Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

4(3)/2018

Włocławek 2018

Rada naukowa
dr hab. Mariusz Wysokiński
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk
doc. PhDr. Helena Kudučáková
doc. PhDr. Zuzanna Hukáková
dr Ewa Barczykowska

Kolegium redakcyjne
dr Beata Haor – redaktor naczelny
dr hab.Robert Ślusarz; dr Mariola Głowacka – z-cy redaktora naczelnego
mgr Anna Antczak-Komoterska – sekretarz redakcji
dr Maciej Krzemiński; mgr Marta Waszin – redaktorzy językowi

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
wyd.edu.pl/index.php/zblizenia-cywilizacyjne-civilizations-rapprochements

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN 2451-1846

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2016

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek

http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna. Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie.

Spis treści

Od Redakcji/Editorial……8

Artykuły oryginalne/Original

TERESA SIEMIANOWSKA, DOMINIKA PODSIADŁY, ROBERT ŚLUSARZ
Reakcje na sytuacje stresowe w opinii pielęgniarek na oddziałach zachowawczych ……..9

IWONA CZARNIECKA, DOMINIKA PODSIADŁY, ROBERT ŚLUSARZ
Reakcje na sytuacje stresowe w opinii pielęgniarek na oddziałach zabiegowych …….....24

MONIKA SANDER-GRABOWSKA, BEATA PRZYSTAŚ, ANNA ANTCZAK-KOMOTERSKA
Świadomość wyboru zdrowych produktów żywnościowych wśród studentów pielęgniarstwa …….....39

MAGDALENA ZAWIDZKA, ELŻBIETA NAZAR, MARTA KAMIŃSKA, ANNA ANTCZAK-KOMOTERSKA
Porównanie wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwo ze studentami kierunków pozamedycznych na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B ……..54

Opis przypadku/Case Report

MARTA KAMIŃSKA, MARIOLA RYBKA
Jakość życia i aktywność zawodowa pacjenta po przebytym zawale mięśnia sercowego ……68

Artykuły poglądowe/Review

KAROLINA CIECHANOWSKA, KAROLINA KRAJEWSKA, ANNA ANTCZAK-KOMOTERSKA
Nowotwór piersi – problemy i jakość życia kobiet po mastektomii ……91

ISSN: 2451-1846

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejny numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences).*

Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Reakcje na sytuacje stresowe w opinii pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zachowawczych

Occupational stress reactions among nurses working in behaviural wards

TERESA SIEMIANOWSKA[1,2], DOMINIKA PODSIADŁY[3], ROBERT ŚLUSARZ[1,4]

[1] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[2] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. Ks. J. Popiełuszki we Włocławku
[3] Oddział Pediatrii, Gastroenterologii, Kardiologii, Neurologii, Diabetologii i Endokrynologii, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr. W. Biegańskiego w Grudziądzu
[4] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, CM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.019
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Pielęgniarki stanowią grupę zawodową szczególnie narażona na rozwój wypalenia zawodowego.
Cel. Celem przeprowadzonych badań jest analiza strategii radzenia sobie ze stresem wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach zachowawczych.
Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach zabiegowych w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr W. Biegańskiego w Grudziądzu, po uzyskaniu pozytywnej zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy oraz zgody Dyrekcji szpitala. Wykorzystano metodę sondażu

diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety i standaryzowany kwestionariusz Mini-Cope.
Wyniki. Zdecydowanie najczęściej respondenci twierdzili, że praca pielęgniarki/pielęgniarza jest często stresująca. Działania, które służą zmniejszenia stresu to wsparcie ze strony przełożonego i współpracowników oraz poprawa warunków pracy. Strategie radzenia sobie ze stresem jakie wskazywali najczęściej respondenci to: aktywne radzenie sobie, planowanie, zajmowanie się czymś innym, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz pozytywne przewartościowanie i rozwój. Stosowane przez pielęgniarki style radzenia sobie ze stresem to aktywne radzenie sobie oraz poszukiwanie wsparcia.
Wnioski. Pielęgniarki z oddziałów zachowawczych w największym stopniu stosowały aktywne radzenie sobie, zarówno jako strategię i styl radzenia sobie ze stresem.
Słowa kluczowe: sytuacje stresowe, pielęgniarki, oddziały zachowawcze

Abstract:
Introduction. Nurses are particularly vulnerable to proffessional burnout**.**
Aim. The aim of the study was to analyse different strategies of dealing with occupational stress among nurses working in behavioural wards.
Materials and methods. The study was carried out among nurses working in behavioural wards in dr Biegański Specialist Hospital in Grudziądz. The study was aproved by the Bioethics Committee of Nicolaus Copernicus Univeristy in Toruń , Collegium Medicum in Bydgoszcz and the management of the hospital. Standartised Mini-Cope questionnaire torether with a questionnaire prepared by the researchers were used as study tools.
Results. The respondents most often described nursing proffession as stressful. Support from superiors and coworkers and the improvement of working conditions were perceived as stress reducing factors. Active involvment in coping with stress, planning , seek emotional support , personal development and possitive reassesment were the strategies that the respondents used most often. Nurses dealt with stress and saught emotional support as their strategy of coping with stress.
Conclusions. Nurses working in beahavioural wards addopted stress management as their strategy and style of coping with stress.
Keywords: stressful situations, nurses, behavioural ward

Wstęp

Stres wpływa na psychikę każdego z nas a jak na niego reagujemy doświadczamy obserwując własne ciało. Pod jego wpływem w naszym organizmie dochodzi do licznych reakcji. Zasadniczą rolę w fizjologii stresu odgrywają trzy układy: hormonalny, odpornościowy oraz nerwowy. W wyniku zagrożenia w naszym organizmie dochodzi do pobudzenia części współczulnej autonomicznego układu nerwowego [1]. Wówczas wzrasta stężenia adrenaliny i noradrenaliny we krwi. Dochodzi do przyspieszenia czynności serca, przyspieszenia oddechu, wzrostu rozkurczowego i skurczowego ciśnienia tętniczego krwi oraz podwyższenia poziomu kwasu moczowego we krwi. Ponadto zwiększa się ukrwienie tkanek oraz zaopatrzenie ich w tlen. Podwyższony poziom epinefryny i norepinefryny podnosi także intelektualną sprawność organizmu. W wyniku stresu rozszerzają się nasze źrenice a w ustach odczuwamy uczucie suchości w wyniku zagęszczenia śliny [2].

Układem, który stanowi ważny element w relacji stres-zdrowie jest system odpornościowy. Jego zadaniem jest chronić organizm przed zaburzeniem równowagi. Należy tutaj wspomnieć o dwóch rodzajach odporności, które są ściśle związane ze stresem: komórkowej i humoralnej. W reakcji odpornościowej typu humoralnego organizm zwalcza infekcje wykorzystując różnego typu substancje chemiczne, z których najważniejsze to przeciwciała, produkowane przez limfocyty B. Natomiast odporność typu komórkowego jest znacznie dłuższa i jest warunkowana przez limfocyty. W wyniku stresu w układzie odpornościowym dochodzi do osłabienia tego układu w wyniku czego jesteśmy bardziej podatni na choroby. Silne bodźce stresowe powodują także zmniejszenie rozmiaru grasicy [1].

Duże znaczenie w fizjologii stresu ma też układ hormonalny. Uwalniany w podwzgórzu hormon kortykotropowy działa synergistycznie stymulując komórki przysadki do uwolnienia hormonu

adrenokortykotropowego (ACTH). Ten z kolei aktywuje korę nadnerczy do uwolnienia kortykosteroidów: glukokortykoidów oraz mineralkortykoidów które regulują poziom glukozy i elektrolitów we krwi [1]. Głównym glukokortykoidem jest kortyzol. Stanowi on jeden z hormonów, którego wartość zależy od nasilenia stresu ale również od sposobu radzenia sobie z nim. W wyniku wzrostu poziomu kortyzolu dochodzi do pobudzenia kluczowej struktury dla powstawania emocji - ciałka migdałowatego. Ciało migdałowate ma za zadanie przygotować organizm na niebezpieczeństwo. Tutaj powstają emocje negatywne – strach i gniew [3]. Zwolnione przez oś stresu hormony oraz neurohormony inicjują odpowiedź na poziomie komórek, tkanek i narządów. Wówczas jeśli pobudzana jest część współczulna układu nerwowego możemy obserwować mobilizację organizmu.

Konsekwencje działania stresu możemy zauważyć w trzech wymiarach zdrowia człowieka – w wymiarze psychicznym, społecznym, i fizycznym. Pod względem czasu konsekwencje te dzielimy na natychmiastowe oraz długotrwałe.

Do skutków działania stresu o charakterze natychmiastowym zaliczamy:

- reakcje ze strony układu pokarmowego: biegunka, zaparcia, brak apetytu, niestrawność;
- symptomy oddechowe: przyspieszony płytki oddech, czasami hiperwentylacja;
- bóle głowy, bóle pleców;
- ból żołądka, klatki piersiowej [4].

Skutki długotrwałe stresu to:

- powikłania chorobowe odnoszące się do zdrowia psychicznego,
- powikłania chorobowe dotyczące zdrowia fizycznego [4].

Działania podejmowane są w czasie stresu w celu złagodzenia jego skutków bądź zmiany sytuacji. Podstawę klasyfikacji strategii radzenia sobie ze stresem stanowią dwa czynniki: modalność radzenia

sobie oraz funkcjonalność czyli zwrócenie strategii na rozwiązanie problemu [5]. Radzenie sobie z sytuacją stresową stanowi dynamiczny proces, w którym o podjętej strategii decydują m.in. indywidualne właściwości, bowiem każdy z nas przejawia inny mechanizm reagowania na stresowe sytuacje [6]. Styl radzenia sobie ze stresem to zbiór strategii charakterystyczny dla danej jednostki z kolei strategią nazywamy sposób w jaki sobie radzimy z przeciwnościami [4].

Zjawiskiem występowania wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek interesowali się już naukowcy od wielu lat. Pielęgniarki stanowią grupę zawodową, która predysponuje do wypalenia zawodowego. W badaniach Pasikowskiego wyróżniono kategorie uciążliwości spostrzeżeń pielęgniarki. Zalicza się do nich: wymagania wypływające ze specyfiki pracy, małe zarobki, niski status społeczny, zła współpraca z pacjentem i jego rodziną [7]. Problem wypalenia jest większy jeśli proces zaczyna się skrycie, i ma charakter chroniczny [8].

Celem przeprowadzonych badań jest analiza strategii radzenia sobie ze stresem wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach zachowawczych.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach zabiegowych w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr W. Biegańskiego w Grudziądzu. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy oraz zgodę Dyrekcji szpitala.

Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety i standaryzowany kwestionariusz Mini-Cope.

Do wykonania obliczeń wykorzystany został pakiet statystyczny Statistica 10.0 i arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel wykorzystując standardowe funkcje tego programu.

Wyniki

Tabela 1. Średnie wieku badanych.

Oddział	N	Średnia	SD	Ufność - 95,0 %	Ufność +95,0 %	minimum	maksimum	Q25	mediana	Q75
Zachowawczy	32	46,3	7,377	43,68	49,00	29,0	58,0	42,5	47,0	50,0

Źródło: wynik badań własnych

Średnia wieku badanych wyniosła nieco ponad 46 lat. Najmłodsza badana osoba miała 29 lat a najstarsza 58 lat.

Tabela 2. Wykształcenie badanych.

wykształcenie	N	%
liceum medyczne	18	56,3
studium medyczne	2	6,3
licencjat pielęgniarstwa	9	28,1
magister pielęgniarstwa	3	9,4
razem	32	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Znaczna większość badanych ukończyła liceum medyczne – 18 osób (56,3%), a tylko 3 osoby (9,4%) uzyskały tytuł magistra pielęgniarstwa oraz ukończyły studium medyczne – 2 osoby (6,3%).

Tabela 3. Stresujący charakter pracy pielęgniarki/ pielęgniarza w opinii badanych.

odpowiedź	N	%
często	25	78,1
czasami	7	21,9
nigdy	0	0,0
razem	32	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Najwięcej badanych odpowiedziało, że praca pielęgniarki/pielęgniarza jest często stresująca 25 osób (78,1%). Nikt z badanych nie wskazał że jego praca nigdy go nie stresuje.

Tabela 4. Działania jakie należy podjąć w celu zmniejszenia stresu w pracy w opinii badanych.

działania	N	%
wsparcie ze strony przełożonego	23	23,5
wsparcie ze strony współpracowników	23	23,5
opieka psychologiczna	13	13,3
poprawa warunków pracy	21	21,4

działania edukacyjne z zakresu wypalenia zawodowego oraz stresu w miejscu pracy	18	18,4
razem	98	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Respondenci odpowiadając na pytanie o działania jakie należałoby podjąć w celu zmniejszenia stresu w pracy, zaznaczali po kilka stwierdzeń. najwięcej badanych uznało, że w celu zmniejszenia stresu niezbędne jest wsparcie ze strony przełożonego i wsparcie ze strony współpracowników – po 23 osoby (po 23,5%) oraz poprawę warunków pracy – 21 osób (21,4%). Najmniej zakreśliło opiekę psychologiczną – 13 osób (13,3%).

Tabela 5. Średnie wyniki strategii radzenia sobie ze stresem.

strategia	średnia	SD
aktywne radzenie sobie	2,00	0,65
planowanie	1,92	0,56
pozytywne przewartościowanie	1,66	0,63
akceptacja	1,56	0,72
poczucie humoru	0,64	0,53
zwrot ku religii	0,98	1,00
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	1,83	0,77
poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	1,52	0,77
zajmowanie się czymś innym	1,83	0,59

zaprzeczanie	0,66	0,60
wyładowanie	1,17	0,67
zażywanie substancji psychoaktywnych	0,23	0,40
zaprzestanie działań	0,55	0,59
obwinianie siebie	1,16	0,68

Źródło: wynik badań własnych

Respondenci w największym stopniu stosowali takie strategie radzenia sobie ze stresem jak: aktywne radzenie sobie – 2,0 punkty, planowanie – 1,92 punktu, zajmowanie się czymś innym – 1,83 punktu, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – 1,83 punktu oraz pozytywne przewartościowanie i rozwój – 1,66 punktu. W najmniejszym stopniu: zaprzeczanie – 0,66 punktu, poczucie humoru – 0,64 punktu, zaprzestanie działań – 0,55 punktu, oraz zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,23 punktu.

Tabela 6. Średnie stylów radzenia sobie ze stresem.

styl (czynnik)	średnia	SD
aktywne radzenie sobie	1,86	0,46
bezradność	0,65	0,40
poszukiwanie wsparcia	1,67	0,71
zachowania unikowe	1,22	0,41
zwrot ku religii	0,98	1,00
akceptacja	1,56	0,72

poczucie humoru	0,64	0,53

Źródło: wynik badań własnych

Respondenci stosowali najczęściej takie style radzenie sobie ze stresem jak: aktywne radzenie sobie – 1,86 punktu oraz poszukiwanie wsparcia – 1,67 punktu. W najmniejszym stopniu respondenci wybierali takie strategie jak: bezradność – 0,65 punktu oraz poczucie humoru – 0,64 punktu.

Dyskusja

Współczesne pielęgniarstwo zyskuje coraz większe znaczenie w systemie opieki zdrowotnej; stanowi jej nieodłączny element. Profesjonalizacja zawodu pielęgniarki prowadzi do zwiększenia stopnia odpowiedzialności za drugą osobę, ale wymaga także coraz to wyższego poziomu kwalifikacji. W pracy pielęgniarki podmiotem pracy jest człowiek, dlatego tak ważne są interpersonalne relacje. To właśnie od pielęgniarki wymaga się umiejętności nawiązywania kontaktów, dobrej współpracy z pacjentami i pozostałym personelem a także niezawodnej komunikacji. Pacjenci darzą pielęgniarki dużym zaufaniem. Praca pielęgniarki cechuje się dużą odpowiedzialnością za życie drugiego człowieka, dlatego też tak często utożsamiana jest z dużym stresem [8].

Niemożność spełnienia wszystkich oczekiwań przez pielęgniarkę, szczególnie w polskich warunkach, gdzie obsady personelu są dalekie od standardów panujących w krajach zachodnich, często prowadzi do odczuwania przez nią poczucia bezsilności, a często i winy, co jest nierzadko przyczyną wzrostu napięcia w kontaktach z samym pacjentem i jego rodziną, a niejednokrotnie również z personelem lekarskim [9]. Przeciwdziałanie zjawisku stresu zawodowego nie jest zadaniem prostym, dlatego należy połączyć wysiłki pracodawcy, związków zawodowych, służb BHP oraz lekarzy

medycyny pracy i innych ekspertów by zapewnić wszystkim pracownikom, w tym również pielęgniarkom, bezpieczne, higieniczne i możliwie wolne od stresu warunki pracy [10].

Celem aktualnej pracy była analiza strategii i sposobów radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarek pracujących na oddziałach zachowawczych.

Wszyscy ankietowani w badaniach własnych uznali pracę pielęgniarki za stresującą, a blisko 80% uznało, że stres w pracy jest częsty. Nikt z respondentów nie wskazał, że stres nigdy się nie pojawia.

Doniesienia z literatury również wskazują na znaczący odsetek ankietowanych pielęgniarek przekonanych o stresogenności swojego zawodu. W badaniach Kowalczuk i wsp. [20] prawie trzy czwarte ankietowanych pielęgniarek było narażonych na stres. Zbliżony wynik uzyskano w badaniach Modzelewskiej i Kulik [11]. Wykazano bowiem, że blisko trzy czwarte ankietowanych pielęgniarek z Lublina odczuwało stres związany z wykonywaną pracą. Pietraszek i wsp. [12] badali 278 pielęgniarek z Lublina i Krosna. Ponad 95% respondentek stwierdziło, że ich zawód jest stresujący, a ponad połowa deklarowała, że sytuacje stresujące mają miejsce w ich pracy zawodowej codziennie. W pracy Wzorek [13] przedstawiono wyniki europejskich badań NEXT, które dotyczyły analizy zjawiska stresu w pracy pielęgniarek w 10 europejskich krajach. Tylko pielęgniarki niemieckie były bardziej narażone na stres od polskich.

Analiza wyników podaje, że działania jakie należałoby podjąć w celu zmniejszenia stresu w pracy w większości dotyczą wsparcia ze strony przełożonego i wsparcia ze strony współpracowników. Literatura potwierdza także wyniki dotyczące działań, które należałoby podjąć w celu zmniejszenia stresu w pracy. Utrzymująca się od wielu lat frustracja oraz niezadowolenie z pracy zawodowej w środowisku polskich pielęgniarek może budzić uzasadniony niepokój. Proces ten wpływa negatywnie na rozwój profesji i może w przyszłości być źródłem poważnego kryzysu.

W aktualnych badaniach znacząca większość badanych deklarowała, że próbuje radzić sobie ze stresem w pracy zawodowej. Najczęściej stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem były aktywne radzenie sobie, planowanie, zajmowanie się czymś innym, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz pozytywne przewartościowanie i rozwój. Najmniej popularne strategie to z kolei: zaprzeczanie, poczucie humoru, zaprzestanie działań, oraz zażywanie substancji psychoaktywnych.

Badane pielęgniarki stosowały najczęściej następujące style radzenia sobie ze stresem: aktywne radzenie sobie oraz poszukiwanie wsparcia. W najmniejszym stopniu wybierali style: bezradność oraz poczucie humoru.

Żuralska i wsp. [14] przedstawili w swej pracy trzy strategie radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu (podejmowanie wysiłku poznawczego), styl skoncentrowany na emocjach (koncentrowanie się na własnych reakcjach emocjonalnych) i styl skoncentrowany na unikaniu (niemyślenie o problemie). Autorzy podkreślają, że osoba posiadająca więcej różnorodnych strategii radzenia sobie ze stresem, może je bardziej elastycznie i skutecznie wykorzystywać. Rola stylu skoncentrowanego na zadaniu została podkreślona w rozumieniu dobrostanu, który sprzyja rozwojowi subiektywnego stanu zdrowia.

W badaniach Nyklewicza i Krajewskiej-Kułak [15], które objęły 100 studentów pielęgniarstwa z Białegostoku, zarejestrowano zadaniową reakcję na stres u 22% z nich. Styl skoncentrowany na emocjach odnotowano u 9% pielęgniarek, zaś styl skoncentrowany na unikaniu – również u 9% badanych. Wśród pozostałych 60% pielęgniarek żaden z tych stylów nie był dominujący. Również badania Żuralskiej i wsp. [14] wykazały dominującą rolę stylu skoncentrowanego na zadaniu i poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w trudnej sytuacji, niż stylu skoncentrowanego na unikaniu i emocjach. W badaniach autorów zaobserwowano również, że pielęgniarki o krótszym stażu pracy częściej stosowały styl

skoncentrowany na zadaniu w porównaniu do badanych o dłuższym stażu pracy.

Wnioski

1. Zawód pielęgniarki/pielęgniarza ma często charakter stresujący.
2. Działaniami, który należ podjąć w celu zmniejszenia stresu jest wsparcie ze strony przełożonego i wsparcie ze strony współpracowników oraz poprawa warunków pracy.
3. Strategiami radzenia sobie ze stresem jest aktywne radzenie sobie, planowanie, zajmowanie się czymś innym, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz pozytywne przewartościowanie i rozwój.
4. Stosowanymi stylami radzenia sobie ze stresem są aktywne radzenie sobie oraz poszukiwanie wsparcia.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Przeciwdziałając zjawisku stresu wśród pielęgniarek i pielęgniarzy należy zwiększyć nacisk na relacje międzyludzkie w zespole terapeutycznym, a zwłaszcza wzmocnienie wsparcia ze strony przełożonych i współpracowników. Ważnym elementem zmniejszenia stresu będzie także poprawa warunków pracy.

Działania te mogą znacząco zredukować poziom stresu, a w konsekwencji zwiększyć poczucie satysfakcji zawodowej oraz wpłynąć na poziom i jakość świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i pielęgniarzy.

Bibliografia/Bibliography:

1. Wrona-Polańska H.: Zdrowie, stres, choroba w wymiarze psychologicznym. Wyd. Impuls, Kraków 2008; 21-25.

2. Borys B., Majkowicz M.: Psychologia w medycynie. Wyd. AMG, Gdańsk 2006;67-108,160-196.

3. Walden- Gałuszko K.: Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wyd. LekarskiePZWL, Warszawa 2014; 179-185.

4. Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk P.: Miejsce pracy na miarę oczekiwań – poradnik dla pracowników socjalnych. Wyd. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2010; 9-43.

5. Basińska M.A., Kasprzak A.: Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. Przegląd Dermatologiczny 2012;6: 692-700.

6. Sygit- Kowalkowska E.: Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka- perspektywa psychologiczna. Hygeia Public Health 2014; 49(2): 202-208.

7. Cepuch G., Dębska G.: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach opieki zdrowotnej. Problemy Pielęgniarstwa 2008;16;3 : 273-279.

8. Wilczek-Rużyczka E.: Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2008; 46-49.

9. Kędra E, Nowocień M.: Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek. Pielęgniarstwo Polskie 2015; 3(57): 293-306.

10. Stres w miejscu pracy- stan prawny, przeciwdziałanie oraz działania związków zawodowych.

http://www.opzz.org.pl/documents/707532/707723/publikacja+stres.pdf [dostęp: 08.06.2017].

11. Modzelewska T, Kulik T.B.: Stres zawodowy jako nieodłączny element zawodów profesjonalnego pomagania — sposoby radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek. AnnalesUniversitatis Maria Skłodowska-Curie, Lublin — Polonia, 2000; LVIII, supl. VIII, 161 sectio D: 312–316.

12. Pietraszek A, Charzyńska-Gula M, Łuczyk M, Szadowska-Szlachetka Z, Kachaniuk H, Kwiatkowska J.: Analiza przyczyn stresu zawodowego w opinii pielęgniarek. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6 (9): 643-652.

13. Wzorek A.: Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. Studia Medyczne 2008; 11:33-37.

14. Żuralska R, Mziray M, Postrożny D, Domagała P.: Poczucie własnej skuteczności a style radzenia sobie z sytuacją trudną u pielęgniarek pracujących z chorym umierającym. Przedsiębiorczość i Zarządzanie 2014; XV (12,Część II): 131–141.

15. Skorupska-Król A, Szabla A, Bodys-Cupak I.: Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. Pielęgniarstwo XXI wieku 2014; 1(46): 23-26.

Reakcje na sytuacje stresowe w opinii pielęgniarek na oddziałach zabiegowych

Occupational stress reactions among nurses working in surgical wards

IWONA CZARNIECKA[1,2], DOMINIKA PODSIADŁY[3], ROBERT ŚLUSARZ[1,4]

[1] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[2] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. Ks. J. Popiełuszki we Włocławku
[3] Oddział Pediatrii, Gastroenterologii, Kardiologii, Neurologii, Diabetologii i Endokrynologii, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr. W. Biegańskiego w Grudziądzu
[4] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, CM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.020
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Stres zawodowy jest zjawiskiem, które dotyka wielu osób pracujących zawodowo. Jest powszechnie uznawany jako efekt relacji między potrzebami pracownika i jego możliwościami,a wymaganiami jakie stawia środowisko.
Cel. Celem przeprowadzonych badań jest analiza strategii radzenia sobie ze stresem wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych.
Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone w grupie pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach zabiegowych w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr W. Biegańskiego w Grudziądzu. Przed przystąpieniem do badań otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej oraz Dyrekcji placówki. Narzędziami badawczymi w pracy był standaryzowany kwestionariusz Mini-Cope oraz kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej.
Wyniki. Analiza wyników dowiodła, że za główne czynniki stresogenne w pracy najwięcej respondentów uznało roszczeniowość pacjentów oraz

w takim samym stopniu na śmierć pacjentów i poczucie odpowiedzialności za drugą osobę. Jako czynniki stanowiące przypuszczalne źródło stresu i wypalenia zawodowego respondenci wskazało: złą organizację pracy, poczucie nieadekwatności wynagrodzenia do wykonywanej pracy oraz złą atmosferę w pracy. Respondenci z oddziału zabiegowego w radzeniu sobie ze stresem stosowali najczęściej strategię: aktywne radzenie sobie oraz style: aktywne radzenie sobie i akceptacja.

Wnioski. Zatrudnienie w oddziałach zabiegowych nie miało istotnego wpływu na wybór strategii i stylów radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki/pielęgniarzy.

Słowa kluczowe: stres, pielęgniarka, oddział zabiegowy

Abstract:

Introduction. Occupational stress is common among people professionally employed . It is related to the relationship between workers' needs and capacity as well as the requirements posed by the labour market.

Aim. The aim of the study was to analyse different strategies of dealing with occupational stress among nurses working in surgical wards.

Materials and methods. The study was carried out in a group of nurses working in surgical wards in dr Biegański Specialist Hospital in Grudziądz. The study was aproved by the Bioethics Committee and the management of the hospital. Standartised Mini-Cope questionnaire together with a questionnaire prepared by the researchers were used as study tools.

Results. The analysis proved that most respondents perceive patients' demanding attitude, the death of a patient as well as the sense of resposibility for a patient as the main stress factors.Wrong work organization , inadequate pay for the workload and bad working atmosphere represent potential source of stress and professional burnout. Active involvment in coping with stress and its acceptance were the strategies that the respondents used most often.

Conclusions. Work in the surgical wards had no significant effect on the choice of strategies and styles of coping with occupational stress.

Keywords: occupational stress, nurse, surgical ward

Wstęp

Pojęcie stresu jest stosunkowo trudne do zdefiniowania, pomimo tego, iż doświadczamy go niemal codziennie w naszym życiu. Określenie „stres" wywodzi się z języka angielskiego od słowa „*stress*". Stanowi ono jedno z bardziej znanych zagadnień psychologii, bowiem przypisuje się jemu odpowiedzialność za większość zaburzeń psychologicznych [1].

Koncepcje stresu według polskich autorów głównie nawiązują do jego psychologicznych uwarunkowań. Wśród nich należy wspomnieć o teorii sytuacji trudnych T. Tomaszewskiego. Przez taką sytuację autor rozumie rozbieżność między potrzebami lub zadaniami człowieka, tym jakie są możliwości ich zaspokojenia. Autor przypisał stres psychologiczny do definicji sytuacji trudnej. Ponadto wyróżnił kilka typów takiej sytuacji: przeciążenie, deprywację, utrudnienie oraz zagrożenie [2,3].

Stres jest wszechobecny, towarzyszy każdemu z nas. Niektórzy twierdzą, że stres jest elementem współczesnego świata [4].

Jeżeli mówimy o stresie to należy wspomnieć o potencjalnych źródłach (stresorach) tego zjawiska. Przez stresor należy rozumieć zewnętrzny lub wewnętrzny bodziec lub zdarzenie, które narusza względny spokój między środowiskiem, a podmiotem. Ze względu na istotę tak interpretowanego zjawiska źródła stresu możemy podzielić na biologiczne, fizyczne, społeczne oraz psychologiczne [3].

Jako fizyczne źródła zagrożenia stresu należy wymienić czynniki klimatyczne, poziom hałasu, stopień oświetlenia czy rodzaj promieniowania. Źródła stresu o podłożu biologicznym wiążą się z aktywnością i odpoczynkiem naszego organizm o określonych porach. Jeśli funkcjonowanie naszego organizmu z rytmem biologicznym jest zaburzone, wówczas jest to tzw. chronobiologiczny czynnik stresu. Kolejne czynniki psychologiczne stresu związane są z zakłóceniami, czy przeciążeniami jakie napotykamy w codziennym życiu. Chodzi tutaj głównie o nadmierne wymagania związane

z wykonywaniem danej czynności, czy o zbyt duży wysiłek umysłowy bądź fizyczny. W modelu stresu psychologicznego wyróżnia się także zagrożenia zarówno fizyczne – choroba, utrata życia ale także społeczne takie jak kompromitacja przed współpracownikami, czy odpowiedzialność za życie innych. Z kolei wśród społecznych czynników stresu główne źródła stresu stanowi rodzina, która jest traktowana jako pierwotny stresor. Decyduje ona o poziomie relacji emocjonalnych jak i społecznych [2].

Stres zawodowy jest zjawiskiem, które dotyka wiele osób pracujących zawodowo. Jest powszechnie uznawany jako efekt relacji między potrzebami pracownika i jego możliwościami a wymaganiami jakie stawia środowisko [5,6]. Głównym źródłem stresu w pracy zawodowej pielęgniarki jest przede wszystkim presja czasu. Nieprzewidywalne sytuacje takie jak: reanimacja, nagłe pogorszenie się stanu chorego wymagają od pielęgniarki dużej odpowiedzialności i szybkości działania. Doprowadza to do obniżenia efektywności pracy a co za tym idzie z postępującym zmęczeniem. Stresującym czynnikiem w pracy zawodowej pielęgniarki są także relacje z pacjentami, ich rodzinami czy nawet współpracownikami, które często z powodu narastającego napięcia emocjonalnego są źródłem stresu [7]. Powstawanie sytuacji stresogennych w pracy związane jest także z dysproporcją, pomiędzy wymaganiami jakie są stawiane pracownikom, a możliwościami indywidualnymi. Często wymagania są wyższe a niżeli możliwości. Związane jest to z brakiem kadry pielęgniarskiej w polskich szpitalach [8].

Obecnie wiele uwagi poświęca się zjawisku wypalenia zawodowego. Syndrom wypalonych sił, zwany też „ ang. burt out" zaczął budzić zainteresowanie naukowców od dawna. W 1971r. kiedy to po raz pierwszy zjawisko zostało opisane przez psychiatrę H. Freudenbergera [2]. Autor określił wypalenie zawodowe jako: „krańcowy stan wyczerpania spowodowany nadmiernym zapotrzebowaniem na energię i wszelkie zasoby, jakimi dysponuje jednostka" [9].

Praca pielęgniarki postrzegana jest jako służba drugiemu człowiekowi, która utożsamiana jest ze źródłem zadowolenia, sympatii, jednak często też bywa przyczyną zniechęcenia, braku satysfakcji. Obecnie w naszym kraju mamy do czynienia z niedostatkiem kadr w grupie zawodowej pielęgniarek, często młode wykształcone pielęgniarki wyjeżdżają za granicę w poszukiwaniu lepszych zarobków. Sytuacja ekonomiczna, powoduje wzrost wymagań jeśli chodzi o personel. Często pielęgniarki pracują zbyt wiele godzin tygodniowo, co niestety negatywnie wpływa na sytuację rodzinną, stan ich zdrowia ale również na jakość wykonywanej pracy. Dochodzi wówczas do powstania syndromu wypalenia zawodowego [10,11,12].

Celem przeprowadzonych badań jest analiza strategii radzenia sobie ze stresem wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w grupie pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach zabiegowych w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr W. Biegańskiego w Grudziądzu, po uzyskaniu pozytywnej zgody Komisji Bioetycznej oraz zgody Dyrekcji szpitala.

Narzędziami badawczymi w pracy był standaryzowany kwestionariusz Mini-Cope oraz kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej. Kwestionariusz dotyczył stresu oraz narażenia na wystąpienie wypalenia zawodowego.

Przed przystąpieniem do analizy baza danych została sprawdzona pod względem logiczności i kompletności odpowiedzi. Przyjęto hipotezę zerową (H_0), że nie ma różnicy w badanych grupach. Przyjęto również poziom istotności $p \leq 0,05$ jako poziom istotny statystycznie. Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano Statistica 10.0 i arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Excel wykorzystując standardowe funkcje tego programu.

Wyniki

Tabela 1. Grupy wiekowe badanych.

grupa wiekowa	N	%
22-35 lat	14	36,8
36-45 lat	9	23,7
46-50 lat	6	15,8
powyżej 50 lat	9	23,7
razem	38	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Badanych podzielono na cztery grupy wiekowe: 22-35 lat, 36-45 lat, 46-50 lat oraz powyżej 50 lat. Najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 22-35 lat – 14 osób (36,8%), najmniej liczną w wieku 46-50 lat – 6 osób (15,8%).

Tabela 2. Wykształcenie badanych.

wykształcenie	N	%
liceum medyczne	11	28,9
studium medyczne	4	10,5
licencjat pielęgniarstwa	10	26,3
magister pielęgniarstwa	13	34,2
razem	38	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Wśród badanych, najwięcej osób uzyskało tytuł magistra pielęgniarstwa – 13 osób (34,2%). Najmniejszą grupę badanych stanowili absolwenci studium medycznego – 4 osoby (10,5%).

Tabela 3. Miejsce zamieszkania badanych.

miejsce zamieszkania	N	%
wieś	9	23,7
miasto	29	76,3
razem	38	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Analizując wyniki z miasta pochodziło – 29 osób (76,3%), natomiast mieszkanie na wsi zdeklarowało 9 osób (23,7%).

Tabela 4. Najistotniejsze czynniki stresogenne w pracy pielęgniarki/ pielęgniarza w opinii badanych.

czynnik	N	%
bezradność w obliczu cierpienia	14	13,9
brak poprawy stanu zdrowia pacjenta	14	13,9
roszczeniowość pacjentów	25	24,8
śmierć pacjentów	24	23,8
poczucie odpowiedzialności za drugą osobę	24	23,8
razem	101	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Odpowiadając na pytanie o najważniejsze czynniki stresogenne w pracy pielęgniarki/ pielęgniarza, badani zaznaczali po kilka stwierdzeń. Najwięcej respondentów zaznaczyło roszczeniowość pacjentów – 25 osób (24,8%) oraz w takim samym stopniu na śmierć pacjentów i poczucie odpowiedzialności za drugą osobę – po 24 osoby (po 23,8%). Najmniej badanych wskazało na bezradność w obliczu cierpienia i brak poprawy stanu zdrowia pacjenta – po 14 osób (po13,9%).

Tabela 5. Czynniki stanowiące przypuszczalne źródła powstania stresu oraz wypalenia zawodowego w opinii badanych.

czynnik	N	%
zła organizacja pracy	31	19,6
duża odpowiedzialność za innych	26	16,5
praca zmianowa	20	12,7
poczucie nieadekwatności wynagrodzenia do wykonywanej pracy	31	19,6
konieczność pełnienia dyżurów nocnych i świątecznych	19	12,0
zła atmosfera w pracy	31	19,6
razem	158	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Na oddziale zabiegowym, najwięcej badanych podało wśród czynników stanowiących przypuszczalne źródło stresu i wypalenia zawodowego: złą organizację pracy, poczucie nieadekwatności wynagrodzenia do wykonywanej pracy oraz złą atmosferę w pracy –

po 31 osób (po 19,6%). Najmniej wskazało na konieczność pełnienia dyżurów nocnych i świątecznych – 19 osób (12,0%).

Tabela 6. Średnie wyniki strategii radzenia sobie ze stresem przez badanych.

strategia	średnia	SD
aktywne radzenie sobie	2,00	0,63
planowanie	1,78	0,60
pozytywne przewartościowanie	1,79	0,63
akceptacja	1,80	0,64
poczucie humoru	0,80	0,62
zwrot ku religii	0,68	0,78
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	1,72	0,78
poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	1,50	0,71
zajmowanie się czymś innym	1,82	0,66
zaprzeczanie	0,75	0,62
wyładowanie	1,30	0,74
zażywanie substancji psychoaktywnych	0,28	0,54
zaprzestanie działań	0,72	0,60
obwinianie siebie	1,07	0,74

Źródło: wynik badań własnych

Respondenci z oddziału zabiegowego w radzeniu sobie ze stresem stosowali najczęściej takie strategie jak: aktywne radzenie sobie– 2,0 punkty, zajmowani się czymś innym – 1,82 punktu, akcentacja – 1,80 punktu, pozytywne przewartościowanie i rozwój – 1,79 punktu oraz planowanie – 1,78 punktu. W najmniejszym stopniu badani wskazywali zaprzeczanie – 0,75 punktu, zaprzestanie działań – 0,72 punktu, zwrot ku religii – 0,68 punktu oraz zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,28 punktu.

Tabela 7. Średnie stylów radzenia sobie ze stresem.

styl (czynnik)	Średnia	SD
aktywne radzenie sobie	1,86	0,45
bezradność	0,69	0,39
poszukiwanie wsparcia	1,61	0,67
zachowania unikowe	1,29	0,43
zwrot ku religii	0,68	0,78
akceptacja	1,80	0,64
poczucie humoru	0,80	0,62

Źródło: wynik badań własnych

Respondenci pracujący na oddziale zabiegowym stosowali najczęściej takie style radzenie sobie ze stresem jak: aktywne radzenie sobie – 1,86 punktu i akceptacje – 1,8 punktu. Najmniej osób wybierało bezradność – 0,69 punktu oraz zwrot ku religii – 0,68 punktu.

Dyskusja

Pielęgniarki stanowią najbardziej liczną grupę zawodową wśród pracowników medycznych i odgrywają dużą rolę w opiece nad pacjentami. Jednak praca pielęgniarki wiąże się też z narażeniem na stres [13].Przyjmuje się, iż środowisko pracy pielęgniarek jest związane z dużym narażeniem na działanie czynników stresogennych, wynika to przede wszystkim z dużej odpowiedzialności za życie ludzie [12,13].

Stres zawodowy, według Państwowej Inspekcji Pracy, występuje wtedy, gdy „ (…) pracownicy doświadczają dyskomfortu psychicznego związanego z warunkami bądź wymaganiami pracy, w sytuacji, kiedy przekraczają one ich możliwości" [14]. Charakterystyczny rodzaj stresu, który występuje w przypadku pracy pielęgniarskiej jest najczęściej wynikiem bezpośredniego kontaktu z innym człowiekiem - pacjentem, który często cierpi i wymaga udzielenia bezzwłocznej pomocy, oczekując jednocześnie opieki indywidualnej i wsparcia psychologicznego [12].

Celem aktualnej pracy była analiza strategii i sposobów radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych.

W badaniach własnych najbardziej istotne czynniki stresogenne w pracy pielęgniarskiej według ankietowanych pracujących na oddziale zabiegowym to: roszczeniowość pacjentów, śmierć pacjenta, poczucie odpowiedzialności za drugą osobę. Respondenci, podali, że źródła stresu zawodowego to przede wszystkim wynagrodzenie nieadekwatne do pracy, zła organizacja i zła atmosfera w pracy.

Te same czynniki i źródła stresu powtarzają się również w wynikach badań innych autorów. Kędra i Sanak [10] odnotowują, że główną przyczyną stresu zawodowego, według 80% badanych pielęgniarek, są warunki płacowe. Pozostałe dominujące czynniki powodujące stres badanych to nadmiar dokumentacji,

odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, niezadowolenie i pretensje pacjentów i ich rodzin, praca zmianowa oraz dyżury nocne i świąteczne.

W badaniach własnych ze względu na poziom istotności ($p<0,05$) nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy miejscem zatrudnienia a strategiami i stylami radzenia sobie ze stresem. Respondenci stosowali najczęściej następujące strategie radzenia sobie ze stresem: aktywne radzenie sobie– 2,0 punkty, zajmowani się czymś innym – 1,82 punktu, akcentacja – 1,80 punktu, pozytywne przewartościowanie i rozwój – 1,79 punktu oraz planowanie – 1,78 punktu. W najmniejszym stopniu wybierali z kolei: zaprzeczanie – 0,75 punktu, zaprzestanie działań – 0,72 punktu, zwrot ku religii – 0,68 punktu oraz zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,28 punktu. Pielęgniarki/pielęgniarze stosowały najczęściej następujące style radzenia sobie ze stresem: aktywne radzenie sobie – 1,86 punktu i akceptacja – 1,8 punktu. W najmniejszym stopniu wybierali z kolei: bezradność – 0,69 punktu oraz zwrot ku religii – 0,68 punktu.

W swojej sytuacji zawodowej pielęgniarki, częściej niż przedstawiciele innych profesji, mogą być narażone na destrukcyjne działanie negatywnych emocji i stresu. W dotychczasowym modelu kształcenia pielęgniarek w Polsce umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach nie były rozwijane, zwłaszcza na poziomie przygotowania praktycznego. Można zatem przypuszczać, że przedstawiciele personelu pielęgniarskiego stosują co najwyżej zwyczajowe metody radzenia sobie ze stresem w pracy [15].

Żuralska i wsp. [16] przedstawili w swej pracy trzy strategie radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu (podejmowanie wysiłku poznawczego), styl skoncentrowany na emocjach (koncentrowanie się na własnych reakcjach emocjonalnych) i styl skoncentrowany na unikaniu (niemyślenie o problemie). Autorzy podkreślają, że osoba posiadająca więcej różnorodnych strategii radzenia sobie ze stresem, może je bardziej

elastycznie i skutecznie wykorzystywać. Rola stylu skoncentrowanego na zadaniu została podkreślona w rozumieniu dobrostanu, który sprzyja rozwojowi subiektywnego stanu zdrowia.

W badaniach Nyklewicza i Krajewskiej-Kułak [17], które objęły 100 studentów pielęgniarstwa z Białegostoku, zarejestrowano zadaniową reakcję na stres u 22% z nich. Styl skoncentrowany na emocjach odnotowano u 9% pielęgniarek, zaś styl skoncentrowany na unikaniu – również u 9% badanych. Wśród pozostałych 60% pielęgniarek żaden z tych stylów nie był dominujący.

Wnioski

1. Według pielęgniarek/pielęgniarzy roszczeniowość pacjentów, śmierć pacjentów oraz poczucie odpowiedzialności za drugą osobę stanowią główne czynniki stresogenne w pracy zawodowej.
2. Czynnikami stanowiącymi przypuszczalne źródła powstania stresu oraz wypalenia zawodowego zdecydowanie są zła organizacja pracy, zła atmosfera w pracy oraz poczucie nieadekwatności wynagrodzenia do wykonywanej pracy.
3. Zatrudnienie w oddziałach zabiegowych nie miało istotnego wpływu na wybór strategii i stylów radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki/pielęgniarzy.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Dla przeciwdziałania stresowi w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy należy rozwijać i wzmacniać umiejętności dotyczące rozwiązywania konfliktów, poprawy relacji interpersonalnych w zespole terapeutycznym oraz doskonalić zasady efektywnej komunikacji i zarządzania czasem pracy, jak również zwrócić szczególną uwagę na kształtowanie i modyfikowanie

asertywnego modelu radzenia sobie ze stresem oraz trudnym pacjentem.

Powyższe działania wpłyną pozytywnie na poprawę jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej i komfort pracy pielęgniarki.

Bibliografia / Bibliography:

1. Bartkowiak G.: Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2009; 13-20.

2. Borys B., Majkowicz M.: Psychologia w medycynie. Wyd. AMG, Gdańsk 2006;67-108,160-196.

3. Terelak J. F.: Człowiek i stres. Wyd. Branta, Warszawa 2008; 21-0,99-108,152-160,229-246,289-333.

4. Nowak – Starz G., Kozak B., Zdziebło K.: Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Studia Medyczne 2013; 29(1): 15-21.

5. Łodzińska J.: Seminare- poszukiwania naukowe. Stres zawodowy narastającym zjawiskiem w miejscu pracy. Wyd. Towarzystwo Naukowe Franciszka Salezego , Kraków 2010; 162-170.

6. Waszkowska M., Merecz D., Drabek M.: Programy prewencji stresu zawodowego – strategie, techniki, ocena skuteczności. Medycyna Pracy 2009; 60(6):523–529.

7. Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Budziński W.: Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej. Ann. Acad. Med. Gedan., Gdańsk 2009; 145-153.

8. Wzorek A.: Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. Studia Medyczne 2008; 11:33-37.

9. Freudenberger H. J.: Staff Burnout. Journal of Social Issues,1974 30 (1): 159-165.

10. Kędra E, Sanak K.: Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. Piel. Zdr. Publ. 2013; 3 (2): 119–132.

11. Sęk H.: Wypalenie zawodowe. PWN, Warszawa 2004; 84-96,182-187.

12. Wilczek-Rużyczka E.: Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2008; 46-49.

13. Kędra E, Nowocień M.: Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek. Pielęgniarstwo Polskie 2015; 3(57): 293-306.

14. Stres w miejscu pracy- stan prawny, przeciwdziałanie oraz działania związków zawodowych. http://www.opzz.org.pl/documents/707532/707723/publikacja+stres.pdf [dostęp: 08.06.2017].

15. Nyklewicz W, Krajewska-Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 248-254.

16. Żuralska R, Mziray M, Postrożny D, Domagała P.: Poczucie własnej skuteczności a style radzenia sobie z sytuacją trudną u pielęgniarek pracujących z chorym umierającym. Przedsiębiorczość i Zarządzanie 2014; XV (12,Część II): 131–141.

17. Skorupska-Król A, Szabla A, Bodys-Cupak I.: Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. Pielęgniarstwo XXI wieku 2014; 1(46): 23-26.

Świadomość wyboru zdrowych produktów spożywczych wśród studentów pielęgniarstwa

Healthy choice of food products among nursing students

MONIKA SANDER-GRABOWSKA[1], BEATA PRZYSTAŚ[1], ANNA ANTCZAK-KOMOTERSKA[2]

[1] Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.021
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Jednym z ważnych czynników wpływających na zdrowie człowieka jest prawidłowe odżywianie.
Cel. Celem pracy była analiza świadomości wyboru produktów spożywczych pozytywnie wpływających na zdrowie wśród studentów pierwszego roku kierunku pielęgniarstwo.
Materiał i metody. Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a jako narzędzie badawcze kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ). Badania zostały przeprowadzone wśród studentów pierwszego roku kierunku pielęgniarstwo.
Wyniki. Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że w większości studenci są świadomi wpływu wyboru zdrowych produktów spożywczych na zachowanie zdrowia.

Wnioski. Studenci w przedziale wiekowym 20-25 lat i 31 lat i więcej jedzą więcej warzyw i owoców oraz unikają żywności z konserwantami. Najmłodsza grupa osób spożywa więcej pieczywa pełnoziarnistego oraz ogranicza spożycie soli i tłuszczów zwierzęcych.
Słowa kluczowe: produkty spożywcze, studenci, zdrowie

Abstract:
Introduction. Proper diet is one of the most important health determinants.
Aim. The aim of the work was to analyze healthy choice of food products that enhances health among first-year nursing students.
Material and Methods. The study used the diagnostic survey method as well as the Inventory of Health Behavior (IZZ) questionnaire as a research tool. The research was conducted among first-year nursing students.
Results. The analysis of the conducted research shows that in most cases students are aware of the impact of healthy choice of food products on health behavior.
Conclusions. Students in the age group of 20-25 year-olds and 31 year- olds and more eat more vegetables and fruit and avoid food with preservatives. The youngest group of people consumes more whole meal bread and reduces salt and animal fats consumption.
Key words: food products, students, health

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zdrowie to stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby. Styl życia w 50% wpływa na nasze zdrowie. Pozostałe czynniki to: środowisko (20%), czynniki genetyczne (20%), opieka zdrowotna (10%) [1].

Prawidłowe odżywianie sprzyja zdrowiu i dobremu samopoczuciu, wpływa na system immunologiczny oraz funkcjonowanie wszystkich układów. Obniża także ryzyko wystąpienia chorób, nadwagi i otyłości oraz przewlekłych chorób dietozależnych, czyli cukrzycy typu 2 i chorób układu krążenia.

Pełnowartościowa, całodzienna dieta powinna uwzględniać produkty z różnych grup takich, jak:

- Mleko i produkty mleczne zawierające łatwo przyswajalne białko, wapń, witaminy z grupy B
- Mięso jako ważne źródło białka, witamin (B_1, B_{12}, PP) oraz żelaza i cynku
- Ryby będące źródłem nienasyconych kwasów tłuszczowych
- Produkty zbożowe zawierające węglowodany złożone, witaminy z grupy B oraz składniki mineralne takie jak fosfor, wapń, magnez, selen
- Warzywa, które są źródłem węglowodanów, cukrów prostych, błonnika, składników mineralnych i witamin
- Owoce jako źródło cukrów prostych, dwucukrów, wielocukrów, witamin
- Tłuszcze spożywcze będące mieszaniną nasyconych i nienasyconych kwasów tłuszczowych, witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K) i stanowiące źródło energii [2].

Już w czasach starożytnych wiadomo było, że najistotniejszym czynnikiem determinującym stan zdrowia jest sposób odżywiania się [3].

Prewencja chorób cywilizacyjnych skupia się przede wszystkim na promocji zachowań prozdrowotnych, w tym zdrowego i racjonalnego odżywiania się, systematycznej aktywności fizycznej oraz wykonywania okresowych badań przesiewowych [4].

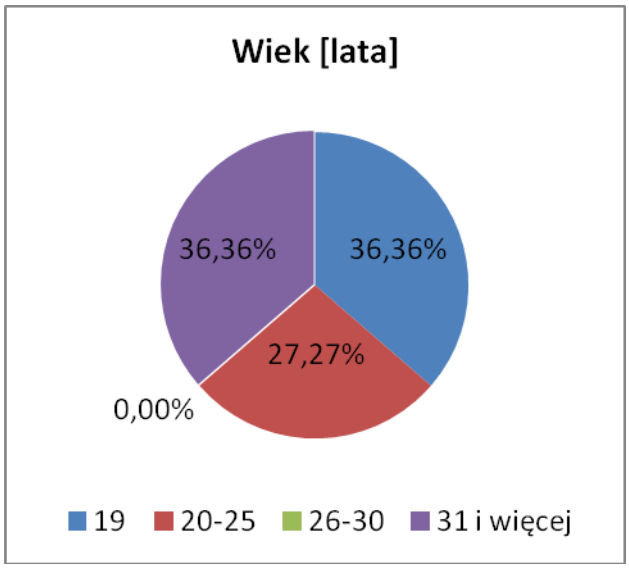
Celem pracy jest analiza świadomości wyboru zdrowych produktów żywnościowych studentów pierwszego roku kierunku pielęgniarstwo.

Materiał i metody

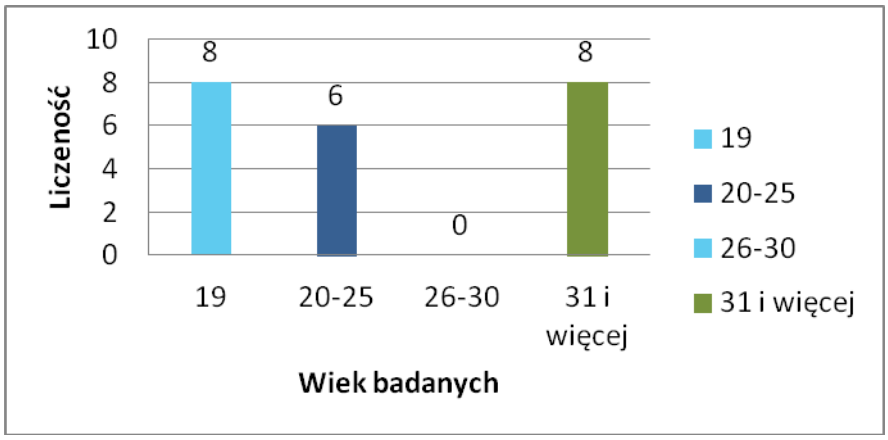
Badania przeprowadzono wśród 22 studentów I roku kierunku pielęgniarstwo (studia stacjonarne) w Państwowej Wyższej

Szkole Zawodowej we Włocławku w roku akademickim 2017/2018. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę szacowania, a także technikę ankietowania i technikę skali szacunkowej. Jako narzędzie badawcze wykorzystano Kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ), zakupiony w Pracowni Testów Psychologicznych. Analizie poddano odpowiedzi respondentów odnoszące się do nawyków żywieniowych. Udział w badaniach był anonimowy i dobrowolny. Dane zebrano w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel 2003; określono udział procentowy odpowiedzi, a także liczbę punktów i ich średnią uzyskaną przez badanych. Wyniki zostały przedstawione w formie rycin i tabel.

W badanej grupie przeważały osoby w przedziale wiekowym 19 lat i mniej oraz 31 lat i więcej, odpowiednio 36,36% (8 osób) i 36,36% (8 osób). Respondenci w wieku 20-25 stanowili 27,27% badanych (6 osób). Wśród studentów nie było żadnej osoby w przedziale wiekowym 26-30 lat (rycina 1 i 2).



Rycina 1. Wiek badanej grupy.
Źródło: wynik badań własnych



Rycina 2. Liczebność badanej grupy.
Źródło: wynik badań własnych

Analizie poddano odpowiedzi respondentów na następujące pytania:

1. Czy jem dużo warzyw, owoców?
2. Czy ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier?
3. Czy dbam o prawidłowe odżywianie?
4. Czy unikam spożywania żywności z konserwantami?
5. Czy unikam soli i silnie solonej żywności?
6. Czy jem pieczywo pełnoziarniste?

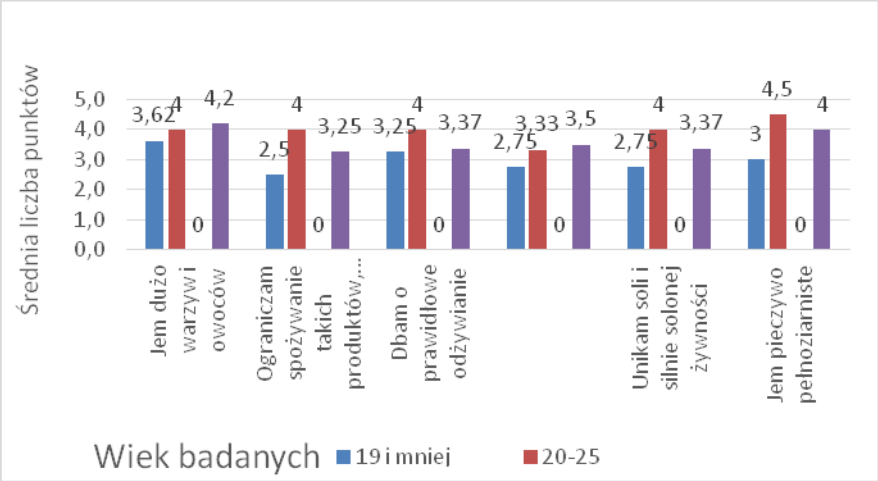
Badani udzielali odpowiedzi wybierając ich następujące warianty: prawie nigdy, rzadko, od czasu do czasu, często, prawie zawsze.

Wyniki

Tabela 1 przedstawia sposób odżywiania studentów z podziałem na kategorie wiekowe. Największą liczbę punktów w tym zakresie uzyskiwali studenci z grupy wiekowej 20-25 lat.

Osoby w wieku 20-25 lat zebrali największą liczbę punktów odpowiadając na pytania: ograniczam tłuszcze zwierzęce i cukier

(4 pkt.), dbam o prawidłowe odżywianie (4 pkt.), unikam soli i silnie solonej żywności (4 pkt.), jem pieczywo pełnoziarniste (4,5 pkt.). W grupie wiekowej 31 lat i więcej studenci uzyskali największą liczbę punktów odpowiadając na pytania: jem dużo warzyw i owoców (4,2 pkt.), unikam spożywania żywności z konserwantami (3,5 pkt.). Najniższą ilość punktów zdobyli studenci w wieku 19 lat i poniżej udzielając odpowiedzi następujące na pytania: jem dużo warzyw i owoców - 3,62 pkt., dbam o prawidłowe odżywianie - 3,25 pkt., jem pieczywo pełnoziarniste - 3 pkt., unikam spożywania żywności z konserwantami oraz unikam soli i silnie solonej żywności odpowiednio po 2,75 pkt., ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier – 2,5 pkt. (rycina 3, tabela 1).



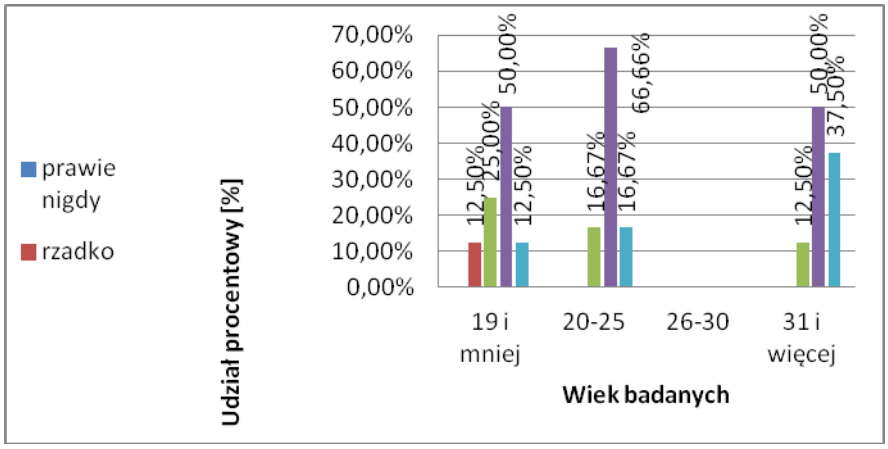
Rycina 3. Preferencje żywieniowe badanych ze względu na wiek.
Źródło: wynik badań własnych

Tabela 1. Preferencje żywieniowe badanych ze względu na wiek.

Kategoria zachowań	Nawyki żywieniowe					
Nr pytania	1	5	9	13	17	21
Treść pytania	Jem dużo warzyw, owoców	Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	Dbam o prawidłowe odżywianie	Unikam spożywania żywności z konserwantami	Unikam soli i silnie solonej żywności	Jem pieczywo pełnoziarniste
Wiek [lata]	Średnia liczba punktów					
19 i mniej	3,62	2,5	3,25	2,75	2,75	3,0
20-25	4,0	4,0	4,0	3,33	4,0	4,5
26-30	0	0	0	0	0	0
31 i więcej	4,2	3,25	3,37	3,5	3,37	4,0

Źródło: wynik badań własnych

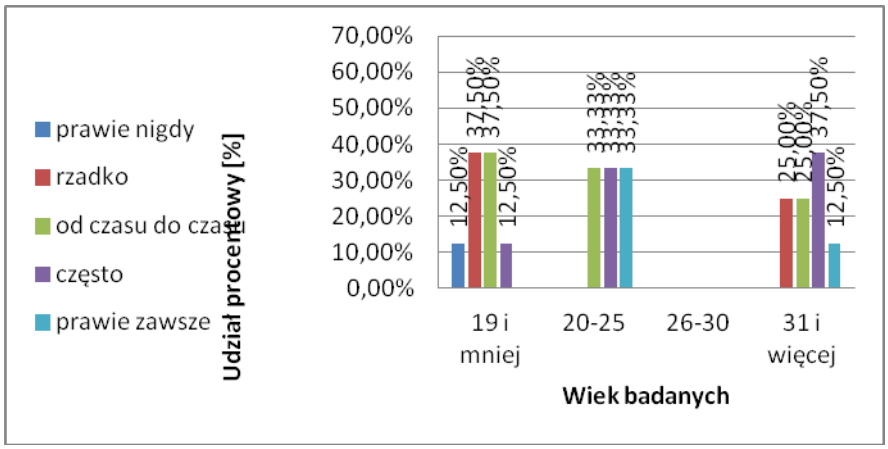
Jak wynika z ryciny 4, ponad połowa ankietowanych ze wszystkich grup wiekowych często spożywa warzywa i owoce. W najmłodszej grupie wiekowej jedynie 1 osoba (12,5%) odpowiedziała, że czyni to rzadko. W przedziale wiekowym 19 i mniej prawie zawsze sięga po owoce i warzywa 12,5% (1 osoba), w przedziale 20-25 lat – 16,67% (1 osoba), natomiast w najstarszej grupie wiekowej 31 i więcej – 37,5% (3osoby).



Rycina 4. Jem dużo warzyw, owoców.
Źródło: wynik badań własnych

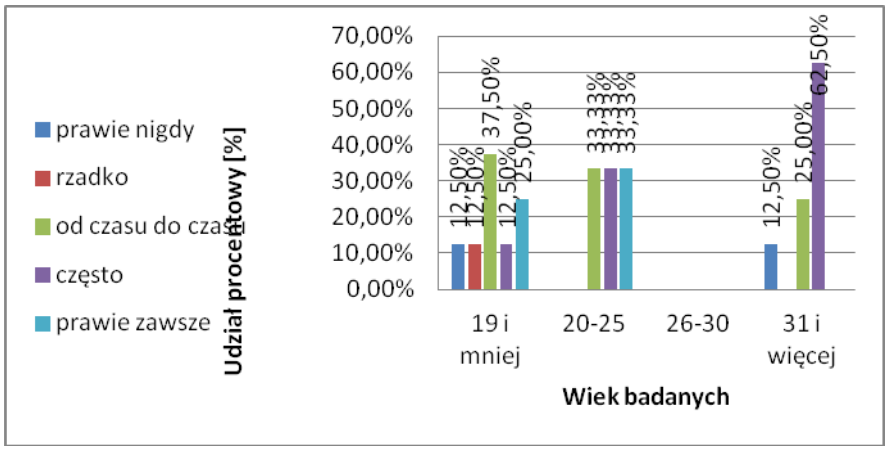
Dalszej analizie poddano ograniczenie spożycia takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce i cukier. Tutaj odpowiedzi nie były jednoznaczne. Połowa 19-latków nie ogranicza spożycia tych produktów. Natomiast pozostali respondenci czynią to tylko okazjonalnie a jedynie 1 osoba (12,5%) - często. Większą świadomość w tym zakresie posiadają 20-25-latki bowiem 66,66% (6 osób) ogranicza spożycie tłuszczów zwierzęcych i cukru zawsze lub prawie zawsze. Z kolei 33,33% badanych (2 osoby) robi to od czasu do czasu. Rzadko lub tylko od czasu do czasu zadeklarowała ograniczenie

spożycia tłuszczów i cukru połowa 31-latków, a 37,5% (3 osoby) czyni to często (rycina 5).



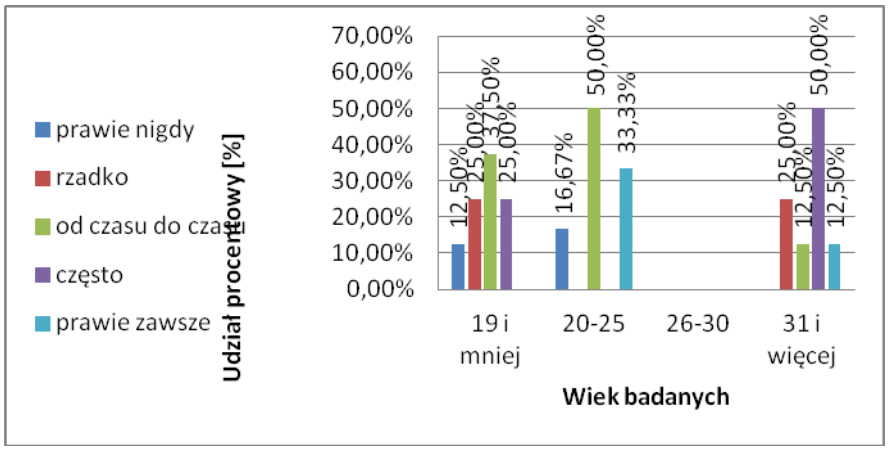
Rycina 5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier.
Źródło: wynik badań własnych

Prawidłowo odżywia się jedynie 37,5% 19-latków (3 osoby), natomiast 25% z nich (2 osoby) nie robi tego wcale. Zdecydowana większość respondentów (62,5%) z grupy wiekowej 31 i więcej (5 osób) odżywia się prawidłowo, a jedynie 1 osoba (12,5%) odpowiedziała, że nie robi tego prawie nigdy. W grupie wiekowej 20-25 lat odpowiedzi rozłożyły się równomiernie - po 33,33% - 2 osoby dbają o prawidłowe odżywianie od czasu do czasu, 2 osoby czynią to często a 2 osoby prawie zawsze (rycina 6).



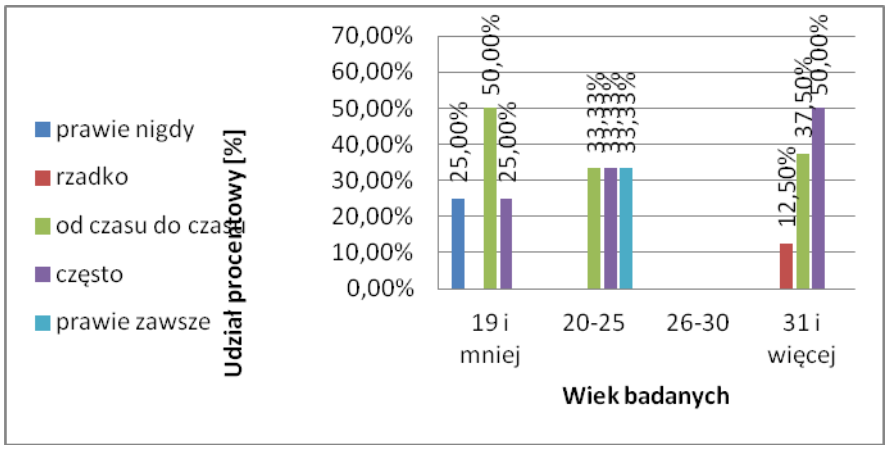
Rycina 6. Dbam o prawidłowe odżywianie.
Źródło: wynik badań własnych

Rycina 7 przedstawia preferencje żywieniowe respondentów dotyczące unikania spożywania żywności z konserwantami. Większość 19-latków (62,5% -5 osób) robi to od czasu do czasu, bądź często unika żywności przetworzonej, prawie zawsze czyni to 33,33% (2 osoby) 20-25-latków. Połowa studentów w badanej grupie w wieku 20-25 lat (3 osoby) korzysta z takiej żywności od czasu do czasu. Żywność z konserwantami spożywa 25% respondentów (2 osoby) w przedziale wiekowym 31 lat i więcej.



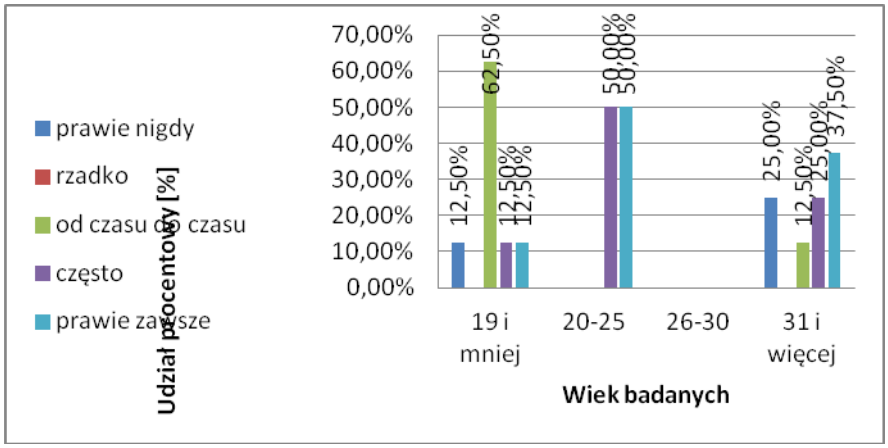
Rycina 7. Unikam spożywania żywności z konserwantami.
Źródło: wynik badań własnych

Jak wynika z ryciny 8 - 25% 19-latków (2 osoby), 33,33% 20-25-latków (2 osoby) i 50% 31-latów (4 osoby) odpowiedziała, że często unika spożywania soli i silnie solonej żywności. Prawie nigdy lub rzadko czyni to 25% 19-latków (2 osoby) i 1 student w grupie 31latków (12,5%) (rycina 8).



Rycina 8. Unikam soli i silnie solonej żywności.
Źródło: wynik badań własnych

Pytanie dotyczące spożywania pieczywa pełnoziarnistego było ostatnim z pytań w ankiecie poddanych analizie. Najwięcej osób, które nie sięga po pieczywo z ziarnem dotyczyło najmłodszej i najstarszej grupy respondentów - odpowiednio 12,5% (1 osoba) i 25% (2 osoby). Ponad połowa 19-latków (62,5%- 5 osób) spożywa takie pieczywo jedynie okazjonalnie. Wszyscy respondenci z przedziału wiekowego 20-25 lat jedzą pieczywo pełnoziarniste, natomiast w najstarszej grupie czyni to 62,5% badanych (5 osób) (rycina 9).



Rycina 9. Jem pieczywo pełnoziarniste.
Źródło: wynik badań własnych

Dyskusja

Wyniki badań z zastosowaniem kwestionariusza (IZZ) wykazują, że studenci I roku kierunku pielęgniarstwo reprezentują zróżnicowany poziom zachowań prozdrowotnych, z tendencją do zwracania uwagi na styl życia, a w szczególności na zdrowy sposób odżywiania. Jest to bardzo istotne z punktu widzenia wykonywanego w przyszłości zawodu. Od przedstawicieli zawodów medycznych wymaga się bowiem wiedzy i kompetencji w kształtowaniu

prawidłowych nawyków mających wpływ na zdrowie człowieka. Edukacja społeczeństwa w zakresie zdrowego stylu życia odbywa się także dzięki mediom oraz programom profilaktycznym i kampaniom społecznym [5].

Jak wynika z przeprowadzonych badań własnych respondenci mają świadomość wpływu wyboru zdrowych produktów żywnościowych na zdrowie i starają się przestrzegać tych zasad na co dzień jedząc owoce i warzywa, pełnoziarniste pieczywo, ograniczając spożycie produktów zawierających: tłuszcze zwierzęce, cukier, sól, konserwanty.

Z badań WOBASZ (Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności) wynika, że spożycie tłuszczów wśród ludności w Polsce, znacznie przekracza zalecaną dawkę dziennego zapotrzebowania, natomiast korzystanie z produktów zbożowych jest niższe od zalecanego. Jedynie spożycie owoców i warzyw w większości badanych województw można uznać za zadowalające, ponieważ przekroczyło ono minimalną zalecaną dawkę (400g) [6]. Z badań GUS (Główny Urząd Statystyczny) z 2014r. wynika, że spożycie owoców deklarowało 59% a warzyw 57% dorosłych mieszkańców Polski [7]. Dane WOBASZ i GUS wskazują jednak na to, że spożycie warzyw i owoców jest nadal niewystarczające wśród polskiej ludności.

Ponieważ studenci podczas dalszej nauki będą kształtowali kompetencje w zakresie promowania prawidłowych zachowań prozdrowotnych, powinni oni zwrócić szczególną uwagę na działania mające na celu zwiększenie spożycia owoców i warzyw. Prowadzenie prawidłowego stylu życia należy rozpocząć od siebie, rodziny i najbliższego otoczenia, co będzie miało przełożenie na wzrost świadomości społeczeństwa w tym zakresie [8].

Działania zmierzające do zmiany zachowań zdrowotnych polskiej populacji zostały uwzględnione w założeniach NPZ (Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020), którego cele

operacyjne obejmują: poprawę sposobu żywienia, stanu odżywiania oraz promocję aktywności fizycznej wśród Polaków [9].

Wnioski

Przeprowadzone badanie pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Osoby w przedziale wiekowym 20-25 lat i 31 lat i więcej, jedzą więcej warzyw i owoców oraz unikają żywności z konserwantami.
2. Najmłodsza grupa studentów spożywa więcej pieczywa pełnoziarnistego oraz ogranicza spożycie soli i tłuszczów zwierzęcych.
3. Wszystkie grupy badanych wykazują wiedzę na temat wpływu prawidłowego odżywiania na stan zdrowia.
4. Nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy miejscem odczuwanych dolegliwości bólowych a nasileniem bólu.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Studenci pielęgniarstwa wybierający zdrowe produkty żywnościowe będą w stanie w przyszłości propagować wśród swoich pacjentów pozytywne postawy w zakresie racjonalnego żywienia.

Bibliografia / Bibliography:

1. Heszen I, Sęk H, Psychologia zdrowia, PWN, Warszawa 2007.
2. Woynarowska B, Edukacja zdrowotna, PWN, Warszawa 2017; 359-362.
3. Gawęcki J, Roszkowski W, Żywienie człowieka, a zdrowie publiczne, T. 3, PWN, Warszawa 2009; 5.

4. Gawęcki J, Roszkowski W. Żywienie człowieka a Zdrowie Publiczne. T. 3. PWN, Warszawa 2009; 223-228.

5. Dobrzyński B, Dziad A, Nazar K, Prozdrowotne wychowanie dzieci i młodzieży, Warszawa 1998.

6. Sygnatowska E, Waśkiewicz A, Gałuszek J, Spożycie produktów spożywczych przez dorosłą populację Polski. Wyniki programu WOBASZ, Kardiologia polska 2005; 57.

7. GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014r., Warszawa 2016; 88-89.

8. Wojnowska B, Edukacja zdrowotna, Warszawa 2017.

9. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej w dnia 16 września 2016r. poz. 1492.

Porównanie wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwo ze studentami kierunków pozamedycznych na temat wirusowego zapalenia wątroby typu B

The knowledge of Hepatitis B – comparison between nursing students and other students of non-medical faculties

MAGDALENA ZAWIDZKA[1], ELŻBIETA NAZAR[1], MARTA KAMIŃSKA[1], ANNA ANTCZAK-KOMOTERSKA[1,2]

[1] Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.022
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Wirusowe zapalenie wątroby typu B to choroba zakaźna wywołana przez wirusa HBV (Hepatitis B Virus). Wirus ten jest około 100 razy bardziej zakaźny niż HIV. Nie rozpoznana choroba przechodzi w stan przewlekły i prowadzi do poważnych powikłań. Istotne ryzyko zakażenia HBV dotyczy pracowników ochrony zdrowia, w tym pielęgniarek, w związku z ekspozycją zawodową.
Cel. Celem badań była analiza wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwo oraz innych pozamedycznych kierunków na temat WZW typu B.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 103 studentów kierunku pielęgniarstwo oraz 103 studentów kierunków pozamedycznych. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Zdecydowana większość studentów kierunku pielęgniarstwo dysponuje prawidłową wiedzą na temat czynników ryzyka zakażenia, profilaktyki i diagnostyki WZW typu B. Wśród studentów innych kierunków widać zdecydowanie niższy poziom wiedzy w zakresie czynników ryzyka zakażenia, profilaktyki oraz diagnostyki WZW typu B.
Wnioski. Studenci kierunku pielęgniarstwo powinni aktywnie uczestniczyć w działaniach i programach profilaktycznych, które mają na celu ograniczenie ryzyka zachorowań na WZW typu B. Świadomość studentów kierunków pozamedycznych powinna być znacznie podwyższona w zakresie czynników ryzyka zakażeniem, profilaktyki oraz diagnostyki WZW typu B.
Słowa kluczowe: HBV, profilaktyka, wiedza

Abstract:
Introduction. Hepatitis B is an infectious disease caused by HBV (Hepatitis B Virus). This virus is about 100 times more infectious than HIV. An undiagnosed disease progresses into a chronic condition and leads to serious complications. Health care workers, including nurses, are at risk of HBV infection due to their occupational exposure.
Aim. The aim of the study was to analyze the knowledge of nursing students and other non-medical students on hepatitis B.
Material and methods. The study was conducted among 103 students of nursing and 103 other students of non-medical faculties . The method of diagnostic survey, questionnaire technique and author's questionnaire were used.
Results. The vast majority of nursing students have considerable knowledge of the risk factors for infection, prevention and diagnosis of hepatitis B. Among students of other faculties , there is a significantly lower level of knowledge regarding risk factors for infection, prevention and diagnosis of hepatitis B.
Conclusions. Nursing students should actively participate in preventive activities and programs that aim to reduce the risk of hepatitis B. The awareness of non-medical students should be significantly increased in terms of risk factors for infection, prevention and diagnosis of hepatitis B.

Keywords: HBV, prevention, knowledge

Wstęp

Wirusowe zapalenie wątroby typu B wywoływane jest przez wirus HBV (Hepatitis B Virus). Prowadzi on do ostrego lub przewlekłego zapalenia wątroby, a w powikłaniach do raka wątrobowokomórkowego i marskości wątroby.

Rozpoznanie zakażenia przewlekłego następuje zazwyczaj przypadkowo, np. podczas badań ogólnego stanu zdrowia czy też podczas badania kwalifikacyjnego dawcy krwi. Podwyższona aktywność aminotransferaz sugeruje wykonanie dalszych badań w kierunku potwierdzenia WZW. Najpopularniejszy test diagnostyczny to test enzymoimmunologiczny, ELISA. W surowicy można oznaczyć spośród antygenów – HBsAg i HBeAg oraz spośród przeciwciał anty-HBs, anty-HBe, anty-HBc) i anty-HBcIgM. Bardzo ważnym narzędziem diagnostycznym jest biopsja wątroby. Badaniom powinni być poddawane osoby z tzw. grupy zwiększonego ryzyka. Zaliczają się do nich pacjenci wielokrotnie hospitalizowani, poddawani zabiegom chirurgicznym, osoby, którym przetaczano krew lub składniki krwiopochodne, narkomani, pracownicy służby zdrowia, byli lub aktualni więźniowie, osoby posiadające tatuaże, homoseksualiści, promiskuici i inni [1].

Zakazić możemy się poprzez kontakt z zakażoną krwią (wystarczy 0,00004 ml krwi), ale także z wydalinami osoby zakażonej HBV (wydzielina z pochwy, mleko kobiece, mocz)[2]. Nie zakazimy się poprzez codzienne kontakty towarzyskie, np. podawanie rąk, korzystanie z tych samych sztućców i naczyń stołowych [3].

Leczenie przewlekłego zapalenia wątroby nadal jest trudnym problemem. Obecnie stosuje się lek pegylowany interferon alfa (33% skuteczności) oraz leki antywirusowe np. entekavir, tenofovir, telbivudyna.

W naszym kraju zachorowalność na tę chorobę spadła od chwili wprowadzenia szczepień ochronnych. Dlatego konieczne jest w dalszym ciągu propagowanie i zalecanie tych szczepień wszystkim

osobom, które nie są objęte szczepieniami obowiązkowymi, a przede wszystkim dzieciom i młodzieży [3].

Celem badań była analiza wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwo oraz innych kierunków, takich jak informatyka, zarządzanie, filologia angielska, mechanika i budowa maszyn, nowe media i e-biznes na temat dróg zakażenia oraz profilaktyki WZW typu B.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 103 studentów kierunku pielęgniarstwo oraz 103 studentów innych kierunków. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki

Poniżej zaprezentowano wyniki badań własnych. Wykazują one stan wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwo oraz innych kierunków takich jak informatyka, zarządzanie, filologia angielska, mechanika i budowa maszyn, nowe media i e-biznes odnośnie Wirusowego Zapalenia Wątroby typu B.

Tabela 1. Opinie respondentów nt. konsekwencji WZW typu B.

1.Czy wirusowe zapalenie wątroby może być przyczyną marskości wątroby i nowotworów złośliwych?		
Odpowiedzi	Pielęgniarstwo	Inne kierunki
Tak	83,5%	61,2%
Nie	5,8%	28,2%
Nie wiem	10,7%	10,6%

Źródło: wynik badań własnych

Powyższa tabela 1 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „ Czy wirusowe zapalenie wątroby może być przyczyną marskości wątroby i nowotworów złośliwych?". Zdecydowana większość respondentów na kierunku pielęgniarstwo odpowiedziała twierdząco (83,5%), natomiast niewielki odsetek ankietowanych (10,7%) nie był pewny swojej odpowiedzi. Rozwój marskości wątroby i nowotworów złośliwych jako konsekwencję WZWZ typu B zanegowało tylko 5,8% ankietowanych. Zauważalna większość respondentów innych kierunków (61,2%) zgodziła się z zadanym pytaniem, natomiast nieznaczna grupa ankietowanych (10,6%) nie potrafiła udzielić odpowiedzi. Stanowcza grupa respondentów (28,2%) zaprzeczyła by wirusowe zapalenie wątroby miało doprowadzić do marskości wątroby i nowotworów złośliwych.

Tabela 2. Opinie respondentów nt. zakażenia WZW typu B przez kontakt z krwią.

2.Czy do zakażenia wystarczą nawet śladowe ilości krwi, które nie są widoczne gołym okiem?		
Odpowiedzi	Pielęgniarstwo	Inne kierunki
Tak	72,8%	61,2%
Nie	13,6%	25,2%
Nie wiem	13,6%	13,6%

Źródło: wynik badań własnych

Powyższa tabela 2 obrazuje procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „ Czy do zakażenia wystarczą nawet śladowe ilości krwi, które nie są widoczne gołym okiem?". Odpowiedzi twierdzącej na kierunku pielęgniarstwo udzieliło 72,8% badanych. Nie był pewien swojego stanowiska w tym zakresie lub zaprzeczył takiej możliwości zakażenia podobny odsetek ankietowanych studentów pielęgniarstwa (odpowiednio po 13,6%). Respondenci innych kierunków odpowiedzieli twierdząco w 61,2%, natomiast znaczna grupa badanych(25,2%) zanegowała informację, że do zakażenia wystarczą

niewielkie ilości krwi. Podobnie jak w przypadku studentów pielęgniarstwa, studenci innych kierunków (13,6%) nie było pewnych swojej odpowiedzi.

Tabela 3. Opinie respondentów nt. zakażenia WZW typu B w przebiegu zabiegów stomatologicznych.

3. Czy możemy zakazić się WZW typu B u dentysty, który wykonuje borowanie lub skaling (usuwanie kamienia nazębnego)?		
Odpowiedzi	Pielęgniarstwo	Inne kierunki
Tak	74,8%	55,3%
Nie	11,6%	29,1%
Nie wiem	13,6%	15,6%

Źródło: wynik badań własnych

W przedstawionej tabeli 3 zaprezentowano procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy możemy zakazić się WZW typu B u dentysty, który wykonuje borowanie lub skaling (usuwanie kamienia nazębnego)". Zaprzeczyło takiej możliwości zakażenia 11,7% ankietowanych studentów pielęgniarstwa. Z kolei 13,6% nie potrafiła jednoznacznie zająć stanowiska na powyższe pytanie. Zdecydowana większość respondentów na kierunku pielęgniarstwo (74,8%) potwierdziła, że do zakażenia HBV może dojść również w czasie zabiegów stomatologicznych. Znaczna grupa badanych (29,1%) z innych kierunków zaprzeczyła by wizyta u stomatologa mogła się przyczynić do zakażenia. Świadomość, iż korzystanie z usług dentysty może nieść ze sobą konsekwencje zarażenie się WZW ma 55,3% ankietowanych. Natomiast 15,6% badanych nie potrafiła się ustosunkować do zadanego pytania.

Tabela 4. Opinia respondentów nt. zakażenia WZW typu B podczas badań endoskopowych.

4. Czy możemy zakazić się WZW typu B podczas badań

endoskopowych?		
Odpowiedzi	Pielęgniarstwo	Inne kierunki
Tak	76,7%	41,7%
Nie	7,8%	29,15%
Nie wiem	15,5%	29,15%

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 4 obrazuje procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „ Czy możemy zarazić się WZW typu B podczas badań endoskopowych?". Większość badanych (76,7%) studentów pielęgniarstwa odpowiedziała twierdząco na pytanie. Z kolei niewielka grupa ankietowanych (15,5%) nie potrafiła udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Natomiast 7,8% respondentów zaprzeczyła, że podczas badań endoskopowych istnieje ryzyko zakażenia WZW typu B. W przypadku innych kierunków taka sama ilość badanych nie znała odpowiedzi lub zaprzeczyła by do zakażenia mogło dojść podczas badań endoskopowych (odpowiednio 29,15%). Natomiast 41,7% respondentów wiedziało, że diagnostyka endoskopowa może być przyczyną zakażenia WZW.

Tabela 5. Opinia respondentów nt. zakażenia WZW typu B w czasie zabiegów kosmetycznych i fryzjerskich.

5. Czy możemy zakazić się WZW typu B u fryzjera i kosmetyczki?		
Odpowiedzi	Pielęgniarstwo	Inne kierunki
Tak	83,5%	49,5%
Nie	5,8%	34,0%
Nie wiem	10,7%	16,5%

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 5 prezentuje procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy możemy zakazić się WZW typu B u fryzjera i kosmetyczki?". Świadomość zakażenia HBV w salonie kosmetycznym lub fryzjerskim miała grupa 83,5% respondentów kierunku pielęgniarstwo. Nieznaczny odsetek badanych (5,8%) nie potrafił odpowiedzieć

na powyższe pytanie. Z kolei 10,7% badanych nie potrafiła jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Studenci innych kierunków(34%) stanowczo zaprzeczyli by wizyty w salonach kosmetycznych i fryzjerskich przyczyniały się do zakażenia WZW. Blisko połowa(49,5%) badanych odpowiedziała twierdząco, natomiast 16,5% nie potrafiła konkretnie odpowiedzieć na zadane pytanie.

Tabela 6. Opinia respondentów nt. zakażenia WZW typu B w czasie pobierania krwi.

6. Czy możemy zakazić się WZW typu B podczas pobierania krwi i kontaktu z zakażonymi igłami/ strzykawkami?		
Odpowiedzi	Pielęgniarstwo	Inne kierunki
Tak	89,3%	70,9%
Nie	1%	21,3%
Nie wiem	9,7%	7,8%

Źródło: wynik badań własnych

Powyższa tabela 6 przedstawia procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy możemy zakazić się WZW typu B podczas pobierania krwi i kontaktu z zakażonymi igłami/ strzykawkami?". Przeważająca grupa badanych (89,3%) studentów pielęgniarstwa potwierdziła, że do zakażania może dojść poprzez kontakt z zainfekowanym sprzętem w trakcie pobierania krwi. Niewielki odsetek badanych (9,7%) nie potrafił jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie. Zaledwie 1% ankietowanych zaprzeczył takiej możliwości zakażenia HBV. W przypadku respondentów z innych kierunków 21,3% zaprzeczyło by do zakażenia mogło dojść poprzez obcowanie z zakażonym sprzętem medycznym. 70, 9% badanych odpowiedziało twierdząco, natomiast niewielki procent (7,8%) nie potrafiło jednoznacznie odpowiedzieć na zadane pytanie.

Tabela 7. Opinia respondentów nt. zakażenia WZW typu B podczas kichania.

7. Czy możemy zakazić się WZW typu B przez kichanie?		
Odpowiedzi	Pielęgniarstwo	Inne kierunki
Tak	34%	1%
Nie	45,6%	85,4%
Nie wiem	20,4%	13,6%

Źródło: wynik badań własnych

W powyższej tabeli 7 przedstawiono procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „ Czy możemy zakazić się WZW typu B przez kichanie?". Zdaniem 34% badanych studentów pielęgniarstwa do zakażenia HBV może dojść przez kichanie. Większość respondentów (45,6%) nie potwierdziło takiego stanowiska. Natomiast swojej odpowiedzi w powyższym zakresie nie było pewnych 20,4% ankietowanych. Z kolei w przypadku studentów innych kierunków zaledwie 1% badanych odpowiedziało twierdząco. Aż 85, 4% ankietowanych zaprzeczyło by do zakażenia WZW mogło dojść podczas kichania. Nie pewnych swojej odpowiedzi było 13,6% badanych.

Tabela 8. Opinia respondentów nt. zakażenia WZW typu B. poprzez wspólne korzystanie ze sztućców i naczyń.

8. Czy możemy zakazić się WZW typu B poprzez używanie tych samych talerzy, szklanek czy sztućców co inne osób?		
Odpowiedzi	Pielęgniarstwo	Inne kierunki
Tak	38,8%	11,7%
Nie	40,8%	75,7%
Nie wiem	20,4%	12,6%

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 8 pokazuje procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy możemy zakazić się WZW typu B poprzez używanie tych samych

talerzy, szklanek czy sztućców co inne osoby ?". Pytanie to sprawiło największy problem respondentom wszystkich kierunków. Potwierdziło możliwość zakażenia HBV w takiej sytuacji 38,8% badanych studentów pielęgniarstwa, a zaprzeczyło 40,8% ankietowanych. Z kolei 20,4% studentów nie potrafiła wskazać konkretnej odpowiedzi. W przypadku innych kierunków twierdząco odpowiedziało 11, 7% badanych, natomiast podane stwierdzenie zanegowało 75,7 % respondentów. 12,6 % ankietowanych nie potrafiła jednoznacznie odpowiedzieć na zadane pytanie.

Tabela 9. Opinia respondentów nt. zakażenia WZW typu B poprzez kontakt z uszkodzonym naskórkiem, błoną śluzową i krwią.

9. Czy możemy zakazić się WZW typu B poprzez kontakt z uszkodzonym naskórkiem, krwią i błonami śluzowymi?		
Odpowiedzi	Pielęgniarstwo	Inne kierunki
Tak	83,5%	69,9%
Nie	4,9%	22,3%
Nie wiem	11,6%	8,8%

Źródło: wynik badań własnych

W przedstawionej tabeli 9 zaprezentowano procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy możemy zakazić się WZW typu B poprzez kontakt z uszkodzonym naskórkiem, krwią i błonami śluzowymi?". Przeważająca grupa ankietowanych studentów pielęgniarstwa (83,5%) potwierdziła, że do zakażenia HBV może dojść w czasie wskazanych w pytaniu sytuacji. Tylko 4,9% badanych zaprzeczyła takiej możliwości. Natomiast 11,7% badanych nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Natomiast w przypadku studentów innych kierunków 69,9% respondentów udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Niespełna 8,8 % ankietowanych nie potrafiła udzielić konkretnej odpowiedzi, a 22,3% badanych zaprzeczyło by mogło dojść do takiej sytuacji.

Tabela 10. Opinia respondentów nt. zakażenia WZW typu B podczas stosunku seksualnego.

10. Czy możemy zakazić się WZW typu B podczas stosunku seksualnego bez zabezpieczeń?		
Odpowiedzi	Pielęgniarstwo	Inne kierunki
Tak	74,8%	53,4%
Nie	7,7%	33%
Nie wiem	17,5%	13,6%

Źródło: wynik badań własnych

Tabela 10 obrazuje procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „ Czy możemy zakazić się WZW typu B podczas stosunku seksualnego bez zabezpieczenia?". Większość respondentów kierunku pielęgniarstwo (74,8%) potwierdziła możliwość zakażenia HBV w czasie takich sytuacji. Natomiast 7,8% ankietowanych było przeciwnego zdania. Z kolei 17,5% badanych nie potrafiła jednoznacznie odpowiedzieć na powyższe pytanie. 33% studentów innych kierunków zanegowało sytuację, w której do zakażenia mogłoby dojść podczas stosunku bez zabezpieczenia. Natomiast 53,4 % ankietowanych potwierdziło, że konsekwencją przygodnego seksu może być zakażenie WZW. Niewielki odsetek badanych (13,6%) nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Dyskusja

Światowa Organizacja Zdrowia oszacowała, iż w 2015 roku na świecie zakażonych HBV było 257 mln ludzi. Zanotowano 880.000 zgonów z powodu WZW typu B, głównie w wyniku powikłań [5]. WHO w maju 2016 roku na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia zatwierdziło *Globalną Strategię Sektora Zdrowia (GHSS) dotyczącą wirusowego zapalenia wątroby na lata 2016-2021*. Zakłada ona zmniejszenie nowych zakażeń o 90% i śmiertelności o 65% [4].

W Polsce na przestrzeni ostatnich 20 lat nastąpił spadek zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Związane jest to z wprowadzeniem w 1989 roku obowiązkowych szczepień ochronnych, a także z udoskonalaniem procedur higieniczno-sanitarnych mających na celu przerywanie dróg przenoszenia się wirusa [5].

Polskie Towarzystwo Hepatologiczne opublikowało na swojej stronie Rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertów HBV na rok 2018 dotyczące leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B. Wytyczne dotyczą kwalifikacji do leczenia, wyboru optymalnej terapii, monitorowania i czasu trwania leczenia, postępowania w przypadku niepowodzeń terapeutycznych, a także leczenia chorych z towarzyszącą zakażeniu HBV marskością i rakiem wątrobowokomórkowym. Znajdują się tam informacje na temat leczenia zakażeń HBV u dzieci, kobiet planujących ciążę lub będących już w ciąży oraz wiadomości na temat profilaktyki przed- i poekspozycyjnej, zapobieganiu przenoszenia HBV z matki na dziecko, a ponadto o postępowaniu po przeszczepieniu wątroby, podczas immunosupresji i w trakcie leczenia zakażeń HCV [6].

Wnioski

Niezależnie od zadawanych pytań, respondenci pielęgniarstwa wykazują większą wiedzę w zakresie czynników ryzyka, profilaktyki oraz diagnostyki WZW typu B, niż studenci kierunków pozamedycznych. Zdecydowana większość studentów pielęgniarstwa zdaje sobie sprawę, jak może dojść do zakażenia WZW typu B. Ankietowani wskazują, iż najczęstszą drogą zakażenia jest kontakt z krwią człowieka zakażonego. Wiedza respondentów kierunków pozamedycznych powinna być znacznie podwyższona w zakresie podstawowych informacji takich jak : czynniki ryzyka oraz profilaktyka. Wśród wszystkich ankietowanych nie brakuje jednak błędnych odpowiedzi dotyczących ryzyka zakażenia wirusem HBV. Największą uwagę należy zatem zwrócić na edukację zdrowotną

z zakresu zakażeń WZW oraz aktywne uczestnictwo w działaniach profilaktycznych i programach edukacyjnych. Nie należy zapominać o motywowaniu studentów do aktywnego wdrażania założeń profilaktyki zakażeń, udziału w programach profilaktycznych, aby ograniczyć ryzyko zachorowań na WZW typu B.

Bibliografia/Bibliography:

1. http://www.czytelniamedyczna.pl/1418,przewlekle-wirusowe-zapalenia-watroby-typu-b-i-c.html (dostęp z dnia 16.09.2018).

2. http://www.hbv.pl/faq.php#14 (dostęp z dnia 16.09.2018).

3. http://www.prometeusze.pl/hbv/ (dostęp z dnia 16.09.2018).

4. http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/ (dostęp z dnia 16.09.2018).

5. Kowalska M. E., Kalinowski P., Bojakowska U. : Profilaktyka wirusowego zapalenia wątroby typu B. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(7):315-321. eISSN 2391-8306.

6. http://www.pasl.pl/ (dostęp z dnia 16.09.2018).

Opis przypadku/Case report

Jakość życia i aktywność zawodowa pacjenta po przebytym zawale mięśnia sercowego

Quality of life and professional activity of the patient after myocardial infarction

MARTA KAMIŃSKA[1], MARIOLA RYBKA[2]

[1] Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.023
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Zawał mięśnia sercowego jest najczęściej występującym schorzeniem układu krążenia. Jest to martwica komórek mięśniowych określonego obszaru serca, która została wywołana zamknięciem światła naczynia wieńcowego, najczęściej w wyniku pęknięcia blaszki miażdżycowej. Pacjent po zawale serca musi dokonać wielu zmian związanych z jego dotychczasowym trybem życia. Jak najwcześniejsze rozpoznanie choroby, inwazyjne leczenie, wczesna rehabilitacja oraz opieka pielęgniarska warunkują powrót do zdrowia oraz do życia w środowisku domowym i zawodowym.
Cel. Celem niniejszej pracy jest rozpoznanie i analiza wybranych problemów wpływających na jakość życia pacjenta po przebytym zawale mięśnia sercowego.
Opis przypadku. Pacjent hospitalizowany z powodu silnego bólu w klatce piersiowej oraz uczucia drętwienia kończyn górnych. Wymaga obserwacji oraz pomocy przy poruszaniu się oraz wykonywaniu czynności dnia codziennego. Pacjent czuje lęk oraz strach o własne życie.

Dyskusja. Tematem dyskusji są objawy, diagnostyka oraz czynniki ryzyka zawału mięśnia sercowego. Zostały poruszone tematy związane z wpływem choroby na aktywność zawodową pacjenta oraz jakość życia we wszystkich sferach.
Wyniki i wnioski. Zawał serca i jego konsekwencje znacząco zaburzają funkcjonowanie pacjenta we wszystkich obszarach jego życia. Istotnym elementem obok farmakoterapii, pielęgnacji i rehabilitacji mają działania edukacyjne ukierunkowane na pacjenta i jego rodzinę w celu zmiany stylu życia.
Słowa kluczowe: zawał mięśnia sercowego, jakość życia, aktywność zawodowa

Abstract
Introduction. Myocardial infarction is the most common cardiovascular disease. It is the necrosis of muscle cells in a particular area of the heart, caused by the coronary vessel occlusion, usually due to atherosclerotic plaque rapture. A patient after a heart attack must make necessary changes related to his current lifestyle. Early diagnosis of the disease, invasive treatment, early rehabilitation and nursing care determine recovery and the return to a normal life and work .
The aim. The aim of this study is to recognize selected problems affecting the quality of life of a patient after myocardial infarction.
A case report. The patient was hospitalized because of a severe chest pain and the feeling of numbness in the upper limbs. He requires observation and help with moving and performing everyday activities. The patient fears for his own life.
Discussion. The topic of the discussion are symptoms, diagnostics and risk factors for myocardial infarction. Issues related to the impact of the disease on the patient's professional activity and the quality of life in all spheres were raised.
Results and conclusions. Myocardial infarction and its consequences , significantly disturb the patient's performance in all areas of his life. I n addition to pharmacotherapy, care and rehabilitation, educational activities aiming at the patient and his family in order to change their lifestyle are of key importance.
Key words: myocardial infarction, quality of life, professional activity

Wstęp

Choroby układu sercowo-naczyniowego, ze względu na duże rozpowszechnienie, są ważnym problemem, który należy rozpatrywać nie tylko w wymiarze czysto medycznym, ale również społecznym i ekonomicznym. Schorzenia, których morfologicznym podłożem jest miażdżyca- choroba wieńcowa oraz jej skutki, głównie w postaci zawału mięśnia sercowego, są jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji oraz czasowej lub trwałej niezdolności do pracy. Zawał mięśnia sercowego jest martwicą komórek mięśniowych określonego obszaru serca, która została wywołana zamknięciem światła naczynia wieńcowego, najczęściej w wyniku pęknięcia blaszki miażdżycowej. Dochodzi wówczas do przewężenia światła tętnicy wieńcowej lub jego całkowitego zamknięcia [1,2,4].

Ze względu na ocenę patologiczną rozróżnia się dwa typy zawału serca: pełnościenny lub niepełnościenny (podwsierdziowy). Pierwszy z nich może obejmować całą grubość ściany komory; jest charakterystyczny przy zwężeniu jednej z gałęzi tętnic wieńcowych. Zawał niepełnościenny natomiast może lokalizować się podwsierdziowo oraz dotyczyć mięśni brodawkowatych. Jest charakterystyczny dla zwężenia wszystkich trzech gałęzi tętnic wieńcowych [1, 5].

Najczęściej przyczyną pęknięcia, bądź rozerwania blaszki miażdżycowej jest uszkodzenie śródbłonka, wywołane przez czynniki takie jak: siły ścinające prądu krwi, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia lub ich kombinacja [1]. Do pozostałych przyczyn zawału serca zaliczamy:

- urazy lub zapalenia naczyń wieńcowych (kiła, choroba Takayasu, urazy mechaniczne, guzkowe zapalenie tętnic, rozwarstwienie aorty;
- embolia naczyń wieńcowych (infekcyjne zapalenie wsierdzia, embolia w czasie koronarografii, śluzak serca);

- anomalie naczyń wieńcowych (odejście lewej tętnicy wieńcowej od tętnicy płucnej, tętniak tętnic wieńcowych, odejście lewej tętnicy wieńcowej od przedniej zatoki Valsalvy);
- dysproporcja w zaopatrzeniu mięśnia sercowego w tlen (niedomykalność zastawki i zwężenie ujścia aorty, zbyt długa hipotonia);
- przyczyny hematologiczne (wielopłytkowość, zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, czerwienica prawdziwa) [1].

Celem niniejszej pracy jest rozpoznanie i analiza wybranych problemów wpływających na jakość życia pacjenta po przebytym zawale mięśnia sercowego.

Prezentacja przypadku

Mężczyzna, 37 lat. Stan cywilny: żonaty, dorosła córka. Wykształcenie: średnie. Miejsce pracy: zakład produkcyjny. Choroby współistniejące: choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze.

Pacjent przyjęty do szpitala w godzinach porannych z powodu silnego bólu w klatce piersiowej oraz uczucia drętwienia kończyn górnych. Mężczyzna odczuwa silny niepokój oraz lęk. Po podaniu nitrogliceryny podjęzykowo ból nieznacznie ustąpił. Pilnie założono wkłucie dożylne i przekazano pacjenta do pracowni hemodynamicznej, gdzie przeprowadzono koronarografię (widoczne zmiany w tętnicach). Wykonano angioplastykę wieńcową z implantacją 3 stentów. Po zabiegu dolegliwości bólowe uległy zmniejszeniu, a pacjent został przewieziony na Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej, celem wykonania podstawowych oraz specjalistycznych badań, monitorowania stanu ogólnego, zastosowania farmakoterapii, wdrożenia pielęgnacji. W badaniu echokardiograficznym wykazano nieswoiste zaburzenia okresu repolaryzacji komór oraz cechy przebytego zawału ściany dolnej serca.

W tabeli 1 przedstawiono dane dotyczące pacjenta zebrane w ramach badania podmiotowego i przedmiotowego.

Tabela 1. Dane o pacjencie (krótka charakterystyka stanu pacjenta).

Imię i nazwisko (inicjały): XY	
Wiek: 37 lat.	Stan cywilny: żonaty
Aktywność zawodowa: czynny zawodowo	Wykonywany zawód: stolarz

Historia choroby	Stan ogólny
Rozpoznanie lekarskie: Zawał ściany dolnej serca	Temperatura: 36,9 °C
Przyjmowane leki: Polocard, Zyllt, Tritace, Simvasterol,	Tętno: (liczba / napięcie / rytm) 85/min., miarowe, bardzo dobrze napięte
Przebyte choroby: brak	Oddechy: 25/ min.
Pobyty w szpitalu: 2016r	Ciśnienie tętnicze:157/95 mmHg
Przebyte zabiegi operacyjne: usunięcie przepukliny pępkowej	Masa ciała: 122 kg
Przebyte urazy/wypadki: nie podaje	Wzrost: 187 cm
	BMI: 34,86
	WHR: brak oceny

Wywiad rodzinny
Członkowie rodziny: żona, córka Ważne wydarzenia w rodzinie : brak Choroby występujące w rodzinie: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca Hobby/ zainteresowania: oglądanie wydarzeń sportowych Formy spędzania czasu wolnego: odpoczynek w łóżku przed telewizorem, czytanie gazet

Nałogi w rodzinie: palenie tytoniu Błędy żywieniowe – nieregularność spożywanych posiłków, zbyt duże porcje, spożywanie produktów bogatych w tłuszcze oraz węglowodany, brak warzyw i owoców w diecie Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: nie podaje Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: nie podaje

Wywiad środowiskowy
Miejsce zamieszkania: miasto Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: mieszkanie w kamienicy Ilość zajmowanych pomieszczeń: 6 Ilość osób mieszkających wspólnie: 3 Stan higieniczno – sanitarny mieszkania: dobry System pracy: 3- zmianowy Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole: 8 godzin dziennie Zagrożenia zdrowia: w domu: palenie papierosów w pracy/szkole: palenie papierosów Komunikacja: prawidłowa Higiena osobista: dobra Aktywność fizyczna: ograniczona Wydalanie: prawidłowe Odżywianie: nieprawidłowe Sen/zasypianie: problemy z zasypianiem

Źródło: wynik badań własnych

W tabeli 2 zaprezentowano proces pielęgnowania pacjenta przyjętego do oddziału intensywnej opieki kardiologicznej. W planowaniu interwencji pielęgniarskich wykorzystano terminy zaczerpnięte z ICNP® (Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej) - wersja 2017r.

Tabela 2. Proces pielęgnowania pacjenta hospitalizowanego z powodu wystąpienia objawów zawału mięśnia sercowego [3,6,8,9,12-15,17,18].

Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarskich	Planowane interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgniarskich
● Ból w klatce piersiowej występujący w przebiegu zawału mięśnia sercowego.	● Zniwelowanie dolegliwości bólowych.	● Umieszczenie pacjenta w sali intensywnego nadzoru kariologicznego; ● Założenie wkłucia do żyły obwodowej; ● Ocena nasilenia, charakteru oraz czasu trwania bólu; ● Podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim; ● Podanie leków według zlecenia lekarskiego; ● Monitorowanie tętna, ciśnienia tętniczego krwi, liczby i charakteru oddechów, saturacji, ciśnienia tętniczego krwi, zabarwienia	Stała kontrola i ocena dolegliwości bólowych minimalizują ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych w obrębie układu sercowo-naczyniowego.	● Ból uległ zmniejszeniu

		powłok skórnych, temperatury ciała; ● Stałe monitorowanie czynności elektrycznej serca przy pomocy kardiomonitora; ● Kontrola efektywności leczenia p/bólowego, nasilenia dolegliwości bólowych, ciśnienia tętniczego krwi oraz reakcji pacjenta na ewentualne działania uboczne nitratów (bóle głowy, hipotonia, tachykardia, nudności, wymioty); ● Stały nadzór nad pacjentem; ● Wsparcie psychiczne pacjenta oraz aktywne towarzyszenie, okazanie wsparcia i		

		zrozumienia; ● Zapewnienie pacjentowi ciszy, spokoju oraz warunków do wypoczynku.		
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP®)	Interwencje			Diagnoza pozytywna
● Ból [10023130]	● Pozycjonowanie pacjenta [10014761] ●Identyfikowanie postawy wobec bólu [10009654] ● Ocenianie bólu [10026119] ● Monitorowanie bólu [10038929] ● Ocenianie kontroli bólu [10002710] ● Ocenianie psychologicznej odpowiedzi na ból [10038964] ●Umieszczanie urządzenia do dostępu żylnego [10034200] ● Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084] ● Administrowanie lekiem i roztworem [10001804] ● Monitorowanie saturacji krwi tlenem za pomocą pulsoksymetru [10032047] ● Monitorowanie ciśnienia krwi [10032052] ● Monitorowanie statusu kardiologicznego [10034285] ● Monitorowanie statusu oddechu [10012196] ● Ocenianie perfuzji tkanek obwodowych [10042856] ●Ocenianie ryzyka negatywnej interakcji na lek [10045940]			● Zmniejszony ból [10027917]

	●Ciągły nadzór [10005093] ● Ocenianie zmęczenia [10026086] ● Zachęcanie do odpoczynku [10041415] ● Wspieranie statusu psychicznego [10019161]		

Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarskich	Planowane interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgniarskich
● Duszność w przebiegu upośledzenia czynności serca	● Ułatwienie wymiany gazowej ● Zmniejszenie duszności.	● Ocena stopnia nasilenia duszności; ●Ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej ●Podanie tlenu według zlecenia lekarskiego; ● Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych; ● Monitorowanie saturacji- podłączenie pulsoksymetru; ● Umożliwienie warunków do odpoczynku, unikanie wysiłku;	Stała kontrola i obserwacja duszności oraz stopnia jej nasilenia pomaga wdrożyć prawidłowe działania terapeutyczne mające na celu usprawnianie procesu rekonwalescencji pacjenta, zniesienie niepokoju.	● Duszność ustąpiła.

		● Stała obecność przy pacjencie.		
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP®)	Interwencje			Diagnoza negatywna
● Duszność [10029433]	● Pozycjonowanie pacjenta [10014761] ●Monitorowanie statusu (wydolności) oddychania [10012196] ● Monitorowanie statusu oddechu [10012196] ● Monitorowanie saturacji krwi tlenem za pomocą pulsoksymetru [10032047] ● Monitorowanie ciśnienia krwi [10032052] ● Monitorowanie statusu kardiologicznego [10034285] ● Ocenianie perfuzji tkanek obwodowych [10042856] ●Terapia tlenem [10039369] ●Ciągły nadzór [10005093] ● Zachęcanie do odpoczynku [10041415] ● Ocenianie zmęczenia [10026086]			● bez duszności [10029264]

Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarskich	Planowane interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgniarskich
● Niepokój spowodowany możliwością wystąpienia ponownego incydentu	● Zmniejszenie niepokoju pacjenta.	● Ocena funkcjonowania pacjenta w sferze emocjonalnej, poziomu adaptacji do	Niwelowanie stresu pacjenta poprzez okazywanie życzliwości, zrozumienia, wyrozumiałośc	● Niepokój pacjenta zmniejszył się.

choroby i ew. śmierci.		warunków szpitalnych, stopnia akceptacji metod diagnozowania, leczenia i pielęgnowania oraz nastawienia do zespołu terapeutycznego i choroby; ● Działania mające na celu ograniczenie lęku, niepokoju i negatywnych skutków stresu poprzez : - zapewnienie poczucia bezpieczeństwa; - wysłuchanie skarg i próśb; - obecność przy pacjencie; - uspokojenie pacjenta; - wzbudzenie zaufania; - okazanie życzliwości i zrozumienia; - przyjazne traktowanie pacjenta i jego rodziny;	i, a także zapewnienie bezpieczeństwa pozwolą uniknąć niepożądanych efektów ze strony układu sercowo-naczyniowego spowodowanych niepokojem.	
Diagnoza	Interwencje			Diagnoza

negatywna (+ kod ICNP®)			pozytywna
● Niepokój przed śmiercią [10041017]	● Ocenianie statusu psychologicznego [10030734] ●Ocenianie strachu [10024267] ● Demonstrowanie technik relaksacyjnych [10024365] ● Wprowadzanie terapii odwracania uwagi [10039348] ● Wspieranie statusu psychologicznego [10019161] ● Zarządzanie negatywną odpowiedzią na sytuację [10031867] ● Zarządzanie negatywnymi emocjami [10031851] ● Zarządzanie niepokojem [10031711] ● Zarządzanie zaburzonym procesem radzenia sobie [10031846] ● Poradnictwo o obawach [10026208] ●Wspieranie rodziny [10032844] ●Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]		● Zmniejszający się niepokój [10027858]

Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarskich	Planowane interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgniarskich
● Deficyt samoopieki spowodowany aktualną sytuacją zdrowotną.	● Zaspokojenie potrzeb pacjenta w zakresie czynności samoobsługow	● Określenie deficytów pacjenta- ocena możliwości pacjenta w	Pomoc w zaspokajaniu potrzeb dnia codziennego pacjentowi oraz	● Deficyt samoopieki utrzymuje się .

	ych.	zakresie samopielęgnacji i samoopieki; ● Ograniczenie wysiłku fizycznego; ● Pomoc lub całkowite zaspokajanie potrzeb pacjenta adekwatnie do możliwości wynikających ze stanu klinicznego (higiena osobista i otoczenia, odżywiania, wydalania, aktywności fizycznej, snu i odpoczynku); ● Zapewnienie bezpieczeństwa ● Ułożenie w pozycji wysokiej lub półwysokiej; ● Motywowanie pacjenta do	motywowanie do podejmowania niewielkiej aktywności ruchowej sprzyja poprawie sprawności i przeciwdziała wystąpieniu powikłań wynikających z unieruchomienia.	

		podejmowania aktywności dostosowanej do jego wydolności; ● Stopniowe zwiększanie samodzielności pacjenta.		
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP®)	Interwencje			Diagnoza pozytywna
● Deficyt samoopieki [10023410]	● Ocenianie możliwości [10026040] ● Ocenianie samodzielności [10024280] ● Ocenianie samoopieki [10021844] ● Asystowanie przy czynnościach higienicznych [10023531] ● Pielęgnacja skóry [10032757] ● Ubieranie pacjenta [10031164] ● Ocenianie zdolności do uruchamiania [10030527] ● Pozycjonowanie pacjenta [10014761] ● Promowanie samoopieki [10026347] ● Wzmacnianie osiągnięć [10026427] ● Wzmacnianie samodzielności [10022537] ● Wzmacnianie umiejętności [10026436]			● Deficyt samoopieki utrzymuje się

Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarskich	Planowane interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej	Ocena realizowanych działań pielęgniars

				kich
● Ryzyko wystąpienia krwotoku z tętnicy obwodowej poddanej nakłuciu w ramach zabiegu.	●Niedopuszczenie do wystąpienia krwotoku.	● Poinformowanie pacjenta o: - konieczności pozostawania w pozycji leżącej z wyprostowaną kończyną poddaną interwencji; - niepożądanych skutkach wysiłku lub zginania kończyny, co może skutkować krwawieniem; - stosowaniu ucisku opatrunku w czasie kichania lub kaszlu. ● Ocena miejsca punkcji pod kątem krwawienia (obecność świeżej krwi na opatrunku, wilgotność opatrunku, ból, tkliwość, obrzęk); ● Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych co 15, 30 minut i co 2 godziny, aż do momentu ustabilizowania się stanu klinicznego pacjenta; ● pobranie krwi do badań na zlecenie lekarza w celu	Wdrożenie planowanych działań ma na celu prewencję wystąpienia krwawienia w miejscu nakłucia. W sytuacji wystąpienia krwawienia działania te ograniczą zasięg krwawienia oraz skutki lokalne i następstwa hemodynamiczne.	● Parametry układu krzepnięcia utrzymują się na prawidłowym poziomie. ● Krwotok nie wystąpił.

		monitorowania układu krzepnięcia; ● W sytuacji pojawienia się krwawienia lub krwiaka ocena stopnia jego narastania, poinformowanie lekarza, usunięcie opatrunku i zastosowanie ucisku na okolicę poddaną interwencji z zachowaniem zasad aseptyki.		
Diagnoza negatywna (+ kod ICNP®)	Interwencje			Diagnoza pozytywna
● Ryzyko krwotoku [10017268]	● Poradnictwo dla pacjenta [10031062] ● Nauczanie pacjenta [10033126] ● Monitorowanie ciśnienia krwi [10032052] ● Monitorowanie statusu kardiologicznego [10034285] ● Monitorowanie statusu oddechu [10012196] ● Ciągły nadzór [10005093] ● Ewaluacja gojenia się rany [10007218] ● Identyfikowanie ryzyka krwotoku [10009696] ● Nauczanie o reżimie terapii [10024625] ● Ocenianie postawy wobec reżimu terapii [10024205]			● Bez krwawienia [10028806]

	● Ocenianie perfuzji tkankowej [10030775] ●Pobieranie próbki [10004588] ●Współdziałanie z lekarzem [10023565] ● Zachęcanie do odpoczynku [10041415]		

Źródło: wynik badań własnych

Dyskusja

Stres emocjonalny, wyczerpujący wysiłek fizyczny, choroby współistniejące to czynniki bezpośrednio wywołujące lub przyspieszające wystąpienie zawału serca. Większość pacjentów skarży się na długotrwały (powyżej 30 minut) ból w klatce piersiowej. Pacjenci charakteryzują go jako: tępy, rozpierający, rozrywający, ściskający, duszący, rwący, palący. Najczęściej ból zlokalizowany jest za mostkiem, po lewej stronie klatki piersiowej. Często promieniuje do lewego barku, ramienia, stawu łokciowego, dłoni, szyi, gardła, żuchwy lub pleców. Ból jest podobny do tego w dławicy stabilnej, jednakże jest znacznie silniejszy. Przy zawale dolnej ściany serca często jedynymi dolegliwościami są: ból brzucha, nudności, wymioty, złe samopoczucie. Nie u każdego w przypadku wystąpienia zawału serca pojawia się ból. Zamiast niego można również odczuwać duszność i uczucie ciężaru na klatce piersiowej. Zawałowi często towarzyszy także znaczne osłabienie, które może prowadzić do zasłabnięcia i utraty przytomności, zdenerwowanie, lęk i uczucie zbliżającej się śmierci [5].

Diagnostyka zawału mięśnia sercowego obejmuje wykonanie m.in. elektrokardiografii, echokardiografii [5]. Koronarografia – zabieg cewnikowania serca – ma na celu diagnostykę choroby wieńcowej. Podejmowany jest także w celach terapeutycznych. Koronarografia bezpośrednia selektywna polega na wstrzyknięciu środka cieniującego do światła każdej z obu tętnic wieńcowych. Dzięki temu otrzymuje się

wyraźny obraz badanych naczyń, co pozwala na bardzo precyzyjną interpretację. Zabieg ten wykonuje się u osób z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca [5,7].

Dotychczasowy tryb życia pacjentów po zawale serca ulega znacznym zmianom. Chorzy muszą zaakceptować nową sytuację życiową, aby ich jakość życia była jak najbardziej zbliżona do tej przed chorobą. Wielu pacjentów z powodu stresu związanego z ryzykiem ponownego incydentu choroby świadomie rezygnuje z wielu obszarów aktywności życiowej. Pierwsze dni po wypisie ze szpitala mogą wiązać się z uczuciem niepokoju, obawą przed nawrotem dolegliwości bólowych, czy przed kolejnym zawałem. Ważne jest, aby w tym okresie chory otrzymał wsparcie ze strony osób bliskich. Pacjent szybciej powraca do zdrowia i sprawności, gdy ma poczucie własnej wartości, czuje się potrzebny. Wiara we własne siły sprzyja osiąganiu sukcesu i wyzwala dodatkową energię. Istotnym zaleceniem jest, aby w pierwszych dniach po powrocie do domu pacjent wypoczywał, lecz nie spędzał tego czasu leżąc w łóżku. Konieczne jest, aby podejmował niewielką aktywność fizyczną np.: spacery, przyrządzanie posiłków, lekkie prace domowe. Aktywność fizyczną należy stopniowo zwiększać [16].

Do najważniejszych konsekwencji zawału mięśnia sercowego należą: spadek wydolności fizycznej, zaburzenia w serze emocjonalnej i funkcjonowaniu społecznym chorego. W Polsce pracę zawodową po zawale mięśnia sercowego podejmuje zaledwie ok. 50–60% osób. Osoby powracające do pracy z powodu zmienionej sprawności psychofizycznej muszą na nowo się do niej przystosować. Choroby serca i układu krążenia, w tym zawał, stanowią przyczynę około 30 % przypadków niezdolności do pracy orzekanych w Polsce. Powoduje to poważne problemy społeczne, a także ekonomiczne, nie tylko w wymiarze indywidualnym, ale także w skali państwa [16]. Wśród pracujących osób po przebytym zawale mięśnia sercowego zauważa się mniejszą umieralność z powodu schorzeń układu krążenia oraz mniejszy odsetek ponownych incydentów kardiologicznych. Część

osób, która przeszła zawał serca i ponownie podjęła aktywność zawodową musi zmienić zawód, stanowisko, a czasem nawet miejsce zatrudnienia. W przypadku tych osób zmieniają się zatem nie tylko ich możliwości wykonywania pracy spowodowane zawałem, ale również mogą zmienić się warunki i wymagania pracy. W sytuacji, kiedy problemy z przystosowaniem i stres z nim związany przedłużają się w czasie, może dojść do pogorszenia się stanu psychicznego, bądź fizycznego osoby po zawale serca, a w efekcie powoduje to niezdolność do pracy [16].

W profilaktyce powikłań czy kolejnych incydentów zagrażających życiu pacjenta w przebiegu chorób układu sercowo-naczyniowego, konieczna jest eliminacja czynników ryzyka takich jak np. palenie tytoniu, otyłość, brak aktywności fizycznej [5,8]. Wiąże się to z koniecznością weryfikacji dotychczasowego stylu życia i wdrożenia zachowań prozdrowotnych. Z tego względu niezwykle istotna jest edukacja pacjentów, która ma na celu przygotowanie ich do samoopieki i samokontroli stanu zdrowia. Wskazówki edukacyjne należy przekazywać bezpośrednio choremu, ale także jego rodzinie zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej. Mogą to być broszury, ulotki oraz pozycje z piśmiennictwa przeznaczonego dla pacjenta [16].

Wnioski

Zawał serca i jego konsekwencje znacząco zaburzają funkcjonowanie pacjenta we wszystkich obszarach jego życia. Istotnym elementem obok farmakoterapii, pielęgnacji i rehabilitacji, zmierzających do opanowania groźnych dla życia zaburzeń w funkcji układu sercowo-naczyniowego, mają działania edukacyjne ukierunkowane na pacjenta i jego rodzinę w celu zmiany stylu życia, a przyszłości umożliwiające podjęcie aktywności zawodowej.

Bibliografia/Bibliography:

1. Mandecki T. Kardiologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 306-316.

2. Kaszuba D., Nowicka A. Pielęgniarstwo kardiologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 28-38, 133-138, 265-273.

3. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D. Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 117-117.

4. Kubica J., Sinkiewicz W. Chory po zawale serca. Via Medica, Gdańsk 2008, 1-7, 33-35.

5. Braunwald E., Goldman L. Kardiologia. Wydawnictwo Medyczne Urban &Partner, Wrocław 2007, 51-53, 93-99, 475-483.

6. Kilańska D. Międzynarodowa klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej. ICNP® w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 143-150.

7. Mroczkowska R., Serzysko B., Szkutnik M. Standardy opieki pielęgniarskiej w kardiologii inwazyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 20-22.

8. Uchmanowicz I., Rosińczuk J. Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom 5. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2018, 337-348.

9. Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Jankowska-Polańska B. Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom 4. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2017, 52-65

10. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. Procedury pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 476-485.

11. Andres J., Kulig J. Opieka nad pacjentem leczonym chirurgicznie. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2013, 50-56.

12. Grabowska H. Mapowanie pojęć ICNP® w procesie pielęgnowania pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. Część 1 — problemy somatyczne chorego. Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 104–109.

13. Grabowska H. Mapowanie pojęć ICNP® w procesie pielęgnowania pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. Część 2. Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 110–116.

14. Grabowska H., Grabowski W., Gaworska-Krzemińska A. Wykorzystanie ICNP® w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym. Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (1): 107–112.

15. Szlenk-Czyczerska E., Kędra E. Zadania pielęgniarki rodzinnej w opiece nad chorym z przewlekłą chorobą układu krążenia. Puls Uczelni 2016; (10) 3, 27-32.

16. Turczyn-Jabłońska K., Waszkowska M. Przystosowanie do pracy osób po zawale serca. Rozważania modelowe. Medycyna Pracy 2005; 56(1): 41-47.

17. Grabowska H., Grabowski W. Problemy pielęgnacyjne chorych w okresie pooperacyjnym w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej. Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (3): 379–384.

18. http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html. Data dostępu: 01.12.2018r..

Artykuły poglądowe/Review

Nowotwór piersi – problemy i jakość życia kobiet po mastektomii

Breast cancer – problems and quality of women's life after mastectomy

KAROLINA CIECHANOWSKA[1], KAROLINA KRAJEWSKA[1], ANNA ANTCZAK-KOMOTERSKA[1]

[1]Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu, PWSZ we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.024
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Rak piersi jest jednym z najczęściej odnotowywanych przypadków nowotworów wśród kobiet. Profilaktyka oraz zdrowy styl życia stwarzają szansę na unikanie radykalnej formy leczenia jaką jest mastektomia.
Cel. Celem pracy jest przegląd piśmiennictwa obejmujący zakres promocji zdrowia, profilaktyki oraz sposobu radzenia sobie kobiet po chirurgicznym usunięciu piersi.
Przegląd. Szereg czynników sprzyja rozwojowi raka piersi. Bardzo istotnym aspektem profilaktyki jest potęgowanie zachowań prozdrowotnych wśród kobiet, co sprzyja zmniejszeniu ryzyka wystąpienia choroby. Mastektomia jest jedną z wielu metod leczenia raka piersi. Jakość życia kobiet po mastektomii ulega znacznej zmianie. Najczęściej występującym problemem jest brak akceptacji własnej osoby, zmienionego obrazu ciała.
Wnioski. Dane statystyczne wskazują na przyrost liczby zachorowań i zgonów z powodu raka piersi. Wyniki badań wśród kobiet po mastektomii wskazują na ogromne zmiany w sferze psychicznej oraz fizycznej ich funkcjonowania.

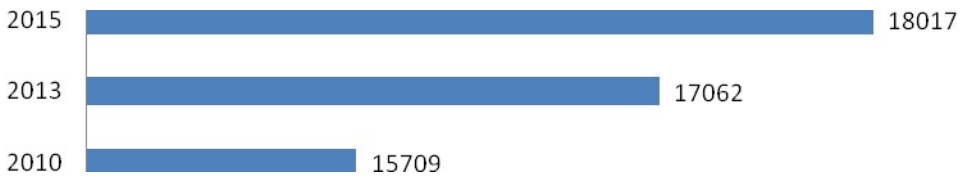
Słowa kluczowe: nowotwór piersi, mastektomia, profilaktyka

Abstract:
Introduction. Breast cancer is one of the most frequently reported cases of cancer among women. Prevention and a healthy lifestyle offer a significant opportunity to avoid mastectomy which is the most radical form of treatment.
The aim. The aim of the work is to present the review of literature on health promotion, prevention and the way women cope with everyday life after surgical removal of the breast.
Overview. A number of factors contribute to the development of breast cancer. A crucial aspect of prevention is the enhancement of pro-health behaviors among women, which helps to reduce the risk of disease. Mastectomy is one of many methods of treatment for breast cancer. The quality of life of women after mastectomy is significantly affected. The most common problem is the lack of self-acceptance, a changed body image.
Conclusions. Statistics show a substantial increase in the burden of cancer and the number of deaths from breast cancer. The results of the research among post-mastectomy women indicate huge changes in the mental and physical sphere of their functioning.
Keywords: breast cancer, mastectomy, prevention

Wstęp

Rak piersi zaraz po nowotworze płuca jest najczęściej odnotowywanym nowotworem wśród płci żeńskiej [1].

Nowotworem nazywamy niekontrolowany rozrost komórek, który podlega licznym modyfikacjom w kodzie genetycznym. Może on przyjmować postać łagodną oraz złośliwą [2]. Nowotwór złośliwy daje przerzuty do innych narządów, co często ma miejsce w przypadku raka piersi. Szacuje się, że na świecie występuje 23% zachorowań na ten typ raka a 14% kobiet umiera z tego powodu [3]. Na rycinie 1 przedstawiono zachorowalność na nowotwór piersi w grupie kobiet w Polsce.



Rycina 1. Zachorowalność kobiet na nowotwór piersi powyżej 30 roku życia w latach 2010-2015.
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Dane statystyczne pochodzące z Krajowego Rejestru Nowotworów przedstawiają tendencję wzrostową zachorowalności na nowotwór piersi w Polsce. W 2010 roku odnotowano 15709 nowych przypadków, natomiast trzy lata później zostało zarejestrowanych aż 1353 przypadków więcej. Podobnie wygląda to w roku 2015, gdzie liczba zachorowań wynosi 18017, co świadczy o ty, że aż 955 kobiet więcej usłyszało negatywną diagnozę. Rycina 2 prezentuje zgony z powodu raka piersi (rycina 2).

Rycina 2. Zgony kobiet z powodu nowotworu piersi powyżej 30 roku życia w latach 2010-2015.
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Krajowy Rejestr Nowotworów w prezentowanych danych statystycznych wskazuje na rosnącą liczbę zgonów z powodu raka piersi w Polsce. W 2010 roku zmarło z tego powodu aż 5184 kobiet, w 2013 roku o 592 więcej. Natomiast po 2 latach (2015 rok) odnotowano ponowny przyrost - 500 kolejnych nowych zgonów z powodu raka piersi, co wskazuje na bardzo niepokojący trend w populacji Polek (rycina 2).

Przyczyn powyższej sytuacji należy upatrywać w dużej mierze w prezentowanych zachowaniach zdrowotnych. Według Światowej Organizacji Zdrowia to prowadzony przez populację styl życia wpływa w 50% na ukształtowanie się zdrowia w przyszłości, w 20% decydują o tym uwarunkowania środowiskowe, podobnie jak czynniki genetyczne. Natomiast tylko w 10% powyższa sytuacja to efekt oddziaływań a właściwie ich niedostatku ze strony opieki zdrowotnej [4].

Celem artykułu jest przedstawienie zwiększającego się problemu zachorowalności i umieralności na nowotwór piersi oraz ukazanie istotnych zmian, jakie następują w życiu kobiety po mastektomii na podstawie analizy literatury.

Przegląd literatury

Czynnikiem ryzyka nowotworu złośliwego można nazwać sytuację, która przyczyni się do jego powstania. Uwarunkowania w tym zakresie obejmują szereg elementów [5]. W przypadku zachorowania na nowotwór piersi wymienić należy m.in.:

-przebytą chorobę nowotworową piersi,
-otyłość,
- nadmierną objętość piersi,
-narażenie na promieniowanie jonizujące,
-wystąpienie nowotworu piersi u bliskiej rodziny (matka, siostra),
-wiek ≥50 lat podnosi ryzyko zachorowania,
-zbyt późną menopauzę u kobiet,

-wczesne pokwitanie,
-dziedziczność (ok. 5% przypadków),
-długotrwałe stosowanie antykoncepcji hormonalnej,
-spożywanie nadmiernej ilości tłuszczu zwierzęcego,
-nadciśnienie tętnicze oraz cukrzycę,
-łagodne odmiany chorób piersi (np. włókniak) [2].

W ramach działań profilaktycznych zmniejszających ryzyko zachorowania na raka piersi należy podkreślić konieczność modyfikacji dotychczasowych zachowań zdrowotnych poprzez: systematyczną aktywność fizyczną, spożywanie małej ilości alkoholu, ograniczenie soli w diecie, racjonalne odżywianie się z uwzględnieniem 5 posiłków dziennie, w tym koniecznie z udziałem owoców i warzyw, które są źródłem błonnika [6]. Zmniejszenie liczby zgonów z powodu raka piersi wynika także z wczesnego rozpoznania nowotworu (samobadanie, USG piersi, mammografia, biopsja) i podjęcia odpowiedniej terapii. Wczesne wykrycie choroby nowotworowej daje szansę na jej całkowite wyleczenie, co jest możliwe dzięki regularnym badaniom profilaktycznym [7].

Narodowy Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024 w Polsce zakłada promowanie zdrowego stylu życia wśród populacji wraz z szerzeniem świadomości istotnej roli częstych badań profilaktycznych, które pozwolą zapobiec chorobie nowotworowej. W ramach akcji informacyjnej są np. rozsyłane ulotki oraz rozwieszane plakaty w wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia i Państwowej Inspekcji Sanitarnej, centrach onkologii oraz fundacjach, podmiotach leczniczych. Materiały te informują o dostępności badań profilaktycznych i sposobach zmniejszenia ryzyka zachorowania na nowotwory. Program przewiduje także m.in. wyposażenie szpitali w specjalistyczny sprzęt, który umożliwi leczenie chorób nowotworowych. Z kolei Program Profilaktyki Raka Piersi ma zachęcić kobiety do wykonywania bezpłatnej mammografii [8,9].

Do niepokojących objawów w obrębie gruczołu piersiowego, które wymagają kontroli onkologa lub ginekologa nadmienić należy przede wszystkim:
- wyczuwalny guz,
- krwisty wyciek z brodawki,
- wciągniętą brodawkę,
- stwardnienie skóry,
- owrzodzenie w obrębie brodawki,
- zgrubienie skóry piersi,
- wciągnięcie skóry,
- pojawienie się tak zwanej „skórki pomarańczy",
- wyczuwalne zmiany struktury i rozmiaru węzłów chłonnych [2].

Mastektomia to jedna z metod leczenia raka piersi. Amputacja gruczołu piersiowego jest najczęściej stosowana, gdy guz ma powyżej 3 centymetrów [2]. Jest to wielkie przeżycie dla każdej kobiety, które może prowadzić do zaburzenia obrazu siebie. Najczęściej przejawia się to obniżeniem nastroju, poczuciem braku wartości w społeczeństwie. Negatywne myślenie skutkuje również odizolowaniem się od najbliższych, agresywnym reagowaniem na dotyk, unikaniem rozmów [10]. Zaburzenie w sferze psychicznego funkcjonowania po mastektomii może wynikać także z bólu – odczuwa go 20-30% pacjentek. Wynika to z powikłań pooperacyjnych (przerwanie nerwu międzyżebrowo-ramiennego). Dolegliwości bólowe uniemożliwiają kobiecie prawidłowe funkcjonowanie [11].

Badania przeprowadzone przez M. Pawlik i B. Karczmarek-Borowską na temat akceptacji choroby nowotworowej wśród 54 kobiet po mastektomii, wskazują na brak ich prawidłowej adaptacji do zmienionej sytuacji, wynikającej z usunięcia piersi. Zaburzeniu podlegała bowiem nie tylko sfera ich fizycznego funkcjonowania, ale także sfera psychiczna, co może prowadzić do rozwoju depresji. Jak wskazują wyniki badań przystosowanie pacjentek do nowej sytuacji nie zależało od wykonywanej pracy, miejsca stałego pobytu i wykształcenia [12].

Kolejne wyniki badań przeprowadzonych wśród 133 kobiet po amputacji piersi wykazały zależność radzenia sobie ze stresem od wsparcia psychicznego ze strony społeczeństwa. Ponadto czas jaki upłynął od przebytej operacji: trzy miesiące, od trzech do sześciu, od sześciu do dziewięciu i od dziewięciu do roku, w odniesieniu do wszystkich pacjentek korzystnie wpływał na poprawę ich samopoczucia [13].

Wyniki badań R. Stępień oraz G. Wiraszki wskazują na istotną rolę rodziny w procesie wspierania pacjentek po mastektomii. Zdecydowana większość badanych potwierdziła, że rodzina stanowi dla nich podstawowe źródło oparcia a ich choroba spotkała się w większości z akceptacją przez najbliższych. Chociaż rodzina była podstawowym oparciem, to jednak znacząca grupa respondentek nie rozmawiała ze swoimi krewnymi na temat choroby. Blisko połowa pacjentek nie była zadowolona z pożycia seksualnego (49,4%). Jednak satysfakcja z życia rodzinnego korzystnie wpływała na ich stan emocjonalny, codzienne funkcjonowanie i redukcję dolegliwości wynikających z raka piersi [14].

Wyniki badań Z. Musiał i współautorów wskazują, że zdecydowana większość kobiet po mastektomii potwierdziła, że ich życie uległo istotnym zmianom. Tylko nieliczne z nich nie potwierdziły tego faktu. Większość badanych zaakceptowało utratę piersi. Niezbyt zadowalającym jest fakt, że ponad połowa kobiet nie powróci do pracy zawodowej. Podobna grupa respondentek nie odzyskała po mastektomii pełnej sprawności fizycznej [15].

Wnioski

1. Zachorowalność i umieralność na raka piersi w Polsce wykazuje tendencję wzrostową.
2. Mastektomia wpływa na istotne zmiany w sferze psychicznego, fizycznego i społecznego funkcjonowania kobiet.
3. Rodzina stanowi główne źródło wsparcia dla pacjentek po usunięciu gruczołu piersiowego.

Bibliografia/Bibliography:

1. Tkaczuk-Włach J., Sobstel M., Jakiel G. Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Przegląd Menopauzalny. 2012; 16, 4:343.

2. Jeziorski A. Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2005: 11-101.

3. http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/ dostęp dnia 27.11.2018r.

4. Nowicki A. Pielęgniarstwo onkologiczne. Termedia, Poznań 2009: 20.

5. http://onko-med.pl/nowotwory/czym-jest-czynnik-ryzyka/ dostęp dnia 27.11.2018r.

6. http://onkologia.org.pl/profilaktyka-nowotworowa/.

7. Haor B., Ciechanowska K., Krajewska K., Przystaś B., Sander-Grabowska M. Kształtowanie się zachorowalności oraz umieralności spowodowanych chorobami nowotworowymi w Polsce i na świecie. Zbliżenia Cywilizacyjne 2018;XIV(2): 41.

8. https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych-na-lata-2016-2024/ dnia 27.11.2018r.

9. https://www.gov.pl/web/zdrowie/profilaktyka-onkologiczna-akcja-informacyjna-ministerstwa-zdrowia/ dnia 27.11.2018r.

10. Kózka M., Płaszewska-Żywko Ż. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 261-262.

11. de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. Medycyna paliatywna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 66.

12. Pawlik M., Kaczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. Wydawnictwo UR, Rzeszów 2013:203-210.

13. Kasperczyk A. Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006: 39.

14. Stępień R., Witaszka G. Znaczenie rodziny w adaptacji funkcjonalnej kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19(3):375-377.

15. Musiał Z., Sendecka W., Zalewska-Puchała J. Jakość życia po mastektomii. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21(1): 38-46.