Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

1(4)/2019

Włocławek 2019

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

DOROTA KOCHMAN, PAULINA WOJASIŃSKA
Analiza poziomu zadowolenia z opieki badanych pacjentek oddziału położniczo- neonatologicznego w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych……...9

DOROTA KOCHMAN, PAULINA WOJASIŃSKA
Doświadczenia badanych pacjentek oddziału położniczo - neonatologicznego dotyczące opieki pielęgniarskiej w okresie hospitalizacji w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych z wykorzystaniem polskiej wersji skali NEWCASTLE ……...28

AGNIESZKA PIERNIKOWSKA, DOMINIKA PODSIADŁY
Strategie radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek ……50

ELŻBIETA NAZAR, GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA
Interakcje wybranych leków z alkoholem, a poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa ……...68

Opis przypadku/Case Report

MARIOLA RYBKA, LIDIA JANKOWSKA, JOANNA PRZYBYLSKA
Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zespołem zależności alkoholowej ……86

Artykuły poglądowe/Review

MAGDALENA ZAWIDZKA, BEATA HAOR
Mapowanie pojęć ICNP® na przykładzie procesu pielęgnowania pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów ……..107

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

Analiza poziomu zadowolenia z opieki badanych pacjentek oddziału położniczo - neonatologicznego w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych

Satisfaction care analysis of the examined patients of the obstetric-neonatological ward depending on the selected sociodemographic variables

DOROTA KOCHMAN[1], PAULINA WOJASIŃSKA[2]

[1]Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu,

[2] Oddział dziecięcy, pododdział neonatologiczny SPZOZ Radziejów

DOI: : http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.001
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Poziom zadowolenia pacjentów ze sprawowanej opieki odgrywa coraz większą rolę w ocenie jakości usług medycznych. Potrzeba prowadzenia badań w tym zakresie wynika nie tylko z rozwoju medycyny, konkurencji pomiędzy ośrodkami opieki medycznej, ale przede wszystkim z konieczności szukania optymalnych rozwiązań w sprawowaniu opieki nad pacjentem i dążeniu do ciągłego rozwoju kadry medycznej.
Cel. Celem pracy jest analiza poziomu zadowolenia z opieki badanych pacjentek oddziału położniczo – neonatologicznego.
Materiał i metody. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę szacowania, jako technikę - ankietowanie i skalę szacunkową. Narzędziem uczyniono własny kwestionariusz ipolską

wersję skali zadowolenia z opieki NEWCASTLE (wybrane aspekty). W przeprowadzonych badaniach udział wzięło 50 osób.
Wyniki. Średni poziom zadowolenia z opieki pielęgniarskiej oddziale oscylował w granicy maksymalnej ilości punktów do zdobycia, co oznacza, że prawie wszystkie z ankietowanych kobiet były bardzo zadowolone ze sprawowanej nad nimi i ich dziećmi opieki.
Wnioski. Na poziom zadowolenia z opieki i pozyskiwania informacji od personelu nie mają istotnego wpływu wybrane zmienne socjodemograficzne (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania), czas hospitalizacji i korzystanie ze wsparcia ze strony pielęgniarek.

Słowa kluczowe: jakość opieki, skala Newcastle, zadowolenie z opieki

Abstract:
Introduction. The level of patient satisfaction in medical care plays an increasingly important role in evaluating the quality of medical services. The need for research in this area results from not only the development of medicine but also the competition between medical centers but primarily from the need to find optimal solutions in patient care and the pursuit of continuous development of healthcare personnel.
Aim. The aim of the study is to analyze the care satisfaction level of the examined patients of the obstetric-neonatologicalward.
Material and methods. The study uses the method of diagnostic survey and the method of estimation as a technique - questionnaire and estimation scale. Author's questionnaire and the polish version of the NEWCASTLE care satisfaction scale was selected as a tool (selected aspects). A total of 50 particicpants took part in the research.
Results. The average level of satisfaction with nursing care oscillated around the limit of the maximum number of points to be won, which means that almost all of the respondents were very satisfied with the care provided as well as childcare.
Conclusions. Sociodemographic variables (age, education, place of residence), the time of hospitalization and the use of the support of the healthcare personnel do not affect the satisfaction care level.

Keywords: quality of care, Newcastle, care satisfaction

Wstęp

Neonatologia jako nauka zajmuje się patofizjologią okresu noworodkowego tj. schorzeniami noworodków, wrodzonymi wadami, a także fizjologicznym rozwojem dzieci aż do momentu zakończenia rozwoju narządów (2 rok życia). Samo słowo „neonatologia" pochodzi od łacińskiego neonatus, co w bezpośrednim tłumaczeniu znaczy nowonarodzony. Nauka ta jest stosunkowo młoda specjalnością medycyny [1,2].

Standardy opieki nad noworodkiem i położnicą w okresie okołoporodowym regulowane są przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej [3].

Celem pracy jest analiza poziomu zadowolenia z opieki pacjentek oddziału położniczo - neonatologicznego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Radziejowie.

Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę szacowania, jako technikę- ankietowanie i skalę szacunkową.Narzędziem uczyniono polską wersję skali zadowolenia z opieki NEWCASTLE (wybrane aspekty). Skala ta służy do oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarskiej oraz satysfakcji pacjenta z tej opieki. Drugim narzędziem badawczym jest kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki przeprowadzanych badań zostały poddane analizie statystycznej. Występowanie współzależności między zmiennymi, obliczone zostało za pomocą współczynnika korelacji R Spearmana. Współczynnik ten, służy do opisu sił korelacji występujących pomiędzy dwoma cechami, gdy mają one charakter jakościowy i istnieje możliwość uporządkowania obserwacji empirycznych

w określonej kolejności lub w sytuacji gdy mamy do czynienia z cechami ilościowymi. Zastosowano również nieparametryczny test U Manna – Whitneya w celu oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma grupa. W pracy wykorzystany został także test rang Kruskala – Wallisa, który stosowany jest do porównywania wielu niezależnych grup. Jako hipotezę zerową przyjęto, brak różnic w badanych grupach. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto p>0,05.

W przeprowadzonych badaniach udział wzięło 50 osób. Średnia wieku badanych wyniosła 28 lat. Najmłodsza z respondentek miała 18 lat, najstarsza 41. Odchylenie standardowe wynosi 16,7% co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wieku.

Respondenci zostali podzieli na trzy grupy wiekowe:
o 25 lat – grupę stanowi 16 osób (32%),
6-30 lat – grupę stanowi 19 osób (38%),
powyżej 30 lat – grupę stanowi 15 osób co daje (30%).

Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby pomiędzy 26, a 30 rokiem życia, najmniej liczną osoby po 30 roku życia.

Respondenci podzieleni zostali na grupy ze względu na wykształcenie. Wykształcenie podstawowe posiadała jedna osoba (2% badanych), wykształcenie zawodowe dotyczyło 10 osób (20%), średnim legitymowały się 24 pacjentki (48%) a wyższym 15 (30%) spośród ankietowanych. Najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki z wykształceniem średnim, a najmniej liczną z podstawowym. Do celów dalszej analizy osoba ta została zakwalifikowana do grupy z wykształceniem zawodowym.

Zdecydowana większość pacjentek nie uczyła się dalej (44 osoby, 88%). Średnia wieku ukończenia nauki przez pacjentki biorące udział w badaniu wynosiła niespełna 22 lata. Maksymalny wiek respondentek w chwili ukończenia nauki wynosił 32 lata, minimalny 18 lat. Odchylenie standardowe wyniosło 16,1% co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wieku badanych w czasie zakończenia edukacji.

Średnia ilość nocy, które respondentki spędziły w oddziale wyniosła 4. Najdłuższy pobyt trwał 8 nocy, najkrótszy 2. Odchylenie standardowe wynosiło 36,4% co świadczy o znacznym zróżnicowaniu ilości dni spędzonych w oddziale przez pacjentki. Połowa badanych (25 osób, 50%) w oddziale spędziły do 3 nocy. Pobyt pozostałych był dłuższy.

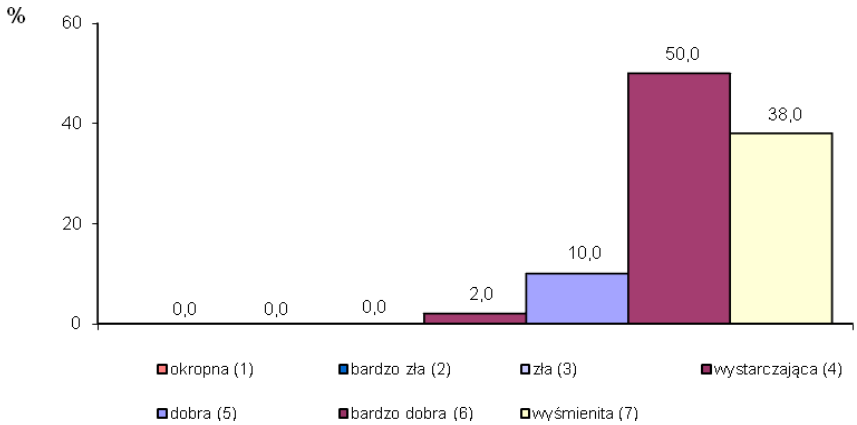
Ponad połowa badanych (26 osób,52%) uważała, że nie miała wyznaczonej konkretnej pielęgniarki sprawującej nad nimi opiekę. Z kolei 19 kobiet (38%) nie było pewnych tego faktu, natomiast 5 osób (10%) uważało, że opieka nad nimi sprawowana była przez konkretnie wyznaczoną pielęgniarkę.

Zdecydowaną większość respondentek stanowiły kobiety zamężne – 36 osób (76%). W gronie badanych jedna (2%) deklarowała stan cywilny jako rozwiedziona. Pozostała grupa czyli 22% (11 osób) to panny.

Większość kobiet (35 osób,70%) biorących udział w badaniu zamieszkiwało na wsi, a 15 osób (30%) w mieście.

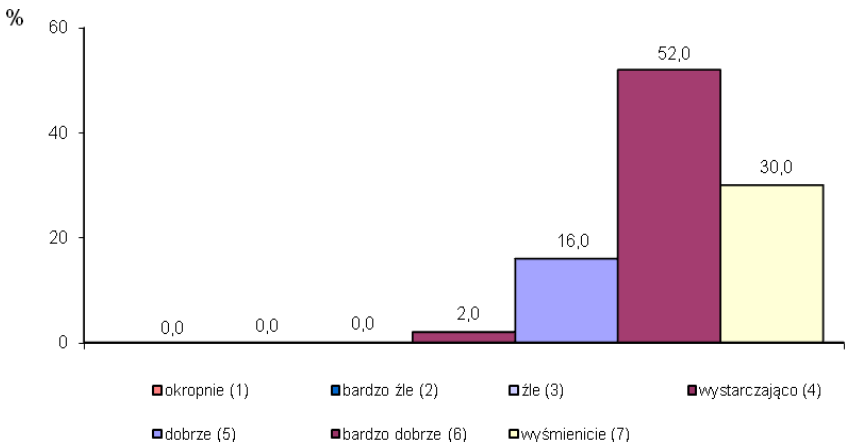
Wyniki

Całościowa ocena opieki pielęgniarskiej otrzymanej w oddziale neonatologicznym w skali 1-7 zawierała się w granicy 4-7 pkt. Połowa badanych sprawowaną opiekę oceniła na 6 pkt., co oznacza ocenę bardzo dobrą. Jedna osoba (2%) w oddziale oceniła jako wystarczającą – 4pkt. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż odpowiedzi: zła, bardzo zła, okropna nie zostały wybrane przez żadną spośród ankietowanych kobiet do oceny uzyskanej opieki.



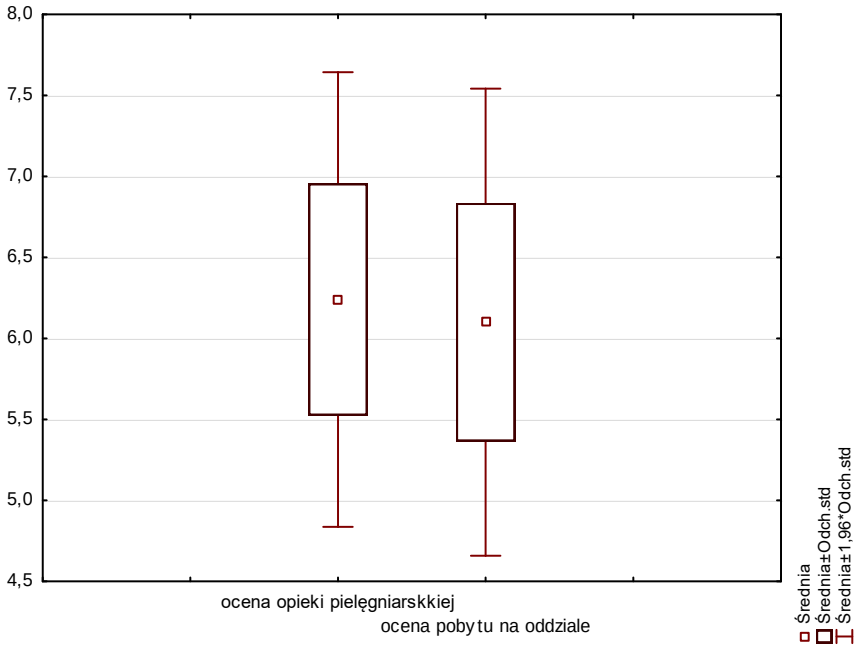
Rycina 1.Rozkład oceny opieki pielęgniarskiej otrzymanej w oddziale przez badane.
Źródło: wynik badań własnych

Ocena pobytu w oddziale mieściła się w granicy 4-7 pkt. Ponad połowa (52% osób) oceniła pobyt w oddziale na 6 pkt. (bardzo dobrze), a tylko 1 spośród ankietowanych kobiet (2%) jako wystarczający.



Rycina 2.Rozkład oceny pobytu badanych w oddziale.
Źródło: wynik badań własnych

Średnia ocena opieki pielęgniarskiej w oddziale wynosiła 6,24pkt.(bardzo dobrze) z kolei średnia ocena pobytu w oddziale wynosiła 6,1pkt. (co również, mieści się w ocenie bardzo dobrej).



Rycina 3. Rozkład średnich oceny opieki pielęgniarskiej otrzymanej przez badane oraz pobytu w oddziale.
Źródło: wynik badań własnych

Poziom zadowolenia z opieki pielęgniarskiej oraz pozyskiwanych od personelu informacji badany był za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Większość badanych (33 osoby) oceniło pierwszy kontakt z personelem pracującym w oddziale neonatologicznym jako bardzo dobry, 15 kobiet (30%) dobry, 2 uczestniczki (4%) jako przeciętny.

Zdecydowana większość tj. 98% badanych stwierdziła, że pielęgniarki zatrudnione w oddziale neonatologicznym były dla nich życzliwe.

Większość badanych (39 osób, 78%) kompetencje personelu zatrudnionego w oddziale oceniło jako bardzo dobre, pozostałe (11osób, 22%) określiły je jako dobre.

Prawie wszystkie respondentki (48 osób, 96%) stwierdziło, że pielęgniarki odpowiadały na każde zadane przez nie pytanie.

Zarówno pracę personelu na dyżurach nocnych i dziennych najwięcej osób oceniło jako bardzo dobrą. Pracę na dyżurach dziennych w ten sposób oceniło 68% ankietowanych (34 osoby), na dyżurach nocnych natomiast 64% (32 osoby). Jako dobrą pracę zarówno na dyżurach dziennych jak i nocnych oceniło 16 kobiet (32%). Najniższa ocena (pielęgniarki pracowały przeciętnie) przyznana została pracy pielęgniarek na dyżurach nocnych przez 2 (4%) spośród ankietowanych.

Prawie wszystkie respondentki (98% -49 osób) stwierdziły, że personel pielęgniarski zatrudniony w oddziale przekazywał informacje na temat dalszej opieki nad noworodkiem w sposób jasny, zrozumiały. Jedna osoba (2%) uważała, że informacje nie były przekazywane w odpowiednio zrozumiały sposób. Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że pielęgniarki udzielały informacji na temat konkretnych działań dotyczących opieki nad noworodkiem. Informację na temat czynników ryzyka śmierci łóżeczkowej od personelu uzyskało 37osób (74%); bezpiecznego układania noworodka 44 osoby (88%); udzielenia pierwszej pomocy w stanie zagrożenia życia dziecka 29 osób (58%); bezpiecznego przenoszenia noworodka 46 osób (92%); prawidłowej pielęgnacji kikuta pępowiny 47 osób (94%); przewijania noworodka 42 osoby (84%); technik karmienia piersią 46 osób (92%); korzyści płynących z karmienia piersią 45 osób (90%); na temat postępowania w przypadku uszkodzenia brodawek sutkowych 36 (72%); miejsca gdzie mogą się zgłosić po pomoc w sytuacji wystąpienia trudności w karmieniu

po opuszczeniu szpitala 29 osób (58%); bezpiecznego ubierania/ rozbierania noworodka 42 osoby (84%); bezpiecznej kąpieli noworodka 41 osób (82%).

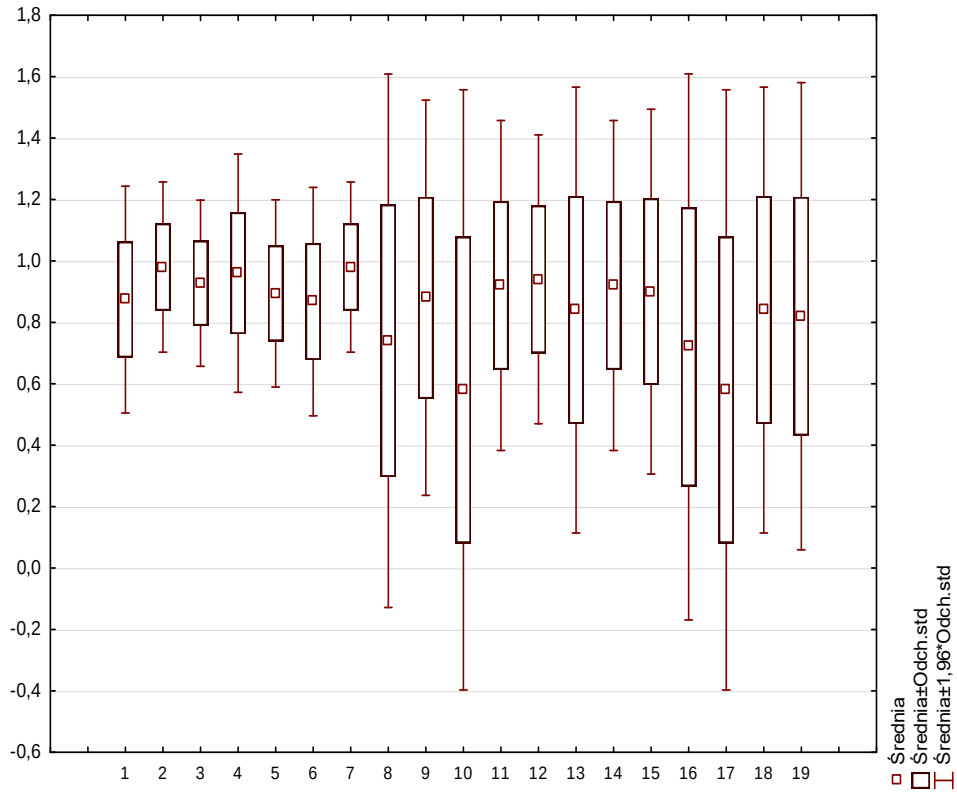
Poniżej przedstawiono odpowiedzi badanych na temat wymienionych działań dotyczących opieki nad noworodkiem:

- Otrzymanie przez badane formacji na temat czynników ryzyka śmierci łóżeczkowej – 37 osób / 74% ankietowanych.
- Otrzymywanie przez badane informacji na temat bezpiecznego układania noworodka - 44 osób / 88% ankietowanych.
- Otrzymywanie przez badane informacji na temat metod pierwszej pomocy w przypadku zagrożenia życia dziecka - 29 osób / 58% ankietowanych.
- Otrzymywanie przez badane informacji na temat bezpiecznego przenoszenia noworodka - 46 osób / 92% ankietowanych.
- Otrzymywanie przez badane informacji na temat prawidłowego dbania o kikut pępowinowy noworodka - 47 osób / 94% ankietowanych.
- Otrzymywanie przez badane informacji na temat bezpiecznych sposobów przewijania noworodka - 42 osób / 84% ankietowanych.
- Otrzymywanie przez badane informacji na temat technik karmienia piersią - 46 osób / 92% ankietowanych.
- Otrzymywanie przez badane informacji na temat korzyści płynących z karmienia piersią- 46 osób / 92% ankietowanych.
- Otrzymywanie przez badane informacji na temat postępowania w przypadku uszkodzenia brodawek sutkowych- 36 osób / 72% ankietowanych.
- Otrzymywanie przez badane informacji, gdzie można się zgłosić w celu uzyskania pomocy w sytuacji wystąpienia trudności w karmieniu piersią po opuszczeniu szpitala- 29 osób / 58% ankietowanych.

- Otrzymywanie przez badane informacji na temat bezpiecznego ubierania / rozbierania noworodka - 42 osób / 84% ankietowanych.
- Otrzymywanie przez badane informacji na temat bezpiecznej kąpieli noworodka- 41 osób / 82% ankietowanych.

Ocena poziomu zadowolenia z opieki pielęgniarskiej w oddziale w skali 0-10 pkt. oscylowała w granicy 5 -10 pkt.z pominięciem 6pkt. Najliczniejsza grupa badanych (30 osób - 60%) oceniła swój poziom zadowolenia z opieki maksymalnie wysoko (10 pkt.). Zauważyć trzeba również, że 9 pkt. przyznało 11 kobiet (22%).8 lub 7 punktów przyznało po 8% ankietowanych. Najniższą ocenę (5 pkt.) przyznano tylko jeden raz.

Średnia ocena poziomu zadowolenia z opieki pielęgniarskiej w oddziale neonatologicznym wyniosła 9,28 pkt., co oznacza, że zdecydowana większość kobiet była całkowicie zadowolona z opieki.



Rycina 4.Rozkład średnich wyników poszczególnych aspektów zadowolenia badanych z opieki pielęgniarskiej w oddziale neonatologicznym.

Źródło: wynik badań własnych

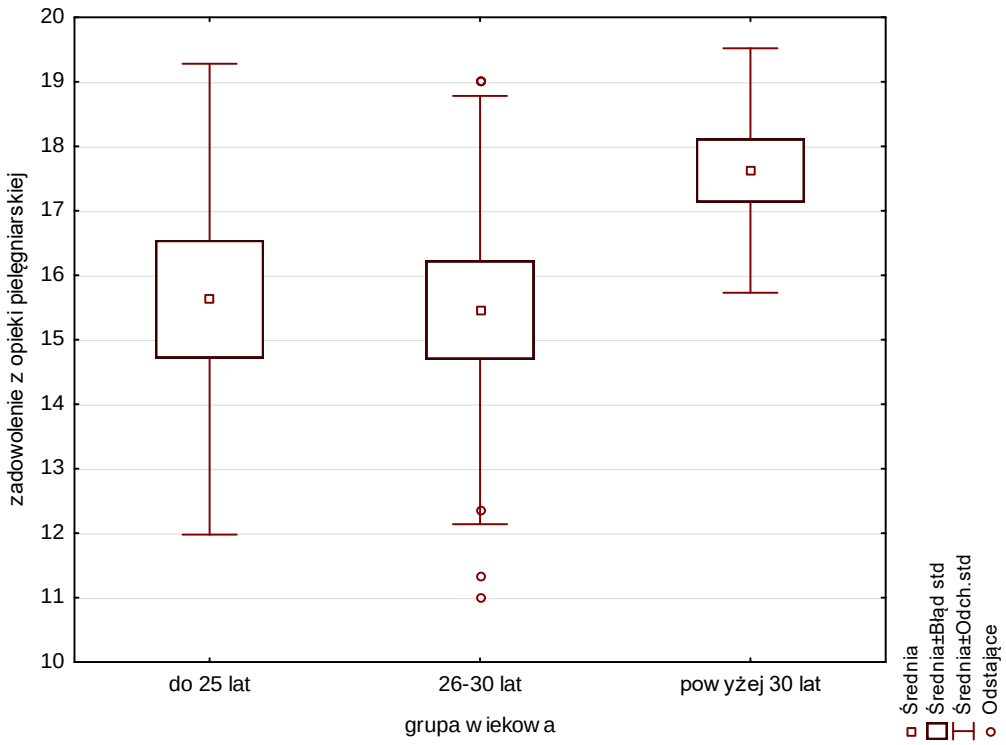
Nr	treści
1	jak ocenia Pani swój pierwszy kontakt z pielęgniarkami/ położnymi pracującymi w pododdziale neonatologicznym ?
2	czy pielęgniarki/ położne pracujące w oddziale były zawsze życzliwe w stosunku do Pani ?
3	jak ocenia Pani poziom kompetencji pielęgniarek/ położnych zatrudnionych w oddziale ?

4 czy personel pielęgniarski/ położniczy udzielał odpowiedzi na każde Pani pytanie ?
5 jak ocenia Pani prace pielęgniarek/ położnych pracujących na dyżurach dziennych ?
6 jak ocenia Pani pracę pielęgniarek/ położnych pracujących na dyżurach nocnych ?
7 czy informacje na temat dalszej opieki (sprawowanej przez Panią w domu) nad noworodkiem przekazywane były przez personel w sposób jasny, zrozumiały dla Pani ?
8 czy została Pani poinformowana o czynnikach ryzyka śmierci łóżeczkowej ?
9 czy udzielono Pani informacji na temat bezpiecznego układania noworodka ?
10 czy udzielono Pani informacji na temat metod pierwszej pomocy w przypadku stanu zagrożenia życia noworodka ?
11 czy udzielono Pani informacji na temat bezpiecznego przenoszenia noworodka ?
12 czy udzielono Pani informacji na temat prawidłowego dbania o kikut pępowiny noworodka ?
13 czy udzielono Pani informacji na temat bezpiecznych sposobów przewijania noworodka ?
14 czy udzielono Pani informacji na temat technik karmienia piersią ?
15 czy została Pani poinformowana o korzyściach płynących z karmienia piersią ?
16 czy udzielono Pani informacji na temat postępowania w przypadku uszkodzeń brodawek sutkowych ?
17 czy została Pani poinformowana o tym, gdzie można zgłosić się o pomoc w sytuacji wystąpienia trudności w karmienia piersią po opuszczenia szpitala ?
18 czy udzielono Pani informacji na temat bezpiecznego ubierania/ rozbierania noworodka ?

19 czy udzielono Pani informacji na temat bezpiecznej kąpieli dziecka ?

W celu sprawdzenia, jak kształtowały się wyniki zagadnień dotyczących oceny opieki pielęgniarskiej, kompetencji pracowników oraz udzielanych przez personel informacji, ponownej weryfikacji poddano pytania od 1 do 19 z kwestionariusza ankiety. W celu utrzymania jednolitego zakresu punktacji – do 1 pkt., w pytaniach 1,3, 5 i 6 przyjęto następującą kwalifikację punktową: źle – 0 pkt., przeciętnie 0,33 pkt., dobrze – 0,67 pkt., bardzo dobrze – 1 pkt. Ustalono, że z analizowanych aspektów, najwyższe w stosunku do wartości oczekiwanej wskaźniki otrzymano w aspektach: życzliwości personelu pracującego w oddziale (pytanie nr 2 – 0,98 pkt.), jasności przekazywania informacji na temat dalszej opieki nad noworodkiem (pytanie nr7 – 0,98 pkt.), udzielania odpowiedzi przez personel na każde zadane pytanie (pytanie nr 4 – 0,96 pkt.), udzielenia informacji na temat prawidłowego dbania o kikut pępowinowy (pytanie nr 12 – 0,94 pkt.) oraz kompetencji personelu zatrudnionego w oddziale (pytanie nr3 -0,94 pkt.). Najniższe wskaźniki uzyskano w pytaniach dotyczących bezpiecznej kąpieli noworodka (pytanie nr 19 - 0,82 pkt.), udzielenia informacji na temat czynników ryzyka śmierci łóżeczkowej (pytanie nr 8 - 0,74 pkt.), udzielenie informacji na temat postępowania w przypadku uszkodzenia brodawek sutkowych (pytanie nr 16 - 0,72 pkt.), udzieleniu informacji na temat miejsca, gdzie można zgłosić się w przypadku wystąpienia trudności w karmieniu piersią po opuszczeniu szpitala (pytanie nr 17 - 0,58 pkt.) oraz udzielenie informacji na temat metod pierwszej pomocy w przypadku stanu zagrożenia życia dziecka (pytanie nr 10 -0,58 pkt.).

Średnia ocena opieki pielęgniarskiej w oddziale, kompetencji personelu oraz udzielania informacji wyniosła 16,16 pkt. (85,1%) co interpretować należy jako ocenę dobrą.



Rycina 5. Rozkład średnich punktacji zadowolenia badanych z opieki pielęgniarskiej w oddziale neonatologicznym.
Źródło: wynik badań własnych

Dyskusja

Opieka sprawowana w oddziale szpitalnym nad noworodkiem może pośrednio wpłynąć na zakres opieki realizowanej przez rodziców/opiekunów w domu. Oddział noworodkowy jest zatem tym miejscem, w którym szczególną uwagę należy zwrócić na zadowolenie badanych z opieki pielęgniarskiej. Każda z pacjentek oddziału położniczego powinna zostać optymalnie przygotowana do opieki nad noworodkiem w domu. W przeprowadzonych badaniach szczególną

uwagę zwrócono na wpływ wybranych zmiennych socjodemograficznych, czas trwania hospitalizacji oraz korzystanie ze wsparcia ze strony pielęgniarek na postrzeganie jakości opieki sprawowanej przez personel medyczny.

Przeanalizowano oceny zadowolenia z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych grupach wiekowych respondentek. Najwyższy poziom zadowolenia z opieki pielęgniarskiej wykazały badane w wieku powyżej 30 lat. Średnia ocena wynosi 17,62 pkt. Najniższy poziom zadowolenia wykazały pacjentki w wieku 26-30 lat – średnia 15,46 pkt.

Wiek badanych, nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z oceną zadowolenia z opieki pielęgniarskiej w oddziale ($p > 0,05$). Wynik zarejestrowano na granicy istotności statystycznej ($p = 0,077$).

Przeanalizowano oceny zadowolenia z opieki pielęgniarskiej w zależności od poziomu wykształcenia badanych. Największe zadowolenie z opieki prezentowały osoby z wykształceniem wyższym – średnia wyniosła 16,63 pkt. Respondentki z wykształceniem zawodowym uzyskały 14,43pkt., z średnim natomiast, uzyskały zadowolenie z opieki na średnim poziomie 16,63 pkt.

Wykształcenie badanych nie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z oceną zadowolenia respondentów z opieki pielęgniarskiej w oddziale ($p > 0,05$) - ($p = 0,171$).

Przeanalizowano oceny zadowolenia z opieki pielęgniarskiej w zależności od ilości nocy spędzonych przez respondentki w oddziale. Wyższy poziom zadowolenia z opieki uzyskały badane przebywające w oddziale powyżej 3 nocy – średnia 16,54 pkt. Średnia osób przebywających w oddziale do 3 nocy wynosiła 15,78 pkt.

Ze względu na poziom istotności ($p>0,05$), nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy w punktacji pomiędzy okresem trwania hospitalizacji a zadowoleniem z opieki ($p = 0,295$).

Przeanalizowano oceny zadowolenia z opieki pielęgniarskiej w zależności od miejsca zamieszkania badanych. Wyższe zadowolenie

z opieki pielęgniarskiej uzyskały badane mieszkające w mieście – średnia 16,65 pkt. w porównaniu do 15,96 pkt. uzyskanych przez mieszkanki wsi.

Ze względu na poziom istotności (p>0,05) nie odnotowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych a uzyskanym przez nie poziomem zadowolenia z opieki (p= 0,446).

Przeanalizowano oceny zadowolenia z opieki pielęgniarskiej w zależności od świadczeń sprawowanych przez wyznaczoną pielęgniarkę. Najwyższy poziom zadowolenia z opieki dotyczył ankietowanych, nie posiadających wyznaczonej do sprawowania nad nimi opieki pielęgniarki. Średnia punktacja zadowolenia z opieki wyniosła 16,41. Pacjentki, którym wyznaczono pielęgniarkę do sprawowania nad nimi opieki uzyskały średni wynik na poziomie 15 pkt. Respondentki, które nie były pewne, czy opiekę nad nimi sprawuje określona pielęgniarka uzyskały średni wynik 16,13pkt.

Wyznaczenie konkretnej pielęgniarki do sprawowania opieki na ankietowanymi nie różnicowało w sposób istotny zadowolenia z opieki pielęgniarskiej (p=0,376).

Średni poziom zadowolenia z opieki pielęgniarskiej oddziale oscylował w granicy maksymalnej ilości punktów do zdobycia, co oznacza, że prawie wszystkie z ankietowanych kobiet były bardzo zadowolone ze sprawowanej nad nimi i ich dziećmi opieki. Badania własne wykazały, że wybrane zmienne socjodemograficzne, a także czas hospitalizacji i korzystanie ze wsparcia ze strony pielęgniarek nie mają istotnego wpływu na poziom zadowolenia z opieki pielęgniarskiej.

Do podobnych wniosków doszły Kołpa, Jurkiewicz i Sobyraw badaniach dotyczących zadowolenia z opieki pielęgniarskiej w oddziale chirurgii jednego dnia. Zauważyły one, że wiek, miejsce zamieszkania oraz poziom wykształcenia nie mają istotnego statystycznie wpływu na ocenę zadowolenia z opieki [4]. Szpringer, Chmielewski, Kosecka, Sobczyk oraz Komendacka w swoich badaniach

na temat poziomu zadowolenia pacjenta jako jednego z aspektów jakości opieki medycznej zauważyli, że istnieje statystycznie istotny związek pomiędzy satysfakcji pacjentów z opieki a ich statusem zawodowym, płcią oraz poziomem wykształcenia [5]. Różnica w wynikach prowadzonych badań może wynikać z faktu, że były one prowadzone w grupie osób dorosłych, w przeciwieństwie do aktualnych badań, które odnoszą się do opieki sprawowanej wobec matek oraz ich nowonarodzonych dzieci. W swoich badaniach dotyczących satysfakcji z opieki medycznej w oddziałach zachowawczych SPZOZ w Kraśniku w zależności od miejsca zamieszkania pacjentów Kos, Agnieszka Dziewa, Drop, Kawiak-Jachor analizowali jakość opieki pielęgniarskiej pod względem udzielanych informacji oraz wszelkich wyjaśnień ze strony personelu pielęgniarskiego. Zauważyli oni, że nie istnieje istotna statystycznie zależność, pomiędzy oceną poziomu zadowolenia badanych, a wsparciem ze strony personelu co zgodne jest z wynikami aktualnych badań [6]. Sochocka oraz Wojtyłko w swoich badaniach dotyczących poczucia satysfakcji podopiecznych Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM w Opolu określili jako nieistotny statystycznie okres trwania hospitalizacji dziecka w stosunku do poczucia bezpieczeństwa, które bezpośrednio związane jest w poczuciem zadowolenia z opieki [7]. Wyniki te zgodne są z wynikami uzyskanymi w aktualnych badaniach.

Wnioski

1. Średni poziom zadowolenia z opieki pielęgniarskiej oddziale oscylował w granicy maksymalnej ilości punktów do zdobycia, co oznacza, że prawie wszystkie z ankietowanych kobiet były bardzo zadowolone ze sprawowanej nad nimi i ich dziećmi opieki.
2. Na poziom zadowolenia z opieki i pozyskiwania informacji od personelu nie mają istotnego wpływu wybrane zmienne

socjodemograficzne (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania), czas hospitalizacji korzystanie ze wsparcia ze strony pielęgniarek.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Poziom satysfakcji badanych z opieki będzie wyższy, jeśli będzie wykonywana z uwzględnieniem obowiązujących standardów. Akt prawny wchodzący w życie na początku 2019 roku to rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Zawiera on istotne zmiany w stosunku do poprzednich przepisów regulujących tę problematykę.

Bibliografia/Bibliography:

1. Alistair P. The evolution of neonatology, Department of Pediatrics, Division of Neonatal and Developmental Medicine, Stanford University School of Medicine, Palo Alto, CA 94304, 2005,(58),4:799-815.

2. Syweński E., Suchańska D., Dobrowolska D., Góralewicz- Lenartowicz R. Baran L., Berghausen –Mazur M. Płód jako pacjent. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2008,1,(4):314-318.

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Poz. 1756.

4. Kołpa M., Jurkiewcz B., Sobyra A.: Wizerunek pielęgniarski oraz czynniki determinujące zadowolenie z opieki pielęgniarskiej na oddziale chirurgii jednego dnia. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angilogiczne 2016,3:146-151.

5. Szpringer M., Chmielewski J., Kosecka J., Sobczyk B., Komendacka O. Poziom satysfakcji pacjentów jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2015,21,(2):132-137.

6. Kos M., Dziewa A., Drop B., Kawiak-Jawor E. Satysfakcja z opieki medycznej w oddziałach zachowawczych SPZOZ w Kraśniku w zależności od miejsca zamieszkania pacjentów, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu,2016,22,(2):151-157.

7. Sochocka L., Wojtyłko A. Poczucie satysfakcji podopiecznych Oddziału Chirurgii Dziecięcej WCM w Opolu a model opieki funkcjonujący w Oddziale. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2011,1,(1):19-25.

Otrzymano: 12.02.2019r.
Zaakceptowano: 20.03.2019r.

Doświadczenia badanych pacjentek oddziału położniczo - neonatologicznego dotyczące opieki pielęgniarskiej w okresie hospitalizacji w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych z wykorzystaniem polskiej wersji skali NEWCASTLE

The examined patients needs/ experience of the obstetric-neonatological unit with reference to nursing care during the hospital stay , depending on the selected sociodemographic variables using the polish version of the scale of NEWCASTLE

DOROTA KOCHMAN[1], PAULINA WOJASIŃSKA[2]

[1]Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu
[2] Oddział dziecięcy, pododdział neonatologiczny SPZOZ Radziejów

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.002
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Poziom zadowolenia pacjentów z opieki jest jednym z najważniejszych czynników służących całościowej ocenie opieki podczas pobytu w szpitalu.
Cel. Celem pracy jest analiza doświadczeń badanych pacjentek oddziału położniczo - neonatologicznego dotyczących opieki pielęgniarskiej w okresie hospitalizacji.

Materiał i metody. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę szacowania, jako technikę - ankietowanie i skalę szacunkową. Narzędziem uczyniono polską wersję skali zadowolenia z opieki NEWCASTLE (część pierwsza). W przeprowadzonych badaniach udział wzięło 50 osób.
Wyniki. Doświadczenia badanych dotyczące opieki pielęgniarskiej w okresie hospitalizacji nie różnią się istotnie w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania), czasu hospitalizacji i korzystania ze wsparcia ze strony pielęgniarek.
Wnioski. Oddział noworodkowy jest tym miejscem, w którym szczególną uwagę należy zwrócić na doświadczenia i satysfakcję badanych z opieki pielęgniarskiej, ponieważ opieka sprawowana w oddziale nad matką i noworodkiem może pośrednio wpłynąć na zakres opieki realizowanej przez rodziców/opiekunów w domu.

Słowa kluczowe: jakość opieki, skala Newcastle, doświadczenia pacjentek

Abstract:
Introduction. The level of patients ' satisfaction with medical care is one of the most important factors that serves a comprehensive assessment of care during the hospital stay.
Aim. The aim of the study is to analyse the experience of the patients of the obstetric-neonatological unit.
Material and methods. The work uses the method of diagnostic survey and the method of estimation as a technique - questionnaire and estimation scale. The polish version of the NEWCASTLE care satisfaction scale was selected as a tool (first part). A total of 50 participants took part in the research.
Results. The respondents 'experience relating to nursing care during the hospital stay did not vary significantly in realation to the selected sociodemografic variables (age, education, place of residence), time of hospitalization and the use of support from the nurses.
Conclusions. The neonatology unit is the place where special attention should be paid to the experience of patients and satisfaction with nursing care, because medical care for the mother and newborn may indirectly affect the care performed by parents/guardians at home.

Key words: quality of medical care, NEWCASTLE care satisfaction scale, the experience of patients

Wstęp

Fakt potrzeby badania poziomu zadowolenia z opieki pielęgniarskiej/położniczej nie budzi wątpliwości. Wyniki przeprowadzanych badań jasno pokazują, iż poziom zadowolenia pacjentów z opieki jest jednym z najważniejszych czynników służących całościowej ocenie opieki podczas pobytu w szpitalu [1]. Jakość opieki sprawowanej przez personel pielęgniarski/położniczy w doświadczeniach pacjenta/pacjentki nazywany jest często miernikiem ewaluacji nie tylko opieki pielęgniarskiej/położniczej, ale i całościowej opieki w danej jednostce opieki zdrowotnej. Należy pamiętać, że pacjent, który jest świadczeniobiorcą w danej jednostce opieki zdrowotnej ma prawo wymagać jak najlepszej jakościowo opieki. Zapewnienie odpowiednio wysokiej jakości sprawowanych usług medycznych wymaga nie tylko zastosowania nowoczesnych technik, ale również pełnego zaangażowania nie tylko ze strony zarządzających daną jednostka opieki zdrowotnej, ale i wszystkich jej pracowników. Wynika to bowiem z interdyscyplinarnego charakteru sprawowania opieki zdrowotnej. Niezwykle istotnym ogniwem opieki są pielęgniarki i położne, które wykonują coraz szerszy zakres świadczeń [2,3,4].

Obecnie w omawianym zakresie opieramy się o Standardy opieki nad noworodkiem i położnicą w okresie okołoporodowym regulowane przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej [5].

Celem pracy jest analiza doświadczeń badanych pacjentek oddziału położniczo - neonatologicznego dotyczących opieki pielęgniarskiej w okresie hospitalizacji.

Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę szacowania, jako technikę - ankietowanie i skalę szacunkową. Narzędziem uczyniono polską wersję skali zadowolenia z opieki NEWCASTLE (część pierwsza). Skala ta służy do oceny doświadczeń związanych z opieką pielęgniarskiej oraz satysfakcji pacjenta z tej opieki.

Wyniki przeprowadzanych badań zostały poddane analizie statystycznej. Występowanie współzależności między zmiennymi, obliczone zostało za pomocą współczynnika korelacji R Spearmana. Współczynnik ten, służy do opisu sił korelacji występujących pomiędzy dwoma cechami, gdy mają one charakter jakościowy i istnieje możliwość uporządkowania obserwacji empirycznych w określonej kolejności lub w sytuacji gdy mamy do czynienia z cechami ilościowymi. Zastosowano również nieparametryczny test U Manna – Whitneya w celu oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma grupa. W pracy wykorzystany został także test rang Kruskala – Wallisa, który stosowany jest do porównywania wielu niezależnych grup. Jako hipotezę zerową przyjęto, brak różnic w badanych grupach. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $p>0,05$.

W przeprowadzonych badaniach udział wzięło 50 osób. Średnia wieku badanych wyniosła 28 lat. Najmłodsza z respondentek miała 18 lat, najstarsza 41. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby pomiędzy 26 a 30 rokiem życia, najmniej liczną osoby po 30 roku życia.

Respondenci podzieleni zostali na grupy ze względu na wykształcenie. Wykształcenie podstawowe posiadała jedna osoba (2% badanych), wykształcenie zawodowe dotyczyło 10 osób (20%), średnim legitymowały się 24 pacjentki (48%) a wyższym 15 (30%) spośród ankietowanych. Najliczniejszą grupę stanowiły pacjentki z wykształceniem średnim, a najmniej liczną z podstawowym.

Do celów dalszej analizy osoba ta została zakwalifikowana do grupy z wykształceniem zawodowym.

Średnia ilość nocy, które respondentki spędziły w oddziale wyniosła 4. Najdłuższy pobyt trwał 8 nocy, najkrótszy 2. Odchylenie standardowe wynosiło 36,4% co świadczy o znacznym zróżnicowaniu ilości dni spędzonych w oddziale przez pacjentki. Połowa badanych (25 osób, 50%) w oddziale spędziły do 3 nocy. Pobyt pozostałych był dłuższy.

Ponad połowa badanych (26 osób,52%) uważała, że nie miała wyznaczonej konkretnej pielęgniarki sprawującej nad nimi opiekę. Z kolei 19 kobiet (38%) nie było pewnych tego faktu, natomiast 5 osób (10%) uważało, że opieka nad nimi sprawowana była przez konkretnie wyznaczoną pielęgniarkę.

Zdecydowaną większość respondentek stanowiły kobiety zamężne – 36 osób (76%). W gronie badanych jedna (2%) deklarowała stan cywilny jako rozwiedziona. Pozostała grupa, czyli 22% (11 osób) to panny.

Większość kobiet (35 osób,70%) biorących udział w badaniu zamieszkiwało na wsi, a 15 osób (30%) w mieście.

Wyniki

Pytania zawarte w kwestionariuszu Skali zadowolenia z opieki pielęgniarskiej – NEWCASTLE dotyczą opieki pielęgniarskiej świadczonej przez personel oraz poglądów badanych na tę opiekę. Analizowany zestaw pytań dotyczy doświadczeń respondentów związanych z opieką pielęgniarską.

Największa liczba ankietowanych całkowicie zgadzała się z twierdzeniem, że z pielęgniarkami pracującymi w oddziale można było żartować. Ocenę tę wybrało 21 osób (42%). Bardzo zgodziło się z nim 14 osób (28%), a trochę zgodziło się kolejne 11 pacjentek (22%). Tylko jedna spośród badanych kobiet całkowicie się z nim nie zgodziła, i kolejna jedna trochę się nie zgodziła, a 2 (4%) nie miały zdania na temat ww. twierdzenia.

Większość ankietowanych (74%, 37 osób) całkowicie nie zgadzało się z twierdzeniem, że pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów. Kolejne 7 osób (14%) bardzo się nie zgodziło z tym stwierdzeniem, a jedna tylko trochę się nie zgodziła. Następne 5 osób (10%) nie miało zdania w tej kwestii. Szczególną uwagę należy zwrócić na fakt, że żadna z pacjentek nie wybrała odpowiedzi potwierdzającej ww. twierdzenie.

Zdecydowana większość (54% - 27 osób) nie zgodziła się z twierdzeniem, że pielęgniarki nie udzielały wystarczających informacji całkowicie, 11 (22%) bardzo a 2(4%) tylko trochę. Odpowiedzi potwierdzające ww. tezę (trochę się zgadzam, bardzo się zgadzam, całkowicie się zgadzam) wybrane zostały łącznie tylko przez 5 pacjentek (10%). 5 osób nie miało zdania w tej kwestii.

Większość respondentek (33 osoby - 66%) całkowicie nie zgadzało się z twierdzeniem, że pielęgniarki w pracy były zbyt swobodne oraz nie wkładały dużo wysiłku w działania zawodowe. Nie zgadzało się zdecydowanie z ww. opinią 10 osób (20%). Tylko 3 pacjentki nie miały zdania na ten temat. Ważny jest fakt, że z twierdzeniem tym zgodziły się tylko 4 (8%) spośród ankietowanych.

Większość (52% - 26 osób) badanych całkowicie nie zgodziło się z twierdzeniem, że przybycie pielęgniarek na wezwanie odbywało się zbyt wolno. Duża grupa (18% - 9 osób) badanych bardzo lub trochę nie zgodziło się z twierdzeniem, że przybycie pielęgniarek na wezwanie odbywało się zbyt wolno. Zdania na ten temat nie miało 3 osoby (6%). Zaś łącznie 12 osób (24 %) całkowicie, bardzo lub trochę zgodziło się z tym twierdzeniem.

Zdecydowana większość ankietowanych (30 osób - 60%) całkowicie zgodziło się z twierdzeniem, że informacje udzielane były przez pielęgniarki w czasie, w którym tego potrzebowali. Z powyższą opinią trochę się zgadza 1 osoba (2%). Tylko 3 (6%) spośród badanych kobiet uznało, że pielęgniarki nie udzielały im informacji w czasie, w którym tego potrzebowały. Tylko 5 pacjentek nie miało zdania na ten temat.

Najwięcej badanych całkowicie nie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki lekceważyły ich cierpienie. Odpowiedz ta została wybrana przez 38 osób (76%). Odpowiedz bardzo się nie zgadzam wybrana została przez 5 pacjentek (10%). Opinia „trochę się nie zgadzam'' wybrana została przez tylko 1 pacjentkę (2%), a 2 kobiety (4%) nie miały zdania na temat ww. twierdzenia. Odpowiedź „bardzo się zgadzam" i „całkowicie się zgadzam" wybrane zostały odpowiednio przez 2 osoby (4%).

Zdecydowana większość badanych (36 osób,72%) całkowicie nie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki gasiły światło zbyt późno w nocy. Bardzo i trochę nie zgadzało się z tą opinią łącznie 9 osób(18%). Przeciwnego zdania była jedna (2%) spośród ankietowanych pacjentek, a 4 osoby nie miały w tej kwestii zdania.

Większość ankietowanych (27 osób - 54%) całkowicie nie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki kazały im wykonywać określone czynności, zanim były do nich przygotowane. Bardzo nie zgodziło się z nim 8 osób (16%).Tylko 3 (6%)respondentki nie miały zdania na temat ww. twierdzenia i tyleż samo trochę się zgodziło z tym twierdzeniem. Należy zauważyć, że aż 7 kobiet (14 %) całkowicie się z nim zgodziło a jedna osoba bardzo się zgodziła.

Prawie połowa badanych (24 osoby - 48%) całkowicie zgodziła się z twierdzeniem, że pielęgniarki niezależnie jak bardzo były zajęte znajdowały dla nich czas. Zauważyć trzeba również, że dodatkowo 18 (36%) pacjentek bardzo się z nim zgodziło oraz 3 osoby (6%) trochę się z nim zgodziły. Zdania na ten temat nie miała jedna z ankietowanych (2%). Ważny jest również fakt, że z twierdzeniem tym zgodziły się jedynie 4 (8%) spośród ankietowanych.

Ponad jedna trzecia badanych (18 osób -36%) bardzo zgodziła się z twierdzeniem, że widziały w pielęgniarkach swoich przyjaciół. Całkowicie zgodziło się z nim 16 osób(32%). Jedynie 8 pacjentek (16%) wybrało odpowiedź trochę się zgadzam, a 4 (8%) nie miały

zdania na temat ww. twierdzenia. Należy zauważyć również, że z twierdzeniem tym łącznie nie zgodziły się 4 badane.

Prawie połowa badanych (22 osoby - 44%) całkowicie zgodziła się z twierdzeniem, że pielęgniarki pocieszały przygnębionych pacjentów, bardzo i trochę pocieszały odpowiednio 13 osób - 26% i 6 osób – 12%. Należy zwrócić uwagę na fakt, że żadna z badanych kobiet nie określiła swojego zdania jako trochę się zgadzam, a całkowicie/bardzo się zgadzam w czasie badania wybrane łącznie przez 2 osoby (4%). Nie miało zdania na ten temat 7 osób (14%).

Zdecydowana większość ankietowanych (31 osób -62%) całkowicie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki regularnie sprawdzały czy u nich wszystko w porządku. Zauważyć należy również, że z twierdzeniem tym bardzo zgodziły się 4 pacjentki (8%) a trochę się z nim zgodziły 2 spośród ankietowanych (4%). Ważny jest również fakt, że jedynie 11 kobiet (22%) nie zgodziło się z nim. Nie miało zdania na ten temat 2 osoby (4%).

Zdecydowana większość badanych (35osób -70%) całkowicie nie zgodziła się z twierdzeniem, że pielęgniarki pracujące w oddziale nie ze wszystkim dawały sobie radę. Aż 12 pacjentek (24%) bardzo się z nim nie zgodziło, a jedna osoba (2%) trochę się z nim nie zgodziła (podobnie jak z twierdzeniem trochę się zgadzam i bardzo się zgadzam).

Większość badanych (40 osób - 80%) całkowicie nie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki nie wykazywały nimi zainteresowania. Zauważyć trzeba również, że bardzo nie zgodziło się z tą opinią 7 pacjentek (14%). Jedna osoba (2%) nie miała zdania na temat ww. twierdzenia, a potwierdziły je 2 (4%) spośród ankietowanych

Zdecydowana większość pacjentek (30 osób - 60%) całkowicie zgodziła się z twierdzeniem, że pielęgniarki tłumaczyły im ich dolegliwości. Bardzo lub trochę zgodziło się z nim 13 (26%) spośród ankietowanych. Zauważyć trzeba również, że jedna z kobiet nie miała

zdania na temat ww. twierdzenia a 12% badanych nie zgodziło się z nim.

Większość respondentek (28 osób -56%) całkowicie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki tłumaczyły im przed zabiegiem na czym będzie on polegał. Na uwagę zasługuje również fakt, że aż 12 pacjentek (24%) bardzo się z nim zgodziło a 4 osoby (8%) wybrały odpowiedz „ trochę się zgadzam". Zauważyć należy również fakt, że 3 pacjentki (6%) nie miały zdania na temat ww. twierdzenia a 2 spośród ankietowanych (4%) trochę się z nim nie zgadzało. Jedna osoba (2%) całkowicie nie zgadzała się z ww. twierdzeniem

Zdecydowana większość badanych (31 osób -62%) całkowicie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje o stanie zdrowia pacjentów, zaś 14 – 28% łącznie zgodziło się bardzo i trochę. Najrzadziej (po 1 osoba – 2%) wybrane zostały odpowiedzi „całkowicie się nie zgadzam" oraz „bardzo się nie zgadzam". Trzy osoby nie miały zdania na ten temat.

Ponad jedna trzecia badanych (18 osób -36%) całkowicie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki wiedziały co robić bez zlecenia lekarskiego. Bardzo się z nim zgodziło 14 osób (28%), a 2 pacjentki (4%) trochę się z nim zgodziły (podobnie jak trochę się nie zgodziło). Jedynie 4 ankietowane (8%) nie miały zdania na temat ww. twierdzenia. Należy zauważyć, że 12(24%) respondentek uważało, że pielęgniarki nie wiedziały co powinny zrobić bez konkretnego polecenia lekarza.

Zdecydowana większość ankietowanych (37 osób – 74%) całkowicie nie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki zapominały o co pacjent je prosił, a dodatkowo 5 pacjentek (10 %) odpowiedz bardzo się z nim nie zgodziło. Kolejne 2 (4%) spośród badanych trochę się z nim nie zgadzały. Ważny jest również fakt, że tylko jedna pacjentka (2%) nie miała zdania na temat ww. twierdzenia, a tylko 10% respondentek się z nim zgodziło.

Zdecydowana większość (31 osób - 62%) całkowicie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki dbały o ich prywatność. Odpowiedz

bardzo się zgadzam wybrana została przez 10 kobiet (20 %) a tylko 3 respondentki (6 %) uznały, że pielęgniarki nie dbały o ich prywatność.

Mniej niż jedna trzecia badanych (12 osób - 24%) całkowicie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki znajdowały czas na rozmowę z pacjentem. Dodatkowo zauważyć trzeba, że 10 kobiet (20%) bardzo się z nim zgodziło oraz trochę się zgodziło. Ważny jest jednak również fakt, że 7 osób (14%) nie miało zdania na temat ww. twierdzenia, a tylko 6 kobiet (12 %) nie zgodziło się z nim.

Zdecydowana większość (45 osoby - 90%) całkowicie bardzo i trochę zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki i lekarze pracowali dobrze jako zespół. Przeciwnego zdania (odpowiedz całkowicie się nie zgadzam) były jedynie 2 (4%) pacjentki.

Zdecydowana większość badanych (34 osoby -68%) całkowicie nie zgodziło się z twierdzeniem, że jedna pielęgniarka nie wiedziała, co robi druga. Zauważyć trzeba równie, że 9 osób (18%) wybrało odpowiedz bardzo i trochę się nie zgadzam, natomiast 3 pacjentki (6%) nie miały zdania na temat ww. twierdzenia. Ważny jest również fakt, że 4 pacjentki (8%) trochę, bardzo lub całkowicie się z nim zgodziły.

Większość pacjentek (30 osób - 60%) całkowicie zgodziło się z twierdzeniem, że pielęgniarki wiedziały co robić, aby było jak najlepiej. Prawie jedna trzecia (13 osób-26%) bardzo się z nim zgodziło, a tylko 3 (6%) spośród ankietowanych kobiet się z nim nie zgodziła.

Zdecydowana większość ankietowanych (44 osób - 88%) całkowicie lub bardzo zgodziło się z twierdzeniem, że dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała miła atmosfera. Odpowiedzi zaprzeczające tej tezie wybrane łącznie zostały przez tylko 2 osoby (4%).

Tabela 1. Średnie wyniki poszczególnych aspektów związanych z doświadczeniami z opieki pielęgniarskiej.

Nr	treść	WO*	średnia	SD	wskaźnik %
1	można było pożartować z pielęgniarkami	6	4,96	1,228	82,7
2	pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów	6	5,52	0,953	92,0
3	pielęgniarki nie udzielały mi wystarczających odpowiedzi	6	4,90	1,644	81,7
4	pielęgniarki nie wysilały się zbytnio i były zbyt swobodne	6	5,24	1,437	87,3
5	przybycie na wezwanie zabierało dużo czasu	6	4,28	2,322	71,3
6	pielęgniarki udzielały informacji w chwili potrzeby	6	5,08	1,602	84,7
7	wydawało mi się, ze pielęgniarki lekceważą moje cierpienie	6	5,30	1,594	88,3
8	pielęgniarki gasiły światło zbyt późno w nocy	6	5,42	1,197	90,3
9	pielęgniarki kazały mi wykonywać czynności bez przygotowania	6	4,44	2,224	74,0
10	pielęgniarki niezależnie jak były zajęte znajdowały dla mnie czas	6	5,04	1,470	84,0
11	widziałem w pielęgniarkach swoich przyjaciół	6	4,72	1,325	78,7
12	pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni	6	4,86	1,400	81,0
13	pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko dobrze	6	4,50	2,297	75,0
14	pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę	6	5,54	0,973	92,3
15	pielęgniarki nie interesowały się mną	6	5,66	0,895	94,3
16	pielęgniarki tłumaczyły co mi dolega	6	5,02	1,672	83,7
17	przed zabiegiem pielęgniarki tłumaczyły mi na czum on polega	6	5,14	1,325	85,7
18	pielęgniarki przekazywały następnej zmianie informacje	6	5,28	1,294	88,0

	dotyczące mojego stanu				
19	pielęgniarki wiedziały co robić, nie czekały na polecenia lekarzy	6	4,16	2,093	69,3
20	zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapominały o co prosił pacjent	6	5,24	1,648	87,3
21	pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów	6	5,12	1,599	85,3
22	pielęgniarki miały czas by usiąść i porozmawiać ze mną	6	3,92	1,782	65,3
23	lekarz i pielęgniarki pracowali dobrze jako zespół	6	5,32	1,406	88,7
24	wydawało mi się, że jedna pielęgniarka jakby nie wiedziała co robi druga	6	5,24	1,451	87,3
25	pielęgniarki wiedziały co robić aby było jak najlepiej	6	5,20	1,457	86,7
26	dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała miła atmosfera	6	5,28	1,325	88,0

Źródło: wynik badań własnych

W celu obliczenia ogólnej punktacji dotyczącej doświadczeń z opieki pielęgniarskiej dokonano przekodowania uzyskanych odpowiedzi. Za wartość oczekiwaną przyjęto uzyskanie 6 pkt.

Najwyższy wskaźnik procentowy w stosunku do wartości oczekiwanej otrzymały twierdzenia respondentek:

1. Pielęgniarki nie interesowały się mną (15) – wskaźnik procentowy wyniósł 94,3%. Oznacza to, że 94,3% ankietowanych nie zgodziło się z ww. twierdzeniem.
2. Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę (14) – wskaźnik procentowy wyniósł 92.3%. Oznacza to, że 92,3% pacjentek nie zgodziło się z ww. twierdzeniem.
3. Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów (2) – wskaźnik procentowy wyniósł 92,0%. Oznacza to, że w 92,0% kobiet nie zgodziło się z ww. twierdzeniem.

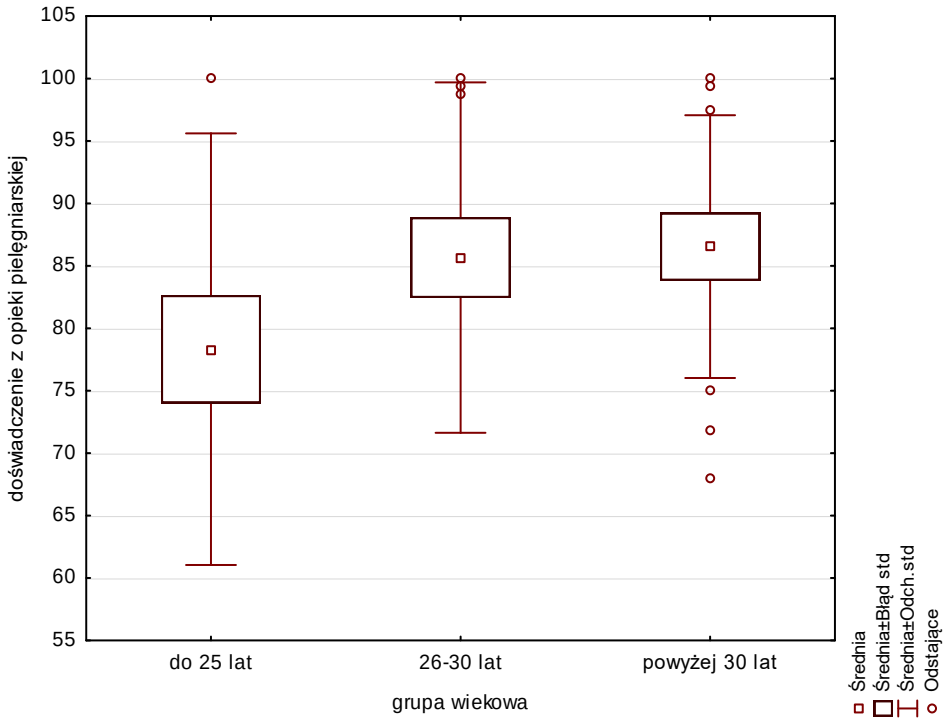
Najniższy wskaźnik procentowy w stosunku do wartości oczekiwanej otrzymały twierdzenia respondentek:

1. Pielęgniarki kazały mi wykonywać czynności bez przygotowania (9) – wskaźnik procentowy wyniósł 74,0% . Oznacza to, że 74.0% ankietowanych nie zgodziło się z ww. twierdzeniem.
2. Przybycie na wezwanie zabierało dużo czasu (5) – wskaźnik procentowy wyniósł 71,3%. Oznacza to, że 71,3% badanych nie zgodziło się z ww. twierdzeniem.
3. Pielęgniarki wiedziały co robić, nie czekały na polecenie lekarzy(19) – wskaźnik procentowy wyniósł 69,3%. Oznacza to, że 69,3% kobiet zgodziło się z ww. twierdzeniem.

Średnia ocena doświadczeń z opieki pielęgniarskiej w oddziale neonatologicznym wyniosła 83,58pkt. Odchylenie standardowe stanowi 17,28% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Ocena minimalna wynosi 44,87% natomiast maksymalna 100% .

Dyskusja

Przeanalizowano oceny doświadczeń z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych grupach wiekowych respondentek. Najlepsze doświadczenia w tym zakresie uzyskały badane powyżej 30 roku życia - średnia 86,54 pkt. Osoby w wieku 26-30 lat otrzymały średni wynik 85,66%. Najniższy wyniki uzyskały pacjentki w wieku do 25 lat – średnia 78,33 pkt.

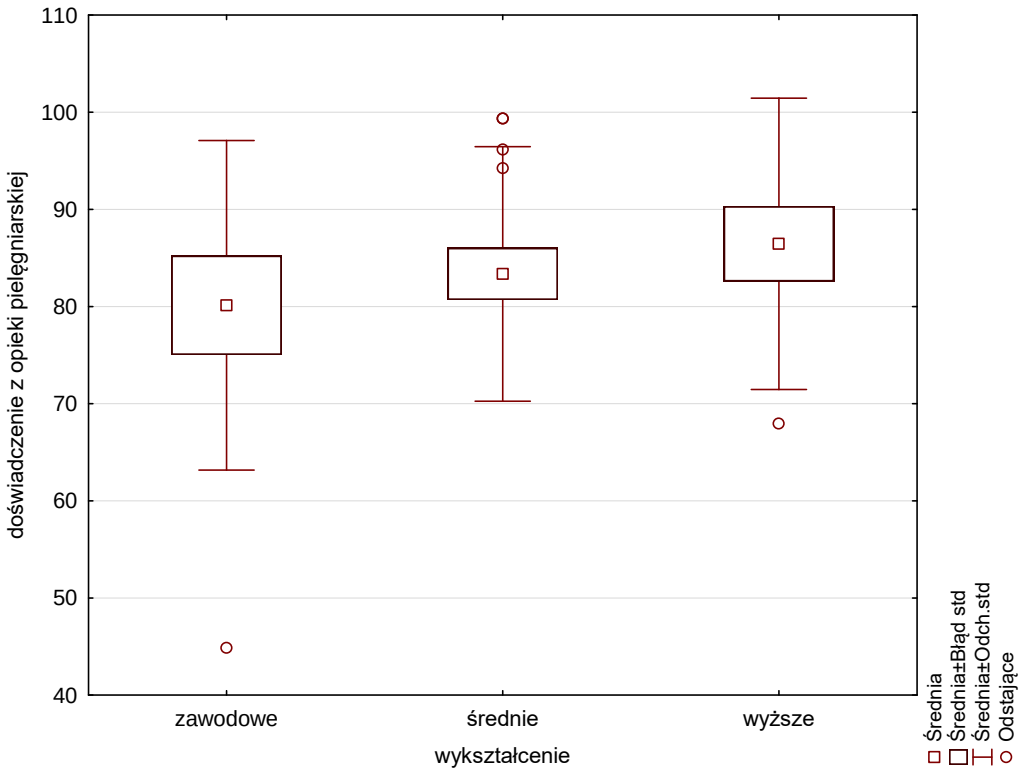


Rycina 1. Rozkład średnich punktacji dotyczących doświadczeń badanych z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych grupach wiekowych.

Źródło: wynik badań własnych

Wiek badanych, nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z oceną ich doświadczeń z opieki pielęgniarskiej w oddziale p= 0,207 (p>0,05).

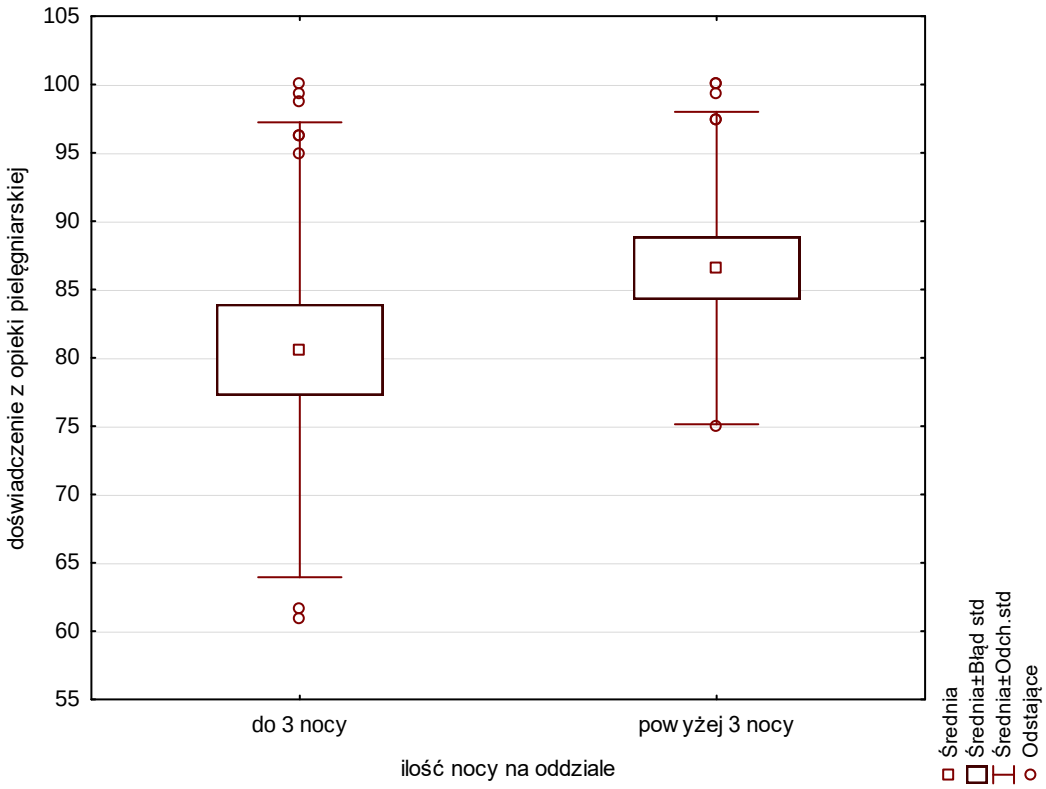
Przeanalizowano punktację doświadczeń z opieki pielęgniarskiej w zależności od poziomu wykształcenia badanych. Najlepsze doświadczenia w tym zakresie uzyskały respondentki z wykształceniem wyższym – średnia 86,45 pkt. Najniższe z kolei osoby z wykształceniem zawodowym – średnia 80,13 pkt., osoby z wykształceniem średnim uzyskały średnią punktacji 83,36.



Rycina 2. Rozkład średnich punktacji doświadczeń badanych z opieki pielęgniarskiej w zależności od wykształcenia.
Źródło: wynik badań własnych

Wykształcenie badanych nie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z oceną doświadczeń z opieki pielęgniarskiej p=0,273 (p>0,05).

Przeanalizowano punktację doświadczeń badanych z opieki pielęgniarskiej w zależności od ilości nocy spędzonych przez respondentki w oddziale. Najlepsze doświadczenia związane z opieką pielęgniarską uzyskały pacjentki przebywające w oddziale powyżej 3 nocy – średnia 86,56 pkt. Osoby, które spędziły w oddziale do 3 nocy uzyskały średni wyniki 80,59 pkt.

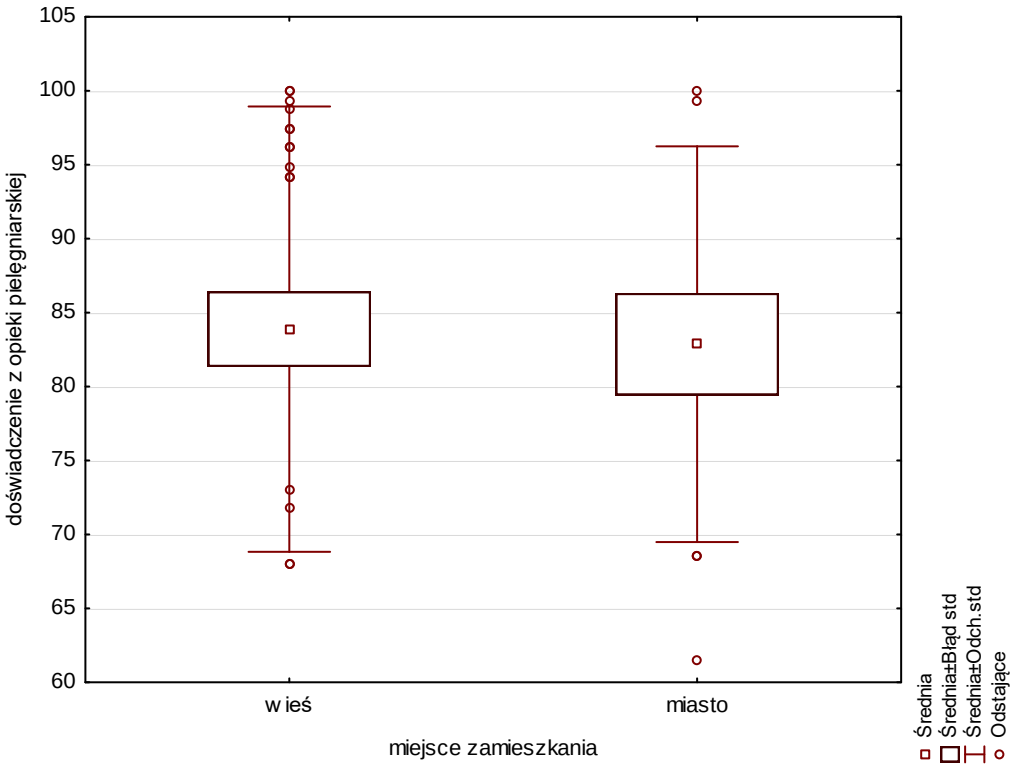


Rycina 3. Rozkład średnich punktacji doświadczeń badanych z opieki pielęgniarskiej w zależności od czasu trwania hospitalizacji.
Źródło: wynik badań własnych

Ze względu na poziom istotności p=0,229 (p>0,05), nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy doświadczeniami badanych z opieki pielęgniarskiej, a czasem trwania hospitalizacji.

Przeanalizowano punktację dotyczącą doświadczeń badanych z opieki pielęgniarskiej w zależności od miejsca ich zamieszkania. Lepsze doświadczenia w tym zakresie uzyskały pacjentki

zamieszkujące na wsi – średnia 83,88 pkt., w porównaniu do średniej mieszkanek miasta wynoszącej 82,86 pkt.

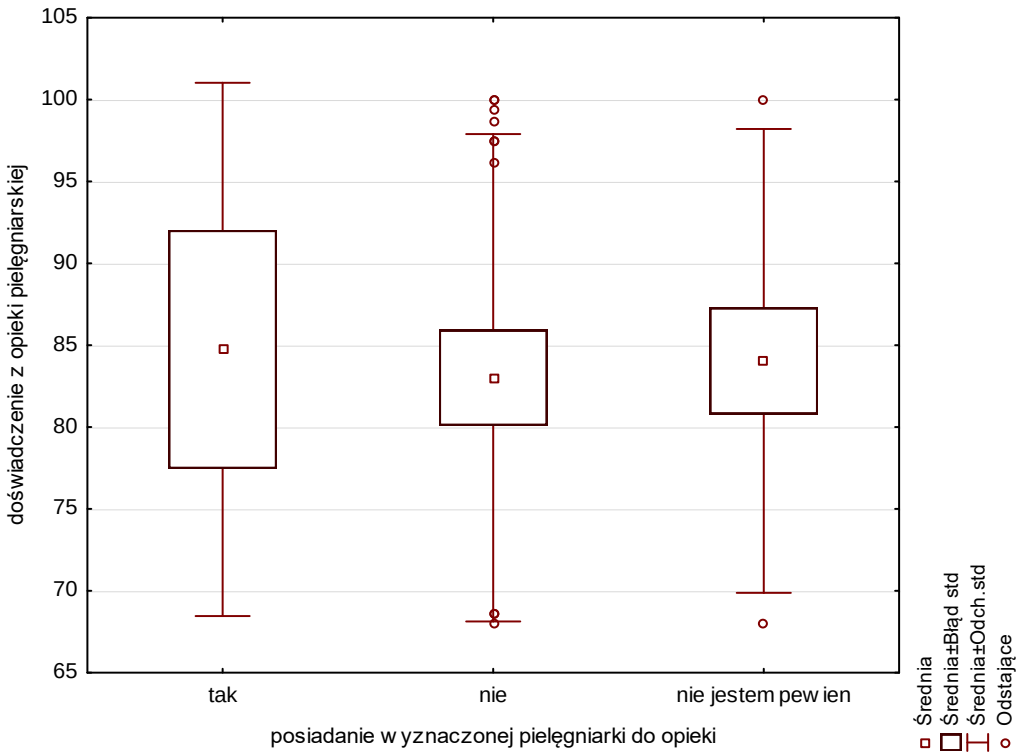


Rycina 4. Rozkład średnich punktacji doświadczeń badanych z opieki pielęgniarskiej w zależności od miejsca zamieszkania.
Źródło: wynik badań własnych

Ze względu na poziom istotności p=0,539 (p>0,05) nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy miejscem zamieszkania badanych a oceną ich doświadczeń z opieki.

Przeanalizowano punktację w zakresie doświadczenia badanych z opieki pielęgniarskiej w zależności od sprawowania opieki nad nimi przez wyznaczoną pielęgniarkę. Najwyższą liczbę punktów uzyskały respondentki, którymi opiekowała się konkretna

pielęgniarka - średnia 84,74 pkt. Pacjentki, które nie miały wyznaczonej do opieki nad nimi pielęgniarki osiągnęły najniższy wynik mieszczący się na poziomie 83,01 pkt. Pacjentki, które nie były pewne, czy miały wyznaczoną do opieki nad nimi pielęgniarkę, osiągnęły najniższy wynik mieszczący się na poziomie 83,01 pkt.



Rycina 5. Rozkład średnich punktacji doświadczeń badanych z opieki pielęgniarskiej w zależności od sprawowania opieki przez konkretną, wyznaczoną pielęgniarkę.
Źródło: wynik badań własnych

Wyznaczenie konkretnej pielęgniarski do sprawowania opieki nad pacjentem nie różnicowało istotnie oceny doświadczeń badanych z opieki pielęgniarskiej p=0,986 (p>0,05).

Opieka sprawowana w oddziale szpitalnym nad noworodkiem może pośrednio wpłynąć na zakres opieki realizowanej przez rodziców/opiekunów w domu. Oddział noworodkowy jest zatem tym miejscem, w którym szczególną uwagę należy zwrócić na satysfakcję badanych z opieki pielęgniarskiej. Każda z pacjentek oddziału położniczego powinna zostać optymalnie przygotowana do opieki nad noworodkiem w domu. Badanie satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w oddziale położniczo- noworodkowym jest zatem wyjątkowo ważne, ponieważ daje szanse na modyfikację działań i wdrożenie takich rozwiązań, które są najwyżej oceniane przez odbiorców świadczeń. Na poziom satysfakcji z opieki mają wpływ różne czynniki m.in. zakres wiedzy, jaki przekazywany jest przez personel opiekunom dziecka. Coraz więcej kobiet, informacji na temat pielęgnacji dziecka poszukuje nie tylko w internacie, ale i w różnych pozycjach na rynku wydawniczym. Jeśli informacje zamieszczone w wyżej wymienionych źródłach różnią się znacznie od tych, które przekazywane są przez personel może to wpłynąć na obniżenie poziomu zadowolenia z opieki. W przeprowadzonych aktualnie badaniach szczególną uwagę zwrócono na wpływ wybranych zmiennych socjodemograficznych, czas trwania hospitalizacji oraz korzystanie ze wsparcia ze strony pielęgniarek na postrzeganie jakości opieki sprawowanej przez personel medyczny.

Średnia ilość punktów możliwych do zdobycia przez ankietowanych w pytaniach dotyczących doświadczeń z opieki pielęgniarskiej przekraczała połowę możliwych do zdobycia, co wskazuje na wysoki poziom zadowolenia badanych ze sprawowanej przez personel opieki. Przeprowadzone badania nie wykazały jednak, istotnej zależności pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi, czasem trwania hospitalizacji oraz korzystaniem ze wsparcia ze strony pielęgniarek, a oceną doświadczeń z opieki pielęgniarskiej respondentek.

Badania Wierzbickiej oraz Jankowskiej-Polańskiej dotyczące poziomu jakości opieki pielęgniarskiej na przykładzie oddziałów

Uniwersyteckiego Szpital Klinicznego we Wrocławiu z wykorzystaniem polskiej wersji skali zadowolenia z opieki Newcastle wykazały, że na ocenę doświadczeń badanych z opieki nie ma istotnego wpływu wiek respondentów. Poziom wykształcenia jednak w przeciwieństwie do wyników uzyskanych w aktualnych badaniach, zdaniem Wierzbickiej oraz Jankowskiej-Polańskiej wpływał istotnie na oceny doświadczeń z opieki dokonywanej przez respondentów [6]. W badaniach tych autorki wykazały również brak występowania istotności statystycznej pomiędzy doświadczeniami z opieki a czasem trwania hospitalizacji. Wynik ten zgodny jest z wynikiem aktualnych badań. Zauważyć trzeba jednak, ze wszelkie różnice w wynikach wynikać mogą z faktu, że badania te prowadzone były w kontekście osób dorosłych, w przeciwieństwie do aktualnych badań, które poza oceną opieki dotyczącą bezpośrednio matek, dotyczyły dodatkowo opinii nt. świadczeń realizowanych wobec ich dzieci.

W badaniach Kozimali i Putowskiego, w których analizowano poziom zadowolenia z opieki pielęgniarskiej z wykorzystaniem polskiej wersji skali Newcastle, zwrócono uwagę na zależność oceny doświadczeń z opieki i takich zmiennych socjodemograficznych jak: płeć, wiek oraz poziom wykształcenia. Autorzy nie stwierdzili jednak istotnej statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem respondentów a poziomem oceny ich doświadczeń z opieki [7]. Podobnie jak w aktualnych badaniach przeprowadzonych w oddziale noworodkowym, Kozimala i Putowski nie zaobserwowali również istotnej statystycznie różnicy pomiędzy oceną doświadczeń z opieki w zależności od wieku ankietowanych. Brak tej zależności w aktualnych badaniach tłumaczyć można jednak małą ilością respondentów. Aby określić czy wiek badanych wywiera istotny wpływ na ich poziom zadowolenia z opieki, należałoby przeprowadzić badania, którym zostanie poddana większa liczba osób. Grochans, Wieder-Huszla, Jurczak, Stanisławka, Janic oraz Szych w swoich badaniach dotyczących wsparcia emocjonalnego jako wyznacznika jakości opieki pielęgniarskiej prowadzonych w Oddziale Chirurgii

Ogólnej Samodzielnego Publicznego Szpitala Rejonowego w Nowogardzie przedstawili stosunek wsparcia ze strony personelu do oceny jakości opieki sprawowanej przez personel [8]. Z badań tych wynika, że niektóre z czynników zwianych ze wsparciem ze strony personelu pielęgniarskiego takie jak: informowanie na temat pobytu w szpitalu, wyjaśnianie nomenklatury medycznej, informowanie o sposobie zachowania się po operacji, zapoznanie z topografią oddziału, zapewnienie troskliwej opieki, rozmowy, szybkie reagowanie na dzwonki mają istotny wpływ na poziom oceny jakości opieki. Wyniki te zgodne są z wynikam aktualnych badań.

Wnioski

1. Doświadczenia badanych dotyczące opieki pielęgniarskiej w okresie hospitalizacji nie różnią się istotnie w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania), czasu hospitalizacji i korzystania ze wsparcia ze strony pielęgniarek.
2. Opieka sprawowana w oddziale szpitalnym nad matką i noworodkiem może pośrednio wpłynąć na zakres opieki realizowanej przez rodziców/opiekunów w domu. Oddział noworodkowy jest zatem tym miejscem, w którym szczególną uwagę należy zwrócić na satysfakcję badanych z opieki pielęgniarskiej.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Opieka sprawowana w oddziale szpitalnym nad matką i noworodkiem może pośrednio wpłynąć na zakres opieki realizowanej przez rodziców/opiekunów w domu. Oddział noworodkowy jest zatem tym miejscem, w którym szczególną uwagę należy zwrócić na satysfakcję badanych z opieki pielęgniarskiej.

Bibliografia / Bibliography:

1. Mahon P.Y. An analysis of the concept of patients satisfaction as it relates to contemporary nursing care. Jurnal od Advanced Nursing,1996,24: 1241-48.

2. Johansson P., Oleni M., Fridlund B. Patrient satisfaction with nursing care In the co text of health care: a literature study. Nordic Collage of Caring Sciences. Scandinavian Journal of Caring SCIENCES,2002,(16):337-344.

3. Juszczak K., Jaracz K. Jakość opieki pielęgniarskiej w świetle aktualnych badań – przegląd piśmiennictwa. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2008,4:17.

4. Kowalik G.: Czynniki wpływające na jakość opieki pielęgniarskiej, Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2006, 4:337-344.

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Poz. 1756.

6. Wierzbicka B.K., Jankowska-Polańska B. Poziom jakości opieki pielęgniarskiej na przykładzie oddziałów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2014,3,4:90-96.

7. Kozimala M., Putowski L. Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu. Annales Academiae Medicae Silesiensis 2009,63,1:20-27.

8. Grochans E., Wieder-Huszla S., Jurczak A., Stanisławka M., Janic E., Szych Z. Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej. Problemy Higieny i Epidemiologii 2009,90,2:236-239.

Otrzymano: 04.02.2019r.
Zaakceptowano: 15.03.2019r.

Strategie radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek

Strategies for coping with stress in the opinion of nurses

AGNIESZKA PIERNIKOWSKA[1], DOMINIKA PODSIADŁY[2]

[1] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. Ks. J. Popiełuszki we Włocławku
[2]Oddział Pediatrii, Gastroenterologii, Kardiologii, Neurologii, Diabetologii i Endokrynologii, Regionalny Szpital Specjalistyczny im. Dr. W. Biegańskiego w Grudziądzu

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.003
ISSN:2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. W ogólnym ujęciu stres określany jest jako reakcja organizmu na stawiane psychiczne i fizyczne wymagania. Nieustanne narażanie się na stres zawodowy może doprowadzić do poważnych konsekwencji. Jedną z nich, szeroko opisywaną w literaturze, jest zespół wypalenia zawodowego pielęgniarek. Aktualne koncepcje radzenia sobie ze stresem określają osobowościowe oznaki odporności na stres jako „mediatorami procesu stresowego".
Cel. Celem przeprowadzonych badań jest analiza opinii pielęgniarek na temat strategii radzenia sobie ze stresem.
Materiał i metody. Badaniami objęto grupę 70 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach zachowawczych i 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. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż pielęgniarki z najmłodszej kategorii wiekowej i z najkrótszym stażem pracy istotnie częściej wybierały strategie: pozytywne przewartościowanie, poczucie humoru oraz zajmowanie się czymś innym. Jako strategię radzenia sobie ze stresem w postaci poszukiwania wsparcia instrumentalnego częściej wybierały pielęgniarki w grupie 36-45 lat. Natomiast absolwenci z wyższym wykształceniem stawiali na aktywne radzenie sobie, zajmowanie się czymś innym, pozytywne przewartościowanie i rozwój. Z kolei niższe wykształcenie wskazywało na aktywne radzenie sobie, planowanie i zajmowanie się czymś innym.
Wnioski. Według opinii respondentów praca pielęgniarki/pielęgniarza jest często stresująca. Stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem jest aktywne radzenie sobie, planowanie, zajmowanie się czymś innym. Średni wiek badanych pielęgniarek/pielęgniarzy wyniósł 43 lata. Najliczniejszą grupę stanowili badani z ukończonym liceum medycznym (41,4%), natomiast najmniejszą studium medyczne (8,6%).

Słowa kluczowe: strategia, stres, pielęgniarka

Abstract:
Introduction. In general, stress is defined as the body's response to the psychological and physical demands. The constant exposure to professional stress can lead to serious consequences. One of them, widely described in the literature, is the burnout syndrome of nurses. Current concepts of coping with stress determine the personality signs of resistance to stress as "mediators of the stress process"
Aim. The aim of the conducted research is to analyze the nurses' opinions on the strategy of coping with stress.
Materials and methods. The study involved a group of 70 nurses working on conservative and surgical wards in the Regional Specialist Hospital Dr W. Biegański in Grudziądz, after obtaining the positive consent of the Bioethical Commission of the Nicolaus Copernicus University in Toruń at Collegium Medicum Ludwika Rydygiera in Bydgoszcz and the consent of the Hospital Management. The method of diagnostics survey,

questionnaire technique and author's questionnaire and standardized Mini-Cope questionnaire were used.
Results. As a result of the conducted research, it was found that nurses from the youngest group and with the shortest seniority significantly more often chose the following strategies: positive re-evaluation, sense of humor and other activities. Nurses in the 36-45 age group were more likely to choose to seek instrumental support as a strategy of coping with stress. However , graduates with higher education focused on active coping activities , positive reevaluation and development as well as other activities . In turn, lower education indicated active coping activities , planning and other activities.
Conclusions. According to the respondents, the nurse job is often stressful. The strategies used to cope with stress are active coping activities, planning, and other activities. The average age of the examined nurses was 43 years. The largest group involved the respondents with medical school education (41.4%), while the smallest medical higher education (8.6%).

Keywords: strategy, stress, nurse

Wstęp

W ogólnym ujęciu stres określany jest jako reakcja organizmu na stawiane psychiczne i fizyczne wymagania. Reakcje te mogą mieć charakter psychologiczny bądź biologiczny, jednak często występują razem jako psychospołeczna całość. Stres możemy podzielić na dwa rodzaje: biologiczny i psychologiczny [1].

Nawiązując do definicji stresu, należy również wspomnieć o specyficznym rodzaju stresu jakim jest stres zawodowy. Jest to relacja jaka zachodzi pomiędzy miejscem pracy, a pracownikiem; składają się na jej przebieg warunki społeczne jak i fizyczne. Aspekt społeczny dotyczy atmosfery panującej w pracy, planowania jej zakresu czy też wynagrodzenia oferowanego przez pracodawcę. Z kolei warunki fizyczne odnoszą się do natężenia hałasu, temperatury czy wyposażenia stanowiska [2].

Nieustanne narażanie się na stres zawodowy może doprowadzić do poważnych konsekwencji. Jedną z nich, szeroko opisywaną w literaturze, jest zespół wypalenia zawodowego pielęgniarek. Duża odpowiedzialność za zdrowie i życie człowieka, kontakt ze śmiercią, a przy tym niewystarczające uposażenie i przeciążenie pracą odciskają swoje piętno zwłaszcza na starszych zarówno wiekiem, jak i stażem pracy, pielęgniarkach.

Zespół wypalenia zawodowego jest więc „dysfunkcjonalnym stanem, który jest skutkiem chronicznej ekspozycji na stres" [3,4,5]. Główną przyczynę wypalenia zawodowego upatruje się przede wszystkim w długotrwałym chronicznym stresie. Jednak cechy osobowości i środowisko zewnętrzne ma również wpływ na syndromu „burn out" [6,7].

Pojęcie „radzenia sobie ze stresem" stanowi element składowej tzw. „sytuacji stresowej. Po raz pierwszy pojęcie to zostało wprowadzone w latach 60. XX wieku. Strategia radzenia sobie ze stresem stanowi element procesu radzenia sobie, oznacza stale zmieniający się sposób podejmowania decyzji i działania w reakcji na sytuację stresującą [8].

Aktualne koncepcje radzenia sobie ze stresem określają osobowościowe oznaki odporności na stres jako „mediatorami procesu stresowego". Główne to wsparcie społeczne oraz zasoby osobowościowe [6,9].

Według R. Lazarusa i S. Folkmana strategie radzenia sobie ze stresem to „ stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jego zasoby"[10].

Opierając się na transakcyjnej teorii stresu N.S. Endler i J.D.A. Parker wyróżnili następujące style radzenia sobie ze stresem:

- Styl skoncentrowany na zadaniu – opiera się na kontroli źródła stresu, szukaniu twórczych rozwiązań oraz wsparciu.

- Styl skoncentrowany na emocjach – dotyczy zmniejszenia napięcia emocjonalnego, do jakiego dochodzi w skutek działania bodźców stresowych.
- Styl skoncentrowany na unikaniu – zawiera zredukowanie niepożądanych działań stresorów, polega na „unikaniu", odwróceniu uwagi od sytuacji stresującej [7].

Celem pracy jest analiza opinii pielęgniarek na temat strategii radzenia sobie ze stresem. Ocena dokonana została na podstawie wybranych danych socjodemograficznych.

Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 70 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach zachowawczych i zabiegowych w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr W. Biegańskiego w Grudziądzu. Procedura badawcza realizowana była po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu; Collegium Medicum im L. Rydygiera w Bydgoszczy oraz zgody Dyrekcji Szpitala.

Badania miały charakter anonimowy, dobrowolny, bezpłatny. Metodą badań był sondaż diagnostyczny natomiast techniką - ankietowanie. W powyższych badaniach użyto kwestionariusza ankiety własnej oraz kwestionariusza standaryzowanego – Mini-Cope.

Wszystkie uzyskane wyniki wprowadzono do bazy danych programu Statistica 10.0, a następnie poddano analizie statystycznej, stosując statystykę opisową, oraz z wykorzystaniem testów istotności statystycznej.

Wyniki

Tabela 1. Średnie wieku badanych.

Zmienna	N	Średnia	SD	Ufność - 95,0 %	Ufność +95,0 %	min	Max	Q25	mediana	Q75
Wiek badanych	70	43,0	10,444	40,55	45,53	22,0	59,0	39,0	45,5	50,0

Źródło: wynik badań własnych

Średnia wieku badanych wyniosła 43 lata. Odchylenie standardowe stanowiło 24,3% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wieku.

Tabela 2. Wykształcenie badanych.

wykształcenie	N	%
liceum medyczne	29	41,4
studium medyczne	6	8,6
licencjat pielęgniarstwa	19	27,1
magister pielęgniarstwa	16	22,9
razem	70	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Najbardziej liczną grupę stanowili badani, którzy ukończyli liceum medyczne – 29 osób (41,4%), najmniej liczną grupę z kolei studium medyczne – 6 osób (8,6%).

Tabela 3. Częstość występowania stresu w pracy pielęgniarki/pielęgniarza.

Oddział	Razem	
Odpowiedź	**n**	**%**
Często	52	74,3
Czasami	18	25,7
Nigdy	0	0,0
Razem	70	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Najwięcej badanych odpowiedziało, że praca pielęgniarki/ pielęgniarza jest często stresująca – 52 osoby (74,3%). Nikt z badanych nie wskazał że jego praca nigdy go nie stresuje.

Rycina 2. Średnie wyniki strategii radzenia sobie ze stresem.

Lp	Strategia	N	Średnia	SD	Ufność - 95,0%	Ufność +95,0%	mediana	Min	Max
1	aktywne radzenie sobie	70	2,00	0,631	1,85	2,15	2,0	0,0	3,0
2	Planowanie	70	1,84	0,581	1,70	1,98	2,0	0,5	3,0
3	pozytywne przewartościowanie	70	1,73	0,630	1,58	1,88	2,0	0,0	3,0
4	Akceptacja	70	1,69	0,683	1,53	1,86	2,0	0,0	3,0

5	poczucie humoru	70	0,73	0,582	0,59	0,87	0,5	0,0	3,0
6	zwrot ku religii	70	0,82	0,897	0,61	1,04	0,5	0,0	3,0
7	poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	70	1,77	0,769	1,59	1,95	2,0	0,0	3,0
8	poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	70	1,51	0,730	1,33	1,68	1,5	0,0	3,0
9	zajmowanie się czymś innym	70	1,82	0,626	1,67	1,97	2,0	0,0	3,0
10	Zaprzeczanie	70	0,71	0,611	0,56	0,85	0,5	0,0	2,0
11	wyładowanie	70	1,24	0,706	1,07	1,41	1,5	0,0	2,5

Źródło: wynik badań własnych

Najczęściej stosowane przez badanych strategie radzenia sobie ze stresem to przede wszystkim aktywne radzenie sobie – średnia 2,0 punkty, dalej planowanie – średnia 1,84 punktu, zajmowanie się czymś innym – średnia 1,82 punktu, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – średnia 1,77 punktu oraz pozytywne przewartościowanie i rozwój – średnia 1,73 punktu.

W najmniejszym stopniu respondenci stosowali takie strategie jak: zwrot ku religii – średnia 0,82 punktu, poczucie humoru – średnia 0,73 punktu, zaprzeczanie – średnia 0,71 punktu, zaprzestanie działań – średnia 0,64 punktu oraz zażywanie substancji psychoaktywnych – średnia 0,26 punktu.

Tabela 4. Średnie wyniki strategii radzenia sobie ze stresem w zależności od wieku badanych.

grupa wiekowa	22-35 lat		36-45 lat		46-50 lat		powyżej 50 lat	
Strategia	**średnia**	**SD**	**średnia**	**SD**	**średnia**	**SD**	**średnia**	**SD**
aktywne radzenie sobie	1,94	0,73	2,08	0,52	1,97	0,61	2,00	0,71
planowanie	1,85	0,75	1,89	0,47	1,87	0,52	1,75	0,61
pozytywne przewartościowanie	2,00	0,61	1,81	0,42	1,61	0,68	1,50	0,71
akceptacja	1,97	0,91	1,72	0,46	1,45	0,64	1,66	0,60
poczucie humoru	0,91	0,51	0,86	0,66	0,53	0,39	0,63	0,70
zwrot ku religii	0,76	0,90	1,06	1,17	0,58	0,51	0,91	0,90
szukanie wsparcia emocjonalnego	1,76	0,92	1,89	0,72	1,92	0,84	1,47	0,50
szukanie wsparcia instrumentalnego	1,65	0,79	1,72	0,67	1,42	0,80	1,22	0,58
zajęcie się czymś innym	2,03	0,72	1,92	0,62	1,68	0,61	1,66	0,51
Zaprzeczanie	0,50	0,59	0,94	0,64	0,74	0,65	0,63	0,50
wyładowanie	1,35	0,68	1,28	0,67	1,21	0,80	1,13	0,70
zażywanie substancji psychoaktywnych	0,29	0,59	0,44	0,57	0,13	0,33	0,16	0,35
zaprzestanie działań	0,59	0,64	0,72	0,60	0,58	0,61	0,69	0,57
obwinianie siebie	1,18	0,79	1,03	0,65	0,97	0,74	1,28	0,66

Źródło: wynik badań własnych

Respondenci w wieku 22-35 lat w radzeniu sobie ze stresem stosowali najczęściej takie strategie jak: zajmowanie się czymś innym – 2,03 punktu, pozytywne przewartościowanie i rozwój – 2,0 punkty, akceptacja – 1,97 punktu oraz aktywne radzenie sobie – 1,94 punktu. W najmniejszym stopniu: zwrot ku religii – 0,76 punktu, zaprzestanie działań – 0,59 punktu, zaprzeczanie – 0,5 punktu oraz zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,29 punktu.

Z kolei badani średniej grupy wiekowej 36-45 lat w radzeniu sobie ze stresem stosowali najczęściej takie strategie jak: aktywne radzenie sobie – 2,08 punktu, zajmowanie się czymś innym – 1,92 punktu, planowanie – 1,89 punktu oraz poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – 1,89 punktu. W najmniejszym stopniu: zaprzeczanie – 0,94 punktu, poczucie humoru – 0,86 punktu, zaprzestanie działań – 0,72 punktu oraz zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,44 punktu.

Respondenci między 46 a 50 rokiem życia w radzeniu sobie ze stresem stosowali najczęściej takie strategie jak: aktywne radzenie sobie – 1,97 punktu, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – 1,92 punktu, planowanie – 1,87 punktu oraz zajmowanie się czymś innym – 1,68 punktu. W mniejszym stopniu osoby te wybierały strategie zwrot ku religii – 0,58 punktu oraz zaprzestanie działań – 0,58 punktu oraz poczucie humoru – 0,53 punktu . Zażywanie substancji psychoaktywnych było najrzadziej wybieraną strategią – 0,13 punktu

Najstarsi ankietowani powyżej 50 lat w radzeniu sobie ze stresem preferowali takie strategie jak: aktywne radzenie sobie – 2,0 punkty, planowanie – 1,75 punktu, zajmowanie się czymś innym – 1,66 punktu oraz akceptacja – 1,66 punktu. W najmniejszym stopniu: zaprzestanie działań – 0,69 punktu, zaprzeczanie – 0,63 punktu, poczucie humoru – 0,63 punktu oraz zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,16 punktu.

Tabela 5. Średnie wyniki strategii radzenia sobie ze stresem w zależności od wykształcenia badanych.

Wykształcenie	liceum medyczne		studium medyczne		licencjat pielęgniarstwa		magister pielęgniarstwa	
Strategia	**średnia**	**SD**	**średnia**	**SD**	**średnia**	**SD**	**średnia**	**SD**
aktywne radzenie sobie	1,91	0,68	2,08	0,38	2,03	0,39	2,09	0,84
planowanie	1,86	0,46	1,08	0,58	1,97	0,51	1,94	0,68
pozytywne przewartościowanie	1,67	0,57	1,17	0,82	1,79	0,65	1,97	0,53
akceptacja	1,60	0,62	1,50	0,71	1,74	0,86	1,88	0,56
poczucie humoru	0,60	0,54	0,67	0,75	0,71	0,45	1,00	0,68
zwrot ku religii	0,91	0,86	0,25	0,42	0,76	1,01	0,94	0,95
szukanie wsparcia emocjonalnego	1,83	0,66	1,25	0,69	1,95	0,81	1,66	0,89
szukanie wsparcia instrumentalnego	1,45	0,66	1,00	0,71	1,76	0,75	1,50	0,77
zajmowanie się czymś innym	1,59	0,52	1,83	0,68	2,21	0,45	1,78	0,77
Zaprzeczanie	0,59	0,55	0,83	0,68	0,92	0,65	0,63	0,62
wyładowanie	1,24	0,69	1,00	0,71	1,32	0,79	1,25	0,68
zażywanie substancji psychoaktywnych	0,21	0,39	0,00	0,00	0,42	0,58	0,25	0,55
zaprzestanie działań	0,48	0,54	1,00	0,55	0,84	0,69	0,56	0,51
obwinianie siebie	1,16	0,71	0,58	0,58	1,47	0,59	0,78	0,66

Źródło: wynik badań własnych

Badani, którzy byli absolwentami, stosowali najczęściej takie strategie radzenia sobie ze stresem jak: aktywne radzenie sobie – 1,91 punktu, planowanie – 1,86 punktu, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – 1,83 punktu oraz pozytywne przewartościowanie i rozwój – 1,67 punktu. W najmniejszym stopniu z kolei wybierali takie strategie jak: poczucie humoru – 0,6 punktu, zaprzeczanie – 0,59 punktu, zaprzestanie działań – 0,48 punktu, oraz zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,21 punktu.

Badani, którzy ukończyli studium medycznym, stosowali najczęściej takie strategie radzenia sobie ze stresem jak: aktywne radzenie sobie – 2,08 punktu, zajmowanie się czymś innym – 1,83 punktu, akceptacja – 1,5 punktu oraz poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – 1,25 punktu. W najmniejszym stopniu z kolei wybierali strategie takie jak: poczucie humoru – 0,67 punktu, obwinianie siebie – 0,58 punktu, zwrot ku religii – 0,25 punktu oraz nie stosowano w ogóle strategii zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,0 punktów.

Badani z licencjatem pielęgniarstwa preferowali strategie w największym stopniu takie strategie radzenia sobie ze stresem jak: zajmowanie się czymś innym – 2,21 punktu, aktywne radzenie sobie – 2,03 punktu, planowanie – 1,97 punktu oraz poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – 1,95 punktu. Najmniej z kolei wybierali strategie: zaprzestanie działań – 0,84 punktu, zwrot ku religii – 0,76 punktu, poczucie humoru – 0,71 punktu oraz zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,42 punktu.

Ankietowani, którzy uzyskali tytuł magistra pielęgniarstwa, najczęściej stosowali 4 strategie: aktywne radzenie sobie – 2,09 punktu, pozytywne przewartościowanie i rozwój – 1,97 punktu, planowanie – 1,94 punktu oraz akceptacja – 1,88 punktu. W najmniejszym stopniu z kolei wybierali strategie takie jak: obwinianie siebie – 0,78 punktu, zaprzeczanie – 0,63 punktu,

zaprzestanie działań – 0,56 punktu oraz zażywanie substancji psychoaktywnych – 0,25 punktu.

Dyskusja

Praca należy do najważniejszych form aktywności człowieka. Mianem definicji pracy określa się wykonywanie czynności zarobkowej i zawodowej, która służy do realizowania wartości użytkowych, kulturowych czy materialnych [11]. Dzięki pracy człowiek może zaspokajać potrzebę przynależności, dawać poczucie bezpieczeństwa najbliższym. Praca zawodowa może uczyć nowych umiejętności oraz radzenia sobie z nowymi wyzwaniami. W pracy możemy także nawiązywać przyjaźnie, poznawać ludzi o różnych zainteresowaniach. Jednakże nie zawsze może być ona źródłem satysfakcji; często zdarza się że, stanowi powód niezadowolenia czy frustracji [12].

Wszyscy ankietowani w badaniach własnych uznali pracę pielęgniarki za stresującą, a ponad 90% uznało, że stres występuje często w pracy zawodowej.

Literatura także przedstawia na podstawie przeprowadzonych badań, że znaczny odsetek środowiska pielęgniarskiego podaje, ę praca zawodowa ma czynnik stresogenny. Potwierdzają ten fakt między innymi badania Kowalczuk i wsp. [13], w których ponad 70% ankietowanych pielęgniarek było narażonych na stres. Także wyniki podane w badaniach Modzelewskiej i Kulik [14] przedstawiają podobny odsetek występowania stresu w pracy pielęgniarki/pielęgniarza. Wykazano bowiem, że blisko trzy czwarte respondentów pielęgniarek z Lublina odczuwało stres związany z wykonywaną pracą. Autorzy Pietraszek i wsp. [15] badali 278 pielęgniarek z Lublina i Krosna. Ponad 95% pielęgniarek podało, że ich zawód jest stresujący, a ponad połowa deklarowała, że sytuacje stresujące mają miejsce w ich pracy zawodowej codziennie [16].

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 oraz zajmowanie się czymś innym. Najmniej popularne strategie to z kolei: zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań i zaprzeczanie.

Wiek badanych różnicował istotnie statystycznie stosowanie przez nich kilku strategii radzenia sobie ze stresem. Pozostawał jednak w słabej korelacji z takimi strategiami jak: pozytywne przewartościowanie, poczucie humoru, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego i zajmowanie się czymś innym. Respondenci w wieku 22-35 lat stosowali najczęściej strategie: zajmowanie się czymś innym – 2,03 punktu, pozytywne przewartościowanie i rozwój – 2,0 punkty. Z kolei badani między 36-45 rokiem życia wybierali najczęściej strategie: aktywne radzenie sobie – 2,08 punktu, zajmowanie się czymś innym – 1,92 punktu. Badani w wieku 46-50 lat stosowali najczęściej strategie: aktywne radzenie sobie – 1,97 punktu, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – 1,92 punktu. Najstarsi respondenci powyżej 50 lat jako najczęściej wybieraną strategię wskazali aktywne radzenie sobie – 2,0 punkty oraz planowanie – 1,75 punktu.

Wykształcenie badanych, pozostawało w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z takimi wynikami stosowania strategii radzenia sobie ze stresem jak: poczucie humoru oraz zajmowanie się czymś innym. Absolwenci liceum medycznego stosowali najczęściej strategie: aktywne radzenie sobie – 1,91 punktu, planowanie – 1,86 punktu. Respondenci, którzy ukończyli studium medycznym wybierali strategie: aktywne radzenie sobie – 2,08 punktu oraz zajmowanie się czymś innym – 1,83 punktu. Badani, którzy posiadali tytuł licencjata pielęgniarstwa, stosowali najczęściej strategie: zajmowanie się czymś innym – 2,21 punktu, aktywne radzenie sobie – 2,03 punktu. Badani posiadający tytuł magistra pielęgniarstwa,

najczęściej wybierali strategie: aktywne radzenie sobie – 2,09 punktu, pozytywne przewartościowanie i rozwój – 1,97 punktu.

Śniegocka M. w swoich badaniach wykazała korelację między strategią radzenia sobie ze stresem a wiekiem i wykształceniem respondentów. Pielęgniarki, które posiadały wyższe wykształcenie częściej stosowały strategie aktywnego radzenie sobie oraz strategie planowania. W badaniach przeprowadzonych przez Śniegocką ukazano, że wiek ma wpływ na częstość stosowania strategii: „poczucie humoru" oraz „unikanie działań konkurencyjnych". Respondenci poniżej 40 roku życia częściej skłaniali się ku stylom, które koncentrowały się na problemie oraz zachowaniach unikowych. Po 40 roku życia wzrasta tendencja do stosowania strategii radzenia sobie „ zwrot ku religii", co może wynikać z potrzeby wsparcia emocjonalnego [17].

Wnioski

Przeprowadzone badanie pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Według opinii respondentów praca pielęgniarki/pielęgniarza jest często stresująca.
2. Stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem jest aktywne radzenie sobie, planowanie, zajmowanie się czymś innym.
3. Średnia wieku badanych pielęgniarek/pielęgniarzy wyniosła 43 lata
4. W zależności od wykształcenia respondentów radzenie sobie ze stresem odbywa się w wieloraki sposób: od aktywnego radzenia sobie, pozytywnego przewartościowania i rozwoju (w przypadku wyższego wykształcenia), po planowanie, bądź zajmowanie się czymś innym (w przypadku wykształcenia średniego).

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Przeprowadzone badania w bardzo dogłębny sposób przedstawiają problem stresu w środowisku pielęgniarek. Udowodniono, iż wiek badanych pielęgniarek/pielęgniarzy pozostawał w całkowitej współzależności ze stosowaniem strategii, polegającej na pozytywnym przewartościowaniu, poczuciu humoru, poszukiwaniu wsparcia instrumentalnego i zajmowaniu się czymś innym. Wykazano, iż pielęgniarki z najmłodszej kategorii wiekowej i z najkrótszym stażem pracy znacznie częściej wybierały strategie: pozytywne przewartościowanie, poczucie humoru oraz zajmowanie się czymś innym. Natomiast jako strategię radzenia sobie ze stresem w postaci poszukiwania wsparcia instrumentalnego częściej wybierały pielęgniarki w grupie 36-45 lat.

Z badań wynika również, iż wykształcenie pielęgniarek/pielęgniarzy miało wpływ na stosowanie strategii: poczucia humoru i zajmowania się czymś innym. Pielęgniarki które uzyskały tytuł magistra częściej stosowały strategię poczucia humoru. Z kolei jako strategię radzenia sobie ze stresem w postaci zajmowania się czymś innym częściej wybierały pielęgniarki posiadające tytuł licencjata pielęgniarstwa.

Czynniki te mają ogromne znaczenie dla praktyki pielęgniarskiej, gdyż pokazują, w którą stronę należy się udać, aby była ona jak najmniej stresogenna. W jaki sposób należy postępować, żeby nie doprowadzić do zaburzeń fizycznych i psychicznych ze strony organizmu. Jakich metod używać w praktyce pielęgniarskiej, aby móc wykonywać swój zawód w sposób sumienny, uczciwy, rzetelny, odpowiedzialny i empatyczny, zarówno w stosunku do pacjentów, jak i do współpracowników.

Bibliografia / Bibliography:

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

2. Bartczak M.: Natężenie stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego. Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy 2010; 7-17.

3. Basińska B., Wilczek Rużyczka E.: Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych. Przegląd Psychologiczny 2011: 99-113.

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

5. 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.

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

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

8. 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.

9. Stres w miejscu pracy- stan prawny, przeciwdziałanie oraz działania związków zawodowych. http://www.opzz.org.pl/documents/707532/707723/publikacja+stres.pdf [dostęp: 08.06.2018].

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

11. Ogińska- Bulik N., Juczyński Z.: Osobowość stres a zdrowie. Wyd. Difin, Warszawa 2010; 45-105,195-204,260-262.

12. Andruszkiewicz A., Basińska B.: Strategie radzenia sobie ze stresem zawodowym przez pielęgniarki a ich zachowania i przeżycia związane z pracą. Polskie Forum Psychologiczne 2010;15; 2: 169-192.

13. Kowalczuk K, Zdańska A, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C, Van Damme-Ostapowicz K, Klimaszewska K, Kondzior D, Kowalewska B, Rozwadowska E.: Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 307–314.

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

15. 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.

16. 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.

17. Śniegocka M., Śniegocki M.,: Analiza sposobów odpowiedzi na stres zawodowy wśród pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2014;22 (4): 503-510.

Otrzymano: 10.01.2019r.
Zaakceptowano: 21.02.2019r.

Interakcje wybranych leków z alkoholem a poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa

Interactions of selected medicines with alcohol and the level of knowledge of nursing students

ELŻBIETA NAZAR[1], GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA[2]

[1] Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. Ks. J. Popiełuszki we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.004
ISSN:2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Jednoczesne spożywanie leków i alkoholu może prowadzić do wielu interakcji, niekiedy niebezpiecznych dla zdrowia i życia. Dotyczą także one leków dostępnych w aptece bez recepty, takich jak leki przeciwbólowe i przeciwzapalne, antyalergiczne, antybiotyki czy leki na niestrawność i zgagę. W Polsce 89% Polaków przyjmuje leki dostępne bez recepty. Z kolei 72% dorosłych osób w Polsce pije napoje alkoholowe.
Cel. Celem badań była analiza wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwo na temat możliwych reakcji wybranych leków z alkoholem.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono w 2019 roku wśród 66 studentów kierunku pielęgniarstwo. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Zdecydowana większość studentów pielęgniarstwa nie dysponuje pełną wiedzą na temat możliwych interakcji popularnych leków z alkoholem.

Wnioski. Studenci kierunku pielęgniarstwa powinni pogłębiać swoją wiedzę na temat interakcji, które mogą wystąpić w przypadku spożywania alkoholu i leków. Pozwoli to na ich profesjonalny udział w farmakoterapii pacjentów i prowadzenie wobec nich działań z zakresu edukacji zdrowotnej.

Słowa kluczowe: alkohol, leki, interakcje

Abstract:
Introduction. Mixed consumption of medicines and alkohol can lead to many interactions, sometimes dangerous to health and life. This also refers to over-the-counter medicines , such as painkillers and anti-inflammatory medicines , anti-allergic medicines , antibiotics Or medicines for indigestion and heartburn. In Poland, 89% of Polestake over-the-countermedicines . In turn, 72% of adults in Poland drink alcoholic beverages.
Aim. The aim of the research was to analyse the knowledge of nursing students on possibile reactions of selected medicines with alcohol.
Material and methods. The research was carried out in 2019 among 66 students of nursing. The method of diagnosticsurvey, questionnaire technique and author's questionnaire was used.
Results. The vast majority of nursingstudents do not have full knowledge about the possibile interactions of popular medicines with alcohol.
Conclusions. Students in the field of nursings hould deepen their knowledge about the interactions chich May occurunder the mixed consumption of alcohol and medicines . This will All owprofessional nature of Pharmacio therapy and health education of the addicted.

Keywords: alcohol, medicines, interactions

Wstęp

Pielęgniarki, aby należycie wypełniać zadania w ramach funkcji wychowawczej, profilaktycznej i promowania zdrowia, powinny dysponować rzetelną wiedzą. Dotyczy to m. in. sytuacji,

w których jako przedstawiciele zawodów medycznych otrzymują pytania od pacjentów o możliwe interakcje przyjmowanego leku ze spożytym alkoholem.

W Polsce prawie 89% społeczeństwa przyjmuje leki. Z kolei 72% Polaków deklaruje spożywanie alkoholu [1].

Działanie alkoholu na organizm człowieka jest zależne m. in. od wieku i płci. U kobiet występuje wyższe stężenie alkoholu we krwi niż u mężczyzn z powodu mniejszej zawartości wody w ich organizmie. Z kolei wśród seniorów uwarunkowane jest to spowolnieniem metabolizmu typowym dla procesu starzenia się. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na dystrybucję i wydalanie alkoholu w organizmie człowieka starego jest politerapia w przebiegu chorób przewlekłych [2].

Szereg leków może wchodzić w interakcje z alkoholem. Środki przeciwbólowe zawierające ibuprofen, naproxen i kwas acetylosalicylowy w połączeniu z alkoholem mogą prowadzić do krwawienia, owrzodzenia żołądka oraz biegunki. Z kolei preparaty zawierające paracetamol mogą uszkodzić wątrobę. Do zaburzeń pracy serca, oddychania oraz uczucia niepokoju może doprowadzić spożycie alkoholu w połączeniu z przyjmowaniem antybiotyków. Na przyspieszoną pracę serca oraz nagłe zmiany w ciśnieniu tętniczym krwi będzie wpływać jednoczesne spożycie alkoholu i leków stosowanych w cukrzycy, leków na niestrawność oraz środków stosowanych w leczeniu infekcji na bazie ketokonazolu czy metronidazolu. Alkohol może doprowadzić do przedawkowania leków przeciwalergicznych, antydepresantów i syropów przeciwkaszlowych z powodu wzrostu stężenia leków w surowicy krwi [2,3]. Natomiast leki na niestrawność, zgagę i nadkwaśność potęgują jego działanie. Leki przeciwalergiczne, antydepresanty i leki przeciw nudnościom (m.in. stosowane w chorobie lokomocyjnej) w połączeniu z napojami alkoholowymi mogą być przyczyną senności i zawrotów głowy [2].

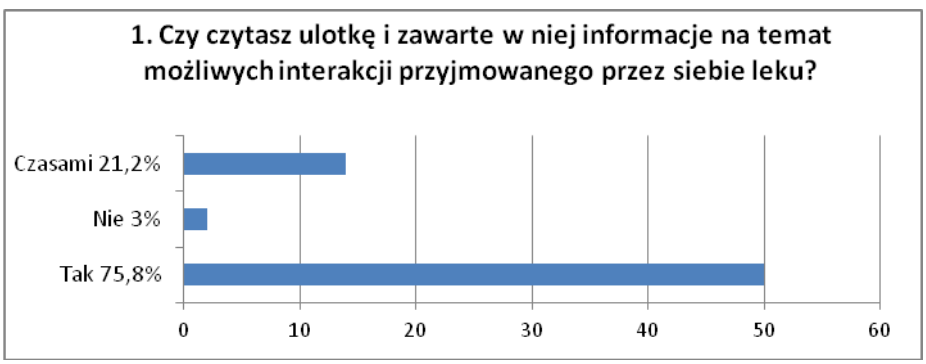
Celem badań była analiza wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwo na temat interakcji wybranych leków z alkoholem.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród grupy 66 studentów studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo PWSZ we Włocławku w lutym i marcu 2019 roku. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety zawierający 10 pytań dotyczących wiedzy o interakcjach wybranych leków z alkoholem.

Wyniki

Poniżej zaprezentowano wyniki badań własnych. Na rycinie 1 przedstawiono opinie badanych dotyczącą zapoznawania się z ulotkami leków.



Ryc. 1. Opinia respondentów na temat zapoznawania się z informacjami dotyczącymi interakcji leków, które załączone są do ulotek leków.
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z ryciny 1 zdecydowana większość studentów (75,8%) przed przyjęciem leku sprawdza informacje zawarte

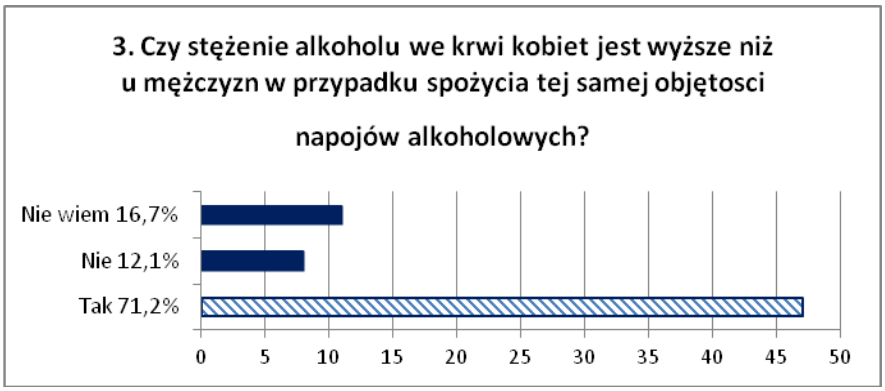
w ulotce, ponad 21% badanych czyni to czasami, a 2% respondentów nigdy.

Rycina 2 prezentuje poziom wiedzy badanych na temat wpływu wieku na metabolizm alkoholu.

Ryc. 2. Ocena wiedzy badanych na temat wpływu wieku na metabolizm alkoholu.
Źródło: opracowanie własne

Ponad 80% studentów deklaruje posiadanie wiedzy na temat tego, że wraz z zaawansowaniem wieku spowolnieniu podlega metabolizm organizmu, w tym także i alkoholu. Wiedzy na ten temat nie posiadało prawie 17% ankietowanych.

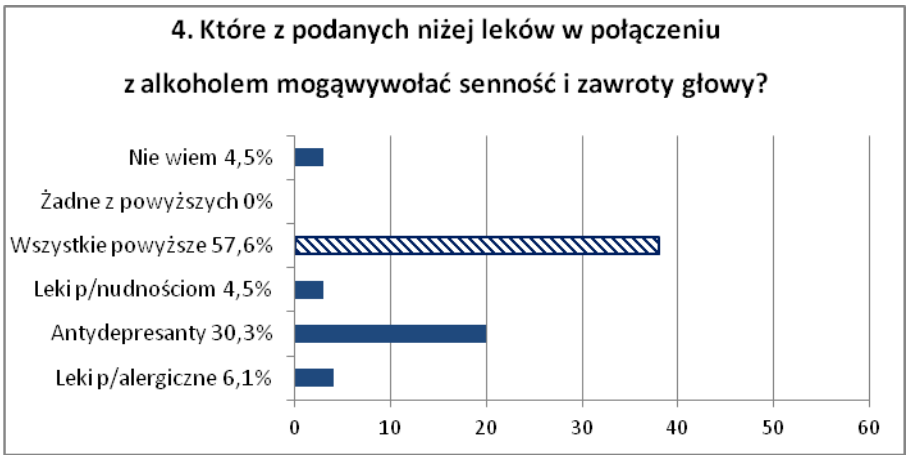
Rycina 3 prezentuje poziom wiedzy studentów na temat wpływu alkoholu na organizm w zależności od płci.



Ryc. 3. Ocena wiedzy studentów na temat wpływu alkoholu na organizm w zależności od płci.
Źródło: opracowanie własne

Rycina 3 obrazuje procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące różnic w stężeniu alkoholu we krwi kobiet i mężczyzn w przypadku spożycia tej samej ilości napoju alkoholowego. Większość badanych (71,2%) udzieliła poprawnej odpowiedzi wskazując na wyższe stężenie w odniesieniu do kobiet. Z kolei 16,7% ankietowanych nie była pewna swojej wiedzy i udzieliła odpowiedzi „Nie wiem". Natomiast 12,1% respondentów udzieliło błędnej odpowiedzi.

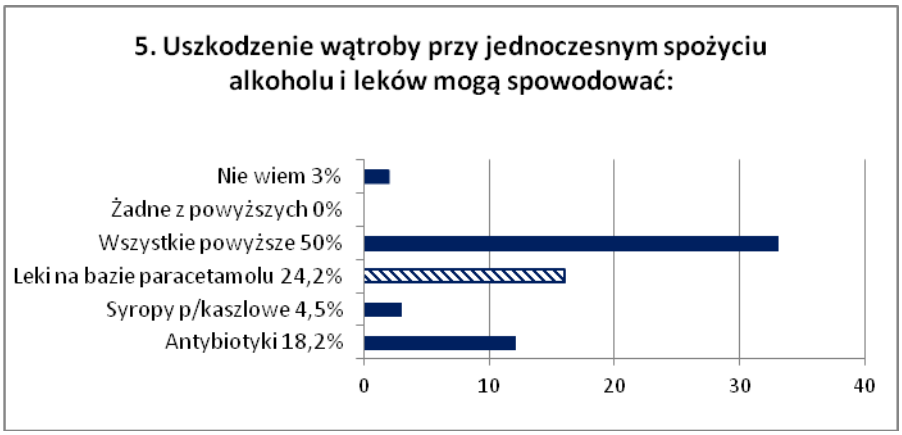
Na rycinie 4 przedstawiono opinie badanych studentów na temat interakcji leków przeciw nudnościom, antydepresantów i leków przeciwalergicznych z alkoholem.



Ryc. 4. Ocena wiedzy studentów na temat interakcji alkoholu z lekami przeciw nudnościom, antydepresantami i lekami przeciwalergicznymi.
Źródło: opracowanie własne

Ponad połowa ankietowanych (57,6%) udzieliła poprawnej odpowiedzi wskazując, że wszystkie leki wskazane w pytaniu w połączeniu z alkoholem mogą wywoływać senność i zawroty głowy. Według 30,3% studentów objawy te mogą wynikać z interakcji leków antydepresyjnych. Niewielki odsetek studentów wskazał na takie działanie w odniesieniu do leków przeciwalergicznych (6,1%) i leków przeciw nudnościom (4,5%). Natomiast 4,5% ankietowanych nie posiadało wiedzy na ten temat.

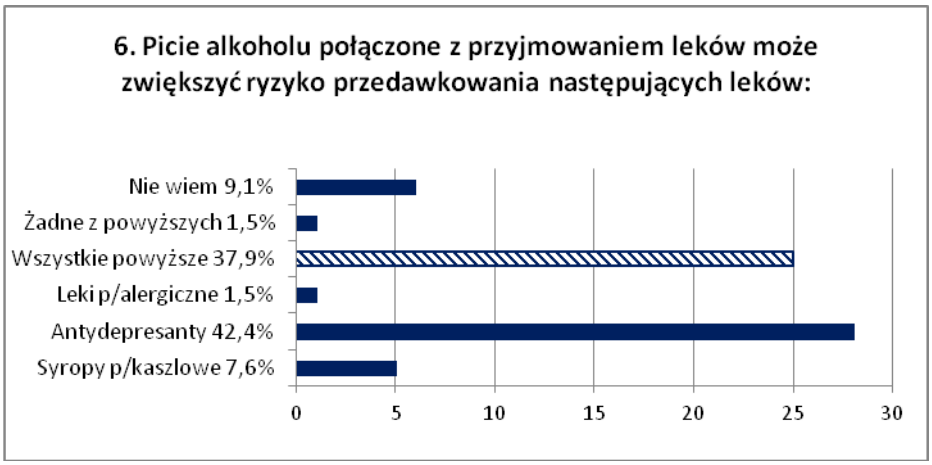
Rycina 5 prezentuje poziom wiedzy studentów na temat uszkodzenia wątroby wynikającego ze spożycia alkoholu i leków.



Ryc.5. Ocena wiedzy studentów na temat uszkodzenia wątroby wynikającego ze spożycia alkoholu i leków.
Źródło: opracowanie własne

Połowa respondentów uważa, że do uszkodzenia wątroby może dojść podczas spożywania alkoholu i wszystkich grup leków wskazanych w pytaniu tj. leków zawierających paracetamol, antybiotyków i syropów przeciwkaszlowych. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło zaledwie 24,2% badanych wskazując na hepatotoksyczny wpływ alkoholu przyjmowanego razem z lekami na bazie paracetamolu. Natomiast 3% respondentów nie znało odpowiedzi na pytanie.

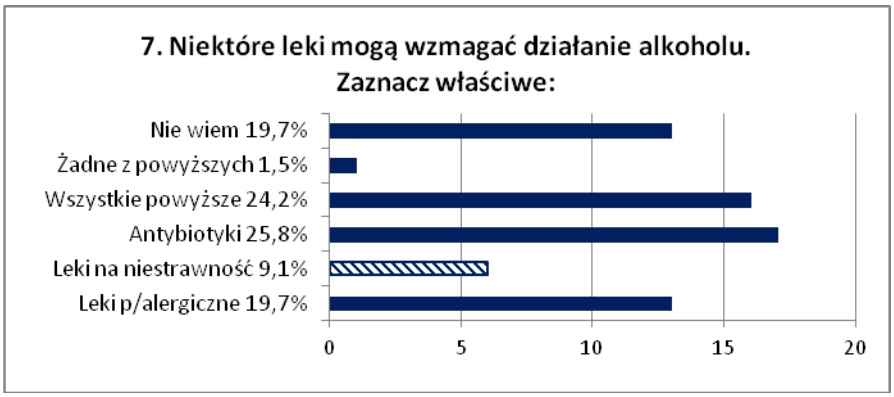
Rycina 6 obrazuje poziom wiedzy studentów na temat wpływu alkoholu na zwiększone ryzyko przedawkowania leków.



Ryc.6. Ocena wiedzy studentów na temat wpływu alkoholu na zwiększone ryzyko przedawkowania leków.
Źródło: opracowanie własne

W pytaniu o przedawkowanie leków spowodowane spożyciem alkoholu, większość studentów (42,4%) wskazała błędną odpowiedź podając tylko antydepresanty. Zdaniem niewielkiego odsetka respondentów działanie takie wykazują także syropy przeciwkaszlowe (7,6% odpowiedzi) i leki przeciwalergiczne (1,5% odpowiedzi). Prawidłową odpowiedź wskazującą na to, że ryzyko przedawkowania dotyczy wszystkich wymienionych w pytaniu leków łączonych z alkoholem zaznaczyło 37,9% ankietowanych. Ponad 9% respondentów nie posiadało wiedzy na ten temat.

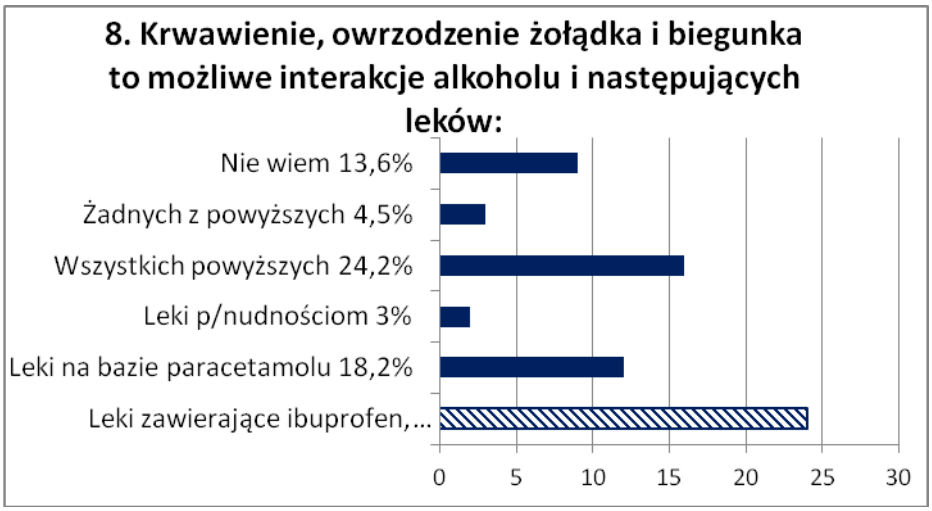
Rycina 7 przedstawia zakres wiedzy badanych na temat leków potęgujących działanie alkoholu.



Ryc. 7. Ocena wiedzy studentów na temat leków potęgujących działanie alkoholu.
Źródło: opracowanie własne

W pytaniu 7 studentom dużą trudność sprawiło wskazanie leków, które w połączeniu z alkoholem mogą wzmagać jego działanie. Zaledwie 9,1% podało prawidłową odpowiedź wskazując na leki na niestrawność, zgagę i nadkwaśność. W opinii studentów leki potęgujące działanie alkoholu to antybiotyki (25,8% odpowiedzi), leki przeciwalergiczne (29,7% odpowiedzi) lub wszystkie leki wymienione w pytaniu (24,2%). Prawie 20% respondentów nie potrafiło wybrać żadnej z dostępnych odpowiedzi.

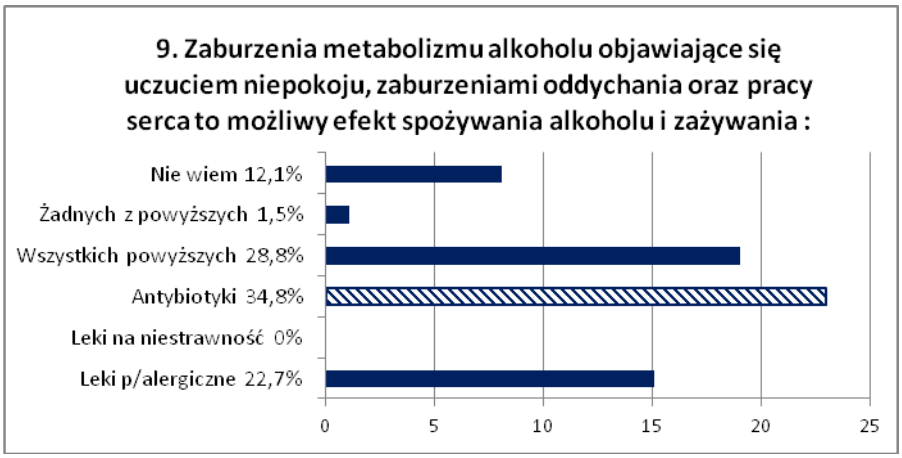
Na rycinie 8 przedstawiono opinie badanych na temat przyczyn krwawień, owrzodzeń żołądka i biegunek jako interakcji alkoholu i leków.



Ryc. 8. Ocena wiedzy studentów na temat przyczyn krwawień, owrzodzeń żołądka i biegunek jako interakcji alkoholu i leków
Źródło: opracowanie własne

Wykres 8 obrazuje rozkład odpowiedzi ankietowanych na pytanie, jakie leki w połączeniu z alkoholem powodują krwawienie, owrzodzenie żołądka i biegunkę. Większość studentów (36,4%) wskazała, że leki zawierające ibuprofen, naproxen w połączeniu z alkoholem powodują krwawienie, owrzodzenie żołądka i biegunkę. Jako odpowiedzialne za te reakcje ankietowani wskazali również leki przeciw nudnościom (3% odpowiedzi), leki zawierające paracetamol (18,2% badanych) lub wszystkie grupy leków wymienione w pytaniu (24,2% respondentów). Ponad 13% respondentów nie wiedziała jakie leki i alkohol przy jednoczesnym spożyciu mogą wywoływać wymienione interakcje. Tylko 4,5% badanych uważa, iż żadne z wymienionych leków nie powodują takich objawów.

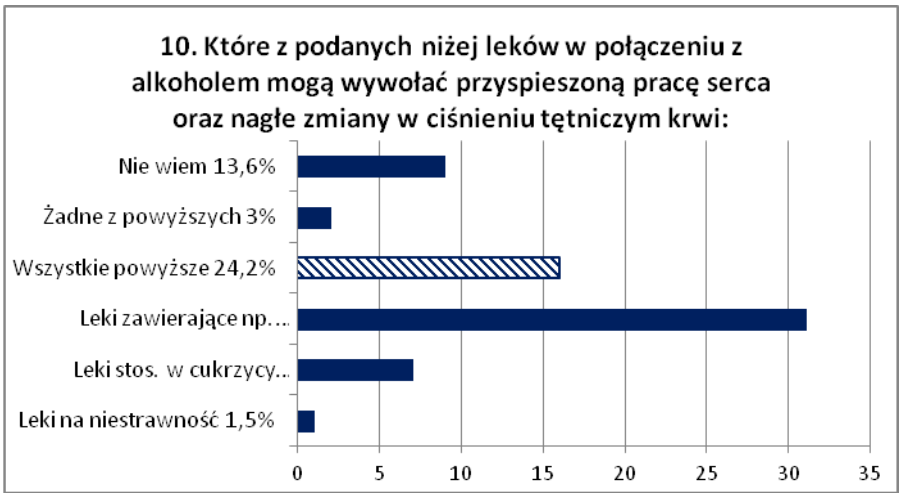
Rycina 9 przedstawia poziom wiedzy studentów na temat zaburzeń metabolizmu alkoholu z przyjmowanymi lekami, a objawiającymi się: uczuciem niepokoju, zaburzeniami pracy serca i oddychania.



Ryc. 9. Ocena wiedzy studentów na temat zaburzeń metabolizmu alkoholu z przyjmowanych lekami a objawiającymi się: uczuciem niepokoju, zaburzeniami pracy serca i oddychania.
Źródło: opracowanie własne

Blisko 35% studentów udzieliło prawidłowej odpowiedzi wskazując, że uczucie niepokoju, zaburzenia pracy serca i oddychania to efekt zaburzeń metabolizmu alkoholu przyjmowanego razem z antybiotykami. Natomiast 22,7% badanych uważa, iż za te reakcje są odpowiedzialne leki przeciwalergiczne, a prawie 30% respondentów wskazało leki na niestrawność, zgagę i nadkwaśność, leki przeciwalergiczne i antybiotyki. Żadne z grup leków wymienionych w pytaniu w ocenie 1,5% badanych nie prowadzi do występowania takich objawów. Odpowiedzi na zadane pytanie nie znało ponad 12% osób.

Rycina 10 przedstawia zakres wiedzy ankietowanych na temat interakcji leków i alkoholu przejawiających się nagłymi zmianami w ciśnieniu tętniczym krwi oraz przyspieszoną pracą serca.



Ryc. 10. Ocena wiedzy studentów na temat interakcji alkoholu i leków przejawiających się nagłymi zmianami w ciśnieniu tętniczym krwi oraz przyspieszoną pracą serca.
Źródło: opracowanie własne

Większość studentów nie posiadała wiedzy na temat leków wywołujących przyspieszoną pracę serca oraz nagłe zmiany w ciśnieniu tętniczym krwi w połączeniu z alkoholem. Prawie połowa badanych (47%) uważa, iż są to leki stosowane w leczeniu infekcji mające w swoim składzie metronidazol lub ketokonazol. Zdaniem 10,6% respondentów są to leki stosowane w cukrzycy, a znikomy odsetek ankietowanych (1,5%) uważa, że są to leki na niestrawność, zgagę i nadkwaśność. Ponad 10% badanych nie potrafiła wskazać takich preparatów. Tylko około 25% respondentów wskazało wszystkie wymienione w pytaniu leki, które w połączeniu z alkoholem powodują przyspieszoną pracę serca oraz nagłe zmiany w ciśnieniu tętniczym krwi.

Dyskusja

Polska przoduje w grupie krajów europejskich w zakresie spożywania leków dostępnych bez recepty. Większość środków przeznaczanych na reklamę pochłania promowanie leków dostępnych bez recepty czyli leków OTC, co stanowi ewenement w skali Europy [4].

W Polsce wg badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w 2015 roku, prawie 9 na 10 Polaków czyli 89% społeczeństwa, przyjmowało leki dostępne bez recepty (OTC) i suplementy diety. Wśród leków OTC, najczęściej spożywane są środki przeciwbólowe i przeciwzapalne (68%), środki łagodzące objawy przeziębienia i grypy (68%), witaminy, minerały i środki poprawiające odporność organizmu (52%), leki łagodzące dolegliwości układu pokarmowego (27%). Informację na temat zażywanego leku, Polacy najczęściej czerpią z ulotek (88%) [4].

Według danych z raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Polacy nie odbiegają od średniego spożycia alkoholu w Europie. Zbliżony poziom konsumpcji utrzymuje się od kilku lat i wynosił 10,3 litra na osobę w latach 2009-2011, a w latach 2015-2017 - 10,5 litra czystego alkoholu na osobę w grupie wiekowej 15 lat i powyżej. Więcej alkoholu piją m.in. Niemcy, Francuzi i Czesi [5].

Według statystyk Głównego Urzędu Statystycznego w 2017 roku spożycie alkoholu w litrach na jednego mieszkańca Polski wyniosło: 3,3 l 100% alkoholu czyli 4,95 l 40% wódki, 6,1 l wina i miodów pitnych i 98,5 l piwa [6].

Spożycie alkoholu zwiększa o 24% ryzyko wystąpienia interakcji z lekami. Szacuje się, że 25% nagłych hospitalizacji może być efektem jednoczesnego spożycia alkoholu i leków [7].

Spożywanie alkoholu przez osoby starsze stanowi jeden z najbardziej niezauważanych problemów. W grupie osób w wieku 60 lat i więcej, nadużywanie napojów alkoholowych dotyczy około 5% seniorów, z czego 1/3 to osoby, które zaczęły pić po 60 roku życia.

Pojawiających się problemów zdrowotnych zazwyczaj nie wiąże się z alkoholem. Zmieniająca się wraz z wiekiem farmakokinetyka i farmakodynamika alkoholu, zwiększa jego toksyczność na tkanki, w tym na mózg. Zwiększa to częstość interakcji z lekami stosowanymi w terapii szeregu chorób charakterystycznych dla seniorów [8].

Prawie 80% kobiet spożywa alkohol. Zakłada się, że przy tej samej masie ciała kobiety i mężczyzny i tej samej ilości spożytych napojów alkoholowych, organizm kobiety otrzyma go o 40% więcej. O tym, że jest bardziej toksyczny dla płci żeńskiej, wie niewiele osób. Ryzyko negatywnych konsekwencji wzrasta wraz z ilością wypitego alkoholu. W związku z różnicami w budowie i funkcjonowaniu organizmów kobiet i mężczyzn, u tych pierwszych szybciej dochodzi do dysfunkcji wątroby, mózgu, układu hormonalnego, upośledzane są funkcje poznawcze. Zwiększa się także ryzyko wystąpienia nowotworu sutka, osteoporozy, zaburzeń lękowych i depresyjnych. U kobiet ciężarnych spożywających alkohol znacznie częściej dochodzi do poronień i przedwczesnych porodów oraz występowania zespołu FAS [9].

Wnioski

1. 1.Większość studentów pielęgniarstwa czyta ulotki dołączone do przyjmowanych leków oraz zdaje sobie sprawę z wpływu starzenia się organizmu na metabolizm alkoholu.
2. Ankietowani wiedzą jakie leki w połączeniu z alkoholem mogą wywołać zawroty głowy, senność, zaburzenia oddychania oraz pracy serca i uczucie niepokoju.
3. Wśród studentów nie brakuje jednak błędnych opinii na temat tego, jakie leki wywołują interakcje z alkoholem.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Studenci kierunku pielęgniarstwa powinni pogłębiać swoją wiedzę na temat interakcji, które mogą wystąpić w przypadku spożywania alkoholu i leków. Pozwoli to na ich profesjonalny udział w farmakoterapii pacjentów i prowadzenie wobec nich działań z zakresu edukacji zdrowotnej.

Bibliografia/Bibliography:

1. Piekarzewska M., Zajenkowska-Kozłowska A. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014r. Główny Urząd Statystyczny. Notatka informacyjna. Warszawa 2015. http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/10/1/1/zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_mieszkancow_polski_w_swietle_badania_ehis_2014.pdf [dostęp z dnia 03.01.2019r]

2. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Medicine/medicine.htm [data dostępu z dnia 03.01.2019r]

3. Jośko-Ochojska J., Spandel L., Brus R. Interakcje alkoholu i dymu Tytoniowego z lekami – wiedza potrzebna na co dzień. Hygeia Public Health 2015, 50(3): 474-481

4. Feliksiak M. Leki dostępne bez recepty i suplementy diety. Komunikat z Badań. Centrum Badania Opinii Społecznej. 2016/158 https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_158_16.PDF [dostęp z dnia 03.01.2019r]

5. Wojtyniak B., Goryński P. Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania – synteza. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego– Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2018

6. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Badania i informacje statystyczne. Statystyki http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki [data dostępu z dnia 03.01.2019r]

7. Waszkiewicz N. Interakcje alkoholu z lekami. Medycyna po Dyplomie. 2016/05 https://podyplomie.pl/medycyna/21933,interakcje-alkoholu-z-lekami [data dostępu z dnia 03.01.2019r]

8. Habrat B. Problemy z piciem alkoholu przez osoby starsze. Borgis - Postępy Nauk Medycznych 8/2011, s. 701-704.

9. Fudała J. Kobiety i alkohol, PARPAMEDIA, 2007. http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/kobiety-i-alkohol [dostęp z dnia 03.01.2019r]

Otrzymano: 24.01.2019r.
Zaakceptowano: 28.02.2019r.

Opis przypadku/Case report

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zespołem zależności alkoholowej

Nursing care for a patient with alcohol dependency syndrome

MARIOLA RYBKA [1], LIDIA JANKOWSKA[2], JOANNA PRZYBYLSKA [3]

[1] Szpital Lipno Sp. Z o.o.
ORCID ID: https://orcid.org/0000-0003-1070-520X
[2] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. Ks. J. Popiełuszki we Włocławku
[3] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.005
ISSN:2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Polska zajmuje czołowe miejsce w spożyciu alkoholu. Konsumpcja wykazuje tendencje wzrostową w porównaniu z początkiem lat 90 XX wieku. Alkoholizm niesie ze sobą wiele problemów społecznych, psychologicznych oraz zdrowotnych. Jest chorobą, która może dotykać wiele osób nieświadomych swojego stanu.
Cel. Celem pracy jest przedstawienie na podstawie studium przypadku wybranych problemów występujących u osoby uzależnionej od alkoholu.
Opis przypadku. Pacjent lat 35. Przytomny z raną głowy, pamięta okoliczności zdarzenia, zgłasza bóle głowy, uporczywe drżenia oraz lęk. W wywiadzie od wielu lat uzależniony od alkoholu, wcześniej leczony psychiatrycznie z powodu zespołu abstynencyjnego w przebiegu choroby alkoholowej. zdezorientowany co do miejsca i czasu, przy zachowaniu własnej tożsamości, z nieco obniżonym nastrojem.

Dyskusja. Tematem dyskusji jest diagnostyka oraz etapy rozwoju choroby alkoholowej. Został również poruszony temat czynników środowiskowych prowadzących do uzależnienia

Wnioski. 1. Nowoczesny wzorzec postępowania pielęgniarstwa psychiatrycznego realizowany jest w oparciu o zasady podmiotowego traktowania chorego poprzez uczestnictwo w procesie leczenia

2. Kluczową sprawą w opiece nad pacjentem z ZZA jest właściwa komunikacja terapeutyczna, ukazanie autentyczności, otwartości, życzliwości oraz zrozumienia.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, opieka pielęgniarska, edukacja, abstynencja

Abstract:

Introduction. Poland occupies a leading position in alcohol consumption. Consumption shows an upward trend compared to the beginning of the 1990. Alcoholism has many social, psychological and health consequences. It is a disease that can affect many people who are unaware of their condition.

Aim. The aim of the work is to present a case study of selected problems of a person addicted to alcohol.

A case report. Patient at the age of 35 , conscious, head injury he remembers the circumstances of the incident, reports headaches, persistent tremors and anxiety.Medical history shows long-term alcohol addiction, previously treated psychiatrically because of withdrawal syndrome in the course of alcoholism. Confused about the place and time, while maintaining his own identity, with a slightly lowered mood.

Discussion. The topic of discussion is diagnostics and stages of alkohol disease development. The topic of environment al factors leading to addiction Has also been addressed.

Conlusions. 1.The modern pattern of psychiatric nursing is based on the principles of patient treatment through participation in the treatment process. 2. The key issue in the care of the patient with mediastinum is proper therapeutic communication, showing the authenticity, openness, kindness and understanding.

Keywords: addiction to alcohol, nursing care, education, abstinence

Wstęp

Alkoholizm niesie ze sobą wiele problemów społecznych, psychologicznych oraz zdrowotnych. Jest chorobą, która może dotykać wiele osób nieświadomych swojego stanu. Początki nałogu zazwyczaj wyglądają niewinnie i niestety bardzo ciężko określić cienką granice po przekroczeniu której, możemy być pewni, ze staliśmy się ofiarami uzależnienia alkoholowego. Alkoholizm to choroba, która dotyka zarówno osobę pijącą, jak i jej bliskich i ma zazwyczaj druzgocący wpływ na ich cale życie. Osoby z zespołem zależności alkoholowej często borykają się z problemami emocjonalnymi, które błędnie próbują zagłuszyć spożywaniem dużych ilości alkoholu [1].

Polska zajmuje czołowe miejsce w spożyciu alkoholu. Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w roku 2014 w Polsce spożycie 100 % alkoholu wynosiło 9,4 litra na jednego obywatela. Dane statystyczne wskazują iż uzależnionych od alkoholu jest około 1 mln osób, natomiast 6 mln pije ryzykownie. Polacy gustują w alkoholach wysokoprocentowych, wypijają je w dużych ilościach i w krótkim czasie. Skutkiem tego jest częstość występowania zachowań agresywnych, przestępstw, chorób, urazów, wypadków samochodowych, przemocy w rodzinie, bezrobocia [2].Z badań przeprowadzonych na terenie Polski wynika, iż wiek inicjacji alkoholowej wynosi od 10-11 roku życia, a około 30-40% młodzieży gimnazjalnej regularnie się upija. Alkohol nadużywa 12% dorosłych Polaków. Około 2% społeczeństwa to osoby uzależnione.

Uzależnienie od alkoholu jest wynikiem połączenia czynników genetycznych, psychologicznych, biologicznych i społecznych. Im więcej czynników ryzyka osoba ujawnia tym bardziej prawdopodobne jest, że stanie się alkoholikiem [2].

Dane Światowej Organizacji Zdrowia pokazują, że alkohol zajmuje trzecią pozycję pośród czynników ryzyka dla zdrowia ludności. Nadmierne używanie alkoholu toksycznie wpływa na narządy i układy organizmu. Złe odżywianie, co za tym idzie niedobory witamin i minerałów, spadek odporności, czyli skłonność do infekcji i zakażeń są przyczynami wystąpienia wielu zaburzeń somatycznych. Nadużywanie alkoholu prowadzi za sobą możliwość wystąpienia takich chorób jak: nadciśnienie tętnicze, udar krwotoczny mózgu, krwawienia śródczaszkowe, zaburzenia rytmu serca, najczęściej migotanie przedsionków, częstoskurcz komorowy, kardiomiopatia alkoholowa czyli przerost mięśnia sercowego. Ze strony układu pokarmowego najczęściej występują bóle brzucha, biegunki, krwawienia, refluks żołądkowo-przełykowy, zapalenie przełyku, żylaki przełyku, przewlekłe zapalenia żołądka i dwunastnicy, nieżyt jelita, zespół złego wchłaniania, zapalenie trzustki, stłuszczenie i marskość wątroby. Ponadto zaburzenia przemiany materii- hiperglikemia, porfiria skórna, zaburzenia hormonalne, odwodnienie, hipokaliemia, niedobory witaminy B1 oraz magnezu [3].

Szkody spowodowane zażywanie środka psychotycznego w nadmiernych ilościach doprowadza do uszkodzenia obwodowego układu nerwowego. Przykładem tego jest polineuropatia alkoholowa zależna od długotrwałego spożywania środka, ma charakter postępujący. Objawia się pieczeniem dystalnych części kończyn górnych i dolnych, osłabieniem siły mięśniowej i odruchów głębokich.

Po dłuższym piciu może rozwinąć się halucynoza alkoholowa ujawnia się w ciągu 48 godzin po zaprzestaniu picia, początek jest nagły, natomiast majaczenia alkoholowe ujawniają się w ciągu 72 godzin od wypicia ostatniej dawki. Pojawia się lęk, problemy ze snem, urojenia, omamy, zaburzenia świadomości. Chory słyszy różne głosy, widzi chodzące po nim insekty, czuje się osaczony. Pojawia się podwyższona temperatura ciała oraz zaburzenia elektrolitowe. Efektem zmian w ośrodkowym układzie nerwowym jest ostry zespół amnestyczny zwany psychozą Wernickiego - Korsakowa. Objawia się

problemami z pamięcią bieżącą a z zachowaniem wspomnień. Występują palimpsesty wypełnione konfabulacjami. Pacjent ma problemy z orientacją co do czasu, miejsca i przestrzeni. Następuje porażenie mięśni gałki ocznej, osłabienie siły mięśniowej, chód ataktyczny. Chory jest podekscytowany a jednocześnie apatyczny i nie może się skoncentrować. W późniejszym etapie choroby może ujawnić się obłęd opilczy zwany zespołem Otella. Choroba poprzedzona jest zazwyczaj bezpodstawnymi oskarżeniami wobec partnera życiowego o zdradę. Występuje chorobliwa zazdrość, snucie teorii spiskowych na temat niewierności i prześladowanie bliskiej osoby. Urojenia doprowadzają do przemocy fizycznej, a nawet do zbrodni [4].

W Polsce podstawę prawną rozwiązywania problemów alkoholowych stanowi Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1992 roku. Leczenie odwykowe prowadzone jest w zakładach leczniczych w rodzaju świadczeń stacjonarnych, całodobowych oraz ambulatoryjnych. Leczenie odwykowe jest dobrowolne, wyjątek stanowią „osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się je na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego". Osoby uzależnione zgodnie z ustawą są objęte bezpłatnym leczeniem również w przypadku braku polisy ubezpieczeniowej [4,5].

Celem pracy jest przybliżenie terminologii związanej z zespołem zależności alkoholowej, nakreślenie problematyki zjawiska zależności alkoholowej wśród społeczeństwa przedstawienie na podstawie studium przypadku wybranych problemów występujących u osoby uzależnionej od alkoholu.

Przedmiotem badań są działania pielęgniarki na rzecz podmiotu opieki, czyli pacjenta z Zespołem Zależności Alkoholowej.

Prezentacja przypadku

Pacjent lat 35. przywieziony przez karetkę pogotowia, skierowany w SOR jako powierzchowny uraz głowy. Mężczyzna przewrócił się na ulicy, przytomny, pamięta okoliczności zdarzenia, zgłasza bóle głowy. W SOR wykonano TK głowy bez kontrastu. Badanie bez zmian urazowych. Odbyła się konsultacja internistyczna z powodu osłabienia, niepokoju oraz bólu głowy i całego ciała. Pacjent zgłasza uporczywe drżenia. W wywiadzie od wielu lat uzależniony od alkoholu, pije ciągami wielomiesięcznymi. Podobne objawy miały już miejsce wcześniej, wówczas trafił do Szpitala Psychiatrycznego z rozpoznaniem zespołu abstynencyjnego w przebiegu choroby alkoholowej. Poddał się leczeniu odwykowemu, gdzie spędził półtora miesiąca. Utrzymywał abstynencje przez osiem miesięcy, jednakże ją przerwał. Ostatnio przez dwa tygodnie pił denaturat. Wystraszył się tego i od czterech dni nie pije alkoholu, zaczął widzieć węże, nie mógł spać, jeść, wystąpiły drżenia całego ciała. Chory wyraża chęć leczenia odwykowego jednak termin oczekiwania na ośrodek jest zbyt długi i pacjent nie radzi sobie z chorobą. Z powodu uzależnienia przyjmował leki ale nie pamięta nazw ani dawek. Twierdzi, że były one za mocne. W trakcie pobytu w SOR chory prezentował objawy lęku uogólnionego, które przejściowo dało się opanować przy użyciu leków. Zdezorientowany co do miejsca i czasu, przy zachowaniu własnej tożsamości, z nieco obniżonym nastrojem, z wyraźnym niepokojem o swoje zdrowie, zgłasza zaburzenia snu oraz apetytu. Zlecono pobranie krwi na badania, wykonanie prześwietlenia klatki piersiowej, usg jamy brzusznej. Po wynikach pacjent został skierowany do Szpitala Psychiatrycznego z zaburzeniami orientacji co do czasu i miejsca, ale zachowanej co do własnej tożsamości, z występującymi drżeniami całego ciała, obniżonym nastrojem oraz lękiem uogólnionym. Pacjent ma omamy wzrokowe, zaburzenia snu oraz łaknienia. Od dwóch dni zaobserwował luźne stolce. Jest spocony, temperatura jego ciała to 37^{0}C. Pozostałe parametry przy przyjęciu wynosiły kolejno: tętno

100/min, niemiarowe, oddech 20/min, ciśnienie 140/90 mmHg. Pacjent jest kawalerem, mieszka z rodzicami. Stracił prace z powodu nałogu, utrzymuje się z prac dorywczych. Chory zaniepokojony swym stanem zdrowia wyraża zgodę na podjęcie leczenia.

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

Tabela 1. Dane o pacjencie .

Imię i nazwisko (inicjały): W.D.	
Data urodzenia: 09.12.1982 r.	*Stan cywilny: kawaler*
Aktywność zawodowa: nie	*Wykonywany zawód: murarz*
Data zbierania wywiadu: 05.02.2018 r.	
HISTORIA CHOROBY	***STAN OGÓLNY** – średni*
Rozpoznanie lekarskie: Lęk uogólniony, majaczenie alkoholowe	*Temperatura: 37°C*
Przyjmowane leki: Diazepamam, Haloperidol, Chlorprothixen, Coaxil, Wit. B1, 0,9%Na Cl, PWE, 5% Glukoza, Espumisan, Captopril	*Tętno (liczba/napięcie/rytm): 100 uderzenia na min./dobrze napięte/niemiarowe*
Przebyte choroby: ----	*Oddechy: 20 oddechów/min.*
Pobyty w szpitalu: kolejny	*Ciśnienie tętnicze: 140/90mmhg*
Przebyte zabiegi operacyjne: ----	*Masa ciała: 58kg*
Przebyte urazy/wypadki: powierzchowny uraz głowy	*Wzrost: 177 cm*
	BMI: 18,51-granica prawidłowego wyniku
	WHR: 0,9-wynik prawidłowy

WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny: rodzice *Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: ślub brata* *Choroby występujące w rodzinie: cukrzyca* *Hobby/zainteresowania: motoryzacja* *Formy spędzania wolnego czasu: oglądanie telewizji* *Nałogi w rodzinie: brak* *Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe: spożywanie posiłków o nieregularnych porach;* *Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: utrata pracy, niepokój, drżenia ciała* *Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: ograniczony kontakt z bratem z powodu nadużywania alkoholu*

WYWIAD ŚRODOWISKOWY
Miejsce zamieszkania (miasto/wieś): wieś *Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: wolnostojący dom jednorodzinny* *Ilość zajmowanych pomieszczeń: 4* *Ilość osób mieszkających wspólnie: 3* *Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: dobry* *System pracy: bezrobotny* *Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole: prace dorywcze* *Zagrożenia zdrowia: w domu/w pracy/szkole:* *Komunikacja: zaburzona* *Higiena osobista: dość dobra* *Aktywność fizyczna: pełna* *Wydalanie: zaburzone, występują luźne stolce, co jest wynikiem nadużywania alkoholu* *Odżywianie: brak łaknienia* *Sen/zasypianie: zaburzony*

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

Diagnoza ICNP®	**Interwencje ICNP**	**Diagnoza INCP®**
Uzależnienie od alkoholu [10041347]	• ciągły nadzór [10005093], • monitorowanie zespołu abstynencyjnego [10036343] • nauczanie o nadużywaniu alkoholu [10044900], • promowanie wsparcia społecznego [10024464], • zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051], • zachęcanie do odpoczynku [10041415], • terapia odwracająca uwagę [10039348], • wzmacnianie osiągnięć [10026427], • promowanie poczucia własnej wartości [10024455].	Bez nadużywania alkoholu [10028765],
Splątanie [10023633]	• ocenianie funkcji poznawczych [10025883], • monitorowanie splątania [10045424], • poradnictwo dotyczące	Zmniejszone splątanie [10027098]

	strachu[10026208], • nauczanie o technikach adaptacyjnych [10023717], • trening orientacji w rzeczywistości [10041072], • zapewnienie ciągłości opieki [10006966], • zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051], • ewaluacja psychospołecznej odpowiedzi na plan opieki [10007153].	
Halucynacje [10022500]	• zarządzanie halucynacjami [10035818], • ocenianie możliwości [10026040]. • obserwacja zmienionej percepcji [10013517], • nauczanie o bezpieczeństwie w środowisku [10044937].	Efektywna percepcja sensoryczna [10028173]
Zaburzony sen [10027226]	• ocenianie zmęczenia [10026086] • demonstrowanie technik relaksacyjnych [10024365], • zachęcanie do	Adekwatny sen [10024930]

	odpoczynku [10041415] • ocenianie przestrzegania diety [10044481], • administrowanie lekiem [10025444]	
Brak równowagi elektrolitowej [10033541]	• ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747], • monitorowanie status fizjologicznego [10012183], • podawanie płynów [10039330] • współdziałanie w terapii elektrolitami [10030948], • współdziałanie w terapii płynami [10030948], • ewaluacja odpowiedzina terapię płynami [10007176],	Efektywna równowaga elektrolitowa [10033709]
Brak apetytu [10033399]	• nauczanie o odżywianiu [10024618], • nauczanie o przyjmowaniu jedzenia [10032939], • zachęcanie [10006823], • ocenianie zdolności do przygotowania pokarmu [10030536], • ocenianie postawy wobec	Pozytywny apetyt [10040333]

	status odżywienia [10002694, • współdziałanie przy reżimie diety [10026190], • podawanie leku [10040708], • ewaluacja odpowiedzi na lek [10007182], • ewaluacja status przewodu pokarmowego [10034007].	
Biegunka [10000630]	• zarządzanie wypróżnieniem [10041427], • współdziałanie w terapii płynami [10033093], • współdziałanie w terapii elektrolitami [10030948], • monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109], • nauczanie o reżimie diety [10026525], • monitorowanie masy ciała [10032121], • ewaluacja status przewodu pokarmowego [10034007], • ewaluacja odpowiedzi na lek [10007182]	Bez biegunki [10040063]

Brak wiedzy o procesie zmiany zachowań [10024734]	• ocenianiegotowości do uczeniasię [10002781], • nauczanie o leku/leczeniu [10019470], • nauczanie o reżimie terapeutycznym [10024625], • ocenianie reakcji nanauczanie [10024279], • dostarczenie usług promocji zdrowia [10032522], • zapewnienie materiału instruktażowego [10024493], • ocenianie radzenia sobie [10002723] • ułatwienie do leczenia [10024401], • wzmacnianie osiągnięć [10026427], • wspieranie status psychologicznego [10019161], • promowanie poczucia własnej wartości [10024455], • promowanie ustanawiania granic [10026334], • promowanie wsparcia społecznego [10024464]	Wiedza o procesie zmiany zachowań [10024723]

	• wzmacnianie samoskuteczności [10022537], • uzgadnianie przestrzegania zaleceń [10024349]	
Brak wsparcia rodziny [10022473]	• ocenianie gotowości do uczenia się [10002781], • nauczanie rodziny o chorobie [10021719], • nauczanie rodziny o delirium [10026518], • raportowanie status członkowi rodziny [10016825], • skrining nadużywania alkoholu [10045476], • nauczanie rodziny o reżimie terapii [10024656], • ocenianie reakcji na nauczanie [10024279], • dostarczenie usług promocji zdrowia [10032522], • ustalanie relacji [10023738], • wspieranie rodziny w procesie podejmowania decyzji [10026462], • ułatwienie możliwości	Pozytywne wsparcie rodziny [10045702]

	wykonywania roli [10026277], • zapewnienie wsparcia społecznego [10027046],	

Źródło: wynik badań własnych

Wskazówki pielęgniarskie dla pacjenta

Osoba uzależniona chcąc podjąć walkę z chorobą alkoholową musi uświadomić sobie jak poważne jest to schorzenie, wykazać się dobrymi chęciami i ogromnym uporem w dążeniu do celu. Stosując się do pewnych zasad i wskazówek zespołu terapeutycznego utrzyma życie w trzeźwości.

- poinformowanie chorego o dalszym leczeniu w Poradni Zdrowia Psychicznego odwyku, zażywaniu zleconych leków przez lekarza, uczestnictwie w psychoterapii indywidualnej i grupowej, zachęcenie do udziału w zajęciach edukacyjnych na temat choroby, treningach interpersonalnych, na których pacjent uczy się funkcjonowania
  w środowisku, sesjach prewencji nawrotom nałogu, mitingach AA,
- bezwzględny zakaz picia alkoholu: unikanie osób, sytuacji, miejsc, w których można spożyć alkohol bądź takie, które będą się kojarzyły z chęcią wypicia. Nauczyć się odmawiać konsumpcji alkoholu. Pozbycie się z domu trunku również bezalkoholowego oraz produktów, które mogą wyzwalać głód alkoholowy na przykład słodycze, kosmetyki,
- niedopuszczenie do tego by negatywne emocje były pretekstem do wypicia trunku, zadbać o prawidłowy sen, spotykać się z przyjaznymi ludźmi, unikać przepracowania, planować dzień i zakupy, przestrzegać prawa, zasad społecznych, nie użalać się nad sobą,

- prawidłowe odżywianie się, dostarczenie energii i składników odżywczych, dieta dostosowana do rzeczywistego stanu zdrowia pacjenta, niskoprzetworzona, pełnowartościowa, bogata w witaminy A, C, E, D, witaminy z grupy B, mikroelementy: Ca, Fe, Zn, Mg, Sn,
- aktywność fizyczna dostosowana do stanu zdrowotnego oraz wydolność pacjenta: spacery, gimnastyka w basenie, stosowanie technik radzenia sobie z głodem alkoholowym: relaksacja, ćwiczenia oddechowe, planowanie aktywności.

Wskazówki pielęgniarskie dla rodziny

- nie zawierzać alkoholikowi, że sam poradzi sobie z nałogiem,
- nie przynosić do domu alkoholu,
- podtrzymywać na duchu, wspierać podczas pozytywnych skutków terapii,
- nie dodawać otuchy pijącemu alkoholikowi, niech zderzy się z przykrą rzeczywistością, poniesie konsekwencje,
- nie brać do siebie tego co mówi osoba uzależniona w trakcie picia, przemawia przez nią alkohol, nie pozwolić by dominował, narzucał swe zdanie,
- ważne sprawy poruszać tylko z trzeźwym alkoholikiem.

Dyskusja

Uzależnienie od alkoholu jest wynikiem połączenia czynników genetycznych, psychologicznych, biologicznych i społecznych. Im więcej czynników ryzyka osoba ujawnia tym bardziej prawdopodobne jest, że stanie się alkoholikiem.

Cierpiałkowska L. wyszczególnia 2 typy alkoholizmu[4]:

- typ 1 uwarunkowany środowiskowo: początek choroby występuje po 25 roku życia, nie jest związany z problemem alkoholizmu

w rodzinie. Osoby te piją okresowo z długimi przerwami trzeźwości. Dochodzi tu do powikłań takich jak choroby majaczenie drżenne, choroby somatyczne,

- typ 2 uwarunkowany genetycznie: pojawia się częściej u mężczyzn niż kobiet, osoby te piją często, bez dłuższych przerw, nie występują u nich żadne powikłania psychiczne i somatyczne [5].

Za sprawą szybko rozwijającego się w latach 30 w Stanach Zjednoczonych ruchu anonimowych alkoholików zaczęto postrzegać alkoholizm jako chorobę przewlekłą prowadząco do śmierci. Takie przedstawienie sprawy wymusiło na wielu naukowcach, psychologach, lekarzach przyjęcia odpowiedniego stanowiska. Brakowało jednak badań klinicznych, które potwierdziłyby tę tezę. W 1952 roku Jellinek postanowił przeprowadzić specjalistyczne badania kliniczne określające przebieg i symptomy alkoholizmu [4].Po przeanalizowaniu historii chorób alkoholików przedstawił schemat i przebieg alkoholizmu według następujących faz:

Faza wstępna - nadużywanie alkoholu w tej fazie motywowane jest społecznie, jednak w odróżnieniu od innych osób pijących w celach towarzyskich, przyszły alkoholik zaczyna odczuwać ulgę psychiczną, odprężenie i satysfakcje z zaistniałego stanu upojenia alkoholowego. Picie dużej ilości alkoholu staje się dla niego sposobem na uśmierzenie bolesnych stanów emocjonalnych, zatem ulga odczuwalna jest silniej niż u innych osób zażywających alkohol. Początkowo stosowany okazjonalnie z czasem staje się lekiem na wszelkie sytuacje stresowe, co prowadzi do codziennego picia. Zaczyna wzrastać tolerancja na alkohol, a przyszły alkoholik zmuszony jest na zwiększenie zażywanych dawek, by mogły one przynieść takie same skutki jak na początku. Pojawiają się pierwsze amnezje spowodowane nadużywaniem alkoholu.

Faza zwiastunów (ostrzegawcza) -według Jellinka zaczyna się na ogół od nagłego pojawienia się palimpsestów alkoholowych wskutek przyjęcia dużych dawek alkoholu, potem przewijają się coraz częściej.

Dodatkowo w fazie tej pojawia się:

- potajemne picie, gdzie osoba potencjalnie uzależniona od alkoholu stara wypić większą ilość alkoholu w ukryciu, tak, aby nikt tego nie zauważył,
- ciągłe myślenie o alkoholu i zastanawianie się czy na spotkaniach towarzyskich znajdować się będzie w wystarczającą ilość alkoholu,
- łapczywość i chciwość: pierwsze kieliszki wypijane bardzo szybko, w małych odstępach czasu,
- poczucie winy i wyrzuty sumienia: osoba uzależniona zaczyna uświadamiać sobie swoje poczynania i odstępstwa od normy. Z tego powodu odcina się od wszelkich tematów związanych z alkoholem, odczuwa dyskomfort podczas rozmów z rodziną i bliskimi na temat potencjalnej choroby alkoholowej [5].

Taki stan rzeczy może utrzymywać się nawet przez kilka lat w zależności od stanu psychicznego i fizycznego osoby podejrzanej o alkoholizm.

Faza krytyczna (ostra) - w której występuje narkomania alkoholowa, czyli przymus fizyczny określany jako niepohamowany głód alkoholowy. Pijący nie potrafi już określić ilości spożywanego alkoholu. Jednoczenie potrafi zachować narzuconą sobie abstynencje. Alkoholik zaprzecza utracie kontroli nad nałogiem, wyszukuje coraz mniej racjonalne uzasadnienia dla picia. Pod wpływem zewnętrznej presji alkoholik narzuca sobie ostrą abstynencję, próbuje zmienić sposób picia, aby udowodnić sobie i najbliższym, że nadal jest w stanie kontrolować nałóg. Nacisk ze strony otoczenia wywiera u alkoholika poczucie winy i brak wiary we własne wartości, co musi kompensować sobie za pomocą alkoholu. W tej fazie zauważyć można poważne zaniedbywanie pracy i kontaktów z bliskimi osobami, utrata zainteresowania innymi aspektami życia, zmniejszenie się popędu seksualnego oraz konieczność ciągłego dostarczania alkoholu do organizmu.

Faza chroniczna (zejściowa) - pojawia się z okresami wielodniowej intoksykacji, tzw. "ciągami picia". Alkoholik zaczyna pić z ludźmi

ze znacznie niższych warstw społecznych, prawdopodobnie, aby poczuć się kimś lepszym w ich gronie. Zaczynają się problemy finansowe, co sprawia, ze alkoholik zaczyna eksperymentować z substancjami przyjmowanymi do organizmu (mogą to być perfumy, spirytus salicylowy lub alkohol niewiadomego pochodzenia). W momencie kiedy w organizmie zabraknie alkoholu nasilają się nieokreślone lęki, psychozy alkoholowe proste czynności zaczynają sprawiać coraz większe trudności, występuje wyraźne obniżenie sprawności motorycznej. Słabnie możliwość racjonalnego myślenia. W konsekwencji długich ciągów alkoholowych, a konfrontacją z rzeczywistością alkoholik czuje się pokonany przez nałóg. Wówczas taki stan może prowadzić do spontanicznych próby poddania się specjalistycznemu leczeniu odwykowemu lub wprost przeciwnie powoduje obsesyjne picie, ponieważ nie widzi już innego rozwiązania [2,4,5].

Wyniki

Zjawisko uzależnienia od alkoholu występuje coraz częściej i niesie ze sobą bardzo przykre w skutkach konsekwencje.

1. Nowoczesny wzorzec postępowania pielęgniarstwa psychiatrycznego to podmiotowe traktowanie chorego, zachęcanie do udziału w procesie leczenia oraz aktywizowanie rodziny do udziału w terapii.
2. Rolą pielęgniarki psychiatrycznej jest: określenie potrzeb zdrowotnych, zgłębienie problemów pielęgnacyjnych, opieka nad pacjentem, wykonanie zleceń lekarskich, poradnictwo, psychoedukacja, psychoterapia, aktywizacja chorych z elementami terapii zajęciowej, rehabilitacja, edukacja zdrowotna.
3. Kluczową sprawą w opiece nad pacjentem z ZZA jest właściwa komunikacja terapeutyczna, ukazanie autentyczności, otwartości, życzliwości oraz zrozumienia. Traktując pacjenta indywidualnie zdobywamy jego zaufanie. Prowadzona wnikliwa obserwacja

zachowań chorego, kontrola parametrów życiowych, ocena stanu fizycznego, udział w procesie leczenia oraz edukacja pacjenta są priorytetami w osiągnięciu pozytywnego efektu terapeutycznego.

Bibliografia/Biblography:

1. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/uzaleznienie, 19.04.2018.

2. Cierpiałkowska L., Ziarko M.: Psychologia uzależnień-alkoholizm.Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne. Warszawa 2010.

3. Górna K.: Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012,27-28.

4. Cierpiałkowska L.: Alkoholizm: przyczyny, leczenie, profilaktyka. Wyd. naukowe UAM, Poznań, 2000.

5. Frąckowiak M, Motyka M.: Problemy Hig Epidemiol. Zespół zależności alkoholowej. 2015,96 (2).

Otrzymano: 15.02.2019r.
Zaakceptowano: 22.03.2019r.

Artykuły poglądowe/Review

Mapowanie pojęć ICNP® na przykładzie procesu pielęgnowania pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów

The ICNP® terms cross-mapping on the example of nursing care of patient with rheumatoid arthritis

MAGDALENA ZAWIDZKA[1], BEATA HAOR[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu
ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-2371-1636

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2019.006
ISSN:451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to choroba autoimmunologiczna, wywołująca głównie stany zapalne tkanki łącznej. Jej przebieg związany jest z symetrycznym zajęciem stawów oraz pozastawowymi zmianami, które prowadzą do dysfunkcji wielu narządów.
Cel. Celem niniejszej pracy było mapowanie najczęściej występujących u pacjentów z RZS problemów pielęgnacyjnych, działań pielęgniarskich i ich ewaluacji z frazami opisującymi diagnozy, wyniki i interwencje wg ICNP®
Materiały i metody. W pracy zastosowano metodę analizy piśmiennictwa poświęconego zagadnieniom opieki nad chorym z RZS oraz mapowanie diagnoz i interwencji przy użyciu słownika ICNP®.

Wyniki i wnioski. Zastosowanie klasyfikacji ICNP® pozwala na stosowanie ujednoliconej, referencyjnej terminologii w praktyce pielęgniarskiej. Usprawnia to komunikację oraz umożliwia harmonizację oraz porównywanie danych. Korzystanie z ujednoliconej terminologii zawodowej jest jednym z wyznaczników autonomii zawodu.

Słowa kluczowe: proces pielęgnowania, ICNP®, reumatoidalne zapalenie stawów

Abstract:
Introduction. Rheumatoid arthritis is an autoimmune disease which mainly causes connective tissue inflammation and affects joints.. Its course is related to the symmetrical involvement of joints and non-articular changes that lead to dysfunction of many organs.
Aim. The aim of this study was to map the most frequent nursing problems, nursing activities and their evaluation with the phrases describing diagnoses, results and interventions according to ICNP® in RA patients.
Material and methods. The study uses the method of analysis of existing literature devoted to the issues of caring for a patient with RA and mapping diagnoses and interventions using the ICNP® vocabulary.
Results and conclusion. The use of ICNP® classification allows the use of unified, reference terminology in nursing practice. It facilitates communication and enables harmonization and comparison of data. The use of unified vocational terminology is one of the determinants of the autonomy of the profession.

Key words: nursing process, ICNP®, rheumatoid artritis

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) oznacza zapalną, przewlekłą chorobę tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym. Jej cechą charakterystyczną jest m.in. nieswoiste i symetryczne zapalenie stawów. Najczęściej zaczyna się ono od zapalenia błony maziowej stawów, następnie obejmuje szereg objawów pozastawowych m.in. ze strony układu krążenia, oddechowego oraz

moczowego. W przebiegu RZS można zaobserwować postępujące zniekształcenia oraz usztywnienia w obrębie układu ruchu człowieka. Konsekwencją postępującej choroby jest obniżenie jakości życia, niepełnosprawność, inwalidztwo a także przedwczesna śmierć pacjenta. Po zdiagnozowaniu RZS ważne jest, aby jak najszybciej wprowadzić właściwe leczenie w celu zahamowania procesu chorobowego oraz ewentualnych powikłań. Obecnie wykorzystywane metody terapii pozwalają osiągnąć stan remisji, dzięki temu pacjenci mogą normalnie funkcjonować [1-4].

Reumatoidalne zapalenie stawów diagnozowane jest u około 1 % populacji, z czego łagodna postać występuje częściej u mężczyzn, natomiast ostra u kobiet. Największa zapadalność przypada na 40-50 rok życia [2,5,6].

W pierwszej fazie zapalenie dotyczy głównie stawów nadgarstkowych, śródręczno – policzkowych oraz śródstopno – paliczkowych. Łagodną postać RZS cechuje:
- obrzęk niewielu stawów,
- brak guzków reumatoidalnych oraz objawów ogólnych (gorączka),
- wzrost OB i stężenia CRP,
- nadpłytkowość,
- zwiększenie stężenia fosfatazy alkalicznej,
- najczęściej jest ona stwierdzana u mężczyzn.

Natomiast postać ostrą RZS charakteryzuje:
- przewlekły początek,
- wysokie miano czynnika reumatoidalnego,
- dość wcześnie pojawiają się nadżerki na powierzchniach stawowych kości – zajęte są duże stawy (biodrowy, barkowy, kolanowy),
- występuje zapalenie błony naczyniowej oka,
- pojawiają się objawy pozastawowe,
- występuje najczęściej wśród kobiet w podeszłym wieku [1,3,4,7].

W leczeniu RZS stosuje się m.in. farmakoterapię, rehabilitację oraz leczenie ortopedyczne [2,4,7].

Celem niniejszej pracy było mapowanie klasycznych terminów zastosowanych w planie opieki wobec pacjenta z RZS diagnozami, interwencjami zaczerpniętymi z ICNP® (wersja 2017).

Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę analizy piśmiennictwa poświęconego zagadnieniom opieki nad chorym z RZS oraz mapowanie diagnoz i interwencji przy użyciu słownika ICNP® (wersja 2017r.).

Mapowanie diagnoz i interwencji pielęgniarskich przy użyciu ICNP®

Problem pacjenta 1. Ból nasilający się w czasie ruchu, związany z zaostrzeniem procesu chorobowego [8].
Diagnoza 1 wg ICNP®. Ból [10023130] [9].

Tabela 1.Interwencje pielęgniarskie.

Klasyczne ujęcie działań pielęgniarskich	ICNP® [9]
-Ocena stopnia nasilenia bólu w skali VAS[10]; -Ocena odczuć bólowych zgłaszanych przez chorego[8] oraz określenie charakteru bólu, jego czasu trwania i nasilenia[8]; -Ocena czynników nasilających lub zmniejszających dolegliwości bólowe[8]; - Udział w usprawnianiu chorego zgodnie z planem określonym przez lekarza i fizjoterapeutę[8];	-Ocenianie bólu [10026119] -Ocenianie kontroli bólu [10002710] -Monitorowanie bólu [10038929] -Ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem [10034053] -Identyfikowanie postawy wobec bólu [10009654] -Ocenianie wiedzy o bólu [10039104] -Ocenianie wiedzy o leczeniu bólu [10039041]

- Podawanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza min. 0,5 godz. przed rozpoczęciem ćwiczeń[11]; - Zachęcanie chorego do aktywności pomimo dolegliwości bólowych[12]; - Zapewnienie choremu ciszy, spokoju, warunków do wypoczynku[8].	-Ocenianie psychologicznej odpowiedzi na ból [10038964] - Zarządzanie reżimem ćwiczeń [10023890] -Współdziałanie przy formułowaniu planu zarządzania bólem [10039831] - Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084] -Zarządzanie bólem [10011660] - Implementacja wytycznych dotyczących bólu [10009872]

Ewaluacja działań pielęgniarskich 1.Nasilenie bólu uległo zmniejszeniu [8].
Wynik 1 wg ICNP®. Zmniejszony ból [10027917] [9].

Problem pacjenta 2. Ryzyko rozwoju infekcji z powodu zmniejszonej odporności w wyniku stosowania leków o działaniu immunosupresyjnym [8].
Diagnoza 2 wg ICNP®.Ryzyko infekcji [10015133] [9].

Tabela 2. Interwencje pielęgniarskie.

Klasyczne ujęcie działań pielęgniarskich	**ICNP®[9]**
-Poinformowanie pacjenta i jego rodziny o zwiększonym ryzyku wystąpienia zakażeń[8], -Edukacja rodziny i pacjenta nt. profilaktyki zakażeń[8], -Zachęcanie pacjenta do poprawy odporności poprzez	-Nauczanie rodziny o podatności na infekcję [10038149] -Nauczanie rodziny o prewencji infekcji [10036928] - Nauczanie o zachowaniach prozdrowotnych [10032956] -Nauczanie o potrzebach

dietę bogatą wit. C[12], - Asystowanie choremu w utrzymaniu czystości skóry[8], -Zmiana bielizny osobistej, pościelowej[8]; - Częste wietrzenie sali chorego[8]; -Monitorowanie stanu ogólnego, parametrów życiowych, skarg zgłaszanych przez chorego[11]. -Izolowanie pacjenta od potencjalnych źródeł zakażenia np. pacjenta ze świeżą infekcją[8], -Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy wykonywaniu procedur medycznych[11];	dietetycznych [10046533] -Promowanie zachowań prozdrowotnych [10032465] -Prewencja infekcji [10036916] -Ocenianie podatności na infekcję[10002821] - Ocenianie oznak i symptomów infekcji [10044182] -Monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji [10012203] -Zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10042507] -Zastosowanie technik aseptycznych [10041784]

Ewaluacja działań pielęgniarskich 2.Brak ogólnych objawów infekcji[2,8].
Wynik 2 wg ICNP®.Bez infekcji [10028945] [9].

Problem pacjenta 3.Ryzyko działań niepożądanych wynikających ze stosowanej farmakoterapii [2,8].
Diagnoza 3 wg ICNP®. Ryzyko efektu ubocznego leku [10037604] [9].

Tabela 3. Interwencje pielęgniarskie.

Klasyczne ujęcie działań pielęgniarskich	**ICNP®[9]**
-Edukacja pacjenta/rodziny na temat zasad przyjmowania leków oraz konieczności bezwzględnego przestrzegania	-Nauczanie o leku [10019470] -Poradnictwo dotyczące zażywania leków [10031043] -Nauczanie o reżimie terapii

zaleceń lekarskich i systematycznej kontynuacji farmakoterapii [8,13,14]; - Edukacja pacjenta/rodziny na temat działań niepożądanych leków, kierunków obserwacji i umiejętności interpretacji objawów, monitorowania leczenia i natychmiastowego zgłaszania niepokojących objawów[2,11, 14]; - Informowanie o zalecanym trybie życia i diecie[11]; -Edukacja w zakresie zmiany stylu życia (eliminacja używek, umiejętność reagowania w sytuacjach stresowych i relaksacji)[14]; - Zalecenie prowadzenia dzienniczka samokontroli i notowania niepokojących objawów towarzyszących farmakoterapii[11]; - Reagowanie na zgłaszane dolegliwości bólowe i dyskomfort w trakcie spożywania posiłków[8]; - Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych, stanu ogólnego pacjenta, zgłaszanych objawów[8]; - Dokumentowanie stanu pacjenta, wyników pomiarów i obserwacji[14].	[10024625] - Nauczanie rodziny o reżimie terapii [10024656] -Uzgadnianie przestrzegania zaleceń [10024349] -Wzmacnianie przestrzegania zaleceń [10024562] -Promowanie przestrzegania zaleceń dotyczących leków [10038051] - Nauczanie o kontrolowaniu objawów podmiotowych [10038080] - Zarządzanie działaniami niepożądanymi leku [0021837] - Monitorowanie czynności życiowych [10032113] -Zarządzanie objawami [10031965]

Ewaluacja działań pielęgniarskich 3. Brak objawów wskazujących na działania niepożądane leków [2,8].
Wynik 3 wg ICNP®. Bez efektu ubocznego leku [10040295] [9].

Problem pacjenta 4 wg NANDA. Deficyt w czynnościach samoobsługowych spowodowany postępem zmian chorobowych [3,11].
Diagnoza 4 wg ICNP®. Deficyt samoopieki [10023410] [9].

Tabela 4. Interwencje pielęgniarskie.

Klasyczne ujęcie działań pielęgniarskich	ICNP®[9]
- Ocena sprawności funkcjonalnej pacjenta wg skali Barthel i Lawtona [8]; - Określenie potrzeb pacjenta w zakresie czynności samoobsługowych [8]; - Motywowanie chorego do wykonywania czynności samoobsługowych [11]; - Pomoc choremu w wykonywaniu czynności samoobsługowych [8]; - Udział w planie usprawniania pacjenta określonym przez lekarza i fizjoterapeutę[11]; - Monitorowanie stanu ogólnego pacjenta w czasie usprawniania pacjenta[8]; - Edukacja rodziny w zakresie wspierania pacjenta w wykonywaniu czynności	-Ocenianie samoopieki [10021844] -Ustalanie porozumienia [10023738] -Instruowanie pacjenta [10010382] -Wzmacnianie samodzielności [10022537] -Motywowanie [10012242] -Asystowanie w samoopiece [10035763] -Planowanie opieki [10035915] + ciągły nadzór [10005093] -Konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029] + oś środki: fizjoterapeuta [10024003] -Współdziałanie z lekarzem [10023565] -Monitorowanie statusu

samoobsługowych i opieki nad chorym w warunkach domowych[8,11].	fizjologicznego [10012183] -Zapewnienie ciągłości opieki [10006966] -Zapewnienie rodzinie wytycznych dotyczących przyszłości [10026375] -Nauczanie o samoopiece [10045014] Promowanie samoopieki [10026347]

Ewaluacja działań pielęgniarskich 4. Deficyt samoopieki utrzymuje się nadal [8].
Wynik 4 wg ICNP®. Deficyt samoopieki [10023410] [9].

Problem pacjenta 5 wg NANDA. Obniżony nastrój związany z aktualną sytuacją zdrowotną [8].
Diagnoza 5 wg ICNP®. Nastrój depresyjny [10022402] [9].

Tabela 5. Interwencje pielęgniarskie.

Klasyczne ujęcie działań pielęgniarskich	**ICNP®[9]**
- Monitorowanie stanu psychicznego pacjenta [15]; - Ustalenie planu wsparcia pacjenta z psychologiem [8,15]; -Zapewnienie choremu kontaktu z lekarzem, psychologiem, rodziną [11,15]; - Zapewnienie spokoju i komfortu psychicznego [15]; - Wyjaśnienie celowości podejmowanych działań w planie	-Ocenianie nastroju depresyjnego [10026055] -Ocenianie postawy wobec choroby [10024192] -Ocenianie radzenia sobie [10002723] -Konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029] -Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] -Promowanie statusu

opieki i terapii [8]; - Motywowanie chorego do podejmowania aktywności ruchowej, przestrzegania planu terapii [8]; -Motywowanie rodziny do wspierania chorego [15].	psychologicznego [10032505] -Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] -Motywowanie [10012242] -Rozmowa [10019436] -Współdziałanie z rodziną [10035887];

Ewaluacja działań pielęgniarskich 5. Poprawa nastroju pacjenta [8]. Wynik 5 wg ICNP®. Zmniejszony nastrój depresyjny[10027901] [9].

Wnioski

Zastosowanie klasyfikacji ICNP® pozwala na stosowanie ujednoliconej, referencyjnej terminologii w praktyce pielęgniarskiej. Usprawnia to komunikację oraz umożliwia harmonizację oraz porównywanie danych. Korzystanie z ujednoliconej terminologii zawodowej jest jednym z wyznaczników autonomii zawodu [10,16].

Bibliografia/Bibliography:

1. Głuszko P., Filipowicz-Sosnowska A., Tłustochowicz W.: Reumatoidalne zapalenie stawów. Reumatologia 2012, 50, 83-90.

2. Grabowska H.: Czy w procesie pielęgnowania chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów można zastosować ICNP®?. Problemy Pielęgniarstwa 2015, 23(3), 405-410.

3. Grabowska H.: Czy w procesie pielęgnowania chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów można zastosować ICNP®? Część 2. Problemy Pielęgniarstwa 2015, 23(4), 527-532.

4. Pączek L., Mucha K., Foroncewicz B. Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa.Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

5. Wisłowska M., Kanecki K., Tyszko P., Kapała A. Jakośćżycia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnymzapaleniem stawów. Reumatologia 2010; 48 (2), 104–111.

6. Wesołowski R., Woźniak A., Mila-Kierzenkowska C.: Zastosowanie krioterapii w leczeniu reumatoidalnegozapalenia stawów. W: Rosińczuk-Tonderys J., UchmanowiczI. (red.). Chory przewlekle — aspekty pielęgnacyjne,rehabilitacyjne,terapeutyczne. MedPharm, Wrocław2011, 231–240.

7. Samborski W. Reumatoidalne zapalenie stawów. W:Wieczorowska-Tobis K.,Talarska D.(red.). Geriatriai pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo LekarskiePZWL, Warszawa 2015, 223–228.

8. Dzikowska M., Puto G. Pacjentka z reumatoidalnym zapaleniem stawów. W: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.). Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2010: 189–192.

9. Międzynarodowa klasyfikacja diagnoz pielęgniarskich. http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html. Data dostępu: 06.11.2018r.

10. http://www.ebib.pl/2005/69/kisilowska.php Data dostępu: 6.11.2018r.

11. Sierakowska M., Sierakowski Stanisław. Opieka pielęgniarskanad pacjentem z reumatoidalnym zapaleniemstawów. W: Jurkowska G., Łagoda K. (red.). Pielęgniarstwointernistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych.Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa2011,415–429.

12. Bączyk G. Specyfika postępowania pielęgniarskiegow wybranych patologiachukładu ruchu. W: Wieczorowska-Tobis K., Talarska D.(red.). Geriatria i pielęgniarstwogeriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa2015, 228–236.

13. Wysocka-Skurska I., Sierakowska M., Sierakowski S. Ocenajakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniemstawów w zależności odstosowanej terapii farmakologicznej. Reumatologia 2012; 50 (1), 16–23.

14. Sierakowska M., Wysocka-Skurska I., Sierakowski S,Krajewska-Kułak E. Problemy zdrowotne pacjentówz reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności odstosowanej terapii farmakologicznej. Probl. Piel. 2013, 21(2), 214–220.

15. Krzemińska-Dąbrowska I., Sudoł K., Moskalewicz B.Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm.Reumatologia 2007, 45 (4),215–218.

16. Ślusarska B.: Implementacje praktyczne wybranych klasyfikacji diagnoz i interwencji pielęgniarskich dla pielęgniarstwa polskiego. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie2016, 14 (1), 11–22.

Otrzymano: 15.01.2019 r.
Zaakceptowano: 20.02.2019 r.