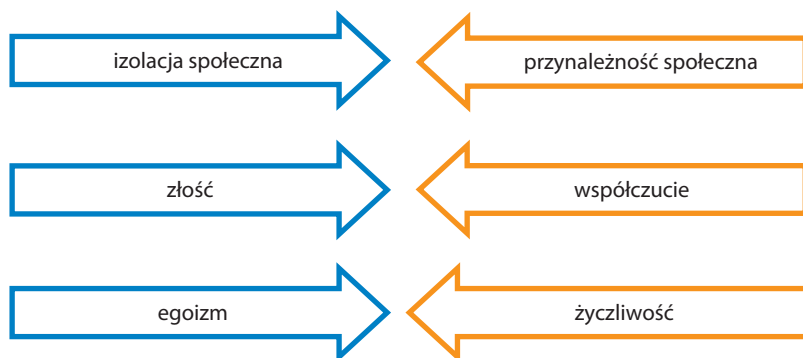
Dostęp do wspierających, troskliwych kontaktów społecznych przynosi wiele korzyści dla zdrowia psychicznego i fizycznego (Brown i Brown, 2015; Ditzen i Henrichs, 2014; Slavich, 2020) i jest negatywnie związany z depresją, lękiem (Armstrong i in., 2020; Kelly i in., 2012) oraz stresem pourazowym (Maheux i Price, 2016).

W przypadku COVID-19 opisano głębokie osamotnienie podczas izolacji, jednak w celu złagodzenia skutków kluczowe było wsparcie wirtualne (tj. emocjonalne, poszukiwanie wiedzy), jak również wsparcie materialne na miejscu (na przykład zakupy spożywcze, odśnieżanie). Wysiłki w zakresie zdrowia publicznego są potrzebne do opracowania interwencji, które poprawią narracje o wyzwaniach dla zdrowia psychicznego związanych z izolacją COVID-19 oraz zapewnią możliwości dzielenia się wyzwaniami w sposób wspierający w sieciach społecznych (Perez-Brumer i in., 2022).

Izolacja społeczna zwiększyła wpływ postrzeganego zagrożenia COVID-19 na stres traumatyczny. Więź społeczna ma kluczowe znaczenie dla sposobu, w jaki ludzie przystosowują się i radzą sobie z ogólnoswiatowym kryzysem COVID-19, i może ułatwiać wzrost potraumatyczny w kontekście zagrożenia doświadczanego podczas pandemii. W przeciwieństwie do tego izolacja społeczna zwiększa podatność na rozwój stresu pourazowego (Matos i in., 2021).

Warto również zwrócić uwagę na strategię oparte na dowodach naukowych, które mogą pomóc wspierać indywidualny i zbiorowy powrót do zdrowia, wzrost i odporność. Są to: kultywowanie przynależności społecznej, praktykowanie współczucia i angażowanie się w życzliwość (rycina 2). Przynależność społeczna obejmuje poczucie więzi interpersonalnej. Praktykowanie współczucia polega na postrzeganiu cierpienia jako części większego wspólnego ludzkiego doświadczenia i kierowaniu ku niemu życzliwości. Wreszcie angażowanie się w życzliwość obejmuje działania prospołeczne wobec innych. Razem strategie te mogą promować więź społeczną i pomagać w redukcji lęku, stresu i depresji (Slavich i in., 2022).

Pandemia COVID-19 spowodowała niezaprzeczalne zakłócenia rutyn społecznych i bezpieczeństwa ekonomicznego ludzi, które mogą nadal trwać, zwłaszcza kiedy pojawiają się ogniska różnych wariantów SARS-CoV-2 (Kissler i in., 2020). Zakłócenia te doprowadziły do znacznego wzrostu objawów psychiatrycznych (Gruber i in., 2021; Torales i in., 2020), co podkreśla potrzebę zidentyfikowania strategii opartych na dowodach naukowych, które



Rycina 2. Oparte na dowodach strategie promowania indywidualnej i zbiorowej odporności podczas pandemii COVID-19, obejmujące wspieranie przynależności społecznej, współczucia i życzliwości

Źródło: na podstawie: Slavich i in., 2022.

mogą zostać wykorzystane do wspierania odporności psychicznej. Promując przynależność społeczną oraz praktykując współczucie i życzliwość, zarówno poszczególne osoby, jak i całe społeczności mogą nie tylko zmniejszyć ryzyko zachorowania, lecz także zwiększyć zbiorowe poczucie wspólnoty, skuteczności i odporności globalnej społeczności, ułatwiając jednocześnie przystosowanie się do „nowej normy” po doświadczeniu wieloaspektowego stresu.

Badania ujawniają także czynniki ochronne w pandemii COVID-19. Pracownicy ochrony zdrowia cenili sobie jasną, spójną i pełną współczucia komunikację. Czuli się doceniani przez swoje organizacje, gdy te stawiały ich bezpieczeństwo na pierwszym miejscu i wspierały ich poprzez odpowiednie zarządzanie obciążeniem pracą i czasem wolnym od pracy. Chcieli być konsultowani i włączani w proces podejmowania decyzji. Co więcej, cenili sobie wzajemne wsparcie i szukali emocjonalnych wskazówek u swoich współpracowników. Zwraca to uwagę na możliwości dalszego rozwoju systemów wsparcia wzajemnego i zwiększenia świadomości zdrowia psychicznego w miejscu pracy. Współpracownicy mogą być jednak również źródłem napięć, dlatego interwencje w zakresie wsparcia rówieśniczego wymagają starannej oceny (Billings i in., 2021).

Wyniki przeglądu Billings i in. (2021) wskazują na wiele implikacji, które są istotne w skali globalnej:

- zapewnienie odpowiedniego wyposażenia ochronnego jest priorytetem, aby umożliwić bezpieczną i efektywną pracę, a także złagodzić negatywne skutki dla zdrowia psychicznego;

- obciążenie pracą powinno być możliwe do przyjęcia, a odpowiedni czas na odpoczynek i regenerację sił powinien być zapewniany w celu zmniejszenia zmęczenia i wypalenia zawodowego;
- szkolenia powinny być odpowiednie, praktyczne i terminowe; uczenie się w miejscu pracy jest tak samo cenione jak formalne szkolenia;
- komunikacja musi być jasna i spójna, a podejmowanie decyzji – wspólne; liderzy powinni być dostępni i zauważalni;
- należy wprowadzić mechanizmy ułatwiające pracownikom wzajemne wsparcie, w tym wyodrębniony czas i szkolenie w zakresie świadomości zdrowia psychicznego;
- należy uznać konieczność pogodzenia życia zawodowego i rodzinnego oraz wspierać pracowników w utrzymaniu ról rodzinnych na tyle, na ile jest to możliwe; personel powinien być wspierany w kwestii korzystania z czasu wolnego od pracy;
- niepokój, poczucie winy i uraz moralny można złagodzić poprzez ograniczenie samodzielnej pracy, zachęcanie do tworzenia systemów koleżeńskich, ułatwianie tworzenia forów etycznych umożliwiających pracownikom omawianie trudnych decyzji i skupianie się na znaczeniu pracy;
- monitorowanie zdrowia psychicznego jest niezbędne do wczesnego wykrywania i leczenia pojawiających się problemów ze zdrowiem psychicznym oraz do zapewnienia pracownikom poczucia wsparcia ze strony ich organizacji; stałe wsparcie ze strony współpracowników jest kwestią równie istotną.

ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE PROJEKTU

1.

Cel projektu

W 2021 i 2022 roku przeprowadzono badania w ramach projektu pt. „Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna pomiędzy pacjentem a personelem medycznym przed i w czasie pandemii COVID-19”.

Celem projektu był opis relacji między pacjentem a personelem medycznym i niemedycznym oraz wewnątrzgrupowo między pracownikami danej jednostki medycznej. Badanie i późniejsze analizy były prowadzone dla czterech grup: (1) lekarzy/lekarek, (2) pielęgniarzy/pielęgniarek, (3) ratowników/ratowniczek medycznych, (4) pozostałego personelu medycznego i personelu niemedycznego. Projekt uwzględniał perspektywę czasową – „przed” oraz „w czasie pandemii COVID-19”.

Projekt składał się z dwóch etapów: *Pilotażu*, który przeprowadzono od czerwca do grudnia 2021 roku, oraz *Badania Głównego* zrealizowanego w marcu i kwietniu 2022 roku.

Wstępne wyniki projektu zaprezentowano w czasie I Kongresu Humanizacji Medycyny, który odbył się w Warszawie 9 i 10 czerwca 2022 roku na Uniwersytecie Warszawskim, a jego inauguracja – w Auditorium Maximum. Organizatorami kongresu byli: Ministerstwo Zdrowia, Agencja Badań Medycznych i Uniwersytet Warszawski. Niniejsze opracowanie zawiera wybrane wyniki badań. Kolejne opracowania są sukcesywnie publikowane i udostępniane przez zespół badawczy w czasopismach naukowych i podczas konferencji.

Badania finansowano ze środków budżetu państwa od Agencji Badań Medycznych, numer projektu 2021/ABM/COVID/UW.

2.

Harmonogram projektu

Prace nad konceptualizacją projektu „Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna pomiędzy pacjentem a personelem medycznym przed i w czasie pandemii COVID-19” rozpoczęły się na początku 2021 roku. Na etapie prac przedprojektowych dokonano obszernego przeglądu literatury związanej z tematem, który jest stale uaktualniany. Przegląd obejmował opracowania teoretyczne humanizacji medycyny i relacji między pacjentami a pracownikami jednostek medycznych, wyniki innych badań, dostępność narzędzi pomiarowych oraz opracowania na temat wpływu pandemii COVID-19 na proces leczenia z perspektywy pracowników medycznych i pacjentów. Zakres tematyczny projektu obejmował ocenę stanu zdrowia i stylu życia badanych grup w kontekście pandemii, jak również ocenę ich funkcjonowania w rodzinie. Zwrócono szczególną uwagę na dodatkowe obciążenie pracowników medycznych w warunkach pracy w pandemii i częstość korzystania ze wsparcia.

Formalnie start projektu wyznaczyła akceptacja wniosku i umowa podpisana 5 maja 2021 roku przez przedstawicieli Agencji Badań Medycznych i Uniwersytetu Warszawskiego. Projekt uzyskał pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Naukowych na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego (nr 2021/8).

Etapy realizacji projektu przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Harmonogram projektu

Maj-czerwiec 2021	Opracowanie modelu badań, opracowanie merytoryczne scenariuszy wywiadów indywidualnych do badań jakościowych <i>Pilotażu</i> oraz koncepcji kwestionariuszy do badań ilościowych <i>Pilotażu</i>.
Lipiec-sierpień 2021	Realizacja pilotażowego badania jakościowego.
Wrzesień-grudzień 2021	- Realizacja pilotażowego badania ilościowego. - Uzyskanie zgody Komisji ds. Etyki Badań Naukowych na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego (nr 2021/8).
Styczeń-kwiecień 2022	Realizacja terenowych badań ilościowych w ramach <i>Badania Głównego</i>.
Czerwiec 2022	Publikacja i prezentacja wstępnych wyników badań w czasie Kongresu Humanizacji Medycyny.
Od lipca 2022	Analiza, przygotowanie opracowań i publikacja wyników.

3.

Metodologia realizacji projektu i uczestnicy badań

Badania w ramach projektu „Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna pomiędzy pacjentem a personelem medycznym przed i w czasie pandemii COVID-19” składały się z dwóch etapów: *Pilotażu* oraz *Badania Głównego*. W ramach *Pilotażu* przeprowadzono badanie jakościowe oraz badanie ilościowe, w *Badaniu Głównym* – badania ilościowe.

Celem *Pilotażu* był merytoryczny i techniczny test badania, w szczególności:

- weryfikacja zakresu tematycznego (również z perspektywy poszczególnych grup);
- sprawdzenie zrozumiałości pytań i narzędzi;
- weryfikacja jakości uzyskiwanych informacji/odpowiedzi;
- określenie wartości informacyjnej otrzymanej dzięki zastosowanym narzędziom diagnostycznym (testom, standaryzowanym skalom, pytaniom autorskim);
- sprawdzenie skuteczności zastosowanych metod dotarcia do badanych;
- sprawdzenie preferencji wobec różnych technik i form zbierania danych (ankieta elektroniczna internetowa, ankieta papierowa).

3.1. *Pilotaż* – badanie jakościowe

Badanie jakościowe przeprowadzono w formie indywidualnych wywiadów pogłębionych (*In-Depth Interview* – IDI). Wywiady odbywały się bezpośrednio lub online i za uzyskaną zgodą były rejestrowane.

Badaniem jakościowym objęto pracowników jednostek ochrony zdrowia oraz pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych w jednostkach ochrony zdrowia w 2020 i 2021 roku.

Ze względu na cel poznawczy zdywersyfikowano kryteria doboru pracowników jednostek medycznych pod kątem:

- specjalizacji zawodowej;
- charakteru jednostki ochrony zdrowia (szpital wojewódzki, szpital miejski, klinika, przychodnia, pogotowie);
- zróżnicowania geograficznego (regiony/województwa).

W przypadku pacjentów dobór dywersyfikowano ze względu na:

- charakter usługi medycznej (co najmniej kilkudniowy pobyt, oddział jednodniowy, osobista wizyta, konsultacja telefoniczna);
- etap procesu leczenia (wstępna diagnostyka, w procesie leczenia, zabieg/operacja, wizyta kontrolna);
- charakter jednostki ochrony zdrowia udzielającej świadczenie medyczne (szpital wojewódzki, szpital miejski, klinika, przychodnia, pogotowie);
- płeć i wiek pacjentów.

Zrealizowano 24 wywiady pogłębione z pracownikami jednostek ochrony zdrowia:

- 10 IDI z lekarzami różnych specjalności: chorób wewnętrznych/kardiologiem, onkologiem, medycyny rodzinnej, psychiatrą, pediatrą, ginekologiem, anestezjologiem, psychiatrą, diabetologiem;
- 5 IDI z pielęgniarkami szpitalnymi, z pielęgniarkami nieszpitalnymi, z położną;
- 3 IDI z ratownikami medycznymi pracującymi: na SOR, w pogotowiu, w tymczasowym szpitalu COVID-19;
- 6 IDI z innym personelem medycznym i niemedycznym: psychoterapeutą, fizjoterapeutą, opiekunem medycznym, rejestratorką medyczną, personelem pomocniczym, dietetykiem.

Przeprowadzono 6 IDI z pacjentami o różnym charakterze otrzymanego świadczenia/usługi medycznej:

- będącymi z dzieckiem w szpitalu dłużej niż jeden dzień;
- będącymi w szpitalu z powodu porodu;
- wymagającymi leczenia operacyjnego po urazie;
- hospitalizowanymi z powodów psychiatrycznych;
- hospitalizowanymi z powodu COVID-19.

Badania w terenie realizowała firma Interactive Research Center sp. z o.o., która zgłosiła najkorzystniejszą ofertę.

3.2. *Pilotaż* – badanie ilościowe w jednostkach medycznych

Badanie ilościowe przeprowadzono techniką ankiety wypełnianej samodzielnie przez internet lub na papierze (*Computer-Assisted Web Interview* – CAWI; *Pen-and-Paper Interview* – PAPI).

Pilotażem były objęte trzy jednostki ochrony zdrowia: Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o. oraz Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Celestynowie.

Badaniem zostali objęci wszyscy pracownicy jednostek ochrony zdrowia mający na co dzień kontakt z pacjentem oraz pełnoletni pacjenci, w przypadku osób niepełnoletnich – ich opiekunowie prawni.

W badaniu uzyskano 309 kompletnych ankiet wypełnionych przez:

- grupę lekarską: N = 38;
- grupę pielęgniarską: N = 223;
- grupę ratowniczą: N = 10;
- pozostały personel medyczny i personel niemedyczny: N = 38;
- pacjentów: N = 50.

Badanie w terenie prowadziła firma Interactive Research Center sp. z o.o., która zgłosiła najkorzystniejszą ofertę.

3.3. Badanie Główne – badanie ilościowe w jednostkach medycznych

Badanie w jednostkach medycznych miało charakter ilościowy i przeprowadzono je techniką ankiety wypełnianej samodzielnie przez internet (*Computer-Assisted Web Interview* – CAWI). W końcowej fazie włączono również technikę ankiety wypełnianej samodzielnie na papierze (*Pen-and-Paper Interview* – PAPI).

Zastosowano dwustopniową metodę doboru. W pierwszym kroku dokonywano losowania jednostek ochrony zdrowia, w kolejnym – pracowników i pacjentów tych jednostek.

Operat losowania jednostek ochrony zdrowia został przygotowany przez zespół badawczy na podstawie aktualnej listy szpitali i przychodni oraz danych dotyczących rozkładu zatrudnienia w tych jednostkach (druk MZ-29 w ramach kontaktu z Centrum e-Zdrowia). Badaniem objęto jednostki realizujące umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dokonano losowania jednostek ochrony zdrowia z uwzględnieniem poniższych parametrów:

- lokalizacja (województwo, wielkość miejscowości: miasto wojewódzkie, inne miasto);

- charakter jednostki ochrony zdrowia (szpital, poradnia);
- liczba zatrudnionych (dywersyfikacja bez określania klas wielkości).

W ramach badania została wylosowana ogólnopolska główna próba (próba podstawowa) ze wszystkich województw, w tym: 65 szpitali (z założeniem, że poradnie przyszpitalne zaliczano do kategorii szpitali) oraz 35 poradni POZ i specjalistycznych.

W przypadku katagorycznego braku zgody dyrektora jednostki na realizację badania lub udokumentowanego braku skuteczności dotarcia do dyrektora jednostki wylosowanej w próbie podstawowej lub niezrealizowania oczekiwanego minimum ankiet jednostka z próby podstawowej została zastąpiona przez jednostkę z próby rezerwowej z tego samego województwa, mającą ten sam charakter (szpital, poradnia).

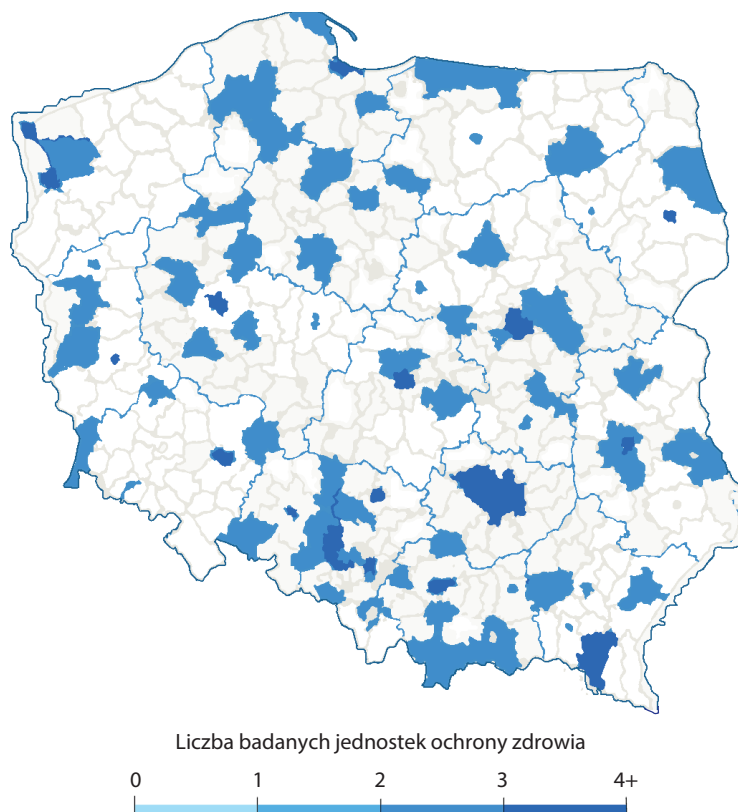
W próbie rezerwowej wylosowano 206 jednostek ochrony zdrowia (z czego 70 w pierwszej próbie rezerwowej i 136 w kolejnych próbach mających na celu zwiększenie liczby wypełnionych ankiet, przy jednoczesnym zachowaniu wyżej wymienionych parametrów jednostek: lokalizacji, charakteru).

Zarządzający 114 jednostkami ochrony zdrowia wyrazili pisemną zgodę na udział pracowników w badaniu i realizację ankiet na terenie jednostek. Byli to reprezentanci 94 szpitali (poradnie przyszpitalne w badaniu zaliczano do kategorii szpitali) i 20 poradni POZ i poradni specjalistycznych. Rozmieszczenie geograficzne w powiatach jednostek ochrony zdrowia, które wzięły udział w *Badaniu Głównym*, w poszczególnych województwach przedstawia rycina 3.

W danych jednostkach medycznych dążono do uzyskania odpowiedzi na pytania ankiet zarówno od pracowników medycznych, niemedycznych, jak i od pacjentów. W fazie końcowej projektu wyrażono zgodę na rekrutację tylko przedstawicieli brakujących grup zawodowych/analitycznych (w szczególności lekarzy i ratowników medycznych).

Badaniem Głównym objęto pracowników wylosowanej jednostki ochrony zdrowia oraz pacjentów (lub ich opiekunów prawnych), którzy przebywali w wylosowanej jednostce medycznej i uzyskali świadczenie medyczne w okresie trwania realizacji badania (tj. do 30 kwietnia 2022 roku).

Z badania wyłączono: pracowników, którzy nie pracowali na co dzień z pacjentami, oraz osoby odwiedzające, niespokrewnione, niebędące opiekunami prawnymi pacjenta; będące w jednostce wyłącznie w celu uzyskania informacji/rejestracji/odbierające receptę/dokumentację medyczną/zaświadczenie; pacjentów lub ich opiekunów prawnych, jeśli byli przedstawicielami ochrony zdrowia.



Rycina 3. Liczba badanych jednostek medycznych w *Badaniu Głównym* według powiatów

W *Badaniu Głównym* w jednostkach medycznych uzyskano 4012 kompletnych ankiet (to znaczy takich, w których uzyskano odpowiedź na wszystkie zawarte w formularzu pytania), z czego 2340 ankiet od pracowników⁴ i 1672⁵ ankiety od pacjentów/opiekunów pacjentów wylosowanych jednostek ochrony zdrowia.

Z jednostek ochrony zdrowia uzyskano kompletne ankiety od pracowników:

- grupy lekarskiej (N = 502);
- grupy pielęgniarskiej (N = 1233);

⁴ Z analiz wyłączono ankiety osób, które nie pracowały zawodowo w czasie pandemii COVID-19, dlatego liczba analizowanych ankiet od pracowników w *Badaniu* w jednostkach medycznych wyniosła N = 2303.

⁵ Z analiz wyłączono opiekunów prawnych, dlatego liczba analizowanych ankiet od pacjentów w *Badaniu* w jednostkach medycznych wyniosła N = 1572.

- grupy ratowniczej (N = 169);
- innych pracowników medycznych i niemedycznych mających na co dzień kontakt z pacjentem (N = 436).

Liczbę kompletnych ankiet uzyskanych w *Badaniu Głównym* w poszczególnych województwach przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Liczba ankiet uzyskanych w Badaniu w jednostkach medycznych w poszczególnych województwach

Województwo	Liczba ankiet ogółem	Pracownicy	Pacjenci
Dolnośląskie	95	71	24
Kujawsko-pomorskie	122	83	39
Lubelskie	127	73	54
Lubuskie	253	179	74
Łódzkie	183	107	76
Małopolskie	348	148	200
Mazowieckie	436	274	162
Opolskie	128	68	60
Podkarpackie	130	51	79
Podlaskie	300	192	108
Pomorskie	281	168	113
Śląskie	578	413	165
Świętokrzyskie	227	123	104
Warmińsko-mazurskie	255	126	129
Wielkopolskie	288	135	153
Zachodniopomorskie	261	129	132
Razem	4012	2340	1672

Badanie w terenie prowadziła firma Research Collective sp. z o.o., która złożyła najkorzystniejszą ofertę w ramach przetargu przeprowadzonego na Uniwersytecie Warszawskim.

3.4. *Badanie Główne* – badanie ilościowe populacyjne pacjentów

W *Badaniu Głównym* – populacyjnym – udział wzięły osoby, które w ciągu 24 miesięcy od dnia poprzedzającego badanie (tj. w latach 2020–2022) korzystały ze świadczeń w jednostkach medycznych (z wyjątkiem wyłącznie

prywatnych gabinetów). Z badania zostały wyłączone osoby będące w jednostkach tylko w celu szczepienia lub kontaktujące się z jednostką jedynie w celu uzyskania informacji; rejestracji; odbierające/wnioskujące o receptę/dokumentację medyczną/zaświadczenie, odwiedzające pacjentów tych jednostek oraz pracowników ochrony zdrowia.

Badanie miało charakter ilościowy i przeprowadzono je techniką ankiety wypełnianej samodzielnie przez internet (*Computer-Assisted Web Interview* – CAWI) wśród osób zrzeszonych w panelu badawczym ReaktorOpinii.pl.

Badania zrealizowała firma Interactive Research Center sp. z o.o., która zgłosiła najkorzystniejszą ofertę w ramach przetargu przeprowadzonego na Uniwersytecie Warszawskim.

Próba miała charakter ogólnopolski; warstwowano ją ze względu na: płeć, wiek, wykształcenie, region, klasę miejscowości oraz charakter i miejsce uzyskania świadczenia. Oczekiwano minimum 80% ankiet od pacjentów, którzy uzyskali świadczenia medyczne w czasie wizyty w jednostce ochrony zdrowia, oraz maksimum 20% ankiet od pacjentów, którzy uzyskali świadczenie medyczne telefonicznie, i maksymalnie 35% ankiet od pacjentów z przychodni/poradni.

Uzyskany mechanizm emisji zaproszeń oraz doboru pozwala wnioskować o wynikach badania jako o populacyjnych (z zastrzeżeniem ograniczeń, jakie narzucają metoda i technika badawcza).

3.5. Badanie Główne – badanie ilościowe pacjentów badań klinicznych

Jako trzecią składową *Badania Głównego* zaplanowano ilościowe badanie pacjentów badań klinicznych bez definiowania wielkości zrealizowanej próby, jako rodzaj badania pilotażowego. Analogicznie jak w poprzednich modułach projektu przygotowano je do realizacji techniką ankiety samodzielnie wypełnianej przez internet (*Computer-Assisted Web Interview* – CAWI), z opcją awaryjnego włączenia ankiet papierowych. Przetestowano wiele kanałów dotarcia do tej grupy respondentów, mając na względzie ochronę praw pacjentów oraz firm i badaczy prowadzących badania kliniczne.

Zespół badawczy opracował krótką ankietę, wspierając się przeglądem literatury. Ze względu na wydłużony do stycznia 2023 roku okres pozyskiwania wypełnionych ankiet wyników tego badania nie włączono do niniejszego opracowania. Biorąc jednak pod uwagę ważność zagadnienia, do kwestionariusza badania pacjentów populacyjnych włączono moduł pytań na temat ich stosunku do badań klinicznych, co zostało opisane w tym raporcie.

W odrębnym opracowaniu zostanie przedstawiona budowa kwestionariusza dla pacjentów badań klinicznych oraz – po weryfikacji jakości uzyskanych informacji – dane dotyczące około 150 osób.

4.

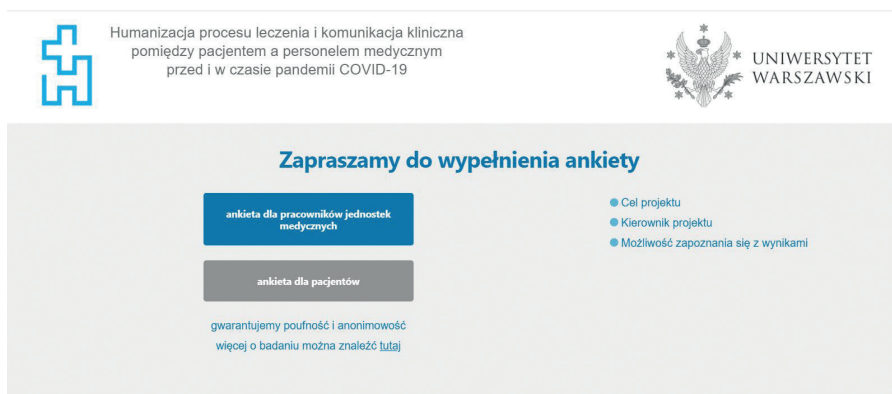
Narzędzia badawcze w projekcie

Za przygotowanie merytoryczne narzędzi badawczych odpowiadał zespół badawczy. Narzędzia były wersjonowane ze względu na etap projektu, metodologię i technikę badania oraz podmiot badania (osobę, która miała być rozmówcą, wypełnić ankietę). Przygotowanie techniczne ankiet (programowanie) leżało w gestii wykonawców terenowych – firm Interactive Research Center i Research Collective (dla celów realizacyjnych udostępniono stronę <https://humanizacja.pl> – rycina 4).

W ramach projektu przygotowano następujące narzędzia badawcze:

- 1) do realizacji w etapie *Pilotażu* w ramach badania jakościowego:
 - dwa kwestionariusze rekrutacyjne – dla pracowników oraz dla pacjentów jednostek ochrony zdrowia,
 - dwa scenariusze wywiadów indywidualnych – dla pracowników oraz dla pacjentów jednostek ochrony zdrowia (z jednoczesnym wymaganiem wobec moderatora bieżącej adaptacji pytań związanej z zajmowaną przez rozmówcę pozycją);
- 2) do realizacji w etapie *Pilotażu* do badania ilościowego:
 - dwa kwestionariusze – dla pracowników jednostek ochrony zdrowia oraz dla pacjentów jednostek ochrony zdrowia dla celów realizacji w technice CAWI,
 - dwa kwestionariusze – dla pracowników jednostek ochrony zdrowia oraz dla pacjentów jednostek ochrony zdrowia dla celów realizacji w technice CAPI,
 - list przewodni do zarządzających jednostką ochrony zdrowia, materiały informacyjne i zachęcające do udziału badaniu dla pracowników i pacjentów ochrony zdrowia;
- 3) do realizacji w etapie *Badania Głównego* na potrzeby badania w placówkach ochrony zdrowia:
 - dwa kwestionariusze – dla pracowników jednostek ochrony zdrowia oraz dla pacjentów jednostek ochrony zdrowia dla celów realizacji w technice CAWI,

- dwa kwestionariusze – dla pracowników jednostek ochrony zdrowia oraz dla pacjentów jednostek ochrony zdrowia dla celów realizacji w technice CAPI,
 - list przewodni do zarządzających jednostką ochrony zdrowia, materiały informacyjne i zachęcające do udziału badaniu dla pracowników i pacjentów ochrony zdrowia;
- 4) do realizacji w etapie *Badania Głównego* do Badania populacyjnego – kwestionariusz dla pacjentów w celu realizacji w technice CAWI,
- 5) do realizacji w etapie *Badania Głównego* na potrzeby badania pacjentów badań klinicznych – kwestionariusz do realizacji w technice CAWI.



Rycina 4. Strona <https://humanizacja.pl> z odniesieniami do ankiet

Narzędzia badawcze przygotowane dla poszczególnych metod oraz odbiorców miały pięć głównych komponentów:

- pytania weryfikujące dobór, potwierdzające oczekiwane cechy (tzw. pytania rekrutacyjne);
- pytania związane z humanizacją medycyny (definiujące przedmiot, oceniające stopień jego realizacji, opisujące elementy wspierające i utrudniające komunikowanie się oraz budowanie relacji z pacjentem, pracownikami jednostek medycznych);
- pytania opisujące wpływ pandemii COVID-19 na różne sfery (relacje z pacjentem i komunikację kliniczną, proces leczenia i dostępność lekarzy, tryb korzystania ze świadczeń, pracę zawodową, samoocenę zdrowia i zmiany w stylu życia, podejście do życia i wartości osobistych), z jednoczesnym zastosowaniem konstrukcji pytań uwzględniających porównanie okresu przedpandemicznego;

- pytania na temat stosunku do badań klinicznych, gotowości i motywów uczestniczenia w nich oraz ewentualnych barier i facylitatorów;
- pytania demograficzne (tzw. metryczka).

W scenariuszach i kwestionariuszach zastosowano pytania stosowane wcześniej w badaniach własnych, autorskie pytania stworzone na potrzeby tego projektu (uwzględniając opinie wyrażane w czasie wywiadów jakościowych) oraz wystandaryzowane skale. Uzyskano zgodę autorów na stosowanie skal, w tym zgodę autorów walidowanych wersji polskich. Pozostałe skale zostały zaadaptowane na język polski po uzyskaniu zgody autorów. Skale były tłumaczone z języka angielskiego na język polski, a następnie dokonano retranslacji i uzgodniono ewentualne rozbieżności ze specjalistami (lekarze różnych specjalności, psychologzy, pedagodzy, specjaliści zdrowia publicznego). Proces translacji i retranslacji został powierzony zewnętrznej firmie, aby zminimalizować element powtarzalności w retranslacji.

Praca ze skalami obejmowała:

- dobór narzędzi i uzyskanie dostępu do polskiej wersji skal;
- translację i retranslacje skal, które nie mają polskiej wersji;
- stworzenie dokumentacji o odstępstwach od oryginału;
- uzyskanie zgody na używanie narzędzi ze strony autorów oryginału lub autorów polskiej adaptacji bądź zarejestrowanie aplikacji danej skali;
- zidentyfikowanie głównego dokumentu źródłowego, który powinien być cytowany;
- zebranie dokumentacji na temat zasad interpretowania wyników, w tym norm dla populacji polskiej lub europejskiej, jeśli nie ma danych normatywnych dla Polski;
- przetestowanie narzędzia w badaniu pilotażowym i podjęcie decyzji o włączeniu do *Badania Głównego*;
- zbadanie właściwości psychometrycznych skal, co będzie publikowane w kolejnych pogłębionych opracowaniach.

W ankiecie pilotażowej przeznaczonej dla pracowników ochrony zdrowia zastosowano skale:

- ***Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS)*** – 18 itemów – zgoda: César Leal-Costa, wersja tymczasowa 12 itemów na podstawie nieopublikowanej adaptacji na język polski⁶ (Leal-Costa i in., 2016);

⁶ Konsultacja ekspercka – A. Ratajska.

- ***Perceived Stress Scale (PSS-4)*** – 4 itemy – narzędzie ogólnodostępne (Cohen i in., 1983);
- ***Burnout Assessment Tool (BAT-12)*** – 12 itemów – zgoda: Wilmar Schaufeli – translacja i retranslacja (Schaufeli i in., 2019);
- ***Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD-8)*** – 8 itemów – zgoda: Maj Hansen – translacja i retranslacja (Hansen i in., 2010);
- ***Experiences in Close Relationships – Relationship Structures (ECR-RS)*** – 9 itemów – zgoda: R. Chris Fraley – tłumaczenie ogólnodostępne: M. Marszał (Fraley i in., 2006).

W ankiecie pilotażowej przeznaczonej dla pacjentów zastosowano skale:

- ***Lista oczekiwań pacjenta (PRF)***⁷ – 18 itemów – autorzy: Peter Salmon, Julia Quine; autor polskiej adaptacji: Zygfryd Juczyński – uzyskane poprzez PracTest (Juczyński, 2001);
- ***Human Connection Scale (HCS), Skala Kontaktów Międzyludzkich*** – 16 itemów – zgoda: Jennifer W. Mack – translacja i retranslacja (Mack i in., 2009);
- ***Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-M)***⁸ – 16 itemów – autorzy: Anthony S. Zigmond, R. Phillip Snaith; opracowanie wersji polskiej: Mikołaj Majkowicz, Krystyna de Walden-Gałuszko, Gabriela Chojnacka-Szawłowska, zgoda: Mikołaj Majkowicz (de Walden-Gałuszko i in., 1994);
- ***EuroQol*** – w wersji EQ-5D-5L (euroqol.org) – narzędzie ogólnodostępne po wcześniejszej rejestracji <https://registration.euroqol.org/> – Registration ID: 53038;
- ***Perceived Stress Scale (PSS-4)*** – jak wyżej.

W *Badaniu Głównym* w ankiecie przeznaczonej dla pracowników ochrony zdrowia zastosowano skale:

- ***Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS)***⁹ – w wersji skróconej do 12 itemów po analizach psychometrycznych;
- ***Perceived Stress Scale (PSS-4)***;
- ***Burnout Assessment Tool (BAT-12)***;

⁷ Uwaga: skale, które były testowane w *Pilotażu*, a nie wykorzystano ich w ankietach *Badania Głównego*.

⁸ Uwaga: skale, które były testowane w *Pilotażu*, a nie wykorzystano ich w ankietach *Badania Głównego*.

⁹ Uwaga: skale, z których wyników nie opisano w niniejszej monografii.

- ***Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD-8)***;
- ***Jenkins Sleep Scale (JSS-4)*** – 4 itemy – zgoda autora C. David Jenkins – translacja i retranslacja, skala dodana po badaniu pilotażowym (Jenkins i in., 1988).

W *Badaniu Głównym* w przeznaczonej dla pacjentów jednostek ochrony zdrowia ankiecie zastosowano skale:

- ***Human Connection Scale (HCS), Skala Kontaktów Międzyludzkich***¹⁰;
- ***Perceived Stress Scale (PSS-4)***;
- ***EuroQol w wersji EQ-5D-5L***;
- ***Jenkins Sleep Scale (JSS-4)***.

W *Badaniu Głównym* populacyjnym w przeznaczonej dla pacjentów ankiecie zastosowano skale:

- ***Human Connection Scale (HCS), Skala Kontaktów Międzyludzkich***¹¹;
- ***Perceived Stress Scale (PSS-4)***;
- ***EuroQol w wersji EQ-5D-5L***;
- ***Jenkins Sleep Scale (JSS-4)***;
- ***Experiences in Close Relationships – Relationship Structures (ECR-RS)***¹².

5.

Metoda prezentacji wyników

Niniejsze opracowanie prezentuje wybrane wyniki badań dla:

- pracowników jednostek ochrony zdrowia z wylosowanych jednostek, którzy na co dzień mają kontakt z pacjentem i którzy pracowali zawodowo w czasie pandemii COVID-19 (Badanie w jednostkach medycznych, N = 2303)¹³;
- pacjentów z wylosowanych jednostek ochrony zdrowia (Badanie w jednostkach medycznych, N = 1572)¹⁴;

¹⁰ Uwaga: skale, z których wyników nie opisano w niniejszej monografii.

¹¹ Uwaga: skale, z których wyników nie opisano w niniejszej monografii.

¹² Uwaga: skale, z których wyników nie opisano w niniejszej monografii.

¹³ Z analiz wyłączono ankiety osób, które nie pracowały zawodowo w czasie pandemii.

¹⁴ Z analiz wyłączono opiekunów prawnych.

- pacjentów, którzy uzyskali świadczenie medyczne w okresie 2020–2022 (Badanie populacyjne, N = 2050).

Dla pracowników jednostek medycznych wyniki analiz prezentowane są na poziomie ogólnym (wszystkich wymienionych pracowników, N = 2303) oraz w czterech wyodrębnionych grupach zawodowych:

- grupa lekarska, N = 498;
- grupa pielęgniarska, N = 1216;
- grupa ratownicza, N = 166;
- inne zawody (niż lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni) – pracownicy mający na co dzień kontakt z pacjentem, N = 423.

W przypadku pacjentów, gdy w obu badaniach – Badaniu w jednostkach medycznych oraz w Badaniu populacyjnym – zadano pytanie w tym samym brzmieniu lub gdy, mimo nieznaczących różnic w brzmieniu pytania, nie zaobserwowano istotnych różnic w uzyskanych wynikach analiz i wnioski prowadzą do tych samych konkluzji, wyniki analiz prezentowane są łącznie dla obu badań.

W sytuacjach różnic metodologicznych w sposobie zadania pytania lub istotnych różnic w odpowiedziach wyniki analiz prezentowane są oddzielnie dla każdej z badanych grup pacjentów lub prezentacja dotyczy wyników analiz tylko jednego z badań.

W opracowaniu prezentowane są statystyki opisowe zmiennych (rozkłady odpowiedzi, odchylenia standardowe, minima i maksima, średnie arytmetyczne) oraz rozkłady krzyżowe zmiennych (procentowane w wierszach lub w kolumnach w zależności od potrzeb – w celu zobrazowania różnic w odpowiedzi dla wyróżnionych grup analitycznych lub dla zobrazowania struktury danej grupy). Do redukcji wymiarów i wyodrębnienia grup zmiennych zastosowano analizę czynnikową, a dla sprawdzenia niezależności zmiennych – test chi-kwadrat Pearsona. Dla zobrazowania zjawisk i opinii tworzone indeksy – sposób ich budowy jest opisany w nocie metodologicznej danego rozdziału. Odpowiedzi uzyskane w wyniku zastosowania wystandaryzowanych skal analizowano według wytycznych ich autorów wymienionych w referencjach.

Większość wyników analiz zaprezentowana jest w tabelach, część – na rycinach. W niektórych rozdziałach znajdują się cytaty z indywidualnych wywiadów jakościowych prowadzonych z pracownikami medycznymi oraz pacjentami w pierwszym etapie projektu, to znaczy *Pilotażu*.

Analizy statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem program SPSS v.27 (IBM Corp. Released 2020. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Liczbę ankiet wypełnionych przez pracowników jednostek ochrony zdrowia oraz pacjentów, jak również strukturę cech w poszczególnych warstwach przedstawiono w tabelach 8 i 9.

Tabela 8. Struktura respondentów według cech demograficznych i społecznych w badaniu pracowników

	Pracownicy ogółem N = 2303		Grupa lekarska N = 498		Grupa pielęgniarska N = 1216		Grupa ratownicza N = 166	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Płeć								
mężczyźni	435	18,9	242	48,6	27	2,2	115	69,3
kobiety	1868	81,1	256	51,4	1189	97,8	51	30,7
Wiek w latach								
18–29	245	10,6	54	10,8	92	7,6	28	16,9
30–49	1009	43,8	219	44,0	431	35,4	114	68,7
50–64	1000	43,4	199	40,0	673	55,3	24	14,5
65+	49	2,1	26	5,2	20	1,6	0	0,0
Wykształcenie								
podstawowe i zawodowe	17	0,7	1	0,2	1	0,1	0	0,0
średnie	515	22,4	1	0,2	322	26,5	60	36,1
wyższe	1712	74,3	492	98,8	861	70,8	100	60,2
odmowa odpowiedzi	59	2,6	4	0,8	32	2,6	6	3,6
Życie w trwałym związku								
tak	1791	77,8	386	77,5	959	78,9	123	74,1
nie	327	14,2	66	13,3	162	13,3	33	19,9
odmowa odpowiedzi	185	8,0	46	9,2	95	7,8	10	6,0
Posiadanie dzieci do 19. roku życia								
tak	825	35,8	192	38,6	365	30,0	72	43,4
nie	1478	64,2	306	61,4	851	70,0	94	56,6
Status materialny rodziny								
niski	173	7,5	5	1,0	88	7,2	14	8,4
przeciętny	631	27,4	44	8,8	407	33,5	55	33,1
raczej wysoki	537	23,3	127	25,5	294	24,2	37	22,3
bardzo wysoki	661	28,7	262	52,6	266	21,9	50	30,1
odmowa odpowiedzi	301	13,1	60	12,0	161	13,2	10	6,0
Staż pracy w badanej jednostce ochrony zdrowia								
do 2 lat	199	8,6	45	9,0	52	4,3	17	10,2
3–5 lat	209	9,1	40	8,0	53	4,4	24	14,5
6–10 lat	224	9,7	51	10,2	78	6,4	37	22,3
dłużej niż 10 lat	1671	72,6	362	72,7	1033	85,0	88	53,0

Tabela 9. Struktura respondentów według cech demograficznych i społecznych w badaniu pacjentów

	Badanie w jednostkach medycznych N = 1752		Badanie populacyjne N = 2050	
	n	%	n	%
Płeć				
mężczyźni	609	38,7	1038	50,6
kobiety	963	61,3	1012	49,4
Wiek w latach				
18–29	214	13,6	298	14,5
30–49	694	44,1	723	35,3
50–64	471	30,0	629	30,7
65+	193	12,3	400	19,5
Wykształcenie				
podstawowe i zawodowe	282	17,9	488	23,8
średnie	613	39,0	766	37,4
wyższe	576	36,6	728	35,5
odmowa odpowiedzi	101	6,4	68	3,3
Miejsce zamieszkania – klasa wielkości miejscowości według liczby mieszkańców				
wieś	307	19,5	734	35,8
miasta do 100 tys.	544	34,6	662	32,3
miasta 100–500 tys.	377	24,0	374	18,2
miasta 500 tys. i większe	271	17,2	280	13,7
odmowa odpowiedzi	73	4,6	0	0,0
Aktywność zawodowa				
pracuje zawodowo	1025	65,2	1027	50,1
nie pracuje zawodowo	470	29,9	1005	49,0
odmowa odpowiedzi	77	4,9	18	0,9
Liczba osób w gospodarstwie domowym				
jedna	159	10,1	224	10,9
dwie	457	29,1	665	32,4
trzy	325	20,7	457	22,3
cztery	279	17,7	400	19,5
pięć i więcej	125	8,0	244	11,9
odmowa odpowiedzi	227	14,4	60	2,9
Posiadanie dzieci do 19. roku życia				
tak	159	10,1	224	10,9
nie	457	29,1	665	32,4
odmowa odpowiedzi	227	14,4	60	2,9

Tabela 9. cd.

	Badanie w jednostkach medycznych N = 1752		Badanie populacyjne N = 2050	
	n	%	n	%
Status materialny rodziny				
niski	228	14,5	298	14,5
przeciętny	641	40,8	1087	53,0
raczej wysoki	291	18,5	353	17,2
bardzo wysoki	244	15,5	265	12,9
odmowa odpowiedzi	168	10,7	47	2,3

Zmienna „status materialny rodziny” powstała w wyniku rekodowania odpowiedzi na pytanie: „Które z wymienionych stwierdzeń najlepiej opisuje sytuację materialną Pana/Pani gospodarstwa domowego?”. Za najniższy status uznano odpowiedzi: „nie wystarcza nam nawet na najpilniejsze potrzeby” oraz „musimy odmawiać sobie wielu rzeczy, ale wystarcza na życie”. Przeciętną sytuację materialną określa odpowiedź: „na co dzień wystarcza, ale nie wystarcza na większe wydatki”. Status „raczej zamożna” opisuje odpowiedź: „wystarcza nam na większe wydatki”, status „zamożna” – określenia: „wystarcza nam na wszystko” i „część dochodów odkładamy/inwestujemy”.

Dokładniejszy opis narzędzi wykorzystanych w analizach zawartych w tym raporcie oraz podejść analitycznych zamieszczono w kolejnych rozdziałach.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

1.

Humanizacja medycyny w percepcji pacjentów i pracowników jednostek medycznych

1.1. Tło analiz

Potrzeba humanizacji jest obecnie widoczna w wielu miejscach – zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym – nie tylko w dziedzinie opieki zdrowotnej, lecz także w wielu innych obszarach funkcjonowania. Niemniej w opiece zdrowotnej podejście holistyczne jest szczególnie oczekiwane, ponieważ osoby chore traktuje się jako podatne na zranienie (*vulnerable*), a cierpienie jest niemal nieodłącznym elementem procesu chorobowego. Zmiany w opiece zdrowotnej w ostatnich latach wywołały wiele dyskusji na temat humanizacji w opiece nad chorymi (de la Fuente-Martos i in., 2018).

W ostatnich dekadach obserwuje się stopniowy wzrost wykorzystania technologii w zapobieganiu chorobom oraz ich diagnozowaniu i leczeniu (Lovato i in., 2013). Celem tych działań jest podwyższenie jakości, skuteczności i bezpieczeństwa opieki.

Chociaż te zmiany w medycynie poprawiły niektóre elementy opieki nad pacjentami, takie jak: bezpieczeństwo, skuteczność i efektywność, to jednak skutkują one nowymi problemami związanymi z dehumanizacją i depersonalizacją opieki. Istnieje tendencja do traktowania pacjenta jako „grupy objawów”, a nie człowieka z indywidualnymi potrzebami (Behruzi i in., 2014). Może to negatywnie wpływać na relacje lekarz – pacjent oraz podważać zaufanie pacjentów i ich opiekunów do systemu opieki zdrowotnej (Stange, 2009).

Humanizacja w opiece zdrowotnej wpływa na aspekty związane z jakością i stanowi etyczne zobowiązanie do uwzględnienia osoby w całości: zarówno w odniesieniu do autonomii, jak i w jej bardziej subiektywnym wymiarze. Respektując ideę humanizacji w opiece zdrowotnej, musimy uszanować fakt, że każda osoba jest wyjątkowa i niepowtarzalna, że w różny sposób reaguje na kryzysy życiowe. Należy zatem zająć się wieloma środowiskami: opieką zdrowotną (opieka i opiekun), kompetencjami etycznymi, kulturowymi i zawodowymi (komunikacja, umiejętności), a także zasobami ludzkimi.

Natomiast dehumanizacja oznacza depersonalizację i postrzega proces chorobowy jako jedyny cel opieki medycznej. Stanowi więc pewnego rodzaju zaprzeczenie, że cierpienie i śmierć w równym stopniu dotyczą pacjentów, krewnych i profesjonalistów (de la Fuente-Martos i in., 2018). Intensywne wykorzystanie technologii mogło spowodować, że ludzkie potrzeby pacjentów, ich krewnych i profesjonalistów zaczęły być postrzegane jako sprawa drugorzędna (La Calle i in., 2017).

1.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników

Celem eksploracji jakościowej wstępnego etapu projektu była próba zdefiniowania terminu „humanizacja medycyny” oraz jej determinantów. Pracowników jednostek ochrony zdrowia pytano, czy i w jakich okolicznościach zetknęli się z terminem „humanizacja medycyny”, „humanizacja procesu leczenia” oraz co oznaczają te terminy w ich pracy codziennej. W czasie wywiadów z pacjentami (z założenia) zrezygnowano z próby stworzenia definicji „humanizacji medycyny” i skoncentrowano się na eksploracji jej głównych składowych. Pytano, czym jest propacjenckie podejście i jak powinno być realizowane w praktyce, co buduje relacje pacjenta z lekarzem i z innymi pracownikami jednostek ochrony zdrowia, co wspiera i składa się na skuteczne komunikowanie się z pacjentem.

Po analizie opinii wyrażonych w czasie jakościowych wywiadów zrezygnowano z używania w ilościowych narzędziach badawczych (również w kwestionariuszu dla pracowników jednostek ochrony zdrowia) określeń „humanizacja medycyny” i „humanizacja procesu leczenia”. Zdecydowano, że bardziej zrozumiała, a tym samym bardziej efektywna, będzie próba uzyskania opinii na temat poszczególnych obszarów tematycznych związanych z budowaniem relacji, zaufania i komunikowaniem się. Stworzono autorskie pytania oraz zastosowano opisane dalej wystandaryzowane skale.

Blok dotyczący humanizacji otwierało pytanie określające, co jest najważniejsze w czasie kontaktów pacjentów i pracowników ochrony zdrowia.

Każda z grup dokonywała tego z własnej perspektywy – oczekiwań pacjentów wobec pracowników ochrony zdrowia i *vice versa*. W badaniu realizowanym w jednostkach ochrony zdrowia proszono o wybranie do trzech najważniejszych elementów z podanej listy, natomiast w Badaniu populacyjnym pacjenci oceniali ważność każdego elementu. Ze względu na różne podejście metodologiczne, które w efekcie przyniosło odmienną hierarchizację, wyniki dla tego pytania zostaną wyodrębnione. W badaniu w jednostkach końcową ważność elementów wyznaczać będzie odsetek wskazań na daną odpowiedź¹⁵.

W dalszej kolejności ankietowani dokonywali oceny ważności komunikacji werbalnej (słownej) i niewerbalnej (gestów, wyrazu twarzy, tembru głosu, języka ciała itp.) między pacjentem a osobami pracującymi w ochronie zdrowia. Pracownicy dodatkowo oceniali komunikację werbalną i niewerbalną w zespole terapeutycznym. Opinie wyrażane były na skali jedenastostopniowej z opisanymi końcami skali (rozwiązanie graficzne przedstawia rycina 5). Na potrzeby analiz wyróżniono cztery grupy odpowiedzi odzwierciedlające odpowiednio: zupełnie nieważną (stopnie: 0, 1, 2, 3), średnio ważną (4, 5, 6, 7), bardzo ważną (7, 8) i niezwykle ważną komunikację (9, 10).



Rycina 5. Wizualna skala oceny komunikacji

Kolejna część ankiety zawierała wystandaryzowane pytania: w kwestionariuszu dla pacjentów – Skalę Kontaktów Międzyludzkich (HCS), a w kwestionariuszu dla pracowników jednostek ochrony zdrowia – *The Health Professionals Communication Skills Scale* (HP-CSS). Analizy odpowiedzi dokonano według wytycznych ich autorów, a proces adaptacji skali HCS obejmował jej tłumaczenie i retranslację, a także pozyskanie zgody autorki.

Następnie pacjenci określali swoje zaufanie do lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych oraz innych pracowników ochrony zdrowia. Swą opinię mogli wskazać na analogicznej skali jedenastostopniowej z opisanymi końcami skali. Na potrzeby analiz wyróżniono cztery grupy odpowiedzi:

¹⁵ Zastosowanie dodatkowych mnożników związanych z kolejnością wyboru byłoby niewskazane ze względu na długość listy ocenianych kategorii (10 dla pacjentów) i znaczną długość samych opisów. W celu niwelacji tendencji do wyboru pierwszych odpowiedzi z listy na poziomie wyników ogólnych posłużono się losową rotacją listy ocenianych kategorii.

odzwierciedlająca brak zaufania/małe zaufanie (poziomy: 0, 1, 2, 3), średnie zaufanie (4, 5, 6), duże zaufanie (7, 8) oraz bardzo duże zaufanie (9, 10).

Blok tematyczny związany z humanizacją procesu leczenia zamykało pytanie, którego celem było wyznaczenie barier komunikacji i tworzenia relacji (ogólnie i w okresie pandemii COVID-19). Zastosowano analogiczne podejście metodologiczne jak w przypadku pytania otwierającego. W badaniu realizowanym w jednostkach ochrony zdrowia proszono o wybranie do trzech elementów, natomiast w Badaniu populacyjnym pacjenci oceniali ważność każdego elementu.

1.3. Wyniki

1.3.1. Perspektywa pracowników ochrony zdrowia

Spontaniczne skojarzenia pracowników ochrony zdrowia z terminem „humanizacja medycyny” związane są z:

- pacjentem jako człowiekiem (słuchając wywiadów, trudno oprzeć się wrażeniu, że jest to raczej bezpośrednia interpretacja etymologiczna i semantyczna niż wartość zapisana w słowach);
- „uczłowieczeniem” procesu diagnostycznego i terapeutycznego – rezygnacją z mechaniki działań, skupieniem na pacjencie, a nie biurokracji;
- hierarchiczną pozycją pacjenta – postawieniem pacjenta na pierwszym miejscu, podkreśleniem, że jest najważniejszy, a bez niego nie byłoby całego procesu leczenia;
- indywidualnym podejściem do pacjenta – koncentracją na jego potrzebach i na tym, co mówi;
- kompleksowym podejściem – czyli realizacją holistycznej idei w odniesieniu zarówno do pacjenta, jak i do procesu diagnostycznego/leczenia.

(...) z takim ludzkim podejściem do drugiego człowieka, niepatrzenie tylko przez pryzmat objawów, schorzenia, choroby. Tylko takie całościowe spojrzenie na tego człowieka i od strony fizycznej, i medycznej; jakby taki ogólny, z objawami można sobie wieloma poradzić, ale ten człowiek też czuje, widzi, przeżywa, boryka się z różnymi emocjami. Nie zawsze tabletki jest najlepszym lekarstwem dla niego. (pacjent)

Pierwsza reakcja pracowników ochrony zdrowia na pytanie, czy zetknęli się z określeniami „humanizacja medycyny” lub „humanizacja procesu lecze-

nia”, skłania do stwierdzenia, że jest to termin słabo znany (niektórzy usłyszeli go po raz pierwszy), rodzi skojarzenia ogólne, hasłowe i jest silniej związany z teorią naukową niż z praktycznym zastosowaniem w codziennej pracy.

„Humanizacja medycyny” i „humanizacja procesu leczenia” (...) Nie wiem, co miałabym rozumieć przez te pojęcia. Nie spotkałam się z nimi dotychczas i w ogóle chyba nie słyszałam, żeby ktokolwiek używał takiego sformułowania.
(lekarz pediatra)

Na podstawie skojarzeń z wywiadów jakościowych zdefiniowano dziesięć wymiarów i poproszono o wybór maksymalnie trzech najważniejszych w codziennej pracy z pacjentami (z tej możliwości skorzystała zdecydowana większość ankietowanych).

Na podstawie analizy czynnikowej dziesięć stwierdzeń można przyporządkować do pięciu kluczowych obszarów (tabela 10). Są to:

- jasna i klarowna komunikacja, silnie związana z tym, aby przedstawić pacjentowi proces leczenia i możliwe skutki uboczne;
- poświęcenie czasu na wysłuchanie pacjenta, a przez to budowanie zaufania i okazywanie mu empatii;
- indywidualne podejście do pacjenta i stawianie jego potrzeb na pierwszym miejscu;
- zachowanie poufności i intymności;
- włączanie pacjenta w proces leczenia.

Jeden z elementów – „staranność, dokładność wykonywanych działań” – nie został włączony do żadnego z powyższych wymiarów (w podobnym stopniu wiązany jest z każdym ze wskazanych obszarów), a jego ważność w relacjach z pacjentami potwierdzona jest również odsetkiem wskazań (traktowany jest dalej jako szósty obszar). Dla blisko połowy to jeden z kluczowych elementów codziennej pracy z pacjentami.

Jednakże najważniejszym obszarem codziennej pracy z pacjentami dla grupy lekarzy oraz grupy ratowniczej jest jakość komunikowania się. Natomiast przedstawiciele (a w zasadzie w większości – przedstawicielki) grupy pielęgniarskiej oraz pracownicy innych grup zawodowych w największym stopniu stawiają na indywidualność potrzeb oraz usytuowanie pacjenta na pierwszym miejscu. Grupy te w większym stopniu zwracają uwagę na ważność otwartości, empatii i potrzeby wzbudzania zaufania u pacjentów niż ratownicy medyczni i lekarze.

Tabela 10. Ważność obszarów i poszczególnych ich składowych w codziennej pracy z pacjentami

		Grupa zawodowa			
		lekarska N = 498	pielęgniarska N = 1216	ratownicza N = 166	inne zawody N = 423
Obszar 1: jasne komunikowanie się	n	306	445	93	205
	%	61,4	36,6	56,0	48,5
jasna i zrozumiała komunikacja z pacjentem	n	220	407	79	186
	%	44,2	33,5	47,6	44,0
przedstawienie procesu leczenia i możliwych skutków ubocznych leczenia	n	140	57	22	30
	%	28,1	4,7	13,3	7,1
Obszar 2: otwartość i czas dla pacjenta	n	285	760	94	264
	%	57,2	62,5	56,6	62,4
empatia	n	138	505	58	170
	%	27,7	41,5	34,9	40,2
poświęcanie czasu i wysłuchanie	n	108	196	28	92
	%	21,7	16,1	16,9	21,7
nawiązywanie relacji zaufania i szczerości	n	108	201	31	77
	%	21,7	16,5	18,7	18,2
Obszar 3: indywidualne podejście i ważność potrzeb	n	260	851	92	277
	%	52,2	70,0	55,4	65,5
indywidualne podejście do pacjenta	n	201	637	59	208
	%	40,4	52,4	35,5	49,2
stawianie pacjenta i jego potrzeb na pierwszym miejscu	n	89	380	39	110
	%	17,9	31,3	23,5	26,0
Obszar 4: zachowanie poufności i szanowanie intymności	n	92	349	36	124
	%	18,5	28,7	21,7	29,3
Obszar 5: współuczestnictwo pacjenta w podejmowaniu decyzji odnośnie do leczenia	n	72	68	11	18
	%	14,5	5,6	6,6	4,3
Obszar 6: poza klasyfikacją: staranność, dokładność wykonywanych działań	n	237	625	94	177
	%	47,6	51,4	56,6	41,8

Na podstawie wyników badania jakościowego zdefiniowano 11 wymiarów, które w codziennej pracy z pacjentami utrudniają komunikowanie się i budowanie relacji. W badaniu ilościowym poproszono ankietowanych o wybór maksymalnie trzech najważniejszych barier (podobnie jak w przypadku elementów wspierających z tej możliwości skorzystała zdecydowana większość ankietowanych).

Na podstawie analizy czynnikowej 11 stwierdzeń można je przyporządkować do pięciu kluczowych obszarów (tabela 11):

- nadmierna biurokracja, brak wystarczającej ilości czasu i złe warunki rozmowy;
- postawa roszczeniowa pacjenta i rodziny, jego arogancja i wywyższanie się, a także tendencja do samodzielnego stawiania diagnozy (co utrudnia uzyskanie niezbędnych informacji od pacjenta);
- zbyt mała liczba personelu w stosunku do liczby pacjentów;
- przemęczenie osób pracujących w ochronie zdrowia;
- brak zainteresowania pacjentem oraz używanie fachowego, zbyt złożonego języka – ignorowanie pacjenta.

W opinii większości pracowników ochrony zdrowia (średnio ponad 81%) ich codzienną pracę najbardziej utrudniają: biurokracja, niedostatek czasu, złe warunki, co przekłada się na trudności w uzyskaniu informacji od pacjentów. To największy destruktor w pracy – zwłaszcza dla lekarzy i pielęgniarek. Ratownicy medyczni w równie silnym stopniu narażeni są na czynniki związane z postawą roszczeniową pacjentów, rodzin i ich arogancją.

Zbyt mała liczba personelu w stosunku do liczby pacjentów w największym stopniu dotyka pielęgniarki i położne. Co druga z nich wspomniała o tym w ankiecie.

Istotnym czynnikiem zakłócającym pracę jest przemęczenie. Lekarze i ratownicy medyczni wskazują na nie częściej niż przedstawiciele pozostałych badanych grup.

Warto zwrócić uwagę na próbę zachowania obiektywizmu przez ankietowanych pracowników jednostek medycznych. Wskazując na arogancję pacjentów, zauważają oni również ignorowanie ze strony pracowników ochrony zdrowia – przejawiające się m.in. brakiem zainteresowania pacjentem oraz używaniem zbyt trudnego i fachowego języka. Ten obszar działa negatywnie na budowanie relacji i komunikowanie się z pacjentami według co piątego ankietowanego pracownika ochrony zdrowia.

Tabela 11. Czynniki utrudniające budowanie relacji i komunikowanie się z pacjentami

		Grupa zawodowa			
		lekarska N = 498	pielęgniarska N = 1216	ratownicza N = 166	inne zawody N = 423
Obszar 1: brak czasu, złe warunki, biurokracja	n	437	1010	114	311
	%	87,8	83,1	68,7	73,5
nadmierna biurokracja	n	263	578	42	150
	%	52,8	47,5	25,3	35,5
brak wystarczającej ilości czasu	n	258	561	35	153
	%	51,8	46,1	21,1	36,2
trudność z uzyskaniem informacji od pacjenta	n	91	209	53	96
	%	18,3	17,2	31,9	22,7
złe warunki rozmowy (brak osobnego pomieszczenia)	n	74	131	18	38
	%	14,9	10,8	10,8	9,0
Obszar 2: arogancja pacjenta	n	253	616	113	252
	%	50,8	50,7	68,1	59,6
postawa roszczeniowa pacjenta lub jego rodziny	n	157	408	85	160
	%	31,5	33,6	51,2	37,8
arogancja, wywyższanie lub agresja ze strony pacjentów	n	82	256	58	121
	%	16,5	21,1	34,9	28,6
tendencja do samodzielnego stawiania diagnozy przez pacjenta i określania leczenia	n	84	157	33	82
	%	16,9	12,9	19,9	19,4
Obszar 3: zbyt mała liczba personelu w stosunku do liczby pacjentów	n	161	605	48	146
	%	32,3	49,8	28,9	34,5
Obszar 4: przemęczenie osób pracujących w ochronie zdrowia	n	158	322	53	108
	%	31,7	26,5	31,9	25,5
Obszar 5: brak zainteresowania pacjentem i trudny język	n	98	255	39	105
	%	19,7	21,0	23,5	24,8
używanie fachowego, zbyt złożonego języka	n	59	164	25	62
	%	11,8	13,5	15,1	14,7
brak zainteresowania pacjentem, ignorowanie go	n	43	107	18	65
	%	8,6	8,8	10,8	15,4

Komunikowanie się jest w codziennej pracy z pacjentem najważniejsze. Potwierdzają to analizy odpowiedzi na niezależne pytania dotyczące tego obszaru. W pierwszym pytaniu ustalano hierarchię ważności dziesięć-

ciu elementów, spośród których jako najważniejszy pracownicy wskazali obszar komunikowania się (tabela 10). W kolejnych pytaniach koncentrowano się już na komunikacji, z tym że pracownikom przedstawiono jej dwie składowe: komunikację werbalną i komunikację niewerbalną. Większość ankietowanych pracowników opisała komunikację werbalną (ponad 92%) i niewerbalną (ponad 75%) jako co najmniej bardzo ważną (tabele 12 i 13).

Tabela 12. Ważność komunikacji werbalnej i niewerbalnej z pacjentem w procesie jego leczenia według grup zawodowych (%)

	Grupa zawodowa			
	lekarska N = 498	pielęgniarska N = 1216	ratownicza N = 166	inne zawody N = 423
Ważność komunikacji werbalnej z pacjentem w procesie leczenia				
nieważna	1,4	0,7	1,2	0,9
średnio ważna	6,0	6,6	12,0	7,8
bardzo ważna	28,5	21,3	31,9	19,4
niezwykle ważna	64,1	71,5	54,8	71,9
Ważność komunikacji niewerbalnej z pacjentem w procesie leczenia				
nieważna	4,0	2,5	4,8	4,0
średnio ważna	20,7	15,7	22,3	19,6
bardzo ważna	35,1	27,3	40,4	28,1
niezwykle ważna	40,2	54,5	32,5	48,2

Tabela 13. Ważność komunikacji werbalnej i niewerbalnej w zespole terapeutycznym w procesie leczenia pacjenta według grup zawodowych (%)

	Grupa zawodowa			
	lekarska N = 498	pielęgniarska N = 1216	ratownicza N = 166	inne zawody N = 423
Ważność komunikacji werbalnej w zespole terapeutycznym w procesie leczenia				
nieważna	0,4	0,3	0,6	0,0
średnio ważna	7,4	6,7	10,8	7,8
bardzo ważna	23,7	16,5	24,7	16,3
niezwykle ważna	68,5	76,5	63,9	75,9
Ważność komunikacji niewerbalnej w zespole terapeutycznym w procesie leczenia				
nieważna	4,0	3,1	5,4	3,5
średnio ważna	22,1	15,3	19,3	18,0
bardzo ważna	32,3	27,0	28,3	27,7
niezwykle ważna	41,6	54,6	47,0	50,8

Sformułowana ponad 40 lat temu reguła Alberta Mehrabiana „7-38-55” budzi wątpliwości przede wszystkim co do ustalonych proporcji skuteczności słów, tonu i mowy ciała. Niewątpliwie jednak komunikacja niewerbalna pomaga i wspiera zrozumienie i porozumienie między rozmówcami (Mehrabian i Ferris, 1967; Mehrabian i Wiener, 1967).

Hipotezę, że osoby pracujące w różnych miejscach (tabele 14 i 15) inaczej będą postrzegać ważność komunikacji werbalnej bądź niewerbalnej z pacjentem i zespołem terapeutycznym w procesie leczenia, należy odrzucić (z wyjątkiem Zespołu Ratownictwa Medycznego, który w porównaniu do pozostałych grup zauważa mniejsze znaczenie komunikowania się z pacjentem).

Uzyskane wyniki na temat ważności komunikacji są unikatowe i być może niepowtarzalne – obrazują znaczenie komunikacji werbalnej i niewerbalnej w sytuacji walki z pandemią COVID-19. Ze względu na konieczność noszenia maseczek przez pacjentów oraz pracowników ochrony zdrowia, a także specjalnych kombinezonów chroniących pracowników – komunikacja niewerbalna została znacznie ograniczona, a w niektórych przypadkach właściwie uniemożliwiona. To właśnie zalecenia epidemiologiczne według zdecydowanej większości badanych (79,1%) utrudniały budowanie relacji i komunikowanie się z pacjentami.

Tabela 14. Ważność komunikacji werbalnej i niewerbalnej z pacjentem w procesie jego leczenia według miejsca pracy (%)

	Miejsce pracy w czasie pandemii COVID-19 w latach 2020–2022				
	szpital jedno- imienny N = 467	szpital tymczasowy N = 203	oddział SARS- -CoV-2 N = 951	Zespół Ratownictwa Medycznego N = 159	nie pracował/a z pacjentami covidowymi N = 756
Ważność komunikacji werbalnej z pacjentem w procesie leczenia					
nieważna	1,1	0,5	1,1	0,6	0,7
średnio ważna	8,8	6,9	6,8	11,3	5,4
bardzo ważna	24,8	31,0	22,3	27,7	22,4
niezwykle ważna	65,3	61,6	69,8	60,4	71,6
Ważność komunikacji niewerbalnej z pacjentem w procesie leczenia					
nieważna	4,5	5,4	3,3	3,1	2,1
średnio ważna	19,9	20,2	18,2	23,9	15,7
bardzo ważna	30,2	33,5	28,8	31,4	30,6
niezwykle ważna	45,4	40,9	49,7	41,5	51,6

Tabela 15. Ważność komunikacji werbalnej i niewerbalnej w zespole terapeutycznym w procesie leczenia pacjenta według miejsca pracy (%)

	Miejsce pracy w czasie pandemii COVID-19 w latach 2020–2022				
	szpital jedno- imienny N = 467	szpital tymczasowy N = 203	oddział SARS- -CoV-2 N = 951	Zespół Ratownictwa Medycznego N = 159	nie pracował/a z pacjentami covidowymi N = 756
Ważność komunikacji werbalnej w zespole terapeutycznym w procesie leczenia					
nieważna	0,4	1,0	0,4	0,6	
średnio ważna	8,4	8,4	5,2	11,9	7,9
bardzo ważna	19,7	23,6	18,4	22,0	17,5
niezwykle ważna	71,5	67,0	76,0	65,4	74,6
Ważność komunikacji niewerbalnej w zespole terapeutycznym w procesie leczenia					
nieważna	3,4	5,4	3,4	4,4	2,9
średnio ważna	18,4	18,2	16,8	21,4	17,5
bardzo ważna	30,0	34,0	26,9	25,2	29,2
niezwykle ważna	48,2	42,4	52,9	49,1	50,4

Na podstawie analizy czynnikowej stwierdzeń dotyczących utrudnień w komunikacji w czasie pandemii COVID-19 można je przyporządkować do pięciu obszarów, z których tylko jeden zawiera więcej niż jedną składową (tabela 16). Poza tym głównym obszarem zaleceń epidemiologicznych (koniecznością noszenia kombinezonów i maseczek, stosowania procedur i zaleceń) codzienną pracę utrudniał chaos informacyjny. W największym stopniu zwracali na to uwagę lekarze oraz ratownicy medyczni. Jedna trzecia pracowników dodatkowo wskazała, że koncentracja na COVID-19 jako problemie medycznym nie ułatwiała im pracy z pacjentami.

Warto zwrócić uwagę na znaczenie rodziny w procesie diagnostyki i leczenia. Blisko co drugi ankietowany (45,8%) wskazał, że brak kontaktów z pacjentem utrudnia budowanie relacji oraz komunikowanie się. To opinia wszystkich badanych pracowników jednostek medycznych (czyli średnia dla wszystkich grup zawodowych). W poszczególnych grupach znaczenie rodziny oceniano najniżej w grupie ratowniczej (34,9%), najwyższej w grupie pielęgniarskiej (50,7%).

Choć teleporady mogły ułatwić dostępność niektórych form świadczeń medycznych, to jednak 38,0% badanych uznało je za przeszkodę.

Tabela 16. Czynniki utrudniające budowanie relacji i komunikowanie się z pacjentami w czasie pandemii COVID-19

		Grupa zawodowa			
		lekarska N = 498	pielęgniarska N = 1216	ratownicza N = 166	inne zawody N = 423
Obszar 1: zalecenia epidemiologiczne	n	387	978	123	333
	%	77,7	80,4	74,1	78,7
kombinezony i maseczki uniemożliwiające czytanie mimiki	n	233	683	88	215
	%	46,8	56,2	53,0	50,8
konieczność stosowania dodatkowych procedur epidemiologicznych	n	193	330	47	136
	%	38,8	27,1	28,3	32,2
konieczność zachowania dystansu	n	121	405	33	132
	%	24,3	33,3	19,9	31,2
Obszar 2: chaos informacyjny	n	238	455	79	168
	%	47,8	37,4	47,6	39,7
Obszar 3: brak możliwości kontaktu pacjentów z ich bliskimi	n	199	616	58	181
	%	40,0	50,7	34,9	42,8
Obszar 4: nowe formy kontaktu zdalnego – teleporady	n	170	460	72	172
	%	34,1	37,8	43,4	40,7
Obszar 5: większa koncentracja na problemie medycznym związanym z chorobą COVID-19	n	162	418	60	129
	%	32,5	34,4	36,1	30,5

1.3.2. Perspektywa pacjentów jednostek ochrony zdrowia

W badaniu ilościowym w jednostkach medycznych pacjenci zostali poproszeni o wskazanie do trzech elementów najważniejszych w czasie kontaktu z osobami pracującymi w ochronie zdrowia (analizę w tym rozdziale zawężono do wyników z badania pacjentów w jednostkach medycznych ze względu na bezpośrednią porównywalność metodologiczną, dotyczącą zarówno techniki realizacji, jak i formy pytań, z opiniami pracowników tych jednostek przedstawionymi wyżej).

Opinie pacjentów były bardziej zróżnicowane niż pracowników ochrony zdrowia i analiza czynnikowa nie zaowocowała znaczącą redukcją wymiarów, jednakże na jej podstawie wyodrębniono pięć obszarów. W tabeli 17 przedstawiono wybór pacjentów według malejącego odsetka wskazań na dany obszar, a w nim – według malejącego odsetka wskazań elementów.

Tabela 17. Ważność poszczególnych elementów w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia

	Pacjenci z Badania w jednostkach medycznych N = 1572	
	n	%
Obszar 1: pacjent i jego potrzeba	1108	70,5
przedstawienie procesu leczenia, koniecznych badań i możliwych skutków ubocznych leczenia	579	36,8
indywidualne podejście do pacjenta	497	31,6
pomoc w przejściu do kolejnych etapów leczenia	400	25,4
Obszar 2: czas i otwartość na pacjenta	862	54,8
poświęcanie czasu, wysłuchanie, uprzejme traktowanie	603	38,4
empatia	385	24,5
Obszar 3: jasna i zrozumiała komunikacja z pacjentem	680	43,3
Obszar 4: budowa zaufania	578	36,8
zachowanie poufności i szanowanie intymności	236	15,0
koncentracja na pacjencie, a nie tylko na jego chorobie	203	12,9
nawiązywanie relacji zaufania i szczerości	231	14,7
Obszar 5: staranność, dokładność wykonywanych działań	519	33,0

W kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia dla pacjentów najważniejsza jest koncentracja na pacjencie – rozumianym jako ich własna historia i jednostka chorobowa. Na któryś z elementów tworzących pierwszy obszar wskazało 70,5% (prawie wszyscy wybrali co najmniej jego dwa elementy). Pacjenci oczekują, aby przedstawiano im proces leczenia, konieczne badania i możliwe skutki uboczne leczenia (36,8%). Chcieliby również pomocy w przejściu do kolejnego etapu leczenia (25,4%) oraz związanego z tym indywidualnego podejścia (31,6%).

W drugim obszarze dostrzeżemy potrzeby emocjonalne. Pacjenci oczekują poświęcenia im czasu, wysłuchania, uprzejmego traktowania (38,4%) oraz empatii (24,5%) – jak wskazywali w czasie wywiadów jakościowych: „ludzkiego podejścia”. Realizacja tego oczekiwania będzie trudna, ponieważ brak czasu jest permanentną bolączką pracowników ochrony zdrowia.

Jednym z najważniejszych oczekiwań pacjentów jest jasna i zrozumiała komunikacja (43,3%) – ze względu na swą wagę i niezależność od innych wyborów stanowiąca samodzielnie homogeniczny czynnik.

Kolejne elementy tworzą obszar związany z zaufaniem, szczerością, intymnością, poszanowaniem praw pacjenta jako człowieka, których oczekuje 38,6% ankietowanych.

Niezależnym, samodzielnym czynnikiem pozostaje „staranność oraz dokładność wykonywania działań” – wskazywane w co trzeciej ankiecie.

Do wstępnej analizy elementów najważniejszych w czasie kontaktu z osobami pracującymi w ochronie zdrowia wybrano pięć zmiennych demograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, wielkość miejsca zamieszkania, aktywność zawodową) oraz dwie zmienne odzwierciedlające subiektywną opinię na temat sytuacji materialnej gospodarstwa domowego pacjenta oraz jego samoocenę zdrowia.

Analizy potwierdziły istotność związków między wymienionymi wyżej cechami respondentów a ich wyborami dotyczącymi ważności poszczególnych elementów w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia, jednakże nie dały jednoznacznego schematu powiązań (tabela 18). Cechami, w których zauważono najsilniejsze zależności z opiniami ($p < 0,001$), były wykształcenie i wielkość miejsca zamieszkania. Obie te cechy związane były z „przedstawieniem procesu leczenia, koniecznych badań i możliwych skutków ubocznych leczenia”, natomiast wykształcenie dodatkowo z „nawiązaniem relacji zaufania i szczerości”, płeć – z oczekiwaniem „empatii”, a wiek – z „nawiązywaniem relacji zaufania i szczerości”. Istotność statystyczną (choć słabszą, bo w zakresie $0,01 < p < 0,05$) zauważono dla subiektywnej oceny zdrowia z dwiema kategoriami opinii – „jasną i zrozumiałą komunikacją” oraz „koncentracją na pacjencie, a nie jego chorobie”.

Istotny związek z płcią wykazują trzy stwierdzenia. Dla kobiet częściej niż dla mężczyzn ważne były: poświęcenie czasu, wysłuchanie, uprzejme traktowanie oraz empatia (wskazania dla tych stwierdzeń wyniosły odpowiednio: 40,3% vs. 35,3%, 27,5% vs. 19,7%). Natomiast staranność, dokładność wykonywanych działań była ważniejsza dla mężczyzn niż kobiet (36,0% vs. 31,2%).

Pomoc w przejściu do kolejnych etapów leczenia staje się ważniejsza wraz z wiekiem pacjentów. Różnica wskazań między najstarszą a najmłodszą wyróżnioną grupą analityczną wynosi blisko dziesięć punktów procentowych (pacjenci w wieku 65 lat i więcej: 31,6%; pacjenci w wieku 18–29 lat: 21,0%). Odwrotna zależność jest zauważalna dla oczekiwań zachowania poufności i szanowania intymności. Im młodsi pacjenci, tym ważniejsza staje się dla nich realizacja tego obszaru. W grupie 18–29-latków oczekuje jej 21,0%, wśród osób w wieku 65 lat i więcej – 8,8%.

Im wyższe wykształcenie, tym większe znaczenie ma dla pacjentów przedstawienie procesu leczenia, koniecznych badań i możliwych skutków ubocznych leczenia (oczekuje jej 43,1% badanych z wyższym wykształceniem

Tabela 18. Istotność związku między opiniami pacjentów na temat ważności poszczególnych elementów w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia a wybranymi cechami respondentów

	PŁEĆ	WIEK	WYK	ZAM	AKT	SMR	SZDR
Obszar 1: pacjent i jego potrzeby							
przedstawienie procesu leczenia, koniecznych badań i możliwych skutków ubocznych leczenia	-	-	***	***	*	*	-
indywidualne podejście do pacjenta	-	-	-	-	**	-	-
pomoc w przejściu do kolejnych etapów leczenia	-	*	*	-	-	-	-
Obszar 2: czas i otwartość na pacjenta							
poświęcanie czasu, wysłuchanie, uprzejme traktowanie	*	-	-	-	-	*	-
empatia	***	-	-	-	-	-	-
Obszar 3: jasna i zrozumiała komunikacja z pacjentem	-	-	*	*	-	*	*
Obszar 4: budowa zaufania							
zachowanie poufności i szanowanie intymności	-	***	-	-	-	-	-
koncentracja na pacjencie, a nie tylko na jego chorobie	-	-	-	-	-	-	**
nawiązywanie relacji zaufania i szczerości	-	-	***	*	-	-	-
Obszar 5: staranność, dokładność wykonywanych działań	*	-	-	-	-	-	-

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; - wynik nieistotny statystycznie; WYK – miejsce zamieszkania; ZAM – status materialny rodziny; AKT – aktywność zawodowa; SZDR – samoocena zdrowia.

wobec 27,3% osób z wykształceniem niższym) oraz jasna i zrozumiała komunikacja (odpowiednio 47,2% vs. 38,3%). Jednakże im niższe jest wykształcenie pacjentów, tym ważniejsza jest dla nich pomoc w przejściu do kolejnych etapów leczenia (wskazało ją 31,2% ankietowanych z wykształceniem niższym niż średnie wobec oczekiwani 25,5% z wykształceniem wyższym) oraz nawiązywanie relacji zaufania i szczerości (odpowiednio: 17,0% vs. 9,9%).

Oczekiwania pacjentów wykazują związek z miejscem zamieszkania. Im wyższa klasa miejscowości określona liczbą mieszkańców, tym większa ważność przedstawiania procesu leczenia, koniecznych badań i możliwych skutków ubocznych leczenia oraz jasnej i zrozumiałej komunikacji. Oczekiwania osób badanych z miast liczących 500 tys. i więcej mieszkańców oraz wsi różnią się o 13 punktów procentowych (48,0% vs. 34,5%; 51,7% vs. 38,8%). Jednakże im mniejsza miejscowość, w której mieszka pacjent, tym ważniejsze nawiązywanie relacji zaufania i szczerości (14,3% vs. 7,4%).

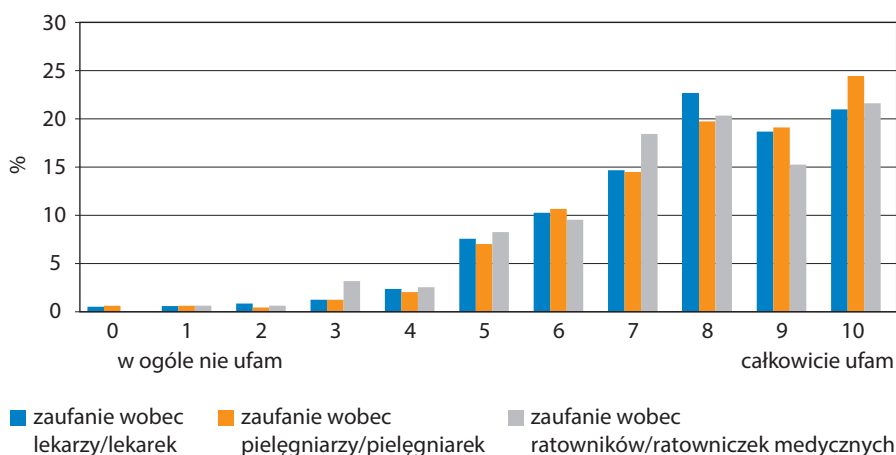
Indywidualne podejście do pacjenta jest ważniejsze dla osób pracujących zawodowo niż dla tych, którzy obecnie nie pracują (odpowiednio 36,6% vs. 29,3%). Przedstawienia procesu leczenia, koniecznych badań i możliwych skutków ubocznych leczenia częściej oczekują jednak osoby niepracujące (38,6%) niż aktywni zawodowo (33,0%).

Pacjenci, którzy gorzej oceniają swą sytuację materialną, w większym stopniu oczekują poświęcenia czasu i wysłuchania niż ci, którzy widzą ją pozytywniej (wskazania pacjentów z rodzin z niskim statusem materialnym wyniosły 43,0%, a z gospodarstw bardzo zamożnych – 36,9%). Odwrotna zależność występuje w związku z oczekiwaniami jasnej i zrozumiałej komunikacji z pacjentem oraz przedstawienia procesu leczenia, koniecznych badań i możliwych skutków ubocznych leczenia – im bardziej zamożne gospodarstwa domowe, tym większa ważność w tych obszarach (odpowiednio: 48,4% vs. 41,7%; 34,8% vs. 29,4%).

Jasnej i zrozumiałej komunikacji z pacjentem częściej oczekują pacjenci, którzy dobrze oceniają swój stan zdrowia, niż ci, którzy oceniają go negatywnie (45,8% vs. 37,3%). Natomiast koncentracja na pacjencie ważniejsza będzie dla tych, którzy źle oceniają swój stan zdrowia (18,8%), niż dla tych, którzy oceniają swoje zdrowie pozytywnie (12,3%).

Zaufanie jest jednym z istotnych elementów w budowaniu relacji między pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia. Pacjenci zostali poproszeni o określenie swojego poziomu zaufania wobec lekarzy/lekarek, pielęgniarzy/pielęgniarek, ratowników/ratowniczek medycznych na skali jedenastostopniowej, gdzie punkt 0 określał brak zaufania, 10 zaś – pełne zaufanie. Pacjenci opisywali zaufanie tylko wobec pracowników, z którymi mieli kontakt w danej jednostce ochrony zdrowia w czasie realizacji badania ankietowego.

Rozkład zaufania pacjentów jednostek ochrony zdrowia wobec poszczególnych grup zawodowych przedstawia rycina 6.



Rycina 6. Poziom zaufania do przedstawicieli wybranych zawodów medycznych w opinii pacjentów

Najwyższe zaufanie określone na skali pacjenci wykazują wobec pielęgniarzy i pielęgniarek (średnia: 7,85, SD = 1,96), w dalszej kolejności – lekarzy/lekarek (średnia: 7,74, SD = 1,95) i ratowników/ratowniczek medycznych (średnia: 7,62, SD = 1,98). Uzyskane średnie oraz rozkład odpowiedzi na poszczególne stopnie skali obrazują wysokie zaufanie wobec pracowników ochrony zdrowia. Z tego względu, aby dokładniej przeanalizować opinie opisujące wysoki poziom zaufania, wyodrębniono cztery poziomy: brak zaufania/małe zaufanie (poziomy: 0, 1, 2, 3), średnie zaufanie (4, 5, 6), duże zaufanie (7, 8) oraz bardzo duże zaufanie (9, 10).

Zaufaniem bardzo dużym darzy pracowników grupy pielęgniarskiej 43,3% pacjentów, istotnie mniejszym zaufaniem obdarza lekarzy 39,5%, ratowników medycznych zaś – 36,7%. Brak zaufania wobec pracowników jednostek ochrony zdrowia dla analizowanych grup pracowniczych wyraża 4,4% pacjentów (z czego 3,2% nie ufa przedstawicielom jednej grupy, 1,1% – pracownikom dwóch grup, 0,1% zaś – żadnej z trzech wyodrębnionych grup). Rozkład zaufania dla poszczególnych grup pracowników jednostek ochrony zdrowia przedstawia tabela 19.

Zaufanie wyrażane dla jednej z grup pracowników znajduje również odzwierciedlenie w zaufaniu do pozostałych grup (uzyskano istotność statystyczną na wysokim poziomie $p < 0,001$). Może to przynieść pozytywne implikacje praktyczne – budując pozytywny wizerunek i zaufanie do systemu

Tabela 19. Poziom zaufania do pracowników ochrony zdrowia

	Poziom zaufania							
	małe		średnie		duże		bardzo duże	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zaufanie wobec lekarzy/lekarek	49	3,2	307	20,1	568	37,2	603	39,5
Zaufanie wobec pielęgniarzy/ pielęgniarek	33	2,9	222	19,6	385	34,1	490	43,4
Zaufanie wobec ratowników/ ratowniczek medycznych	7	4,4	32	20,3	61	38,6	58	36,7

ochrony zdrowia, można je oprzeć na zaufaniu do jednej grupy lub wybranych grup pracowników.

Wśród wybranych do analiz zmiennych niezależnych (głównie demograficznych) nie zauważono istotnego związku między zaufaniem wobec poszczególnych grup pracowniczych a płcią, jak również aktywnością zawodową. Żadna z wybranych cech demograficznych nie wykazała związku z zaufaniem do ratowników medycznych.

Cechą, dla której związek występował z każdą z analizowanych grup, była subiektywna ocena zdrowia – istotność z zaufaniem do lekarzy wyniosła $p < 0,001$, do pielęgniarzek zaś – $p = 0,005$ ($0,05 < p < 0,001$). Im lepiej pacjenci oceniali swoje zdrowie, tym większym zaufaniem darzyli tych pracowników ochrony zdrowia. Słabszą istotność ($p < 0,05$) zaobserwowano dla: wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz subiektywnej oceny zamożności swego gospodarstwa domowego. Im starsi, lepiej wykształceni, mieszkający w większych miejscowościach i lepiej oceniający swoją zamożność pacjenci, tym silniejsze zaufanie do wymienionych grup zawodowych. Występowanie i siłę związku między poziomem zaufania a wybranymi cechami przedstawiono w tabeli 20.

Tabela 20. Istotność związku między poziomem zaufania wobec grup pracowniczych a wybranymi cechami respondentów

	Wybrane cechy demograficzne						
	PŁEĆ	WIEK	WYK	ZAM	AKT	SMR	SZDR
Zaufanie wobec lekarzy/lekarek	–	*	*	–	–	*	***
Zaufanie wobec pielęgniarzy/pielęgniarek	–	–	–	*	–	–	**
Zaufanie wobec ratowników/ ratowniczek medycznych	–	–	–	–	–	–	–

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; – wynik nieistotny statystycznie; WYK – wykształcenie; ZAM – miejsce zamieszkania; SMR – status materialny rodziny; AKT – aktywność zawodowa; SZDR – samoocena zdrowia.

Analiza czynnikowa opinii pacjentów na temat największych barier i utrudnień w budowaniu relacji i komunikowaniu się z pracownikami ochrony zdrowia pozwoliła na wyodrębnienie pięciu obszarów, które tworzą dwie osie: barier administracyjnych oraz barier interpersonalnych.

Za największą przeszkodę pacjenci uznali te elementy, które związane są ze zbyt małą liczbą pracowników skutkującą ich przemęczeniem (57,3%). Są one nierozłącznie związane z obszarami 3. i 4., czyli brakiem czasu (42,6%) i nadmierną biurokracją (36,4%).

Wśród barier interpersonalnych najważniejsze są ignorowanie i arogancja wobec pacjentów (43,8%), które przejawiają się brakiem zainteresowania pacjentem, trudnościami w uzyskaniu informacji, a nawet wywyższaniem czy agresją ze strony pracowników ochrony zdrowia.

Niespełna jedna trzecia pacjentów (28,1%) zwraca uwagę na brak wystarczających umiejętności komunikacyjnych – objawiających się albo używaniem zbyt trudnego, fachowego języka, albo po prostu brakiem umiejętności komunikacyjnych.

Rozkład opinii pacjentów w poszczególnych obszarach i elementach przedstawia tabela 21.

Tabela 21. Ważność poszczególnych elementów utrudniających tworzenie relacji i komunikowanie się z pracownikami ochrony zdrowia

	Pacjenci z Badania w jednostkach medycznych N = 1572	
	n	%
Obszar 1: mała liczba pracowników, przemęczenie	900	57,3
zbyt mała liczba pracowników ochrony zdrowia w stosunku do liczby pacjentów	644	41,0
przemęczenie pracowników ochrony zdrowia	473	30,1
Obszar 2: ignorowanie i arogancja wobec pacjentów	688	43,8
brak zainteresowania pacjentem, ignorowanie go	378	24,0
trudność z uzyskaniem informacji od personelu	293	18,6
arogancja, wywyższanie, agresja ze strony personelu	266	16,9
Obszar 3: brak wystarczającej ilości czasu	669	42,6
Obszar 4: nadmierna biurokracja	572	36,4
Obszar 5: brak umiejętności komunikacyjnych	441	28,1
używanie fachowego, zbyt złożonego języka	244	15,5
brak umiejętności komunikacyjnych ze strony pracowników ochrony zdrowia	236	15,0
Nic nie utrudnia	78	5,0

Tak jak w przypadku czynników wspierających komunikowanie się oraz tworzenie relacji, tak i w przypadku barier dokonano analizy związków z niezależnymi zmiennymi demograficznymi oraz subiektywną oceną sytuacji materialnej i zdrowia. W wyniku analiz otrzymano podobny obraz – między poszczególnymi elementami można zaobserwować zależności istotne statystycznie, nie są one jednak systematyczne i nie budują przejrzystego interpretacyjnie obrazu. Najwięcej zależności odnotowano w przypadku aktywności zawodowej (z siedmioma elementami). Wykształcenie oraz subiektywna ocena zdrowia wykazały istotne związki z pięcioma elementami. Płeć i wiek, które w badaniach społecznych są częstymi korelatami, zasadniczo nie różnicowały opinii.

Istotność związku między elementami utrudniającymi tworzenie relacji i wzajemne komunikowanie się pracowników a wybranymi cechami respondentów przedstawia tabela 22.

Istotność związku między płcią a wskazaniami zauważono jedynie dla bariery związanej z brakiem umiejętności komunikacyjnych ze strony pracowników ochrony zdrowia ($p = 0,049$), która była bardziej dostrzegalna dla mężczyzn (17,2%) niż dla kobiet (13,6%).

Wraz z wiekiem pacjentów nadmierna biurokracja była większym utrudnieniem (wśród 18–29-latków wskazywało ją 28,5%, wśród pacjentów w wieku 65 lat i więcej – 43,5%). Odwrotny związek występował w przypadku trudności z uzyskaniem informacji od personelu oraz braku zainteresowania pacjentem, ignorowania go – są to trudności częściej wskazywane przez młodszych ankietowanych (odpowiednio: 18,2% vs. 10,4%; 30,8% vs. 18,7%).

Im wyższe wykształcenie pacjentów, tym więcej osób jako bariery zauważało: zbyt małą liczbę pracowników ochrony zdrowia w stosunku do liczby pacjentów (wśród osób z wyższym wykształceniem odpowiedź zaznaczyło: 47,2% vs. 34,0% badanych z wykształceniem poniżej średniego), brak wystarczającej ilości czasu (49,7% vs. 33,3%), nadmierną biurokrację (38,5% vs. 29,1%). Im niższe wykształcenie, tym większą trudnością jest używanie fachowego, zbyt złożonego języka (według pacjentów z wykształceniem poniżej średniego: 18,8%, dla osób z wyższym wykształceniem: 11,8%).

Przemęczenie pracowników ochrony zdrowia, arogancja, wywyższanie się, agresja ze strony personelu, brak wystarczającej ilości czasu, brak umiejętności komunikacyjnych pracowników ochrony zdrowia to bariery, których częstość dostrzegania zwiększa się wraz z rosnącą liczbą mieszkańców miejsca zamieszkania pacjentów.

Osoby pracujące istotnie częściej wskazywały: brak zainteresowania pacjentem, ignorowanie go, trudności z uzyskaniem informacji od personelu,

Tabela 22. Istotność związku między elementami utrudniającymi tworzenie relacji i komunikowanie się z pracownikami a wybranymi cechami respondentów

	PŁEĆ	WIEK	WYK	ZAM	AKT	SMR	SZDR
Obszar 1: mała liczba pracowników, przemęczenie							
zbyt mała liczba pracowników ochrony zdrowia w stosunku do liczby pacjentów	-	-	**	-	-	-	-
przemęczenie pracowników ochrony zdrowia	-	-	-	**	-	-	-
Obszar 2: ignorowanie i arogancja wobec pacjentów							
brak zainteresowania pacjentem, ignorowanie go	-	*	-	-	*	-	*
trudność z uzyskaniem informacji od personelu	-	*	-	-	**	-	**
arogancja, wywyższanie, agresja ze strony personelu	-	-	-	**	**	-	-
Obszar 3: brak wystarczającej ilości czasu	-	-	***	**	-	-	-
Obszar 4: nadmierna biurokracja	-	**	**	-	**	-	-
Obszar 5: brak umiejętności komunikacyjnych							
używanie fachowego, zbyt złożonego języka	-	-	**	-	-	-	-
brak umiejętności komunikacyjnych ze strony pracowników ochrony zdrowia	*	-	-	***	*	*	*

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; - wynik nieistotny statystycznie; WYK - wykształcenie; ZAM - miejsce zamieszkania; SMR - status materialny rodziny; AKT - aktywność zawodowa; SZDR - samoocena zdrowia.

arogancję, wywyższanie się, agresję ze strony personelu, nadmierną biurokrację oraz brak umiejętności komunikacyjnych pracowników ochrony zdrowia niż nieaktywni zawodowo.

Zauważalność braku kompetencji komunikacyjnych zwiększa się wraz ze słabszą percepcją swojej sytuacji materialnej.

Im gorsza ocena własnego zdrowia, tym częściej jako elementy utrudniające komunikację wskazywano: brak zainteresowania pacjentem, ignorowanie go (pacjenci oceniający swoje zdrowie negatywnie – 30,8%, pozytywnie – 22,5%), brak umiejętności komunikacyjnych ze strony pracowników ochrony zdrowia (odpowiednio negatywnie oceniający 20,2% vs. pozytywnie oceniający zdrowie 14,1%), trudności z uzyskaniem informacji od personelu (odpowiednio: 25,4% vs. 16,3%).

Pandemia ma się nijak do rzeczywistości i do realnych potrzeb pacjenta. Covid przyćmił realne i codzienne choroby. (pacjent)

Na podstawie analizy czynnikowej opinii na temat elementów utrudniających tworzenie relacji i komunikowanie się z pracownikami ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19 wyróżniono cztery obszary.

Wśród barier odnotowanych w tym okresie na pierwszy plan wysuwają się te, które utrudniały bądź uniemożliwiały uzyskanie informacji oraz kontakt z bliskimi. Na obszar ten wskazywało 61,8% pacjentów jednostek. Co drugi pacjent (51,4%) zwracał uwagę na elementy bezpośrednio związane z koniecznością ochrony przed koronawirusem, czyli stosowaniem maseczek, kombinezonów i zachowaniem dystansu.

Możliwość zdalnego kontaktu i uzyskania porad były wskazywane przez część pacjentów jako jeden z pozytywnych efektów pandemii. Dla 42,6% ankietowanych teleporady stanowiły przeszkodę w budowaniu relacji oraz komunikowaniu się z pracownikami ochrony zdrowia.

Nieznacznie mniejsza grupa pacjentów (41,1%) uważa, że koncentracja na pandemii stanowiła przeszkodę samą w sobie i odciągała uwagę pracowników ochrony zdrowia od pacjenta, jego potrzeb i problemów. Rozkład opinii pacjentów w poszczególnych obszarach i elementach związanych bezpośrednio z pandemią COVID-19 przedstawia tabela 23.

Związek cech demograficznych z opiniami na temat utrudnień w czasie pandemii COVID-19 występuje rzadziej niż w przypadku barier utrudniających budowanie relacji i komunikowanie się „na co dzień” z pracownikami ochrony zdrowia. Najczęściej zależności istotne zaobserwowano w stosunku do wielkości miejsca zamieszkania (związek z czterema elementami) oraz w przypadku stwierdzenia: „większa koncentracja personelu na pacjentach z chorobą COVID-19 niż na mnie” (z czterema zmiennymi niezależnymi).

Tabela 23. Ważność poszczególnych elementów utrudniających tworzenie relacji i komunikowanie się z pracownikami ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19

	Pacjenci z Badania w jednostkach medycznych	
	n	%
Obszar 1: brak dostępu do informacji i bliskich	971	61,8
brak możliwości kontaktu pacjentów z ich bliskimi	561	35,7
brak możliwości kontaktu i uzyskania informacji	506	32,2
niewystarczające informacje dotyczące stanu pacjenta	341	21,7
Obszar 2: dystans, maseczki i kombinezony	808	51,4
maseczki uniemożliwiające zrozumienie, co ktoś mówi	471	30,0
konieczność zachowania dystansu (odległości)	354	22,5
kombinezony i maseczki uniemożliwiające czytanie mimiki	308	19,6
Obszar 3: nowe formy kontaktu zdalnego – teleporady	670	42,6
Obszar 4: skupienie na epidemii	646	41,1
większa koncentracja personelu na pacjentach z chorobą COVID-19 niż na mnie	398	25,3
konieczność stosowania dodatkowych procedur epidemiologicznych	365	23,2
Nic nie utrudnia	93	5,9

Istotność związku między elementami utrudniającymi tworzenie relacji i wzajemnie komunikowanie się w czasie pandemii a wybranymi cechami respondentów przedstawia tabela 24.

Analizując zależność dla poszczególnych cech, można zauważyć, że brak możliwości kontaktu pacjentów z ich bliskimi częściej jest większym utrudnieniem dla kobiet niż dla mężczyzn (37,6% vs. 32,7%), natomiast niewystarczające informacje dotyczące stanu pacjenta przeszkadzają większej grupie mężczyzn niż kobiet (25,6% vs. 19,2%).

Istotna zależność od wieku została potwierdzona tylko dla jednego elementu. Bariery związane z noszeniem maseczek utrudniające zrozumienie komunikacji werbalnej doskwierają bardziej starszym pacjentom (w grupie osób w wieku 65 lat i więcej udział wskazań wyniósł 36,8%, a w najmłodszej grupie analitycznej 18–29-latków – 32,7%).

Wykształcenie ankietowanych również jest korelatem tylko jednego elementu i wskazuje, że im wyższy poziom edukacji, tym częściej wskazywanym utrudnieniem jest brak możliwości kontaktu i uzyskania informacji (udział wskazań wśród pacjentów z wyższym wykształceniem wyniósł 37,3%, a w grupie osób, które nie ukończyły szkoły średniej – 24,5%).

Z analizowanych zmiennych demograficznych klasa wielkości miejsca zamieszkania pacjentów określana liczbą mieszkańców wykazała się największą liczbą istotnych relacji (z czterema stwierdzeniami). Być może jest to bezpośredni efekt obostrzeń i utrudnień w przemieszczaniu się w czasie pandemii. Zależność, w której zaobserwowano, że im większa miejscowość, tym częściej wskazywano na daną barierę, wystąpiła dla elementów: „większa koncentracja personelu na pacjentach z chorobą COVID-19 niż na pacjencie” (mieszkańcy miast 500 tys.+ : 32,1% vs. wsi: 18,9%); „nowe formy kontaktu zdalnego – teleporady” (mieszkańcy miast 500 tys.+ : 42,8% vs. wsi: 34,9%); „brak możliwości kontaktu i uzyskania informacji” (mieszkańcy miast 500 tys.+ : 38,7% vs. wsi: 26,1%). Zależność odwrotna – im mniejsza wielkość miejscowości, tym więcej wskazań – wystąpiła dla elementu: „kombinezony i maseczki uniemożliwiające czytanie mimiki” (mieszkańcy wsi: 25,4% vs. miast 500 tys.+ : 14,4%).

Osoby aktywne zawodowo częściej niż te, które obecnie nie pracują zawodowo, wśród utrudnień wskazywały na większą koncentrację personelu na pacjentach z chorobą COVID-19 niż na pacjencie oraz konieczność stosowania dodatkowych procedur epidemiologicznych (odpowiednio: 27,4% aktywnych zawodowo vs. 22,3% niepracujących zawodowo; 25,7% vs. 20,2%).

Choć subiektywna ocena sytuacji materialnej wykazuje istotność z dwoma elementami, to kierunki dla każdego z nich są przeciwne. Im lepsza ocena zamożności, tym częściej jako utrudnienie w budowaniu relacji i komunikowaniu się wskazywano, że w czasie pandemii częściej koncentrowano się na chorobie COVID-19 niż na pacjencie (udział wskazań wśród bardzo zamożnych pacjentów wyniósł 32,2%, wśród tych zaś, których sytuacja materialna jest zła – 24,8%). Im mniejsza zamożność gospodarstwa domowego pacjentów, tym bardziej maseczki utrudniały komunikację werbalną (wskazania ankietowanych, których zamożność określono jako „niską”, wyniosły 36,0%, bardzo zamożnych zaś – 32,0%).

Przystępując do analiz, spodziewano się częstszych zależności z subiektywną oceną zdrowia, ta jednak wykazała istotność tylko z jednym elementem: większa koncentracja personelu na pacjentach z chorobą COVID-19 niż na pacjencie. Kierunek jednak był zgodny z założoną hipotezą: barierę częściej wskazywały osoby oceniające gorzej swoje zdrowie (udział wskazań wśród negatywnie oceniających swój stan zdrowia wyniósł 32,2%, wśród tych zaś, którzy pozytywnie ocenili swój stan zdrowia – 24,8%).

Hipoteza o tym, że zmienne bezpośrednio związane z pandemią, tj. zachorowanie na COVID-19, szczepienie przeciwko COVID-19, śmierć

Tabela 24. Istotność związku między elementami utrudniającymi tworzenie relacji i komunikowanie się z pracownikami w czasie pandemii COVID-19 a wybranymi cechami respondentów

	PŁEĆ	WIEK	WYK	ZAM	AKT	SMR	SZDR
Obszar 1: brak dostępu do informacji i bliskich							
brak możliwości kontaktu pacjentów z ich bliskimi	*	-	-	-	-	-	-
brak możliwości kontaktu i uzyskania informacji	-	-	***	***	-	-	-
niewystarczające informacje dotyczące stanu pacjenta	**	-	-	-	-	-	-
Obszar 2: dystans, maseczki i kombinezony							
maseczki uniemożliwiające zrozumienie, co ktoś mówi	-	*	-	-	-	*	-
konieczność zachowania dystansu (odległości)	-	-	-	-	-	-	-
kombinezony i maseczki uniemożliwiające czytanie mimiki	-	-	-	**	-	-	-
Obszar 3: nowe formy kontaktu zdalnego – teleporady	-	-	-	**	-	-	-
Obszar 4: skupienie na epidemii							
większa koncentracja personelu na pacjentach z chorobą COVID-19 niż na pacjencie	-	-	-	***	*	*	**
konieczność stosowania dodatkowych procedur epidemiologicznych	-	-	-	-	*	-	-

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; – wynik nieistotny statystycznie; WYK – miejsce zamieszkania; ZAM – miejsce zamieszkania; SMR – status materialny rodziny; AKT – aktywność zawodowa; SZDR – samoocena zdrowia.

bliskiej osoby w czasie pandemii czy bezpośrednio z powodu koronawirusa, obawa przed zgłoszeniem się do jednostki ochrony zdrowia w związku z COVID-19, będą częściej lub silniej tworzyć związki z opiniami na temat barier w budowaniu relacji i komunikowania się z pracownikami w czasie pandemii, generalnie nie potwierdziła się.

Najwięcej istotnych związków ze zmiennymi społeczno-demograficznymi zaobserwowano w odniesieniu do większej koncentracji personelu na pacjentach z chorobą COVID-19. Zmienne socjodemograficzne często też wykazywały związek ze szczepieniem przeciwko COVID-19 ($p < 0,001$), zarażeniem/zachorowaniem na COVID-19 oraz śmiercią bliskiej osoby ($p < 0,05$).

1.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań

Niniejsze badanie identyfikowało rozumienie humanizacji medycyny przez pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Najważniejszym obszarem w codziennej pracy dla grupy lekarskiej oraz ratowniczej jest jakość komunikowania się. Grupa pielęgniarska oraz pracownicy innych grup zawodowych w największym stopniu stawiają na indywidualność potrzeb oraz usytuowanie pacjenta na pierwszym miejscu. Grupy te w większym stopniu zwracają uwagę na ważność otwartości, empatii i potrzeby wzbudzania zaufania u pacjentów niż ratownicy medyczni i lekarze. Prawie wszyscy ankietowani pracownicy (ponad 92%) opisali komunikację jako co najmniej bardzo ważną. Jak wspominali uczestnicy badania Busch i in. (2019), bycie uważnym i zainteresowanym pacjentem, a także wrażliwa komunikacja werbalna/niewerbalna są ważnymi środkami do nawiązania takiej więzi – tak wykazano również we wcześniejszych badaniach (Framp-ton i Guastello, 2014). Co więcej, kilku autorów powiązało empatię z poprawą relacji terapeutycznej (Haslam, 2007).

Brak czasu, intensywna rutyna w pracy, wysokie wymagania wobec świadczeniodawców, nadmierna biurokratyzacja oraz dodatkowe czynności wykraczające poza zakres obowiązków profesjonalistów stanowią znaczące bariery w osiąganiu humanizowanej opieki. W badaniach własnych większość pracowników ochrony zdrowia (średnio ponad 81%) twierdziła, że codzienną pracę najbardziej utrudnia im biurokracja, niedostatek czasu i złe warunki, co przekłada się na trudności w uzyskaniu informacji od pacjentów. Ponadto ratownicy medyczni w równie silnym stopniu narażeni są na czynniki związane z postawą roszczeniową pacjentów, rodzin i ich arogancją. Co więcej, badania wskazały na zbyt małą liczbę perso-

nelu w stosunku do liczby pacjentów, co w największym stopniu dotyka pielęgniarstwa i położnictwa. Dodatkowo istotnym czynnikiem zakłócającym pracę jest przemęczenie. Powyższe wyniki potwierdzają badania Jeleff i in. (2022), według których w okresie pandemii COVID-19 brak gotowości ochrony zdrowia obejmował: opóźnione wytyczne dotyczące profilaktyki i kontroli zakażeń, braki środków ochrony osobistej w połączeniu z brakami kadrowymi (zwłaszcza personelu pielęgniarskiego) i przepracowanie personelu. Obciążenia fizyczne i psychiczne wynikały z przepracowania pracowników ochrony zdrowia, którzy pracowali w ciągłej gotowości, aby stawić czoła niepewności medycznej i krytycznym stanom pacjentów.

Gdy organizacje są w stanie pokonać te bariery, stworzyć odpowiednie warunki pracy, a tym samym pokazać, że dobro pracowników ochrony zdrowia jest ważne, pracownicy będą odczuwać większą satysfakcję z pracy, będą mniej podatni na wypalenie zawodowe i będą świadczyć lepszą opiekę.

W kontekście pandemii COVID-19 – oprócz zaleceń epidemiologicznych (konieczności noszenia kombinezonów, maseczek, stosowania procedur i zaleceń) – codzienną pracę utrudniał chaos informacyjny. W największym stopniu zwracali na to uwagę lekarze oraz ratownicy medyczni. Jedna trzecia pracowników dodatkowo wskazała również, że koncentracja na COVID-19 jako problemie medycznym nie ułatwiała im pracy z pacjentami. Badania również dowodzą, że związane z pandemią ograniczenia odwiedzin spowodowały zasadnicze zmiany w sposobie nawiązywania komunikacji między członkami rodziny, pacjentami i pracownikami ochrony zdrowia (Bernild i in., 2021; Hasselkus i Moxley, 2021).

Należy podkreślić, że pracownicy ochrony zdrowia będą w stanie prawdziwie troszczyć się o pacjentów i świadczyć humanitarną opiekę tylko wtedy, gdy ich własne potrzeby również zostaną zaspokojone. Humanizacja medycyny jest pojęciem ponadczasowym, a profesjonaliści powinni okazywać szacunek sobie i innym oraz promować takie wartości, jak: wrażliwość, solidarność, ofiarność i empatia, aktywne słuchanie, szacunek i współczucie.

„Indywidualne podejście do pacjenta” to koncentracja na ich własnej, osobistej historii, a nie traktowanie jako jednego lub kolejnego przypadku chorobowego. Odpowiedź na tę potrzebę wymaga od pracowników ochrony zdrowia zaangażowania, empatii oraz wygospodarowania odpowiedniej ilości czasu. Realizacja ostatniego oczekiwania wydaje się w obecnych czasach niezwykle trudna. Brak czasu, nadmierna biurokracja oraz braki kadrowe skutecznie utrudniają budowanie relacji z pacjentem oraz dobrą komunikację.

Pacjenci oczekują jasnego, zrozumiałego komunikatu dotyczącego ich zdrowia oraz kolejnych etapów procesu diagnostycznego/lecniczego. Równocześnie wskazują, że przeszkodą w realizacji tego celu jest nie tylko brak wystarczających kompetencji, ale również ignorowanie pacjentów przez pracowników oraz ich arogancja.

Podczas nagłego kryzysu zdrowia publicznego, takiego jak pandemia COVID-19, stosunek społeczeństwa do pracowników opieki zdrowotnej może się szybko zmienić w zależności od tego, jak dobrze personel medyczny radzi sobie z chorobą i relacjami z pacjentami. Przegląd literatury dostarcza dowodów, że zaufanie ma kluczowe znaczenie dla sprawnego funkcjonowania złożonych systemów, zwłaszcza w opiece zdrowotnej (Barach i in., 2020; Chang i in., 2013; Hall i in., 2001). W swoich badaniach Gopichandran i Sakthivel (2021) wykazali, że pacjenci mieli trudności z komunikowaniem się ze swoimi lekarzami ze względu na dystans fizyczny, używane środki ochrony osobistej i ograniczony czas spędzony z nimi w związku z zaleceniami dotyczącymi COVID-19. Mimo tej niedostępności i trudności w komunikacji z lekarzami zaufanie ankietowanych do lekarzy pozostało wysokie nawet w czasach pandemii COVID-19. Wraz z wiekiem wzrastało zaufanie do lekarzy i zmniejszały się trudności w porozumiewaniu się, a wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia – malało zaufanie do lekarzy i zwiększały się trudności w porozumiewaniu się. Badania własne również wskazują, że jedynie 4% pacjentów wyrażało brak zaufania do pracowników medycznych, a największe zaufanie deklarowali co do grupy pielęgniarskiej i lekarskiej.

W dalszych analizach realizatorzy projektu sięgną do nieopisanych w tym rozdziale skal i pytań. Odrębnych analiz wymaga na przykład ocena jakości komunikacji między pracownikami medycznymi a pacjentami mierzona skalą HP-CSS, dzięki której można ocenić poszczególne jej wymiary: empatię, szacunek, umiejętności społeczne i klarowny sposób komunikowania się. Można również przyjąć hipotezę, że wiele obciążeń związanych z pracą w pandemii nie tylko rzutowało na stan zdrowia psychicznego pracowników ochrony zdrowia, ale też na ich relacje z pacjentami. Takie pogłębione analizy wymagają skojarzenia zagadnień, które w tym wstępnym raporcie omówiono w odrębnych rozdziałach.

Warto zauważyć, że zarówno pacjenci, jak i personel dostrzegali podobne trudności w okresie pandemicznym w obszarze między innymi przemęczenia personelu i braków kadrowych czy braku kontaktu z bliskimi i rodzinami. Perspektywy, które mogą wydawać się odrębne, łączą się, wyrażając podobne potrzeby obu grup. Humanizacja opieki zdrowotnej zakłada włączenie „człowieczeństwa” w każdy punkt opieki. Oznacza

to wprowadzenie współczucia i empatii do nauk medycznych, a także uwzględnianie i poświęcanie uwagi obu stronom – zarówno pracownikom, jak i pacjentom, przy jednoczesnym uwzględnieniu asymetryczności tej relacji.

Jestem przeokropnie zmęczony tą pracą, potrzebowałbym odpocząć i jestem na etapie zastanawiania się nad pójściem do psychologa, bo wypalenie zawodowe, i tak dalej, osiągnęło chyba już szczyt mojego zenitu, mimo tego, że gdzieś tam człowiek czasami się stara, i tak dalej, ale przestało mi to sprawiać frajdę, może ta praca kiedyś jakoś... z fajnie wykonanej pracy to się człowiek cieszył, i tak dalej, ale teraz to już zarobione. (lekarz psychiatra)

W czasie pandemii z wszystkich wyszło najgorsze, co mieli w sobie, i pokazali, jakie mają metody radzenia sobie ze stresem, i bardzo często były to metody nieproduktywne. Mało osób się sprawdziło, że podchodziło do tego spokojnie, rzeczowo – na przykład pielęgniarki krzyczały na lekarza, że coś źle robi, lekarze krzyczeli między sobą, takie to były niedojrzałe zachowania. (pacjent z dzieckiem hospitalizowanym)

2.

Pandemia COVID-19 z perspektywy pracowników ochrony zdrowia

2.1. Tło analiz

Praca jest niezwykle istotnym elementem życia każdego człowieka i wpływa na jego funkcjonowanie w życiu codziennym, może być źródłem nie tylko wielu radości i sukcesów, lecz także przyczyną załamań i depresji (Khamisa i in., 2015). W ostatnich dziesięcioleciach wzrosło obciążenie związane z pracą, co może powodować spadek wydajności pracowników, wpływając również na ich zdrowie (Tremblay i Messervey, 2010).

Pracownicy ochrony zdrowia na całym świecie są także ofiarami negatywnych działań w miejscu pracy i poza nim, takich jak: molestowanie, nadużycia, długie godziny pracy, cierpienie psychiczne, zmęczenie i wypalenie zawodowe. Oprócz przemocy bezpośrednio stosowanej wobec pracowników ochrony zdrowia sama pandemia negatywnie wpływała na ich stan psychiczny, prowadząc do wzrostu lęku (Mete i in., 2022).

Wypalenie zawodowe jest niekorzystne nie tylko indywidualnie dla każdego pracownika, lecz także dla ich pracy z pacjentem i dla całej

instytucji ochrony zdrowia. Wykazano, że wypalenie zawodowe zwiększa ryzyko powstawania błędów medycznych i niekorzystnie wpływa na bezpieczeństwo pacjentów (Shanafelt i in., 2010). Wyższe poziomy wypalenia były także związane z większym niezadowoleniem wśród pacjentów oraz częstszymi skargami pacjentów i ich rodzin (Profit i in., 2014). Ważną implikacją dla systemu ochrony zdrowia jest również to, że lekarze cierpiący z powodu wypalenia częściej przechodzą na wcześniejszą emeryturę, co może opóźnić lub uniemożliwić dostęp pacjentów do najbardziej doświadczonych lekarzy i wydłużyć czas oczekiwania na leczenie (Lacy i Chan, 2018).

Światowa społeczność musi być świadoma potencjalnych konsekwencji psychospołecznych, których mogą doświadczyć pracownicy ochrony zdrowia przebywający z pacjentami z chorobą COVID-19. Ci pracownicy są narażeni na zwiększone ryzyko doświadczania zaburzeń związanych z nastrojem i traumą, w tym zespołu stresu pourazowego (PTSD), (Benham i in., 2022).

Monitorowanie warunków pracy, jak również reakcji emocjonalnych pracowników ochrony zdrowia w obliczu globalnej pandemii powinno być prowadzone w celu zapobiegania rozwojowi potraumatycznych reakcji stresowych (Canal-Rivero i in., 2022).

Celem niniejszego rozdziału jest analiza procentowego rozkładu odpowiedzi na pytania indywidualne w podziale na cztery grupy zawodowe oraz identyfikacja procentowych rozkładów występowania wypalenia zawodowego oraz PTSD.

2.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników

Wybierając standaryzowane skale do kwestionariuszy dla personelu i pacjentów, kierowano się ich zgodnością z zakresem tematycznym projektu i przyjętym modelem konceptualnym, ale też długością – ze względu na ustalony limit czasowy wypełniania kwestionariuszy. W celu weryfikacji wypalenia zawodowego oraz PTSD użyto standaryzowanych narzędzi BAT-12 oraz PTSD-8.

Proces adaptacji skali BAT-12 obejmował jego tłumaczenie i retranslację, a także pozyskanie zgody autora.

Międzynarodowa niezmienność pomiarów BAT w siedmiu reprezentatywnych próbach krajowych (tj. Austria, Belgia, Finlandia, Niemcy, Irlandia, Holandia i Japonia) wskazała BAT jako wiarygodne narzędzie do porównywania poziomów wypalenia zawodowego w różnych krajach (de Beer i in., 2020). *Burnout Assessment Tool* (BAT) jest nowym kwestionariuszem

służącym do pomiaru wypalenia. Jego opracowanie uważa się za konieczne, ponieważ najczęściej stosowany kwestionariusz – *Maslach Burnout Inventory* (MBI) – wykazuje wiele niedoskonałości koncepcyjnych, technicznych i praktycznych.

Oprócz pełnej wersji BAT zawierającej 23 pozycje dostępna jest również wersja skrócona zawierająca 12 pozycji. Właściwości psychometryczne BAT-12 (tj. trafność czynnikowa, spójność wewnętrzną, rzetelność test-retest oraz trafność zbieżna i dyskryminacyjna) są podobne do właściwości pełnej wersji. Ponadto odpowiednie podskale i wyniki całkowite obu wersji BAT korelują ze sobą niemal idealnie. BAT-23 jest zalecany do indywidualnej oceny diagnostycznej, natomiast BAT-12 może być równie dobrze stosowany do innych celów, na przykład badań przesiewowych i monitoringu.

Ramy teoretyczne BAT konceptualizują wypalenie jako syndrom łączący cztery powiązane ze sobą podstawowe komponenty. Zgodnie z tą perspektywą wyczerpanie odnosi się do wyczerpania zasobów fizycznych i psychologicznych. Dystans psychiczny opisuje obojętność wobec swojej pracy i rozczarowanie jej sensem; zaburzenia emocjonalne wiążą się z przytłaczającymi negatywnymi emocjami związanymi z codziennymi zadaniami; zaburzenia poznawcze obejmują oznaki zaburzonych procesów poznawczych, takich jak: koncentracja, uwaga i pamięć (Schaufeli i in., 2020).

Co więcej, opierając się na grupie, która cierpi na poważne wypalenie, wyznaczono punkty odcięcia. Można je wykorzystać do identyfikacji pracowników, którzy są zagrożeni wypaleniem lub najprawdopodobniej cierpią na poważne wypalenie. Średnie wyniki w skalach BAT oblicza się, dodając wyniki wszystkich pozycji danej podskali, a następnie dzieląc tę sumę przez liczbę pozycji tej skali. Stosowane są następujące kategorie punktacji: 1 – „nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „czasami”, 4 – „często” i 5 – „zawsze”. Oznacza to, że wartość średnich wyników skali waha się od 1 do 5. Dodając wyniki wszystkich pozycji BAT i dzieląc sumę przez 23 (lub przez 12 w przypadku wersji skróconej), otrzymuje się wynik całkowity, który również mieści się w przedziale od 1 do 5. Na podstawie podręcznika Schaufeliego i in. (2020) w niniejszej pracy zastosowano punkty odcięcia: wyniki do 2,53 – brak wypalenia, wyniki wyższe lub równe 2,54 i mniejsze niż 3,02 – ryzyko wypalenia, wyniki równe lub wyższe 3,02 – wypalenie wysoce prawdopodobne.

Proces adaptacji skali PTSD-8 (*Post-Traumatic Stress Disorder*) obejmował jego tłumaczenie i retranslację, a także pozyskanie zgody autora.

PTSD-8 składa się z ośmiu itemów i z trzech wymiarów – Intruzja (*Intrusion*), Unikanie (*Avoidance*) i Hiperczułość (*Hypervigilance*).

Wykazano, że PTSD-8 ma dobre właściwości psychometryczne w trzech niezależnych próbach: pacjentów po urazie głowy ($N = 1710$), ofiar gwałtu ($N = 305$) i ofiar katastrofy ($N = 516$). Jest dobrym narzędziem do stosowania w badaniach przesiewowych w kierunku PTSD w różnych populacjach osób po traumie w różnych okresach. Ma on również przewagę nad innymi miarami przesiewowymi, ponieważ ocenia nasilenie objawów. Ponadto PTSD-8 zostało zwalidowane w trzech dużych, heterogenicznych próbach traumatycznych z wysokim odsetkiem przypadków PTSD. PTSD-8 wykazuje dobre właściwości psychometryczne i może być stosowany przez różnych pracowników ochrony zdrowia bez specjalności związanych z traumą (Hansen i in., 2010).

W celu stwierdzenia, że syndrom występuje, musi wystąpić przynajmniej jedna z czterech pozycji intruzji z wynikiem >3 , przynajmniej jedna z dwóch pozycji unikania z wynikiem >3 i przynajmniej jedna z dwóch pozycji hiperczułości z wynikiem >3 .

Na potrzeby analiz pracownicy zostali podzieleni na cztery grupy – lekarską, pielęgniarską, ratowniczą oraz grupę innych zawodów medycznych i niemedycznych. Kryterium włączenia do analiz stanowił kontakt z pacjentami na co dzień oraz praca w okresie pandemii COVID-19 ustalana na podstawie pytania: „Czy pracował/a Pan/Pani zawodowo w okresie pandemii COVID-19?”, na które można było udzielić odpowiedzi, wybierając jedno stwierdzenie lub więcej: „tak, w 2020 roku”, „tak, w 2021 roku” lub „tak, w 2022 roku”.

Do opisu wypalenia zawodowego i PTSD zastosowano wyżej wymienione skale pomiarowe, w odniesieniu do reszty pytań zastosowano autorski kwestionariusz opracowany przez zespół badawczy po przeglądzie literatury i dostępnych narzędzi, analizując odpowiedzi na indywidualne pytania.

W dalszej części pytań z sekcji „Praca w czasie pandemii COVID-19” pytano o czas pracy, pracę z osobami zarażonymi, decyzję o podjęciu pracy z zakażonymi osobami, codzienną współpracę z innymi osobami spośród pracowników medycznych, doznawanie mobbingu.

2.3. Wyniki

2.3.1. Praca w okresie pandemii COVID-19

W badanej grupie 2303 pracowników ochrony zdrowia na pytanie „Ile Pan/Pani pracował/a w czasie pandemii COVID-19?” pracę w mniejszym wymiarze niż w okresie przed pandemią zadeklarowało najmniej – 3% –

ratowników medycznych, niemal tyle samo – po 5,8% – lekarzy i pielęgniarek oraz 9,5% osób z grupy innych zawodów medycznych. Więcej niż przed okresem pandemicznym pracowała ponad połowa (52,4%) ratowników medycznych, ponad jedna trzecia pielęgniarek (36,5%) oraz lekarzy (33,3%), a także ponad jedna piąta (21,0%) osób wykonujących inne zawody medyczne lub niemedyczne. Większość w prawie wszystkich badanych grupach pracowała tyle samo – 60,8% lekarzy, 57,6% pielęgniarek oraz 69,5% przedstawicieli innych zawodów. Jedynie w grupie ratowników i ratowniczek medycznych 44,6% respondentów deklarowało taki sam czas pracy, co stanowiło mniejszy odsetek niż osób pracujących więcej (tabela 25).

Tabela 25. Czas pracy w pandemii COVID-19 w podziale na grupy zawodowe (N = 2303)

	Grupa zawodowa							
	lekarska N = 498		pielęgniarska N = 1216		ratownicza N = 166		inne zawody N = 423	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tyle samo co wcześniej	303	60,8	701	57,6	74	44,6	294	69,5
Mniej niż przed pandemią	29	5,8	71	5,8	5	3,0	40	9,5
Więcej niż przed pandemią	166	33,3	444	36,5	87	52,4	89	21,0

Kolejne dwa pytania zostały postawione osobom, które pracowały z pacjentami zarażonymi wirusem SARS-CoV-2. Pracowników zapytano, „W jaki sposób została podjęta decyzja o pracy z pacjentami zarażonymi wirusem SARS-CoV-2?”, i mogli oni wskazać więcej niż jedną odpowiedź. Największa grupa respondentów zadeklarowała, że decyzja ta została podjęta dobrowolnie poprzez zgłoszenie się (42,1%), 30,7% zostało oddelegowanych za zgodą, 8,1% było oddelegowanych bez zgody, a 19,9% badanych odmówiło odpowiedzi (tabela 26).

Tabela 26. Decyzja dotycząca pracy z pacjentami zarażonymi wirusem SARS-CoV-2 (N = 1575)

	N	%
Zostałem oddelegowany za moją zgodą	484	30,7
Zostałem oddelegowany bez mojej zgody	129	8,1
Dobrowolnie (sam się zgłosiłem)	648	42,1
Odmowa odpowiedzi	314	19,9

W kolejnym pytaniu identyfikowano obciążenia związane z pracą z pacjentami zarażonymi SARS-CoV-2. Respondenci ustosunkowywali się do trzech stwierdzeń na pięciostopniowej skali – od „zdecydowanie tak” do „zdecydowanie nie”. Ze stwierdzeniem: „Inni mnie unikali, ponieważ mogłem stanowić zagrożenie zarażenia wirusem SARS-CoV-2” zgodziło się 31,3% lekarzy, 45,6% pielęgniarek, 44,2% ratowników i 41,1% osób wykonujących inne zawody. Stwierdzenie: „Unikałem kontaktów z przyjaciółmi z obawy przed tym, że mogę ich zarazić SARS-CoV-2” okazało się trafne dla 47,7% lekarzy, 59,3% pielęgniarek, 53,8% ratowników oraz dla 50,5% osób podejmujących inne zawody. Ze zdaniem: „Odizolowałem się od bliskich z obawy przed tym, że mogę ich zarazić SARS-CoV-2” zgodziło się 21,9% lekarzy, 25,5% pielęgniarek, 27,8% ratowników oraz 21,5% osób pracujących w innych zawodach, co przedstawia tabela 27.

Tabela 27. Izolacja społeczna związana z pracą z pacjentami zarażonymi SARS-CoV-2 (N = 1547)

	Grupa zawodowa							
	lekarska N = 342		pielęgniarska N = 854		ratownicza N = 147		inne zawody N = 204	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Inni mnie unikali, ponieważ mogłem stanowić zagrożenie zarażenia wirusem SARS-CoV-2								
zdecydowanie tak	38	11,1	195	22,8	30	20,4	38	18,6
raczej tak	69	20,2	195	22,8	35	23,8	46	22,5
ani tak, ani nie	68	19,9	187	21,9	31	21,1	48	23,5
raczej nie	98	28,7	177	20,7	34	23,1	41	20,1
zdecydowanie nie	69	20,2	100	11,7	17	11,6	31	15,2
Unikałem kontaktów z przyjaciółmi z obawy przed tym, że mogę ich zarazić SARS-CoV-2								
zdecydowanie tak	56	16,4	256	30,0	37	25,2	59	28,9
raczej tak	107	31,3	250	29,3	42	28,6	44	21,6
ani tak, ani nie	60	17,5	142	16,6	32	21,8	42	20,6
raczej nie	72	21,1	131	15,3	23	15,6	31	15,2
zdecydowanie nie	47	13,7	75	8,8	13	8,8	28	13,7
Odizolowałem się od bliskich z obawy przed tym, że mogę ich zarazić SARS-CoV-2								
zdecydowanie tak	22	6,4	82	9,6	18	12,2	18	8,8
raczej tak	53	15,5	136	15,9	23	15,6	26	12,7
ani tak, ani nie	55	16,1	176	20,6	31	21,1	46	22,5
raczej nie	70	20,5	200	23,4	27	18,4	41	20,1
zdecydowanie nie	142	41,5	260	30,4	48	32,7	73	35,8

Na pytanie „Jaki wpływ miała pandemia COVID-19 na Pani/Pana codzienną współpracę z...? (proszę nie uwzględniać zmian kadrowych)” badani odpowiadali, odnosząc się do pięciostopniowej skali: od „zdecydowanie się poprawiła” do „zdecydowanie się pogorszyła”. Pytanie przedstawiono całej populacji badanych pracowników, bez podziału ich na grupy. Pracownicy mieli określić jakość codziennej współpracy z sześcioma grupami: lekarzami/lekkarkami, pielęgniarzami/pielęgniarkami, ratownikami/ratowniczkami medycznymi, innymi pracownikami medycznymi i niemedycznymi, pacjentami oraz rodzinami i bliskimi pacjentów (tabela 28).

W odniesieniu do wszystkich analizowanych grup pracownicy najczęściej uważali, że codzienna współpraca pozostała bez zmian. Respondenci zauważyli jednak, że pogorszyła się ona (raczej się pogorszyła i zdecydowanie się pogorszyła) w największym stopniu w kontakcie z rodzinami pacjentów (48,2%) oraz z pacjentami (36,3%). W następnej kolejności wskazano na pogorszenie współpracy z lekarzami (17,5%), innymi pracownikami (14,1%), pielęgniarzami (13,2%) oraz ratownikami (11,1%). Największa grupa respondentów deklarowała polepszenie relacji (zdecydowanie się poprawiła oraz raczej się poprawiła) z pielęgniarzami (20,9%) oraz kolejno z: lekarzami (16,7%), ratownikami (16,4%), innymi pracownikami (14,9%), pacjentami (9,9%), rodzinami pacjentów (7,3%).

Tabela 28. Ocena zmian codziennej współpracy w okresie pandemii COVID-19 (N = 2303), (%)

Współpraca z...	Zdecydowanie się poprawiła	Raczej się poprawiła	Pozostała taka sama	Raczej się pogorszyła	Zdecydowanie się pogorszyła	Odmowa odpowiedzi
Lekarzami	6,5	10,2	62,4	12,2	5,3	3,4
Pielęgniarkami	7,8	13,1	62,9	9,9	3,3	2,9
Ratownikami	5,7	10,7	65,7	8,0	3,1	6,9
Innymi pracownikami	4,7	10,2	67,3	10,3	3,8	3,7
Pacjentami	3,3	6,6	50,7	26,6	10,1	3,0
Rodzinami pacjentów	2,4	4,9	39,7	26,0	22,2	4,8

W odpowiedzi na pytanie „Czy w związku z pandemią COVID-19 zdarzyło się Panu/Pani doznawać mobbingu w miejscu pracy?” 24,1% ratowników, 20,7% pielęgniarek, 14% lekarzy i 17,7% osób należących do grupy innych zawodów zadeklarowało doświadczanie mobbingu (czasami, dość często, bardzo często). Nigdy i prawie nigdy mobbingu nie doświadczyło

80,1% lekarzy, 72,6% pielęgniarek, 67,5% ratowników oraz 75,9% osób wykonujących inne zawody medyczne (tabela 29).

Tabela 29. Doznawanie mobbingu w miejscu pracy (N = 2303)

	Grupa zawodowa							
	lekarska N = 498		pielęgniarska N = 1216		ratownicza N = 166		inne zawody N = 423	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nigdy	338	67,9	724	59,5	85	51,2	281	66,4
Prawie nigdy	61	12,2	153	12,6	27	16,3	40	9,5
Czasami	52	10,4	177	14,6	32	19,3	56	13,2
Dość często	11	2,2	50	4,1	6	3,6	13	3,1
Bardzo często	7	1,4	24	2,0	2	1,2	6	1,4
Odmowa odpowiedzi	29	5,8	88	7,2	14	8,4	27	6,4

2.3.2. Zagrożenia zdrowia psychicznego

Pytanie „Czy w pracy w czasie pandemii COVID-19 doświadczył/a Pan/Pani traumatycznego (bardzo trudnego) zdarzenia?” było pytaniem, które – w zależności od odpowiedzi – decydowało o wyświetleniu pytań dotyczących PTSD w formie standaryzowanej skali. Jeśli respondentom zdarzyło się doświadczyć takiego zdarzenia, odpowiadali oni na pytania związane z doznawaniem stresu posttraumatycznego. Doświadczenie traumatycznego zdarzenia deklarowało najwięcej osób z grupy ratowników medycznych (39,8%), następnie 35,5% pielęgniarek, 33,1% lekarzy oraz 19,6% osób z grupy podejmujących inne zawody (tabela 30).

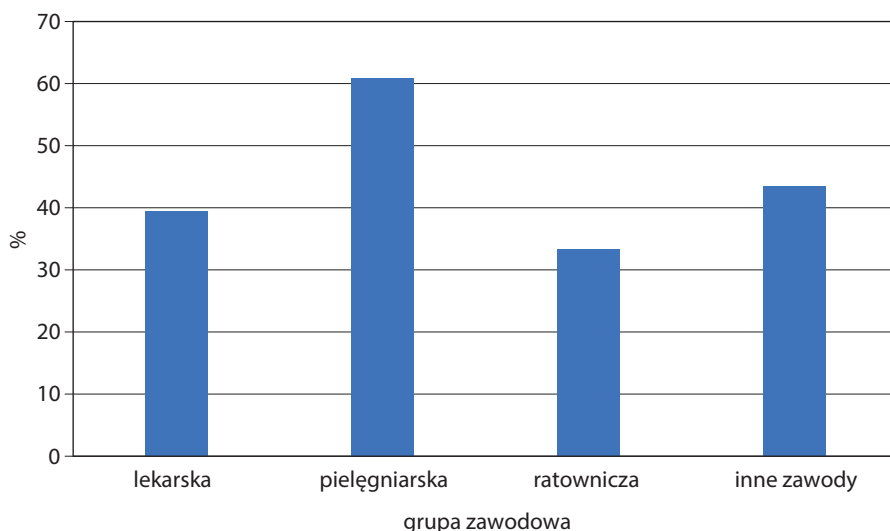
Tabela 30. Doznanie traumatycznego zdarzenia w czasie pandemii COVID-19 (N = 2303)

	Grupa zawodowa							
	lekarska N = 498		pielęgniarska N = 1216		ratownicza N = 166		inne zawody N = 423	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	165	33,1	432	35,5	66	39,8	83	19,6
Nie	257	51,6	553	45,5	59	35,5	253	59,8
Nie wiem	43	8,6	141	11,6	24	14,5	47	11,1
Odmowa odpowiedzi	33	6,6	90	7,4	17	10,2	40	9,5

Występowanie PTSD w grupie pracowników ochrony zdrowia stwierdzono u ponad połowy pielęgniarek (60,9%). Ponadto syndrom PTSD zaobserwowano u 43,4% pracowników innych zawodów, 39,4% osób z grupy lekarskiej oraz u 33,3% ratowników medycznych. Średnie wyniki na skali PTSD wahają się od 17,95 do 21,90 (minimum 8, maksimum 32) i pozostają najwyższe dla pielęgniarek, co przedstawiają tabela 31 i rycina 7.

Tabela 31. Występowanie PTSD w podziale na grupy zawodowe (N = 746)

	Grupa zawodowa							
	lekarska N = 165		pielęgniarska N = 432		ratownicza N = 66		inne zawody N = 83	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PTSD – występuje	65	39,4	263	60,9	22	33,3	36	43,4
PTSD – nie występuje	100	60,6	169	39,1	44	66,7	47	56,6

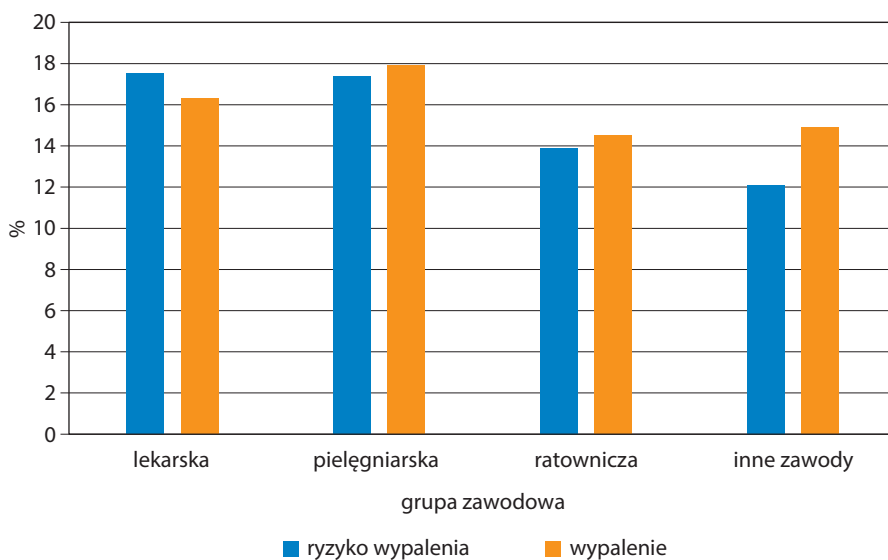


Rycina 7. Występowanie PTSD w podziale na grupy zawodowe

W badanej populacji najwyższe zagrożenie wypaleniem wykazały grupy: pielęgniarska (35,3%), lekarska (33,8%), ratownicza (28,4%) oraz grupa innych zawodów (27,0%), co pokazuje tabela 32. Rozkłady procentowe ryzyka wypalenia i prawdopodobnego występowania wypalenia przedstawiono na rycinie 8.

Tabela 32. Poziomy wypalenia zawodowego (N = 2303)

	Grupa zawodowa							
	lekarska N = 498		pielęgniarska N = 1216		ratownicza N = 166		inne zawody N = 423	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Brak wypalenia	330	66,3	786	64,6	119	71,7	309	73,0
Ryzyko wypalenia	87	17,5	212	17,4	23	13,9	51	12,1
Wypalenie	81	16,3	218	17,9	24	14,5	63	14,9

**Rycina 8.** Ryzyko wypalenia i wypalenie w podziale na grupy zawodowe

2.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań

Przeprowadzone analizy potwierdziły, że praca w okresie pandemii COVID-19 okazała się wyzwaniem dla pracowników jednostek medycznych. Osobiste doświadczenia związane z pracą w pandemii mogą mieć głęboki wpływ na zdrowie psychiczne pracowników szpitali oraz poradni i powinny być brane pod uwagę w interwencjach wspierających.

W tym okresie pracownicy ochrony zdrowia musieli eksperymentować ze swoimi umiejętnościami komunikacyjnymi w nieznanym wcześniej sposób. Mowa – z twarzą zasłoniętą przez środki ochrony osobistej – musiała podążać nowymi ścieżkami: zdania musiały być zwięzłe, wyraźne i głośne.

Jednocześnie pracownicy dzięki doświadczeniu – nie tylko poznawczemu – dogłębnie zrozumieli znaczenie komunikacji niewerbalnej. Stąd wybór pisanego swoich nazwisk wielkimi literami na kombinezonach ochronnych czy zmiany tonu głosu w celu okazania bliskości i współczucia. Ponadto pracownicy musieli świadomie nauczyć się radzić sobie z komunikacją werbalną z członkami rodziny za pomocą telefonu lub tabletu (Vegni i in., 2022). Badania własne również wskazują, że codzienna współpraca pogorszyła się w największym stopniu w kontakcie z rodzinami pacjentów (48,2%) oraz z pacjentami (36,3%).

Wśród osób, które doznały traumatycznego zdarzenia, 60,9% pielęgniarek, 43,4% pracowników innych zawodów, 39,4% osób z grupy lekarskiej oraz 33,3% ratowników medycznych wykazywało objawy PTSD. Badanie Lamiani i in. (2021) oceniało wyniki wskaźników zdrowia psychicznego wśród pracowników. Badanie przeprowadzono drogą elektroniczną wśród pracowników szpitala w okresie od lipca do października 2020 roku. Pracownicy zgłaszali umiarkowane/ciężkie objawy lęku (23%), depresji (53%) i zespołu stresu pourazowego (40%). Wyższe ryzyko umiarkowanej/ciężkiej depresji występowało częściej u kobiet niż u mężczyzn, a wyższe ryzyko umiarkowanego/ciężkiego zespołu stresu pourazowego zauważalne było częściej u osób z rodzin, w których ktoś chorował na COVID-19. W świetle uzyskanych wyników grupą najbardziej dotkniętą PTSD jest grupa pielęgniarek, a kolejne analizy powinny uwzględniać różnice międzypłciowe oraz czynniki oddziałujące na występowanie PTSD.

Grupa wykazująca najwyższe zagrożenie wypaleniem to grupa pielęgniarska (35,3%), a następnie grupy: lekarska (33,8%), ratownicza (28,4%) oraz innych zawodów (27%). C. Wang i in. (2020) zbadali próbę 2014 pielęgniarek pierwszej linii pracujących w dwóch szpitalach w Wuhan – ponad połowa badanych zgłosiła umiarkowane lub wysokie wypalenie. Celowe wydaje się stworzenie opracowań ukierunkowanych na poszczególne grupy zawodowe oraz uwzględnienie płci respondentów i innych cech społecznych i demograficznych, a także zwrócenie uwagi na czynniki determinujące występowanie wypalenia zawodowego. Dalsze analizy powinny również obejmować częstość korzystania z pomocy psychologicznej, psychiatrycznej i grup wsparcia w podziale na prezentowane przez respondentów trudności. W świetle dostępnej nam wiedzy jest to pierwsze zastosowanie skal BAT-12 i PTSD-8 w tak licznej polskiej próbie, w związku z czym dalsze analizy powinny również objąć szczegółowe opracowanie własności psychometrycznych skal.

Co więcej, badania wykazały, że w okresie pandemii wzrósł poziom przemocy w miejscu pracy, wśród osób o zwiększonej ekspozycji na mobbing

w okresie pandemii istotnie częściej dochodziło do przemocy domowej werbalnej, emocjonalnej i ekonomicznej, a ryzyko popełnienia jakiegokolwiek zachowania związanego z przemocą domową wzrosło 4,77 razy u osób o zwiększonej ekspozycji na mobbing (Mete i in., 2022). Wobec powyższego niepokojące wydają się wyniki badań własnych, które wskazują, że 24,1% ratowników, 20,7% pielęgniarek, 14% lekarzy i 17,7% osób należących do grupy innych zawodów deklarowało doświadczanie mobbingu w okresie pandemii COVID-19.

Jednostki ochrony zdrowia muszą rozpoznawać i wdrażać ścieżki zapobiegania wypaleniu zawodowemu i leczenia go wśród pracowników. Pracownicy ochrony zdrowia są tymi, którzy walczą z COVID-19 na pierwszej linii frontu, wśród szybko zmieniających się procedur radzenia sobie z trwającym kryzysem. Doświadczają oni wyzwań w radzeniu sobie z nieprzewidywalną pandemią. Ograniczona gotowość może prowadzić do problemów fizycznych i psychologicznych, takich jak: wysoki poziom stresu, niepokój, strach, bezradność, beznadzieja, złość i napiętnowanie. Obciążenie pracą może prowadzić do wypalenia zawodowego, a także zagrażać bezpieczeństwu pacjentów. Lepsze zrozumienie doświadczeń świadczeniodawców opieki zdrowotnej podczas pandemii COVID-19 może pomóc w opracowaniu dla nich programów szkoleniowych i umożliwić im lepsze radzenie sobie w sytuacjach globalnego kryzysu. Ponadto można wdrożyć programy koncentrujące się na objawach PTSD u pracowników ochrony zdrowia, aby pomóc im skuteczniej radzić sobie z obecnym kryzysem, poprawić ich zdrowie psychiczne podczas pracy i zmniejszyć zaburzenia po-traumatyczne wynikające z pandemii COVID-19. Poza tym w przyszłych badaniach uwagę należy poświęcić kwestii, jak doświadczane trudności w obszarze zawodowym oddziałują na umiejętności komunikacyjne pracowników ochrony zdrowia.

3.

Pandemia COVID-19 a proces leczenia i podejście do zdrowia z perspektywy pacjentów

3.1. Tło analiz

Wysoka transmisja wirusa SARS-CoV-2 doprowadziła do izolacji zarażonych pacjentów nie tylko od innych chorych, lecz także od całego personelu medycznego, rodzin i bliskich, a stres spowodowany izolacją społeczną

wynikającą z pandemii wiązał się z ograniczeniem zdolności ludzi do pracy, do szukania wsparcia u bliskich i angażowania się w życie społeczności (WHO, 2022).

W okresie pandemii COVID-19 stwierdzono tendencję do odraczania rutynowej opieki zdrowotnej – w niektórych badaniach takie postępowanie deklarowało aż 48% ankietowanych, a usługi związane z telemedycyną były oceniane bardziej pozytywnie niż przed pandemią i postrzegane jako realna opcja zapewnienia odroczonej opieki, szczególnie przez respondentów w wieku powyżej 65 lat, kobiety i osoby z wyższym wykształceniem (Atherly i in., 2020). Znaczny wzrost opóźnionej rutynowej opieki może mieć negatywny wpływ na jakość życia, zachorowalność i umieralność, na co w przyszłości prawdopodobnie nałożą się dodatkowe, jeszcze nieznanne negatywne konsekwencje (Woolf i in., 2020).

Co więcej, wzrost rozpowszechnienia problemów ze zdrowiem psychicznym zbiegł się w czasie z poważnymi zakłóceniami w funkcjonowaniu usług w zakresie zdrowia psychicznego, pozostawiając ogromne luki w opiece nad osobami, które najbardziej jej potrzebują. Przez większą część pandemii usługi w zakresie diagnozy i leczenia chorób psychicznych, neurologicznych i związanych z używaniem substancji były najbardziej zakłócone spośród wszystkich podstawowych usług zdrowotnych zgłoszonych przez państwa członkowskie WHO. Wiele krajów zgłosiło również poważne zakłócenia w usługach ratujących życie w zakresie zdrowia psychicznego, w tym w obszarze zapobiegania samobójstwom (WHO, 2020a).

W pierwszych miesiącach trwania pandemii COVID-19 zwrócono uwagę na nasilenie się symptomów stresu psychologicznego, co było szczególnie wyraźne wśród osób młodych, kobiet i rodziców dzieci poniżej 5. roku życia. Dowody wskazują, że osoby, które miały większe ryzyko zarażenia, znaczne obciążenie ekonomiczne oraz więcej obowiązków domowych i związanych z opieką nad dziećmi, są bardziej zagrożone problemami zdrowia psychicznego (Aknin i in., 2022).

Samotność, strach przed zakażeniem, cierpieniem, śmiercią własną i bliskich, żałoba po stracie oraz problemy finansowe również zostały wymienione jako czynniki stresogenne prowadzące do niepokoju i depresji. W związku z pandemią wielu pracowników i pracodawców musiało, dość nagle, po raz pierwszy i bez żadnego przygotowania, przejść na pracę zdalną (Galanti i in., 2021). Pracę w tym systemie zakłócała obecność partnerów i dzieci, ciągły udział w obowiązkach domowych i opiece nad dziećmi, wspieranie ich edukacji w sytuacji zamknięcia szkół i innych placówek oświatowych (Xiao i in., 2021).

Wyniki badań pokazały jednak, że niektórym udawało się znaleźć pozytywy w swoich doświadczeniach. Na przykład 78% ankietowanych stwierdziło, że chociaż kwarantanna i dystans społeczny były trudne, sprawiły, że cenią swoje relacje. Tymczasem 65% wskazało, że pandemia zmusiła ich do ponownej oceny tego, jak spędzają czas, a 58% stwierdziło, że zmusiła ich do ponownej oceny swoich celów życiowych. I chociaż 58% twierdzi, że pandemia na zawsze zmieniła ich sposób życia, prawie trzy czwarte (72%) wciąż ma nadzieję na przyszłość (Cleveland Clinic, 2020, September 25).

W świetle potencjalnie przedłużonego czasu trwania pandemii oraz biorąc pod uwagę zróżnicowane reakcje psychologiczne poszczególnych podgrup, konieczne jest zidentyfikowanie populacji podatnych na zagrożenia, które doświadczają trwałych i długotrwałych wyzwań. Wczesne rozpoznanie czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz wzmocnienie zasobów osobistych zabezpieczy te populacje, a także zmniejszy ryzyko zachorowalności lub zaostrzenia istniejących wcześniej objawów (Kalaitzaki, 2021).

Nie ma wątpliwości, że globalna pandemia COVID-19 jest kryzysem o ogromnych rozmiarach, powodującym nawarstwiające się trudności oraz cierpienia. Nie można jednak pomijać korzystnych następstw, które pojawiły się w wyniku tych zakłóceń. Ludzka zdolność do wznoszenia się ponad wyzwania musi być w tym czasie pielęgnowana, a poprzez osadzone w instytucjach i obejmujące całe społeczeństwo interwencje może przyczyniać się do wzrostu potraumatycznego, kiedy następują pozytywne zmiany wskutek zmagania się z trudnymi doświadczeniami.

Celem analiz jest próba oceny poziomu utrudnień w podejmowaniu leczenia przez pacjentów w okresie pandemii COVID-19 oraz wskazania pozytywnych skutków tego okresu w zakresie dostępności niektórych świadczeń i zmiany podejścia do zdrowia i innych znaczących wartości w życiu.

3.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników

W kwestionariuszach badania pacjentów uwzględniono szereg pytań oceniających wpływ pandemii na leczenie i diagnostykę, na ograniczenia w dostępie do leczenia oraz na podejście do zdrowia. W tym podrozdziale na wstępie podana zostanie charakterystyka pacjentów ze względu na okoliczności uzyskiwania świadczeń medycznych. Obie próby miały tu wiele pytań swoistych, wynikających ze sposobu rekrutacji i przyjętej retrospekcji (bieżące leczenie dla pacjentów jednostek oraz perspektywa do 24 miesięcy w panelowej próbie populacyjnej).

W kolejnych podrozdziałach omówione zostaną:

- postrzeganie ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2 związanego z wykonywaną pracą;
- pozytywny i negatywny wpływ pandemii COVID-19 na leczenie i diagnostykę;
- opóźnienia w dostępie do opieki medycznej;
- unikanie kontaktu z jednostkami ochrony zdrowia;
- reakcja psychiczna na sytuację epidemiologiczną;
- zmiany podejścia do życia, w tym miejsce zdrowia w hierarchii wartości osobistych.

Ze względu na różnorodność tematów są one opisane w odrębnych podrozdziałach, z zaznaczeniem, której grupy pacjentów dotyczą analizy. W kilku przypadkach zdecydowano się na połączenie grupy pacjentów rekrutowanych w jednostkach ochrony zdrowia z próbą populacyjną. Dotyczy to pytań, w których położono nacisk na dokładny rozkład odpowiedzi na dane pytanie (łącznie z odmowami), a mniej ważne było porównanie dwóch grup. Ostatni podrozdział odnosi się do uwarunkowań demograficznych i społecznych pięciu wskaźników wybranych na podstawie poprzednich analiz. Podstawą wnioskowania są dane z połączonej próby 3622 respondentów.

Odpowiednie pytania kwestionariuszy badania zostały opracowane przez zespół badaczy i przetestowane w badaniu pilotażowym. Konstrukcję poszczególnych pytań omówiono wraz z wynikami.

3.3. Wyniki

3.3.1. Miejsce, powody i inne okoliczności leczenia

W kwestionariuszach obu badań pacjentów zawarto szereg informacji charakteryzujących miejsce i powody korzystania ze świadczeń medycznych. Informacje te uzupełniają opis prób pod względem cech demograficznych i społecznych przedstawiony w rozdziale metodologicznym. Poniższe charakterystyki opisane w tabeli 33 można będzie później wykorzystać jako cechy przekrojowe w ukierunkowanych analizach. W próbie populacyjnej respondenci opisywali, gdzie leczyli się w ostatnich 24 miesiącach, uwzględniając wszystkie zapamiętane wizyty. Najczęściej były to wizyty w poradni lub przychodni poza szpitalem, przychodni przyszpitalnej lub w samodzielnym gabinecie lekarza specjalisty. Do próby nie włączano osób, które zakreśliły jedynie tę ostatnią opcję. Większość respondentów

Tabela 33. Cechy pacjentów związane z leczeniem badane w obu próbach

BADANIE POPULACYJNE (N = 2050)	N	%
Miejsce leczenia w ostatnich 24 miesiącach*		
w szpitalu jako pacjent całodobowy	501	24,4
w szpitalu jako pacjent dzienny	209	10,2
na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym	385	18,8
w poradni/przychodni przyszpitalnej	877	42,8
w samodzielnej poradni/przychodni (poza szpitalem)	1391	67,9
u lekarza specjalisty (w samodzielnym gabinecie poza przychodnią/szpitałem)	1133	55,3
Forma uzyskania świadczenia medycznego		
tylko przez telefon, wideokonferencję, czat	35	1,7
wszystkie stacjonarnie	1179	57,5
zarówno stacjonarnie, jak i teleporada	836	40,8
Rodzaj opieki medycznej		
tylko publiczna (NFZ)	900	43,9
tylko prywatna	61	3,0
zarówno publiczna (NFZ), jak i prywatna	1089	53,1
BADANIE W JEDNOSTKACH MEDYCZNYCH (N = 1572)	N	%
Powód obecnej wizyty		
hospitalizacja planowa	565	35,9
hospitalizacja w trybie nagłym	202	12,8
wizyta w Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej	36	2,3
wizyta u lekarza rodzinnego	269	17,1
wizyta u lekarza specjalisty	432	27,5
inny	68	4,4
Etap leczenia		
czeka na wizytę lekarską/przyjęcie do szpitala	251	16,0
czeka na zabieg/operację/leży w szpitalu	268	17,0
jest po wizycie lekarskiej/badaniach/zabiegu/operacji	715	45,5
jest w trakcie wypisywania ze szpitala	118	7,5
jest w trakcie zabiegów rehabilitacyjnych/leczenia	220	14,0
Długość leczenia obecnej choroby		
poniżej miesiąca	301	19,1
do 3 miesięcy	199	12,7
do 6 miesięcy	168	10,7
do 12 miesięcy	156	9,9
do 24 miesięcy	138	8,8
ponad 2 lata	390	24,8
nie dotyczy, brak danych	220	14,0

* Istniała możliwość wskazania więcej niż jednego miejsca.

korzystała zarówno z wizyt w formie stacjonarnej, jak i z teleporad. Jest to ważne z punktu widzenia całego projektu, ponieważ świadczy o bezpośrednim kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia. Większość korzystała ze świadczeń w ramach NFZ, jednak co drugi respondent korzystał z mieszanej formy opieki (prywatnie i w ramach NFZ).

Dane o leczeniu pacjentów rekrutowanych w jednostkach ochrony zdrowia dotyczą między innymi rodzaju i okoliczności uzyskania obecnego świadczenia. Większość respondentów przebywała w danej jednostce z powodu planowej hospitalizacji lub wizyty u lekarza specjalisty. Ankiesterzy najczęściej nawiązywali kontakt z pacjentem, gdy był po wizycie, badaniu, zabiegu lub hospitalizacji. Jedna trzecia pacjentów była w trakcie leczenia choroby trwającej powyżej 12 miesięcy.

3.3.2. Ryzyko zakażenia związane z pracą zawodową

W połączonej próbie 3622 osób leczących się w czasie pandemii COVID-19 ponad połowa (56,7%) ankietowanych w ramach dwóch niezależnych badań pracowała zawodowo. Częściej do grupy pracujących należeli pacjenci jednostek medycznych (65,2%) w porównaniu z respondentami z próby populacyjnej (50,1%). Osoby pracujące pochodzące z tych dwóch prób podobnie oceniały ryzyko zarażenia wirusem SARS-CoV-2. Średnia ocena ryzyka na skali wizualnej (suwak od bardzo niskiego do bardzo wysokiego ryzyka przeliczany na zakres 0–10) wyniosła 6,60 punktu ($SD = 2,90$), w tym 6,65 (2,74) w próbie populacyjnej oraz 6,56 (3,06) w próbie z jednostek medycznych ($p = 0,734$). Jako powód zwiększonego ryzyka najczęściej podawano kontakt z dużą liczbą osób, ponieważ czynnik ten wskazało 71,0% ankietowanych. Jako drugi co do ważności czynnik ryzyka wymieniono konieczność przychodzenia do pracy, brak możliwości pracy zdalnej (43,7%). Jeszcze mniej osób uznało, że ryzyko zakażenia zwiększają dojazdy do pracy i podróże służbowe (33,2%). Sporadycznie jako czynnik ryzyka zakażenia wskazywano pracę w jednostce medycznej, a dane na ten temat dotyczą tylko pacjentów jednostek. Wśród pracujących z tej grupy 5,1% uznało, że praca w ochronie zdrowia jest ich zawodowym ryzykiem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. W próbie populacyjnej praca w ochronie zdrowia była kryterium wykluczenia z badania.

Z pracą zawodową wiąże się też sytuacja materialna rodziny. Zebrany materiał pozwolił ocenić, w jakim stopniu na jej zmianę wpłynęła pandemia COVID-19. Połowa ankietowanych nie zanotowała zmian w tym zakresie (51,0%), 4,7% odnotowało poprawę, 35,6% pogorszenie, a pozostałe 8,7% stanowiły osoby niezdecydowane lub niechętne do udzielenia odpowiedzi. Sporadyczne przypadki poprawy sytuacji materialnej dwukrotnie częściej dotyczyły pracujących (6,0%) niż niepracujących (2,9%).

3.3.3. Wpływ pandemii na proces leczenia i diagnostykę

Ważny blok pytań dotyczył wpływu pandemii COVID-19 na proces leczenia i diagnostyki. Większość respondentów oceniła ten wpływ jako jedynie negatywny (55,8%), prawie co piąty (19,2%) widział konsekwencje pozytywne i negatywne, a 2,7% – wyłącznie pozytywne. Pozostałe osoby uważały, że pandemia nie miała wpływu na proces diagnostyki i leczenia (14,2%) albo nie umiały lub nie chciały odpowiedzieć na to pytanie (8,1%). Pacjenci z próby populacyjnej częściej widzieli tylko negatywne strony pandemii, częściej też trudno im było zdecydować się na którąś odpowiedź, a rzadziej wybierali opcję braku wpływu.

W dalszej kolejności respondenci wypowiadali się na temat rodzaju pozytywnych lub negatywnych skutków pandemii odnoszących się do zdrowia i leczenia. Pojawienie się tego szczegółowego pytania zależało od odpowiedzi na poprzednie. W obszarze pozytywnych wpływów uwzględniono siedem możliwych odpowiedzi oraz opcję „inne”. Wyniki można odnieść do całej próby lub 793 osób, które wcześniej uznały, że wpływ pandemii był wyłącznie pozytywny lub zarówno pozytywny, jak i negatywny (rycina 9). Najczęściej za pozytywny efekt pandemii uznawano łatwiejsze uzyskiwanie recept, a w dalszej kolejności zmianę podejścia do badań profilaktycznych.



Rycina 9. Obszary pozytywnego wpływu pandemii COVID-19 w odniesieniu do połączonej próby pacjentów z dwóch badań (N = 3622) oraz tych, którzy widzieli jakikolwiek wpływ pozytywny (N = 793)

W obszarze negatywnych wpływów uwzględniono sześć możliwych odpowiedzi oraz opcję „inne”. Analogicznie wyniki można odnieść do wszystkich ankietowanych lub do tych, którzy wcześniej uznali, że wpływ pandemii był wyłącznie negatywny lub zarówno pozytywny, jak i negatywny (N = 2717). Najczęściej sygnalizowanym problemem był brak możliwości bezpośredniego kontaktu z lekarzem, a w dalszej kolejności utrudnienia lub brak możliwości wykonania badań diagnostycznych (rycina 10). Według wskaźnika liczonego w stosunku do całej populacji co czwarta osoba (23,3%) uznała, że pandemia COVID-19 spowodowała pogorszenie jej stanu zdrowia.



Rycina 10. Obszary negatywnego wpływu pandemii COVID-19 w odniesieniu do połączonej próby pacjentów z dwóch badań (N = 3622) oraz tych, którzy widzieli jakiegokolwiek wpływ negatywny (N = 2717)

3.3.4. Opóźnienia w dostępie do opieki medycznej

Pytania na temat ograniczonego dostępu do świadczeń medycznych w okresie pandemii COVID-19 zadawano tylko pacjentom z próby populacyjnej (N = 2050). Ankietowani odpowiadali z perspektywy ostatnich 12 miesięcy. Osobno analizowano kwestie: zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę, braku miejsca w jednostce opieki zdrowotnej, odległości lub problemów z transportem, ograniczonej sprawności/mobilności. Wyniki zawarte są w tabeli 34.

Najczęściej zgłaszanym problemem było zbyt długie oczekiwanie na wizytę, a w dalszej kolejności brak miejsca w jednostce opieki zdrowotnej.

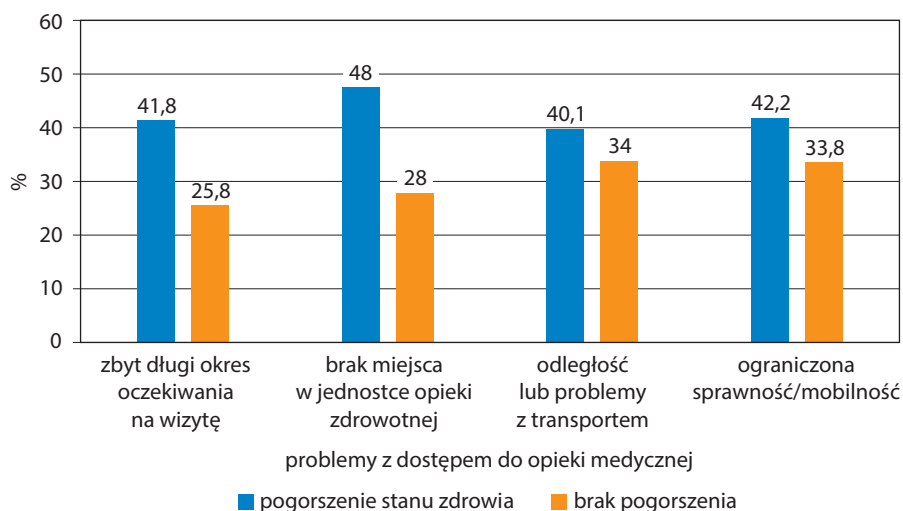
Oszacowano, że 54,9% pacjentów z próby populacyjnej wskazało na co najmniej jedno ograniczenie.

Tabela 34. Opinie pacjentów z próby populacyjnej na temat ograniczonego w ostatnich 12 miesiącach dostępu do świadczeń

Specyfika ograniczeń		Tak	Nie	Nie dotyczy*	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Zbyt długi okres oczekiwania na wizytę	n	988	810	178	58	16
	%	48,2	39,5	8,7	2,8	0,8
Brak miejsca w jednostce opieki zdrowotnej	n	560	1028	360	84	18
	%	27,3	50,1	17,6	4,1	0,9
Odległość lub problemy z transportem	n	244	1445	284	56	21
	%	11,9	70,5	13,9	2,7	1,0
Ograniczona sprawność/mobilność	n	281	1420	270	63	16
	%	13,7	69,2	13,2	3,1	0,8

* Nie dotyczy w przypadku braku potrzeby opieki zdrowotnej.

Pogorszenie stanu zdrowia w okresie pandemii dużo częściej zgłaszały osoby, które miały w tym czasie utrudniony dostęp do świadczeń medycznych (rycina 11).



Rycina 11. Pacjenci z próby populacyjnej, którzy uznali, że w okresie pandemii COVID-19 pogorszył się stan ich zdrowia, według ograniczeń w dostępie do opieki medycznej

Ankietowanym z tej samej grupy zadano też pytanie „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że nie stać było Pana/Panią na następujący rodzaj opieki zdrowotnej pomimo potrzeby?”. Udział odpowiedzi twierdzącej wahał się od 10,8% w przypadku leczenia problemów zdrowia psychicznego do 25,1% dla leczenia stomatologicznego (tabela 35). Oszacowano, że co trzeci respondent z próby populacyjnej (35,0%) zrezygnował z co najmniej jednego rodzaju świadczenia, ponieważ nie było go na to stać.

Tabela 35. Rezygnacja ze świadczeń medycznych ze względów finansowych (N = 3622)

Rodzaj opieki		Tak	Nie	Nie dotyczy*	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Opieka lekarska	n	308	1428	244	48	22
	%	15,0	69,7	11,9	2,3	1,1
Opieka dentystyczna	n	514	1174	308	38	16
	%	25,1	57,3	15,0	1,8	0,8
Leki przepisywane na receptę	n	337	1533	130	33	17
	%	16,4	74,8	6,3	1,7	0,8
Opieka psychologa lub psychiatry	n	222	986	746	62	34
	%	10,8	48,1	36,4	3,0	1,7

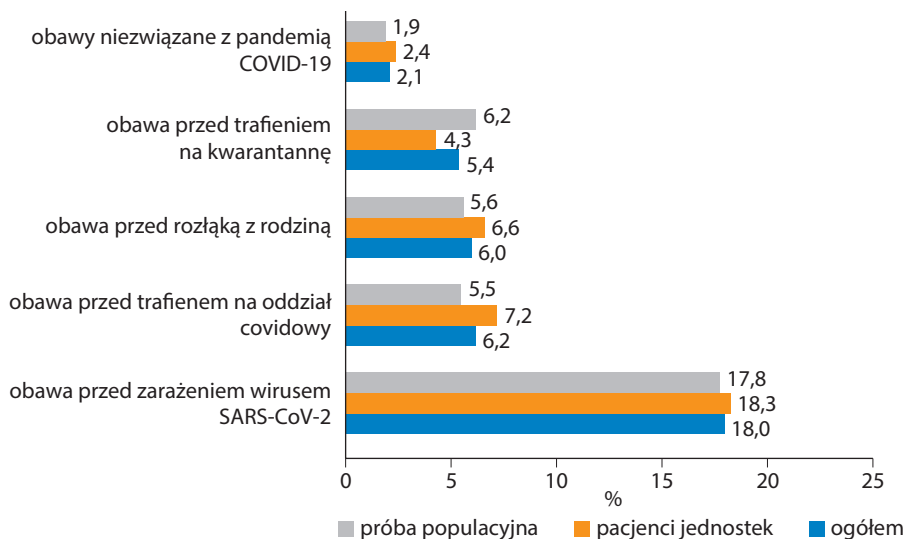
* Nie dotyczy w przypadku braku potrzeby opieki zdrowotnej.

3.3.5. Świadome unikanie kontaktu z jednostkami ochrony zdrowia

Ograniczone korzystanie z opieki medycznej w czasie pandemii COVID-19 mogło wynikać z obawy przed zakażeniem. Pytanie na ten temat uwzględniono w kwestionariuszach obu badań. W grupie 3622 respondentów 26,0% stwierdziło, że bali się zgłosić do jednostki ochrony zdrowia, 57,8% nie miało takich obaw, a 12,8% uznało, że problem ich nie dotyczy, ponieważ nie było takiej potrzeby. Na pytanie to nie odpowiadały 122 osoby (3,4%). Udział odmów odpowiedzi był znacząco wyższy w grupie pacjentów jednostek niż w próbie populacyjnej (6,2% wobec 1,2%). Respondenci z próby populacyjnej z kolei częściej zgłaszali brak obaw (60,9% wobec 53,7%).

Na rycinie 12 przedstawiono powody obaw osobno dla każdej grupy pacjentów, podając też częstość ogólną. Najczęściej był to lęk przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, co zgłosiło 18,0% respondentów. Inne powody podawane były z częstością 5–6%, a 76 osób stwierdziło, że miało

obawy, ale niezwiązane z pandemią. W odniesieniu do obawy przed zakażeniem nie wykazano różnic między dwiema grupami pacjentów. Pacjenci z jednostek częściej obawiali się, że trafią na oddział covidowy ($p = 0,033$), ale rzadziej niż ci z grupy populacyjnej bali się trafienia na kwarantannę ($p = 0,013$). W podobnym odsetku wyrażana była obawa przed rozłąką z bliskimi w przypadku pozostania w szpitalu oraz deklaracje istnienia innych obaw niezwiązanych z pandemią.



Rycina 12. Powody obaw przed zgłoszeniem się do jednostki ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19 w dwóch próbach pacjentów

3.3.6. Reakcja psychiczna na sytuację epidemiologiczną

Pacjentów z obu grup pytano, czy w czasie pandemii ogólna sytuacja epidemiologiczna nie wywołała u nich takich stanów, jak: frustracja lub niepewność związana z przyszłością, osamotnienie, gniew oraz lęk. W całej badanej grupie udział odczuwających podane symptomy dość często lub bardzo często wahał się od 18,7% (osamotnienie) do 28,7% (frustracja, niepewność co do przyszłości). Na różnice między dwiema grupami pacjentów wpływał większy odsetek odmowy odpowiedzi wśród pacjentów rekrutowanych w jednostkach ochrony zdrowia. Jeśli pominiemy odmowę odpowiedzi, to największa różnica między grupami dotyczy rozkładu odpowiedzi na pytanie dotyczące poczucia frustracji lub niepewności co do przyszłości. Pacjenci z jednostek częściej wskazywali na pojawienie się takiego odczucia czasami, podczas gdy odpowiedzi w panelowej próbie populacyjnej były w większym stopniu spolaryzowane (tabela 36).

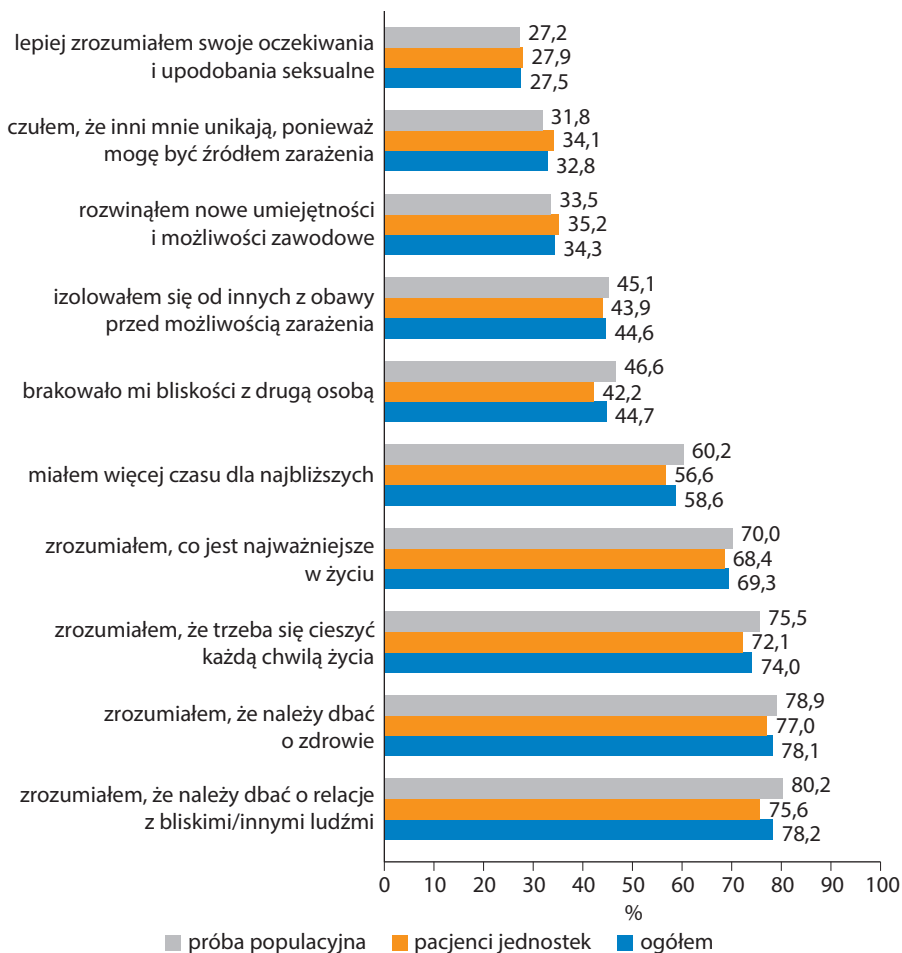
Tabela 36. Odczuwanie negatywnych stanów psychicznych w związku z sytuacją epidemiologiczną

Symptomy		Nigdy	Prawie nigdy	Czasami	Dość często	Bardzo często	Odmowa odpowiedzi
Frustracja/ niepewność przyszłości	n	422	548	1501	654	419	78
	%	11,7	15,1	41,3	18,1	11,6	2,2
Osamotnienie	n	885	865	1117	418	260	77
	%	24,4	23,9	30,9	11,5	7,2	2,1
Gniew	n	600	697	1340	584	332	69
	%	16,6	19,2	37,0	16,1	9,2	1,9
Lęk	n	586	731	1280	510	340	75
	%	16,2	20,2	38,0	14,1	9,4	2,1

3.3.7. Zmiany spojrzenia na różne sfery życia

Wracając do tematu pozytywnych i negatywnych skutków pandemii, warto zwrócić uwagę na to, jaki wpływ miała pandemia COVID-19 na różne sfery życia. Ankietowani mieli za zadanie ustosunkować się do dziesięciu stwierdzeń, określając, w jakim stopniu się z nimi zgadzają (rycina 13). Osiem z nich odnosiło się do zmian pozytywnych, a dwie do negatywnych doświadczeń izolacji społecznej. Stwierdzenia pozytywne dotyczyły różnych zagadnień wkraczających w obszar pojmowania sensu życia, ale też rozwoju osobistego w pandemii. Udział zdecydowanie zgadzających się lub raczej zgadzających się był najwyższy w odniesieniu do stwierdzeń: zrozumiałem, że należy dbać o zdrowie, oraz zrozumiałem, że należy dbać o relacje z bliskimi/innymi ludźmi (78,1% oraz 78,2%). W odniesieniu do czterech stwierdzeń wykazano różnice między dwiema grupami pacjentów, zawsze na korzyść próby populacyjnej. Największa różnica dotyczyła stwierdzenia: zrozumiałem, że należy dbać o relacje z bliskimi/innymi ludźmi, gdzie udział pozytywnych odpowiedzi wynosił w dwóch grupach odpowiednio 80,2% oraz 75,6% ($p < 0,001$). Znaczącą różnicę zanotowano również w odniesieniu do stwierdzenia: w czasie pandemii brakowało bliskości z drugą osobą ($p = 0,008$). Pozostałe dwa stwierdzenia, gdzie wystąpiły różnice między grupami pacjentów, to: „zrozumiałem, że należy cieszyć się każdą chwilą życia” oraz „miałem więcej czasu dla najbliższych”, gdzie różnice w odpowiedziach twierdzących były rzędu 3–4%.

W obszarze negatywnych doświadczeń częściej wskazywano na izolowanie się od innych, aby ich chronić, niż wrażenie, że inni chcą się izolować.



Rycina 13. Udział pacjentów w dwóch próbach zdecydowanie lub raczej zgadzających się ze stwierdzeniami na temat wpływu pandemii na różne sfery życia

3.3.8. Społeczno-demograficzne uwarunkowania niektórych wskaźników wpływu pandemii

Dokładna analiza społeczno-demograficznych uwarunkowań przedstawionych wyżej zagadnień przekracza ramy tego opracowania i będzie włączana do ukierunkowanych tematycznie artykułów. Poniżej zasygnalizowano istniejące zależności, wybierając pięć wskaźników. Jeden z nich jest wskaźnikiem pozytywnych zmian pod wpływem pandemii i dotyczy lepszego zrozumienia wartości zdrowia. Pozostałe cztery odnoszą się do negatywnych doświadczeń okresu pandemii COVID-19 (tabela 37).

Płeć okazała się czynnikiem różnicującym w czterech przypadkach ($p < 0,001$). Tylko postrzeganie wyłącznie negatywnych stron pandemii było

zbliżone w grupie mężczyzn i kobiet ($p = 0,136$). Pod wpływem doświadczeń pandemii kobiety częściej rozumiały, jaką wartością jest zdrowie. Pozostałe trzy negatywne wskaźniki kształtowały się jednak u nich na mniej korzystnym poziomie niż w grupie mężczyzn. Szczególna różnica dotyczy rezygnacji z leczenia ze względu na ograniczenia finansowe.

Tabela 37. Wybrane wskaźniki postrzeganego wpływu pandemii COVID-19 według niektórych cech pacjentów w połączonej próbie z dwóch badań (%)

	Wpływ pandemii postrzegany jedynie negatywnie	Obawa przed pójściem do jednostki medycznej	Rezygnacja z leczenia z powodów finansowych*	Poczucie frustracji lub niepewności co do przyszłości	Zrozumienie, że należy lepiej dbać o zdrowie
OGÓŁEM	55,0	26,0	35,0	29,6	78,1
Płeć					
mężczyźni	54,5	22,6	28,8	28,4	74,4
kobiety	56,9	28,8	41,7	34,1	81,1
Wiek w latach					
18–29	52,3	21,3	33,2	37,3	72,1
30–49	57,3	25,2	38,2	28,7	75,1
50–64	58,6	25,1	35,9	26,9	81,5
65+	51,1	32,9	30,1	29,8	83,7
Wykształcenie					
poniżej średniego	51,1	25,9	42,1	29,6	74,1
średnie/policealne	57,3	25,7	34,3	30,2	79,9
wyższe	59,1	26,4	30,5	29,7	79,8
Status materialny rodziny					
niski	53,8	36,1	63,8	42,4	79,3
przeciętny	59,8	27,9	37,9	30,7	79,0
raczej wysoki	55,0	18,9	17,6	26,4	77,3
bardzo wysoki	52,5	20,8	15,5	22,4	77,8
Status zawodowy					
pracuje zawodowo	59,3	24,7	32,1	27,9	77,1
nie pracuje	52,2	28,3	36,3	32,8	80,9

* Tylko w próbie populacyjnej (N = 2050).

Różnice między grupami **wieku** były statystycznie istotne w odniesieniu do wszystkich pięciu wskaźników. W starszych grupach wieku wyraż-

nie zwiększał się odsetek tych, którzy rozumieli, że należy bardziej dbać o zdrowie. Różnica między skrajnymi grupami wieku przekracza tu 10%. W odniesieniu do negatywnych wskaźników trudno mówić o jednoznacznym wnioskowaniu na temat związku z wiekiem. Wpływ pandemii jako wyłącznie negatywny najczęściej raportowały osoby w wieku 30–49 lat ($p = 0,004$). Obawa przed pójściem w czasie pandemii do jednostki ochrony zdrowia narastała wraz z wiekiem ($p < 0,001$). Związek między wiekiem a ograniczeniami finansowymi podjęcia lub kontynuacji leczenia okazał się naj słabszy ($p = 0,035$), a osoby ze środkowych grup wiekowych częściej zgłaszały tego typu ograniczenia. Frustracja i poczucie niepewności co do przyszłości zdecydowanie częściej dotknęły ludzi młodych z pierwszej grupy wieku ($p < 0,001$).

Związek z poziomem **wykształcenia** okazał się istotny w odniesieniu do trzech wskaźników ($p < 0,001$), to znaczy z wyjątkiem obawy przed pójściem do jednostki ochrony zdrowia ($p = 0,916$) oraz poczucia frustracji i niepewności jutra ($p = 0,942$). W miarę poprawy poziomu wykształcenia zwiększał się odsetek widzących wyłącznie negatywne skutki pandemii COVID-19, ale też częściej wystąpiło u nich pozytywne przewartościowanie i docenienie znaczenia zdrowia. W odniesieniu do przewartościowania nie było różnicy między respondentami ze średnim i wyższym wykształceniem, a jedynie osoby z wykształceniem poniżej średniego rzadziej zgadzały się z podanym stwierdzeniem. Osób gorzej wykształconych częściej nie było stać na leczenie z powodów finansowych. Podobnie jak w odniesieniu do różnic związanych z płcią, zwraca uwagę znacząca, ponad 10-procentowa różnica między grupami edukacyjnymi.

Sytuacja materialna rodziny nie wykazywała związku z częstością pozytywnego przewartościowania w kierunku doceniania znaczenia zdrowia jako wartości osobistej ($p = 0,776$). Istotny natomiast okazał się jej związek z czterema wskaźnikami negatywnymi. Osoby z rodzin najzamożniejszych najrzadziej widziały wyłącznie negatywne skutki pandemii, a najwyższy poziom tego wskaźnika uzyskano w najliczniejszej grupie o przeciętnym statusie materialnym ($p = 0,004$). Obawa przed zgłoszeniem się do placówki ochrony zdrowia zmniejszała się w miarę poprawy sytuacji materialnej rodziny ($p < 0,001$). Różnica między dwiema najzamożniejszymi grupami jest już niewielka, a grupa najbiedniejszych wyraźnie różni się od pozostałych. Związek między obecną sytuacją materialną a rezygnacją z podjęcia leczenia uwarunkowaną względami ekonomicznymi wydaje się oczywisty, jednak warto zwrócić uwagę na ogromną różnicę między skrajnie ubogimi i najzamożniejszymi rodzinami (62,8% wobec 15,5% osób deklarujących, że nie stać ich na leczenie, $p < 0,001$). Niski status materialny wią-

że się też ze znaczącym wzrostem odsetka osób odczuwających frustrację i niepewność co do przyszłości. Różnica między skrajnymi grupami przekracza tu 20% ($p < 0,001$).

Ostatnim czynnikiem mogącym determinować poziom analizowanych wskaźników był status **zatrudnienia**. Był to czynnik różnicujący w czterech przypadkach, to znaczy oprócz wskaźnika rezygnacji z leczenia z przyczyn finansowych ($p = 0,128$). Osoby pracujące w porównaniu z obecnie niepracującymi zawodowo częściej widziały wyłącznie negatywne strony pandemii COVID-19 ($p < 0,001$), ale rzadziej zgłaszały obawy przed pójściem do jednostki ochrony zdrowia ($p = 0,016$) i frustrację z powodu sytuacji epidemiologicznej ($p = 0,002$). Pozytywne przewartościowanie w kierunku lepszego zrozumienia wartości zdrowia częściej obserwowano w grupie niepracujących ($p = 0,007$).

W tabeli 37 pominięto związek między klasą **wielkości miejscowości** a poziomem pięciu wskaźników, ponieważ w większości przypadków nie wykazano istotnego zróżnicowania. Różnice występują tylko w odniesieniu do ostatniego pozytywnego wskaźnika. Odsetek deklarujących pozytywne przewartościowanie był najmniejszy w dużych miastach powyżej 500 tysięcy mieszkańców (73,5%), bez znaczących różnic między poprzednimi kategoriami miejsca zamieszkania.

3.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań

Niniejszy rozdział przedstawia spojrzenie pacjentów na proces leczenia w okresie pandemii COVID-19, w tym dostęp do opieki medycznej. Duży nacisk położono na negatywne i pozytywne konsekwencje prawie dwuletniego okresu funkcjonowania w pandemii.

Bardzo ważna wydaje się kwestia dostępu do opieki medycznej w czasie pandemii COVID-19. Według wielu doniesień w okresie tym leczenie wielu chorób mogło zostać zaniedbane, co w sumie wpłynęło na stan zdrowia populacji mierzony chorobowością i umieralnością. W świetle cyklicznie wydawanego raportu OECD *Health at a Glance* w okresie od marca 2020 do czerwca 2021 roku liczba nadmiarowych zgonów w przeliczeniu na milion ludności była szczególnie wysoka w Meksyku, Polsce, Czechach i na Słowacji (OECD, 2021). W kwestii dostępu do leczenia należy brać pod uwagę różne zasoby, takie jak: przestrzenne, czasowe, finansowe, informacyjne, ludzkie i technologiczne. Zasoby te mogą być barierami, inhibitorami, katalizatorami lub czynnikami napędzającymi fizyczny i wirtualny dostęp do różnych rodzajów opieki zdrowotnej (Núñez i in., 2021).

Wiele z powyższych zagadnień zostało uwzględnionych w naszych badaniach. Odrębny podrozdział poświęcono niechęci do zgłaszania się do jednostek medycznych w obawie przed zakażeniem, hospitalizacją i rozłąką z rodziną. Zasygnalizowano też nierówności społeczne w dostępie do opieki medycznej, identyfikując grupy mniej i bardziej uprzywilejowane. Obawy związane z ryzykiem zakażenia i zróżnicowanie społeczne skutków pandemii były tematami poruszonymi w pracach innych autorów (Alkouri i in., 2022; Luo i in., 2022). Zaskakującym wynikiem jest dużo częstsze zgłaszanie przez kobiety w porównaniu z mężczyznami barier finansowych korzystania z opieki medycznej. Można to traktować jako przejaw kumulacji czynników ryzyka, określanego w literaturze jako dyskryminacja wielokrotna (Maestriperi, 2021).

W przyszłości warto przeanalizować pewne grupy pacjentów, które mogą zostać wyróżnione w badanej populacji 3622 dorosłych Polaków, wykorzystując też dane opisane w innych rozdziałach tej monografii. Mamy tu na myśli osoby, które przeszły zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (stanowili oni jedną czwartą respondentów). Według danych z literatury w grupie tej częściej mogą pojawić się problemy natury psychicznej (Chaudhary i in., 2022). Inną cechą, która powinna ukierunkować pogłębione analizy, jest zobiektywizowana ocena stanu zdrowia pacjentów, w tym symptomy ograniczonej sprawności, co w naszym badaniu było mierzone kwestionariuszem EQ-5D-5L.

W badanej grupie pacjentów z populacyjnej próby panelowej udział korzystających wyłącznie z teleporad był niewielki (1,7%). Większość (57,5%) korzystała z tradycyjnych wizyt stacjonarnych oraz wizyt zdalnych. Nie znamy jednak proporcji tych dwóch form kontaktu, bo jako najczęściej zgłaszany negatywny wpływ pandemii wymieniano utrudniony kontakt z lekarzem, co też jest wskaźnikiem ograniczeń w dostępie do opieki medycznej.

Znacznie większy odsetek pacjentów widział negatywne strony pandemii niż pozytywne skutki tego okresu. Ważna część powyższych analiz dotyczy wpływu pandemii na proces leczenia i diagnostykę. Opisuując negatywne doświadczenia, pacjenci zwracali uwagę na brak bezpośredniego kontaktu z lekarzem jako główne utrudnienie. Wskazuje to znaczenie, jakie przypisują dobrej i bezpośredniej komunikacji z pracownikami ochrony zdrowia. W kolejnych analizach warto ocenić, w jakim stopniu restrykcje związane z pandemią wiązały się z mniej lub bardziej negatywną oceną wpływu pandemii COVID-19 na leczenie i diagnostykę.

Przeprowadzone badania wskazały też na pozytywny wpływ pandemii, o czym świadczy na przykład wymuszona zmiana – forma zdalna

świadczenia niektórych usług, w konsekwencji usprawniająca system opieki. Jako pozytywną zmianę respondenci wskazali możliwość szybszego uzyskania recepty.

Warto zwrócić uwagę na wyniki dotyczące zmiany postaw i zachowań społecznych oraz zjawiska przewartościowania, do którego często dochodzi w sytuacjach kryzysowych. Ankietowani podkreślali, że inaczej zaczęli pojmować sens życia, zrozumieli, jak ważne stały się dla nich relacje z bliskimi oraz wspólnie spędzany czas. Narzucana sobie samemu izolacja społeczna może też być przejawem poczucia odpowiedzialności za innych (Lachowicz-Tabaczek i Kozłowska, 2021). Wolf i in. (2020) w swoim artykule podkreślili, jak ważna jest świadomość wyznawania podobnych wartości jak inni ludzie i przechodzenia podobnego procesu zmiany podejścia do życia, stosunku do siebie i innych.

4.

Stan zdrowia pracowników ochrony zdrowia i pacjentów

4.1. Tło badań

W Polsce istnieje system pozyskiwania informacji o zdrowiu, który obejmuje dane zbierane administracyjnie, ujęte w systemie statystyki państwowej, oraz wiele rejestrów i innych systematycznie prowadzonych źródeł. Badania ankietowe są ważnym uzupełniającym elementem tego systemu, a w odniesieniu do wielu problemów – jedynym źródłem danych. Monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa w sytuacji kryzysowej należy do głównych zadań zdrowia publicznego. Reakcją na rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 było stworzenie systemu rejestrowania zakażeń i zgonów oraz badanie poziomu zaszczepienia i odporności. W wielu ukierunkowanych tematycznie badaniach koncentrowano się na skutkach zdrowotnych przebytego zakażenia. Badania ankietowe mogą być ważnym źródłem informacji o pośrednich skutkach pandemii, nieodnoszących się tylko do osób zakażonych i ozdrowieńców, ale dających obraz stanu zdrowia różnych grup społecznych. W centrum zainteresowania byli pracownicy sektora zdrowotnego jako osoby stojące w pierwszej linii walki z pandemią (Kinge i in., 2022).

Przeprowadzone w ramach projektu dotyczącego humanizacji medycyny trzy główne badania ankietowe dostarczyły szeregu danych na temat konsekwencji społecznych i zdrowotnych pandemii. W tym rozdziale

skoncentrowano się na tradycyjnych wskaźnikach zdrowotnych, przyjmując za podstawę trzy wymiary zdrowia: fizyczne, psychiczne i społeczne. W częściach dotyczących pracowników ochrony zdrowia, podobnie jak w innych rozdziałach, porównano cztery grupy zawodowe. W częściach dotyczących pacjentów znajdują się zestawienia porównujące różne grupy społeczne. Analiza społecznych nierówności w zdrowiu jest ciągłym wyzwaniem dla badaczy, a kontekst pandemii skłania do inicjowania nowych badań (Cash-Gibson i in., 2021). Zasygnalizowano znaczenie istnienia sieci wsparcia społecznego jako czynnika wzmacniającego zdrowie, co często omawiane jest w kontekście radzenia sobie z chorobą (Gallant, 2003).

Celem tego rozdziału jest przedstawienie stanu zdrowia fizycznego i psychospołecznego pracowników ochrony zdrowia oraz pacjentów na przykładzie wybranych wskaźników odnoszących się do okresu pandemii COVID-19.

4.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników

4.2.1. Wskaźniki zdrowia fizycznego

W założeniach co do budowy kwestionariuszy *Badania Głównego* przewidziano niewielką liczbę pytań dotyczących zdrowia fizycznego ze względu na konieczność optymalizacji czasu ankietyzacji. Uwzględniając mocno zarysowany kontekst pandemii, w obu grupach pacjentów pytano o przebyte zakażenie wirusem SARS-CoV-2 oraz o miejsce leczenia, co można traktować jako zdrowotne wskaźniki zachorowalności. Pytano też o podejście prewencyjne, czyli przebyte szczepienia ochronne i intencje ich przyjęcia, jednak te dane straciły swoją aktualność.

Do kwestionariuszy opracowanych dla wszystkich grup respondentów włączono pytanie o samoocenę zdrowia, z pięcioma kategoriami odpowiedzi kodowanych od 0 (oceniam je zdecydowanie źle) do 4 punktów (zdecydowanie dobrze). W tym podrozdziale uwzględniono też ocenę stanu odżywienia mierzoną wskaźnikiem indeksu masy ciała BMI (*body mass index*), jako współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach. Pacjenci z próby populacyjnej oraz pracownicy ochrony zdrowia podawali wysokość ciała oraz aktualną masę ciała, były to zatem dane deklarowane. Wyniki prezentowane są jako średni indeks BMI oraz odsetek osób z masą ciała w normie lub niedowagą (jako jedna kategoria), z nadwagą i otyłością. Przyjęto standardowe punkty odcięcia, jednakowe dla wszystkich (nad-

waga powyżej 25 kg/m² oraz otyłość powyżej 30 kg/m²). Kategorie samooceny zdrowia oraz BMI traktowane są w niektórych podrozdziałach jako zmienne przekrojowe.

W obu grupach pacjentów zastosowano posiadający polską wersję językową kwestionariusz EQ-5D-5L, będący narzędziem do pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem, nastawionym na ocenę ograniczonej sprawności. Uwzględnia on pięć wymiarów jakości życia: poruszanie się, samoobsługę, zdolność do wykonywania zwykłych czynności, odczuwanie bólu/dyskomfortu, odczuwanie niepokoju/przygnębienia.

Ankietowani w pięciostopniowej skali oceniali swój aktualny stan jako:

- brak problemów (kod 1);
- niewielkie problemy/niewielkie nasilenie (kod 2);
- umiarkowane problemy/umiarkowane nasilenie (kod 3);
- poważne problemy/znaczące nasilenie (kod 4);
- niemożność wykonywania czynności/bardzo duże nasilenie (kod 5).

Opisując wyniki, zdefiniowano grupę osób całkowicie wolnych od powyższych problemów oraz tych, u których wystąpił co najmniej jeden problem w dowolnym nasileniu. Zgodnie z zasadami stosowania tego narzędzia podano też wartość średniego indeksu EQ, stosując normy polskie (Golicki i in., 2019). Stan zdrowia każdej osoby można scharakteryzować za pomocą ciągu cyfr zgodnego z układem odpowiedzi na powyższe pytania. Przez „11111” rozumiany jest najlepszy stan zdrowia, któremu przypisuje się wartość 1. Normy opracowane dla wielu krajów, w tym Polski, określają wartości indeksu EQ przypisane wszystkim możliwym kombinacjom odpowiedzi na pięć pytań. W miarę pogarszania się stanu zdrowia indeksy EQ się obniżają, w Polsce do -0,590 dla najgorszej oceny „55555”.

Respondenci z próby populacyjnej odpowiadali ponadto na pytanie na temat występowania długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, trwających (lub przewidywanych, że będą trwały) sześć miesięcy lub dłużej, stwierdzonych przez lekarza.

4.2.2. Wskaźniki zdrowia psychicznego i społecznego

Do oceny stanu zdrowia psychicznego wybrano dwie wystandaryzowane skale oceniające problemy ze snem oraz postrzegany poziom stresu. Obie skale mają wersję polskojęzyczną i zostały uwzględnione w kwestio-

nariuszu wszystkich trzech grup respondentów. W przypadku badania pacjentów jednostek ochrony zdrowia liczba zebranych przypadków jest mniejsza, ponieważ w trakcie zbierania danych zaistniała konieczność skrócenia kwestionariusza.

Skala zaburzeń snu znana jest w literaturze pod nazwą *Jenkins Sleep Scale* (JSS). Powstała z myślą o zastosowaniach klinicznych (Jenkins i in., 1988), stosowana jest jednak także w badaniach populacyjnych (Juhola i in., 2021). Składa się ona z czterech pytań dotyczących odpowiednio: problemów z zaśnięciem, wielokrotnego budzenia się w nocy, budzenia się zbyt wcześnie, poczucia zmęczenia lub wyczerpania po typowym czasie snu. Ankietowani odpowiadali z perspektywy ostatniego miesiąca, określając liczbę dni, w których wystąpiły dane problemy. Uwzględniono sześć kategorii odpowiedzi kodowanych od 0 do 5, w tym: 0 – wcale (0 dni); 1 – od 1 do 3 dni; 2 – od 4 do 7 dni; 3 – od 8 do 14 dni; 4 – od 15 do 21 dni; 5 – od 22 do 31 dni. Indeks sumaryczny przyjmuje zakres od 0 do 20 punktów, a wynik powyżej 11 punktów oznacza trudności ze snem. W alternatywnym systemie oceny za osoby mające problemy ze snem uznaje się te, które na co najmniej jedno pytanie udzieliły jednej z dwóch ostatnich odpowiedzi, czyli miały dany problem co najmniej 15 dni w miesiącu. W zestawieniach tabelarycznych przedstawiono średnie indeksy oraz odsetki osób mających trudności ze snem, przy punkcie odcięcia 11/12 punktów. W próbie populacyjnej, mającej strukturę demograficzną najbliższą do danych ogólnopolskich, potwierdzono strukturę jednoczynnikową oraz wysoką rzetelność JSS (alfa Cronbacha 0,874).

Do pomiaru stresu zastosowano skalę znaną w literaturze jako *Perceived Stress Scale* (PSS), od nazwiska autora zwaną też skalą Cohena (Cohen i in., 1983). Występuje ona w wersji z 14, 10 i 4 pytaniami. Wersja środkowa jest najbardziej rekomendowana, a niektórzy autorzy zgłaszają zastrzeżenia do wersji najkrótszej. Sprawdza się ona jednak w kwestionariuszach wielowątkowych, wobec konieczności skrócenia czasu ankietyzacji, lub w sondażach telefonicznych. Cechą wspólną wszystkich wersji jest równoczesne występowanie pytań pozytywnie (P) i negatywnie (N) zorientowanych, które w równej liczbie występują w PSS-4. Ankietowani odpowiadają z perspektywy doświadczeń ostatniego miesiąca. W PSS-4 kolejne pytania dotyczą: kontroli ważnych rzeczy w swoim życiu (N), przekonania o zdolności poradzenia sobie z własnymi problemami (P), poczucia, że sprawy idą w dobrym kierunku (P), oraz poczucia, że nagromadziło się zbyt wiele problemów (N). Kwestionariusze rodziny PSS uwzględniają pięć kategorii odpowiedzi: od „nigdy” do „bardzo często”, co pozwala na obli-

czenie indeksu sumarycznego o zakresie 0–16 punktów. Badacze są zgodni, że nie ma popartego badaniami klinicznymi punktu odcięcia definiującego wysoki poziom stresu, a w wielu opracowaniach podawane są tylko wartości średnie PSS-4. Czasami jako punkt odcięcia sugerowana jest wartość 6 lub więcej punktów, co wynika z norm brytyjskich badań Warrtig i in. (2013). Odnosząc te normy do danych polskich i zewnętrznego względem omawianego projektu badania 2500 Polaków ankietowanych w 2021 roku, można uznać za zasadne przyjęcie trzech przedziałów: 0–5 punktów, 6–8 punktów oraz 9–16 punktów. Zachowana jest zgodność z publikacjami międzynarodowymi, a jednocześnie można wyróżnić grupę podwyższonego ryzyka doświadczania skutków życia w stresie. Wadą polskiej wersji językowej jest dwuczynnikowa struktura PSS-4, co potwierdzają dane z różnych badań własnych obejmujących okres pandemii. Na granicy dopuszczalności jest też rzetelność tego narzędzia – alfa Cronbacha 0,687 w omawianym w tym raporcie Badaniu populacyjnym z 2022 roku.

Uzupełnieniem tego rozdziału jest ocena postrzegania życia zawodowego i osobistego w trzech grupach respondentów, co wiąże się ze społecznym wymiarem zdrowia. Ankietowanych pytano, jak oceniają różne sfery swojego życia, w tym: atmosferę, stosunki z rodziną, relacje z przyjaciółmi i znajomymi oraz osiągnięcia zawodowe. Odpowiedzi zostały zakodowane w skali od 0 (zdecydowanie źle) do 4 punktów (zdecydowanie dobrze). Zwrócono uwagę na odsetek ocen pozytywnych oraz na sumaryczną ocenę tych trzech sfer życia. Odpowiednia skala o zakresie 0–12 punktów ma w populacji pracowników strukturę jednoczynnikową i rzetelność na poziomie alfa Cronbacha 0,739. Interpretując sumaryczny indeks w grupach pacjentów, trzeba mieć na względzie znaczny odsetek osób niepracujących.

W rozdziale zasygnalizowano znaczenie wsparcia społecznego, co łączy podrozdziały na temat zdrowia fizycznego i psychospołecznego. Ankietowanych z próby populacyjnej pytano, czy i na kogo mogą liczyć w sytuacji pogorszenia zdrowia, wyróżniając sześć grup znaczących osób. Przedstawiono czynniki ryzyka braku wsparcia ze strony innych osób oraz wybrane konsekwencje zdrowotne.

Omówienie innych rozbudowanych bloków pytań odnoszących się do zdrowia społecznego wykracza poza planowany zakres tego raportu, jednak sukcesywnie są i będą wydawane ukierunkowane publikacje (Kozakiewicz i in., 2022). W innych rozdziałach tego raportu cechy respondentów powiązane z ich sytuacją rodzinną, pozostawianiem w związkach czy sytuacją zawodową traktowane są jako zmienne przekrojowe.

4.3. Wyniki

4.3.1. Zdrowie fizyczne

Na pytanie dotyczące oceny własnego zdrowia odpowiedziało 97,3% **pracowników jednostek medycznych**. Większość ocen była pozytywna, ale 8,4% ankietowanych oceniło swoje zdrowie jako zdecydowanie złe lub raczej złe. Nie wykazano różnic związanych z płcią ($p = 0,805$) oraz różnic między grupami zawodowymi ($p = 0,256$), (tabela 38).

Dane na temat deklarowanego wzrostu i masy ciała dostępne były dla wszystkich osób w tej grupie, jednak odrzucono trzy skrajnie niskie lub wysokie odstające wartości BMI. Średni indeks BMI był równy $25,87 \text{ kg/m}^2$ ($SD = 4,46$), w tym dla mężczyzn $27,35$ ($3,66$), a dla kobiet $25,52$ ($4,56$). Różnice między grupami zawodowymi okazały się statystycznie istotne ($p < 0,001$). Najwyższą wartość średniego BMI zanotowano wśród ratowników medycznych, a najniższą – wśród przedstawicieli innych zawodów medycznych i niemedycechnych. Nadwaga lub otyłość wystąpiła wśród 52,5% ankietowanych pracowników ochrony zdrowia (73,7% mężczyzn oraz 48,5% kobiet), w tym otyłość u 16,7% (20,6% mężczyzn oraz 5,8% kobiet).

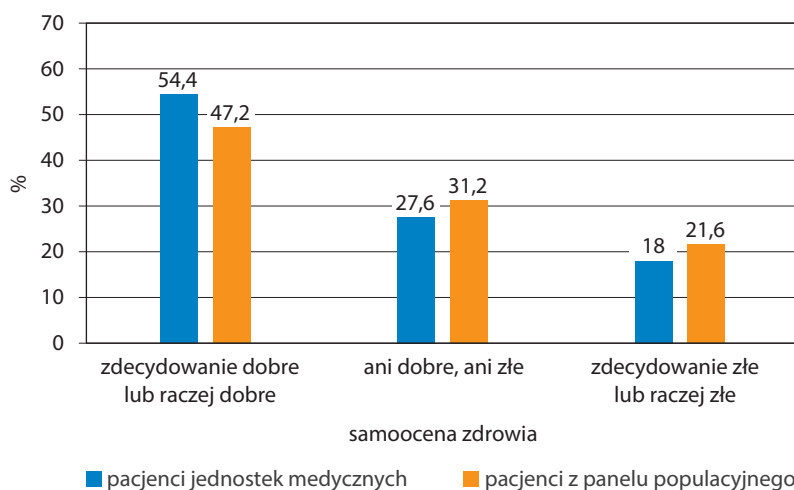
Wykazano istotną różnicę między czterema grupami zawodowymi w rozkładzie wartości BMI, a wnioskowanie jest identyczne jak w odniesieniu do wartości średnich tego indeksu. Nadwaga i otyłość były najczęściej notowane w grupie ratowniczej, a najrzadziej w innych zawodach medycznych i niemedycechnych.

Tabela 38. Samoocena zdrowia oraz wartości BMI w próbie pracowników ochrony zdrowia według wykonywanego zawodu (%)

	Grupa zawodowa			
	lekarze N = 498	pielęgniarki N = 1216	ratownicy N = 166	inne zawody N = 423
Samoocena zdrowia				
złe lub raczej złe	6,8	9,9	9,7	6,8
ani dobre, ani złe	21,1	19,9	18,8	22,8
dobre lub bardzo dobre	72,1	70,2	71,5	70,4
Kategorie BMI				
niedowaga, norma	49,9	44,4	33,1	59,2
nadwaga	36,8	36,5	45,8	28,2
otyłość	13,3	19,1	21,1	12,6
Średnia BMI (SD)	25,44 (4,15)	26,24 (4,53)	26,76 (4,15)	24,95 (4,56)

Warto zwrócić uwagę na wyraźny związek samooceny zdrowia z poziomem BMI. W analizowanej grupie pracowników ochrony zdrowia udział oceniających własne zdrowie jako zdecydowanie złe lub bardzo złe wynosił przy braku nadmiaru masy ciała 6,2%, wzrastając do 17,1% u osób z otyłością. Równocześnie obniżał się udział oceniających swoje zdrowie jako raczej dobre lub zdecydowanie dobre (76,9% wobec 56,7%).

Podobne dane uzyskano dla **pacjentów**. W połączonej próbie z dwóch badań na pytanie odnoszące się do samooceny zdrowia odpowiedziało 98,7% respondentów. Ponad połowa (50,2%) dobrze oceniła swoje zdrowie, natomiast co piąty ankietowany (20,1%) ocenił je złe. Porównanie dwóch grup przedstawiono na rycinie 14. Wyniki wskazują na lepszą samoocenę zdrowia przez pacjentów rekrutowanych w jednostkach ochrony zdrowia.



Rycina 14. Ocena własnego zdrowia przez pacjentów jednostek medycznych oraz pacjentów z próby populacyjnej

W tabeli 39 przedstawiono dane odnoszące się do przebytego przez pacjentów zakażenia wirusem SARS-CoV-2, z podziałem na przypadki pewne i prawdopodobne. Co czwarty ankietowany miał potwierdzony pozytywny wynik testu. Częściej taką odpowiedź wskazywali pacjenci jednostek ochrony zdrowia, którzy prawdopodobnie byli rutynowo testowani w związku z pobytem w danej placówce. W grupie tej częściej notowano też odmowy odpowiedzi. W próbie populacyjnej częściej występowały przypadki podejrzenia zakażenia. Odsetek osób mających pewność, że nie przechodzili zakażenia koronawirusem, był zbliżony w obu grupach.

Fakt przebycia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 nie rzutował na samoocenę zdrowia ankietowanych ($p = 0,615$). Wzrastał natomiast powyżej przeciętnej odsetek osób gorzej oceniających swoje zdrowie w grupie, która przeszła zakażenie i była leczona w szpitalu. Na przykład w grupie pacjentów jednostek medycznych 85 osób było hospitalizowanych z tej przyczyny, a udział obecnie gorzej oceniających swoje zdrowie wynosił 22,9%.

Tabela 39. Objawy zakażenia wirusem SARS-CoV-2 według deklaracji pacjentów z dwóch prób

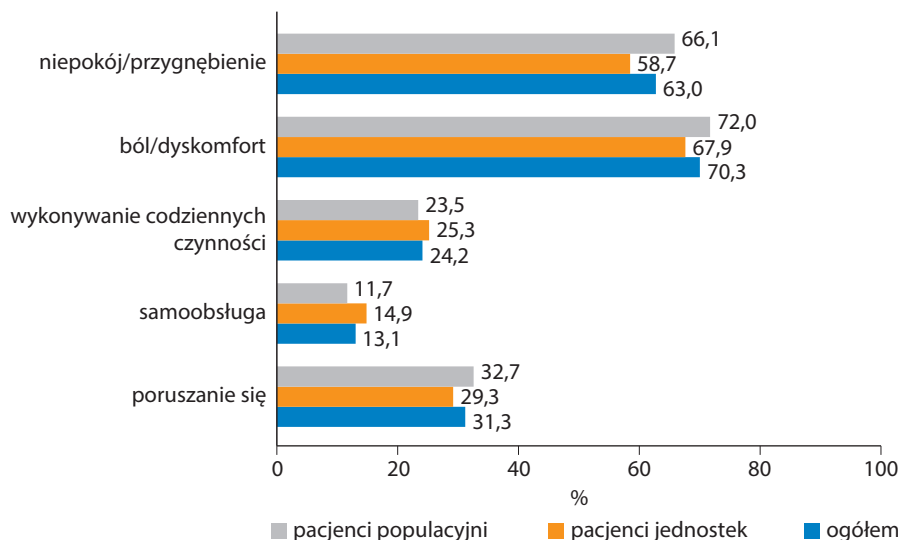
Objawy zakażenia wirusem SARS-CoV-2	Ogółem		Pacjenci z jednostek medycznych		Pacjenci z Badania populacyjnego	
	n	%	n	%	n	%
Na pewno tak – miałem pozytywny wynik testu	884	24,4	457	29,1	427	20,8
Tak – choć nie miałem wykonywanego testu	396	10,9	146	9,3	250	12,2
Chyba tak – miałem bardzo podobne objawy	484	13,4	189	12,0	295	14,4
Raczej nie – nie miałem objawów	1061	29,3	385	24,5	676	33,0
Na pewno nie – miałem negatywne wyniki testów	636	17,6	269	17,1	367	17,9
Odmowa odpowiedzi	161	4,5	126	8,0	35	1,7

Zebrane dane pozwoliły na ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem pacjentów z dwóch grup z wykorzystaniem kwestionariusza EQ-5D-5L. Dane uzyskano w odniesieniu do 3523 pacjentów. W tak połączonej próbie 17,7% ankietowanych nie zgłaszało żadnych z wymienionych problemów. W próbie z jednostek ochrony zdrowia udział ten wynosił 20,5%, wobec 15,7% w panelu populacyjnym. W niezależnym pytaniu 60,1% respondentów z tej drugiej próby twierdziło, że cierpi z powodu choroby przewlekłej stwierdzonej przez lekarza. W grupie osób wolnych od długotrwałych problemów zdrowotnych udział mających bardzo doły stan zdrowia w świetle EQ-5D-5L wynosił 31,5% wobec 7,8% wśród osób deklaruujących obecność choroby przewlekłej.

Uzyskano średni indeks EQ na poziomie 0,900 (SD = 0,132), w tym 0,905 (SD = 0,131) w próbie pacjentów z jednostek ochrony zdrowia oraz 0,896 (SD = 0,133) w próbie z panelu populacyjnego ($p < 0,001$).

Na rycinie 15 przedstawiono częstość występowania poszczególnych problemów uwzględnionych w EQ-5D-5L w dwóch próbach pacjentów (tzn. z jednostek ochrony zdrowia i z panelu populacyjnego), bez względu

na nasilenie tych problemów. Najczęściej zgłaszano dolegliwości bólowe oraz problemy natury psychicznej (niepokój lub przygnębienie), a najrzadziej problemy z samoobsługą (myciem, ubieraniem się).



Rycina 15. Problemy deklarowane przez pacjentów z dwóch badań według EQ-5D-5L

Porównując dwie grupy pacjentów, stwierdzono największe różnice w występowaniu niepokoju lub przygnębienia na niekorzyść próby populacyjnej ($p < 0,001$). Wynik na granicy istotności uzyskano też w przypadku zgłaszania bólu lub dyskomfortu, co również częściej zgłaszali respondenci w panelowym Badaniu populacyjnym ($p = 0,070$) oraz w przypadku problemów z samoobsługą, częściej zgłaszanych przez pacjentów z jednostek medycznych ($p = 0,080$). Pacjenci z dwóch grup z podobną częstością zgłaszali problemy z poruszaniem się oraz problemy z wykonywaniem codziennych czynności.

4.3.2. Zdrowie psychospołeczne

Dane na temat poziomu stresu uzyskano od 2157 **pracowników ochrony zdrowia**, co oznacza 6,3% braków danych w co najmniej jednym pytaniu składowym PSS-4. Zakres rzeczywiście zaobserwowanych wartości wahał się od 0 do 14, czyli nie osiągnięto wartości maksymalnych. Średni indeks wyniósł w tej próbie 5,63 ($SD = 3,04$). Czynnikiem szczególnie podwyższającym poziom stresu była ograniczona zdolność radzenia sobie z osobistymi problemami (pytanie 2, PSS-4). Najniższą wartość średnią uzyskano w grupie innych zawodów medycznych i niemedycznych, a najwyższą –

w grupie pielęgniarskiej. Stosunkowo wyższe wartości zanotowano u ratowników medycznych. Różnica między grupami zawodowymi jest statystycznie istotna ($p = 0,008$). Wykazano, że 55% ankietowanych ma podwyższony lub bardzo wysoki poziom stresu, w tym 13,2% zdecydowanie wysoki według przyjętych kryteriów. Analiza rozkładu wartości indeksu PSS-4 potwierdziła najmniej korzystne wyniki w grupach pielęgniarskiej oraz ratowniczej. W grupie lekarzy i lekarek wyniki były bardziej korzystne, biorąc pod uwagę zarówno wartość średnią, jak i kategorie poziomu stresu. Najniższy w tej grupie okazał się odsetek bardzo wysokiego poziomu stresu (tabela 40).

Tabela 40. Wybrane wskaźniki zdrowia psychicznego pracowników ochrony zdrowia (N = 2303)

Wskaźniki zdrowia psychicznego	Grupa zawodowa			
	lekarska	pielęgniarska	ratownicza	inne zawody
Stres według PSS-4				
średnia (SD)	5,40 (2,93)	5,79 (3,01)	5,72 (2,92)	5,33 (3,26)
niski poziom (%)	50,0	41,5	42,6	50,3
podwyższony (%)	38,3	44,3	45,2	37,2
bardzo wysoki (%)	11,7	14,2	12,3	12,6
Trudności ze snem według JSS				
średnia (SD)	4,64 (4,60)	5,65 (5,50)	5,30 (5,05)	5,38 (5,47)
nie występują (%)	90,2	84,2	86,7	85,3
występują (%)	9,8	15,8	13,3	14,7
Pozytywna ocena wybranych sfer życia (%)*				
rodziny	87,1	88,9	82,4	85,3
znajomych	82,7	87,5	81,2	87,4
osiągnięć zawodowych	77,2	80,4	72,6	69,1

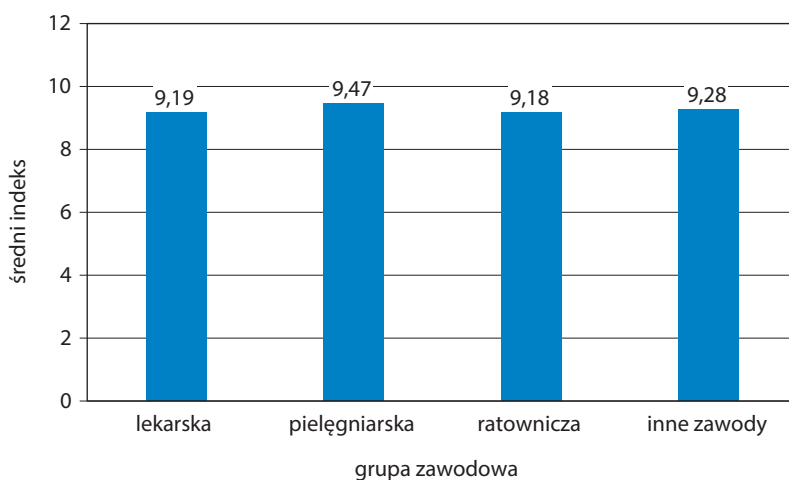
* Łączny odsetek oceny *zdecydowanie dobrej* i *raczej dobrej*.

Na pytania dotyczące trudności ze snem odpowiedzieli wszyscy ankietowani pracownicy ochrony zdrowia, co wynikało z internetowej formy ankietyzacji z brakiem opcji odmowy odpowiedzi. Również w przypadku JSS nie zanotowano teoretycznie możliwych wartości maksymalnych, ponieważ zakres wyników wahał się od 0 do 18 punktów. Respondenci najczęściej zgłaszali zmęczenie poranne mimo odpowiedniej długości nocnego wypoczynku, a najrzadziej – trudności z zasypianiem. Średni indeks JSS wyniósł w tej próbie 5,35 (SD = 5,29). Najniższą wartość średnią uzyskano

w grupie lekarskiej, a najwyższą w grupie pielęgniarek. Różnica między grupami zawodowymi nie była jednak statystycznie istotna ($p = 0,066$). Wyraźniejsze różnice między grupami zawodowymi zarysowują się, jeśli weźmiemy pod uwagę odsetek osób zakwalifikowanych do zaburzeń snu. Wartość JSS powyżej 11 punktów uzyskało od 9,8% (lekarze i lekarki) do 14,8% (grup pielęgniarstwa) ankietowanych. Przy dychotomicznym podziale różnica jest już statystycznie istotna ($p = 0,016$). Tylko grupa lekarska różni się na korzyść od pozostałych. Odsetki trudności ze snem raportowanych przez grupę ratowniczą i przedstawicieli innych zawodów medycznych i niemedyceńskich też są wysokie, chociaż niższe niż w grupie pielęgniarstwa.

Przedstawiciele różnych grup zawodowych różnili się także pod względem oceny różnych sfer życia powiązanych z pracą zawodową i relacjami społecznymi. Najgorzej oceniano osiągnięcia zawodowe i tu różnice między grupami zawodowymi były największe. Udział pozytywnych ocen osiągnięć w pracy wahał się od 69,1% w grupie innych zawodów do 80,4% w grupie pielęgniarstwa ($p < 0,001$). Istotne różnice między czterema grupami utrzymywały się też w odniesieniu do relacji ze znajomymi i przyjaciółmi ($p = 0,015$). Gorzej oceniali te relacje lekarze i lekarki oraz przedstawiciele innych zawodów, a lepiej – grupa pielęgniarstwa i ratownicza. W przypadku oceny atmosfery rodzinnej uzyskano wynik na granicy istotności statystycznej ($p = 0,051$). W grupie pielęgniarstwa oceny były najlepsze, a w grupie ratowniczej najgorsze.

Na rycinie 16 przedstawiono wartości indeksu łącznej oceny trzech sfer życia według grup zawodowych. Średnia wartość tego indeksu waha się



Rycina 16. Średni indeks oceny trzech sfer życia pracowników ochrony zdrowia według grup zawodowych

od 9,18 (grupa ratownicza) do 9,80 (grupa pielęgnarska). Wyniki uzyskane przez lekarzy i lekarki są bardzo zbliżone do dolnej wartości tego zakresu.

W tabeli 41 w podobny sposób przedstawiono wskaźniki zdrowia psychicznego i społecznego w dwóch grupach **pacjentów**.

Dane na temat poziomu stresu uzyskano od 3467 pacjentów z dwóch prób. Udział braków danych był dużo wyższy wśród pacjentów jednostek ochrony zdrowia niż wśród osób z badania panelowego deklarujących bycie pacjentem w ostatnich 24 miesiącach (7,4% wobec 1,9%). W połączonej próbie średni indeks wyniósł 6,07 (SD = 3,19), co oznacza wyższy poziom niż wśród personelu jednostek medycznych. Na stres pacjentów w większym stopniu niż w przypadku personelu wpływały odpowiedzi na skrajne pytania, negatywnie zorientowane. Pacjenci z jednostek medycznych raportowali wyższy średni poziom stresu. Różnica między dwiema grupami jest istotna statystycznie ($p < 0,001$). Często jednak był to poziom podwyższony (6–8 punktów), a nie bardzo wysoki.

Tabela 41. Wybrane wskaźniki zdrowia psychicznego pacjentów w dwóch grupach respondentów

	Ogółem N = 3622	Pacjenci z Badania populacyjnego N = 2050	Pacjenci z Badania w jednostkach medycznych N = 1572**
Stres według PSS-4			
średnia (SD)	6,07 (3,19)	5,92 (3,26)	6,28 (3,07)
niski poziom (%)	40,5	43,9	35,6
podwyższony (%)	41,0	36,9	46,8
bardzo wysoki (%)	18,5	19,2	17,6
Trudności ze snem według JSS			
średnia (SD)	7,00 (5,41)	7,13 (5,48)	6,31 (4,94)
nie występują (%)	78,9	77,8	85,4
występują (%)	21,1	22,2	14,6
Pozytywna ocena wybranych sfer życia (%)*			
rodziny	75,1	72,3	78,9
znajomych	76,2	73,5	79,9
osiągnięć zawodowych	54,6	49,2	61,9

* Łączny odsetek oceny *zdecydowanie dobrej* i *raczej dobrej*; ** Dane o skali JSS zebrane dla 363 osób.

Trudno porównać obie grupy pod względem zaburzeń snu, ponieważ w grupie pacjentów z jednostek ochrony zdrowia zebrano tylko dane z jednej czwartej próby. W grupie 2414 osób, dla których zebrano dane, średni

poziom skali JSS wynosił 7,00 (SD = 5,41), a 21,1% ankietowanych zostało zakwalifikowanych do grupy z trudnościami.

Przechodząc do społecznego wymiaru zdrowia, oceniono – podobnie jak wśród personelu – trzy różne sfery życia. Zebrano dane od prawie wszystkich pacjentów z obu prób. Udział braków danych wahał się od 1,7% do 3,9%. Był też wyższy w grupie pacjentów jednostek medycznych niż w panelowym Badaniu populacyjnym. Odmowy odpowiedzi najczęściej dotyczyły oceny osiągnięć w pracy zawodowej. Pacjenci rekrutowani w szpitalach i przychodniach lepiej oceniali wszystkie trzy sfery życia.

Sprawdzono, czy wybrane zmienne demograficzne i społeczne różnicują omówione wyżej wskaźniki zdrowia psychospołecznego. Analizy dotyczą połączonej próby z dwóch badań (tabela 42).

Tabela 42. Analizowane wskaźniki zdrowia psychospołecznego według wybranych cech pacjentów z połączonych dwóch prób (%)

	Podwyższony i wysoki stres	Trudności ze snem	Pozytywna ocena		
			rodziny	znajomych	pracy
Płeć					
mężczyźni	53,5	17,6	73,0	72,4	54,0
kobiety	63,1	24,2	76,9	79,5	55,1
Wiek w latach					
18–29	65,6	17,2	65,3	74,3	43,2
30–49	62,9	18,6	74,5	74,1	55,4
50–64	57,8	23,8	78,1	77,3	55,7
65+	50,5	24,1	79,5	80,5	60,0
Wykształcenie					
poniżej średniego	70,1	23,3	69,8	72,3	43,9
średnie/policealne	59,6	20,6	74,7	76,8	53,2
wyższe	52,6	19,8	79,3	78,8	62,9
Miejsce zamieszkania					
wieś	59,7	20,6	76,2	77,4	51,5
miasto do 100 tys.	62,0	20,8	75,6	75,0	54,8
miasto do 500 tys.	59,2	23,5	74,9	78,1	59,6
miasto pow. 500 tys.	54,1	19,3	73,5	75,7	53,3
Status materialny rodziny					
niski	79,8	33,2	63,5	62,2	34,8
przeciętny	61,3	21,5	74,9	75,9	51,3
raczej wysoki	49,8	16,7	78,6	79,9	66,1
bardzo wysoki	45,7	12,2	82,0	85,3	68,7
Status zatrudnienia					
pracuje zawodowo	58,8	17,3	77,9	77,7	62,2
nie pracuje	60,0	25,3	72,2	74,7	44,3

Nie wykazano różnic związanych z **plcią** tylko w odniesieniu do postrzegania własnych osiągnięć zawodowych. Kobiety częściej sygnalizują podwyższony poziom stresu, ale lepiej niż mężczyźni oceniają atmosferę w rodzinie oraz relacje ze znajomymi i przyjaciółmi.

Wykazano również różnice związane z **wiek**iem. W młodszych rocznikach częściej występuje podwyższony poziom stresu, ale rzadziej odnotowywano trudności związane ze snem. Osoby starsze osiągnęły dużo lepsze wskaźniki zdrowia społecznego niż młodsze.

Ważnym czynnikiem różnicującym wskaźniki zdrowia psychospołecznego jest poziom **wykształcenia**. W odniesieniu do wszystkich pięciu wskaźników niekorzystnie wypadają osoby z wykształceniem poniżej średniego, a wyraźna poprawa następuje w grupie osób z wykształceniem wyższym.

Analizując związek z **miejsce**m zamieszkania, potwierdzono jego istotność w dwóch przypadkach. W największych miastach obniża się odsetek osób raportujących podwyższony poziom stresu, przy niewielkiej różnicy między trzema pozostałymi kategoriami miejscowości. Mniejsze miasta wypadają w tym zestawieniu najgorzej. Z kolei ocena osiągnięć zawodowych poprawia się w kolejnych kategoriach wielkości miejscowości, ale znów obniża w największych miastach (powyżej 500 tysięcy mieszkańców). Pacjenci z największych miast też względnie gorzej oceniali relacje w rodzinie i ze znajomymi, ale istotność różnic związanych z miejscem zamieszkania nie została w tych przypadkach potwierdzona testowaniem statystycznym.

Porównanie grup pacjentów wyróżnionych ze względu na **zamożność rodziny** jednoznacznie wskazuje na nasilanie się problemów w rodzinach najuboższych, których nie stać nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych. Największe różnice między grupami zamożności zauważono w odniesieniu do oceny osiągnięć zawodowych, a najmniejsze – w przypadku poziomu zadowolenia z atmosfery rodzinnej.

Ostatnim analizowanym czynnikiem był **status zatrudnienia**. Z analiz wykluczono 95 przypadków odmowy odpowiedzi. Osoby obecnie pracujące i niepracujące nie różniły się tylko pod względem poziomu stresu, a w przypadku oceny relacji ze znajomymi różnica była bliska granicy istotności statystycznej. Największe różnice dotyczyły oceny osiągnięć zawodowych, kiedy osoby niepracujące nie mogły jej odnieść do sytuacji obecnej.

4.3.3. Wsparcie społeczne a poziom stresu

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 43, bazujących na próbie populacyjnej, respondenci pozytywnie oceniali możliwość uzyskania pomocy

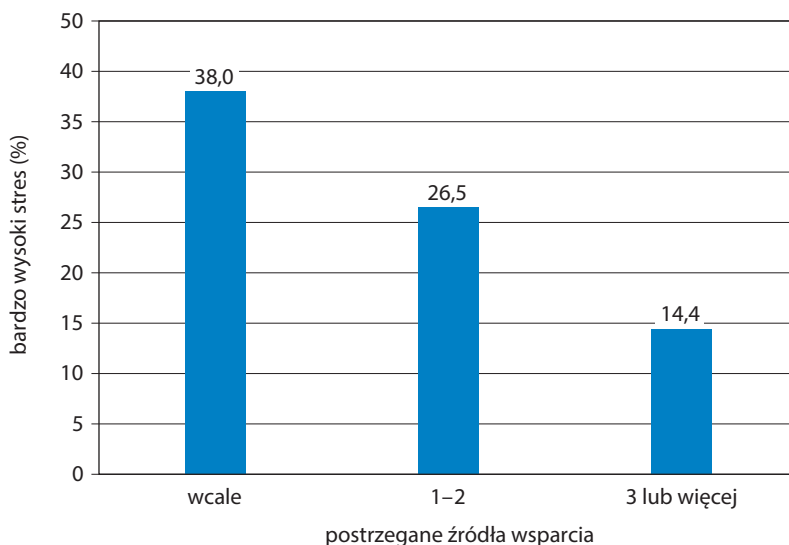
ze strony innych osób w obliczu choroby. Inne osoby z najbliższej rodziny oceniono lepiej niż małżonka/partnera lub dzieci, wobec mniejszej liczby przypadków nieposiadania takiej innej osoby.

Ankietowanych podzielono na trzy grupy według liczby źródeł potencjalnego wsparcia. Dwie trzecie osób (66,0%) wskazało na więcej niż dwa źródła, jedna czwarta (27,6%) na jedno lub dwa źródła, a 6,4% nie ma nikogo bliskiego, na kogo można byłoby liczyć w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia. Wynik ten korelował z wiekiem, a największy odsetek nieposiadających możliwości wsparcia w chorobie zanotowano wśród osób w wieku 30–49 lat. Bardzo silny okazał się też związek z poziomem zamożności rodziny, wykształceniem i samooceną zdrowia. Udział uważających, że nie mogą na nikogo liczyć, wzrastał do 10,2% w przypadku gorszej samooceny zdrowia i 10,3% wśród osób z wykształceniem poniżej średniego. Porównując grupy zamożności rodzin, stwierdzono dziesięciokrotny spadek odsetka nieposiadających źródeł wsparcia w chorobie w miarę podwyższania się poziomu zamożności. Udział ten wynosił w kolejnych czterech grupach zamożności rodziny odpowiednio: 15,1%, 6,3%, 2,8% oraz 1,9%.

Tabela 43. Rozkład procentowy oceny możliwości uzyskania wsparcia ze strony różnych osób w sytuacji pogorszenia zdrowia w opinii respondentów z próby populacyjnej (N = 2050)

Źródło wsparcia	Zdecydowanie tak lub raczej tak	Ani tak, ani nie	Zdecydowanie nie lub raczej nie	Nie ma takiej osoby
Małżonek/małżonka	53,9	5,4	5,0	35,7
Partner/partnerka	40,3	4,8	4,3	50,6
Dorośle/dorastające dziecko	54,4	7,6	5,8	32,2
Inny członek rodziny	73,6	13,7	8,4	4,3
Przyjaciele	59,3	21,0	10,5	9,2
Inna osoba	36,9	31,3	15,8	16,0

Można przyjąć, że świadomość możliwości uzyskania pomocy ze strony znaczących bliskich osób rzutuje na samoocenę zdrowia, a szczególnie wskaźniki zdrowia psychicznego. Na rycinie 17 przedstawiono związek z wynikami PSS-4. W grupie osiągającej bardzo niekorzystne wyniki (indeks stresu 9 punktów lub więcej) znalazło się prawie trzy razy mniej ankietowanych z dobrą siecią potencjalnego wsparcia, w porównaniu do osób takiego wsparcia nieposiadających.



Rycina 17. Pacjenci odczuwający wysoki poziom stresu według PSS-4 w zależności od liczby źródeł wsparcia w chorobie (próba populacyjna N = 2050)

4.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań

Omawiając stan zdrowia pracowników medycznych i pacjentów, wyróżniono sekcję dotyczącą zdrowia fizycznego i psychospołecznego. W podsumowaniu te dwie grupy zostaną omówione osobno, a porównywanie ich nie ma uzasadnienia. Wspólnym wnioskiem dla obu grup jest jednak podkreślenie znaczenia wsparcia, które może być realizowane na różnych poziomach, dostosowane do sygnalizowanych potrzeb i możliwych źródeł wsparcia (Halms i in., 2022).

Przeprowadzone badania potwierdziły, że podczas pandemii COVID-19 wśród pracowników ochrony zdrowia stwierdzono częste występowanie wielu negatywnych objawów powiązanych ze zdrowiem, dotyczących sfery osobistej i zawodowej. Liczba dostępnych wskaźników była ograniczona długością kwestionariusza, przedstawione wyżej dane korespondują jednak z wynikami zawartymi w części III w rozdziale drugim, gdzie skoncentrowano się na problemach związanych z wykonywaną pracą (wydłużony czas pracy, mobbing, traumatyczne doświadczenia związane z pandemią, wypalenie zawodowe) oraz z rozdziałem piątym, w którym zwrócono uwagę na zwiększoną w czasie pandemii częstość używania przez pracowników ochrony zdrowia różnych środków psychoaktywnych.

Porównując grupy zawodowe, stwierdzono najmniej korzystne wyniki w grupie pielęgniarskiej, w której najliczniej reprezentowane były kobiety. Jedną z możliwych przyczyn może być tu narzucona wielozadaniowość i zachwiana równowaga między pracą a życiem prywatnym. W innych badaniach związanych z COVID-19 wykazano, że rozpowszechnienie u pielęgniarek depresji było wyższe w porównaniu z lekarzami, podobnie w przypadkach: stresu, niepokoju i lęku oraz zaburzeń snu (Perego i in., 2022; Tiete i in., 2021; Vamvakas i in., 2022). W świetle naszych badań grupa pielęgniarska lepiej niż inne grupy zawodowe oceniała zadowolenie z relacji społecznych. Zaletą naszych badań jest wyodrębnienie czterech grup pracowników jednostek medycznych. Warto zwrócić uwagę na grupę ratowniczą, ponieważ w tej grupie samoocena zdrowia była gorsza niż w grupie lekarskiej, odnotowano też relatywnie wysoki poziom stresu i zdecydowanie niższe zadowolenie z osiągnięć zawodowych. Na problemy tej grupy zawodowej w kontekście pandemii COVID-19 wskazują nieliczne krajowe opracowania (Wojtysiak i Zielińska-Więczkowska, 2022).

Przeprowadzone wśród pacjentów badania pozwoliły na ocenę ich zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem (*Health-Related Quality of Life* – HRQoL). Przeprowadzono je za pomocą kwestionariusza EQ-5D-5L, na łącznej próbie 3523 osób, co stanowi unikatowy materiał empiryczny, który będzie wykorzystywany w pogłębionych analizach. W badaniach prowadzonych w pięciu krajach na początku pandemii (Long i in., 2021) zwrócono uwagę na różnice między osobami zdrowymi i z chorobami przewlekłymi oraz na związek z cechami społeczno-demograficznymi. Wielowątkowy kwestionariusz naszego badania daje możliwość podobnych analiz, jak również pozwala na badanie związku z dostępem do opieki medycznej, reakcją psychiczną na nową rzeczywistość czy innymi skutkami pandemii w sferze psychospołecznej. Tego typu skutkom życia w pandemii poświęcono rozdział trzeci tej części opracowania, gdzie zmienne wynikowe bezpośrednio odnosiły się do pandemii już w sposobie zadawania pytań. W tym rozdziale zwrócono uwagę, podobnie jak u pracowników ochrony zdrowia, na poziom stresu i problemy ze snem. W odniesieniu do tych wskaźników porównano grupy respondentów według płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, sytuacji materialnej rodziny i statusu zatrudnienia. Poziom stresu i problemy ze snem nasilały się u kobiet oraz w grupach mniej uprzywilejowanych ze względu na niski status materialny i gorsze wykształcenie. Mniej jednoznaczne okazało się wnioskowanie odnośnie do zmian związanych z wiekiem. Młodszy respondenci częściej wskazywali na podwyższony poziom stresu, ale rzadziej niż starsi

na zaburzenia snu. W końcowej części tego rozdziału pokazano siłę wsparcia ze strony ważnych osób z otoczenia w sytuacji zagrożenia zdrowia jako czynnika redukującego stres. Więcej uwagi warto w przyszłości poświęcić osobom, które nie mogą na nikogo liczyć.

5.

Wybrane konsekwencje zdrowotne życia w pandemii COVID-19 powiązane z czynnikami behawioralnymi

5.1. Tło analiz

Przymusowa kwarantanna i izolacja społeczna w okresie pandemii COVID-19 oraz przejście na tryb pracy zdalnej mogły wywołać w społeczeństwie wiele negatywnych reakcji psychicznych i behawioralnych, które potęgowały ogólna dezinformacja i poczucie zagrożenia. Nowo zaistniała sytuacja zdezorganizowała dotychczasowe życie i w konsekwencji zmieniła wieloaspektowe zachowania związane ze stylem życia (van der Werf i in., 2021). Odrębne problemy zaistniały w populacji ogólnej oraz w grupie pracowników medycznych.

Pracowników ochrony zdrowia traktuje się jako grupę szczególnie narażoną na rozwój problemów zdrowotnych w wyniku pracy z pacjentami z COVID-19. Jako osoby na pierwszej linii frontu walki z pandemią byli oni szczególnie narażeni na zakażenie, szczególnie przy braku wysokiej jakości środków ochrony osobistej. Duże obciążenie emocjonalne, częstszy niż wcześniej kontakt ze śmiercią pacjentów, dłuższe godziny pracy, stygmatyzacja społeczna, jak również troska o bezpieczeństwo najbliższych mogły dodatkowo wpływać na ich samopoczucie psychiczne, poczucie frustracji i osamotnienia (Beiter i in., 2022). W różnych opracowaniach podkreślano konieczność stosowania pozytywnych strategii radzenia sobie ze stresem, wśród których wymienia się korzystanie z sieci wsparcia formalnego i nieformalnego, konstruktywne rozwiązywanie problemów oraz pozytywne przewartościowanie (Yubonpunt i in., 2022). Mniej korzystną strategią jest ucieczka od problemu, zbyt emocjonalne reagowanie czy sięganie po używki, co też badano w innych krajach, szczególnie w kontekście nadużywania alkoholu (Cedrone i in., 2022; Cousin i Evans, 2022). Skutki zdrowotne nadużywania alkoholu w okresie pandemii obejmują też większe ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz cięższy przebieg choroby, jak również wiele konsek-

wencji społecznych, w tym nasilenie przemocy w rodzinie (Bantounou, 2022).

Kwestia stosowania leków redukujących problemy zdrowia psychicznego jest złożona, a ich niekontrolowane przyjmowanie (niebędące częścią terapii) można traktować jako zachowanie ryzykowne. Niemniej sama ocena częstości sięgania po tego typu leki jest czułym wskaźnikiem kondycji psychicznej badanych osób, co może być przedmiotem monitorowania.

W kontekście zmian behawioralnych do skutków pandemii analizowanych w całym społeczeństwie można zaliczyć: nieodpowiednie odżywianie, nasilone zachowania sedentarne, rozwój nowych uzależnień, obniżoną jakość snu i zmniejszoną aktywność fizyczną.

Zmiany masy ciała w okresie pandemii COVID-19 analizowane były w wielu krajach. Przyjęto założenie, że zmiana stylu życia może wyjaśnić przyrost masy ciała w tym okresie. Czynnikiem predysponującym są zmienione zachowania żywieniowe (Sidor i Rzymiski, 2020) i brak aktywności fizycznej (Ji i in., 2022), jak również stres oraz nasilenie objawów depresyjnych (Kuk i in., 2021).

W związku z niewielką liczbą dostępnych informacji i przyjęciem jako podstawy analiz opisanych niżej bloków tematycznych sformułowano następujące cele tej części raportu:

- porównanie grup zawodowych pracowników ochrony zdrowia pod względem częstości stosowania używek i przyjmowania wybranych grup leków oraz zmian w tym zakresie w okresie pandemii COVID-19;
- analiza krótko- i średniookresowych zmian masy ciała populacji ogólnej reprezentowanej przez osoby leczące się w ostatnich 24 miesiącach oraz wybranych korelatów tych zmian.

5.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników

W tej części raportu, obejmującej wyniki badań ilościowych, omówiono dwa bloki tematyczne powiązane z zachowaniami zdrowotnymi. Ze względu na ograniczenia czasu wypełniania ankiety zrezygnowano ze szczegółowego badania zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych we wszystkich grupach respondentów. Zagadnienia te zostały jednak zasygnalizowane w kontekście zmian zachowań jako skutku zdrowotnego pandemii.

Pierwszy blok tematyczny obejmował: palenie papierosów, picie alkoholu i przyjmowanie wybranych grup leków, suplementów i innych substancji przez pracowników ochrony zdrowia, a drugi blok tematyczny dotyczył zmiany masy ciała w okresie pandemii, według danych deklarowanych

przez pacjentów z próby populacyjnej. Mimo rozbieżności tematycznej i dostępności informacji dla różnych grup respondentów za wspólną cechę tego rozdziału raportu można uznać aspekt zmiany w okresie pandemii COVID-19, co wynikało ze sposobu formułowania pytań. Można te zmiany kojarzyć z próbami radzenia sobie ze stresem, narzuconymi ograniczeniami oraz zmieniającymi się warunkami życia i pracy. Omówione tematy uzupełniają treści zawarte w rozdziałach o zdrowiu oraz o funkcjonowaniu pracowników ochrony zdrowia i pacjentów w okresie pandemii COVID-19, szczególnie silnie wiążąc się z oceną zdrowia psychicznego.

W pierwszym obszarze znalazły się pytania umieszczone w części ankiety na temat zdrowia. Pracownicy jednostek medycznych odpowiadali na pytanie, czy w czasie pandemii COVID-19 zaczęli w ogóle stosować lub częściej niż zwykle używali różnego rodzaju używek i leków, z podziałem na:

- papierosy, e-papierosy, tytoń;
- alkohol;
- leki uspokajające lub nasenne;
- suplementy uspokajające lub nasenne;
- środki lub substancje pobudzające;
- opioidowe leki przeciwbólowe;
- leki z grupy SSRI (selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny), określane też jako antydepresanty;
- inne substancje psychoaktywne lub odurzające.

W odniesieniu do zmiany częstości używania przewidziano trzy możliwości odpowiedzi: „częściej”, „tak samo”, „rzadziej niż zwykle” oraz dodatkowo można było wybrać opcję: „nie używałem”, „dopiero zacząłem używać w pandemii” lub odmówić udzielenia odpowiedzi. Zgodnie z zasadami przyjętymi w całym raporcie zrezygnowano z generowania zestawień tabelarycznych dla połączonej próby pracowników, ponieważ grupy zawodowe wyraźnie różniły się pod względem liczebności i cech demograficznych. Interpretując wskaźniki dla pełnej próby 2303 pracowników pojawiające się w tekście, należy pamiętać o nadreprezentacji grupy pielęgniarek, a w konsekwencji – kobiet. Zamieszczenie dokładnych rozkładów odpowiedzi dla wszystkich ośmiu grup potencjalnie przyjmowanych środków i czterech grup zawodowych przekracza ramy tego opracowania. W zestawieniach tabelarycznych ograniczono się do dwóch wskaźników pochodnych. Zdefiniowano pozytywny wskaźnik, który odnosi się do odsetka nieużywających danego środka. Drugi wskaźnik jest negatywny i dotyczy

odsetka zmian niekorzystnych, czyli połączonych odpowiedzi „używałem częściej niż zwykle” oraz „dopiero zacząłem używać w pandemii”. Dokładniejszy rozkład odpowiedzi i odsetki odmów zostały skomentowane w tekście. Biorąc pod uwagę niskie częstości deklarowanego używania leków, oszacowano też odsetek osób, które zaczęły przyjmować lub przyjmowały częściej niż zwykle jakikolwiek środek należący do co najmniej jednej z podanych sześciu grup, to znaczy poza tytoniem i alkoholem. Wnioskując na temat różnic między grupami zawodowymi, posłużono się wynikami testu chi-kwadrat oraz analizą reszt standaryzowanych w złożonych tablicach krzyżowych.

Drugi obszar zagadnień omawianych w tej części raportu dotyczy masy ciała. Wszystkie trzy grupy respondentów podawały aktualny wzrost i masę ciała, co pozwoliło ocenić częstość występowania nadwagi i otyłości jako ważną charakterystykę stanu zdrowia. Jak już wspomniano, ma ona silne uwarunkowania behawioralne ze względu na związek z poziomem aktywności fizycznej i zachowaniami żywieniowymi, które w świetle wyników wielu badań zmieniły się w czasie pandemii. Jedynie w populacyjnej próbie pacjentów pytano dodatkowo o zmiany masy ciała w okresie ostatnich 12 miesięcy oraz ostatnich trzech miesięcy, które mogły być skutkiem zmian stylu życia. Możliwe były trzy odpowiedzi: „wzrost masy ciała”, „utrzymanie jej na jednakowym poziomie” oraz „spadek”. W innych opracowaniach, porównując masę ciała przed pandemią i w momencie prowadzenia badania, wyróżniano też opcję fluktuacji, czyli naprzemiennych okresów utraty masy ciała i przybierania na wadze (Assaf i Antoun, 2022).

Osoby, które zauważyły u siebie zmiany w ostatnich trzech miesiącach, proszone były dodatkowo o oszacowanie wielkości zmiany w kilogramach. Zaprezentowano wyniki w całej badanej grupie oraz według obecnego poziomu indeksu masy ciała BMI, płci i innych cech demograficznych i społecznych. BMI został obliczony na podstawie deklarowanego wzrostu masy ciała. Jeden przypadek wartości odstającej został wyeliminowany z analiz. Wyróżniono osoby z masą ciała w normie lub niedowagą, z nadwagą i z otyłością.

5.3. Wyniki

5.3.1. Stosowanie używek i przyjmowanie wybranych leków przez pracowników ochrony zdrowia

W tabeli 44 przedstawiono odsetki pracowników ochrony zdrowia, których używanie wymienionych środków nie dotyczy (abstynenci i niepodejmujący leczenia, w tym samoleczenia). Dopełnienie do 100% stanowią

używający ich z różną częstością. Większe jest także prawdopodobieństwo, że za odmowami odpowiedzi kryje się niechęć do przyznania się do sięgania po używki i przyjmowania leków niż „abstynencja”. W połączonej grupie 2303 pracowników ochrony zdrowia udział odmów odpowiedzi wahał się od 2,1% (antydepresanty) do 3,4% (alkohol). Najwyższy udział odmów odpowiedzi zauważono wśród przedstawicieli innych zawodów medycznych i niemedyceńskich, co sięgało 5,0% w odniesieniu do częstości picia alkoholu i przyjmowania leków uspokajających lub nasennych. Według danych z tabeli 44 najrzadziej notowana jest abstynencja alkoholowa, natomiast najliczniejsza grupa ankietowanych nie miała potrzeby przyjmowania leków pobudzających.

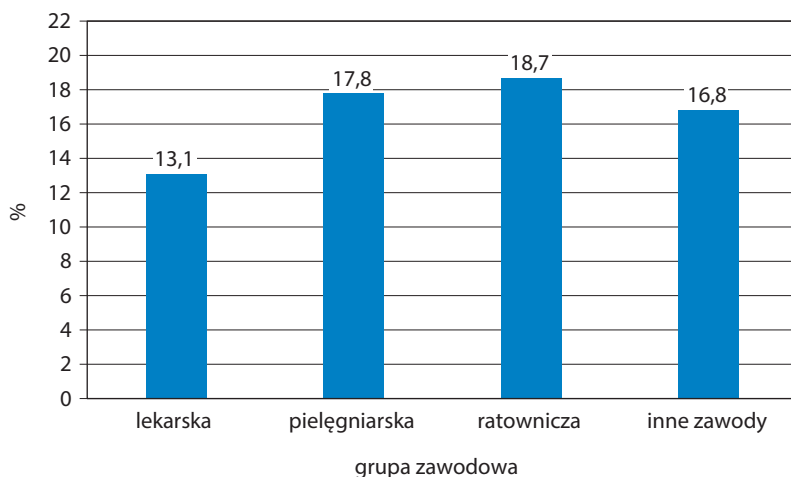
Tabela 44. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy w ogóle nie używają danych substancji psychoaktywnych lub grup leków

		Grupa zawodowa			
		lekarska N = 498	pielęgniarska N = 1216	ratownicza N = 166	inne zawody N = 423
Papierosy, e-papierosy, tytoń	n	384	849	75	288
	%	77,1	69,8	45,2	68,1
Alkohol	n	192	718	46	229
	%	38,6	59,0	27,7	54,1
Leki uspokajające lub nasenne	n	407	983	122	332
	%	81,7	80,8	73,5	78,5
Suplementy uspokajające lub nasenne	n	416	934	113	323
	%	83,5	76,8	68,1	76,4
Środki lub substancje pobudzające	n	455	1123	135	386
	%	91,4	92,4	81,3	91,3
Opioidowe leki przeciwbólowe	n	459	1088	137	373
	%	92,2	89,5	82,5	88,2
Leki z grupy SSRI (antydepresanty)	n	429	1090	142	375
	%	86,1	89,6	85,5	88,7
Inne substancje psycho- aktywne lub odurzające	n	464	1147	141	396
	%	93,2	94,3	84,9	93,6

Różnice między grupami zawodowymi okazały się statystycznie istotne we wszystkich przypadkach (według pierwotnych tabel z sześcioma kategoriami odpowiedzi $p < 0,001$). Częstość palenia papierosów, picia alkoholu i przyjmowania wszystkich grup leków okazała się najwyższa

w grupie ratowników i ratowniczek medycznych. Lekarze i lekarki często piją alkohol (choć rzadziej niż ratownicy medyczni), ale wyraźnie rzadziej niż inne grupy zawodowe palą papierosy oraz rzadziej przyjmują leki z grupy uspokajających lub nasennych i przeciwbólowych. Przyjmowanie środków lub substancji pobudzających najrzadziej deklarowała grupa pielęgniarska, chociaż odsetki w grupie lekarskiej były tylko nieznacznie większe.

Na rycinie 18 podsumowano niekorzystne zmiany w odniesieniu do przyjmowania leków i innych środków z sześciu grup (tj. oprócz papierosów i alkoholu). W połączonej grupie pracowników ochrony zdrowia 16,7% zaczęło stosować co najmniej jeden ze wskazanych środków w okresie pandemii lub stosowało go częściej niż poprzednio. Udział ten waha się od 13,1% w grupie lekarskiej do 18,7% w grupie ratowniczej – przy tej liczbie ankietowanych nie jest to jednak różnica statystycznie istotna ($p = 0,094$).



Rycina 18. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy w czasie pandemii zaczęli stosować leki z co najmniej jednej analizowanej grupy lub przyjmowali je częściej

Bardziej szczegółowe zestawienie niekorzystnych zmian deklarowanych w okresie pandemii według grup używanych substancji i grup zawodowych przedstawiono w tabeli 45. Interpretacja wyników została wsparta analizą niepublikowanych dokładnych rozkładów odpowiedzi na omawiane pytania.

W połączonej próbie 2303 pracowników ochrony zdrowia udział zmian niekorzystnych powiązanych z pandemią COVID-19 wahał się od 1,2% (przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych lub odurzających) do 11,1% (przyjmowanie suplementów uspokajających lub nasennych).

Stosunkowo często (około 8% zmian niekorzystnych) zmiana zachowań dotyczyła przyjmowania leków z podobnej grupy, jak również palenia papierosów.

Na podstawie zestawienia w tabeli 45 można stwierdzić, że grupa lekarska wyróżnia się pod względem częstszego przyjmowania antydepresantów, a grupa pielęgniarska – pod względem częstszego przyjmowania leków bądź suplementów uspokajających lub nasennych. W tym przypadku odsetki uzyskane w grupie innych pracowników medycznych i niemedycznych były tylko nieznacznie niższe. Grupa ratownicza wyróżnia się pod względem częstszego niż wśród przedstawicieli innych profesji palenia papierosów i picia alkoholu, a także częstszego przyjmowania środków lub substancji pobudzających oraz innych substancji psychoaktywnych lub odurzających.

Tabela 45. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy w okresie pandemii w ogóle zaczęli stosować wybrane substancje psychoaktywne lub grupy leków bądź stosowali je częściej

		Grupa zawodowa			
		lekarska N = 498	pielęgniarska N = 1216	ratownicza N = 166	inne zawody N = 423
Papierosy, e-papierosy, tytoń	n	38	100	26	32
	%	7,6	8,2	15,7	7,6
Alkohol	n	53	66	21	18
	%	10,6	5,4	12,7	4,3
Leki uspokajające lub nasenne	n	26	114	10	38
	%	5,2	9,4	6,0	9,0
Suplementy uspokajające lub nasenne	n	32	153	19	51
	%	6,4	12,6	11,4	12,1
Środki lub substancje pobudzające	n	13	24	7	12
	%	2,6	2,0	4,2	2,8
Opioidowe leki przeciwbólowe	n	8	35	2	16
	%	1,6	2,9	1,2	3,8
Leki z grupy SSRI (antydepresanty)	n	32	49	4	15
	%	6,4	4,0	2,4	3,5
Inne substancje psychoaktywne lub odurzające	n	9	11	4	4
	%	1,8	0,9	2,4	0,9

Połączenie dwóch odpowiedzi w kategorię zmian niekorzystnych było pewnym uproszczeniem opisu wyników. W większości przypadków więcej osób przyznało się do częstszego stosowania danego środka niż do

rozpoczęcia jego przyjmowania w czasie pandemii. Jedynie w przypadku przyjmowania antydepresantów odsetki te były identyczne.

Mniej uwagi poświęcono też redukcji zachowań ryzykownych, czyli przypadkom obniżenia częstości przyjmowania danej substancji w okresie pandemii. Znacząca grupa zadeklarowała rzadsze niż wcześniej picie alkoholu (7,9%). W pozostałych przypadkach rzadsze sięganie po daną substancję dotyczyło od 0,7% (inne substancje psychoaktywne) do 2,6% (palenie papierosów) ankietowanych.

5.3.2. Zmiany masy ciała pacjentów z próby populacyjnej

W tabeli 46 zostały przedstawione dane na temat zmian masy ciała. Na 2050 ankietowanych z populacyjnej próby pacjentów 22 osoby odmówiły odpowiedzi na to pytanie, częściej kobiety niż mężczyźni. Prawie połowa ankietowanych deklarowała brak zmian masy ciała w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a w perspektywie ostatnich trzech miesięcy udział ten wzrastał do ponad 60%. Wzrost masy ciała był częściej obserwowany niż jej spadek. Mężczyźni częściej niż kobiety deklarowali brak zmian masy ciała. Kobiety częściej zaznaczały zarówno wzrost, jak i spadek masy ciała. W dłuższej perspektywie ostatniego roku trwania pandemii różnice zależne od płci były istotne ($p = 0,004$), w ciągu ostatnich trzech miesięcy już nie wykazano różnic między mężczyznami i kobietami.

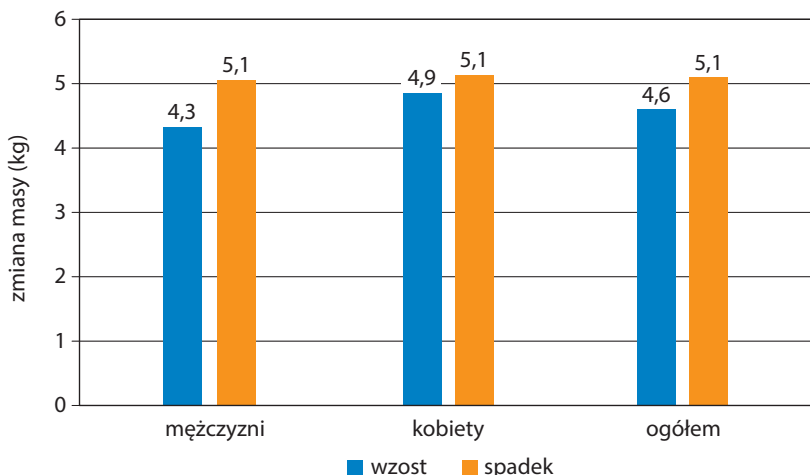
Tabela 46. Zmiany masy ciała w okresie pandemii w próbie pacjentów populacyjnych według płci (%)

	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety	
	n	%	n	%	n	%
W ostatnich 12 miesiącach						
wzrost	612	29,9	280	27,3	332	32,4
bez zmian	1006	49,0	542	52,9	464	45,2
spadek	410	20,0	195	19,0	215	21,0
odmowa odpowiedzi	22	1,1	8	0,8	14	1,4
W ostatnich 3 miesiącach						
wzrost	432	21,1	213	20,8	219	21,3
bez zmian	1258	61,3	642	62,6	616	60,1
spadek	338	16,5	162	15,8	176	17,2
odmowa odpowiedzi	22	1,1	8	0,8	14	1,4

Porównując zmiany masy ciała w ciągu ostatniego roku i ostatnich trzech miesięcy, można zidentyfikować grupę 45,7% respondentów, którzy konsekwentnie deklarowali brak tego typu zmian (49,0% mężczyzn

oraz 42,3% kobiet). Co dziesiąta osoba po okresie wzrostu doszła do stabilizacji w ostatnich trzech miesiącach.

Respondenci szacowali, że masa ich ciała średnio zmieniała się w ciągu ostatnich trzech miesięcy o pięć kilogramów. Poziom spadku był wyższy niż wzrostu, odpowiednio $5,10 \pm 3,81$ oraz $4,60 \pm 3,49$ kilogramów. Różnice zależne od płci okazały się statystycznie nieistotne ($p = 0,130$ dla wzrostu i $p = 0,854$ dla spadku masy ciała), (rycina 19).



Rycina 19. Poziom zmian masy ciała w ostatnich trzech miesiącach według pacjentów z próby populacyjnej

W tabeli 47 przedstawiono zmiany masy ciała respondentów w ostatnich trzech i 12 miesiącach według wybranych cech demograficznych i społecznych oraz aktualnego poziomu indeksu masy ciała BMI. W analizach pominięto przypadki odmowy odpowiedzi.

Wiek był czynnikiem różnicującym deklarowane zmiany masy ciała, co dotyczyło zarówno perspektywy 12, jak i trzech ostatnich miesięcy ($p < 0,001$ w obu przypadkach). W kolejnych grupach wieku obniżał się odsetek osób uważających, że masa ich ciała się zwiększyła, a zwiększał się odsetek deklarujących brak zmiany. Częstość notowania spadku masy ciała była zbliżona w kolejnych grupach wieku, gdy brano pod uwagę ostatnie 12 miesięcy, podczas gdy była częściej notowana przez osoby młodsze w pytaniu na temat ostatnich trzech miesięcy. Można więc uznać, że wzrost masy ciała w okresie pandemii dotknął szczególnie osoby młodsze, które jednak z czasem ją zredukowały.

Zaobserwowano również związek między poziomem **wykształcenia** ankietowanych a zmianami masy ich ciała, jednak różnica statystycznie

Tabela 47. Zmiany masy ciała w okresie pandemii w próbie pacjentów populacyjnych* według wybranych cech socjodemograficznych i obecnego poziomu BMI (N = 2028), (%)

	Ostatnie 12 miesięcy			Ostatnie 3 miesiące		
	wzrost	bez zmian	spadek	wzrost	bez zmian	spadek
Wiek w latach						
18–29	38,1	41,6	20,3	30,9	49,9	19,2
30–49	33,9	45,4	20,7	22,8	58,8	18,4
50–64	29,5	52,3	18,2	20,5	65,0	14,5
65+	20,0	58,0	22,0	13,8	71,3	14,9
Wykształcenie						
poniżej średniego	33,3	44,9	21,8	24,6	56,7	18,7
średnie/policealne	28,8	52,1	19,1	20,2	65,0	14,8
wyższe	29,2	50,7	20,1	20,0	63,0	17,0
Status materialny rodziny						
niski	38,9	39,6	21,5	27,8	52,6	19,6
przeciętny	29,0	51,4	19,6	19,9	63,9	16,2
raczej wysoki	27,5	50,4	22,1	20,6	62,9	16,6
bardzo wysoki	28,8	52,3	18,9	19,3	65,2	15,5
Obecny poziom BMI						
norma/niedowaga	21,6	57,2	21,2	16,4	65,5	18,1
nadwaga	33,0	47,6	19,4	22,1	63,0	14,9
otyłość	41,1	39,2	19,7	28,9	54,2	16,9

* Wykluczono odmowy odpowiedzi.

istotna pojawiła się tylko w odniesieniu do zmian w ostatnich trzech miesiącach ($p = 0,036$). Respondenci z wykształceniem poniżej średniego częściej zauważali u siebie wzrost masy ciała. We wszystkich grupach wyróżnionych ze względu na poziom wykształcenia brak zmiany masy ciała częściej notowano z perspektywy ostatnich trzech miesięcy niż ostatniego roku.

Nie stwierdzono, aby **wielkość miejscowości**, w której mieszka respondent, wykazywała związek ze zmianami masy ciała (dane nie są prezentowane).

Większe znaczenie mogła mieć **sytuacja materialna** rodziny. Zmiany masy ciała częściej notowano w rodzinach najmniej zamożnych. Były to różnice statystycznie istotne przy analizie zarówno ostatniego roku ($p = 0,009$), jak i ostatnich trzech miesięcy ($p = 0,025$). Również w tej grupie częściej niż w pozostałych zaobserwowano spadek masy ciała w ostatnich trzech miesiącach.

Ostatnią analizowaną cechą przekrojową był **obecny poziom BMI**. W badanej grupie średnia wartość BMI wynosiła 26,48 (SD = 5,03). Wartości te były istotnie większe u mężczyzn niż u kobiet (odpowiednio $27,16 \pm 4,60$ oraz $25,80 \pm 5,35$; $p < 0,001$). Do grupy z prawidłową masą ciała wg BMI można było zaklasyfikować 40,9% ankietowanych, nadwagę zanotowano u 38,1%, a otyłość – u 21,0% respondentów. Nadwagę lub otyłość stwierdzono u 67,9% mężczyzn oraz 50,3% kobiet. Wzrost masy ciała w ostatnich 12 i trzech miesiącach częściej dotyczył osób, u których obecnie występuje nadwaga lub otyłość. Wraz z przejściem do wyższej kategorii BMI obniżał się odsetek respondentów deklarujących brak zmiany masy ciała. Z kolei osoby z prawidłową masą ciała częściej deklarowały jej spadek w okresie pandemii.

5.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań

Przeprowadzone analizy potwierdziły, że zmiany zachowań zdrowotnych były kolejnym skutkiem funkcjonowania w pandemii, co na przykładzie wybranych zachowań dotyczyło zarówno populacji ogólnej, jak i grupy zawodowej pracowników jednostek medycznych. Uzyskano też obraz stanu zdrowia analizowanych populacji pod względem częstości podejmowania wybranych zachowań ryzykownych (pracownicy) oraz stanu odżywienia (pacjenci).

Wykazano znaczące zmiany masy ciała w okresie pandemii, które w większym stopniu następowały w jej pierwszym roku. W okresie ostatnich trzech miesięcy większy odsetek ankietowanych deklarował brak zmian w tym zakresie niż w odniesieniu do ostatnich 12 miesięcy. Wzrost masy ciała był zgłaszany częściej niż jej spadek. Zwrócono też uwagę na grupy ludności częściej zgłaszające wzrost masy ciała. Były to kobiety, osoby młodsze, z niższym wykształceniem i pochodzące z mniej zamożnych rodzin. Pandemia mogła zwiększyć stopień nadwagi i otyłości, ponieważ wzrost masy ciała częściej raportowały osoby z wyższym BMI. Uzyskane wyniki korespondują z wcześniejszymi badaniami populacyjnymi prowadzonymi przez ten sam zespół w pierwszych miesiącach pandemii (Białorudzki i Izdebski, 2021). Deklarowany wzrost masy ciała wynosił wtedy 33,9% wobec 29,9% w obecnych badaniach w perspektywie zmian w ostatnim roku i 21,1% w perspektywie zmian w ostatnich trzech miesiącach. Takie porównanie sprzyja tezie, że wzrost masy ciała był częściej notowany na początku pandemii. We wcześniejszych badaniach poziom wzrostu również oscylował wokół pięciu kilogramów.

Zebrany materiał umożliwia dalsze analizy uwarunkowań zmian masy ciała (wzrostu i spadku), z uwzględnieniem czynników wcześniej niewłączanych do stosowanych kwestionariuszy. Można też porównać wyniki pochodzące z różnych badań przekrojowych realizowanych w czasie pandemii.

Jak wspomniano we wprowadzeniu do tego rozdziału, picie alkoholu przez lekarzy oraz inny personel medyczny zostało szeroko opisane w literaturze, a publikacje z ostatnich lat uwzględniają też kontekst pandemii (Beiter i in., 2022). W przekrojowych badaniach kanadyjskich Mongeau-Pérusse i in. (2021) porównali pracowników ochrony zdrowia i innych sektorów. W obu grupach w okresie pandemii wzrosła częstość picia alkoholu, a główną różnicą między dwiema grupami była większa skłonność do sięgania w czasie pandemii po napoje o niższej zawartości alkoholu w grupie medycznej. Zdecydowanie rzadziej poruszany jest temat przyjmowania leków jako domyślnej strategii radzenia sobie ze stresem. Oryginalnym rysem analiz jest też porównanie różnych grup zawodowych. W świetle uzyskanych wyników grupą ryzyka są ratownicy medyczni, wśród których stosowanie wszystkich grup środków było najczęstsze. Jeśli jednak rozważymy niekorzystne zmiany w okresie pandemii, to wyłonią się problemy swoiste dla innych grup zawodowych. Typowe dla grupy lekarskiej było rozpoczęcie lub częstsze stosowanie leków z grupy SSRI (antydepresantów), a dla grupy pielęgniarzkiej oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych i niemedycznych – rozpoczęcie lub częstsze stosowanie leków lub suplementów o działaniu uspokajającym lub nasennym. Ciekawym spostrzeżeniem jest stosunkowo rzadsze palenie tytoniu przez lekarzy i lekarki, co może wynikać z większej świadomości jego szkodliwości w tej grupie zawodowej.

Dalsze analizy powinny zmierzać w kierunku połączenia danych o używaniu omawianych substancji z charakterystyką pracy w okresie pandemii i oceną stanu zdrowia psychicznego respondentów. Celowe wydaje się stworzenie opracowań ukierunkowanych na poszczególne grupy zawodowe, z uwzględnieniem płci respondentów oraz innych cech społecznych i demograficznych. W badanej próbie tylko grupa lekarska była zrównoważona pod względem płci. W grupie pielęgniarzkiej dominowały kobiety (97,6%), a w grupie ratowniczej – mężczyźni (69,3%). Pewnym ograniczeniem badań jest brak informacji, czy przyjmowane były leki zapisane przez lekarza. Z wcześniejszych analiz wynika jednak, że pracownicy medyczni rzadko korzystali z fachowej pomocy w związku z pogorszeniem kondycji psychicznej w pandemii, nasilonym stresem czy objawami wypalenia zawodowego lub stresu pourazowego. Interpretując dane przedstawione

w tabeli 45, zwrócono uwagę, że w odniesieniu do wielu substancji psychoaktywnych niekorzystne zmiany notowano w pojedynczych przypadkach w ramach grup zawodowych. W kolejnych opracowaniach warto więc zdefiniować zmienne pochodne, łącząc informacje o używaniu grup leków lub suplementów.

Pośrednie skutki pandemii COVID-19 mają potencjalny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne, szczególnie w przypadku grup wrażliwych, co powinno skłaniać do rozwijania skutecznych i ukierunkowanych działań. W działaniach profilaktycznych i z zakresu promocji zdrowia warto zwrócić uwagę na rosnące w sytuacji pandemii ryzyko rozwoju uzależnień oraz na zapobieganie nadmiernemu przyrostowi masy ciała, aby zapobiec wielu chorobom przewlekłym w przyszłości.

6.

Prawa pacjenta

6.1. Tło analiz

Pandemia COVID-19 ujawniła wiele słabości systemu ochrony zdrowia, choć niektóre z nich były już wcześniej widoczne (Włodarczyk i Juszczak, 2022). Rządy stanęły wobec konieczności wprowadzenia szybkich rozwiązań legislacyjnych, aby zapobiegać szerzeniu się wirusa SARS-CoV-2, umożliwić skuteczne leczenie i izolowanie osób zakażonych. W obliczu globalnego kryzysu pojawiło się wiele dylematów etycznych, do jakiego stopnia można ograniczać wolność jednostki, wprowadzając restrykcje w przemieszczaniu się, przymusową pracę zdalną czy obowiązkową kwarantannę. Okres pandemii znacząco wpłynął też na możliwość realizacji uprawnień przysługujących pacjentom, co w szczególności dotknęło wymagających hospitalizacji pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 oraz ich rodziny (Chmielowiec i in., 2022). Utrudnione zostały dostęp do świadczeń i możliwość uzyskania dokumentacji medycznej. W wielu miejscach zawieszono prawo do obecności osoby bliskiej przy działaniach personelu medycznego (Giermaziak i in., 2021). Ponadto warto zwrócić uwagę na model zaufania proponowany przez Bending (2015), wskazujący, że należy podjąć działania skierowane na informowanie pacjentów o obowiązkach, jakie mają wobec nich pracownicy medyczni, oraz o dostępności środków dochodzenia roszczeń w przypadku ich naruszenia.

Prawa pacjentów jako obywateli Rzeczypospolitej Polskiej są gwarantowane w najwyższym akcie prawnym. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej¹⁶ gwarantuje prawo do:

- ochrony prawnej życia i ochrony zdrowia;
- równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, z obowiązkiem zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku;
- poszanowania wolności, godności, ochrony przed nieludzkim lub poniżającym traktowaniem;
- informacji, wyrażania swoich poglądów, ich tajemnicy i ochrony;
- wolności wyznania, uprawiania kultu i możliwości uczestniczenia w praktykach religijnych;
- dobrowolności udziału w eksperymentach medycznych;
- złożenia skargi do Rzecznika Praw Obywatelskich.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej jednocześnie zobowiązuje władze publiczne do zwalczania chorób epidemicznych. W przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów obowiązujące przepisy umożliwiają wprowadzenie ograniczeń praw pacjenta, ale nie całkowite pozbawienie pacjentów ich praw. Zgodnie z art. 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁷ decyzję taką podejmuje kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz.

W sposób bardziej szczegółowy – bo odnoszący się już do sytuacji człowieka jako pacjenta – obowiązują również:

- 1) wspomniana ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i akty wykonawcze;
- 2) regulacje lub wytyczne międzynarodowe, m.in.:
 - Europejska Karta Praw Pacjenta (European Charter of of Patient' Rights) wydana z inicjatywy Parlamentu Europejskiego Unii Europejskiej w 2002 roku¹⁸,

¹⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze sprost. i zm.).

¹⁷ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.).

¹⁸ European Charter of of Patient' Rights. Rome, Basis Document. November 2002. https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf

- Deklaracja Promocji Praw Pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Europie z 1994 roku¹⁹ i Europejska Karta Praw Pacjenta z 1984 roku (European Charter on the Rights of Patients)²⁰;
- Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie²¹.

Prawa pacjenta powinny stanowić integralną i nierozłączną część szeroko rozumianych praw człowieka – również jako obywatela.

Świadomość przysługujących pacjentowi uprawnień wpływa porządkująco i dyscyplinująco na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, znacząco wpływa na zwiększenie jakości usług medycznych oferowanych w jednostkach ochrony zdrowia. Chociaż regulacje prawne w zakresie praw pacjenta przyjęte w Polsce po 1990 roku nie odbiegają w istotnych treściach od przyjętych w większości krajów europejskich, to jednak respektowanie ich w naszym kraju budzi wciąż bardzo wiele zastrzeżeń i uwag (Wroński, 2007). Przestrzeganie praw pacjenta to zarówno obowiązek prawny, jak i zobowiązanie moralne wszystkich pracowników systemu ochrony zdrowia.

Rzecznik Praw Obywatelskich wskazuje, że w czasie trwania epidemii SARS-CoV-2 w okresie od marca do września 2020 zaobserwowano znaczący wzrost sygnałów (o 60%) od pacjentów kierowanych do jego biura, w znacznej mierze (71%) dotyczących braku lub ograniczenia dostępu do świadczeń (Rzecznik Praw Pacjenta, 21.10.2020).

Celem przeprowadzonych analiz jest określenie, w jakim stopniu pacjenci są świadomi posiadania praw oraz tego, czy w ich opinii w czasie korzystania ze świadczeń medycznych w okresie pandemii prawa te były przestrzegane. Przyjęto też hipotezę, że wzrost zaufania do lekarzy i innych pracowników medycznych wiąże się z lepszą znajomością praw pacjenta.

¹⁹ Deklaracja Promocji Praw Pacjenta w Europie przyjęta w Amsterdamie przez Światową Organizację Zdrowia w 1994 roku.

²⁰ Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie praw pacjenta (Dz.Urz. UE C 10 z 15.01.2008, s. 67). <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:0071:PL:PDF>. Europejska Karta Praw Pacjenta została oparta na założeniach *Active Citizenship Network* z 2002 roku. <https://www.activecitizenship.net/multimedia/files/charter-of-rights/the-charter-in-several-languages/full-text/Poland.pdf>

²¹ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, European Treaty Series (ETS)/Série des traités européens (STE) Nr 164; tekst jednolity. https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf

6.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników

Pytania dotyczące praw pacjenta stanowiły wyodrębnioną część kwestionariuszy.

Celem pierwszego pytania było zdiagnozowanie skali świadomości istnienia praw pacjenta jako takich. Chcąc uniknąć błędnego oszacowania skali zjawiska – czy to ze względu na obawę przed wyrażeniem opinii mniej akceptowanej społecznie, czy też wskazującej na niewiedzę – umożliwiono zaznaczenie odpowiedzi spośród trzech możliwych:

- nie – w ogóle nie słyszałem/am o prawach pacjenta;
- słyszałem/am, ale nie jestem w stanie żadnego wymienić;
- tak, znam.

Niezależnie od udzielonej odpowiedzi każda z osób kolejno oceniała sposób realizacji danego prawa, wskazując, czy prawo było przestrzegane, czy też nie. Ponieważ sytuacja pacjentów była na tyle zróżnicowana, że nie w każdym przypadku istniała możliwość osobistego sprawdzenia egzekucji konkretnego prawa, ankietowani mogli zaznaczyć odpowiedź „nie wiem” lub „nie dotyczy” (w tym opracowaniu na potrzeby przejrzystości analiz obie odpowiedzi połączono w jedną kategorię „nie wiem/nie dotyczy”).

Oceniano realizację 11 praw pacjenta wyświetlanych w formie hasłowej w następującej kolejności:

- prawo do świadczeń zdrowotnych;
- prawo do informacji;
- prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- prawo do tajemnicy informacji (tzw. tajemnica lekarska);
- prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych;
- prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- prawo dostępu do dokumentacji medycznej;
- prawo do poszanowania intymności i godności;
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- prawo do opieki duszpasterskiej;
- prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Pacjenci w jednostkach ochrony zdrowia dokonywali oceny z perspektywy swojej wizyty w danej jednostce zdrowia w momencie wypełniania ankiety. W przeprowadzonym online Badaniu populacyjnym proszono

o szerszą perspektywę – doświadczeń z ostatnich 12 miesięcy poprzedzających wypełnianie ankiety (czyli w latach 2020–2022).

Większość analiz w tym rozdziale została przedstawiona dla połączonych grup pacjentów z Badania w jednostkach medycznych i Badania populacyjnego, na co pozwala zbliżona charakterystyka demograficzna i społeczna obu prób.

Zaufanie jest niezbędnym komponentem komunikacji, a ta jest fundamentalnym elementem budowania relacji między pacjentem a lekarzem (Bending, 2015), z tego względu dokonano również analizy świadomości praw z uwagi na poziom zaufania wobec tej grupy oraz dodatkowo wobec pielęgniarzy/pielęgniarek, ratowników/ratowniczek medycznych. Pacjenci zostali poproszeni o określenie swojego poziomu zaufania na wizualnej skali graficznej (suwaku), gdzie punkt 0 określał brak zaufania, a 10 – pełne zaufanie. Na potrzeby analiz w tym rozdziale wyodrębniono trzy poziomy: brak zaufania/małe zaufanie (poziomy: 0, 1, 2, 3), średnie zaufanie (4, 5, 6), duże zaufanie (7, 8, 9, 10).

6.3. Wyniki

6.3.1. Znajomość i percepcja przestrzegania praw pacjenta

Zaniechaniom i zaniedbaniom systemowym oraz na poziomie wykonawczym sprzyja brak wystarczającej świadomości posiadanych praw u pacjentów. Wiedza na temat tego, że w ogóle posiada się prawa, jak również wiedza o tym, co dane prawo oznacza dla pacjenta, a co dla pracownika ochrony zdrowia, jest istotnie skorelowana z umiejętnością nie tyle ich dostrzeżenia, ile zauważenia realizacji praw pacjenta. Choć od wejścia w życie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w 2009 roku dzieli nas kilkanaście lat, spośród 3622 pacjentów, którzy wzięli udział w projekcie, 7,4% nie miało świadomości jakichkolwiek – przysługujących im jako pacjentom – praw.

Udział pacjentów świadomych ich praw jest zbliżony wśród osób, które były ankietowane w wylosowanych jednostkach (szpitalach i poradniach) oraz w Badaniu populacyjnym (udział świadomych posiadania praw jako pacjentów wynosił odpowiednio 91,5% i 93,4%). Znamienna jest różnica w wartości deklaratywnej tej świadomości. Blisko co drugi pacjent w jednostkach ochrony zdrowia (49,9%) – spośród osób, które właściwie w momencie otrzymywania świadczeń zdrowotnych brały udział w badaniu – miał tylko ogólne poczucie tego, że posiada prawa jako pacjent, przyznając równocześnie, że nie potrafi wymienić żadnego z nich. W Badaniu

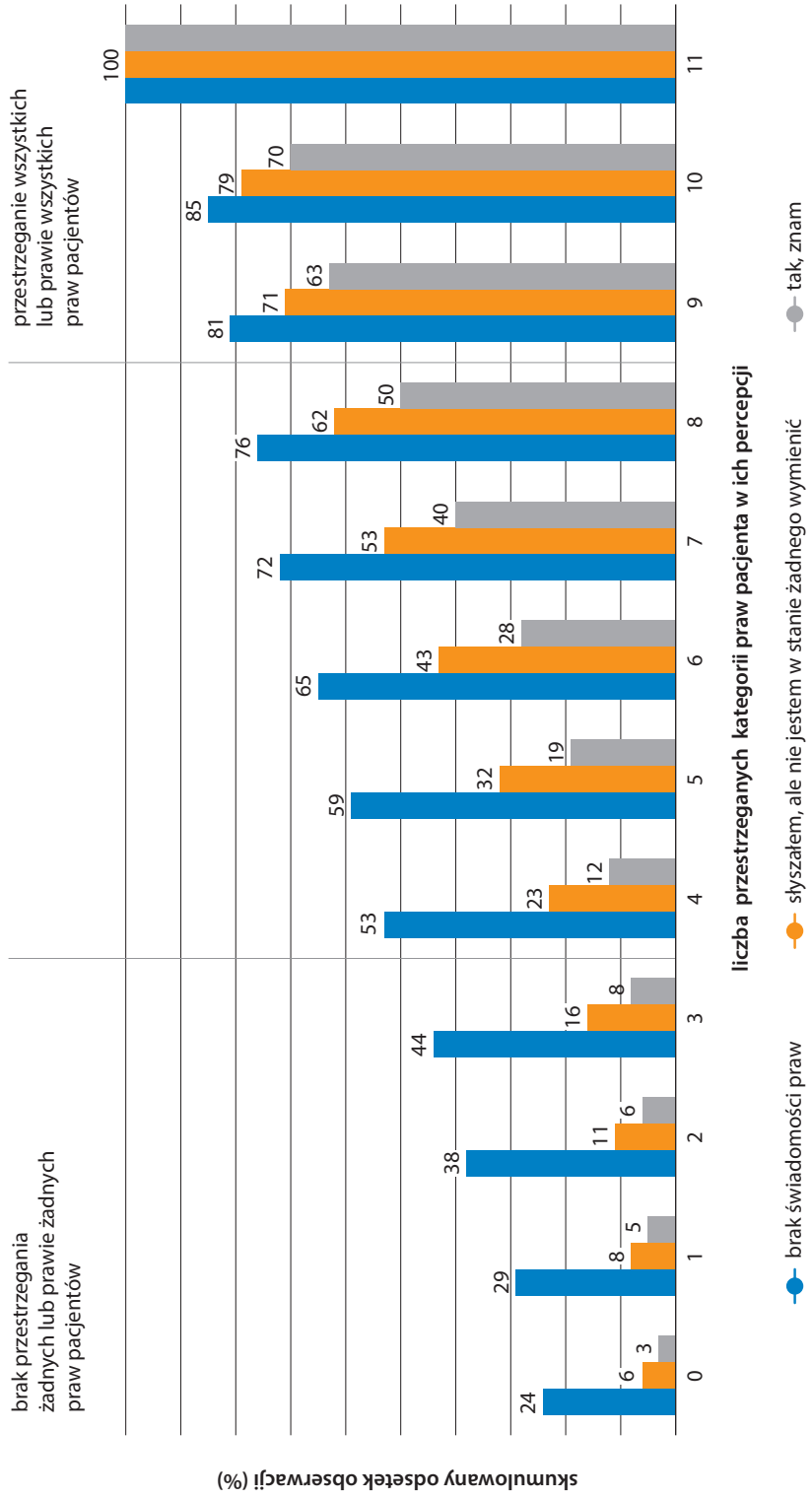
populacyjnym – bardziej retrospektywnym, bo obejmującym pacjentów korzystających ze świadczeń w ciągu 24 miesięcy od realizacji ankiety – udział ten jest istotnie wyższy i wynosi 70,5%. Pacjenci, którzy mają ogólną świadomość przysługujących im praw i w samoocenie potrafią je nazwać, to niespełna jedna trzecia populacji. Odsetek pacjentów, którzy deklarują, że mają świadomość swych praw (w domniemaniu – potrafią je zwerbalizować), różni się istotnie w Badaniu w jednostkach medycznych i w Badaniu populacyjnym. Różnica w odsetku deklaracji jest prawie dwukrotna. W wylosowanych jednostkach medycznych na pytanie o znajomość jakichkolwiek praw pacjenta 41,6% udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Wśród pacjentów Badania populacyjnego deklarację taką złożyło 22,9% (tabela 48).

Tabela 48. Świadomość istnienia praw pacjenta

	Pacjenci w Badaniu w jednostkach medycznych N = 1572		Pacjenci w Badaniu populacyjnym N = 2050		Ogółem pacjenci N = 3622	
	n	%	n	%	n	%
Pacjenci, którzy znają swoje prawa	654	41,6	470	22,9	1124	31,0
Pacjenci, którzy słyszeli o prawach, ale nie są w stanie żadnego wymienić	785	49,9	1445	70,5	2230	61,6
Pacjenci, którzy w ogóle nie słyszeli o prawach pacjenta	133	8,5	135	6,6	268	7,4

Dla efektywnego funkcjonowania idei humanizacji medycyny potrzebne są działania zmierzające do budowania świadomości praw pacjentów.

Osoby, które mają nawet ogólną świadomość faktu istnienia swoich praw jako pacjenci, częściej zauważają ich przestrzeganie niż ci, którzy nawet nie wiedzą o tym, że prawa pacjenta w Polsce powinny być przestrzegane. W grupie nieświadomych swoich praw blisko jedna piąta wskazała, że w czasie korzystania z usług medycznych żadne z 11 ewaluowanych praw nie było przestrzegane (odsetek ten w grupie świadomych jest pięciokrotnie niższy). Równocześnie jedna piąta „nieświadomych” swych praw potwierdziła, że prawie wszystkie (9 do 11 kategorii) były przestrzegane. W grupie osób, które są świadome istnienia praw pacjenta, odsetek ten był prawie dwukrotnie wyższy (rycina 20).



Rycina 20. Przestrzeganie praw pacjenta wśród pacjentów z różną świadomością ich istnienia

6.3.2. Postrzeganie praw pacjenta według cech demograficznych i społecznych

Analiza profilu demograficznego pacjentów wskazuje, że działania edukacyjne powinny być skierowane do wszystkich grup demograficznych – niezależnie od płci, wieku, klasy miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej czy wielkości gospodarstw domowych (choć dla wszystkich z cech wskazanych w tabeli 49 wykazano silną istotną zależność ($p < 0,001$, wiek $p < 0,009$).

Profile „nieświadomych” i „świadomych” istnienia praw pacjenta są zbliżone – zasadniczo mało widoczne są cechy, które silnie różnicują te grupy. Wyjątek stanowi poziom wykształcenia, gdzie wśród nieświadomych praw widoczny jest w strukturze wyższy odsetek osób, które nie ukończyły szkoły średniej. Potrzebę edukacji widać również silniej w grupie najmłodszych badanych pacjentów (w wieku 18–29 lat).

Tabela 49. Świadomość istnienia praw pacjenta w różnych grupach demograficznych (N = 3622)

	Poziom znajomości praw pacjenta					
	nie – w ogóle nie słyszałem o prawach pacjenta		słyszałem, ale nie jestem w stanie żadnego wymienić		tak, znam	
	n	%	n	%	n	%
Płeć						
mężczyźni	135	8,2	1055	64,1	457	27,7
kobiety	133	6,7	1175	59,5	667	33,8
Wiek w latach						
18–29	51	10,0	332	64,8	129	25,2
30–49	104	7,3	839	59,2	474	33,5
50–64	71	6,5	685	62,3	344	31,3
65 lat i więcej	42	7,1	374	63,1	177	29,8
Wykształcenie						
poniżej średniego	96	12,5	515	66,9	159	20,6
średnie/policealne	98	7,1	871	63,2	410	29,7
wyższe	56	4,3	742	56,9	506	38,8
odmowa odpowiedzi	18	10,7	102	60,4	49	29,0
Miejsce zamieszkania						
wieś	77	7,4	667	64,1	297	28,5

Tabela 49. cd.

	Poziom znajomości praw pacjenta					
	nie – w ogóle nie słyszałem o prawach pacjenta		słyszałem, ale nie jestem w stanie żadnego wymienić		tak, znam	
	n	%	n	%	n	%
miasto do 100 tys.	100	8,3	760	63,0	346	28,7
miasto od 100 do 500 tys.	55	7,3	433	57,7	263	35,0
miasto pow. 500 tys.	31	5,6	341	61,9	179	32,5
odmowa odpowiedzi	5	6,8	29	39,7	39	53,4
Status zawodowy						
pracujący/a zawodowo	147	7,2	1227	59,8	678	33,0
nieaktywny/a zawodowo	112	7,6	962	65,2	401	27,2
odmowa odpowiedzi	9	9,5	41	43,2	45	47,4
Liczba osób w gospodarstwie domowym						
jedna	27	10,1	235	10,5	121	10,8
dwie	76	28,4	713	32,0	333	29,6
trzy	48	17,9	493	22,1	241	21,4
cztery	38	14,2	433	19,4	208	18,5
pięć i więcej	43	16,0	225	10,1	101	9,0
odmowa odpowiedzi	36	13,4	131	5,9	120	10,7
Dzieci do 19. roku życia w gospodarstwie domowym						
tak	101	5,6	1155	64,1	545	30,3
nie	124	8,8	855	60,9	426	30,3
odmowa/starsze dzieci	43	10,3	220	52,9	153	36,8
Status materialny rodziny						
niski	54	10,3	344	65,4	128	24,3
przeciętny	125	7,2	1124	65,0	479	27,7
raczej wysoki	42	6,5	374	58,1	228	35,4
bardzo wysoki	26	5,1	298	58,5	185	36,3
odmowa odpowiedzi	21	9,8	90	41,9	104	48,4

Dane dotyczące obserwowanego przestrzegania poszczególnych praw pacjenta zostały przedstawione w tabeli 50. Prawa pacjenta, które w opinii

badanych są najczęściej przestrzegane, to „prawo do świadczeń zdrowotnych” i „prawo do informacji”. Udział osób, które miały poczucie, że je realizowano w czasie ich wizyty w wylosowanych jednostkach ochrony zdrowia (pacjenci z Badania w jednostkach medycznych), wyniósł odpowiednio 84,2% i 81,7%. Pacjenci, którzy weryfikowali realizację praw z perspektywy 24 miesięcy (pacjenci z Badania populacyjnego), nieco rzadziej zgadzali się z tą opinią (odpowiednio 81,4% oraz 80,9%).

Uczestnicy badań to pacjenci, którzy oczekiwali realizacji świadczeń medycznych – z tego względu nie zaskakuje uzyskany wynik dla realizacji „prawa do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych” (78,8% w Badaniu w jednostkach medycznych i 78,0% w Badaniu populacyjnym). Warto wskazać, że znacznie mniej osób posiadało „prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza” (50,1% w Badaniu w jednostkach medycznych i 37,2% w Badaniu populacyjnym). Różnica w percepcji obu praw, z jednej strony, może wynikać z braku potrzeby wyrażania negacji i posiadania zaufania do lekarzy, z drugiej – jej powodem może być niewystarczająca świadomość posiadania takiego prawa.

Większość pacjentów potwierdza przestrzeganie tajemnicy lekarskiej (73,9% w Badaniu w jednostkach medycznych i 77,7% w Badaniu populacyjnym) oraz prawa dostępu do dokumentacji medycznej (odpowiednio 72,0% i 73,0%).

Podobna grupa ankietowanych miała poczucie poszanowania ich intymności i godności, ale skala respektowania prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego jest już istotnie niższa (50,1% w Badaniu w jednostkach medycznych i 37,2% w Badaniu populacyjnym).

Blisko dwie trzecie pacjentów było przekonanych o tym, że mają prawo do opieki duszpasterskiej. Prawo to zauważają zarówno osoby wierzące, jak i niewierzące, choć jest istotnie częściej potwierdzane przez osoby regularnie praktykujące swoją wiarę niż przez tych, którzy praktykują nieregularnie.

Nieco ponad połowa ankietowanych dostrzega realizację prawa do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych.

Porównanie opinii pacjentów ankietowanych w jednostkach ochrony zdrowia oraz z Badania populacyjnego wyraźnie wskazuje, że potwierdzenie przestrzegania prawa do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie zależy od charakteru uzyskiwanego świadczenia i czasu pobytu w jednostce (47,9% w Badaniu w jednostkach medycznych, z tym że wśród osób, które spędziły w szpitalu więcej niż jedną dobę, udział odpowiedzi wyniósł 58,4% oraz 41,2% w Badaniu populacyjnym).

Tabela 50. Przestrzeganie praw pacjenta według pacjentów w dwóch perspektywach czasowych

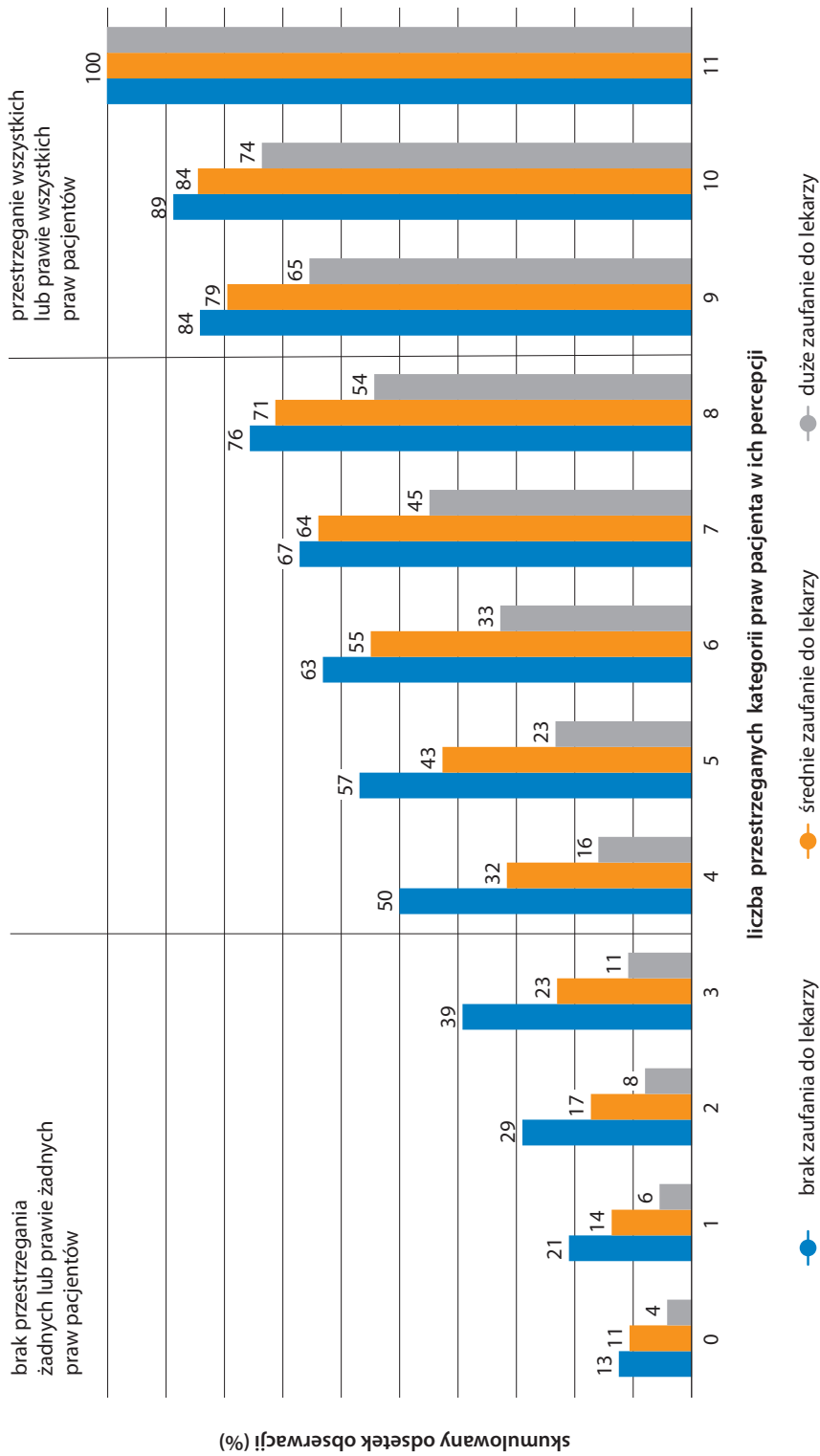
	Przestrzeganie praw pacjenta w czasie wizyty w jednostce ochrony zdrowia Badanie w jednostkach medycznych N = 1572		Przestrzeganie praw pacjenta w ciągu ostatnich 24 miesięcy Badanie populacyjne N = 2050	
	n	%	n	%
Prawo do świadczeń zdrowotnych				
tak	1323	84,2	1668	81,4
nie	85	5,4	164	8,0
nie wiem/nie dotyczy	164	10,4	218	10,6
Prawo do informacji				
tak	1284	81,7	1658	80,9
nie	120	7,6	188	9,2
nie wiem/nie dotyczy	168	10,7	204	10,0
Prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych				
tak	1239	78,8	1599	78,0
nie	92	5,9	147	7,2
nie wiem/nie dotyczy	241	15,3	304	14,8
Prawo do tajemnicy informacji (tzw. tajemnica lekarska)				
tak	1161	73,9	1592	77,7
nie	98	6,2	114	5,6
nie wiem/nie dotyczy	313	19,9	344	16,8
Prawo dostępu do dokumentacji medycznej				
tak	1132	72,0	1497	73,0
nie	125	8,0	181	8,8
nie wiem/nie dotyczy	315	20,0	372	18,1
Prawo do poszanowania intymności i godności				
tak	1137	72,3	1487	72,5
nie	174	11,1	195	9,5
nie wiem/nie dotyczy	261	16,6	368	18,0
Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej				
tak	1021	64,9	1331	64,9
nie	181	11,5	220	10,7
nie wiem/nie dotyczy	370	23,5	499	24,3

	Przestrzeganie praw pacjenta w czasie wizyty w jednostce ochrony zdrowia Badanie w jednostkach medycznych N = 1572		Przestrzeganie praw pacjenta w ciągu ostatnich 24 miesięcy Badanie populacyjne N = 2050	
	n	%	n	%
Prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych				
tak	804	51,1	1096	53,5
nie	180	11,5	291	14,2
nie wiem/nie dotyczy	588	37,4	663	32,3
Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie				
tak	753	47,9	844	41,2
nie	168	10,7	229	11,2
nie wiem/nie dotyczy	651	41,4	977	47,7
Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza				
tak	692	44,0	889	43,4
nie	217	13,8	344	16,8
nie wiem/nie dotyczy	663	42,2	817	39,9
Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego				
tak	788	50,1	762	37,2
nie	109	6,9	224	10,9
nie wiem/nie dotyczy	675	42,9	1064	51,9

6.3.3. Percepcja postrzegania praw pacjenta a poziom zaufania do pracowników ochrony zdrowia

Im większe zaufanie mają pacjenci do lekarzy, tym częściej dostrzegają, że ich prawa są przestrzegane. Zależność ta dotyczy wszystkich weryfikowanych w badaniu praw, najsilniej jest jednak widoczna dla prawa do: poszanowania intymności i godności, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych oraz informacji (rycina 21).

Wśród pacjentów, którzy nie ufają lekarzom, 12,5% deklaruje, że w czasie korzystania z usług medycznych żadne z 11 ewaluowanych praw nie było przestrzegane (odsetek ten w grupie osób w dużym stopniu ufających lekarzom jest czterokrotnie niższy). Równocześnie jedna piąta „nieufających” lekarzom potwierdziła, że prawie wszystkie ewaluowane prawa pacjenta (co najmniej dziewięć kategorii) były przestrzegane. W grupie osób obdarzających lekarzy zaufaniem odsetek ten był dwukrotnie wyższy.



Rycina 21. Percepcja przestrzegania praw pacjenta według poziomu zaufania do lekarzy

W stosunku do każdego z ewaluowanych praw pacjenta zachodzi istotna korelacja między poziomem zaufania do lekarzy a faktem ich realizacji w oczach pacjentów (rycina 22). Najsilniejszy związek widoczny jest dla prawa do: poszanowania intymności i godności, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych oraz informacji (tabela 51).

Tabela 51. Percepcja przestrzegania praw pacjenta według poziomu zaufania do lekarzy w połączonej próbie pacjentów z dwóch badań

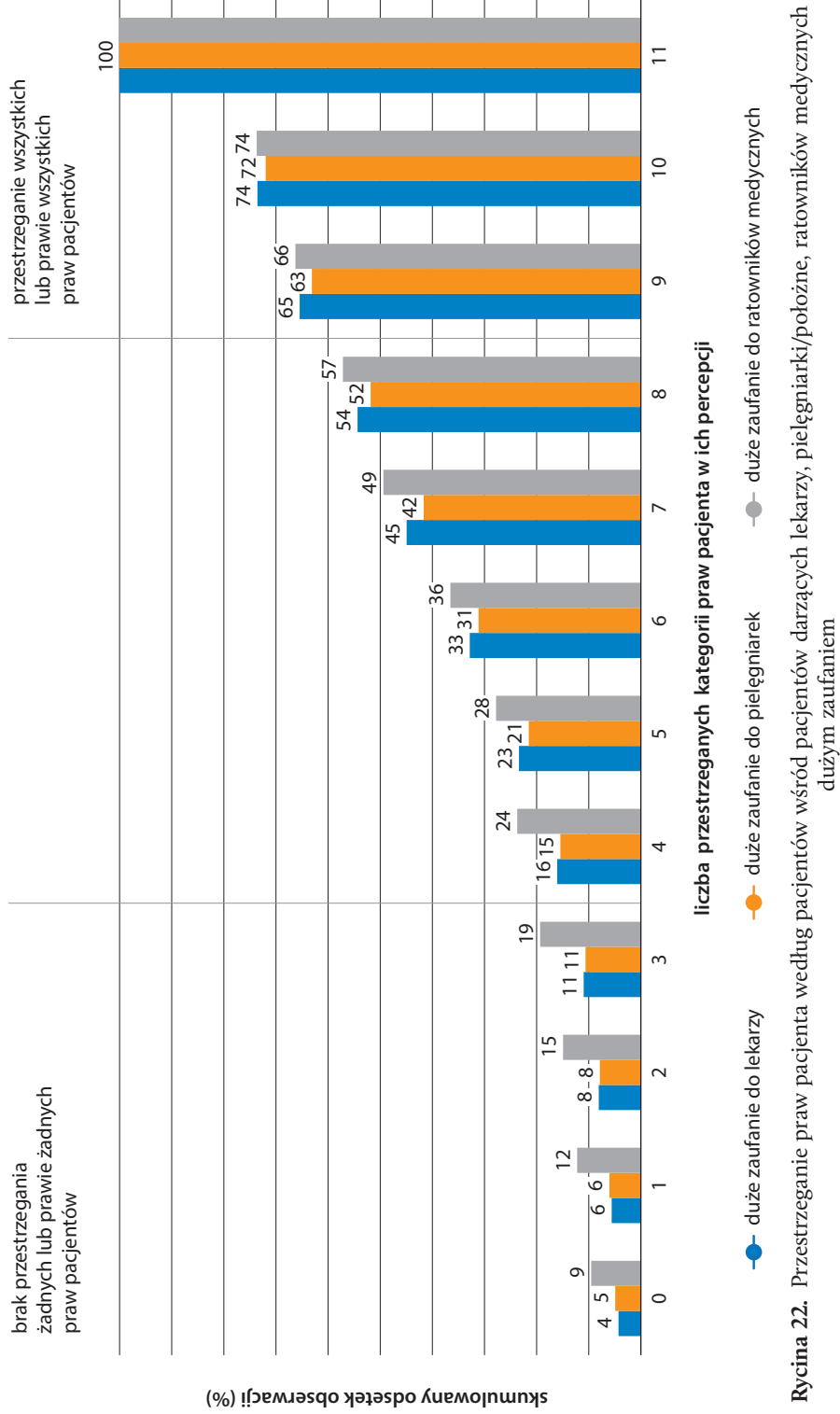
	Poziom zaufania do lekarzy					
	brak/bardzo małe zaufanie		średnie zaufanie		duże zaufanie	
	n	%	n	%	n	%
Prawo do świadczeń zdrowotnych						
tak	110	62,5	611	74,9	2208	87,1
nie	35	19,9	59	7,2	135	5,3
nie wiem/nie dotyczy	31	17,6	146	17,9	191	7,5
Prawo do informacji						
tak	96	54,5	584	71,6	2196	86,7
nie	41	23,3	99	12,1	153	6,0
nie wiem/nie dotyczy	39	22,2	133	16,3	185	7,3
Prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych						
tak	106	60,2	575	70,5	2092	82,6
nie	27	15,3	58	7,1	137	5,4
nie wiem/nie dotyczy	43	24,4	183	22,4	305	12,0
Prawo do tajemnicy informacji (tzw. tajemnica lekarska)						
tak	103	58,5	548	67,2	2043	80,6
nie	24	13,6	49	6,0	124	4,9
nie wiem/nie dotyczy	49	27,8	219	26,8	367	14,5
Prawo dostępu do dokumentacji medycznej						
tak	100	56,8	533	65,3	1937	76,4
nie	38	21,6	83	10,2	174	6,9
nie wiem/nie dotyczy	38	21,6	200	24,5	423	16,7
Prawo do poszanowania intymności i godności						
tak	78	44,3	502	61,5	1983	78,3
nie	57	32,4	100	12,3	196	7,7
nie wiem/nie dotyczy	41	23,3	214	26,2	355	14,0

Tabela 51. cd.

	Poziom zaufania do lekarzy					
	brak/bardzo małe zaufanie		średnie zaufanie		duże zaufanie	
	n	%	n	%	n	%
Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej						
tak	49	27,8	279	34,2	1176	46,4
nie	31	17,6	87	10,7	197	7,8
nie wiem/nie dotyczy	96	54,5	450	55,1	1161	45,8
Prawo do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych						
tak	67	38,1	334	40,9	1451	57,3
nie	51	29,0	120	14,7	281	11,1
nie wiem/nie dotyczy	58	33,0	362	44,4	802	31,6
Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza						
tak	60	34,1	268	32,8	1210	47,8
nie	48	27,3	179	21,9	317	12,5
nie wiem/nie dotyczy	68	38,6	369	45,2	1007	39,7
Prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie						
tak	62	35,2	279	34,2	1212	47,8
nie	32	18,2	109	13,4	237	9,4
nie wiem/nie dotyczy	82	46,6	428	52,5	1085	42,8
Prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza						
tak	60	34,1	268	32,8	1210	47,8
nie	48	27,3	179	21,9	317	12,5
nie wiem/nie dotyczy	68	38,6	369	45,2	1007	39,7
Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego						
tak	72	40,9	442	54,2	1781	70,3
nie	56	31,8	105	12,9	223	8,8
nie wiem/nie dotyczy	48	27,3	269	33,0	530	20,9

* Uszeregowanie praw według średniej z odpowiedzi „tak”.

Lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych mogą mieć wpływ na społeczną percepcję praw pacjenta. Nie tylko zaufanie do lekarzy, lecz także zaufanie do pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych oraz pozostałych pracowników mających bezpośredni kontakt z pacjentem może poprawić tę percepcję.



Rycina 22. Przestrzeganie praw pacjenta według pacjentów wśród pacjentów darzących lekarzy, pielęgniarki/położne, ratowników medycznych dużym zaufaniem

6.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań

Znajomość praw pacjenta jest niezwykle istotna dla wszystkich osób, które korzystają z usług medycznych. W większości przypadków to pacjent jako pierwszy informuje, że jego prawa zostały naruszone. Prawa pacjenta w Polsce chronią poszkodowanych i stanowią podstawę do dochodzenia ewentualnych roszczeń odszkodowawczych. Jednakże w badanej próbie 31% pacjentów znało swoje prawa, 61,6% słyszało o prawach, ale nie było w stanie żadnego wymienić, 7,4% zaś w ogóle nie słyszało o prawach pacjenta. Mimo upływu lat od określenia praw pacjentów jako obywateli Rzeczypospolitej Polskiej w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i ich unormowania w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – znaczna część społeczeństwa nie jest ich świadoma.

Pandemia SARS-CoV-2 ukazała wiele problemów w ochronie zdrowia oraz wymusiła dynamiczne wprowadzenie zmian organizacyjnych. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, w Polsce pacjenci zgłaszali przede wszystkim problemy związane z dostępnością opieki zdrowotnej. Napotykali oni trudności w przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych każdego rodzaju – podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy leczenia szpitalnego (Chmielowiec i in., 2022). W badaniach własnych prawami pacjenta, które w opinii respondentów są najczęściej przestrzegane, są „prawo do świadczeń zdrowotnych” i „prawo do informacji”. Udział osób, które miały poczucie, że prawa te realizowano w czasie wizyty w wylosowanych jednostkach ochrony zdrowia (pacjenci z Badania w jednostkach medycznych), wyniósł odpowiednio 84,2% i 81,7%.

Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że udział osób, których prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego były respektowane, wynosił 50,1% w Badaniu w jednostkach medycznych i 37,2% w Badaniu populacyjnym. W szpitalach zakazano odwiedzin pacjentów, rodzicom zabroniono przebywania z dziećmi na oddziałach szpitalnych, nie zezwolono również na obecność osoby towarzyszącej przy porodach rodzinnych.

Wśród pacjentów, którzy nie ufają lekarzom, 12,5% deklaruje, że w czasie korzystania z usług medycznych żadne z 11 ewaluowanych praw nie było przestrzegane (odsetek ten w grupie w dużym stopniu ufającym lekarzom jest czterokrotnie niższy). Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej jest zgeneralizowaną postawą wynikającą zarówno z doświadczeń własnych bądź innych ludzi, jak i z wykreowanego przez media wizerunku systemu. Wyniki badania Krot i Rudawskiej (2018) potwierdzają, że zarówno pozytywne, jak i negatywne elementy wizerunkowe systemu mają wpływ na zaufanie do metod leczenia i do całego systemu.

Dla efektywnego funkcjonowania idei humanizacji medycyny – zarówno na ogólnym poziomie „mam prawa jako pacjent”, jak i poszczególnych praw – potrzebne są działania zmierzające do budowania świadomości tych praw. Istotny wpływ na percepcję przestrzegania praw pacjenta ma sama świadomość i znajomość ich istnienia. Oczywiście jest jednak, że sama świadomość nie wpływa na ich realizację w praktyce, pobudza jednak uwagę i oczekiwania pacjentów co do ich przestrzegania, a tym samym powinna prowadzić do poprawy komunikowania się, lepszej diagnostyki, realizacji zaleceń, a długofalowo – do wzrostu jakości usług medycznych.

W świetle dostępnej nam wiedzy nie było w Polsce prowadzonych na tak szeroką skalę (próba 3622 pacjentów) badań na powyższy temat. Dodatkową zaletą tych badań jest ich ogólnopolski charakter oraz okres realizacji w schyłkowym okresie pandemii. Dobrze znany raport Najwyższej Izby Kontroli zawierał wyniki inspekcji 12 szpitali, a zebrane dane uzyskano od 1104 pacjentów (Najwyższa Izba Kontroli [NIK], 2018). Ponadto skoncentrowano się tylko na prawie do poszanowania intymności i godności pacjentów w szpitalach. Dane te zostały ponownie wykorzystane w wydany rok później raporcie oceniającym system ochrony zdrowia w Polsce w rozdziale omawiającym prawa i bezpieczeństwo pacjentów (NIK, 2019). Warto podkreślić, że publikowanie wyników badań jest zawsze przesłanką formułowania rekomendacji oraz inicjowania zmian, jak również uczuła opinię publiczną na podejmowane tematy.

Projekt dotyczący humanizacji procesu leczenia i komunikacji klinicznej w czasie pandemii COVID-19 stwarza w ramach kontynuacji analiz unikatową możliwość skojarzenia wielu pytań zawartych w kwestionariuszach pacjentów z omówionym wyżej blokiem dotyczącym praw pacjenta. Warto się zainteresować związkiem między postrzeganiem tych praw a innymi (oprócz opisanego zaufania) elementami relacji pacjent – personel medyczny czy też badać związek tych praw ze stosowaniem się do zaleceń lekarza.

7.

Percepcja społeczna badań klinicznych według pacjentów z próby populacyjnej

7.1. Tło analiz

Nieskuteczna rekrutacja pacjentów do udziału w badaniach klinicznych może być czynnikiem wręcz uniemożliwiającym ich realizację, jak również

opóźniającym upowszechnienie wyników oraz podejmowanie opartych na dowodach decyzji klinicznych (Arnetz i in., 2019). W wydanym w 2006 roku przeglądzie systematycznym wyselekcjonowano 12 badań jakościowych i 21 badań ilościowych, podsumowując wiedzę na temat barier uczestniczenia w tego typu badaniach. Wyodrębniono bariery związane z protokołem badania, czynnikami związanymi z pacjentem oraz lekarzem (Mills i in., 2006). Autorzy innych opracowań identyfikują też czynniki sprzyjające, takie jak: korzyści zdrowotne i finansowe, zaufanie do lekarzy i do badań naukowych czy postawę altruistyczną rozumianą jako chęć pomocy innym i przyczynienia się do rozwoju nauki (Sheridan i in., 2020). Wiedza, postawy i opinie badane były w wielu krajach w populacji ogólnej, ale przede wszystkim wśród pacjentów, szczególnie onkologicznych i kardiologicznych, w tym tych zapraszanych do badań klinicznych. W innych opracowaniach skoncentrowano się na ochotnikach chcących brać udział w opracowywaniu nowych szczepionek, na przykład przeciwko HIV (Detoc i in., 2017). Także w czasie pandemii COVID-19 pilna potrzeba uzyskania i wprowadzenia na dużą skalę skutecznych szczepionek wiązała się z koniecznością rekrutacji ochotników uczestniczących w badaniach klinicznych (Bonneton i in., 2022).

Opracowania na temat percepcji społecznej badań klinicznych powstawały już 40 lat temu (Cassileth i in., 1982), w ostatnich latach można jednak zauważyć coraz więcej publikacji oraz prób wdrożenia wystandaryzowanych kwestionariuszy. Konstrukcja kwestionariuszy przeznaczonych dla rzeczywistych uczestników badań klinicznych może uwzględnić fazy projektu i ogólną satysfakcję po jego zakończeniu (DasMahapatra i in., 2017). W odniesieniu do ogólnej populacji można się odnieść do sytuacji hipotetycznej. W tym przypadku cechy socjodemograficzne, aktualny stan zdrowia oraz doświadczenia własne i znaczących osób w otoczeniu mogą kształtować wyrażane opinie. Oddziaływanie na ogół społeczeństwa może kształtować przekonania normatywne i wpływać na decyzję osób chorych rekrutowanych do badań.

Publikowane dotąd rekomendacje były dostosowane do specyfiki konkretnych krajów i systemów zdrowotnych (na przykład związanej z powszechnością ubezpieczenia zdrowotnego czy problemami grup etnicznych), co nie zawsze może mieć zastosowanie w Polsce. Ważne jest jednak zwrócenie uwagi na konieczność poprawy ogólnej wiedzy społeczeństwa na temat badań klinicznych, na podnoszenie kompetencji komunikacyjnych personelu medycznego, jak również na identyfikację grup społecznych, do których najtrudniej jest dotrzeć, a więc mających nierówne szanse

uczestniczenia w różnych projektach badawczych, nie tylko próbach randomizowanych (Bodicoat i in., 2021).

W świetle dostępnej nam wiedzy brak jest badań prezentujących opinie Polaków na temat uczestniczenia w badaniach klinicznych. Projekt dotyczący humanizacji medycyny stworzył możliwość przetestowania w dużej reprezentatywnej próbie konkretnych pytań oraz uzyskania wstępnych wyników.

Celem poniższych analiz jest prezentacja rozkładu odpowiedzi na pytania dotyczące czynników sprzyjających i zniechęcających do uczestniczenia w badaniach klinicznych. Pytanie te zadawano tylko osobom z próby populacyjnej, w której kryterium włączenia było korzystanie ze świadczeń medycznych w latach 2020–2022. Koncentrując się na zainteresowaniu badaniami klinicznymi w przyszłości, przyjęto, że w losowej próbie 2050 respondentów trudno uzyskać znaczącą liczbę obecnych uczestników takich badań czy osób będących nimi w niedalekiej przeszłości.

7.2. Narzędzia badawcze i metoda prezentacji wyników

Zastosowano autorski kwestionariusz opracowany przez zespół badawczy po przeglądzie literatury i dostępnych narzędzi.

Pytania zostały poprzedzone informacją, co jest rozumiane przez pojęcie badania klinicznego – to znaczy że jest to „badanie naukowe prowadzone z udziałem ludzi w celu odkrycia lub potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa leków lub innych terapii”. Wyjaśniono, że pacjenci zapraszani do badań klinicznych są informowani o ich celu i podpisują świadomą zgodę na uczestnictwo. Mogą się w każdej chwili wycofać lub przestać uczestniczyć w badaniu, gdy zagraża to ich bezpieczeństwu. Z myślą o nielicznych osobach, które jednak mogły zostać wcześniej zrekrutowane, poproszono o odniesienie swoich odpowiedzi do badania, w którym respondent mógłby uczestniczyć w przyszłości.

W pierwszym pytaniu filtrującym sprawdzono, czy respondent byłby zainteresowany udziałem w badaniach klinicznych, z kategoriami odpowiedzi tak/nie. Na kolejne pytania odpowiadali tylko ci, którzy wyrazili zainteresowanie. W dalszej części ankiety uwzględniono cztery obszary tematyczne, dotyczące odpowiednio: powodu zainteresowania, ewentualnych obciążeń wynikających z protokołu badań, znaczenia relacji z lekarzem, możliwych korzyści i zagrożeń. Ankietowani łącznie odnieśli się do 18 stwierdzeń, określając w skali pięciostopniowej, jak bardzo ważny jest dla nich dany czynnik.

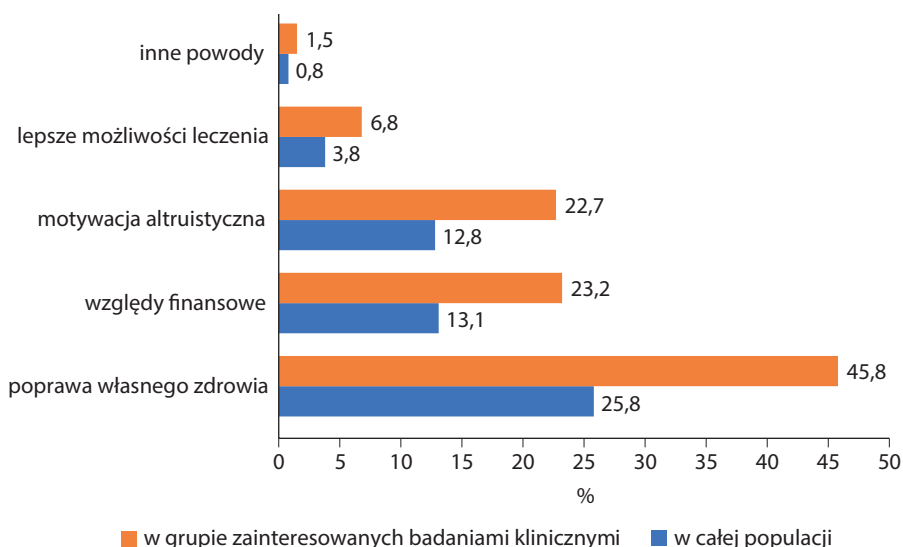
Na tym etapie analiz narzędzia badawczego nie traktowano jako skali o określonych własnościach psychometrycznych, analizując odpowiedzi

na indywidualne pytania. Zaprezentowano też różnice związane z: płcią, wiekiem, poziomem wykształcenia, miejscem zamieszkania, zamożnością rodziny, samooceną zdrowia.

7.3. Wyniki

7.3.1. Chęć uczestniczenia w przyszłości w badaniach klinicznych

W badanej grupie 2050 dorosłych mieszkańców Polski 56,3% wyraziło wolę uczestniczenia w przyszłości w badaniach klinicznych. W związku z tym na dalsze pytania odpowiadało 1155 osób. Kwestionariusz uwzględnił cztery motywy zainteresowania, z których należało wybrać jedną najbardziej pasującą odpowiedź lub skorzystać z opcji „inne”, co zostało zweryfikowane pod kątem włączenia do głównych kategorii (rycina 23). Prawie połowa deklarujących zainteresowanie wybrała chęć poprawy własnego zdrowia. Jeśli odnieść ten wynik do całej badanej próby, to można stwierdzić, że co czwarty dorosły ankietowany (25,8%) leczący się w okresie pandemii uznał, że poprzez udział w badaniach klinicznych w przyszłości ma szansę na poprawę własnego zdrowia. Ze zbliżoną częstością – około 23% wskazujących powody – wybierano kwestie finansowe oraz chęć działania na rzecz nauki i innych osób, określane jako postawa altruistyczna. W stosunku do całej populacji stanowi to po około 13%. Tylko co piętnasty respondent zainteresowany badaniami klinicznymi wskazał na brak standardowych metod leczenia jego choroby jako główny powód zainteresowania.



Rycina 23. Powody zainteresowania badaniami klinicznymi w przyszłości

W badanej grupie 17 osób podało inne powody. W ośmiu przypadkach była to ciekawość lub chęć zdobycia nowych doświadczeń, w pięciu – dotychczasowe doświadczenia z chorobą własną lub najbliższych osób, a trzy osoby uznały, że wszystkie wskazane w kwestionariuszu powody są tak samo ważne. Jedna osoba nie umiała wskazać konkretnego powodu.

7.3.2. Czynniki mogące wpływać na decyzję o uczestniczeniu w badaniach klinicznych

Analizując odpowiedzi na 18 pytań dotyczących czynników mogących ułatwić lub utrudnić udział w badaniach klinicznych, warto zwrócić uwagę, że większość osób zainteresowanych takim udziałem uznała, że są to kwestie bardzo ważne lub raczej ważne. Udział połączonych odpowiedzi pozytywnych przeważnie przekraczał 80%, dochodząc nawet do 96,7% (znajomość ryzyka, skutków ubocznych oraz działań niepożądanych).

W tabeli 52 opisano czynniki związane z procesem realizacji badania. Najwyżej oceniane były kwestia odległości, jaką należy pokonać w celu odbycia wizyt kontrolnych, oraz problem standardów etycznych. Zdecydowanie rzadziej za ważny czynnik uznawano możliwość uzyskania wynagrodzenia.

Tabela 52. Czynniki wpływające na decyzję o uczestniczeniu lub rezygnacji z udziału w badaniach klinicznych związane z protokołem badania (N = 1155)

		Bardzo ważne	Raczej ważne	Ani ważne, ani nieważne	Raczej nieważne	Zupełnie nieważne
Odległość do pokonania w celu odbycia wizyt kontrolnych	n	607	388	102	45	13
	%	52,6	33,6	8,8	3,9	1,1
Liczba wizyt i całkowity czas trwania udziału w badaniu	n	436	490	150	68	11
	%	37,7	42,4	13,0	5,9	1,0
Możliwość kontynuowania leczenia po zakończeniu badania	n	523	459	134	29	10
	%	45,3	39,7	11,6	2,5	0,9
Opinie o osobach lub instytucji prowadzącej badania	n	519	459	140	29	8
	%	44,9	39,8	12,1	2,5	0,7
Otrzymanie wynagrodzenia za uczestnictwo	n	366	402	285	64	38
	%	31,7	34,8	24,7	5,5	3,3
Badanie zatwierdzone, opinia komisji bioetycznej	n	632	366	115	26	16
	%	54,6	31,7	10,0	2,3	1,4

Kolejny blok pytań dotyczył czynników związanych z komunikacją oraz relacją z lekarzem, co dotyczyło zarówno obecnego lekarza, jak i zespołu, który miałby realizować badanie kliniczne (tabela 53). Najkorzystniej oceniono życzliwość personelu medycznego i badaczy oraz kwestie poufności informacji. Za mniej ważne uznano rekomendację swojego obecnego lekarza i utrzymanie z nim kontaktu w trakcie uczestniczenia w badaniu klinicznym, przeważnie realizowanym w innym ośrodku. Jednak i tu udział bardzo pozytywnych opinii kształtował się na poziomie 73,6–74,2%, lecz znaczna część ankietowanych wybrała środkową odpowiedź neutralną.

Tabela 53. Czynniki wpływające na decyzję o uczestniczeniu lub rezygnacji z udziału w badaniach klinicznych związane z komunikacją i relacjami z lekarzem (N = 1155)

		Bardzo ważne	Raczej ważne	Ani ważne, ani nieważne	Raczej nieważne	Zupełnie nieważne
Utrzymanie kontaktu z obecnym lekarzem	n	448	432	183	66	26
	%	38,8	37,4	15,8	5,7	2,3
Życzliwość personelu medycznego i badaczy	n	690	411	45	8	1
	%	59,7	35,6	3,9	0,7	0,1
Kwestie poufności	n	726	356	63	5	5
	%	62,9	30,8	5,5	0,4	0,4
Rekomendacje obecnego lekarza	n	461	389	219	58	28
	%	39,9	33,7	19,0	5,0	2,4
Zrozumienie, jakie znaczenie ma badanie dla medycyny	n	600	445	96	10	4
	%	51,9	38,6	8,3	0,9	0,3
Współudział w podejmowaniu decyzji w związku z leczeniem	n	602	467	73	9	4
	%	52,1	40,5	6,3	0,8	0,3

W ostatnim bloku pytań analizowano opinie na temat spodziewanych zagrożeń oraz korzyści wynikających z uczestniczenia w badaniu klinicznym (tabela 54). Najniżej oceniono pytanie na temat możliwości trafienia do grupy placebo lub leczenia w ramach standardowej metody, co wynika z zasad prowadzenia randomizowanych badań z grupą kontrolną. W odniesieniu do pięciu pozostałych stwierdzeń udział uznających dany czynnik za bardzo ważny lub raczej ważny wahał się od 89,8% do 96,7%. Rzetelna znajomość ryzyka, skutków ubocznych oraz działań niepożądanych może szczególnie wzmacniać decyzję o uczestniczeniu w badaniu klinicznym

lub skłaniać do rezygnacji. Niemniej doceniano też znaczenie korzyści zdrowotnych, w tym poprawy stanu zdrowia i jakości życia, oraz uzyskania informacji zwrotnej na temat skuteczności leczenia i obecnego stanu pacjenta po zakończeniu badania.

Tabela 54. Czynniki wpływające na decyzję o uczestniczeniu lub rezygnacji z udziału w badaniach klinicznych związane z postrzeganymi korzyściami i zagrożeniami (N = 1155)

		Bardzo ważne	Raczej ważne	Ani ważne, ani nieważne	Raczej nieważne	Zupełnie nieważne
Znajomość ryzyka, skutków ubocznych, działań niepożądanych	n	891	236	30	5	3
	%	76,3	20,4	2,6	0,4	0,3
Otrzymanie placebo lub standardowa metoda leczenia	n	454	439	227	27	8
	%	39,3	38,0	19,7	2,3	0,7
Informacja o wynikach po zakończeniu udziału	n	807	291	41	16	0
	%	69,9	25,2	3,5	1,4	0,0
Ewentualna poprawa stanu zdrowia/jakości życia	n	845	246	55	8	1
	%	73,1	21,3	4,8	0,7	0,1
Dostęp do nowatorskiej metody leczenia	n	715	322	98	15	5
	%	61,9	27,9	8,5	1,3	0,4
Dostęp do diagnostyki i leczenia bez opłat	n	820	271	54	8	2
	%	71,0	23,4	4,7	0,7	0,2

7.3.3. Zainteresowanie uczestniczeniem w przyszłości w badaniach klinicznych według wybranych cech respondentów

Zebrane dane pozwoliły na porównanie różnych grup społecznych pod względem poziomu zainteresowania i opinii na temat uczestniczenia w przyszłości w badaniach klinicznych (tabela 55). W odniesieniu do ogólnego zainteresowania badaniami płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania nie były czynnikami różnicującymi. Uzyskano zależność statystycznie istotną w odniesieniu do związku z samooceną zdrowia ($p = 0,008$) i sytuacją materialną rodziny ($p = 0,016$). Najbardziej zainteresowane uczestniczeniem w przyszłości w badaniach klinicznych były osoby z rodzin mniej zamożnych oraz mające obecnie zastrzeżenia co do stanu własnego zdrowia. Dla związku z wiekiem uzyskano wynik na granicy istotności statystycznej ($p = 0,056$). Najbardziej zainteresowani badaniami klinicznymi

byli respondenci w wieku 30–49 lat, a najmniej – przedstawiciele skrajnych grup, szczególnie osoby do 30. roku życia.

Tabela 55. Zainteresowanie uczestniczeniem w przyszłości w badaniach klinicznych według niektórych cech respondentów

Cechy respondentów	Zainteresowanie udziałem w badaniach klinicznych (%)*	Główny powód zainteresowania (%)**			
		względny finansowe	poprawa własnego zdrowia	brak standardowych metod leczenia	względny altruistyczne
Płeć					
mężczyźni	57,8	24,9	46,1	5,5	23,5
kobiety	54,9	22,3	46,9	8,3	22,5
Wiek w latach					
18–29	50,7	40,0	32,0	3,3	24,7
30–49	59,2	31,6	41,3	5,9	21,2
50–64	57,5	17,4	51,9	10,2	20,5
65+	54,1	7,9	57,4	6,2	28,5
Wykształcenie					
poniżej średniego	55,8	27,6	43,5	7,5	21,4
średnie/policealne	56,2	23,7	46,4	7,7	22,2
wyższe	56,9	20,7	48,8	5,6	24,9
Miejsce zamieszkania					
wieś	56,1	24,4	45,6	8,6	21,4
miasto do 100 tys.	56,6	22,3	47,9	7,0	22,8
miasto do 500 tys.	54,5	22,6	50,8	5,5	21,1
miasto pow. 500 tys.	58,6	26,1	40,4	3,7	29,8
Status materialny rodziny					
niski	62,8	36,4	45,2	5,4	13,0
przeciętny	57,8	22,4	47,6	7,7	22,3
raczej wysoki	51,6	18,0	44,3	6,2	31,5
bardzo wysoki	52,8	20,3	46,3	5,1	28,3
Samooceńca zdrowia					
raczej zła	62,9	18,8	51,5	13,0	16,7
przeciętna	53,9	21,6	52,4	4,7	21,3
dobra/bardzo dobra	55,2	27,5	40,0	5,0	27,5

* W stosunku do całej próby N = 2050; ** W stosunku do wyrażających zainteresowanie, bez odpowiedzi „inne powody” N = 1138.

W grupach respondentów porównano też deklarowane powody zainteresowania badaniami klinicznymi (tabela 55). Sprawdzono istotność statystyczną różnic, eliminując ze struktury odpowiedzi 17 przypadków innych powodów. Istotny okazał się związek z wiekiem ($p < 0,001$), stanem zdrowia ($p < 0,001$) i sytuacją materialną rodziny ($p < 0,001$).

Osoby z różnych grup wieku w podobnym odsetku określiły względy altruistyczne, czyli chęć pomocy innym ludziom i przyczynienia się do rozwoju nauki. Na brak standardowych metod leczenia jako powód ewentualnej decyzji najczęściej zwracały uwagę osoby w wieku 50–64 lat, a najrzadziej najmłodsi. Odsetek podających jako główny powód potrzebę poprawy własnego zdrowia wyraźnie zwiększał się z wiekiem. Z kolei młodsi badani częściej nastawieni byli na korzyści finansowe.

Wraz z poprawą samooceny zdrowia zmniejszał się odsetek podających za główny powód zainteresowania badaniami klinicznymi względy zdrowotne, ale zwiększał się deklarowany udział przyczyn finansowych. Wśród osób gorzej oceniających swoje zdrowie udział wskazujących na brak standardowych metod leczenia ich choroby był dwukrotnie większy od średniej populacyjnej, chociaż jest to ogólnie rzadko wskazywany motywator. Względy altruistyczne częściej podawane były przez osoby zadowolone ze swojego zdrowia w chwili obecnej, a wyraźnie rzadziej – wśród mających problemy zdrowotne (27,5% wobec 16,7%).

Porównując cztery grupy zamożności rodzin, stwierdzono, że w grupie najuboższych wyraźnie zwiększał się odsetek powodów finansowych, a zmniejszał – w porównaniu z przeciętną dla całej próby – odsetek motywów altruistycznych. Wyraźne zmiany związane z poprawą sytuacji materialnej były najlepiej widoczne w odniesieniu do powodów finansowych.

Szczegółowe porównanie z uwzględnieniem socjodemograficznych i zdrowotnych cech respondentów pod względem 18 stwierdzeń dotyczących barier i czynników wspierających zainteresowanie uczestnictwem w przyszłości w badaniach klinicznych przekracza zakres tego raportu. Planowane są pogłębione analizy z wykorzystaniem analiz wieloczynnikowych oraz po włączeniu dodatkowych zmiennych. Do tej pory, wykorzystując wstępne obliczenia i zebrany materiał, zidentyfikowano związki statystycznie istotne w analizie dwuczynnikowej (tabela 56). Istotności różnic podane w tabeli 56 odnoszą się do zdefiniowanych wcześniej grup oraz źródłowych odpowiedzi na dane pytanie w skali pięciostopniowej. Zaznaczono też (jako *) wyniki na granicy istotności statystycznej ($0,05 < p < 0,01$).

Płeć wykazuje związek z wszystkimi 18 analizowanymi opiniami, chociaż nie wpływała na poziom zainteresowania badaniami klinicznymi. We wszystkich przypadkach odsetek kobiet, które uznały dany czynnik

Tabela 56. Istotność związku między opiniami na temat uczestniczenia w przyszłości w badaniach klinicznych a niektórymi cechami respondentów

	PŁEĆ	WIEK	WYK	ZAM	SMR	SZDR
Czynniki związane z protokołem badania						
odległość do pokonania w celu odbycia wizyt kontrolnych	***	–	–	**	***	**
liczby wizyt i całkowity czas trwania udziału w badaniu	**	–	–	–	–	*
możliwość kontynuowania leczenia po zakończeniu badania	**	***	**	**	**	***
opinie o osobach lub instytucji prowadzącej badania	**	–	–	–	–	–
otrzymanie wynagrodzenia za uczestnictwo	**	***	**	–	***	**
badanie zatwierdzone, opinia komisji bioetycznej	***	–	–	–	**	*
Czynniki związane z komunikacją i relacją z lekarzem						
utrzymanie kontaktu z obecnym lekarzem	***	*	*	–	–	*
życzliwość personelu medycznego i badaczy	***	***	**	–	–	***
kwestie poufności	***	*	–	–	–	**
rekommendacje obecnego lekarza	***	*	–	*	*	**
zrozumienie, jakie znaczenie ma badanie dla medycyny	**	**	–	–	–	**
współudział w podejmowaniu decyzji w związku z leczeniem	***	–	–	–	–	–
Czynniki związane z postrzeganymi korzyściami i obciążeniami						
znajomość ryzyka, skutków ubocznych, działań niepożądanych	*	**	*	**	–	**
otrzymanie placebo lub standardowa metoda leczenia	***	–	–	–	–	**
informacja o wynikach po zakończeniu udziału	**	***	–	–	–	–
ewentualna poprawa stanu zdrowia/jakości życia	**	***	**	–	–	*
dostęp do nowatorskiej metody leczenia	**	***	–	–	–	–
dostęp do diagnostyki i leczenia bez opłat	**	***	–	–	**	–

* $p < 0,10$ (wynik graniczny); ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$; – – wynik nieistotny statystycznie; WYK – wykształcenie; ZAM – miejsce zamieszkania; SMR – status materialny rodziny; SZDR – samoocena zdrowia.

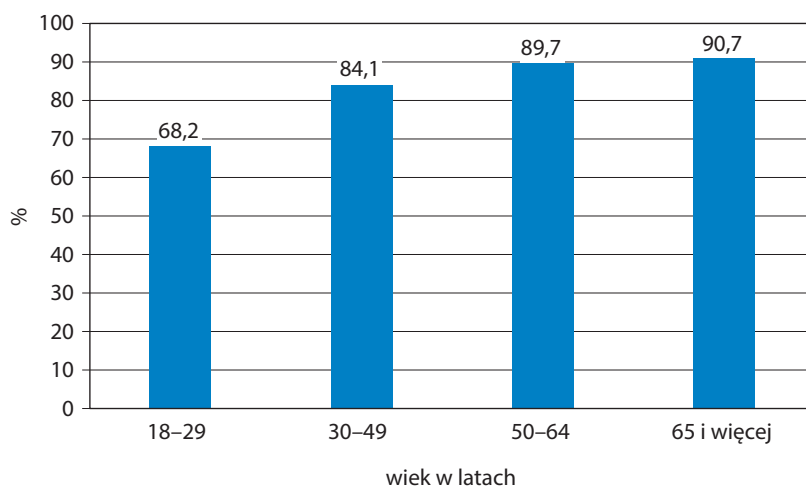
za bardzo ważny, okazał się większy niż odpowiedni odsetek mężczyzn. W ośmiu przypadkach uzyskano wynik wysoce istotny statystycznie, to znaczy na poziomie $p < 0,001$. Na przykład dla kobiet pokonanie znacznej odległości w celu odbycia wizyt kontrolnych może być dużo silniejszą

niż dla mężczyzn przeszkodą w uczestniczeniu w badaniach klinicznych (60,7% wobec 44,8% odpowiedzi „bardzo ważne”).

Tylko dwa pytania nie były uwarunkowane żadnym innym czynnikiem oprócz płci. Pierwsze dotyczyło ważności opinii o osobach lub instytucji prowadzącej badania kliniczne, a drugie współuczestnictwa, czyli bycia zaangażowanym w podejmowanie decyzji w związku z opieką i leczeniem. Z kolei pytanie o możliwość kontynuowania leczenia po zakończeniu badania klinicznego jako jedyne wykazywało istotny statystycznie związek z wszystkimi sześcioma analizowanymi cechami respondentów.

Wyniki wskazują na związek 12 opinii o badaniach klinicznych z **wiekiem** ankietowanych, a w siedmiu przypadkach uzyskano różnice wysoce istotne statystycznie. W kontekście ewentualnego uczestniczenia w badaniach klinicznych starszym ludziom częściej niż młodszym zależy na kontynuowaniu leczenia, przywiązując większą wagę do życzliwości pracowników ochrony zdrowia, bardzo zależy im na informacji zwrotnej o wynikach badań i na ogólnej poprawie stanu zdrowia. Mniej ważne jest dla nich uzyskanie wynagrodzenia za udział w badaniu, ale bardzo liczy się nieodpłatny dostęp do nowoczesnego leczenia i diagnostyki. Przykładową silną zależność z wiekiem przedstawiono na rycinie 24, łącząc kategorie „raczej ważny” i „bardzo ważny” czynnik.

Sześć opinii o czynnikach ograniczających lub wspierających uczestnictwo w badaniach klinicznych wykazywało związek z **wykształceniem** respondentów, ale w żadnym przypadku nie uzyskano wyniku wysoce



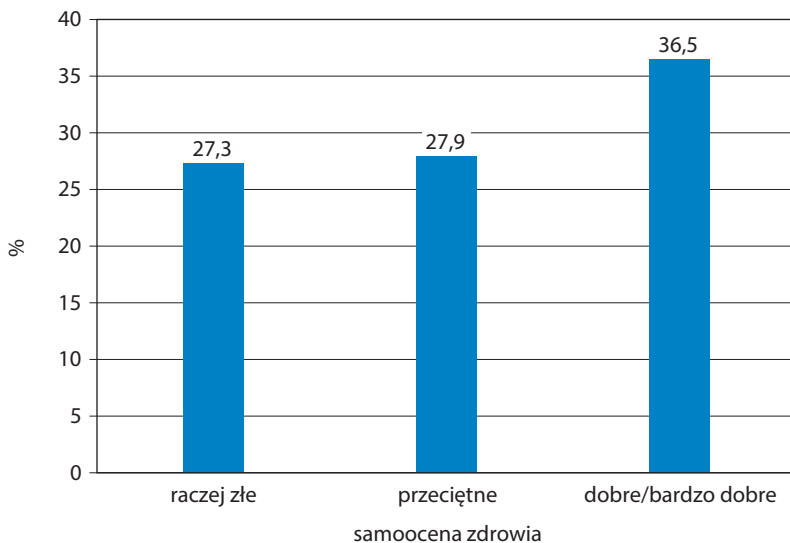
Rycina 24. Respondenci, którzy uważają, że możliwość kontynuowania leczenia jest czynnikiem ważnym dla decyzji o uczestniczeniu w badaniu klinicznym w podziale na grupy wieku

istotnego statystycznie. Stosunkowo najsilniejszy okazał się związek ze spodziewanym wynagrodzeniem za uczestnictwo. Osoby z wykształceniem poniżej średniego częściej niż respondenci z wykształceniem wyższym podawały, że jest to bardzo ważny czynnik (38,1% wobec 28,4%).

Związek z **miejscem zamieszkania** okazał się istotny statystycznie w odniesieniu do czterech opinii, a w jednym przypadku był to wynik graniczny. Warto szczególnie zwrócić uwagę na fakt, że dla osób zamieszkających na wsi większe znaczenie ma odległość, jaką należy pokonać, aby odbyć wizytę kontrolną.

Sześć opinii wykazało też związek z **poziomem zamożności rodziny**, a w dwóch przypadkach była to zależność na poziomie $p < 0,001$. W miarę wzrostu poziomu zamożności mniejsze znaczenie miała odległość od ośrodka realizującego badanie. Otrzymanie wynagrodzenia za uczestnictwo było wyraźnie ważniejsze w grupie najuboższych rodzin, podczas gdy różnica między trzema kolejnymi grupami zamożności była już niewielka.

Także **samoocena zdrowia** respondenta w chwili obecnej wykazywała silny związek z jego lub jej zainteresowaniem badaniami klinicznymi w przyszłości. Związek ten okazał się statystycznie istotny w odniesieniu do 13 spośród 18 analizowanych opinii. W dwóch przypadkach była to zależność na poziomie $p < 0,001$. Osoby ze skrajnych grup przypisywały większe znaczenie takim czynnikom, jak życzliwość personelu medycznego



Rycina 25. Respondenci, którzy uważają, że otrzymanie wynagrodzenia jest czynnikiem bardzo ważnym dla decyzji o uczestniczeniu w badaniu klinicznym według samooceny stanu zdrowia

i możliwość kontynuacji leczenia w porównaniu do grupy środkowej. Otrzymanie wynagrodzenia było ważniejsze dla osób lepiej oceniających swoje zdrowie (rycina 25). Porównując grupy o skrajnej ocenie zdrowia, stwierdzono, że udział bardzo pozytywnych opinii zwiększa się w grupie zdrowszych o 9,1%, przy spadku udziału ocen negatywnych (czynnik nieważny) o 4,9%.

7.4. Podsumowanie, implikacje praktyczne i wskazówki do dalszych badań

W przeprowadzonym w marcu 2022 roku badaniu dorosłych mieszkańców Polski, którzy korzystali z opieki medycznej w latach 2020–2022 (Badaniu populacyjnym), stwierdzono znaczne zainteresowanie uczestnictwem w przyszłości w badaniach klinicznych. Możliwość udziału w takich badaniach deklarowało 56,3% respondentów. Jako główny powód decyzji podano chęć poprawy własnego zdrowia. Ankietowani ustosunkowali się do 18 stwierdzeń opisujących czynniki, które mogą wspierać rekrutację do badań klinicznych bądź skłaniać do rezygnacji. Czynniki analizowane były w trzech obszarach jako związane: z protokołem badania, z relacją między lekarzem a pacjentem oraz z postrzeganymi korzyściami i zagrożeniami.

Autorzy przeglądu systematycznego opublikowanego w Cochrane Library zaproponowali model konceptualny, w którym zestawili czynniki wpływające na indywidualną decyzję o przystąpieniu do badań (Houghton i in., 2020). Model ma postać graficzną wagi obrazującej, co może przechylić szalę w stronę rezygnacji. Wymieniono tu: ogólne obciążenie procesem, poczucie, że jest coś do stracenia, a nie ma nic do zyskania, brak wsparcia ze strony otoczenia i osób zachęcających do uczestnictwa. Prezentowane badania polskie zmierzają w kierunku rozwinięcia takiego modelu na bazie badań empirycznych w populacji ogólnej.

Większość zdefiniowanych przez zespół badawczy czynników respondenci uznali za ważne. Udział wskazujących dany czynnik za bardzo ważny wahał się od 31,7% (wynagrodzenie za uczestnictwo) do 76,3% (znajomość ryzyka i skutków ubocznych oraz działań niepożądanych).

Za najważniejsze uznano więc poczucie bezpieczeństwa, jakie daje znajomość ryzyka związanego z leczeniem nową metodą, oraz wiedza na temat skutków ubocznych czy działań niepożądanych. Stanowi to potwierdzenie wyników uzyskanych w innych krajach, gdzie w badaniach populacji ogólnej wykazano związek woli uczestniczenia w badaniach klinicznych z ich bezpieczeństwem i ze zrozumieniem celowości wprowadzenia nowych metod leczenia (Chu i in., 2015).

Kobiety wykazywały bardziej zdecydowane nastawienie do badań klinicznych niż mężczyźni, częściej uznając dane czynniki za ważne. Wiek oraz obecny stan zdrowia wykazywały też silny związek z postrzeganymi barierami i facylitatorami, co jest zgodne z wynikami innych badań. Nelson i in. (2015) wskazują nawet na różnice między pokoleniami, a nie jedynie na czynnik wieku. Było to szczególnie dobrze widoczne w obszarze czynników związanych z komunikacją i relacjami między lekarzem a pacjentem. Postrzeganie własnego zdrowia wyraźnie rzutowało na wyrażane opinie. Osoby już mające problemy zdrowotne (w tym starsze) częściej zwracały uwagę na szanse, jakie daje udział w badaniach klinicznych (lepsza diagnostyka i monitoring stanu zdrowia, dostęp do nowatorskich metod, kontynuacja leczenia). Związek z poziomem wykształcenia, sytuacją materialną rodziny oraz miejscem zamieszkania okazał się słabszy, silniej jednak zaznaczając się w obszarze czynników związanych z realizacją badania (protokołem).

Przeprowadzone badanie i dotychczasowe analizy mają wiele ograniczeń, dają jednak ciekawy obraz opinii polskiego społeczeństwa w 2022 roku. Nie weryfikowano na przykład (jak w innych badaniach) wiedzy o badaniach klinicznych (Chu i in., 2015), podając tylko krótki ich opis oraz stosując pytanie filtrujące.

Dotychczasowe analizy potwierdzają sugerowaną przez innych autorów potrzebę edukacji społeczeństwa na temat badań klinicznych oraz specyfiki różnych subpopulacji. Nie jest to zadanie łatwe wobec zmieniającej się struktury prowadzonych badań, wspierania badań niekomercyjnych prowadzonych przez ośrodki naukowe w celu pogłębienia wiedzy na temat skuteczności nowych metod leczenia, bez intencji wprowadzenia produktu leczniczego na rynek. Zarówno w literaturze polskiej (Kaczyński i Solnica, 2012), jak i zagranicznej (Goldstein i in., 2018) nawiązuje się do koncepcji pragmatycznych badań klinicznych, które powinny być realizowane w warunkach typowej praktyki klinicznej. Muszą one mieć zachowany reżim metodologiczny i standardy etyczne oraz wypracowany model współpracy z pacjentem od momentu rekrutacji do zakończenia badania (lub kontynuowanego leczenia).

Kampanie społeczne przybliżające problem badań klinicznych są organizowane w wielu krajach, a w Polsce inicjatywę w tym kierunku niedawno podjęła Agencja Badań Medycznych. Zakłada się, że do niektórych grup społecznych jest trudniej dotrzeć niż do innych, inne też muszą być kanały i metody oddziaływania. Nastawiono się jednak bardziej na problemy rekrutacyjne, z którymi mogą zmierzyć się badacze. Można założyć, że także osoby z poważnymi problemami zdrowotnymi mogą aktywnie (też przez internet i kontakt z własnym lekarzem) szukać nowatorskich metod leczenia, często jako ostatniej szansy.



SPIS TABEL

Tabela 1. Ramy koncepcyjne wymiarów humanizacji	24
Tabela 2. Modele relacji lekarz – pacjent według Szasza i Hollendra (1965).....	27
Tabela 3. Wskazania dotyczące optymalizacji relacji pacjent – świadczeniodawca	31
Tabela 4. Mnemotechnika „I’m late”.....	36
Tabela 5. Humanistyczne podejście do badań klinicznych	40
Tabela 6. Harmonogram projektu.....	72
Tabela 7. Liczba ankiet uzyskanych w Badaniu w jednostkach medycznych w poszczególnych województwach	78
Tabela 8. Struktura respondentów według cech demograficznych i społecznych w badaniu pracowników	86
Tabela 9. Struktura respondentów według cech demograficznych i społecznych w badaniu pacjentów	87
Tabela 10. Ważność obszarów i poszczególnych ich składowych w codziennej pracy z pacjentami	94
Tabela 11. Czynniki utrudniające budowanie relacji i komunikowanie się z pacjentami	96
Tabela 12. Ważność komunikacji werbalnej i niewerbalnej z pacjentem w procesie jego leczenia według grup zawodowych (%).....	97
Tabela 13. Ważność komunikacji werbalnej i niewerbalnej w zespole terapeutycznym w procesie leczenia pacjenta według grup zawodowych (%)	97
Tabela 14. Ważność komunikacji werbalnej i niewerbalnej z pacjentem w procesie jego leczenia według miejsca pracy (%).....	98
Tabela 15. Ważność komunikacji werbalnej i niewerbalnej w zespole terapeutycznym w procesie leczenia pacjenta według miejsca pracy (%)	99
Tabela 16. Czynniki utrudniające budowanie relacji i komunikowanie się z pacjentami w czasie pandemii COVID-19.....	100

Tabela 17. Ważność poszczególnych elementów w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia	101
Tabela 18. Istotność związku między opiniami pacjentów na temat ważności poszczególnych elementów w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia a wybranymi cechami respondentów	103
Tabela 19. Poziom zaufania do pracowników ochrony zdrowia	106
Tabela 20. Istotność związku między poziomem zaufania wobec grup pracowniczych a wybranymi cechami respondentów	106
Tabela 21. Ważność poszczególnych elementów utrudniających tworzenie relacji i komunikowanie się z pracownikami ochrony zdrowia	107
Tabela 22. Istotność związku między elementami utrudniającymi tworzenie relacji i komunikowanie się z pracownikami a wybranymi cechami respondentów	109
Tabela 23. Ważność poszczególnych elementów utrudniających tworzenie relacji i komunikowanie się z pracownikami ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19	111
Tabela 24. Istotność związku między elementami utrudniającymi tworzenie relacji i komunikowanie się z pracownikami w czasie pandemii COVID-19 a wybranymi cechami respondentów	113
Tabela 25. Czas pracy w pandemii COVID-19 w podziale na grupy zawodowe (N = 2303)	121
Tabela 26. Decyzja dotycząca pracy z pacjentami zarażonymi wirusem SARS-CoV-2 (N = 1575)	121
Tabela 27. Izolacja społeczna związana z pracą z pacjentami zarażonymi SARS-CoV-2 (N = 1547)	122
Tabela 28. Ocena zmian codziennej współpracy w okresie pandemii COVID-19 (N = 2303), (%)	123
Tabela 29. Doznawanie mobbingu w miejscu pracy (N = 2303)	124
Tabela 30. Doznanie traumatycznego zdarzenia w czasie pandemii COVID-19 (N = 2303)	124
Tabela 31. Występowanie PTSD w podziale na grupy zawodowe (N = 746)	125
Tabela 32. Poziomy wypalenia zawodowego (N = 2303)	126
Tabela 33. Cechy pacjentów związane z leczeniem badane w obu próbach	132
Tabela 34. Opinie pacjentów z próby populacyjnej na temat ograniczonego w ostatnich 12 miesiącach dostępu do świadczeń	136
Tabela 35. Rezygnacja ze świadczeń medycznych ze względów finansowych (N = 3622)	137
Tabela 36. Odczuwanie negatywnych stanów psychicznych w związku z sytuacją epidemiologiczną	139

Tabela 37. Wybrane wskaźniki postrzeganego wpływu pandemii COVID-19 według niektórych cech pacjentów w połączonej próbie z dwóch badań (%)	141
Tabela 38. Samoocena zdrowia oraz wartości BMI w próbie pracowników ochrony zdrowia według wykonywanego zawodu (%)	150
Tabela 39. Objawy zakażenia wirusem SARS-CoV-2 według deklaracji pacjentów z dwóch prób	152
Tabela 40. Wybrane wskaźniki zdrowia psychicznego pracowników ochrony zdrowia (N = 2303)	154
Tabela 41. Wybrane wskaźniki zdrowia psychicznego pacjentów w dwóch grupach respondentów	156
Tabela 42. Analizowane wskaźniki zdrowia psychospołecznego według wybranych cech pacjentów z połączonych dwóch prób (%)	157
Tabela 43. Rozkład procentowy oceny możliwości uzyskania wsparcia ze strony różnych osób w sytuacji pogorszenia zdrowia w opinii respondentów z próby populacyjnej (N = 2050)	159
Tabela 44. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy w <i>ogóle nie używają</i> danych substancji psychoaktywnych lub grup leków	166
Tabela 45. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy w okresie pandemii w <i>ogóle zaczęli stosować</i> wybrane substancje psychoaktywne lub grupy leków bądź <i>stosowali je częściej</i>	168
Tabela 46. Zmiany masy ciała w okresie pandemii w próbie pacjentów populacyjnych według płci (%)	169
Tabela 47. Zmiany masy ciała w okresie pandemii w próbie pacjentów populacyjnych według wybranych cech socjodemograficznych i obecnego poziomu BMI (N = 2028), (%)	171
Tabela 48. Świadomość istnienia praw pacjenta	179
Tabela 49. Świadomość istnienia praw pacjenta w różnych grupach demograficznych (N = 3622)	181
Tabela 50. Przestrzeganie praw pacjenta według pacjentów w dwóch perspektywach czasowych	184
Tabela 51. Percepcja przestrzegania praw pacjenta według poziomu zaufania do lekarzy w połączonej próbie pacjentów z dwóch badań	187
Tabela 52. Czynniki wpływające na decyzję o uczestniczeniu lub rezygnacji z udziału w badaniach klinicznych związane z protokołem badania (N = 1155)	195
Tabela 53. Czynniki wpływające na decyzję o uczestniczeniu lub rezygnacji z udziału w badaniach klinicznych związane z komunikacją i relacjami z lekarzem (N = 1155)	196
Tabela 54. Czynniki wpływające na decyzję o uczestniczeniu lub rezygnacji z udziału w badaniach klinicznych związane z postrzeganymi korzyściami i zagrożeniami (N = 1155)	197

Tabela 55. Zainteresowanie uczestniczeniem w przyszłości w badaniach klinicznych według niektórych cech respondentów	198
Tabela 56. Istotność związku między opiniami na temat uczestniczenia w przyszłości w badaniach klinicznych a niektórymi cechami respondentów	200



SPIS RYCIN

Rycina 1. Rozwój humanizacji medycyny	26
Rycina 2. Oparte na dowodach strategię promowania indywidualnej i zbiorowej odporności podczas pandemii COVID-19, obejmujące wspieranie przynależności społecznej, współczucia i życzliwości	69
Rycina 3. Liczba badanych jednostek medycznych w <i>Badaniu Głównym</i> według powiatów	77
Rycina 4. Strona https://humanizacja.pl z odniesieniami do ankiet	81
Rycina 5. Wizualna skala oceny komunikacji	91
Rycina 6. Poziom zaufania do przedstawicieli wybranych zawodów medycznych w opinii pacjentów	105
Rycina 7. Występowanie PTSD w podziale na grupy zawodowe	125
Rycina 8. Ryzyko wypalenia i wypalenie w podziale na grupy zawodowe	126
Rycina 9. Obszary pozytywnego wpływu pandemii COVID-19 w odniesieniu do połączonej próby pacjentów z dwóch badań (N = 3622) oraz tych, którzy widzieli jakikolwiek wpływ pozytywny (N = 793)	134
Rycina 10. Obszary negatywnego wpływu pandemii COVID-19 w odniesieniu do połączonej próby pacjentów z dwóch badań (N = 3622) oraz tych, którzy widzieli jakikolwiek wpływ negatywny (N = 2717)	135
Rycina 11. Pacjenci z próby populacyjnej, którzy uznali, że w okresie pandemii COVID-19 pogorszył się stan ich zdrowia, według ograniczeń w dostępie do opieki medycznej	136
Rycina 12. Powody obaw przed zgłoszeniem się do jednostki ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19 w dwóch próbach pacjentów	138
Rycina 13. Udział pacjentów w dwóch próbach zdecydowanie lub raczej zgadzających się ze stwierdzeniami na temat wpływu pandemii na różne sfery życia	140

Rycina 14. Ocena własnego zdrowia przez pacjentów jednostek medycznych oraz pacjentów z próby populacyjnej	151
Rycina 15. Problemy deklarowane przez pacjentów z dwóch badań według EQ-5D-5L	153
Rycina 16. Średni indeks oceny trzech sfer życia pracowników ochrony zdrowia według grup zawodowych	155
Rycina 17. Pacjenci odczuwający wysoki poziom stresu według PSS-4 w zależności od liczby źródeł wsparcia w chorobie (próba populacyjna N = 2050)	160
Rycina 18. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy w czasie pandemii zaczęli stosować leki z co najmniej jednej analizowanej grupy lub przyjmowali je częściej	167
Rycina 19. Poziom zmian masy ciała w ostatnich trzech miesiącach według pacjentów z próby populacyjnej	170
Rycina 20. Przestrzeganie praw pacjenta wśród pacjentów z różną świadomością ich istnienia	180
Rycina 21. Percepcja przestrzegania praw pacjenta według poziomu zaufania do lekarzy	186
Rycina 22. Przestrzeganie praw pacjenta według pacjentów wśród pacjentów darzących lekarzy, pielęgniarki/położne, ratowników medycznych dużym zaufaniem	189
Rycina 23. Powody zainteresowania badaniami klinicznymi w przyszłości	194
Rycina 24. Respondenci, którzy uważają, że możliwość kontynuowania leczenia jest czynnikiem ważnym dla decyzji o uczestniczeniu w badaniu klinicznym w podziale na grupy wieku	201
Rycina 25. Respondenci, którzy uważają, że otrzymanie wynagrodzenia jest czynnikiem bardzo ważnym dla decyzji o uczestniczeniu w badaniu klinicznym według samooceny stanu zdrowia	202



BIBLIOGRAFIA

- Aknin, L. B., De Neve, J.-E., Dunn, E. W., Fancourt, D. E., Goldberg, E., Helliwell, J. F., ... Ben Amor, Y. (2022). Mental health during the first year of the COVID-19 pandemic: A review and recommendations for moving forward. *Perspectives on Psychological Science*, 17(4), 915–936. <https://doi.org/10.1177/17456916211029964>
- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal of Psychiatry & Neuroscience [JPN]*, 40(4), 219–221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- Albrecht, T. L., Blanchard, C., Ruckdeschel, J. C., Coover, M., & Strongbow, R. (1999). Strategic physician communication and oncology clinical trials. *Journal of Clinical Oncology*, 17(10), 3324–3332. <https://doi.org/10.1200/JCO.1999.17.10.3324>
- Alkouri, O., Khader, Y., Hweidi, I. M., Gharaibeh, M. K., Jarrah, M., Hamdan, K. M., ... Khamaiseh, K. (2022). COVID-19 fear and anxiety among patients with chronic heart failure: A cross sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 11(21), 6586. <https://doi.org/10.3390/jcm11216586>
- Almandoz, J. P., Xie, L., Schellinger, J. N., Mathew, M. S., Gazda, C., Ofori, A., ... Messiah, S. E. (2020). Impact of COVID-19 stay-at-home orders on weight-related behaviours among patients with obesity. *Clinical Obesity*, 10(5), e12386. <https://doi.org/10.1111/cob.12386>
- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLOS ONE*, 16(3), e0247679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, S1–S4. <https://doi.org/10.1097/00004850-199807006-00001>
- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybow-ski, ... Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 71(5), 522–554. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>

- Arai, R. J., Santana Longo, E., Sponton, M. H., & Del Pilar Estevez Diz, M. (2017). Bringing a humanistic approach to cancer clinical trials. *Ecancermedalscience*, 11, 738. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2017.738>
- Armstrong, B. F., Nitschke, J. P., Bilash, U., & Zuroff, D. C. (2021). An affect in its own right: Investigating the relationship of social safeness with positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 168, 109670. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109670>
- Arnetz, B. B., Goetz, C., vanSchagen, J., Baer, W., Smith, S., & Arnetz, J. E. (2022). Patient-reported factors associated with avoidance of in-person care during the COVID-19 pandemic: Results from a national survey. *PLOS ONE*, 17(8), e0272609. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272609>
- Arnetz, J., Sudan, S., Goetz, C., Arnetz, B., Gowland, L., Manji, S., & Ghosh, S. (2019). Preliminary development of a questionnaire measuring patient views of participation in clinical trials. *BMC Research Notes*, 12(1), 667. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4724-z>
- Assaf, R., & Antoun, J. (2022). Weight change-related factors during the COVID-19 pandemic: A population-based cross-sectional study using social cognitive theory. *PeerJ*, 10, e13829. <https://doi.org/10.7717/peerj.13829>
- Atherly, A., Van Den Broek-Altenburg, E., Hart, V., Gleason, K., & Carney, J. (2020). Consumer reported care deferrals due to the COVID-19 pandemic, and the role and potential of telemedicine: Cross-sectional analysis. *Journal of Medical Internet Research. Public Health and Surveillance*, 6(3), e21607. <https://doi.org/10.2196/21607>
- Badania kliniczne w Polsce. (2015). Raport wykonany przez PWC na zlecenie INFARMA, GCPpl, POLCR. Warszawa.
- Bae, J.-M. (2015). Value-based medicine: Concepts and application. *Epidemiology and Health*, 37, e2015014. <https://doi.org/10.4178/epih/e2015014>
- Baker, R., Mainous, A. G., Gray, D. P., & Love, M. M. (2003). Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(1), 27–32. <https://doi.org/10.1080/0283430310000528>
- Balasubramanian, A., Paleri, V., Bennett, R., & Paleri, V. (2020). Impact of COVID-19 on the mental health of surgeons and coping strategies. *Head & Neck*, 42(7), 1638–1644. <https://doi.org/10.1002/hed.26291>
- Bantounou, M. A. (2022). A narrative review of the use of alcohol during the COVID-19 pandemic; effects and implications. *Journal of Addictive Diseases*, 41(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/10550887.2022.2058852>
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *Lancet (London, England)*, 395(10224), e37–e38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Barach, P., Fisher, S. D., Adams, M. J., Burstein, G. R., Brophy, P. D., Kuo, D. Z., & Lipshultz, S. E. (2020). Disruption of healthcare: Will the COVID pandemic worsen non-COVID outcomes and disease outbreaks?. *Progress in Pediatric Cardiology*, 59, 101254. <https://doi.org/10.1016/j.ppedcard.2020.101254>

- Barizien, N., Le Guen, M., Russel, S., Touche, P., Huang, F., & Vallée, A. (2021). Clinical characterization of dysautonomia in long COVID-19 patients. *Scientific Reports*, 11(1), 14042. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93546-5>
- Barros, A. R. R., Griep, R. H., & Rotenberg, L. (2009). Self-medication among nursing workers from public hospitals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 1015–1022. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600014>
- Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460–471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Beach, M. C., Sugarman, J., Johnson, R. L., Arbelaez, J. J., Duggan, P. S., & Cooper, L. A. (2005). Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Annals of Family Medicine*, 3(4), 331–338. <https://doi.org/10.1370/afm.328>
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., & Fraser, W. D. (2014). Perception of humanization of birth in a highly specialized hospital: Let's think differently. *Health Care for Women International*, 35(2), 127–148. <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.857321>
- Beiter, K. J., Wiedemann, R. P., Thomas, C. L., & Conrad, E. J. (2022). Alcohol consumption and COVID-19-related stress among health care workers: The need for continued stress-management interventions. *Public Health Reports*, 137(2), 326–335, 00333549211058176. <https://doi.org/10.1177/00333549211058176>
- Belasen, A. T., Hertelendy, A. J., Belasen, A. R., & Oppenlander, J. (2020). Provider–patient communication and hospital ratings: Perceived gaps and forward thinking about the effects of COVID-19. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzaa140. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa140>
- Bending, Z. J. (2015). Reconceptualising the doctor-patient relationship: Recognising the role of trust in contemporary health care. *Journal of Bioethical Inquiry*, 12(2), 189–202. <https://doi.org/10.1007/s11673-014-9570-z>
- Benham, T. L., Hart, A., Bortolin, M., Court, M., Groves, J., Kraus, A., ... Ciot-tone, G. R. (2022). Preparing for the second surge: Preventing posttraumatic stress disorder and building resilience for health care workers in the face of COVID-19. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(2), 714–717. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.371>
- Berger, Z. D., Boss, E. F., & Beach, M. C. (2017). Communication behaviors and patient autonomy in hospital care: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1473–1481. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.006>
- Bernild, C., Missel, M., & Berg, S. (2021). COVID-19: Lessons learned about communication between family members and healthcare professionals – A qualitative study on how close family members of patients hospitalized in intensive care unit with COVID-19 experienced communication and collaboration with healthcare professionals. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization Provision and Financing*, 58, 00469580211060005. <https://doi.org/10.1177/00469580211060005>

- Bhoyroo, R., Chivers, P., Millar, L., Bulsara, C., Piggott, B., Lambert, M., & Codde, J. (2021). Life in a time of COVID: A mixed method study of the changes in lifestyle, mental and psychosocial health during and after lockdown in Western Australians. *BioMed Central [BMC] Public Health*, 21(1), 1947. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11971-7>
- Bhutani, S., vanDellen, M. R., & Cooper, J. A. (2021). Longitudinal weight gain and related risk behaviors during the COVID-19 pandemic in adults in the US. *Nutrients*, 13(2), 671. <https://doi.org/10.3390/nu13020671>
- Białorudzki, M., & Izdebski, Z. (2021). Changes in the body mass of adult residents of rural and urban areas in the initial months of the COVID-19 pandemic vs. their mental, physical and sexual health. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 28(4), 667–675. <https://doi.org/10.26444/aaem/143561>
- Billings, J., Ching, B. C. F., Gkofa, V., Greene, T., & Bloomfield, M. (2021). Experiences of frontline healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 923. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06917-z>
- Birimoglu, O. C., & Begen, M. A. (2022). Working from home during the COVID-19 pandemic, its effects on health, and recommendations: The pandemic and beyond. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 173–179. <https://doi.org/10.1111/ppc.12847>
- Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(2), e0170988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Birkmeyer, J. D., Barnato, A., Birkmeyer, N., Bessler, R., & Skinner, J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on hospital admissions in the United States. *Health Affairs (Project Hope)*, 39(11), 2010–2017. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00980>
- Black, C. (2012). Work, health and wellbeing. *Safety and Health at Work*, 3(4), 241–242. <https://doi.org/10.5491/SHAW.2012.3.4.241>
- Bodicoat, D. H., Routen, A. C., Willis, A., Ekezie, W., Gillies, C., Lawson, C., ... Khunti, K. (2021). Promoting inclusion in clinical trials – a rapid review of the literature and recommendations for action. *Trials*, 22(1), 880. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05849-7>
- Bonneton, M., Sambourg, J., Nguyen, L. B. L., Trillou, C., Dohou, J., Saint Lary, O., ... Launay, O. (2022). A national platform for COVID-19 vaccine studies recruitment in France: Covireivac volunteer's characteristics. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(6), 2109364. <https://doi.org/10.1080/21645515.2022.2109364>
- Borovečki, A., Orešković, S., & Have, H. ten (2005). Ethics and the structures of health care in the European countries in transition: Hospital ethics committees in Croatia. *British Medical Journal [BMJ]*, 331(7510), 227–229.

- Brenner, M. H. (2020). Will there be an epidemic of corollary illnesses linked to a COVID-19-related recession?. *American Journal of Public Health, 110*(7), 974–975. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305724>
- Brodniewicz, T. (2015). *Badania kliniczne*. Warszawa: CeDeWu.
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2018). A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 60*(3), 248–257. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001235>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, E. E., Kumar, S., Rajji, T. K., Pollock, B. G., & Mulsant, B. H. (2020). Anticipating and mitigating the impact of the COVID-19 pandemic on Alzheimer's disease and related dementias. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 28*(7), 712–721. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.010>
- Brown, S. L., & Brown, R. M. (2015). Connecting prosocial behavior to improved physical health: Contributions from the neurobiology of parenting. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 55*, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.04.004>
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient, 12*(5), 461–474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Byrne, S. K. (2008). Healthcare avoidance: A critical review. *Holistic Nursing Practice, 22*(5), 280–292. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.00000334921.31433.c6>
- Caldwell, P. H. Y., Hamilton, S., Tan, A., & Craig, J. C. (2010). Strategies for increasing recruitment to randomised controlled trials: Systematic review. *PLOS Medicine, 7*(11), e1000368. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000368>
- Canal-Rivero, M., Armesto-Luque, L., Rubio-García, A., Rodríguez-Menéndez, G., Garrido-Torres, N., Capitán, L., ... Ruiz-Veguilla, M. (2022). Trauma and stressor-related disorders among health care workers during COVID-19 pandemic and the role of the gender: A prospective longitudinal survey. *Journal of Affective Disorders, 302*, 110–122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.021>
- Cantor, J., Sood, N., Bravata, D. M., Pera, M., & Whaley, Ch. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic and Policy Response on Health Care Utilization: Evidence from County-Level Medical Claims and Cellphone Data. NBER Working Paper No. 28131.
- Carfì, A., Bernabei, R., Landi, F., for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. (2020). Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *Journal of the American Medical Association, 324*(6), 603–605. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>

- Cash-Gibson, L., Pericas, J. M., Martinez-Herrera, E., & Benach, J. (2021). Health inequalities in the time of COVID-19: The globally reinforcing need to strengthen health inequalities research capacities. *International Journal of Health Services*, 51(3), 300–304. <https://doi.org/10.1177/0020731421993939>
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Miller, D. S., & Hurwitz, S. (1982). Attitudes toward clinical trials among patients and the public. *Journal of the American Medical Association*, 248(8), 968–970. <https://doi.org/10.1001/jama.248.8.968>
- Castel, P., Négrier, S., & Boissel, J.-P. (2006). Why don't cancer patients enter clinical trials? A review. *European Journal of Cancer*, 42(12), 1744–1748. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.10.033>
- Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A., & Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing*, 22(5), 398–406. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x>
- Cedrone, F., Buomprisco, G., Nicola, M., La Torre, G., Nieto, H., Perri, R., ... De Sio, S. (2022). Alcohol use during COVID-19 pandemic: A Cross-Sectional Survey among healthcare and office workers in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12587. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912587>
- Chan, E. A., Wong, F., Cheung, M. Y., & Lam, W. (2018). Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. *PLOS ONE*, 13(6), e0199183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199183>
- Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and communication in a doctor-patient relationship: A literature review. *Journal of Healthcare Communications*, 03. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146>
- Chang, C.-S., Chen, S.-Y., & Lan, Y.-T. (2013). Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Services Research*, 13(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-22>
- Chang, H.-J., Huang, N., Lee, C.-H., Hsu, Y.-J., Hsieh, C.-J., & Chou, Y.-J. (2004). The impact of the SARS epidemic on the utilization of medical services: SARS and the fear of SARS. *American Journal of Public Health*, 94(4), 562–564. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.562>
- Chaudhary, A. M. D., Musavi, N. B., Saboor, S., Javed, S., Khan, S., & Naveed, S. (2022). Psychosis during the COVID-19 pandemic: A systematic review of case reports and case series. *Journal of Psychiatric Research*, 153, 37–55. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.041>
- Chemali, S., Mari-Sáez, A., El Bcheraoui, C., & Weishaar, H. (2022). Health care workers' experiences during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Human Resources for Health*, 20(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00724-1>
- Chen, C.-S., Wu, H.-Y., Yang, P., & Yen, C.-F. (2005). Psychological distress of nurses in Taiwan who worked during the outbreak of SARS. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 56(1), 76–79. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.1.76>
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L. ... Zhang, Z. (2020). „Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak”: Cor-

- rection. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), e27. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30164-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30164-4)
- Chmielewska-Ignatowicz, T. (2017). *Komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem onkologicznym w życiu i w serialu – studium narracji*. Łódź: Wydawnictwo Biblioteka.
- Chmielowiec, B., Raczek, M., Chmielewski, J., Puścion, M., & Florek-Łuszczki, M. (2022). Accessibility to healthcare services in Poland at the initial stage of SARS-CoV-2 pandemic – patient perspective. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 28(3), 208–216. <https://doi.org/10.26444/monz/154663>
- Chu, S. H., Kim, E. J., Jeong, S. H., & Park, G. L. (2015). Factors associated with willingness to participate in clinical trials: A nationwide survey study. *BMC Public Health*, 15, 10. <https://doi.org/10.1186/s12889-014-1339-0>
- Cleveland Clinic. (2020, September 25). *Here's How the Coronavirus Pandemic Has Changed Our Lives*. <https://health.clevelandclinic.org/heres-how-the-coronavirus-pandemic-has-changed-our-lives/>
- Cocci, A., Presicce, F., Russo, G. I., Cacciamani, G., Cimino, S., & Minervini, A. (2020). How sexual medicine is facing the outbreak of COVID-19: Experience of Italian urological community and future perspectives. *International Journal of Impotence Research*, 32(5), 480–482. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0270-4>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Coran, J. J., Koropecykj-Cox, T., & Arnold, C. L. (2013). Are physicians and patients in agreement? Exploring dyadic concordance. *Health Education & Behavior*, 40(5), 603–611. <https://doi.org/10.1177/1090198112473102>
- Cousin, L., Di Beo, V., Marcellin, F., Coscas, S., Mahe, V., Chavignaud, I., ... Carrieri, M. P. (2022). Use of psychoactive substances by night-shift hospital healthcare workers during the first wave of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study based in Parisian public hospitals (ALADDIN). *BMJ Open*, 12(3), e055699. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055699>
- Crawford, T., Candlin, S., & Roger, P. (2017). New perspectives on understanding cultural diversity in nurse-patient communication. *Collegian*, 24(1), 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.09.001>
- Cronin, C. J., & Evans, W. N. (2022). Nursing home quality, COVID-19 deaths, and excess mortality. *Journal of Health Economics*, 82, 102592. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102592>
- Cugmas, M., Ferligoj, A., Kogovšek, T., & Batagelj, Z. (2021). The social support networks of elderly people in Slovenia during the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, 16(3), e0247993. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247993>
- DasMahapatra, P., Raja, P., Gilbert, J., & Wicks, P. (2017). Clinical trials from the patient perspective: Survey in an online patient community. *BMC Health Services Research*, 17, 166. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2090-x>

- de Beer, L. T., Schaufeli, W. B., De Witte, H., Hakanen, J. J., Shimazu, A., Glaser, J., ... Rudnev, M. (2020). Measurement invariance of the Burnout Assessment Tool (BAT) across seven cross-national representative samples. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5604. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155604>
- de Boer, D. R., Hoekstra, F., Huetink, K. I. M., Hoekstra, T., Krops, L. A., & Hettinga, F. J. (2021). Physical activity, sedentary behavior and well-being of adults with physical disabilities and/or chronic diseases during the first wave of the COVID-19 pandemic: A Rapid Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6342. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126342>
- de la Fuente-Martos, C., Rojas-Amezcu, M., Gomez-Espejo, M. R., Lara-Aguayo, P., Moran-Fernandez, E., & Aguilar-Alonso, E. (2018). Humanization in health-care arises from the need for a holistic approach to illness. *Medicina Intensiva*, 42(2), 99–109. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002>
- De Rose, A. F., Chierigo, F., Ambrosini, F., Mantica, G., Borghesi, M., Suardi, N., & Terrone, C. (2021). Sexuality during COVID lockdown: A cross-sectional Italian study among hospital workers and their relatives. *International Journal of Impotence Research*, 33(1), 131–136. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-00393-5>
- de Walden-Gałaszko, K., Majkowicz, M., & Chojnacka-Szawłowska, G. (1994). Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową – badania własne. W: K. de Walden-Gałaszko & M. Majkowicz (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 89–164). Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Detoc, M., Gagneux-Brunon, A., Lucht, F., & Botelho-Nevers, E. (2017). Barriers and motivations to volunteers' participation in preventive vaccine trials: A systematic review. *Expert Review of Vaccines*, 16(5), 467–477. <https://doi.org/10.1080/14760584.2017.1297706>
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Trojanowski, L. (2017). The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: A systematic review. *BMJ Open*, 7(6), e015141. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015141>
- Díaz-Sampedro, E., López-Maza, R., & González-Puente, M. (2010). Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital [Eating habits and physical activity in hospital shift workers]. *Enfermería Clínica*, 20(4), 229–235. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.03.005>
- Dickens, C., Lambert, B. L., Cromwell, T., & Piano, M. R. (2013). Nurse overestimation of patients' health literacy. *Journal of Health Communication*, 18(supl), 62–69. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825670>
- Ditzen, B., & Heinrichs, M. (2014). Psychobiology of social support: The social dimension of stress buffering. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 32(1), 149–162. <https://doi.org/10.3233/RNN-139008>
- Drossman, D. A., & Ruddy, J. (2020). *Gut Feelings – Disorders of Gut-Brain Interaction and the Patient-Doctor Relationship: A Guide for Patients and Doctors*. Durham, NC: Drossman Care.

- Drossman, D. A., Chang, L., Deutsch, J. K., Ford, A. C., Halpert, A., Kroenke, K., ... Sperber, A. (2021). A review of the evidence and recommendations on communication skills and the patient-provider relationship: A Rome Foundation Working Team Report. *Gastroenterology*, 161(5), 1670–1688.e7. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.07.037>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., ... Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 20(1), 1885. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Ehigiator, O., Azodo, C. C., Ehizele, A. O., Ezeja, E. B., Ehigiator, L., & Madukwe, I. U. (2013). Self-medication practices among dental, midwifery and nursing students. *European Journal of General Dentistry*, 2(01), 54–57. <https://doi.org/10.4103/2278-9626.106813>
- Ellemers, N., & Jetten, J. (2013). The many ways to be marginal in a group. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 17(1), 3–21. <https://doi.org/10.1177/1088868312453086>
- Epstein, R. M., & Street, R. L., Jr. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. NIH Publication No. 07-6225. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- European Charter of of Patient' Rights. Rome, Basis Document. November 2002. https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
- Europejska Karta Praw Pacjenta oparta na założeniach *Active Citizenship Network* z 2002 r. <https://www.activecitizenship.net/multimedia/files/charter-of-rights/the-charter-in-several-languages/full-text/Poland.pdf>
- Eveleigh, R. M., Muskens, E., van Ravesteijn, H., van Dijk, I., van Rijswijk, E., & Lucassen, P. (2012). An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: Different models or concepts are used. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(1), 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.05.011>
- Fadavi, P., Houshyari, M., Yousefi Kashi, A. S., Jarrahi, A. M., Roshanmehr, F., Broomand, M. A., ... Taghizadeh-Hesary, F. (2021). Review on the oncology practice in the midst of COVID-19 crisis: The challenges and solutions. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention [APJCP]*, 22(1), 19–24. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.1.19>
- Fiorillo, A., & Frangou, S. (2020). European Psychiatry 2020: Moving forward. *European Psychiatry*, 63(1), e1. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.3>
- Fisher, J., Languilaire, J.-C., Lawthom, R., Nieuwenhuis, R., Petts, R. J., Runswick-Cole, K., & Yerkes, M. A. (2020). Community, work, and family in times of COVID-19. *Community, Work & Family*, 23(3), 247–252. <https://doi.org/10.1080/13668803.2020.1756568>

- Florindo, A. A., Brownson, R. C., Mielke, G. I., Gomes, G. A., Parra, D. C., Siqueira, F. V., ... Hallal, P. C. (2015). Association of knowledge, preventive counseling and personal health behaviors on physical activity and consumption of fruits or vegetables in community health workers. *BMC Public Health*, 15, 344. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1643-3>
- Ford, J. G., Howerton, M. W., Lai, G. Y., Gary, T. L., Bolen, S., Gibbons, M. C., ... Bass, E. B. (2008). Barriers to recruiting underrepresented populations to cancer clinical trials: A systematic review. *Cancer*, 112(2), 228–242. <https://doi.org/10.1002/cncr.23157>
- Ford, M. E., Siminoff, L. A., Pickelsimer, E., Mainous, A. G., Smith, D. W., Diaz, V. A., ... Tilley, B. C. (2013). Unequal burden of disease, unequal participation in clinical trials: Solutions from African American and Latino community members. *Health & Social Work*, 38(1), 29–38. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlt001>
- Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M. J., Brumbaugh, C. C., & Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of Personality*, 74, 1163–1190.
- Frampton, S. B., & Guastello, S. (2014). Time to embrace a new patient-centered care rallying cry: „Why Not?“. *Patient-Patient Centered Outcomes Research*, 7(3), 231–233. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0069-9>
- Friedman, D. B., Bergeron, C. D., Foster, C., Tanner, A., & Kim, S.-H. (2013). What do people really know and think about clinical trials? A comparison of rural and urban communities in the South. *Journal of Community Health*, 38(4), 642–651. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9659-z>
- Fukowska, M., & Kowesko, T. (2022). Analiza stanu psychicznego i satysfakcji z pracy personelu medycznego w okresie pandemii COVID-19. *Psychiatria*, 19(1), 1–10.
- Galanti, T., Guidetti, G., Mazzei, E., Zappalà, S., & Toscano, F. (2021). Work from home during the COVID-19 outbreak. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(7), e426–e432. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002236>
- Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170–195. <https://doi.org/10.1177/1090198102251030>
- Ganesan, S., Magee, M., Stone, J. E., Mulhall, M. D., Collins, A., Howard, M. E., ... Sletten, T. L. (2019). The impact of shift work on sleep, alertness and performance in healthcare workers. *Scientific Reports*, 9(1), 4635. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-40914-x>
- Giermaziak, W., Kurowska, P., & Buczek, E. (2021). Patient's rights during the epidemic. *Farmacja Polska*, 77(3), 134–142. <https://doi.org/10.32383/farmpol/134754>
- Gir, E., Baptista, C. J., Reis, R. K., Meneguetti, M. G., Pillon, S. C., & de Oliveira e Silva, A. C. (2022). Increased use of psychoactive substances among Brazilian health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Archives of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.09.004>

- Gloster, A. T., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., ... Karekla, M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLOS ONE*, 15(12), e0244809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244809>
- Gold, K. J., Sen, A., & Schwenk, T. L. (2013). Details on suicide among US physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005>
- Goldstein, C. E., Weijer, C., Brehaut, J. C., Fergusson, D. A., Grimshaw, J. M., Horn, A. R. & Taljaard, M. (2018). Ethical issues in pragmatic randomized controlled trials: A review of the recent literature identifies gaps in ethical argumentation. *BMC Medical Ethics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0253-x>
- Golicki, D., Jakubczyk, M., Graczyk, K., & Niewada, M. (2019). Valuation of EQ-5D-5L Health States in Poland: The First EQ-VT-Based Study in Central and Eastern Europe. *Pharmacoeconomics*, 37(9), 1165–1176. <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00811-7>
- González Quirós, J. L. (2013). On the Re-humanization of Medicine. *The International Journal of the Humanities: Annual Review*, 9(12), 251–260. <https://doi.org/10.18848/1447-9508/CGP/v09i12/43404>
- Goolsbee, A., & Syverson, C. (2021). Fear, lockdown, and diversion: Comparing drivers of pandemic economic decline 2020. *Journal of Public Economics*, 193, 104311. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104311>
- Gopichandran, V., & Sakthivel, K. (2021). Doctor-patient communication and trust in doctors during COVID 19 times – A cross sectional study in Chennai, India. *PLOS ONE*, 16(6), e0253497. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253497>
- Gotlib, J., Dykowska, G., Sienkiewicz, Z., & Skanderowicz, E. (2014). Ocena wiedzy i postaw personelu medycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Orłowskiego w Warszawie wobec praw pacjenta. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 68, 84–93.
- Greenaway, K. H., Jetten, J., Ellemers, N., & van Bunderen, L. (2015). The dark side of inclusion: Undesired acceptance increases aggression. *Group Processes & Intergroup Relations*, 18(2), 173–189. <https://doi.org/10.1177/1368430214536063>
- Griffiths, D., Sheehan, L., van Vreden, C., Petrie, D., Grant, G., Whiteford, P., ... Collie, A. (2021). The impact of work loss on mental and physical health during the COVID-19 pandemic: Baseline findings from a Prospective Cohort Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(3), 455–462. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09958-7>
- Gromada, A., Richardson, D., & Rees, G. (2020). *Childcare in a Global Crisis: The Impact of COVID-19 on Work and Family Life*. UNICEF Office of Research – Innocenti. <https://www.unicef-irc.org/publications/1109-childcare-in-a-global-crisis-the-impact-of-covid-19-on-work-and-family-life.html>
- Gruber, J., Prinstein, M. J., Clark, L. A., Rottenberg, J., Abramowitz, J. S., Albano, A. M., ... Weinstock, L. M. (2021). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to

- action. *American Psychologist*, 76(3), 409–426. <https://doi.org/10.1037/amp0000707>
- Guadagnolo, B. A., Cina, K., Helbig, P., Molloy, K., Reiner, M., Cook F. E., & Petereit, D. G. (2008). Medical mistrust and less satisfaction with health care among native Americans presenting for cancer treatment. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(1), 210–226. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0108>
- Gul, R. B., & Ali, P. A. (2010). Clinical trials: The challenge of recruitment and retention of participants. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1–2), 227–233. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03041.x>
- Guo, D., Han, B., Lu, Y., Lv, C., Fang, X., Zhang, Z., ... Wang, X. (2020). Influence of the COVID-19 pandemic on quality of life of patients with Parkinson's disease. *Parkinson's Disease*, October 5. 1216568. <https://doi.org/10.1155/2020/1216568>
- Hadidi, N., Lindquist, R., Treat-Jacobson, D., & Swanson, P. (2013). Participant withdrawal: Challenges and practical solutions for recruitment and retention in clinical trials. *Creative Nursing*, 19(1), 37–41. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.19.1.37>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLOS ONE*, 11(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., & Mishra, A. K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter?. *The Milbank Quarterly*, 79(4), 613–639, v. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>
- Halms, T., Strasser, M., Kunz, M., & Hasan, A. (2022). How to reduce mental health burden in health care workers during COVID-19? – A scoping review of guideline recommendations. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 770193. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.770193>
- Halpin, S. J., Mclvor, C., Whyatt, G., Adams, A., Harvey, O., McLean, L., ... Sivan, M. (2021). Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *Journal of Medical Virology*, 93(2), 1013–1022. <https://doi.org/10.1002/jmv.26368>
- Hämmig, O. (2020). Work- and stress-related musculoskeletal and sleep disorders among health professionals: A cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1), 319. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03327-w>
- Han, K., Lee, P., Lee, S., & Park, E. (2003). Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 35(2), 139–144. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00139.x>
- Hansen, M., Andersen, T. E., Armour, C., Elklit, A., Palic, S., & Mackrill, T. (2010). PTSD-8: A Short PTSD Inventory. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6(1), 101–108. <https://doi.org/10.2174/1745017901006010101>
- Haslam, C., Jetten, J., Cruwys, T., Dingle, G., & Haslam, S. (2018). *The New Psychology of Health: Unlocking the Social Cure*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315648569>

- Haslam, N. (2007). Humanising medical practice: The role of empathy. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 381–382.
- Hassan, S. U., Zahra, A., Parveen, N., Khatoon, F., Bangi, N. A., & Hosseinzadeh, H. (2022). Quality of life and adherence to healthcare services during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional analysis. *Patient Preference and Adherence*, 16, 2533–2542. <https://doi.org/10.2147/PPA.S378245>
- Hasselkus, A., & Moxley, A. “Deedee”. (2021). Communicating with patients and families during COVID-19. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(4), 924–932. https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00216
- Heath, C., Sommerfield, A., & von Ungern-Sternberg, B. S. (2020). Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A narrative review. *Anaesthesia*, 75(10), 1364–1371. <https://doi.org/10.1111/anae.15180>
- Hedegaard, H., Curtin, S. C., & Warner, M. (2020). Increase in suicide mortality in the United States, 1999–2018. *NCHS Data Brief*, 362, 1–8.
- Helmich, R. C., & Bloem, B. R. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on Parkinson’s disease: Hidden sorrows and emerging opportunities. *Journal of Parkinson’s Disease*, 10(2), 351–354. <https://doi.org/10.3233/JPD-202038>
- Henssler, J., Stock, F., van Bohemen, J., Walter, H., Heinz, A., & Brandt, L. (2021). Mental health effects of infection containment strategies: Quarantine and isolation – a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(2), 223–234. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01196-x>
- Holmes, E. A., O’Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Houghton, C., Dowling, M., Meskell, P., Hunter, A., Gardner, H., Conway, A., ... Biesty, L. M. (2020). Factors that impact on recruitment to randomised trials in health care: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), Mr000045. <https://doi.org/10.1002/14651858.MR000045.pub2>
- Howard, T., Jacobson, K. L., & Kripalani, S. (2013). Doctor talk: Physicians’ use of clear verbal communication. *Journal of Health Communication*, 18(8), 991–1001. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.757398>
- Htay, M. N. N., Marzo, R. R., Bahari, R., AlRifai, A., Kamberi, F., El-Abasiri, R. A., ... Su, T. T. (2021). How healthcare workers are coping with mental health challenges during COVID-19 pandemic? – A cross-sectional multi-countries study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 11. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100759>
- Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J., Lambert, M., & Poitras, M.-E. (2011). Measuring patients’ perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine. *Annals of Family Medicine*, 9, 155–164. <https://doi.org/10.1370/afm.1226>

- Ilczak, T., Rak, M., Ćwiertnia, M., Mikulska, M., Waksmańska, W., Krakowiak, A., ... Kawecki, M. (2021). Predictors of stress among emergency medical personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 34(2), 139–149. <https://doi.org/10.13075/ijom.1896.01688>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Ip, D. K. M., Lau, E. H. Y., Tam, Y. H., So, H. C., Cowling, B. J., & Kwok, H. K. H. (2015). Increases in absenteeism among health care workers in Hong Kong during influenza epidemics, 2004–2009. *BMC Infectious Diseases*, 15(1), 586. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1316-y>
- Isaac, T., Zaslavsky, A. M., Cleary, P. D., & Landon, B. E. (2010). The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety. *Health Services Research*, 45(4), 1024–1040. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01122.x>
- Izdebski, Z. (red.). (2022). *Debata Humanizacja Medycyny 2015*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Janke, A. T., Jain, S., Hwang, U., Rosenberg, M., Biese, K., Schneider, S., ... Venkatesh, A. K. (2021). Emergency department visits for emergent conditions among older adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(7), 1713–1721. <https://doi.org/10.1111/jgs.17227>
- Janssen, L. H. C., Kullberg, M.-L. J., Verkuil, B., van Zwieten, N., Wever, M. C. M., van Houtum, L. A. E. M., ... Elzinga, B. M. (2020). Does the COVID-19 pandemic impact parents' and adolescents' well-being? An EMA-study on daily affect and parenting. *PLOS ONE*, 15(10), e0240962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240962>
- Jeleff, M., Traugott, M., Jirovsky-Platter, E., Jordakieva, G., & Kutalek, R. (2022). Occupational challenges of healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *BMJ Open*, 12(3), e054516. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054516>
- Jenkins, C. D., Stanton, B. A., Niemcryk, S. J., & Rose, R. M. (1988). A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41(4), 313–321. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(88\)90138-2](https://doi.org/10.1016/0895-4356(88)90138-2)
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., ... Jordan, H. S., ... Obesity Society (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Obesity Society. *Circulation*, 129(25 Suppl 2), S102–S138. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee>
- Jha, A. K., Orav, E. J., Zheng, J., & Epstein, A. M. (2008). Patients' perception of hospital care in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 359(18), 1921–1931. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0804116>
- Ji, Y., Shi, Y. P., Zhou, J., Li, X. Y., Qin, R. Y., & Zhu, Q. (2022). Analysis on the change of college students' life pattern and its impact during the COVID-19

- outbreak in China. *American Journal of Health Behavior*, 46(3), 218–230. <https://doi.org/10.5993/ajhb.46.3.2>
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juhola, J., Arokoski, J. P. A., Ervasti, J., Kivimäki, M., Vahtera, J., Myllyntausta, S., & Saltychev, M. (2021). Internal consistency and factor structure of Jenkins Sleep Scale: Cross-sectional cohort study among 80 000 adults. *BMJ Open*, 11(1), e043276. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043276>
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2006.01.005>
- Kaczyński, Ł., & Solnica, B. (2012). Pragmatyczne badania kliniczne z randomizacją jako źródło danych w ocenie efektywności praktycznej technologii medycznych. *Przegląd Lekarski*, 69(9), 703–707.
- Kalaitzaki, A. (2021). Posttraumatic symptoms, posttraumatic growth, and internal resources among the general population in Greece: A nation-wide survey amid the first COVID-19 lockdown. *International Journal of Psychology*, 56(5), 766–771. <https://doi.org/10.1002/ijop.12750>
- Kee, J. W. Y., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. H. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions: Learning from patient complaints. *Health Professions Education*, 4(2), 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Leybman, M. J., & Gilbert, P. (2012). Social safeness, received social support, and maladjustment: Testing a tripartite model of affect regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 815–826. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9432-5>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>
- Khubchandani, J., Price, J. H., Sharma, S., Wiblishauser, M. J., & Webb, F. J. (2022). COVID-19 pandemic and weight gain in American adults: A nationwide population-based study. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 16(1), 102392. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2022.102392>
- Kinge, C. W., Hanekom, S., Lupton-Smith, A., Akpan, F., Mothibi, E., Maotoe, T., ... Chasela, C. (2022). Persistent symptoms among frontline health workers post-acute COVID-19 infection. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5933. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105933>
- Kingstone, T., Taylor, A. K., O'Donnell, C. A., Atherton, H., Blane, D. N., & Chew-Graham, C. A. (2020). Finding the „right” GP: A qualitative study of the experiences of people with long-COVID. *British Journal of General Practice Open*, 4(5). <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101143>
- Kissler, S. M., Kishore, N., Prabhu, M., Goffman, D., Beilin, Y., Landau, R., ... Grad, Y. H. (2020). Reductions in commuting mobility correlate with geographic

- differences in SARS-CoV-2 prevalence in New York City. *Nature Communications*, 11(1), 4674. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18271-5>
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze sprost. i zm.).
- Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, European Treaty Series (ETS)/Série des traités européens (STE) Nr 164; tekst jednolity. https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf
- Koweszek, T., & Wasik, J. (2021). Analiza stanu zdrowia psychicznego i problemów ze snem wśród personelu pielęgniarskiego i położniczego w dobie pandemii COVID-19. *Psychiatria*, 19(2), 79–88. <https://doi.org/10.5603/PSYCH.a2021.0046>
- Kozakiewicz, A., Izdebski, Z., & Mazur, J. (2022). The measurement of love: Psychometric properties and preliminary findings of the Short Love Scale (SLS-12) in a Polish sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13269. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013269>
- Kreutz, R., Dobrowolski, P., Prejbisz, A., Algharably, E. A. E.-H., Bilo, G., Creutzig, F., ... Weisser, B., ... European Society of Hypertension COVID-19 Task Force Review. (2021). Lifestyle, psychological, socioeconomic and environmental factors and their impact on hypertension during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Journal of Hypertension*, 39(6), 1077–1089. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002770>
- Krot, K., & Rudawska, I. (2013). Koncepcja zaufania w relacji lekarz–pacjent w świetle badań jakościowych. *Zeszyty Naukowe SGGW, Polityki Europejskie, Finanse i Marketing*, 10(59), 381–393. <https://pefim.sggw.edu.pl/article/view/1350>
- Krot, K., & Rudawska, I. (2018). Zaufanie jako zasób systemowy w sektorze zdrowia – w świetle badania polskich pacjentów. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach. Ekonomia*, 13(350), 42–53.
- Kuk, J., Christensen, R. A. G., Samani, E. K., & Wharton, S. (2021). Predictors of weight loss and weight gain in weight management patients during the COVID-19 pandemic. *Journal of Obesity*, 2021, 4881430. <https://doi.org/10.1155/2021/4881430>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- La Calle, G. H., Oviés, Á. A., & Tello, V. G. (2017). A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 547–549. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4>
- Lachowicz-Tabaczek, K., & Kozłowska, M. A. (2021). Being others-oriented during the pandemic: Individual differences in the sense of responsibility for collective

- health as a robust predictor of compliance with the COVID-19 containing measures. *Personality and Individual Differences*, 183, 111138. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111138>
- Lacy, B. E., & Chan, J. L. (2018). Physician burnout: The hidden health care crisis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 16(3), 311–317. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.043>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *Journal of the American Medical Association. Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lamiani, G., Borghi, L., Poli, S., Razzini, K., Colosio, C., & Vegni, E. (2021). Hospital employees' well-being six months after the COVID-19 outbreak: Results from a Psychological Screening Program in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5649. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115649>
- Lau, J. T., Griffiths, S., Choi, K. C., & Tsui, H. Y. (2010). Avoidance behaviors and negative psychological responses in the general population in the initial stage of the H1N1 pandemic in Hong Kong. *BMC Infectious Diseases*, 10(1), 139. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-139>
- Lazzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., & Trobia, G. (2020). Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 4(5), e10–e11. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30108-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30108-5)
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & Vander-Hofstadt-Román, C. J. (2016). Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 76–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.04.001>
- Lee, M., & You, M. (2020). Psychological and behavioral responses in South Korea during the early stages of Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 9. <https://doi.org/10.3390/ijerph17092977>
- Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. de M., Lima, I. de A. A. S., Nunes, J. V. A. de O., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., ... Neto, M. L. R. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>
- Lin, C.-T., Albertson, G. A., Schilling, L. M., Cyran, E. M., Anderson, S. N., Ware, L., & Anderson, R. J. (2001). Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Archives of Internal Medicine*, 161(11), 1437–1442. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.11.1437>
- Links, A. R., Callon, W., Wasserman, C., Walsh, J., Beach, M. C., & Boss, E. F. (2019). Surgeon use of medical jargon with parents in the outpatient setting. *Patient Education and Counseling*, 102(6), 1111–1118. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.002>

- Long, D., Haagsma, J. A., Janssen, M. F., Yfantopoulos, J. N., Lubetkin, E. I., & Bonsel, G. J. (2021). Health-related quality of life and mental well-being of healthy and diseased persons in 8 countries: Does stringency of government response against early COVID-19 matter? *Social Science & Medicine – Population Health*, 15, 100913. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100913>
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D., & Machado, P. P. P. (2015). Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(1), 76–80. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.11.001>
- Lovato, E., Minniti, D., Giacometti, M., Sacco, R., Piolatto, A., Barberis, B., ... Siliquini, R. (2013). Humanisation in the emergency department of an Italian hospital: New features and patient satisfaction. *Emergency Medicine Journal*, 30(6), 487–491. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2012-201341>
- Luo, Y., Li, Q., Jeong, H., & Cheatham, L. (2022). The association between social determinants of health and psychological distress during the COVID-19 pandemic: A secondary analysis among four racial/ethnic groups. *BMC Public Health*, 22, 2193. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14486-x>
- Mack, J. W., Block, S. D., Nilsson, M., Wright, A., Trice, E., Friedlander, R., ... Priegerson, H. G. (2009). Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: The Human Connection Scale. *Cancer*, 115(14), 3302–3311. <https://doi.org/10.1002/cncr.24360>
- Maestripieri, L. (2021). The COVID-19 pandemics: Why intersectionality matters. *Frontiers in Sociology*, 6, 642662. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.642662>
- Maheux, A., & Price, M. (2016). The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 88, 102–107. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.051>
- Malandain, L., Fountoulakis, K. N., Syunyakov, T., Malashonkova, E., Smirnova, D., & Thibaut, F. (2022). Psychoactive substance use, internet use and mental health changes during the COVID-19 lockdown in a French population: A study of gender effect. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 958988. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.958988>
- Mancuso, G., Lejeune, M., & Anseau, M. (2001). Cigarette smoking and attention: Processing speed or specific effects? *Psychopharmacology*, 155(4), 372–378. <https://doi.org/10.1007/s002130000678>
- Marques-Sule, E., Miró-Ferrer, S., Muñoz-Gómez, E., Bermejo-Fernández, A., Juárez-Vela, R., Gea-Caballero, V., ... Espí-López, G. V. (2021). Physical activity in health care professionals as a means of primary prevention of cardiovascular disease: A STROBE compliant cross-sectional study. *Medicine*, 100(22), e26184. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026184>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. W: C. P. Zalaguet, & R. J. Richard (Eds.). *Evaluating Stress: A Book of Resources* (s. 191–218). New York: Scarecrow Press.
- Matheson, E. M., King, D. E., & Everett, C. J. (2012). Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals. *Journal of the American Board*

- of Family Medicine [JABFM]*, 25(1), 9–15. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.01.110164>
- Matos, M., McEwan, K., Kanovský, M., Halamová, J., Steindl, S. R., Ferreira, N., ... Gilbert, P. (2021). The role of social connection on the experience of COVID-19 related post-traumatic growth and stress. *PLOS ONE*, 16(12), e0261384. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261384>
- Mattila, E., Peltokoski, J., Neva, M. H., Kaunonen, M., Helminen, M., & Parkkila, A.-K. (2021). COVID-19: Anxiety among hospital staff and associated factors. *Annals of Medicine*, 53(1), 237–246. <https://doi.org/10.1080/07853890.2020.1862905>
- Mattioli, A. V., Ballerini Puviani, M., Nasi, M., & Farinetti, A. (2020). COVID-19 pandemic: The effects of quarantine on cardiovascular risk. *European Journal of Clinical Nutrition*, 74(6), 852–855. <https://doi.org/10.1038/s41430-020-0646-z>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., ... Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal – Journal de l'Association Médicale Canadienne [CMAJ]*, 168(10), 1245–1251.
- McComas, K. A., Yang, Z., Gay, G. K., Leonard, J. P., Dannenberg, A. J., & Dillon, H. (2010). Individuals' willingness to talk to their doctors about clinical trial enrollment. *Journal of Health Communication*, 15(2), 189–204. <https://doi.org/10.1080/10810730903528058>
- Mehrabian, A. & Ferris, S. R. (1967). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology*, 31(3), 248–252. <https://doi.org/10.1037/h0024648>
- Mehrabian, A., & Wiener, M. (1967). Decoding of inconsistent communications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(1), 109–114. <https://doi.org/10.1037/h0024532>
- Meier, D. E. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *Journal of the American Medical Association*, 286(23), 3007. <https://doi.org/10.1001/jama.286.23.3007>
- Menec, V. H., Newall, N. E., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S., & Nowicki, S. (2020). Examining social isolation and loneliness in combination in relation to social support and psychological distress using Canadian Longitudinal Study of Aging (CLSA) data. *PLOS ONE*, 15(3), e0230673. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230673>
- Mete, B., Inaltekin, A., & Demirhindi, H. (2022). The effect of COVID-19 pandemic on domestic violence and mobbing among health workers. *International Medical Journal. Medicine Science*, 11(2), 849. <https://doi.org/10.5455/medscience.2021.11.370>
- Miller, A. N., Bharathan, A., Duvuuri, V. N. S., Navas, V., Luceno, L., Zraick, R., ... Thrash, K. (2022). Use of seven types of medical jargon by male and female primary care providers at a university health center. *Patient Education and Counseling*, 105(5), 1261–1267. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.018>

- Mills, E. J., Seely, D., Rachlis, B., Griffith, L., Wu, P., Wilson, K., ... Wright, J. R. (2006). Barriers to participation in clinical trials of cancer: A meta-analysis and systematic review of patient-reported factors. *Lancet Oncology*, 7(2), 141–148. [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(06\)70576-9](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(06)70576-9)
- Ministerstwo Zdrowia. (b.d.). *Standardy badań klinicznych*. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-badan-klinicznych>
- Mongeau-Pérusse, V., Rizkallah, E., Bruneau, J., Chênevert, D., Menvielle, L., & Jutras-Aswad, D. (2021). Changes in alcohol habits among workers during the confinement of COVID-19: Results of a Canadian Cross-Sectional Survey. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 15, 11782218211033298. <https://doi.org/10.1177/11782218211033298>
- Mostafa, A., Sabry, W., & Mostafa, N. S. (2020). COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers. *PLOS ONE*, 15(12), e0244172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244172>
- Mota, M. C., De-Souza, D. A., Rossato, L. T., Silva, C. M., Araújo, M. B., Tufik, S., ... Crispim, C. A. (2013). Dietary patterns, metabolic markers and subjective sleep measures in resident physicians. *Chronobiology International*, 30(8), 1032–1041. <https://doi.org/10.3109/07420528.2013.796966>
- Motyka, M., Surmacka, J., & Rogala, M. (2017). An empathy level in students starting nursing studies as a valid skill of therapeutic communication. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*, 25(2), 103–107. <https://doi.org/10.5603/PP.2017.0016>
- Muluneh, B., Deal, A., Alexander, M. D., Keisler, M. D., Markey, J. M., Neal, J. M., ... Dressler, L. G. (2018). Patient perspectives on the barriers associated with medication adherence to oral chemotherapy. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 24(2), 98–109. <https://doi.org/10.1177/1078155216679026>
- Najwyższa Izba Kontroli. (2018). *Raport: Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,16805,vp,19361.pdf>
- Najwyższa Izba Kontroli. (2019). *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>
- Nanda, M., & Sharma, R. (2021). A review of patient satisfaction and experience with telemedicine: A virtual solution during and beyond COVID-19 pandemic. *Telemedicine and e-Health*, 27(12), 1325–1331. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0570>
- Needham, E. J., Chou, S. H.-Y., Coles, A. J., & Menon, D. K. (2020). Neurological implications of COVID-19 infections. *Neurocritical Care*, 32(3), 667–671. <https://doi.org/10.1007/s12028-020-00978-4>
- Nelson, A. M., Martin, I. G., & Getz, K. A. (2015). Generational value differences affecting public perceptions of and willingness to participate in clinical trials. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 49(6), 940–946. <https://doi.org/10.1177/2168479015583727>

- Nguyen, H. C., Nguyen, M. H., Do, B. N., Tran, C. Q., Nguyen, T. T. P., Pham, K. M. ... Duong, T. V. (2020). People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: The potential benefit of health literacy. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 4. <https://doi.org/10.3390/jcm9040965>
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10883>
- Nowicki, G. J., Ślusarska, B., Tucholska, K., Naylor, K., Chrzan-Rodak, A., & Niedorys, B. (2020). The severity of traumatic stress associated with COVID-19 pandemic, perception of support, sense of security, and sense of meaning in life among nurses: Research protocol and preliminary results from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6491. <https://doi.org/10.3390/ijerp>
- Núñez, A., Sreeganga, S. D., & Ramaprasad, A. (2021). Access to Healthcare during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2980. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062980>
- OECD. (2021). *Health at a Glance*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
- Olejniczak, M., Basińska, K., & Paprocka-Lipińska, A. (2013). Przestrzeganie praw pacjenta w czasie odbywania zajęć klinicznych w opinii studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 43, 115–123.
- Omboni, S., Padwal, R. S., Alessa, T., Benczúr, B., Green, B. B., Hubbard, I., ... Wang, J. (2022). The worldwide impact of telemedicine during COVID-19: Current evidence and recommendations for the future. *Connected Health*, 1, 7–35. <https://doi.org/10.20517/ch.2021.03>
- Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie praw pacjenta (Dz.Urz. UE C 10 z 15.01.2008, s. 67). <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:0071:PL:PDF>
- Orrange, S., Patel, A., Mack, W. J., & Cassetta, J. (2021). Patient satisfaction and trust in telemedicine during the COVID-19 pandemic: Retrospective Observational Study. *Journal of Medical Internet Research. Human Factors*, 8(2), e28589. <https://doi.org/10.2196/28589>
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., ... De Berardis, D. (2020). Understanding the complex of suicide in depression: From research to clinics. *Psychiatry Investigation*, 17(3), 207–221. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171>
- Ostrowska, A. (red.). (2020). *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*. Warszawa: Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Owens, O. L., Jackson, D. D., Thomas, T. L., Friedman, D. B., & Hébert, J. R. (2013). African American Men's and Women's Perceptions of Clinical Trials Research: Focusing on prostate cancer among a high-risk population in the

- South. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(4), 1784–1800. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0187>
- Palgi, Y., Shrira, A., Ring, L., Bodner, E., Avidor, S., Bergman, Y., ... Hoffman, Y. (2020). The loneliness pandemic: Loneliness and other concomitants of depression, anxiety and their comorbidity during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 275, 109–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.036>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among health-care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Paramasivan, S., Huddart, R., Hall, E., Lewis, R., Birtle, A., & Donovan, J. L. (2011). Key issues in recruitment to randomised controlled trials with very different interventions: A qualitative investigation of recruitment to the SPARE trial (CRUK/07/011). *Trials*, 12(1), 78. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-78>
- Parrish, R. C., Menendez, M. E., Mudgal, Ch. S., Jupiter, J. B., Chen, N. C., & Ring, D. (2016). Patient satisfaction and its relation to perceived visit duration with a hand surgeon. *The Journal of Hand Surgery*, 41(2), 257–262. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.11.015>
- Perego, G., Cugnata, F., Brombin, C., Milano, F., Preti, E., Di Pierro, R., ... Di Mattei, V. E. (2022). The „Healthcare Workers’ Wellbeing [Benessere Operatori]” Project: A longitudinal evaluation of psychological responses of Italian health-care workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2317. <https://doi.org/10.3390/jcm11092317>
- Perez-Brumer, A., Balasa, R., Doshi, A., Brogdon, J., Doan, T., & Oldenburg, C. E. (2022). COVID-19 related shifts in social interaction, connection, and cohesion impact psychosocial health: Longitudinal qualitative findings from COVID-19 treatment trial engaged participants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10264. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610264>
- Petrova, M., Dale, J., & Fulford, B. K. W. M. (2006). Values-based practice in primary care: Easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 56(530), 703–709.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the COVID-19 pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Pietrojusti, A., Neri, A., Somma, G., Coppeta, L., Iavicoli, I., Bergamaschi, A., & Magrini, A. (2010). Incidence of metabolic syndrome among night-shift healthcare workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(1), 54–57. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.046797>
- Ping, W., Zheng, J., Niu, X., Guo, C., Zhang, J., Yang, H., & Shi, Y. (2020). Evaluation of health-related quality of life using EQ-5D in China during the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, 15(6), e0234850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234850>

- Pitt, M. B., & Hendrickson, M. A. (2020). Eradicating jargon-oblivion – A proposed classification system of medical jargon. *Journal of General Internal Medicine*, 35(6), 1861–1864. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05526-1>
- Płoszaj, K. M., & Kochman, D. (2021). Wpływ pandemii koronawirusa (COVID-19) na jakość życia rodziny i dziecka. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 6(3), 59–78. <https://doi.org/10.21784/IwP.2021.016>
- Pogorzelska, K., & Chlabicz, S. (2022). Patient satisfaction with telemedicine during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6113. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106113>
- Pollak, K. I., Arnold, R., Alexander, S. C., Jeffreys, A. S., Olsen, M. K., Abernethy, A. P., ... Tulskey, J. A. (2010). Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy? *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 18(11), 1405–1411. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0762-8>
- Profit, J., Sharek, P. J., Amspoker, A. B., Kowalkowski, M. A., Nisbet, C. C., Thomas, E. J., ... Sexton, J. B. (2014). Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Quality & Safety*, 23(10), 806–813. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-002831>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Ratajska, A., & Kubica, A. (2010). Co leży u podłoża złej współpracy lekarz–pacjent? Spojrzenie psychologa. *Folia Cardiologica Excerpta*, 5(2), 84–87.
- Rehman, H., & Ahmad, M. I. (2020). COVID-19: Quarantine, isolation, and life-style diseases. *Archives of Physiology and Biochemistry*, 1–5. <https://doi.org/10.1080/13813455.2020.1833346>
- Rieckert, A., Schuit, E., Bleijenbergh, N., Ten Cate, D., de Lange, W., de Man-van Ginkel, J. M., ... Trappenburg, J. C. (2021). How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review. *BMJ Open*, 11(1), e043718. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043718>
- Rosa, W. E., Schlak, A. E., & Rushton, C. H. (2020). A blueprint for leadership during COVID-19. *Nursing Management*, 51(8), 28–34. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000688940.29231.6f>
- Roubille, C., Ribstein, J., Hurpin, G., Fesler, P., Fiat, E., & Roubille, F. (2021). Confidence vanished or impaired until distrust in the doctor-patient relationship because of COVID-19: Confidence vanished or impaired until distrust: „COVID” in relationship. *La Revue De Medecine Interne*, 42(1), 58–60. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.10.007>
- Royal College of General Practitioners. (2020). *Policy and Campaigning Priorities 2020–23*. London: Royal College of General Practitioners.
- Royal College of General Practitioners. (b.d.). *General Practice Post-COVID*. London: Royal College of General Practitioners. <https://www.rcgp.org.uk/learning-resources/covid-19/general-practice-post-covid>

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 roku w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 489).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE (OJ L 2014, 158/1).
- Rundle, A. G., Park, Y., Herbstman, J. B., Kinsey, E. W., & Wang, Y. C. (2020). COVID-19-related school closings and risk of weight gain among children. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 28(6), 1008–1009. <https://doi.org/10.1002/oby.22813>
- Rybarczyk, I., & Koweszko, T. (2021). Zespół stresu pourazowego, ryzyko samobójcze, poczucie samotności oraz satysfakcja z życia u osób w ogólnej populacji w dobie pandemii COVID-19. *Psychiatria*, 19(3), 183–193. <https://doi.org/10.5603/PSYCH.a2021.0044>
- Rzecznik Praw Pacjenta (21.10.2020). *Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19*. <https://www.gov.pl/web/rpp/problemy-pacjentow-w-obliczu-epidemii-covid-19>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., ... Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., & Desart, S. (2020). *Manual Burnout Assessment Tool (BAT) – Version 2.0*. KU Leuven, Belgium: Unpublished internal report.
- Schaufeli, W., De Witte, H., & Desart, S. (2019). *Burnout Assessment Tool. English Translation of the Dutch Manual Content*. Burnout Assessment Tool: Leuven, Belgium, 1–111. <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/Test-Manual-BAT-English-version-2.0-1.pdf>
- Schieman, S., Badawy, P. J. A., Milkie, M., & Bierman, A. (2021). Work-life conflict during the COVID-19 pandemic. *Socius: Sociological Research for a Dynamic World*, 7, 237802312098285. <https://doi.org/10.1177/2378023120982856>
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *Quarterly Journal of Medicine [QJM]: An International Journal of Medicine*, 113(8), 531–537. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Shalowitz, D. I., & Miller, F. G. (2008). Communicating the results of clinical research to participants: Attitudes, practices, and future directions. *PLOS Medicine*, 5(5), e91. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050091>
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995–1000. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>
- Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., West, C. P., & Sinsky, C. A. (2016). Potential impact of burnout on the US physician workforce. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(11), 1667–1668. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.08.016>

- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Shek, D. T. L. (2021). COVID-19 and quality of life: Twelve reflections. *Applied Research in Quality of Life*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s11482-020-09898-z>
- Sheridan, R., Martin-Kerry, J., Hudson, J., Parker, A., Bower, P., & Knapp, P. (2020). Why do patients take part in research? An overview of systematic reviews of psychosocial barriers and facilitators. *Trials*, 21(1), 840. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04793-2>
- Sidor, A., & Rzymiski, P. (2020). Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: Experience from Poland. *Nutrients*, 12(6), 1657. <https://doi.org/10.3390/nu12061657>
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2021). *Umiejętności komunikowania się z pacjentami*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 824–830. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.824>
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141(1), 105–130. <https://doi.org/10.1196/annals.1441.030>
- Slavich, G. M. (2020). Social safety theory: A biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 265–295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045159>
- Slavich, G. M., Roos, L. G., & Zaki, J. (2022). Social belonging, compassion, and kindness: Key ingredients for fostering resilience, recovery, and growth from the COVID-19 pandemic. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/10615806.2021.1950695>
- Sobczak, K., Leoniuk, K., Pawłowski, L., & Spolak, N. (2017). Komunikacja kliniczna – porównanie opinii lekarzy i pacjentów. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 62(3). <https://doi.org/10.21164/pomjlifesci.186>
- Spinoso, J., Christiansen, P., Dickson, J. M., Lorenzetti, V., & Hardman, C. A. (2019). From socioeconomic disadvantage to obesity: The mediating role of psychological distress and emotional eating. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 27(4), 559–564. <https://doi.org/10.1002/oby.22402>
- Splinter, M. J., Velek, P., Ikram, M. K., Kieboom, B. C. T., Peeters, R. P., Bindels, P. J. E., ... Licher, S. (2021). Prevalence and determinants of healthcare avoidance during the COVID-19 pandemic: A population-based cross-sectional study. *PLOS Medicine*, 18(11), e1003854. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003854>
- Stange, K. C. (2009). The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals of Family Medicine*, 7(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.971>

- Stewart, K. A., Blue, L., Kranker, K., Nelson, S., McCall, N., Markovich, P., & Peterson, G. G. (2021). Hospital use for myocardial infarction and stroke among medicare beneficiaries from March to December 2020. *Journal of the American Medical Association, Cardiology*, 6(11), 1340–1342. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.2729>
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796–804.
- Surmacka, J., & Motyka, M. (2015). Problems in clinical communication problems involving hospitalised patients. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*, 23(3), 386–391. <https://doi.org/10.5603/PP.2015.0063>
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 97, 585–588. doi:10.1001/archinte.1956.00250230079008
- Szczeklik, A. (2003). *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*. Kraków: Wydawnictwo „Znak”.
- Taylor, H. E., & Bramley, D. E. P. (2012). An analysis of the readability of patient information and consent forms used in research studies in anaesthesia in Australia and New Zealand. *Anaesthesia and Intensive Care*, 40(6), 995–998. <https://doi.org/10.1177/0310057X1204000610>
- Taylor, S., Landry, C. A., Rachor, G. S., Paluszek, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2020). Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *Journal of Anxiety Disorders*, 75, 102289. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102289>
- Thibault, G. E. (2019). Humanism in medicine: What does it mean and why is it more important than ever?. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 94(8), 1074–1077. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002796>
- Tiete, J., Guatteri, M., Lachaux, A., Matossian, A., Hougardy, J. M., Loas, G., & Rotsaert, M. (2021). Mental health outcomes in healthcare workers in COVID-19 and non-COVID-19 care units: A cross-sectional survey in Belgium. *Frontiers in Psychology*, 11, 612241. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.612241>
- Todres, L., Galvin, K., & Holloway, I. (2009). The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4. <https://doi.org/10.1080/17482620802646204>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Tran, B. Q., & Sweeny, K. (2020). Correlates of physicians' and patients' language use during surgical consultations. *Health Communication*, 35(10), 1248–1255. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1625001>

- Tremblay, M., & Messervey, D. (2010). The job demands-resources model: Further evidence for the buffering effect of personal resources. *South African [SA] Journal of Industrial Psychology*, 37, 10–19. <https://doi.org/10.4102/sajip.v37i2.876>
- Tripodi, M., Siano, M. A., Mandato, C., De Anseris, A. G. E., Quitadamo, P., Guercio Nuzio, S., ... Vajro, P. (2017). Humanization of pediatric care in the world: Focus and review of existing models and measurement tools. *Italian Journal of Pediatrics*, 43(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0394-4>
- Tsai, T. C., Orav, E. J., & Jha, A. K. (2015). Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals. *Annals of Surgery*, 261(1), 2–8. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000765>
- Turabian, J. L. (2018). Doctor-patient relationship as dancing a dance. *Journal of Family Medicine*, 1(2), 1–6. <https://doi.org/10.14302/issn.2640-690X.jfm-18-2485>
- Urooj, U., Ansari, A., Siraj, A., Khan, S., & Tariq, H. (2020). Expectations, fears and perceptions of doctors during COVID-19 pandemic. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4), S37–S42. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2643>
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 września 2001 roku – Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 2301 z późn. zm.).
- Vamvakas, E., Kontogeorgou, I., Ntaountaki, A., Karkouli, G., Pisimisi, E., Karampekiou, E., ... Armaganidis, A. (2022). Occupational stress and quality of life among health professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Critical Care Medicine*, 8(3), 182–192. <https://doi.org/10.2478/jccm-2022-0012>
- van Agteren, J., Bartholomaeus, J., Fassnacht, D. B., Iasiello, M., Ali, K., Lo, L., & Kyrios, M. (2020). Using internet-based psychological measurement to capture the deteriorating community mental health profile during COVID-19: Observational study. *Journal of Medical Internet Research. Mental Health*, 7(6), e20696. <https://doi.org/10.2196/20696>
- van der Werf, E. T., Busch, M., Jong, M. C., & Hoenders, H. J. R. (2021). Lifestyle changes during the first wave of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in the Netherlands. *BMC Public Health*, 21(1), 1226. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11264-z>
- Vegni, E., Bonazza, F., Borghi, L., & Lamiani, G. (2022). Communication and relationship at time of COVID-19: A possible heritage. *Internal and Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11739-021-02900-y>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 5. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

- Wang, Y., Duan, Z., Ma, Z., Mao, Y., Li, X., Wilson, A., ... Chen, R. (2020). Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Translational Psychiatry*, 10(1), 263. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00950-y>
- Warttig, S. L., Forshaw, M. J., South, J., & White, A. K. (2013). New, normative, English-sample data for the Short Form Perceived Stress Scale (PSS-4). *Journal of Health Psychology*, 18(12), 1617–1628. <https://doi.org/10.1177/1359105313508346>
- Weida, E. B., Phojanakong, P., Patel, F., & Chilton, M. (2020). Financial health as a measurable social determinant of health. *PLOS ONE*, 15(5), e0233359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233359>
- Weilenmann, S., Ernst, J., Petry, H., Pfaltz, M. C., Sazpinar, O., Gehrke, S., ... Spiller, T. R. (2021). Health care workers' mental health during the first weeks of the SARS-CoV-2 pandemic in Switzerland – A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.594340>
- Whitwell, K., Maynard, R., Barry, N., Cowling, V., & Sood, T. (2020). Strategic planning and response to COVID-19 in a London emergency department. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 37(9), 567–570. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-209797>
- Wicka, A. (2021). Ocena wybranych aspektów jakości życia ludzi młodych po roku trwania pandemii COVID-19. *Ekonomia. Wrocław Economic Review*, 27(3), 47–59. <http://doi.org/10.19195/2658-1310.27.3.4>
- Włodarczyk, W. C., & Juszczak, G. (2022). *Zdrowie Publiczne 3.0. Wnioski po pandemii COVID-19 perspektywa globalna*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy. https://profibaza.pzh.gov.pl/sites/default/files/pliki/Archiwum/1_1/zdrowie-publiczne-www.pdf
- Wojtysiak, K., & Zielińska-Więczkowska, H. (2022). Work in stressful conditions in medical emergency system during the COVID-19 pandemic. *Medycyna Pracy*, 73(3), 241–250. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01178>
- Wolf, L. J., Haddock, G., Manstead, A. S. R., & Maio, G. R. (2020). The importance of (shared) human values for containing the COVID-19 pandemic. *British Journal of Social Psychology*, 59(3), 618–627. <https://doi.org/10.1111/bjso.12401>
- Wong, A. W., Shah, A. S., Johnston, J. C., Carlsten, C., & Ryerson, C. J. (2020). Patient-reported outcome measures after COVID-19: A prospective cohort study. *The European Respiratory Journal*, 56(5), 2003276. <https://doi.org/10.1183/13993003.03276-2020>
- Woolf, S. H., Chapman, D. A., Sabo, R. T., Weinberger, D. M., & Hill, L. (2020). Excess deaths from COVID-19 and other causes, March–April 2020. *Journal of the American Medical Association*, 324(5), 510. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11787>
- World Health Organization. (1948). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

- World Health Organization. (2020a). *The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services: Results of a Rapid Assessment*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335838>
- World Health Organization. (2020b). *Mental Health and Psychosocial Considerations During the COVID-19 Outbreak*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- World Health Organization. (2022). *2022 Mid-Year Report: Who's Response to COVID-19. 1 January to 31 July 2022*. Geneva: WHO.
- Wroński, K. (2007). Prawa pacjenta. *Journal of Oncology*, 57(3), 326–332.
- Wu, P. E., Styra, R., & Gold, W. L. (2020). Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 192(17), E459–E460. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200519>
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., ... Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(5), 302–311. <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e923549. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>
- Xiao, Y., Becerik-Gerber, B., Lucas, G., & Roll, S. C. (2021). Impacts of working from home during COVID-19 pandemic on physical and mental well-being of office workstation users. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 63(3), 181–190. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002097>
- Xu, H., Stjernswärd, S., & Glasdam, S. (2021). Psychosocial experiences of frontline nurses working in hospital-based settings during the COVID-19 pandemic – A qualitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100037. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100037>
- Young, K. P., Kolcz, D. L., O'Sullivan, D. M., Ferrand, J., Fried, J., & Robinson, K. (2021). Health care workers' mental Health and quality of life during COVID-19: Results from a mid-pandemic, National Survey. *Psychiatric Services*, 72(2), 122–128. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000424>
- Yubonpunt, P., Kunno, J., Supawattanabodee, B., Sumanasrethakul, C., & Wiriyasirivaj, B. (2022). Prevalence of perceived stress and coping strategies among healthcare workers during the COVID-19 outbreak at Bangkok metropolitan, Thailand. *PLOS ONE*, 17(7), e0270924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270924>
- Zhang, J. (2021). Hospital avoidance and unintended deaths during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Health Economics*, 7(4), 405–426. <https://doi.org/10.1086/715158>

- Zhang, J., Zhu, L., Li, S., Huang, J., Ye, Z., Wei, Q., & Du, C. (2021). Rural-urban disparities in knowledge, behaviors, and mental health during COVID-19 pandemic: A community-based cross-sectional survey. *Medicine*, 100(13), e25207. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025207>
- Zhao, C., Batio, S., Lovett, R., Pack, A. P., Wolf, M. S., & Bailey, S. C. (2021). The relationship between COVID-19 related stress and medication adherence among high-risk adults during the acceleration phase of the US outbreak. *Patient Preference and Adherence*, 15, 1895–1902. <https://doi.org/10.2147/PPA.S310613>
- Zheng, W. (2020). Mental health and a novel coronavirus (2019-nCoV) in China. *Journal of Affective Disorders*, 269, 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.041>
- Zhou, T., Xu, C., Wang, C., Sha, S., Wang, Z., Zhou, Y., ... Wang, Q. (2022). Burnout and well-being of healthcare workers in the post-pandemic period of COVID-19: A perspective from the job demands-resources model. *BMC Health Services Research*, 22, 284. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07608-z>
- Zhou, Y., Yang, Y., Shi, T., Song, Y., Zhou, Y., Zhang, Z., ... Tang, Y. (2020). Prevalence and demographic correlates of poor sleep quality among frontline health professionals in Liaoning Province, China during the COVID-19 outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 520. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00520>
- Zolnierrek, H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care*, 47, 826–834.
- Zwingmann, J., Baile, W. F., Schmier, J. W., Bernhard, J., & Keller, M. (2017). Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer*, 123(16), 3167–3175. <https://doi.org/10.1002/cncr.30694>

Raport powstał na podstawie badań prowadzonych w ramach grantu Agencji Badań Medycznych realizowanego na Uniwersytecie Warszawskim od maja 2021 do czerwca 2023 roku. Wstępne wyniki badań przedstawiono na I Kongresie Humanizacji Medycyny w czerwcu 2022 roku, zorganizowanym na Uniwersytecie Warszawskim przez Ministerstwo Zdrowia, Agencję Badań Medycznych i UW.

Wyniki prezentowane w tej publikacji dotyczą czterech różniących się liczebnością grup pracowników (lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych i niemedycechnych) ze 114 jednostek ochrony zdrowia zlokalizowanych w całym kraju, a także pacjentów z tych samych jednostek medycznych oraz pacjentów z próby populacyjnej (osób leczących się w ostatnich 24 miesiącach). Przy opisie wyników uwzględniono tematy najważniejsze z perspektywy dyskusji nad humanizacją medycyny, silnie akcentując kontekst pandemii COVID-19.

Praca oparta jest na obszernym, wręcz imponującym materiale badawczym. Składają się nań zarówno reprezentacyjne badania dorosłych Polaków (dwie próby), jak i badania przedstawicieli różnych kategorii zawodów medycznych: lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i innych. Niektóre badania wykonano dwukrotnie. Pozwala to na dokonanie szeregu porównań, a zatem uwzględnienie różnych doświadczeń i perspektyw poszczególnych stron uczestniczących w procesie leczenia. Tak obszerny materiał badawczy ma dużą wartość, przedstawia wiele istotnych dla praktyki medycznej informacji i w przyszłości zapewne posłuży jeszcze wielu ważnym opracowaniom.

z recenzji prof. dr hab. Antoniny Ostrowskiej



AGENCJA
BADAŃ
MEDYCZNYCH

www.wuw.pl