Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

1(2)/2016

Rada naukowa
dr hab. Mariusz Wysokiński
dr hab. Joanna Rosińczuk
doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.
doc. PhDr. Zuzanna Hudáková, PhD.
dr Ewa Barczykowska
dr Wiesław Fidecki

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

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu/o-czasopismie

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN 2541-1846
ISSN (online) 2541-1846

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2016

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
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/Contents

Od Redakcji /Editorial 6

Artykuły oryginalne/Original

Dorota Kochman, Leokadia Rezmerska, Anna Nowak
Wybrane problemy w procesie adaptacji dziecka w wieku 0 – 6 lat do pobytu w szpitalu ……..8

Joanna Węglarska, Maria Posłuszna-Owcarz
Postawy pielęgniarek wobec osób zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS …….. 24

Łukasz Majerski
Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć…… 47

Magdalena Gościcka
Ocena akceptacji choroby przewlekłej na przykładzie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc…….. 63

Opis przypadku/Case Report

Jarosław Krzysztof Demianiuk
Rehabilitacja w domu pacjenta po krwotoku podpajęczynówkowym i operacji tętniaka tętnicy łączącej przedniej na podstawie studium przypadku …… 80

Artykuły poglądowe/Review

Lucyna Graf, Mariola Śleziona
Problemy opiekuńcze związane z chorobą Huntingtona…… 96

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu drugi numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences).* Dzięki bezpłatnemu dostępowi on-line mają Państwo okazję zapoznania się z interesującymi doniesieniami z zakresu nauk o zdrowiu, zawartymi w artykułach oryginalnych, pracy poglądowej i studium przypadku. Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Artykuły oryginalne/Original

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2(1)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.007

Dorota Kochman[1,2], Leokadia Rezmerska[1], Anna Nowak[3]
[1] Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
[2] Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku,
[3] Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie, NZOZ Słupca

Wybrane problemy w procesie adaptacji dziecka w wieku 0 – 6 lat do pobytu w szpitalu

Selected problems in the adaptation process of children aged 0 - 6 years for the stay in hospital

Streszczenie

Wstęp. Dla dziecka w wieku 0 – 6 lat przyjęcie w oddział oraz dalsza hospitalizacja jest bardzo trudnym rodzajem doświadczenia. Łączy się ona z pojawieniem trudności adaptacyjnych do nowego środowiska oraz obcych ludzi. Zadaniem personelu pielęgniarskiego, w połączeniu z rodzicami, jest jak największe zniwelowanie powstałego stresu, aby zapewnić dziecku komfort psychiczny i jak najszybsze zakończenie leczenia, bez pozostawiania traumatycznych śladów w psychice dziecka.

Celem pracy była analiza wybranych problemów w procesie adaptacji dziecka do pobytu w szpitalu.

Materiał i metody. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Zastosowano technikę ankietową, a narzędziem był kwestionariusz ankiety. W badaniu udział wzięły dwie grupy: 100 rodziców dzieci w wieku 0-6 lat, które były hospitalizowane oraz personel pielęgniarski pracujący na oddziałach dziecięcych w liczbie 60.

Wyniki. Około 98% pracowników oraz 27% rodziców stwierdziło problemy adaptacyjne dzieci przy przyjęciu w oddział. W obu grupach najczęściej występującą trudnością był płacz, odpowiednio 98,31% i 87%. 100% personelu stwierdziło, że obecność rodziców ma pozytywny wpływ na przezwyciężenie trudności adaptacyjnych dziecka. Wykazano brak zależności między poziomem wykształcenia, a postawą personelu pielęgniarskiego wobec rodziców
i ich dzieci.

Wnioski. Najczęstszymi trudnościami adaptacyjnymi u hospitalizowanych dzieci są płacz, niepokój i krzyk. Obecność rodziców oraz odpowiednia opieka pielęgniarska może pozytywnie wpływać na

przezwyciężenie trudności adaptacyjnych u dziecka. Wykształcenie nie wpływa na postawę personelu wobec dzieci i ich rodziców.

Abstract
Introduction. For a child of up to 6 years of age, admission to the ward, as well as further hospitalization, is a very difficult kind of experience. It is connected with the appearance of adaptation difficulties to a new environment and strangers. The Nursing staff's task, with cooperation with parents, is the largest possible reduction of stress in children to guarantee the child mental comfort as well as the quickest possible completion of treatment, without leaving traumatic marks in children's psyche.
Aim. The main purpose of the study was to analysis of selected problems in process of child's adaptation to hospitalization period.
Material and Methods. The diagnostic survey method was applied in the research, The survey technique was applied, the survey questionnaire being the tool. Two groups were included in the survey: a hundred parents of the hospitalized children aged 0-6, and 60 members of the nursing personnel from children's wards.
Results. About 98% of employees and 27% of parents noticed adaptation problems of the children at hospital admission. In both groups, cry was the most frequent difficulty that appeared, 98,31% and 87% respectively. 100% of the staff claimed, that parents' presence had a positive influence to overcome child's adaptation difficulties. It has been proved, that there is no relationship between the level of education, and the nursing personnel's attitude towards parents and their children.
Conclusions. The most frequent adaptation difficulties of hospitalized children are: cry, anxiety and scream. The presence of parents and the proper nurse's care, can have a positive effect overcoming child's adaptation problems. Education does not influence staff's attitude towards children and their parents.

Słowa klucze: trudności adaptacyjne, dzieci, pielęgniarstwo

Keywords: adaptation difficulties, children, nursing

Wstęp

Szpital w odróżnieniu od środowiska domowego jest dla dziecka nowym i całkiem obcym środowiskiem sztucznym. Zaburza poczucie bezpieczeństwa i ogranicza zaspokajanie potrzeb typowych
dla dziecka w wieku 0-6 lat. Dziecku choremu trudno jest zrozumieć nową sytuację, w której skazany jest na lęk ból i cierpienie a niekiedy i samotność. Pobyt w szpitalu często kojarzy się małemu pacjentowi z pewnego rodzaju karą, brakiem akceptacji zrozumienia a niekiedy odrzuceniem. Wymaga przyjęcia określonych rygorów, poddania się wielu przykrym zabiegom a często nawet bezwzględnemu leżeniu.

Istota adaptacji w ujęciu psychologicznym

Adaptację definiuje się jako „dostosowanie zachowania się do zmienności środowiska. Często przez dobre przystosowanie danej osoby rozumie się realistyczne podejście do własnych problemów, równowagę wewnętrzną, właściwą samoocenę, rozwiązywanie

konfliktowych sytuacji w sposób możliwie najbardziej realny bez stałego uruchamiania mechanizmów obronnych" [1].

Zdaniem Chwesiuk dziecko podlegające prawidłowym procesom adaptacji, po krótkim okresie ostrożnego wchodzenia w nowe środowisko, zaczyna zachowywać się naturalnie w typowy dla siebie sposób. Potrafi dostosować się do wymogów środowiska, ale jednocześnie próbuje na miarę swoich możliwości i potrzeb, aktywnie oddziaływać na otaczającą go rzeczywistość. W świetle istniejącej wiedzy pedagogicznej, prawdopodobieństwo zaburzeń procesów przystosowawczych wzrasta w miarę kumulowania się niekorzystnych czynników o charakterze biopsychicznym i socjokulturowym. Należą do nich między innymi: zaburzenia emocjonalne dzieci, zaburzenia struktury rodziny, trudności w szkole, wadliwe postawy rodziców [2].

Przyczyny powstawania problemów adaptacyjnych u dzieci hospitalizowanych

Ograniczenie aktywności ruchowej u dziecka, szpitalna rutyna oraz nuda narusza potrzebę dziecka - nieskrępowanego działania. Szczególnie jej skutków doświadczają dzieci unieruchomione i przewlekle chore. W szpitalu brak jest nie tylko przestrzeni do zabawy, ale i domowego klimatu. Ograniczona aktywność powoduje często złe samopoczucie, apatię brak chęci poruszania się, czasem utratę apetytu, niekontrolowane wybuchy złości i zaburzenia snu. Z powodu braku aktywności myśli dziecka są wypełniane obrazami o treściach lękowych [3].

Jedną z przyczyn powstawania problemów adaptacyjnych u dzieci hospitalizowanych może być już sam fakt wejścia w obce nieznane dziecku miejsce, pełne obcych ludzi, nowych zapachów i nieznanych doświadczeń. Między szóstym a ósmym miesiącem życia dziecko uczy się rozpoznawać osoby mu bliskie i obce. Często właśnie wtedy rodzice mają problem z tą fazą życia u dziecka, ponieważ przejawia się ona strachem przed osobami obcymi. Osoby z najbliższego otoczenia dają mu poczucie bezpieczeństwa, oparcie i pewność siebie. Dotyczy to również dzieci starszych. Przekraczając próg oddziału dziecko traci to poczucie bezpieczeństwa widząc obce twarze. Najczęściej dotyczy to grupy dzieci w wieku 0-6 lat [4].

Dzieciom potrzeba czasu na oswojenie się z nowo zaistniałą sytuacją. To one określają tempo zbliżania się do osób im nieznanych. Jeśli zaś ta osoba (pielęgniarka) zachowuje dystans, wtedy dziecko może w pewnym momencie przejąć inicjatywę: szuka kontaktu wzrokowego, uśmiecha się, próbuje zbliżyć się w zabawie lub w wolnej chwili samo domaga się kontaktu fizycznego z personelem [4].

W sytuacji, gdy rodzic zmuszony jest opuścić dziecko i pozostawić je w sali szpitalnej, często zamyka się ono w sobie i kontakt z nim jest utrudniony. Ale są też dzieci, które na rozstanie z rodzicami reagują histerycznym płaczem, złością a nawet agresją. Buntują się i w ten sposób okazują swoje emocje związane z pozostaniem w obcym miejscu. Zdarza się też, że mały pacjent popada w melancholię a nawet w stany depresyjne. Unika kontaktu z pielęgniarką, personelem a nawet innymi dziećmi, zamyka się w sobie i sam chce sobie poradzić z uczuciem osamotnienia.

Najtrudniejsza jest sytuacja dziecka w wieku od około 18 miesiąca do ok. 3-4 roku życia. Przywiązanie do matki jest wtedy bardzo egoistyczne, dziecko ufa jej bezgranicznie. Dzieci w tym okresie życia najczęściej przejawiają takie trudności adaptacyjne jak apatia, agresja napady złości a także niechęć do zabawy.

Starsze dzieci powyżej 4 roku życia są zdolne do oczekiwania na powrót matki, rozumieją, że rozłąka z nią, mimo iż jest konieczna, będzie krótkotrwała. Dziecko w tym okresie rozwojowym na ogół dość dobrze znosi rozłąkę a kontakty z innymi dziećmi na oddziale rekompensują chwilową nieobecność rodzica. Mogą także przejawiać chwilowe okresy buntu, napady złości albo całkowitą rezygnację.

W przejawiających się trudnościach adaptacyjnych u dzieci hospitalizowanych dostrzega się rolę czynnika psychicznego w całym procesie leczenia jak i po jego zakończeniu. Choroba jest traktowana, jako załamanie czynności adaptacyjnych. Zostaje zaburzona sfera biologiczna, psychologiczna oraz emocjonalna dziecka. Współpraca personelu z opiekunami dziecka jest warunkiem niezbędnym zarówno na etapie rozpoznania choroby jak i w dalszym leczeniu. Kontakt rodziców znacznie ułatwia pielęgniarkom rozpoznanie sytuacji życiowej dziecka i znacznie ułatwia nawiązanie poprawnych relacji z dzieckiem [4].

Celem pracy była analiza wybranych problemów w procesie adaptacji dziecka do pobytu w szpitalu.

Materiał i metody

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Zastosowano technikę ankietową, opartą o narzędzie, jakim był kwestionariusz ankiety - dla rodziców dzieci hospitalizowanych składającą się z 16 pytań oraz ankietę dla personelu pielęgniarskiego z oddziałów dziecięcych, składającą się z 14 pytań. Do badania zależności pomiędzy zmiennymi zastosowano test zgodności chi-kwadrat.

Badana grupa składała się z dwóch podgrup: pierwsza to rodzice dzieci hospitalizowanych w wieku 0 – 6 lat, przyjmowanych w oddział dziecięcy w liczbie 100 osób, druga to personel pielęgniarski pracujący na oddziale dziecięcym w liczbie 60 osób.

Personel pielęgniarski to osoby głównie w wieku 41-50 lat, które stanowiły 56,66% całej grupy badanej. Kolejny pod względem ilości przedział wiekowy, to osoby powyżej 50 roku życia, których było 35%. Najmniej liczną grupę tworzyły kolejno, respondenci w wieku 31-40 lat – 6,67% oraz 20-30 lat – 1,67%. Pod względem wykształcenia, personel pielęgniarski legitymował się głównie wykształceniem średnim (78,33% całej badanej grupy). Kolejna grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (licencjat– 16,67%), a najmniej liczną grupę stanowili respondenci z tytułem magistra – 5%. Najwięcej personelu pielęgniarskiego - 50%, posiadało staż pracy wyższy niż 25 lat. Kolejną grupę stanowiły osoby pracujące od 20 do 25 lat w zawodzie (28,33%). Najmniej osób biorących udział w badaniu pracowało krócej niż 5 lat, było ich 1,67%.

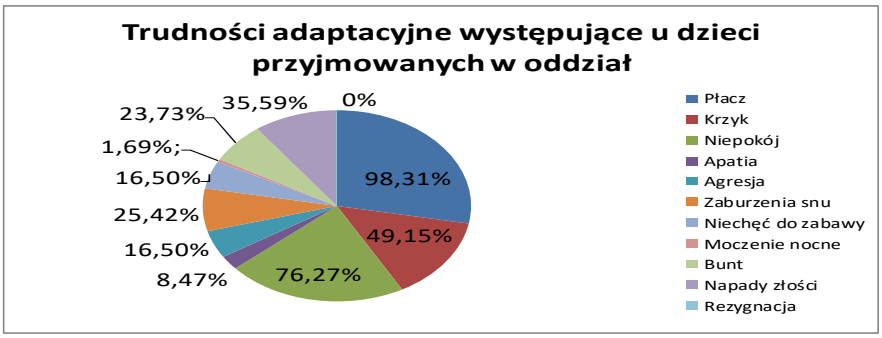
Wyniki

Opinie personelu

Pierwszą kwestią, jaką zainteresowano się w ramach badań było sprawdzenie skali występowania trudności adaptacyjnych u hospitalizowanych dzieci - 98% personelu pielęgniarskiego stwierdziło występowanie takich trudności. Wszystkie ankietowane pielęgniarki (100%) potwierdziły, że obecność rodziców wpływa na lepszą adaptację dzieci do warunków szpitalnych. Większość, bo 98% badanych uważa, że rodzice powinni przebywać ze swoim dzieckiem przez cały okres pobytu w szpitalu, zaś 2% ankietowanych uważa, że powinni oni być tylko w ciągu dnia.

Większość personelu pielęgniarskiego (95%) zachęca rodziców do pozostawania razem z dzieckiem podczas jego pobytu w szpitalu, 1,67% pielęgniarek nie zachęca rodziców, a 3,33% osób robi to tylko czasami. O topografii oddziału oraz o zasadach bhp obowiązujących na oddziale informuje 95% personelu pielęgniarskiego, a 5% robi to czasami. Z kolei 15% pielęgniarek uważa, że rodzice powinni być obecni przy wykonywaniu badań inwazyjnych u dziecka, 37% jest przeciwnego zdania, natomiast 48% respondentów twierdzi, że rodzice powinni być obecni tylko przy niektórych badaniach. Natomiast 47% personelu zawsze nagradza dzieci po wykonanym zabiegu, 51% czyni to sporadycznie, a 2% nigdy.

Najczęściej występującymi trudnościami adaptacyjnymi wśród hospitalizowanych dzieci, wskazywanymi przez pielęgniarki były: płacz - 58%, niepokój - 45%, krzyk – 29% oraz napady złości 21%.



Ryc. 1. Trudności adaptacyjne występujące u dzieci przyjmowanych w oddział w opinii personelu.
Źródło: opracowanie własne

Aby zniwelować trudności adaptacyjne 95% personelu pielęgniarskiego rozmawia z dziećmi, 37,29% przytula je, 35,59% głaszcze, a 30,51% bierze na ręce.

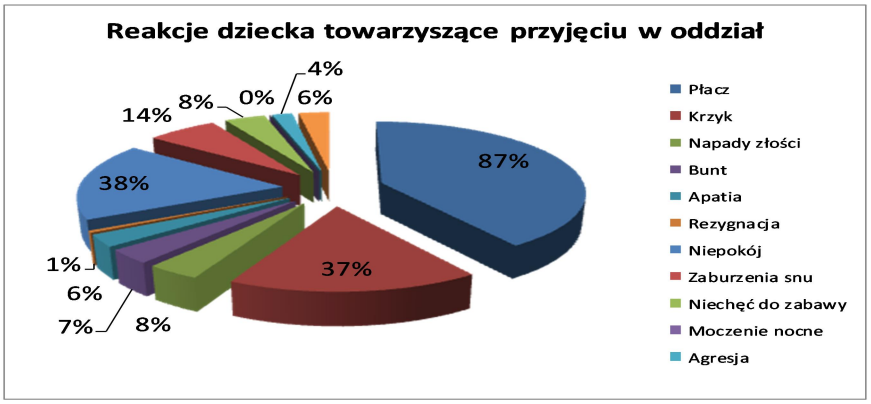
Wszystkie pielęgniarki (100%) deklarują znajomość praw dziecka, a 92% z nich informuje rodziców o tych prawach, zaś 8% czyni to czasami.

Opinie rodziców

Znaczący odsetek badanych- 73% rodziców nie zaobserwowało żadnych trudności adaptacyjnych u dziecka podczas pobytu w szpitalu, natomiast 27% rodziców takie trudności rozpoznało. Z grupy rodziców, których dzieci miały trudności adaptacyjne, 89%

stwierdziło, że postawa personelu pielęgniarskiego może mieć wpływ na adaptację dziecka.

Najczęstszymi reakcjami towarzyszącymi przyjęciu dziecka w oddział były: płacz 87%, krzyk 37% oraz niepokój 38%.



Rycina 2. Najczęstsze reakcje towarzyszące przyjęciu dziecka w oddział w opinii rodziców.
Źródło: opracowanie własne

Z badania wynika, że 100% rodziców było obecnych przy przyjmowaniu ich dzieci w oddział, w tym 96% z nich było obecnych podczas całego pobytu ich dziecka w szpitalu, 4% przebywało sporadycznie. Żaden z rodziców nie pozostawił swojego dziecka samego. O możliwości pobytu z dzieckiem w szpitalu podczas jego leczenia zostało poinformowanych 92% ankietowanych, 6% rodziców podało, że nie otrzymało takiej informacji, a 2% wskazało, że czasami tak czyniono.

O topografii oddziału i zasadach, jakie tutaj panują poinformowanych przez personel pielęgniarski było 79% rodziców, 21% nie było zapoznane z nimi. Większość respondentów (85%) przebywało wraz z dziećmi podczas badań inwazyjnych, 8% było nieobecnych, a 7% uczestniczyło tylko przy niektórych badaniach. Według badanych 40% dzieci miało zapewniony dostęp do bawialni, 29% do świetlicy, 19% do telewizji, a 33% nie miało lub nie mogło korzystać z tego rodzaju miejsc.

Jeśli chodzi o sposoby nawiązywania kontaktu z dzieckiem to w opinii 84% rodziców pielęgniarki czyniły to poprzez rozmowę, w ocenie 42% badanych poprzez głaskanie, a 15% respondentów wskazało, że nosiły dzieci na rękach. Zdaniem większości badanych (60%) pielęgniarki nagradzały dzieci po wykonaniu badania, 31% twierdziło, że tego nie czyniły, a w opinii 9% - nagradzało sporadycznie.

Jeśli chodzi o zachowania wobec dzieci nieakceptowane przez rodziców najczęściej wymieniano: 6% badanych- niedelikatność, 4% badanych - zawstydzanie dziecka, a 2% respondentów straszenie zastrzykami. W opinii 88% rodziców personel pielęgniarski nie wykonywał żadnych nieprawidłowych czynności wymienionych powyżej. Większość rodziców (52%) określiło stosunek pielęgniarek wobec dziecka jako życzliwy, 44% jako bardzo życzliwy, a 4% jako obojętny. Zdecydowana większość rodziców (80%) stwierdziła, że ich dziecko miało zapewnione poczucie intymności, godności osobistej oraz bezpie-

czeństwa, 19% badanych nie miało zdania na ten temat, a 1% ankietowanych uznał, że nie zapewniono tego dziecku. Poinformowanych przez personel pielęgniarski o prawach dziecka było 52% rodziców, a 79% z nich z nich zadeklarowało znajomość praw.

Badając zależności między wykształceniem personelu pielęgniarskiego, a jego zachowaniem i postawą wobec dzieci i ich rodziców przeprowadzono test zgodności chi-kwadrat, którego wyniki są następujące:

a. $\chi^2 = 9{,}39$; $\chi^2_{0,05;4}=9{,}488$; $\chi^2<\chi^2_{0,05;4}$ => dane są niezależne, tzn. wykształcenie pielęgniarek nie miało istotnego wpływu na postawę prezentowaną wobec rodziców towarzyszących dzieciom podczas wykonywania badań inwazyjnych,
b. $\chi^2 = 1{,}369$; $\chi^2_{0,05;2} = 5{,}991$; $\chi^2<\chi^2_{0,05;2}$ => dane są niezależne, tzn. wykształcenie pielęgniarek nie miało istotnego wpływu na sposób nagradzania dzieci po zabiegu,
c. $\chi^2 = 4{,}474$; $\chi^2_{0,05;6} = 12{,}592$; $\chi^2<\chi^2_{0,05;6}$ => dane są niezależne, tzn. wykształcenie pielęgniarek nie miało istotnego wpływu na rodzaj czynności niwelujących trudności adaptacyjne u dzieci.

Dyskusja

Badaniem zostały objęte dwie grupy ankietowanych. Pierwsza z nich to grupa 100 rodziców dzieci w wieku 0-6 lat, przyjmowanych w odział dziecięcy. Drugą badaną grupę stanowiło 60 pielęgniarek, pracujących w dwóch szpitalach w oddziałach, w których hospitalizowane są dzieci.

Warto zauważyć, że grupa pielęgniarek charakteryzuje się niskim odsetkiem osób z wyższym wykształceniem, natomiast posiada bardzo duże doświadczenie ze względu na staż pracy w zawodzie. Badana grupa dobrze odzwierciedla sytuację w całej korporacji zawodowej pielęgniarek, gdzie średnia wieku wynosi 48,43 lata, blisko 35% personelu znajduje się między 40 – 50 rokiem życia, a ponad 30% między 51-60 rokiem życia [5,6].

Bliskość dziecka i rodziców stanowi podłoże każdej terapii, która powinna tworzyć w dziecku przekonanie o konieczności zwalczania choroby. Personel pielęgniarski powinien dołożyć wszelkich starań, aby oddział szpitalny stał się przyjaznym środowiskiem zarówno dla dzieci, jak i ich rodziców. Dzieci wymagają szczególnej troski i ochrony przed cierpieniem fizycznym oraz psychicznym. Pobyt w szpitalu może być bardziej dotkliwy niż przebyta choroba i jej leczenie, a skutki silnego urazu psychicznego mogą pozostać na lata lub całe życie. W celu zminimalizowania stresu szpitalnego wszyscy pracownicy medyczni muszą bezwzględnie przestrzegać praw i zaspokajać potrzeby chorego dziecka.

Zdecydowana większość pielęgniarek (98,33%) biorących udział w badaniu stwierdziło, że u przyjmowanych w oddział dzieci występowały trudności adaptacyjne. Tylko 1,67% respondentów nie zauważyło takich problemów. Z kolei w badanej grupie rodziców, tylko 27% stwierdziło pojawienie się trudności adaptacyjnych u swoich dzieci, a 73% nie zaobserwowały takiego zjawiska. Wyniki uzyskane z ankiet pracowniczych potwierdzają dotychczasowe badania, w których wykazano, że u większości dzieci występują trudności adaptacyjne przy przyjęciu w oddział. W badaniu przeprowadzonym przez Kumaczek, trudności adaptacyjne dotyczyły 81,7% dzieci [7]. Znacząca różnica w odpowiedziach rodziców może wynikać z niedostatecznego zrozumienia, czym są trudności adap-

tacyjne dziecka i jak je rozpoznać. Na powyższy wynik mógł też wpływać brak obiektywizmu i chłodnej oceny zachowania dziecka, z którym rodzice mają silne więzi emocjonalne. Tym samym odsetek rodziców, jaki zauważył problemy własnego dziecka jest znacząco niższy, w porównaniu z oceną personelu pielęgniarskiego.

Kolejnym problemem, który należy przeanalizować jest zagadnienie dotyczące najczęstszych reakcji towarzyszących dziecku, które zostaje przyjęte w oddział. W przypadku obu badanych grup, odpowiedzi dotyczące tego pytania były podobne. Zarówno pielęgniarki jak i rodzice w swoich odpowiedziach stwierdzili, że najczęściej występującą reakcją dziecka na przyjęcie do szpitala jest płacz. Wskazało taką odpowiedź 98,31% pielęgniarek oraz 87% rodziców. Na drugim miejscu w obie grupy respondentów podały niepokój, który zauważyło 76,27% pielęgniarek i 38% rodziców. Trzecia z kolei reakcja dziecka, wskazana przez ankietowanych to krzyk. Potwierdziło ją 49,15% pielęgniarek oraz 37% rodziców. Wskazane przez badanych najczęściej występujące reakcje dziecka na pobyt w szpitalu mają swoje oparcie także w literaturze. Niepokój wraz lękiem oraz zwiększona płaczliwość to główne przejawy trudności adaptacyjne u dzieci stwierdzone w badaniu Kumaczek [7].

Następny ważny problem poruszony w badaniu to wpływ rodziców na proces adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. Pielęgniarki jednomyślnie (100% badanych) potwierdziły pozytywnie wpływu obecności rodziców na adaptacje ich dzieci podczas pobytu w szpitalu. Wszyscy rodzice w badanej grupie (100%)byli obecni przy przyjęciu dziecka w oddział, a 96% rodziców towarzyszyli dziecku przez cały okres pobytu dziecka w szpitalu. Tylko 4% respondentów stwierdziło, że przebywało z dzieckiem sporadycznie. Wyniki te dowodzą, że zarówno personel pielęgniarski, jak i rodzice dostrzegają pozytywne skutki przebywania dziecka ze swoimi rodzicami podczas leczenia szpitalnego. Dodatkowe wnioski płynące z badania potwierdzają to stwierdzenie. Większość personelu pielęgniarskiego (98,33%) uważa, że rodzice powinni być ze swoim dzieckiem podczas całego pobytu w szpitalu. Pielęgniarki (95%) zachęcają rodziców do takiej decyzji, zapoznają ich z topografią oraz zasadami panującymi w oddziale. Wyniki te mają potwierdzenie w opiniach rodziców, z których większość (92%) wskazała, że personel informował ich o możliwości pozostania razem z dzieckiem w oddziale, a 79% badanych poznał oddział. Rodzice i pielęgniarki zauważyli także pozytywne strony obecności najbliższych przy dziecku podczas niektórych zabiegów inwazyjnych, takich jak, pobieranie krwi, założenie wenflonu. Zdaniem 15% pielęgniarek rodzice powinni towarzyszyć dziecku przy takich czynnościach, 48,33% respondentów uważa, że może to mieć to miejsce czasami, a 36,67% badanych stwierdziło, że nie ich obecność nie jest konieczna. Większość rodziców (85%) potwierdziła, że umożliwiono im pozostanie z dzieckiem przy zabiegach, 7% badanych wskazała, że nie zawsze, a 8% podało, że nigdy nie mieli takiej możliwości. Odsetek pielęgniarek twierdzących, że rodzice nie powinni być obecni przy zabiegach może wynikać z różnego rodzaju procedur przeprowadzanych na oddziałach. Potwierdzają to wyniki badań z literatury, gdzie stwierdzono niechęć personelu pielęgniarskiego do pozostawania rodziców z dzieckiem w szpitalu i do przebywania ich podczas przeprowadzania zabiegów inwazyjnych [7]. W aktualnych badaniach większość pielęgniarek (83,3%)była zdania, że

rodzice mają decydujący wpływ na zmniejszenie trudności adaptacyjnych dziecka. Warto w tym miejscu dodać, że rodzice mają zagwarantowane prawo do pozostania ze swym dzieckiem w szpitalu [8].

Drugą jakże ważną grupą, która może mieć wpływ na proces adaptacji dziecka do warunków szpitalnych jest personel pielęgniarski. Tylko 27% rodziców zauważyło trudności adaptacyjne u swoich dzieci. Niemniej jednak większość badanych (88,89%) stwierdziło, że postawa personelu pielęgniarskiego ma wpływ na proces adaptacji dziecka. Przeciwnego zdania było 11,11% ankietowanych. Jednocześnie 44% rodziców oceniło postawę pielęgniarek wobec dziecka jako bardzo życzliwy, 52% osób jako życzliwy, a tylko 4% respondentów jako obojętny. Większość rodziców (89%) nie stwierdziło nieprawidłowego traktowania ich dziecka przez personel pielęgniarski. Tylko 6% badanych zauważyło brak delikatności pielęgniarek w postępowaniu, 4% osób podało zawstydzenie a 2% respondentów straszenie zastrzykami dziecka. Nagradzanie dziecka przez personel pielęgniarski po zabiegu stwierdziło 60% rodziców. Natomiast 46,67% pielęgniarek potwierdziło, że nagradza dzieci, 51,66% z nich czyni to sporadycznie. Według rodziców, najczęściej występującą formą nawiązywania kontaktu pielęgniarki z dzieckiem była rozmowa (84% osób), następnie głaskanie (42% respondentów) oraz noszenie na rękach (15%osób). Wyniki te pokrywają się częściowo z odpowiedziami personelu pielęgniarskiego. Większość pielęgniarek (95%) na wskazało rozmowę, jako czynność wykonywaną w celu niwelowania trudności adaptacyjnych dziecka. Na drugim miejscu, w przeciwieństwie do odpowiedzi rodziców podały one przytulanie (37,29% osób)a 35,59% respondentów wskazywało na głaskanie. Wyniki badań dowodzą, że pielęgniarki zdają sobie sprawę, że ich zachowanie i postawa wobec dzieci ma bardzo duży wpływ na adaptację do hospitalizacji i przebieg jego leczenia. Empatyczne podejście personelu pielęgniarskiego wpływało pozytywnie na proces adaptacji dziecka do warunków szpitalnych.

Przeprowadzana badania wskazują, że pacjenci i ich rodzice wymagają od personelu pielęgniarskiego, nie tylko zdolności manualnych, ale także zrozumienia, wsparcia w trudnych chwilach i życzliwości. Pielęgniarki powinny traktować małego pacjenta, jako partnera w terapii i zachęcać do udziału w leczeniu. Ważna jest również właściwa komunikacja między personelem, a pacjentem skutkująca jego pozytywnym nastawieniem do terapii. Informowanie musi być dostosowane do rozwoju psychicznego dziecka.

Istotne wyniki badań dotyczą znajomości praw dziecka oraz informowaniu o jego prawach. Wszystkie pielęgniarki (100%) potwierdziły znajomość praw dziecka. Wśród rodziców ich znajomość zadeklarowało 79% ankietowanych. Większość pielęgniarek (91,67%) wskazała, że informowała rodziców o prawach dziecka, a 8,33% czyniła to czasami. Jednak tylko 48% rodziców uznało, że było informowanych o prawach dziecka 52% badanych, że nie otrzymało takiej informacji. Według badań przeprowadzonym w Centrum Zdrowia Dziecka 40% rodziców zna niektóre prawa dziecka, a 60% nie umie wymienić żadnego z nich [8]. Wyniki uzyskane w aktualnych badaniach może sugerować albo rzeczywisty wysoki poziom wiedzy na ten temat, albo tak jak w przypadku personelu pielęgniarskiego, często brak odwagi do przyznania się do braku wiedzy o prawach dziecka.

W dzisiejszych czasach w kształceniu pielęgniarek kładzie bardzo duży nacisk na specjalistyczną wiedzę z zakresu obsługi sprzętu, stosowania leków, wdrażania procedur oraz prowadzenia dokumentacji, co stanowi nieodłączne elementy codziennej pracy w systemie ochrony zdrowia. Zapomina się o „umiejętnościach miękkich" takich jak komunikacja personelu z pacjentem, umiejętność empatycznego podejścia, dbanie o potrzeby duchowe i psychospołeczne chorych. Szczególnie przydatne są one w pracy z dziećmi. Często się zdarza, że wysokie umiejętności manualne, profesjonalne przygotowanie do wykonywania zawodu nie idą w parze z umiejętnościami społecznymi pracowników. W aktualnych badaniach stwierdzono brak istotnej zależności pomiędzy poziomem wykształcenia pielęgniarek a prezentowaną postawą wobec dzieci ($p>0,05$). Podobne stanowisko prezentują Tałaj i Suchorzewska, którzy stwierdzili brak zależności między postawą personelu pielęgniarskiego, a poziomem wykształcenia, stażem pracy oraz indywidualnym wyborem miejsca pracy [9].

Wnioski

1. Hospitalizowane dzieci przejawiają trudności adaptacyjne do hospitalizacji, wyrażające się najczęściej w postaci płaczu, niepokoju i krzyku.
2. Właściwa opieka pielęgniarska i postawa rodziców wpływa pozytywnie na proces adaptacji dziecka i skraca jego pobyt w szpitalu.
3. Poziom wykształcenia personelu pielęgniarskiego nie ma istotnego wpływu na jego postawę wobec rodziców i ich hospitalizowanych dzieci.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Dziecko w okresie rozwojowym musi mieć zapewnione podstawowe potrzeby psychiczne takie, jak więź emocjonalna z rodzicami, miłość, aktywność ruchowa i poznawcza, poczucie bezpieczeństwa. Dziecko hospitalizowane narażone jest na silnie negatywne emocje, które bardzo obciążają psychikę, niekorzystnie wpływają na jego dalszy rozwój i proces leczenia. Podczas pobytu w szpitalu dziecko niezbędne jest, aby zaufało ono pielęgniarce i czuło się rozumiane. Pielęgniarka powinna uczynić wszystko, aby zmniejszyć małemu pacjentowi jego cierpienie, lęk a niekiedy i samotność. Chore dziecko musi wyraźnie czuć, że jest akceptowane, otoczone troską i przyjaźnią.

Bibliografia/Bibliography:

1. Jolly J. Inna strona pediatrii. PZWL, Warszawa 1987: 123-167.

2. Chwesiuk G. Program socjoterapeutyczny dla uczniów klas pierwszych z trudnościami adaptacyjnymi. W: Sawicka K. (red.), Socjoterapia. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 1998;30.

3. Sunderland M. Mądrzy rodzice. Świat Książki, Warszawa 2008

4. Wosińska W. Psychologia życia społecznego. GWP, Sopot 2004

5. ICN. Pielęgniarki są siłą na rzecz zmian. Efektywna opieka i racjonalne koszty. International Council of Nurses, Genewa 2015.

6. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. NIPiP, Warszawa 2015 http://www.nipip.pl/dn. 18.06.2016.

7. Kumaczek M. Rola i zadania pielęgniarki w procesie adaptacji dziecka do hospitalizacji. W: Bielawska J. (red.), Aspekty pracy pielęgniarki w opiece nad dziećmi. Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis., 2008;3: 15 – 23.

8. Jakubik M., Kierys A., Bednarek A. Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. Problemy Pielęgniarstwa. 2011;19(4):545-550.

9. Tałaj A., Suchorzewska J. Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. Problemy Pielęgniarstwa. 2007;(15),1:32-38.

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2(1)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.008

Joanna Węglarska[1], Maria Posłuszna-Owcarz[1]
[1] Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku

Postawy pielęgniarek wobec osób zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS

Attitudes of nurses towards patients with HIV and AIDS

Streszczenie

Ministerstwo Zdrowia szacuje, że w Polsce liczba zakażonych wirusem HIV może sięgać około 35 tysięcy osób (2014 rok). Mimo coraz szerszej edukacji społecznej postawy wobec osób seropozytywnych są nadal bardzo zróżnicowane. Problem ten dotyczy także pracowników ochrony zdrowia.

Celem badań było poznanie postaw pielęgniarek, studiujących Pielęgniarstwo II stopnia na WSHE we Włocławku, pracujących w różnych placówkach ochrony zdrowia, wobec pacjentów zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS.

Badania przeprowadzono na grupie 97 pielęgniarek, w oparciu o kwestionariusz anonimowej ankiety konstrukcji własnej, na terenie Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku (obecnie Kujawskiej Szkoły Wyższej we Włocławku).

Podsumowując wyniki badań można stwierdzić, że poczucie zagrożenia i lęku przed zakażeniem HIV wśród badanych pielęgniarek studiujących na WSHE we Włocławku było dość wysokie. Badania dowiodły, że wiek personelu pielęgniarskiego, stan cywilny, staż pracy, stopień wyposażenia stanowiska pracy w środki ochrony indywidualnej oraz w procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej, mają wpływ na postawę wobec pacjentów seropozytywnych, natomiast nie stwierdzono takiej zależności w przypadku miejsca pracy respondentów. Również dowiedziono, że na postawę wpływa posiadana wiedza, natomiast nie wpływają posiadane przez pielęgniarki dodatkowe kwalifikacje.

Choć większość respondentów deklarowała pozytywne i obojętne nastawienie do pacjentów seropozytywnych, to jednak konkretne postawy wynikające z ankiety budzą niepokój autorów. Można wnioskować, że główną przyczyną tego stanu może być, pomimo posiadanej wiedzy na średnim poziomie z zakresu HIV/AIDS, mała liczba odbytych przez respondentów profesjonalnych szkoleń prowadzonych przez specjalistów posiadających wiedzę w oparciu o doświadczenie w tej dziedzinie. Możliwość kontaktowania się pielęgniarek co jakiś czas z kompetentnymi szkoleniow-

cami, może odegrać znaczącą rolę w kształtowaniu postaw i zachowań zarówno wśród pielęgniarek, jak i pozostałych pracowników ochrony zdrowia.

Abstract

Polish Ministry of Health estimates that the number of HIV positive people may be reaching 35 thousand. Despite widespread educational campaign, attitudes towards the HIV positive are still varied. The problem also refers to health service employees

The aim of the study was to examine attitudes of nurses, the second degree nursing students at the University of Humanities and Economics in Wloclawek (UHE), employed by various health care institutions, towards HIV infected patients and patients with AIDS.

The studies were carried out in a group of 97 nurses, based on our own anonymous survey questionnaire developed by the authors of the study, at the University of Humanities and Economics in Wloclawek (Cuiavian Uniwersity in Wloclawek).

The study results demonstrate that the feeling of threat and of fear of becoming infected with HIV is quite strong among the nursing students at the UHE in Wloclawek. The study has proved that the nursing staff's age, marital status, years of service, and the availability of personal protective equipment at the workplace as well as post-exposure procedures at work have the influence on the attitude towards HIV-positive patients, whereas such an impact was not identified in reference to the workplace of the respondents. It has been also proved that the attitudes are strongly affected by the level of knowledge demonstrated by nurses, in contrast nurses' additional qualifications have no effect in that matter.

Although most respondents declared positive and indifferent attitude towards HIV/AIDS patients, how ever some specific attitudes resulting from the survey arise authors' concern. It can be concluded that the main cause of this condition can be, despite their knowledge of the medium level of the scope of HIV/AIDS, their participation in an insufficient number of professional trainings carried out by experts with knowledge based on experience in that field. The ability for nurses to contact from time to time competent trainers, can play a significant role in shaping the attitudes and behaviours among nurses as well as among other health service system employees.

Słowa kluczowe: HIV, AIDS, postawy

Key words: HIV, AIDS, attitudes

Wstęp

Trwoga przed AIDS i jej nieuleczalnością oraz publiczne piętno, jakie jej towarzyszy, wskutek braku wiedzy społeczeństwa, wciąż budzą strach. Zdarza się, że w obliczu AIDS nadal zawodzą kodeksy etyczne i moralne, obserwowane nie tylko wśród społeczeństwa, ale również w środowisku medycznym.

Negatywne emocje w stosunku do zakażonych wirusem HIV pojawiały się nie tylko w postawach szerszego społeczeństwa, ale także w ich najbliższym otoczeniu. Chorzy, niejednokrotnie wyrzucani z domów rodzinnych, w swojej dramatycznej sytuacji zdrowotnej byli pozbawiani zarówno miejsca do życia jak i psychicznego wsparcia [1,2,3].

Postawy tego typu, wraz z towarzyszącym im silnym lękiem, można było zaobserwować także w środowisku medycznym. Lekarze, pielęgniarki i studenci obawiali się kontaktów z osobami zakażonymi i chorymi, a także dość często obce było im współczucie,

serdeczność i pomoc – tak potrzebne w pracy z chorymi ludźmi. Przyznanie się do faktu nosicielstwa pozbawiało często możliwości skorzystania z pomocy stomatologa, czy odbycia porodu w warunkach szpitalnych, a było to rezultatem nieznajomości dróg przenoszenia choroby. Personel ochrony zdrowia nie był przygotowany na kontakt z osobami zakażonymi. Problem stanowił choćby sposób w jaki należy powiadomić zakażoną osobę o wynikach testu, który w owym czasie wydawał się niemal jednoznaczny z wyrokiem śmierci [4,5].

Dziś wydawałoby się, że społeczeństwa wielu krajów solidaryzują się z osobami żyjącymi z HIV, a pracownicy ochrony zdrowia są odpowiednio przeszkoleni i posiadają wiedzę o metodach pracy z pacjentami HIV dodatnimi. Niestety są to zwykle pozory. Choć agresja jako reakcja na obecność osoby zakażonej nie jest już częstym zachowaniem, to jednak nadal spotykana jest niechęć i strach przed kontaktami z tą grupą pacjentów. Strach jest rezultatem nieodpowiedniego przygotowania merytorycznego pracowników personelu pielęgniarskiego i wypływa z autentycznej obawy o utratę własnego zdrowia.

Najwięcej udokumentowanych i prawdopodobnych zakażeń zawodowych HIV na świecie stwierdzono u pielęgniarek i położnych. To właśnie pielęgniarki najczęściej używają igieł do iniekcji, nie zawsze przestrzegając podstawowych zasad bezpieczeństwa. Dane wskazują, że ryzyko rozwoju zakażenia HIV w następstwie ekspozycji zawodowej wynosi 0,3% co stanowi 3 przypadki na 1000 ekspozycji. Jak dotąd w Polsce nie odnotowano przypadku poekspozycyjnego zakażenia HIV. Ciągła kontrola realizacji zasad postępowania zwiększa bezpieczeństwo personelu i pacjentów oraz sprawia, że bieżąca opieka pielęgniarska realizowana jest bez zagrożeń. Stałe dokształcanie personelu medycznego, zdobywanie aktualnej wiedzy w zakresie HIV i AIDS, pomaga zmniejszyć stres związany z pracą, a zarazem wpływa na kształtowanie etycznych postaw wobec pacjentów seropozytywnych [1,2,6,7]

Celem głównym niniejszych badań przeprowadzonych na podstawie autorskiej ankiety, uczyniono poznanie postaw pielęgniarek studiujących na kierunku Pielęgniarstwo II stopnia na WSHE we Włocławku, pracujących w różnych placówkach ochrony zdrowia, wobec pacjentów zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. Problem główny ujęto w formie pytania, które brzmi; Czy postawy pielęgniarek/pielęgniarzy wobec pacjentów zakażonych wirusem HIV/chorych na AIDS, są zgodne z zasadami kodeksu etyki oraz standardami zawodowymi?

Materiał i metody

Mając na uwadze realizację obranego celu, posłużono się w badaniach metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankietowania. Do badań wykorzystano autorską ankietę. Gromadzeniu danych posłużył kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz zawierał 36 pytań, których celem było uzyskanie odpowiedzi na wyłonione problemy badawcze.

Badaniu poddana została grupa 97 pielęgniarek losowo wybranych spośród 120 studiujących czwarty semestr na kierunku pielęgniarstwo, studia II stopnia na WSHE we Włocławku (obecnie Kujawska Szkoła Wyższa we Włocławku). Badana grupa pielęgniarek

w swojej codziennej pracy zajmuje się świadczeniem usług medycznych w różnych placówkach ochrony zdrowia na terenie Polski.

Wyniki

Wśród respondentów najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki w wieku pomiędzy 36 a 50 rokiem życia - 58,7%. Następną, pielęgniarki między 21 a 35 rokiem życia - 22,7%. Najmniej liczebną grupą osób badanych były pielęgniarki posiadające 51 lat i więcej – 18,6%. Biorąc pod uwagę stan cywilny, pielęgniarki zamężne stanowiły 67,0% badanej populacji, stanu wolnego było 33,0% badanych. Wśród pielęgniarek uczestniczących w badaniu 59,8% zatrudnionych było w szpitalu, 19,6% w podstawowej opiece zdrowotnej oraz 20,6% pielęgniarek pracowało w innych placówkach ochrony zdrowia tj. dom pomocy społecznej, zakład opiekuńczo-leczniczy, żłobek, ośrodek rehabilitacyjno-leczniczy, szpital uzdrowiskowy. Ze względu na okres pracy największą liczebnie grupę stanowiły pielęgniarki ze stażem 24-29 lat pracy - 23,7%, następnie ze stażem 5 lat - 17,5%, a 16,5% - powyżej 29 lat pracy. Kolejne grupy stażowe to 6-11 lat - 15,5% , 18-23 lata - 14,4% oraz 12-17 lat - 12,4% badanej populacji. Wszystkie pielęgniarki poddane badaniu posiadały wyższe wykształcenie zawodowe. Grupa pielęgniarek z dodatkowym wykształceniem stanowiła 17,5% ankietowanych, w której to respondenci posiadali specjalizacje z pielęgniarstwa: chirurgicznego, zachowawczego, epidemiologicznego, ratunkowego, opieki długoterminowej, ale również studia wyższe np. pedagogiczne, humanistyczne, nauk politycznych, historia.

Spośród respondentów, 36,1% uważało, że zakażeni HIV powinni pracować/uczyć się wraz ze zdrowymi, przeciwnego zdania było 43,3%, a 20,6% nie wiedziało jakie stanowisko zająć w tej sprawie. Strach podczas kontaktów z pacjentem zarażonym HIV odczuwa 32,0% badanych pielęgniarek, 29,9% odpowiedziało, że raczej odczuwa strach, 24,7% nie odczuwa strachu, a 13,4% miało trudność z wyborem odpowiedzi.

Kontakt pozazawodowy z osobami żyjącymi z HIV miało 25,8% respondentów, 54,6% nie miało kontaktów, 19,6% nie potrafiło odpowiedzieć, gdyż nie posiadało takiej wiedzy.

Za informowaniem w miejscu pracy/nauki o zakażeniu HIV opowiedziało się 64,9% respondentów, tylko 17,5% badanych pielęgniarek uważało, że nie należy informować, 17,5% nie wiedziało, jakie stanowisko zająć. Z kolei 40,2% respondentów uznało, że mogłoby pracować z koleżanką seropozytywną na tym samym odcinku, 40,2% - nie mogłoby, 18,6% badanych nie wiedziało jakie stanowisko zająć.

Respondenci zapytani o nastawienie do pacjentów seropozytywnych w 34,0% odpowiedzieli, że mają nastawienie pozytywne, w 46,4% badanych miało nastawienie obojętne, a 19,6% pielęgniarek prezentowało nastawienie negatywne.

Większość respondentów swoją wiedzę z zakresu zasad kodeksu etyki zawodowej oceniało na poziomie średnim - 53,6%, 29,9% oceniło wysoko, 16,5% nisko. Spośród badanych pielęgniarek 53,6% odpowiedziało, że stosują się w pracy do przepisów kodeksu etyki zawodowej, 46,4% raczej się stosuje, odpowiedzi negatywnych nie zarejestrowano.

Spośród objętych badaniem pielęgniarek, aż 52,6% przyznało się, że ograniczało do minimum kontakty z pacjentami seropozytywnymi, 24,7% nie ograniczało kontaktów, a 22,7% nie zdecydowało się jaką odpowiedź wybrać.

Analiza uzyskanych wyników pokazała, że aż 49,5% pielęgniarek nie opiekowało się dobrowolnie pacjentami zarażonymi wirusem HIV, dobrowolnie opiekowało się 30,9%, 19,6% miało trudność z wyborem właściwej dla siebie odpowiedzi, co mogło oznaczać, że jest skłonność do opowiedzenia się za pierwszą grupą. Tylko 13,4% badanych respondentów chętnie podjęłoby pracę z pacjentami seropozytywnymi, 36,1% niechętnie podjęłoby taką pracę, a 50,5% pielęgniarek stwierdziło, że jest im to obojętne.

Zdecydowana większość pielęgniarek uczestniczących w badaniu, bo aż 84,5% uważała, że nie ma takiej przyczyny, która byłaby usprawiedliwieniem odmowy udzielenia medycznej pomocy osobie zakażonej wirusem HIV. Były też pielęgniarki (15,5%), które twierdziły, że takie powody istnieją i jako uzasadnienia podały: brak środków ochrony indywidualnej, agresywność pacjenta, niewiedza ze strony personelu medycznego.

Pielęgniarki uczestniczące w badaniu, w większości tj. 59,8%, oceniły swoją wiedzę w zakresie HIV/AIDS na poziomie średnim, 32,0% na poziomie wysokim i 8,2% na poziomie niskim.

Spośród respondentów, w szkoleniach specjalistycznych na temat HIV/AIDS kilka razy uczestniczyło 20,6%, jeden raz brało udział 36,1% pielęgniarek, a 43,3% nigdy nie było na tego typu szkoleniu.

Na pytanie czy w ostatnich latach w Polsce, liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV rośnie, prawidłowej odpowiedzi udzieliło 46,4% pielęgniarek, według 36,1% zakażenie HIV utrzymuje się na tym samym poziomie, natomiast 17,5% uważało, że liczba maleje.

Większość bo 51,5% respondentów wybrało prawidłową odpowiedź wskazującą na to, że badania na obecność wirusa HIV wykonywane są bezpłatnie w punktach konsultacyjno-diagnostycznych, 35,1% odpowiedziało, że są anonimowe i bezpłatne z ważnym skierowaniem, 13,4% uznało, że są bezpłatne tylko w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej. Zakażony mężczyzna może posiadać zdrowe potomstwo, ale jest to uzależnione od prowadzonego leczenia i tak sformułowaną prawidłową odpowiedź podało 36,1% pielęgniarek. Z kolei 46,4% odpowiedziało, że mężczyzna może posiadać zdrowe potomstwo bez żadnych zależności, 15,4% uważa, że mężczyzna seropozytywny nie może posiadać zdrowego potomstwa, aż 2,1% odpowiedziało, że zawsze może posiadać zdrowe dzieci. Właściwą odpowiedź, iż nosicielka HIV będąca w ciąży nie zawsze przekazuje wirus swojemu dziecku i zależy to od prowadzonego przez nią leczenia oraz od postępowania położników podczas porodu, wybrało 56,7% respondentów. Natomiast według 30,9%, wirus jest zawsze przekazywany oraz 12,4% respondentów odpowiedziało, że wirus nie jest przekazywany dziecku. Przeciwciała we krwi można wykryć w okresie od 6 tygodni do 3 miesięcy od zakażenia i tak sformułowanej prawidłowej odpowiedzi udzieliło 44,3% pielęgniarek, 22,7% uważało, że po 2 miesiącach, 18,6%, że od 7 tygodni do 4 miesięcy oraz 14,4% pielęgniarek uznało, że od 10 tygodni do 3 miesięcy.

Swoje miejsce pracy pod względem ryzyka zakażenia HIV, respondenci w 44,3% ocenili jako miejsce wysokiego ryzyka, 40,2% jako miejsce średniego ryzyka oraz 15,5% jako miejsce niskiego ryzyka.

Miejsce swojej pracy pod względem wyposażenia w środki ochrony indywidualnej 26,8% respondentów oceniło w kategorii szerokiego zakresu, większość 52,6% określiło wyposażenie w średnim zakresie, 20,6% oceniło w niewielkim zakresie.

Zdecydowana większość respondentów, bo 68,0% posiadała w miejscu pracy procedurę postępowania w przypadku ekspozycji zawodowej, nie posiadało procedury 17,6%. Natomiast 14,4% pielęgniarek nie wiedziało, czy w miejscu pracy taka procedura istnieje.

Zestaw leków stosowanych w profilaktyce poekspozycyjnej w miejscu pracy posiadało tylko 26,8% respondentów, 53,6% nie posiadało, 19,6% nie wiedziało, czy w miejscu pracy takie leki się znajdują.

Podczas wykonywania zabiegów medycznych, spokój i ostrożność zachowuje 71,2% respondentów, nie zawsze zachowuje ostrożność 20,6% , nie zachowuje ostrożności aż 8,2% pielęgniarek.

Doświadczenie zawodowe z pacjentami seropozytywnymi posiadało 37,1% respondentów, 62,9% pielęgniarek nie miało w swojej pracy zawodowej doświadczenia z osobami HIV (+).

Biorąc pod uwagę związek pomiędzy ograniczaniem do minimum kontaktów z pacjentami seropozytywnymi a deklarowanym nastawieniem pielęgniarek do tych pacjentów, z obliczeń otrzymano wartość statystyki $\chi^2 = 7{,}247$. Natomiast dla przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0{,}05$ i dla 4 stopni swobody odczytana z tablicy rozkładu χ^2 wartość krytyczna wynosiła $\chi_\alpha^2 = 9{,}488$. W związku z tym, iż wartość χ^2 zawierała się poza obszarem krytycznym, gdyż $\chi^2 \leq \chi_\alpha^2$, to nie było podstaw do odrzucenia hipotezy H_0 o niezależności badanych cech. Oznacza to, iż nie potwierdzono związku pomiędzy ograniczaniem kontaktu z pacjentami seropozytywnymi przez pielęgniarki, a ich nastawieniem do pacjentów HIV (+). Hipotezę mówiącą, iż ogólna postawa pielęgniarek/pielęgniarzy do osób zakażonych wirusem HIV jest negatywna, odrzucono, ponieważ nie została ona potwierdzona powyżej omówioną hipotezą szczegółową. Analiza deklarowanego nastawienia pielęgniarek do osób seropozytywnych wskazywała, iż tylko niespełna 20% badanych cechowało negatywne nastawienie, natomiast pozostali byli ustosunkowani obojętnie lub pozytywnie. Deklarowane przez 53% respondentów ograniczanie kontaktów z pacjentami seropozytywnymi, może świadczyć o tym, że postawa badanej populacji wobec pacjentów zakażonych wirusem HIV może ograniczać dostęp tych chorych do opieki pielęgniarskiej.

Analizując związek pomiędzy nastawieniem do pacjentów seropozytywnych a wiekiem pielęgniarek, z obliczeń otrzymano wartość statystyki $\chi^2 = 10{,}684$. Natomiast dla przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0{,}05$ i dla 4 stopni swobody odczytana z tablicy rozkładu χ^2 wartość krytyczna wynosiła $\chi_\alpha^2 = 9{,}488$. W związku z tym, iż wartość χ^2 zawierała się w obszarze krytycznym, gdyż $\chi^2 \geq \chi_\alpha^2$ to hipotezę H_0 o niezależności należało odrzucić. Oznaczało to występowanie zależności między wiekiem pielęgniarek i ich nastawieniem do pacjentów seropozytywnych. Na podstawie badania można było stwierdzić, że respon-

denci najmłodsi, czyli w wieku 21-35 lat, stanowili 22,7%, z czego połowa tj. 11,3% deklarowała pozytywne nastawienie do osób seropozytywnych, 4,1% obojętne nastawienie, 7,2% negatywne. Pielęgniarki w wieku 36-50 lat stanowiły najliczniejszą grupę 58,8% respondentów, spośród której tylko 15,5% deklarowało pozytywne nastawienie, 34,0% obojętne oraz 9,3% negatywne nastawienie. Pielęgniarki w wieku 51 lat i więcej stanowiły grupę najmniej liczną 18,8%, deklarującą w 7,2% nastawienie pozytywne, w 8,2% nastawienie obojętne oraz 3,1% nastawienie negatywne.

Analizując związek pomiędzy nastawieniem do pacjentów seropozytywnych a stanem cywilnym pielęgniarek, z obliczeń otrzymano wartość statystyki $\chi^2 = 6{,}669$. Natomiast dla przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0{,}05$ i dla 2 stopni swobody odczytana z tablicy rozkładu χ^2 wartość krytyczna wynosiła $\chi_\alpha^2 = 5{,}991$. W związku z tym, iż wartość χ^2 zawierała się w obszarze krytycznym, gdyż $\chi^2 \geq \chi_\alpha^2$ to hipotezę H_0 o niezależności należało odrzucić. Oznaczało to występowanie zależności między stanem cywilnym pielęgniarek a ich nastawieniem do pacjentów seropozytywnych. Zamężnych pielęgniarek uczestniczących w badaniu było 67,0%, z czego pozytywne nastawienie do pacjentów seropozytywnych deklarowało 17,5%, obojętne 33,0%, negatywne 16,5%. Pielęgniarek wolnego stanu cywilnego było 33,0%, z czego 16,5% deklarowało pozytywne nastawienie, 13,4% obojętne, 3,1% negatywne.

Analizując związek pomiędzy nastawieniem do pacjentów seropozytywnych a miejscem pracy pielęgniarek, z obliczeń otrzymano wartość statystyki $\chi^2 = 3{,}669$. Natomiast dla przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0{,}05$ i dla 4 stopni swobody odczytana z tablicy rozkładu χ^2 wartość krytyczna wynosiła $\chi_\alpha^2 = 9{,}488$. W związku z tym, iż wartość χ^2 zawierała się poza obszarem krytycznym, gdyż $\chi^2 \leq \chi_\alpha^2$ to nie było podstaw do odrzucenia hipotezy H_0 o niezależności badanych cech. Oznaczało to, iż nie można dowieść wpływu miejsca pracy pielęgniarek na ich nastawienie w stosunku do pacjentów seropozytywnych.

Badając związek pomiędzy nastawieniem do pacjentów seropozytywnych a stażem pracy pielęgniarek, z obliczeń otrzymano wartość statystyki $\chi^2 = 16{,}737$. Natomiast dla przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0{,}05$ i dla 4 stopni swobody odczytana z tablicy rozkładu χ^2 wartość krytyczna wynosiła $\chi_\alpha^2 = 9{,}488$. W związku z tym, iż wartość χ^2 zawierała się w obszarze krytycznym, gdyż $\chi^2 \geq \chi_\alpha^2$ to hipotezę H_0 o niezależności należało odrzucić. Oznaczało to występowanie zależności między stażem pracy pielęgniarek a ich nastawieniem do pacjentów seropozytywnych. W kwestionariuszu ankiety staż pracy prezentowany był w pięciu grupach, jednak do obliczeń statystycznych ograniczono do trzech. Respondenci ze stażem 5-11 letnim, stanowili 32% badanej populacji, spośród której, 17,5% deklarowało pozytywne nastawienie do osób seropozytywnych, 11,3% obojętne, 3,1% negatywne. Respondenci z 12-23 letnim stażem pracy stanowili 27,8%, z czego 11,3% deklarowało pozytywne nastawienie, 9,3% obojętne, 7,2% negatywne. Respondenci od 24 letniego stażu w górę, byli najliczniejszą grupą stanowiącą 40,2%, z czego pozytywne nastawienie deklarowało tylko 5,2% pielęgniarek, obojętne 25,8%, negatywne 9,3% .

Badając związek pomiędzy nastawieniem do pacjentów seropozytywnych a dodatkowym wykształceniem pielęgniarek, z obliczeń otrzymano wartość statystyki $\chi^2 = 2{,}551$. Natomiast dla przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0{,}05$ i dla 2 stopni swobody odczytana z

tablicy rozkładu χ^2 wartość krytyczna wynosiła $\chi_\alpha^2 = 5{,}991$. W związku z tym, iż wartość χ^2 zawierała się poza obszarem krytycznym, gdyż $\chi^2 \leq \chi_\alpha^2$ to nie było podstaw do odrzucenia hipotezy H_0o niezależności badanych cech. Oznacza to, iż nie można było dowieść wpływu dodatkowego wykształcenia pielęgniarek na ich nastawienie w stosunku do pacjentów seropozytywnych.

Analizując związek pomiędzy wyposażeniem stanowiska pracy w środki ochrony indywidualnej a nastawieniem pielęgniarek do pacjentów seropozytywnych z obliczeń otrzymano wartość statystyki $\chi^2 = 14{,}915$. Natomiast dla przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0{,}05$ i dla 4 stopni swobody odczytana z tablicy rozkładu χ^2 wartość krytyczna wynosi $\chi_\alpha^2 = 9{,}488$. W związku z tym, iż wartość χ^2 zawierała się w obszarze krytycznym, gdyż $\chi^2 \geq \chi_\alpha^2$ to hipotezę H_0 o niezależności należało odrzucić. Oznaczało to występowanie zależności między wyposażeniem stanowiska pracy w środki ochrony indywidualnej, a nastawieniem pielęgniarek do pacjentów seropozytywnych. Spośród 26,8% respondentów o pozytywnym nastawieniu do pacjentów seropozytywnych, 14,4% oceniło wyposażenie swojego miejsca pracy w środki ochrony indywidualnej w szerokim zakresie, 13,4% w średnim zakresie, 6,2% w niskim zakresie. Spośród 46,4% respondentów o obojętnym nastawieniu do pacjentów seropozytywnych tylko 4,1% oceniło wyposażenie swojego miejsca pracy w szerokim zakresie, 32,0% w średnim zakresie, 10,3% w niskim zakresie. Spośród 19,6% respondentów z negatywnym nastawieniem, 8,3% oceniło wyposażenie swojego miejsca pracy w szerokim zakresie, w średnim 7,2% w niskim zakresie 4,1%.

Analizując związek pomiędzy wyposażeniem stanowiska pracy w procedurę postępowania po ekspozycji zawodowej, a nastawieniem do pacjentów seropozytywnych, z obliczeń otrzymano wartość statystyki $\chi^2 = 11{,}677$. Natomiast dla przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0{,}05$ i dla 4 stopni swobody odczytana z tablicy rozkładu χ^2 wartość krytyczna wynosiła $\chi_\alpha^2 = 9{,}488$. W związku z tym, iż wartość χ^2 zawierała się w obszarze krytycznym, gdyż $\chi^2 \geq \chi_\alpha^2$ to hipotezę H_0o niezależności należało odrzucić. Oznaczało to występowanie zależności między istnieniem procedury postępowania w przypadku ekspozycji zawodowej na zakażenie HIV, HBV, HCV a nastawieniem pielęgniarek do pacjentów seropozytywnych. Spośród 34,0% respondentów o pozytywnym nastawieniu do pacjentów seropozytywnych, 24,7% pielęgniarek wiedziało o istnieniu procedury poekspozycyjnej w swoim miejscu pracy, 4,1% twierdziło, że w ich miejscu pracy nie ma takiej procedury, a 5,2% pielęgniarek nie wiedziało czy taka procedura istnieje. Spośród 46,4% respondentów o obojętnym nastawieniu do pacjentów seropozytywnych 36,1% pielęgniarek wiedziało o istnieniu procedury poekspozycyjnej w swoim miejscu pracy, 6,2% twierdziło, że w ich miejscu pracy nie ma takiej procedury, 4,1% pielęgniarek nie wiedziało czy taka procedura istnieje. Spośród 19,6% respondentów z negatywnym nastawieniem, 7,2% wiedziało o istnieniu procedury poekspozycyjnej w swoim miejscu pracy, następne 7,2% pielęgniarek twierdziło, że w ich pracy nie ma takiej procedury, 5,2% nie wiedziało, czy taka procedura się znajduje.

Analizując zależności pomiędzy wiedzą pielęgniarek na temat HIV/AIDS a nastawieniem do pacjentów seropozytywnych, z obliczeń otrzymano wartość statystyki $\chi^2 = 13{,}689$. Natomiast dla przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0{,}05$ i dla 6 stopni swobody od-

czytana z tablicy rozkładu χ^2 wartość krytyczna wynosiła $\chi_\alpha^2 = 12{,}592$. W związku z tym, iż wartość χ^2 zawierała się w obszarze krytycznym, gdyż $\chi^2 \geq \chi_\alpha^2$ to hipotezę H_0 o niezależności należało odrzucić. Oznaczało to występowanie zależności między poziomem wiedzy pielęgniarek na temat HIV/AIDS a ich nastawieniem do pacjentów seropozytywnych.

Postawy pielęgniarek wobec pacjentów HIV(+), są dość odmienne w stosunku do ich wiedzy, która prezentowana jest na poziomie średnim. Większość badanych unikała kontaktów z pacjentami, odczuwała strach, co może świadczyć o poczuciu zagrożenia zakażeniem HIV. Tylko 14,4% respondentów odpowiedziało bezbłędnie na 12 pytań weryfikujących posiadanie wiedzy na temat HIV/AIDS, z czego 4,1% deklarowało pozytywne nastawienie do osób seropozytywnych, 6,2% obojętne, 4,1% negatywne. 37,1% respondentów popełniło od 1 do 3 błędów, gdzie 11,4% deklarowało pozytywne nastawienie, 21,6% obojętne oraz 4,1% negatywne. Z kolei 37,2% respondentów popełniło od 4 do 6 błędów, spośród tej grupy 14,4% deklarowało pozytywne nastawienie, 14,5% nastawienie obojętne, negatywne 8,3% . Natomiast 11,3% respondentów popełniło 7 i więcej błędów na 12 możliwych, w tej grupie 4,1% pielęgniarek deklarowało pozytywne nastawienie, 4,1% obojętne oraz 3,1% negatywne.

Analizując związki pomiędzy wiedzą pielęgniarek na temat zasad kodeksu etyki zawodowej a ograniczaniem do minimum kontaktów z pacjentami seropozytywnymi, z obliczeń otrzymano wartość statystyki $\chi^2 = 10{,}557$. Natomiast dla przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0{,}05$ i dla 4 stopni swobody odczytana z tablicy rozkładu χ^2 wartość krytyczna wynosiła $\chi_\alpha^2 = 9{,}488$. W związku z tym, iż wartość χ^2 zawierała się w obszarze krytycznym, gdyż $\chi^2 \geq \chi_\alpha^2$ to hipotezę H_0o niezależności należało odrzucić. Oznaczało to występowanie zależności między wiedzą pielęgniarek na temat zasad kodeksu etyki zawodowej a ich ograniczaniem do minimum kontaktu z pacjentami seropozytywnymi. Spośród 29,9% respondentów oceniających wysoko swoją wiedzę na temat zasad kodeksu etyki zawodowej 10,3% pielęgniarek ograniczało do minimum kontakty z pacjentami seropozytywnymi w pracy zawodowej, nie ograniczało kontaktów 10,5% oraz 9,3% miało trudność w określeniu jednoznacznej odpowiedzi. Spośród 53,6% respondentów oceniających swoją wiedzę etyczną w stopniu średnim 36,1% ograniczało do minimum kontakty, 8,2% nie ograniczało kontaktów oraz 9,3% miało trudność w określeniu jednoznacznej odpowiedzi. W stopniu niskim swoją wiedzę w zakresie etyki zawodowej oceniło 16,5% pielęgniarek, spośród których 6,2% ograniczało do minimum kontaktów z pacjentami zakażonymi wirusem HIV, 6,2% nie ograniczało kontaktów, a 4,1% miało trudność w określeniu jednoznacznej odpowiedzi.

Dyskusja

W skali globalnej, epidemia HIV na świecie ustabilizowała się, choć obserwuje się bardzo wysoki poziom nowych zakażeń HIV i zgonów z powodu AIDS. W Polsce od czasu wykrycia pierwszego przypadku w roku 1985 do 31 grudnia 2013 roku według danych epidemiologicznych Państwowego Zakładu Higieny, zarejestrowano 17 565 zakażonych. Ministerstwo Zdrowia szacuje, że w Polsce rzeczywista liczba zakażeń jest znacznie

większa i może wynosić nawet do 35 000. Dziś wydawałoby się, że społeczeństwo wielu krajów solidaryzuje się z osobami żyjącymi z HIV, a pracownicy ochrony zdrowia są odpowiednio przeszkoleni i posiadają wiedzę o metodach pracy z pacjentami HIV dodatnimi. Niestety są to często stwarzane pozory, a przecież prewencja, która ma za zadanie przekazywanie informacji na ten temat, jest główną bronią w walce z HIV i AIDS. Ważne jest aby edukacja oparta była na naukowych faktach a nie mitach, które mogłyby się przyczyniać do prezentowania postaw nacechowanych nietolerancją i brakiem życzliwości wobec tych ludzi.

Postawy pielęgniarek studiujących na kieruku pielęgniarstwo studia II stopnia na WSHE we Włocławku, pracujących w różnych placówkach ochrony zdrowia, wobec pacjentów zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS, są umiarkowanie pozytywne, ponieważ 34,0% pielęgniarek deklarowało pozytywne nastawienie do osób seropozytywnych, 46,4% respondentów była ustosunkowana obojętnie, negatywne nastawienie występowało tylko, a właściwie aż u 19,6% badanych. Natomiast w badaniach Karwata i Ordakowskiego, przeprowadzonych wśród 76 osobowego personelu pielęgniarskiego nie pracującego w klinikach zakaźnych uzyskano wyniki, bardzo odmienne od badań własnych prezentowanych powyżej, gdyż 77,6% respondentów miało negatywny stosunek do osób seropozytywnych, 21,1% pozytywny a obojętny tylko 1,3% [8].

W badaniach własnych, aż 52,6% pielęgniarek przyznało się, że ograniczało do minimum kontakty z pacjentami seropozytywnymi, 24,7% nie ograniczało kontaktów, a 22,7% była nie zdecydowana jaką odpowiedź wybrać. W badaniach Karwata i Ordakowskiego 67,1% respondentów zapewniało wystarczającą opiekę pielęgniarską nad osobami zakażonymi wirusem HIV i chorymi na AIDS, a 32,9% nie zapewniało wystarczającej opieki osobom kojarzonym z HIV [8].

Z kolei z badań Cybulskiego i Pawłowskiej, przeprowadzonych wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, uzyskano wyniki przeciwstawne do wyników własnych, ponieważ 55% studentów uznało, że najskuteczniejszą obroną przed zakażeniem HIV jest unikanie wszelkich kontaktów z zakażonymi. Odpowiedzi „raczej nie" udzieliło 30,3% respondentów [9].

Jeśli chodzi o uzasadnioną przyczynę odmowy udzielenia medycznej pomocy osobie seropozytywnej, to w badaniach własnych zdecydowana większość pielęgniarek - 84,5% (82) uważała, że nie ma takiej przyczyny, która byłaby usprawiedliwieniem odmowy udzielenia medycznej pomocy osobie zakażonej wirusem HIV, ale 15,5%, uważała, że takie powody istnieją, tłumacząc je brakiem środków ochrony indywidualnej, agresywnością pacjenta, niewiedzą ze strony personelu medycznego. Natomiast w badaniach Ciastoń-Przecławskiej, aż 50% pielęgniarek uważało, że istnieją uzasadnione przyczyny odmowy udzielenia medycznej pomocy, wskazując na brak odpowiednich środków zabezpieczających a 40% pielęgniarek wskazało na silną obawę przed zakażeniem i niedostatek wiedzy [10].

Z badań własnych wynikało, że doświadczenie zawodowe z pacjentami seropozytywnymi posiadała mała grupa respondentów, tylko 37,1%, a 62,9% pielęgniarek

pomimo przeważającej większości długiego stażu zawodowego, nie miało w swojej pracy doświadczenia z osobami HIV (+). Również badania Karwata i Ordakowskiego świadczą o małym doświadczeniu personelu pielęgniarskiego z osobami zakażonymi wirusem HIV [20]. Z badań Szymon i Gotlib przeprowadzonych wśród 620 studentów kierunku pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Warszawie wynika, że 76% badanych w dotychczasowej pracy zawodowej miała już kontakt z osobą zakażoną [11].

Ponad połowa – 64% tej samej grupy respondentów Uniwersytetu Warszawskiego deklarowała, że odczuwa niepokój podczas wykonywania zabiegów osobie, która jest zakażona. W badaniach własnych 32,0% badanych pielęgniarek wyznało, że odczuwa strach podczas kontaktu z pacjentami zarażonymi wirusem HIV, 29,9% raczej odczuwa strach, co razem stanowi bardzo zbliżony wynik z uzyskanym przez Szymon i Gotlib [11].

Według wyników badań własnych większość respondentów, czyli 59,8% oceniło swoją wiedzę w zakresie HIV/AIDS na poziomie średnim, 32,0% na poziomie wysokim i 8,2% na poziomie niskim. W badaniach Krajewskiej-Kułak i Van Damme-Ostapowicz, dotyczących wiedzy studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na temat chorób zakaźnych, 42,2% respondentów uznało zakres wiedzy za raczej pozytywny. Jedynie co czwarta osoba uważała, że wiedza studentów jest niewystarczająca [12]. Natomiast badania Cybulskiego i Pawłowskiej, przeprowadzone wśród studentów Uniwersytetu Medycznegow Białymstoku, dotyczące samooceny wiedzy na temat HIV/AIDS, wypadły zdecydowanie inaczej od badań własnych. Większość badanych (77,3%) oceniło swój poziom wiedzy raczej wysoko, a tylko 20% deklarowało raczej niski poziom [9].

Badania własne potwierdziły, że samoocena wiedzy respondentów pokrywa się z posiadaną wiedzą i również jest na średnim poziomie. Odpowiedzi na 12 pytań weryfikujących elementarną wiedzę respondentów na temat HIV/AIDS, sprawdzono i utworzono cztery grupy. W pierwszej, z wszystkimi odpowiedziami prawidłowymi, znalazło się tylko 14,5% pielęgniarek. W drugiej grupie, gdzie popełniono od 1 do 3 błędów – 37,1% respondentów. W trzeciej, z błędnymi odpowiedziami od 4 do 6, znalazło się 37,1% pielęgniarek a w ostatniej, 7 i więcej błędów popełniło 14,3%. Podobnie w badaniach Karwata i Ordakowskiego, większość respondentów – 75% ma średni poziom wiedzy na temat HIV/AIDS[20]. Natomiast w badaniach Cybulskiego i Pawłowskiej, większość respondentów charakteryzowało się wysokim poziomem wiedzy na temat podstawowych zagadnień dotyczących HIV/AIDS [9].

W ostatnich latach w Polsce, liczba nowo rozpoznanych zakażeń HIV rośnie. W badaniach własnych prawidłowo na to pytanie odpowiedziało 46,4% pielęgniarek, 36,1% odpowiedziało, że zakażenia HIV utrzymują się na tym samym poziomie, natomiast 17,5% uważało, że liczba maleje. Jeśli chodzi o postrzeganie istotności problemu HIV/AIDS w Polsce, to w badaniach Cybulskiego i Pawłowskiej, ponad 59% ankietowanych studentów uznało, że jest to istotny problem epidemiologiczny i społeczny, ale niespełna 40% stwierdziło, że raczej nie jest to poważny problem polskiego społeczeństwa [9].

W badaniach własnych odsetek respondentów, który uczestniczył w szkoleniach specjalistycznych na temat HIV/AIDS kilka razy, wynosił 20,6%, jeden raz brało w nich

udział 36,1% pielęgniarek, a 43,3% nigdy nie było na tego typu szkoleniu. Natomiast w badaniach Ciastoń-Przecławskiej, w ostatnich dwóch latach osobiście uczestniczyło w szkoleniach 54,1% pielęgniarek [10].

Badania własne wykazały, iż swoje miejsce pracy pod względem ryzyka zakażenia HIV, respondenci w 44,3% ocenili jako miejsce wysokiego ryzyka, 40,2% jako miejsce średniego ryzyka oraz 15,5% jako miejsce niskiego ryzyka. Podobne wyniki w tej kwestii uzyskali Karwat i Ordakowski [8].

Jeżeli chodzi o ocenę swojego miejsca pracy pod względem wyposażenia w środki ochrony indywidualnej, 26,8% respondentów oceniło ten aspekt w szerokim zakresie, większość 52,6% oceniło wyposażenie w średnim zakresie, 20,6% oceniło w niewielkim zakresie. Natomiast w badaniach Karwata i Ordakowskiego żaden z respondentów nie uznał, że zakład pracy w którym pracuje stosuje szeroki zakres działań ochrony pracownika, aż 48,7% uważa, że zakład stosuje środki ochrony zdrowia pracownika w niewielkim zakresie [8].

Podsumowując wyniki badań własnych można stwierdzić, że poczucie zagrożenia i lęku przed zakażeniem HIV wśród badanych pielęgniarek studiujących na WSHE we Włocławku było dość wysokie. Można wnioskować, że główną przyczyną tego stanu może być, pomimo posiadanej wiedzy na średnim poziomie z zakresu HIV/AIDS, mała liczba odbytych przez respondentów, profesjonalnych szkoleń prowadzonych przez specjalistów posiadających wiedzę płynącą z własnego doświadczenia.

Wnioski

1. Z uzyskanych wyników badań oraz przeprowadzonych analiz wynikało, że tylko niespełna 20% badanych cechowało negatywne nastawienie wobec chorych seropozytywnych. Jednak blisko 50% respondentów było ustosunkowanych obojętnie. Wynik ten budzi niepokój autorów, wskazując na rutynowe, schematyczne, formalne traktowanie pracy z osobami chorymi.
2. Daje się zauważyć pewną niekonsekwencję ze strony pielęgniarek, gdyż deklarowane przez większość pozytywne nastawienie do chorych nie pokrywało się z prezentowanymi zachowaniami. Zdecydowana większość respondentów stała jednak na stanowisku, iż należy informować w miejscu pracy/nauki o zakażeniu HIV, jednocześnie deklarując, że nie mogłaby pracować z koleżanką seropozytywną na tym samym odcinku.
3. Z uzyskanych badań oraz przeprowadzonych analiz wynikało, iż istnieje zależność pomiędzy wiekiem personelu pielęgniarskiego, stanem cywilnym, stażem pracy a postawą wobec pacjentów seropozytywnych. Nie dowiedziono takiej zależności między miejscem pracy i wyższymi kwalifikacjami personelu pielęgniarskiego a postawą wobec pacjentów seropozytywnych.
4. Badania dowiodły także zależności między stopniem wyposażenia stanowiska pracy w środki ochrony indywidualnej oraz w procedurą postępowania po ekspozycji zawodowej, a postawą pielęgniarek wobec pacjentów zakażonych wirusem HIV/chorych na AIDS.

5. Dowiedziono także istnienia zależności między posiadaną wiedzą a postawą wobec pacjentów seropozytywnych. Pielęgniarki uczestniczące w badaniu, w większości oceniły swoją wiedzę w zakresie HIV/AIDS na poziomie średnim.
6. Warto też zwrócić uwagę na fakt, że prawie połowa respondentów nigdy nie uczestniczyła w szkoleniach specjalistycznych na temat HIV/AIDS.
7. Szczegółowa analiza badań wykazała, że znajomość zasad etyki zawodowej nie w pełni przekłada się na właściwą postawę wobec chorych zarażonych HIV.
8. Zdecydowana większość pielęgniarek uczestniczących w badaniu uważała, że nie ma takiej przyczyny, która mogłaby być usprawiedliwieniem odmowy udzielenia medycznej pomocy osobie zakażonej wirusem HIV, ale pewna grupa pielęgniarek uważała, że takie powody istnieją. Za przyczynę nie udzielenia pomocy, podawano brak środków ochrony indywidualnej, agresywność pacjenta, niewiedzę personelu medycznego.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Pomimo, iż większość respondentów deklarowała pozytywne i obojętne nastawienie do pacjentów seropozytywnych, to jednak wyniki uzyskane z analizy prezentowanych w ankiecie zachowań pielęgniarek wobec tej grupy chorych budzą niepokój autorów. Można wnioskować, że główną przyczyną tego stanu może być nie tyle brak wiedzy, co zbyt mała liczba odbytych przez respondentów szkoleń prowadzonych przez profesjonalistów. Okresowe kontakty z kompetentnymi i doświadczonymi szkoleniowcami, mogą odegrać znaczącą rolę w kształtowaniu postaw i zachowań zarówno wśród pielęgniarek, jak i pozostałych pracowników ochrony zdrowia. Wykazana istotna zależność statystyczna pomiędzy postawą pielęgniarek wobec pacjentów zakażonych wirusem HIV/chorych na AIDS a wyposażeniem stanowiska pracy w środki ochrony indywidualnej oraz w procedura postępowania po ekspozycji zawodowej, potwierdza ważność istnienia procedur medycznych w ochronie zdrowia oraz konieczność przestrzegania ich podczas wykonywania codziennej pracy pielęgniarskiej. W celu unikania ekspozycji zawodowej podczas posługiwania się ostrymi narzędziami oraz przy kontaktach z płynami ustrojowymi, należy oprócz postępowania zgodnego z procedurami i standardami zawodowymi, również zachowywać spokój i szczególną ostrożność.

Bibliografia/Bibliography:

1. Gładysz A., Knysz B. Diagnostyka, profilaktyka i terapia zakażeń HIV/AIDS. Współczesne możliwości i problemy. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.

2. Grajcarek A. (red.) Jak zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV w praktyce pielęgniarskiej. Poradnik dla pielęgniarek i położnych. Wydawnictwo Fundacji ad Vocem, Kraków 2010:9-173.

3. Kilańska D. Organizacje pielęgniarskie liderem zmian – droga do Dyrektywy 32/2010/UE. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Ogólnopolski Kongres Ekspozycji Zawodowej. Podsumowanie. Artykuły Rady Ekspertów Kongresu, Warszawa 2012:6-9.

4. Gańczak M. Szych Z. Postawy personelu medycznego wobec osób zakażonych HBV, HCV lub HIV pracujących w oddziałach zabiegowych oraz badania serologiczne pracowników. Medycyna Pracy. 2013; 64(5);639-647.

5. Krajewska-Kułak E., Sierakowska M (red.) Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego. Postawy i obawy pielęgniarek oddziałów zabiegowych w woj. Zachodniopomorskim wobec zawodowego ryzyka zakażenia wirusem HIV. Akademia Medyczna, Białystok 2005: 373-381.

6. Gladysz A (red.) Zakażenia HIV/AIDS, poradnik dla lekarzy praktyków. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2007: 9-187.

7. Zielazny P., Wojtecka A. HIV/AIDS w wybranych kulturach judeochrześcijańskich. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2013; 19(3): 267-271.

8. Karwat B., Ordakowski M. Stosunek personelu pielęgniarskiego nie pracującego w klinikach zakaźnych do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Społecznego „Stricte", Szczecin 2007.

9. Cybulski M., Pawłowska M. Wiedza na temat zakażeń wirusem HIV oraz postawy wobec osób z HIV/AIDS wśród studentów kierunku Zdrowie Publiczne Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2012; 3:618-622.

10. Ciastoń-Przecławska E. Lekarze, pielęgniarki i pracownicy służb socjalnych wobec wybranych zagadnień HIV i AIDS. Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2003.

11. Szymon A., Gotlib B. Próba oceny wiedzy studentów Pielęgniarstwa na temat wirusa HIV i zagadnień dotyczących AIDS. Pielęgniarstwo XXI wieku 2013 (42): 27-32.

12. Krajewska-Kułak E., Van Damme - Ostapowicz K. Analiza wiedzy studentów pielęgniarstwa w województwie podlaskim na temat chorób zakaźnych i zakażeń szpitalnych. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2009; 90(4):613-620.

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2(1)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.009

Łukasz Majerski[1]
[1] Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu

Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć

Patient satisfaction with nursing care implemented in the Emergency Room

Streszczenie
Wstęp. Jakość świadczonych usług udzielanych w zakładach opieki zdrowotnej jest jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej ochrony zdrowia. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej jest kluczowym zagadnieniem, które powinno być monitorowane w sposób ciągły przy użyciu odpowiednich narzędzi. Satysfakcja jest odpowiedzią pacjenta na proces opieki zdrowotnej. Niewątpliwie staje się ona istotnym kryterium oceny jakości opieki medycznej i oznacza stopień, w jakim opieka przez chorego jest akceptowalna w odniesieniu do jego potrzeb i oczekiwań. Systematyczne dokonywanie oceny opieki pielęgniarskiej staje się bodźcem do ciągłego doskonalenia i podnoszenia na wyższy poziom systemu ochrony zdrowia.
Cel. Celem niniejszej pracy jest ocena i analiza satysfakcji pacjentów z poziomu i jakości opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć.
Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w Izbie Przyjęć Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu w okresie od maja do listopada 2015 roku w grupie 112 pacjentów. Badania wykonano metodą sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji.
Wyniki. W badanej grupie znajdowały się osoby w wieku od 21 roku życia do 80 lat, gdzie większość stanowiły kobiety. Wykształcenie osób badanych to głównie średnie i wyższe a miejscem zamieszkania dla większości badanych było miasto. Osoby badane przyjmowane były do szpitala głównie w trybie planowym. Wyniki badań poddane zostały analizie statystycznej, a następnie opracowane i przedstawione w sposób graficzny i opisowy.
Wnioski. 1. Pacjenci w zdecydowanej większości ocenili opiekę pielęgniarską realizowaną w Izbie Przyjęć na poziomie dobrym i bardzo dobrym. 2. Na ocenę poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć ma wpływ posiadane wykształcenie ankietowanych. Natomiast płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz tryb zgłoszenia się pacjenta do szpitala nie mają wpływu. 3. Na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć nie ma wpływu płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz tryb zgłoszenia się pacjenta do szpitala.

Abstract
Introduction. The quality of services provided in health care units is one of the most important challenges of modern health protection. Satisfaction with nursing care is a key issue that should be monitored continuously using appropriate tools. Satisfaction is the response of the patient to the healthcare process. Undoubtedly, it becomes an important criterion for assessing the quality of care and is the degree to which the care is acceptable for the patient in relation to their needs and expectations. Regular assessments of nursing care becomes an incentive for continuous improvement and raising the health system to a higher level.
Aim. The aim of this study is to assess and analyze patiens't satisfaction with the level and quality of nursing care implemented in the Emergency Room.
Material and Methods. The study was conducted in the Emergency Room of the Independent Public Complex of Health Care in Sierpc in the period from May to November 2015 in a group of 112 patients. The study was performed using diagnostic survey and applying a questionnaire of our own design.
Results. The study group included respondents aged from 21 to 80 years, where the majority were women. The respondents had mainly secondary and higher education and the place of residence for the majority of the respondents was town. The surveyed were admitted to hospital mainly elective. The test results were subjected to statistical analysis and then developed and presented in a graphic and descriptive form.
Conclusions. 1. Patients in the vast majority evaluated nursing care implemented in the Emergency Room as good and very good. 2. The assessment of the level of nursing care in the Emergency Room is affected by the level of respondents' education. Whereas gender, age, marital status, place of residence and the mode for patient's application to hospital do not have any impact. 3. The assessment of the quality of nursing care in the Emergency Room is not affected by gender, age, marital status, place of residence, education and mode of application of the patient to the hospital.

Słowa kluczowe: satysfakcja pacjentów, opieka pielęgniarska

Key words: satisfaction of patients, nursing care

Wstęp

Satysfakcja określana jest ogólnie jako poczucie zadowolenia i przyjemności, których doznajemy gdy osiągamy coś na czym nam istotnie zależało. Stan satysfakcji jest odczuciem subiektywnym i powiązanym z osobistym poczuciem spełnienia i doświadczeniami.

Satysfakcja jest zjawiskiem psychologicznym, które zmienia się wraz z szybkością reakcji na sytuacje stresowe budzące negatywne emocje. Oznacza to, że kluczową rolę w odczuwaniu satysfakcji mają czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Satysfakcja jest niewątpliwie jedną z metod oceny jakości opieki medycznej świadczonej w placówkach służby zdrowia. W 1975 roku Risser N. opracował Skalę Zadowolenia, gdzie zdefiniował satysfakcję jako „stopień zgodności między oczekiwaniami pacjenta co do idealnej opieki pielęgniarskiej, a percepcją opieki, którą realnie on otrzymuje". Tak sformułowana definicja jest najczęściej stosowana dla celów praktyki pielęgniarskiej. Ponadto uzupełnieniem powyższej terminologii są słowa Kotlera P., który stwierdza, że „satysfakcja jest stopniem w jakim wykonana usługa odpowiada oczekiwaniom nabywcy" [1,2].

Stopień satysfakcji pacjenta ze świadczonych usług medycznych jest jednym z kryterium oceny jakości opieki pielęgniarskiej. Pacjenci zgodnie podkreślają, że najważniejszymi cechami, którymi powinien odznaczać się personel pielęgniarski to przede wszystkim: profesjonalizm, wysokie kwalifikacje, fachowa pomoc, łagodzenie uciążliwych objawów, zapewnienie intymności, stworzenie higienicznych i bezpiecznych warunków oraz rzetelnej i kulturalnej informacji o stanie zdrowia i świadczonych usługach. Należy szczególnie podkreślić, że określone czynniki socjodemograficzne, umiejętność kultury wypowiedzi, środowisko zewnętrzne, relacje pacjent-pielęgniarka i kompetentne wykonywanie zadań mają ogromny wpływ na satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej [3].

Satysfakcja pacjenta wpływa na jakość usług medycznych, którą Światowa Organizacja Zdrowia określa jako „rezultat, sposób użycia środków, organizację usług oraz satysfakcję pacjenta". Wyróżniamy kilka kryteriów, które stanowią istotę jakości i zaliczamy do nich między innymi: zależność między sukcesem organizacji a jakością, wyeliminowanie marnotrawstwa, korygowanie i naprawianie błędów, doskonalenie efektywności gospodarowania, obniżanie kosztów działalności bez ujemnych skutków dla pacjenta. Poprawa jakości uzależniona jest również od usług, materiałów, sprzętu, aparatury i wykwalifikowanej kadry. Kryteria określające jakość usług medycznych mają kolosalny wpływ na całkowitą ocenę satysfakcji pacjenta. Kryteriami tymi są: dostępność, uprzejmość, rzetelność, bezpieczeństwo i zaufanie, czas, jakość kliniczna usług medycznych, rzetelność świadczonych usług, zasadność i odpowiedzialność realizowanych świadczeń medycznych [4].

Celem badań własnych jest ocena i analiza satysfakcji pacjentów z poziomu i jakości opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w Izbie Przyjęć Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu w okresie od maja do listopada 2015 roku. Grupą badaną było 112 pacjentów w wieku od 21 roku życia do 80 lat. Kobiety stanowiły 50,9% osób badanych, a mężczyźni 49,1%. Miejscem zamieszkania dla większości badanych była wieś - 65,2%. Pod względem stanu cywilnego były to głównie osoby pozostające w związku - 64,3%. W zakresie wykształcenia dominowało wykształcenie średnie lub wyższe - 67,0%. Tryb przyjęcia do szpitala osób badanych dla większości był trybem planowanym - 61,6%.

Metodą badań był sondaż diagnostyczny, a technikę stanowiło ankietowanie z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum w Bydgoszczy - Nr KB 416/2015. Wyniki badań poddane zostały analizie statystycznej z wykorzystaniem testu chi - kwadrat i współczynnika korelacji C Pearsona. Dla wszystkich analiz przyjęto współczynnik istotności na poziomie 0,05.

Wyniki

Satysfakcja pacjentów z opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć według analizy ogólnej

Uzyskane wyniki ocen według opinii pacjentów na temat opieki pielęgniarskiej świadczonej w Izbie Przyjęć przedstawiono w tabeli 1. W ocenie tej przyjęto skalę od 2 do 5, gdzie poziom 2 oznaczał ocenę negatywną, poziom 3 oznaczał ocenę dostateczną, poziom 4 to ocena dobra, a poziom 5 stanowił ocenę bardzo dobrą.

Tabela 1. Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć.

Kategorie opinii pacjentów	Średnia ocen (x)	Odchylenie standardowe
Profesjonalne wykonywanie świadczeń medycznych przez pielęgniarki	4,7	0,6
Umiejętności manualne pielęgniarek podczas wykonywania czynności	4,6	0,6
Uprzejmość i szacunek pielęgniarek wobec pacjentów	4,5	0,6
Reakcja personelu pielęgniarskiego na prośbę pacjenta o udzielenie pomocy	4,5	0,7
Skuteczność oferowanej pomocy pielęgniarskiej	4,4	0,7
Szanowanie godności i prywatności pacjenta przez personel pielęgniarski	4,4	0,6
Umożliwienie przez pielęgniarki pobytu rodziny lub opiekuna przy chorym	4,4	0,7
Przestrzeganie zasad mycia rąk przed i po wykonaniu czynności pielęgniarskich	4,4	0,7
Stosowanie rękawiczek jednorazowych podczas czynności pielęgniarskich	4,3	0,8
Czystość pomieszczeń i sprzętu medycznego w miejscu pracy pielęgniarek	4,3	0,7
Ogólny poziom opieki pielęgniarskiej świadczonej w Izbie Przyjęć	4,2	0,5
Zapewnienie przez pielęgniarki intymności podczas zabiegów	4,2	0,8
Dostępność personelu pielęgniarskiego	4,2	0,7
Gotowość personelu pielęgniarskiego do udzielania odpowiedzi napytania	4,1	0,8
Posiadana wiedza pielęgniarek na temat choroby pacjenta	4,1	0,8
Wzbudzanie zaufania i zapewnienie komfortu psychicznego przez pielęgniarki	4,0	0,8
Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć	4,0	0,7
Zrozumiałość i wyczerpujący charakter informacji otrzymanych od pielęgniarek	3,9	0,8
Relacje pielęgniarek z pracownikami Izby Przyjęć	3,7	0,9
Współpraca między pielęgniarkami a pracownikami Izby Przyjęć	3,6	1,0
Zapoznanie przez pielęgniarki pacjenta z jego prawami	3,5	0,9

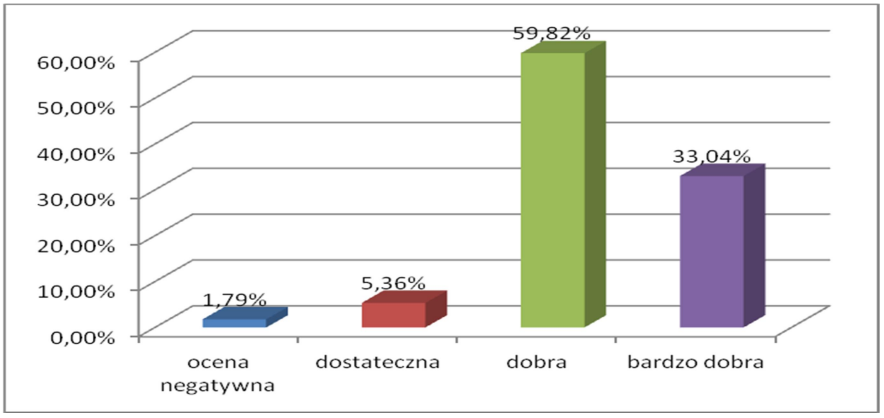
Źródło: opracowanie własne

Powyższe zestawienie otrzymanych wyników zamieszczone w tabeli 1 przedstawia średnie wartości otrzymanych odpowiedzi w poszczególnych kategoriach. Pacjenci najwyżej ocenili profesjonalne wykonywanie świadczeń medycznych przez pielęgniarki (x=4,7) oraz umiejętności manualne pielęgniarek podczas wykonywania czynności pielęgniarskich (x=4,6). Ponadto wysokie oceny otrzymała uprzejmość pielęgniarek i odnoszenie się z

szacunkiem do pacjenta (x=4,5) oraz reakcja personelu pielęgniarskiego na prośbę pacjenta o udzielenie pomocy (x=4,5).

Ankietowani najniżej ocenili zapoznanie przez pielęgniarki pacjenta z jego prawami (x=3,5) oraz współpracę między pielęgniarkami a pracownikami Izby Przyjęć (x=3,6). Pacjenci nisko ocenili również relacje pielęgniarek z pracownikami Izby Przyjęć (x=3,7) a także sposób przedstawiania informacji pacjentowi w sposób zrozumiały i wyczerpujący (x=3,9).

Dla ustalenia poziomu satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć uzyskaną możliwą ilość punktów podzielono na 4 grupy. Przedział całościowy możliwych do uzyskania punktów wynosił od 42 do 102, gdzie 42-55 punktów - ocena negatywna, 56-71 punktów - ocena dostateczna, 72-87 punktów - ocena dobra, 88-102 punktów - ocena bardzo dobra. Średnia ocena punktowa opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć wyniosła 83,9 punktów, co odpowiada ogólnej ocenie dobrej. Rycina 1 obrazuje rozkład poszczególnych kategorii ocen opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów przebywających w Izbie Przyjęć.



Rycina 1. Rozkład oceny ogólnej opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów Izby Przyjęć.
Źródło: opracowanie własne.

Z przedstawionych danych na powyższej rycinie wynika, że ocena opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć w opinii 59,82% pacjentów kształtuje się na poziomie dobrym. W dalszej kolejności jest to ocena bardzo dobra wyrażona przez 33,04% respondentów. Tylko w niedużym zakresie jest to ocena dostateczna podana przez 5,36% badanych i ocena negatywna w opinii 1,79% pacjentów.

Satysfakcja pacjentów z poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć według korelacji zmiennych

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a oceną poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć (p=0,708). 60,0% kobiet oraz 59,5% mężczyzn dobrze ocenia poziom opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć.

Wyniki badań pokazują, iż nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a oceną poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć.

60% osób w wieku 21-50 lat oraz ponad 59% osób w wieku 51-80 lat wykazuje dobrą ocenę poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Wiek nie wpływa na ocenę poziomu opieki (p=0,708).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych, a ich oceną poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Ponad 52% osób będących w związku oraz ponad 59% respondentów w stanie wolnym ocenia dobrze poziom opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Stan cywilny nie jest istotnym czynnikiem jaki wpływa na ocenę poziomu opieki (p=0,18).

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych, a ich oceną poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Spośród ankietowanych 13% badanych deklarujących wykształcenie zawodowe lub podstawowe oceniła dostatecznie poziom opieki pielęgniarskiej na Izbie Przyjęć. Natomiast ponad 62% osób z wykształceniem średnim lub wyższym dobrze ocenia poziom opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Podczas analizy wyników zaobserwowano istotną zależność (p=0,043), lecz o niskiej sile związku (C=0,26).

Badania statystyczne nie wykazały istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich oceną poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. 63% osób mieszkających w mieście oraz ponad 53% osób mieszkających na wsi oceniło dobrze poziom opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Miejsce zamieszkania nie jest istotnym czynnikiem wpływającym na ocenę opieki pielęgniarskiej (p=0,725).

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy trybem zgłoszenia się do Izby Przyjęć ankietowanych, a ich oceną poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Ponad 62% osób zgłaszających się w trybie planowym oraz ponad 55% osób zgłaszających się w trybie nagłym ocenia dobrze poziom opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Tryb zgłoszenia się do Izby Przyjęć nie jest czynnikiem mającym istotny wpływ na ocenę poziomu opieki pielęgniarskiej (p=0,506).

Satysfakcja pacjentów z jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć według korelacji zmiennych

Podczas analizy przeprowadzonych badań nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć (p=0,156). Zdecydowana większość ankietowanych bez względu na płeć ocenia dobrze jakość opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć

Badania dowiodły, że nie występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć (p=0,493). Zdecydowana ponad połowa ankietowanych bez względu na wiek dobrze ocenia jakość opieki pielęgniarskiej świadczonej w Izbie Przyjęć.

Badania statystyczne nie wykazały istotnej zależności pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć (p=0,272). Ponad 58% osób będących w związku oraz ponad 72% osób będących w stanie wolnym dobrze oceniła jakość opieki pielęgniarskiej pełnionej w Izbie Przyjęć.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wykształceniem ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć (p=0,449). Bez względu na wykształcenie ankietowani oceniali jakość opieki podobnie.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć (p=0,916). Ponad 64% osób mieszkających w mieście oraz ponad 61% osób mieszkających na wsi dobrze oceniła jakość opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy trybem zgłoszenia się do Izby Przyjęć ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć (p=0,742). Ponad 65% ankietowanych, którzy zgłosili się w trybie planowanym oraz ponad 60% osób, które zgłosiły się w trybie nagłym dobrze ocenia jakość opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć.

Dyskusja

Badania własne zostały przeprowadzone w Izbie Przyjęć Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu. W badaniach uczestniczyło 112 respondentów w przedziale wiekowym od 21 roku życia do 80 lat. Ponad połowę ankietowanych osób stanowiły kobiety.

W toku badań własnych dokonano oceny satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć. Zgromadzony materiał badawczy pozwolił ocenić poziom i jakość opieki pielęgniarskiej oraz wpływ wybranych czynników kształtujących powyższe parametry w opinii pacjentów przebywających w Izbie Przyjęć. Ankietowani pacjenci ocenili w przeważającej większości poziom i jakość świadczonej opieki w Izbie Przyjęć jako bardzo dobry i dobry. Pacjenci najwyżej ocenili profesjonalne wykonywanie świadczeń medycznych przez pielęgniarki, umiejętności manualne pielęgniarek podczas wykonywania czynności pielęgniarskich oraz uprzejmość i odnoszenie się z szacunkiem do pacjenta przez personel pielęgniarski a także reakcję personelu pielęgniarskiego na prośbę pacjenta o udzielenie pomocy. Najniżej natomiast, badani ocenili zapoznanie przez pielęgniarki pacjenta z jego prawami, przedstawienie informacji pacjentowi w sposób zrozumiały i wyczerpujący oraz współpracę i relacje między pielęgniarkami, a pracownikami Izby Przyjęć.

Ocena poziomu opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć

W wyniku badań własnych nie wykazano istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a oceną poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Ponad 60,0% kobiet oraz 59,5% mężczyzn dobrze ocenia dobrze poziom opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć. Podobnie jest także z zależnością w kategorii wieku ankietowanych. Otrzymane wyniki badań pokazują, iż nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności. 60% osób w wieku 21-50 lat oraz ponad 59% osób w wieku 51-80 lat dobrze oceniają poziom opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Jednoznacznie możemy stwierdzić, że wiek nie wpływu na ocenę poziomu opieki. Badania również nie wykazały istotnego statystycznego związku pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych, a ich oceną poziomu opieki. Ponad 38% osób

będących w związku oraz ponad 22% respondentów w stanie wolnym ocenia bardzo dobrze poziom opieki pielęgniarskiej świadczonej w Izbie Przyjęć. Stan cywilny nie jest istotnym czynnikiem jaki wpływa na ocenę poziomu opieki. Badania statystyczne nie wykazały również istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich oceną poziomu opieki pielęgniarskiej. 63% osób mieszkających w mieście oraz ponad 53% osób mieszkających na wsi oceniła dobrze poziom opieki pielęgniarskiej. Natomiast analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych, a ich oceną poziomu opieki pielęgniarskiej. Spośród ankietowanych 13% badanych deklarujących wykształcenie zawodowe lub podstawowe oceniła dostatecznie poziom opieki pielęgniarskiej na Izbie Przyjęć. Natomiast ponad 62% osób z wykształceniem średnim lub wyższym dobrze ocenia poziom opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Podczas analizy wyników zaobserwowano istotną zależność w tej kategorii lecz o niskiej sile związku C= 0,26.

Nie zaobserwowano natomiast istotnej statystycznie zależności pomiędzy trybem zgłoszenia się do Izby Przyjęć ankietowanych, a ich oceną poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Ponad 62% osób zgłaszających się w trybie planowym oraz ponad 55% osób zgłaszających się w trybie nagłym ocenia dobrze poziom opieki pielęgniarskiej. Tryb zgłoszenia się do Izby Przyjęć nie jest czynnikiem mającym istotny wpływ na ocenę poziom opieki pielęgniarskiej.

Kozimala M. i Putowski L. przeprowadzili podobne badania na temat oceny poziomu satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławcu w latach 2007-2008. Do badania przystąpiło 100 respondentów będących pacjentami. Badania potwierdziły brak istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a ich oceną poziomu opieki pielęgniarskiej. Podobnie było w przypadku płci osób badanych. Po dokonaniu analizy okazało się, że płeć nie jest czynnikiem istotnym statystycznie wpływającym na ocenę poziomu opieki pielęgniarskiej. Również wykształcenie nie wykazało statystycznie istotnego wpływu na satysfakcję pacjentów [5].

Ocena jakości opieki pielęgniarskiej realizowanej w Izbie Przyjęć

Podczas analizy przeprowadzonych badań własnych nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej na Izbie Przyjęć. Zdecydowana większość ankietowanych bez względu na płeć ocenia dobrze jakość opieki pielęgniarskiej. Badania dowiodły również, że nie występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych, a ich oceną jakości opieki Zdecydowana większość respondentów bez względu na wiek dobrze ocenia jakość opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Badania statystyczne nie wykazały także istotnej zależności pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej. Ponad 58% osób będących w związku oraz ponad 72% osób będących w stanie wolnym dobrze oceniła jakość opieki pielęgniarskiej. Ponadto analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy wykształceniem ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Bez względu na wykształcenie ankietowani odpowiadali podobnie. Po dokonaniu analizy wyników nie zaobserwowano również istotnej staty-

stycznie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej. Zdecydowana większość osób mieszkających w mieście - 64% oraz ponad 61% osób mieszkających na wsi dobrze oceniła jakość opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Analiza statystyczna nie wykazała także istotnej zależności pomiędzy trybem zgłoszenia się do Izby Przyjęć ankietowanych, a ich oceną jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Ponad 65% ankietowanych, którzy zgłosili się w trybie planowanym oraz ponad 60% osób, które zgłosiły się w trybie nagłym dobrze ocenia jakość opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć.

Podobne badania przeprowadziła w ośrodku naukowym Juszczak K. Badaniu poddani byli pacjenci hospitalizowani w oddziałach zabiegowych takich jak oddział chirurgiczny, ortopedyczny i ginekologiczny. Grupa osób w wieku od 41 do 60 lat stanowiła najliczniejszą grupę respondentów. Analizując wiek respondentów nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy wiekiem, a oceną jakości opieki pielęgniarskiej. Również płeć nie miała wpływu istotnego statystycznie na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej [6].

Jakość świadczonych usług udzielanych w zakładach opieki zdrowotnej jest jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej ochrony zdrowia. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej jest kluczowym zagadnieniem, które powinno być monitorowane w sposób ciągły, przy użyciu odpowiednich narzędzi. Satysfakcja jest odpowiedzią pacjenta na proces opieki zdrowotnej. Niewątpliwie staje się ona istotnym kryterium oceny jakości opieki pielęgniarskiej. Systematyczne dokonywanie oceny opieki pielęgniarskiej staje się bodźcem do ciągłego doskonalenia systemu ochrony zdrowia.

Wnioski

1. Pacjenci w zdecydowanej większości ocenili opiekę pielęgniarską realizowaną w Izbie Przyjęć na poziomie dobrym (59,82%) i bardzo dobrym (33,04%). Tylko 5,36% pacjentów ocenia opiekę dostatecznie i 1,79% negatywnie.
2. Najwyżej pacjenci ocenili opiekę pielęgniarską realizowaną w Izbie Przyjęć w zakresie: profesjonalne wykonywanie świadczeń medycznych przez pielęgniarki, umiejętności manualne pielęgniarek podczas wykonywania czynności pielęgniarskich, uprzejmość pielęgniarek i odnoszenie się z szacunkiem do pacjenta oraz reakcje personelu pielęgniarskiego na prośbę pacjenta o udzielenie pomocy.
3. Najniżej pacjenci ocenili opiekę pielęgniarską realizowaną w Izbie Przyjęć w zakresie: zapoznanie przez pielęgniarki pacjenta z jego prawami, współpraca między pielęgniarkami a pracownikami Izby Przyjęć, relacje pielęgniarek z pracownikami Izby Przyjęć, przedstawianie informacji pacjentowi w sposób zrozumiały i wyczerpujący.
4. Na ocenę poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć nie ma wpływu płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania oraz tryb zgłoszenia się pacjenta do szpitala. Natomiast posiadane wykształcenie pacjentów ma wpływ na ocenę poziomu opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć. Im wyższe wykształcenie respondentów tym wyższa ocena poziomu opieki pielęgniarskiej.

5. Na ocenę jakości opieki pielęgniarskiej w Izbie Przyjęć nie ma wpływu płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz tryb zgłoszenia się pacjenta do szpitala.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

W opiece pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjentów Izby Przyjęć należy utrzymać i kontynuować wysoki poziom świadczonej opieki. W podnoszeniu i doskonaleniu poziomu jakości opieki pielęgniarskiej i satysfakcji pacjenta z otrzymywanych świadczeń medycznych należy uwzględnić niskie wyniki ocen pacjentów w następujących kategoriach: zapoznanie przez pielęgniarki pacjenta z jego prawami, przedstawianie informacji pacjentowi w sposób zrozumiały i wyczerpujący, relacje i współpraca pielęgniarek z pracownikami Izby Przyjęć.

Bibliografia / Bibliography:

1. Garczyk D. Jakość i ocena opieki pielęgniarskiej. Neuroskop. 2012; 14:72-78.

2. Pędziwiatr A. Koncepcje teoretyczne dotyczące satysfakcji pacjenta. Pielęgniarstwo Polskie. 2005; 2(20):421-423.

3. Sierpińska L., Dzirba A. Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2011;1:18-22.

4. Detyna B., Detyna J. Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne. Wydawnictwo Difin. Warszawa 2011;90-99.

5. Kozimala M., Putowski L. Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławcu. Annales Academiae Medicae Silesiensis. 2009;63(1):20-27.

6. Juszczak K. Juszczak K. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej u chorych hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2012.

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2(1)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.010

Magdalena Gościcka[1]
[1] Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy

Ocena akceptacji choroby przewlekłej na przykładzie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc

Assessment of chronic disease acceptance based on the example of patients with chronic obstructive pulmonary disease

Streszczenie
Wstęp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc to jedna z najczęściej występujących chorób na świecie. Stanowi ona jeden z najważniejszych problemów społecznych powodując wysoką śmiertelność. Zmiany powstające w płucach charakteryzują się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Leczenie chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc polega na zapobieganiu postępowi choroby oraz ograniczeniu czynników wywołujących chorobę i jej zaostrzenia. Na jakość życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc ma znaczący wpływ rehabilitacja oddechowa, która jest jednym z elementów terapii. Rehabilitacja obejmuje całość działań mających na celu poprawę stanu fizycznego, psychicznego i społecznego pacjenta.
Cel. Celem badań jest ocena poziomu akceptacji choroby przewlekłej na przykładzie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz zbadanie wpływu czynników kształtujących określony poziom akceptacji choroby.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów w Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy. Badania przeprowadzono metodą szacowania i metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze posłużyła Skala Akceptacji Choroby oraz kwestionariusz ankiety.
Wyniki. Wykonane badania dowiodły, że pacjenci akceptują chorobę na poziomie średnim. Na ocenę akceptacji choroby wpływają czynniki zdrowotne, psychiczne i społeczne.
Wnioski. 1. Poziom akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc nie zależy istotnie od płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego oraz sposobu zamieszkania. 2. Poziom akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc zależy istotnie od miejsca zamieszkania. Pacjenci zamieszkujący w mieście przejawiają wyższy poziom akceptacji choroby w porównaniu z pacjentami mieszkającymi na wsi. 3. Poziom akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc zależy istotnie od chorób współistniejących. Pacjenci mający choroby współistniejące prezentują niższy poziom akceptacji choroby w odniesieniu do pacjentów pozbawionych innych chorób.

Abstract
Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease is one of the most common diseases in the world. It is one of the most important social problems causing high mortality. The changes occurring in the lungs are characterized by not fully reversible airflow limitation through air passages. Treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease consists in the prevention of the disease progression and reduction of the factors that cause the disease and its exacerbation. The quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease is significantly affected by pulmonary rehabilitation, which is part of the therapy. Rehabilitation includes all measures aimed at improving the physical, mental and social health of the patient.
Aim. The aim of the study is to assess the level of acceptance of chronic disease based on the example of patients with chronic obstructive pulmonary disease and to study the impact of factors forming a certain level of the disease acceptance.
Material and Methods. The study was conducted at the Provincial Hospital in Plock. The study group consisted of 100 patients in the Department of Pulmonary Diseases and Tuberculosis. The research was carried out by means of an estimating method and a diagnostic survey. The Disease Acceptance Scale as well as the survey questionnaire were used as the research tools.
Results. The studies have shown that patients accept the disease at the secondary level. The disease acceptance assessment are affected by health, psychological and social factors.
Conclusions. 1. The acceptance level of chronic obstructive pulmonary disease does not depend significantly on gender, age, education, marital status and the way of residing. 2. The acceptance of chronic obstructive pulmonary disease depends significantly on the place of one's residence. Patients residing in the city exhibit a higher level of acceptance of the disease compared with those living in the countryside. 3. The acceptance of chronic obstructive pulmonary disease depends significantly on comorbidities. Patients with concomitant diseases present a lower level of acceptance of the disease than patients without other diseases.

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc, akceptacja choroby, pacjent

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, acceptance of the disease, the patient

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest znaczącym problemem medycznym oraz społecznym. Według informacji Światowej Organizacji Zdrowia na umiarkowaną lub ciężką postać cierpi około 80 milionów ludzi na świecie. W Polsce na POChP choruje ponad 20% populacji powyżej 40 roku życia, a po 70 roku życia jest to nawet 50%. Choroba ta oceniania jest obecnie jaka czwarta co do częstości przyczyn zgonów na świecie. Pojawienie się tej choroby może ale nie musi być ściśle związane z nałogiem palenia papierosów. Szacuje się, że około 30% osób chorych to osoby, które nigdy nie paliły albo były, bądź są palaczami biernymi. Przewlekła obturacyjna choroba płuc występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, stosunek płci wynosi 2:1. Choroba ta jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych w Polsce [1].

Przewlekła obturacyjna choroba płuc charakteryzuje się przewlekłym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. W płucach zauważalne są liczne zmiany patologiczne oraz zmiany pozapłucne. Zmiany powstające w płucach charakteryzują się

niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to wynika z reakcji organizmu na szkodliwe gazy oraz pyły. Szczególnie dla przewlekłej obturacyjnej choroby płuc ograniczenie przepływu powietrza przez drogi oddechowe jest wywołane jednocześnie przez chorobę małych dróg oddechowych (obturacyjne zapalenie oskrzelików) jak i zniszczenie miąższu płuc (rozedma). Choroba ta jest chorobą ogólnoustrojową, poddająca się prewencji i leczeniu co wiąże się z prawidłowym schematem postępowania profilaktycznego, diagnostycznego i terapeutycznego [2,3].

Typowymi objawami dla POChP są duszność wysiłkowa oraz kaszel z odkrztuszaniem szczególnie w godzinach porannych. Inne objawy, które mogą wskazywać na POChP to ból w klatce piersiowej oraz krwioplucie. W przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc duszność jest jednak najważniejszym i najbardziej uciążliwym problemem. Duszność zwiększa się, początkowo występuje podczas wysiłku a z upływem czasu dochodzi do duszności spoczynkowej. Duszność tak jak kaszel nasila się w godzinach porannych. Duszność spoczynkowa informuje o ciężkiej postaci choroby. U chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc nietolerancja wysiłku fizycznego stanowi jeden z głównych czynników uniemożliwiających udział w czynnościach życia codziennego lub. Czynności te ograniczane są przez duszność i zmęczenie wynikające z upośledzonej wentylacji płuc [4].

Rozpoznanie choroby ustala się na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego oraz badań spirometrycznych. Duże znaczenie w postawieniu diagnozy mają również badania radiologiczne klatki piersiowej, elektrokardiograficzne, echokardiograficzne oraz gazometryczne krwi [5].

Leczenie chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc polega na zapobieganiu postępowi choroby, ograniczeniu czynników wywołujących chorobę i jej zaostrzenia. Obecnie stosowane jest leczenie farmakologiczne, chirurgiczne, leczenie tlenem, rehabilitacja oddechowa i fizykoterapia. W leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc nie bez znaczenia są szczepienia przeciwko grypie. Stosowanie tego typu szczepionki zmniejsza częstość zaostrzeń chorobowych oraz śmiertelność [6].

Leczenie farmakologiczne chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc ma na celu poprawę wentylacji płuc, złagodzenie objawów choroby, zminimalizowanie ilości i ciężkości zaostrzeń. Mówiąc o leczeniu farmakologicznym POChP mówimy o zminimalizowaniu zmian patofizjologicznych takich jak: zwiększone wytwarzanie śluzu, skurcz mięśni gładkich oskrzeli, obrzęk błony śluzowej oskrzeli, zapalenie dróg oddechowych. Leki zmniejszające objawy oraz częstość zaostrzeń to: kortykosteroidy wziewne, leki rozszerzające oskrzela, antyoksydanty i mukolityki [2].

W terapii chorego z POChP istotne znaczenie ma rehabilitacja, która korzystnie wpływa na jakość życia chorych. Rehabilitacja swoim spektrum obejmuje całość zdarzeń mających na celu poprawę wydolności wysiłkowej, poprawę sprawności ogólnej oraz zmniejszenie częstości hospitalizacji. U chorych z POChP rehabilitacja nie jest w stanie zatrzymać procesu patofizjologicznego ale uczy chorego funkcjonowania z tym upośledzeniem. Poprawa jakości życia po cyklu zabiegów rehabilitacyjnych utrzymuje się przez dłuższy czas po ich zakończeniu. Pomiar jakości życia pacjenta z POChP to główny element oceny efek-

tów rehabilitacji. Ocena ta powinna być rutynowym parametrem kompleksowej oceny stanu chorego [7,8].

Jakość życia chorych z POChP znacznie obniża się. U chorych na ciężką postać POChP obserwuje się spadek aktywności psychicznej i fizycznej, obniżenie jakości snu, obniżenie reakcji emocjonalnych, pogorszenie samopoczucia oraz izolację społeczną. Chorzy stają się zależni od drugiej osoby. Obserwujemy również zmiany w hierarchii wartości, znacznie większego znaczenia nabierają wartości niematerialne, takie jak religia czy relacje z rodziną [9].

Celem badań była ocena poziomu akceptacji choroby przewlekłej na przykładzie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz zbadanie wpływu czynników kształtujących określony poziom akceptacji choroby.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku w Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy w okresie od 10 sierpnia 2015 roku do 30 stycznia 2016 roku. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy – KB 405/2015. Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów, zarówno kobiety jak i mężczyźni w wieku od 46 lat do 76 lat. Badania przeprowadzono metodą szacowania i metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze posłużyła standaryzowana Skala Akceptacji Choroby (*Acceptance of IllnessScale - AIS*) oraz kwestionariusz ankiety dotyczący danych socjodemograficznych. Skala AIS została wykorzystana za zgodą Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie. Obliczenia statystyczne wyników badań wykonano za pomocą pakietu SPSS Statistica 21,0. Do zbadania zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu jednorodności chi kwadrat. Wartość prawdopodobieństwa $p<0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

Zastosowana Skala Akceptacji Choroby pozwoliła na ocenę stopnia akceptacji choroby wśród chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Skala ta zawierała 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Następstwa te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez sytuację zdrowotną, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób oraz obniżonego poczucia własnej wartości. W każdym stwierdzeniu badany pacjent określał za pomocą pięciostopniowej skali swój aktualny stan, wskazując odpowiednią wartość punktową. Akceptacja choroby jest sumą wszystkich punktów i mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Im wyższy wynik tym większa jest akceptacja choroby, co oznacza lepsze przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez sytuację zdrowotną i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego związanego z obecną chorobą. Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz brak poczucia dyskomfortu psychicznego, co może przejawiać się negatywnymi emocjami związanymi z chorobą [10].

W tabeli 1 przedstawiono uzyskane wyniki z badań własnych dotyczące poziomu akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc wśród osób badanych.

Tabela 1. Poziom akceptacji choroby według ogólnej klasyfikacji Skali AIS.

Poziom akceptacji	punkty	liczebność	%
Poziom niski	8-19	25	25
Poziom średni	20-35	65	65
Poziom wysoki	36-40	10	10

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z przedstawionych wyników dominującą grupę stanowią chorzy wykazujący średni poziom akceptacji choroby (65%). Niski poziom akceptacji stwierdzono u 25% respondentów. Wysoki poziom akceptacji prezentuje 10% osób badanych.

Tabela 2. Poziom akceptacji choroby według szczegółowych kategorii Skali AIS.

Kategorie Skali AIS	Średnia ocen (x)	Odchylenie standardowe
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem.	3,44	1,32
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.	3,42	1,34
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny.	3,34	1,30
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.	3,33	1,32
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.	3,03	1,39
Z powodu swojego stanu zdrowie nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.	3,02	1,27
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.	2,85	1,31
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być.	2,83	1,43

Źródło: opracowanie własne

W powyższej tabeli 2 przedstawiono wartości średnie dla poszczególnych stwierdzeń skali AIS, które zawierają się od x=2,83 do x=3,44. Najniższą średnią, a tym samym najniższy poziom akceptacji choroby zanotowano dla stwierdzeń: „nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być" (x=2,83) oraz „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę (x=2,85). Najwyższą średnią wartość, a tym samym najwyższy średni stopień akceptacji choroby zanotowano dla stwierdzeń: „mój stan zdrowia sprawia że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem" (x=3,44) oraz „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół" (=3,42).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (p=0,473). Ponad 61% kobiet oraz ponad 68% mężczyzn wykazuje średni poziom akceptacji choroby. Niski poziom akceptacji choroby wykazano jednocześnie u 25% kobiet i 25% mężczyzn. Wysoki poziom akceptacji choroby przejawia ponad 13% kobiet i ponad 6% mężczyzn.

W analizie statystycznej nie wykazano istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (p=0,078). Ponad 67% osób w wieku 46-60 lat oraz ponad 61% osób w wieku 61-76 lat wykazuje średni poziom akceptacji choroby. Niski poziom akceptacji występuje u ponad 17% osób w wieku 46-60 lat oraz ponad 34% u osób w wieku 61-76 lat. Natomiast wysoki poziom akceptacji choroby stwierdzono u ponad 14% w wieku 46-60 lat i ponad 4% u osób w wieku 61-76 lat.

Analizując wyniki badań nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (p=0,16). Ponad 56% osób z wykształceniem wyższym lub średnim oraz ponad 73% osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym wykazuje średni poziom akceptacji choroby. Niski poziom akceptacji choroby wykazano u ponad 29% osób z wykształceniem wyższym lub średnim i u ponad 21% osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Wysoki poziom akceptacji choroby występuje u ponad 14% posiadających wykształcenie wyższe lub średnie i u ponad 5% osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych a ich poziomem akceptacji choroby (p=0,23). Ponad 71% osób będących w związku oraz ponad 55% osób w stanie wolnym wykazuje średni poziom akceptacji choroby. Niski poziom akceptacji choroby zadeklarowało 20% osób będących w związku i ponad 32% osób stanu wolnego. Wysoką akceptację choroby posiada ponad 8% pozostających w związku i ponad 12% stanu wolnego.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (p=0,011). Ponad 69% osób mieszkających w mieście wykazuje średni poziom akceptacji choroby, natomiast niski poziom uzyskało ponad 16%, a wysoki ponad 14% badanych. Wśród ponad 57% osób mieszkających na wsi występuje średni poziom akceptacji choroby, natomiast aż ponad 39% określa poziom jako niski, a tylko ponad 2% poziom wysoki.

Według analizy statystycznej nie występuje istotna zależności pomiędzy sposobem zamieszkania ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (p=0,849). Ponad 66%

osób mieszkających z opiekunem lub rodziną oraz ponad 60% osób mieszkających samotnie wykazuje średni poziom akceptacji choroby. Ponad 23% badanych mieszkających z rodziną i ponad 28% mieszkających samotnie prezentuje niski poziom akceptacji choroby. Jako wysoką akceptację choroby określa ponad 9% osób, którzy mieszkają z rodziną oraz ponad 10% osób mieszkających samotnie.

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy występowaniem chorób współistniejących u ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (p=0,011). U osób, u których występują choroby współistniejące niski poziom akceptacji choroby określa aż ponad 28% badanych, średni poziom występuje u ponad 61%, a wysoki u ponad 9%. Natomiast wśród osób, u których jest brak chorób współistniejących niski poziom akceptacji choroby prezentuje ponad 20%, średni poziom określa ponad 78 % osób, a wysoki poziom określiło ponad 10% badanych.

Dyskusja

Wykonanie badań własnych i ich analiza pozwoliły ocenić poziom akceptacji choroby przewlekłej na przykładzie pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz zbadać wpływ czynników kształtujących określony poziom akceptacji choroby. Ankietowani pacjenci w zdecydowanej większości prezentują poziom akceptacji choroby jako średni - 65%, niski poziom występuje u 25% osób, a u 10% jest to poziom wysoki. Najniższy poziom akceptacji choroby zaobserwowano dla stwierdzeń: „nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być" oraz „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. Najwyższy stopień akceptacji choroby zanotowano dla stwierdzeń: „mój stan zdrowia sprawia że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem" oraz „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół".

Analiza wyników badań własnych dowiodła, że występuje częściowa zależność poziomu akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w odniesieniu do czynników socjodemograficznych badanej grupy pacjentów i współistniejących chorób.

Kobiety wykazały wyższy poziom akceptacji choroby jaką stanowi POChP niż mężczyźni. Podobne wyniki otrzymała A. Majda i H. Józefowska, gdzie kobiety wykazały wyższy poziom akceptacji choroby niż mężczyźni. Badania zostały przeprowadzone na podstawie Skali Akceptacji Choroby [11]. Podobne wyniki otrzymano również w badaniach K. Bąk-Drabik i D. Ziora, gdzie w badaniach udział wzięło 57 mężczyzn i 39 kobiet, to właśnie kobiety wykazały wyższy poziom akceptacji choroby jaką stanowi przewlekła obturacyjna choroba płuc [9].

Analizując poziom akceptacji choroby pod względem wieku badanych wykazano iż, respondenci w młodszej kategorii wiekowej prezentują wyższy poziom akceptacji choroby przewlekłej. Odmienne wyniki uzyskano w badaniach, które przeprowadziły D. Olek, I. Uchmanowicz, A. Chudziak, B. Jankowska-Polańska, gdzie stwierdzono, że osoby w starszej kategorii wiekowej wykazują znacznie częściej wyższy poziom akceptacji choroby, niż osoby w młodszej kategorii wiekowej [12].

Analiza poziomu akceptacji choroby pod względem wykształcenia badanych wykazała, iż respondenci posiadający wykształcenie wyższe i średnie odczuwają wyższy poziom

akceptacji choroby niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. W badaniach opierających się na Skali Akceptacji Choroby, które przeprowadziły K. Bąk-Drabik i D. Ziora wykazano także, że osoby z wyższym oraz średnim wykształceniem prezentują wyższy poziom akceptacji choroby przewlekłej jaką stanowi POChP [9].

W analizie poziomu akceptacji choroby pod względem stanu cywilnego badanych, wykazano, iż pacjenci przebywający w związku małżeńskim posiadają wyższy poziom akceptacji choroby przewlekłej jaką stanowi POChP. Przypuszczalnie wynika to z uzyskanego wsparcia psychicznego oraz organizacji i pomocy w czynnościach codziennych. Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach, które przeprowadziły B. Kowalczyk-Soroka, H. Marmurowska –Michałowska i M. Knap i wykazały, że stan cywilny badanych osób wpływa na poziom akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc [13].

Analizując poziom akceptacji choroby pod względem miejsca zamieszkania zaobserwowano, że chorzy mieszkający w mieście wykazali istotnie wyższy poziom akceptacji choroby jaką stanowi POChP w stosunku do mieszkańców wsi. Przypuszczalnie może to wynikać z szybszego dostępu do specjalistycznej opieki medycznej w szpitalach ale również uwarunkowane może to być także pozycją jaką chory zajmuje w określonym środowisku. Podobne wyniki uzyskano w badaniach A. Majdy i H. Józefowskiej, gdzie większość badanych mieszkających w mieście osiągnęła wyższy poziom akceptacji choroby przewlekłej jaką stanowi POChP [11].

W toku analizy poziomu akceptacji choroby pod względem sposobu zamieszkania wykazano, iż pacjenci zamieszkujący w rodziną ewentualnie opiekunem wykazują wyższy poziom akceptacji choroby przewlekłej jaką stanowi POChP. Przypuszczalnie wynika to z faktu otrzymywanej pomocy i wsparcia od osób trzecich w zakresie czynności dnia codziennego. Podobne wyniki w tym zakresie uzyskała M. Iwanicka-Michałowicz i I. Grzelewska-Rzymowska w badaniach przeprowadzonych na grupie 200 osób [14].

Na podstawie analizy poziomu akceptacji choroby pod względem współwystępowania innych chorób poza POChP wykazano, iż choroby współistniejące występują aż u 81% badanych. Występowanie tych chorób wpływa negatywnie na poziom akceptacji choroby zasadniczej jaką stanowi POChP. Choroby te obniżają samoocenę, sprawność fizyczną oraz psychiczną. Podobne wyniki zaprezentowała K. Walden-Gałuszko, J. Milanowski, J. Zieliński, którzy stwierdzają, że respondenci bez chorób współistniejących wykazują zdecydowanie wyższy poziom akceptacji choroby niż pacjenci obciążeni innymi chorobami [15].

Pomimo poważnych i często zaawansowanych objawów przewlekłej obturacyjnej choroby płuc pacjenci akceptują fakt choroby w stopniu średnim. Ze względu na problemy natury fizycznej, psychicznej i społecznej jakie spotykają chorzy z POChP w życiu codziennym należy poświęcić im dużo zrozumienia, cierpliwości i troski w sprawowaniu opieki i dążeniu do jak najlepszego ich funkcjonowaniu.

Wnioski

1. Chorzy z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc prezentują średni poziom akceptacji choroby.

2. Poziom akceptacji choroby wśród chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc nie zależy istotnie od płci, wieku, wykształcenia i sposobu zamieszkania osób badanych.
3. Poziom akceptacji choroby wśród chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc zależy istotnie od miejsca zamieszkania. Chorzy mieszkający w mieście przejawiają wyższy poziom akceptacji choroby w porównaniu z chorymi mieszkającymi na wsi.
4. Poziom akceptacji choroby wśród chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc zależy istotnie od współistniejących chorób. Chorzy, u których występują dodatkowe choroby prezentują niższy poziom akceptacji choroby w odniesieniu do grupy chorych bez współistniejących chorób.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Poziom akceptacji choroby przewlekłej przez chorego ma duże znaczenie w świadczeniu opieki profesjonalnej jak i pozyskaniu pacjenta do działań w zakresie samoopieki i samokontroli w środowisku domowym. Im wyższy poziom akceptacji choroby tym bardziej konstruktywna i zaangażowana postawa pacjenta w walce z chorobą przyczyniająca się do zwiększenia wymiarów jakości życia. W dążeniu do uzyskania wysokiego poziomu akceptacji choroby należy pozyskać, zaangażować i koordynować kompleksowe działania zespołu terapeutycznego, środowiska rodzinnego i grupy zawodowej pacjenta.

Bibliografia / Bibliography:

1. Jasik A., Marcinowska-Suchowierska E. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Postępy Nauk Medycznych. 2009;(22)5:340-344.

2. Chyczewska E., Górecka D. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Medycyna Praktyczna. 2008;2:12-89.

3. Matynia A., Porzych K., Porzych M., Kędziora-Kornatowska K., Motyl J., Polak A. Zachowania zdrowotne osób w podeszłym wieku. W: Krajewska-Kułak E., Szczepański M., Łukaszuk C., Lewko J. (red.), Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Tom I. Wydawnictwo Akademia Medyczna w Białymstoku. Białystok 2007:376-384.

4. Zieliński J. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Wydawnictwo Medyczne Górnicki. Wrocław 2006:21-30,60-70.

5. Kozielski J. i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftizjopneumonologicznego rozpoznawania i leczenia POChP. Medycyna po Dyplomie. 2003;(wyd. spec.):9-10

6. Pierzchała W., Barczyk A., Górecka D., Śliwiński P., Zieliński J. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Rozpoznawanie i leczenie POChP. Pneumonologia i Alergologia Polska. 2010;(78)5:17-35.

7. Kasiborska-Kuźniar K., Jankowska R., Kuźniar T. Wpływ rehabilitacji oddechowej na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Wiadomości Lekarskie. 2007;60(3-4):158-161.

8. Kozielski J. Czy chory na POChP odnosi korzyści z rehabilitacji skojarzonej z leczeniem farmakologicznym? Pneumonologia i Alergologia Polska. 2012;(80)4:463-466.

9. Bąk-Drabik K., Ziora D. Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Pneumonologia i Alergologia Polska. 2004;(72)supl.1:128-133.

10. Felton B.,J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A. AIS. Adaptacja Z. Juczyński. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012.

11. Majda A., Józefowska H. Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Problemy Pielęgniarstwa. 2009;(17)4:283-293.

12. Olek D., Uchmanowicz I., Chudiak A., Jankowska-Polańska B. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. Problemy pielęgniarstwa. 2014;(22)4:471-476.

13. Kowalczyk-Soroka B., Marmurowska -Michałowska H., Knap M. Stopień akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc a wsparcie społeczne. Biuletyn Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych. 2008;(152)5:6-10.

14. Iwanicka-Michałowicz M., Grzelewska-Rzymowska I. Czynniki ryzyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc u pacjentów leczonych szpitalnie. Pediatria i Medycyna Rodzinna. 2009:(5)1:27-32.

Opis przypadku/Case report

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 1(2)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.011

Jarosław Krzysztof Demianiuk[1]
[1] Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej we Włocławku

Rehabilitacja w domu pacjenta po krwotoku podpajęczynówkowym i operacji tętniaka tętnicy łączącej przedniej na podstawie studium przypadku

Rehabilitation in the home of a patient after subarachnoid hemorrhage and anterior communicating artery aneurysm surgery on the basis of a case study

Streszczenie
Ponad połowa chorych po krwawieniu podpajęczynówkowym umiera z powodu pierwotnego krwawienia lub jego następstw, głównie skurczu naczyniowego. Natomiast w ciągu sześciu tygodni od wystąpienia krwawienia 40% przypadków kończy się zgonem pacjenta. Podstawowymi czynnikami ryzyka są: palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, alkohol, miażdżyca naczyń, nadwaga ciała. W pracy przedstawiono studium przypadku rehabilitacji i opieki nad 58 - letnim pacjentem po krwotoku podpajęczynówkowym i operacji tętniaka tętnicy łączącej przedniej. Trudności w codziennym funkcjonowaniu pacjenta wynikają z obecnej sytuacji zdrowotnej oraz konsekwencji przebytego zabiegu pooperacyjnego. Warunkiem sukcesu w usprawnianiu chorego jest systematyczny i długotrwały proces leczniczo – pielęgnacyjno - rehabilitacyjny z pełnym zaangażowaniem całego zespołu. Celem pracy jest przedstawienie procesu rehabilitacji w domu pacjenta po operacji tętniaka tętnicy łączącej przedniej oraz efektywności działań zespołu terapeutycznego.

Abstract
More than half of patients with subarachnoid hemorrhage die from the initial bleeding or its consequences, mainly vasospasm. However, within the six weeks after the bleeding onset, 40% of cases are fatal for patients. The main risk factors include: smoking, hypertension, alcohol, atherosclerosis, and body overweight. The paper presents a case study of rehabilitation and care for a 58 - year old patient after subarachnoid hemorrhage and surgery of the aneurysm of anterior communicating artery Patient's difficulties in everyday functioning result from the current health condition and from the consequences of the post-operative treatment. The success in improving patient's physical

abilities depends on a systematic and long-term process of healing-care-rehabilitation and full commitment of the whole team. The aim of the study is to present the process of rehabilitation at home of the patient after surgery of the aneurysm of the anterior communicating artery and the effectiveness of activities performed by the therapeutic team.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, tętniak, udar krwotoczny

Keywords: rehabilitation, aneurysm, stroke hemorrhagic

Introduction

Cerebral aneurysm arises from the brain artery walls disorders, usually in the arterial of brain basis. When the aneurysm suddenly bursts, it is followed by hemorrhage into the subarachnoid space or to the brain, which is recognized as the hemorrhage stroke. If bleeding is not extensive, pain may persist for several days. Severe hemorrhages usually have a rapid course. This can cause severe disturbance of consciousness, and in many cases, death of the patient. Large brain aneurysms, pressing specific nerve endings can produce clinical signs such as paralysis of the muscles which move eyeballs, the pressure on-the optic nerve with the reduced visual area, or progressive visual impairment. Apart from severe pain that may radiate to the neck or around the eyeball, there appear nausea and vomiting as well as loss of consciousness.

The causes of cerebral hemorrhages have a complex basis.

Following chronic hypertension there occurs arteriopathy in form of structural changes in the small resistance arterioles. They consist in the formation of microaneurysms and lipohyaline segments, which result in the weakening of the arteriole walls and in an increase of their susceptibility to a rapture. This occurs particularly in a sudden increase of blood pressure. These changes relate mainly to the arterioles supplying blood to the striatum, hill, mostui cerebellum.

In the elderly, in the middle layer of small arteries there comes to the formation of amyloid angiopathy. It is the reason for the hemorrhage in the lobar-frontal, parietal or occipital location, and more rarely the cause of subarachnoid hemorrhage.

A significant cause of cerebral hemorrhages includes vascular malformations: aneurysms, arteriovenous malformations and cavernous hemangiomas. A rupture leads to subarachnoid or meningo-cerebral hemorrhage. Sometimes there occurs intracerebral hemorrhage in the case brain tumors diagnosis - primary and metastatic, being the reason for lobar hemorrhage.

In the course of hematological diseases (leukemia, hemophilia, thrombocytopenic purpura) there occur clotting disorders, which is also the case when anticoagulants (heparin, acenocoumarol) and antiplatelet medicines (aspirin) are applied, leading to hemorrhagic outbreak - sometimes of multiple nature.

Haemorrhagic disorders of the brain take the following clinical forms: intracerebral hemorrhage with transient focal symptoms, usually runs without loss of consciousness, intracerebral hemorrhage with persistent depletion symptoms and subarachnoid hemorrhage [1].

The clinical image of hemorrhagic stroke depends on its location and size:

- hemorrhage into deep subcortical structures is most often related to the putamen or to the hill. With the occupation of the putamen there occurs contralateral hemiparesis or hemiplegia with dysesthesia. In the case of haemorrhage of the hill there dominates sensory hemiparesis disorders, symptoms are accompanied by a headache, vomiting, and in the case of extensive bleeding by increasing disorders of consciousness.
- hemorrhage may, depending on its location, lead to hemiparesis, semi-sensory disorders, semi-amblyopia and aphasia, as well as to a headache and vomiting.
- hemorrhage to the cerebellum is characterized by impaired balance, hemior quadriplegia ataxia, dysarthria, headache, vomiting and by rapidly growing disorders of consciousness.
- hemorrhage to the pons–is accompanied by the quadriparesis paresis or paralysis, impaired associations, of the eyeballs look and by a rapidly growing disorder of consciousness.
- Subarachnoid hemorrhage is characterized by a sudden intense headache, often in the occipital, meningeal symptoms, and sometimes by disorders of consciousness.

The clinical condition of the patient and the severity of subarachnoid hemorrhage is determined on the BotrrellScale of 1956 as modified by Hunt and Hess 1968. It is characterized by division into five clinical degrees:

- I - degree - the patientis conscious, headache, meningeal symtoms,
- II - the patient is conscious, severe headaches, significant meningeal symptoms, cranial nerve damage,
- III - drowsiness or obnubilation, hemiparesis focal symptoms,
- IV - coma, paralysis or hemiplegia, vegetative symptoms,
- V - coma, decerebration apex.

With the first and second clinical degree of severity of the bleeding symptoms the patient is directed within 24-48 hours to a centre, where after the performance of angiography and identification of an aneurysm the patient is subject to surgery treatment. In the third, fourth and fifth degree - surgical treatment is postponed until improvement occurs [1].

In the case of identifying a brain aneurysm, immediate targeted treatment should be applied. The course of possible disorders is unpredictable and there is always a risk of a rupture. With the conservative treatment of a bleeding aneurysm, the mortality rate in the case of massive bleeding is very high, 80-90%. Treatment of this type must lead to decompression and surgical draining of the hematoma. Often, there is a need for early surgery before significant brain swelling develops. Another solution in the treatment is to operate on at the beginning of the second week of the disease,in the cases where an improvement in breathing, general condition of the patient and in the state of consciousness has been achieved.

Deep disorders of consciousness, impossible to control shock, severe diabetes, uremia - are absolute contraindications to a surgery. The results of surgical treatment of

hemorrhage in the case of contraindications are not very effective. According to the statements of some authors mortality during surgery treatment ranges 25 - 70% [2].

One of the key elements in dealing with the patient after a stroke is to provide continuous, comprehensive complex psychomotor rehabilitation adapted to patient's abilities. According to the definition, rehabilitation is a process through which people with disabilities resulting from a stroke or other illness regain their abilities to function. If their full regaining is not possible to achieve, they gain then optimal physical, mental, social and professional chances, and can return to the appropriate environment compliant to their choice. Rehabilitation is not only improving the disabled person. Its scope covers all the elements affecting the quality of life, including the restoration of relations between patients, their families and friends. Rehabilitation includes, apart from physical fitness, the psychological, emotional and social realm of patient's functioning. Patient after a stroke expect that as a result of rehabilitation the maximum degree of physical and mental independance will be achieved. The patient should strive to achieving functional independence not only in a hospital environment, but above all, at home and in their social group. This means that the treatment should include every aspect of life, becoming a part of routine activities.

Stroke is a major cause of disability in the adult population. Rehabilitation of the patient is time consuming, costly and requires professional preparation of the therapeutic team members. It is an active and ongoing process that begins during patients' hospitalization and is also continued after their return home. Treatment of stroke is initially focused on saving the patient's life and their subsequent improvement. It is important to start the patients and to return them tovertical position. With hemorrhagic strokes one should be even more careful than in dealing with patients with ischemic stroke. The period of immobilization in ischemic strokes lasts 2-3days, after the embolism for three weeks, whereas after hemorrhagic stroke about 3-4 weeks. Getting the patient up should be cautious due to the likelihood of a recurrence of bleeding. The fastest verticalization is implemented after stroke generated the occurrence of blood clots, a little later after embolism, and the latest after strokes. In the case of hemorrhage sitting the patient is implemented in week 5, whereas getting up and verticalization at week 6 after the stroke [1].

The aim of the study is to present the process of rehabilitation at patient's home after surgery of anterior communicating artery aneurysm and the effectiveness of medical actions.

Case presentation

The patient being a man aged 58, living in the city with his wife. Children grown up, self-independent. By last January professionally active. He worked in a large plant, at the production line. He did not smoke cigarettes, but overused alcohol, drinking every day. Often he wasted his whole salary on alcohol which resulted in further social problems. In family life there prevailed a period of peace and stability because the patient had stopped drinking. The period of abstinence lasted for five years, but the patient returned to the habit again.

In January this year the patient was admitted to hospital with the diagnosis: massive subarachnoid haemorrhage from anterior communicating artery aneurysm. On admission, the patient was conscious, sleepy, with limited logical-verbal contact, without apparent paralysis, Glasgow Coma Scales = 12points (Eay 3, Verbal 4, motor 5) Hunt Hess III group - that is, drowsiness or lightheadedness focal hemiparesis symptoms. The CT scan of the head [3] - a massive SAH (Eng. Subarachnoidhemorrhage) with a puncture to the ventricular system (IV group by Fisher), angio-CT ACoA aneurysm (anterior communicating artery – lat. arteria communicans anterior). The patient was hospitalised for urgent surgery. The procedure was performed on the first day of ing in hospital. By means of right-sided pterional craniotomy, anterior communicating artery aneurysm was clipped. The perioperative course was complicated because of patient's higher temperature.

The patient in general and neurological condition as on admission without paresis, periodically mentally and physically stimulated, was transferred to the neurosurgery ward for further treatment. The patient was conscious, but verbal contact was not possible. He was breathing through a tracheoscopic tube, in the airway moderate retention of secretions was found. The patient was fed by means of a nasogastric tube, with high protein and energy diet applied. The patient stayed in bed on a anti- decubital mattress, to avoid changes to the skin. The patient used the Foley catheter.

The interview made it possible to establish that the family presented an incomplete caring capacity–other persons' involvement is necessary, as the patient has to be provided with a continued nursing care. In the assessment of the patient on the Barthel Scale 0 points were indicted. Although the patient's wife in not employed anywhere, but she is systematically treated due to complaints regarding the backpain. Patient's housing situation was assessed as 10 points including three categories: A –a very good situation 0-4 points B. Good situation : 5-10 points. C - bad situation: 11-25 points.

In February, the patient had the PEG installed. The surgery was carried out without any complications and the probe was clear. The patient was fed with the Nutrison Protison and Nutrison Protein Plus industrial diet.

On the discharge day from hospital there was performed again CT of the head without contrast that showed that there were postoperative visible changes after the anterior communicating artery aneurysm surgery in the skull bones on the right side and 1-2 vascular clips projected in the artery. As compared to the previous test, a clear progression of ischemic changes particularly large in both parietal lobes, and to a lesser extent - the frontal and occipital ones. Currently, clearly extended ventricular system (Huckman Index approximately 1. Verticle III 17-19 mm) with the characteristics of leakage of cerebrospinal fluid, which indicates active hydrocephalus. Posterior fossa structures within normal limits. Mucosal thickening in the left maxillary sinus and in the sphenoid sinus.

Possible complications in the current situation of the patient can be divided into early and late.

The early include:

- vascular spasms,
- cerebral edema, cytotoxic or vascular,

- death,
- epileptic seizures,
- cardiovascular disorders,
- neurogenic pulmonary edema,
- water and electrolyte disorders.

Late complications include:

- swelling of the brain,
- epileptic seizures,
- normotensive hydrocephalus.

Recommendations for the patient in the dischard card:

Decubital prevention, vital parameters monitoring, changing dressings round the PEG, looking after the tracheotomy tube, suctioning secretions from the bronchial tree using electric sucker.

The model of patient's rehabilitation at home resulted from the identified problems regarding the patient and his family.

I. As a result of subarachnoid hemorrhage there followed a complete and prolonged immobilization of the patient.

Aim of improvement - prevention of adverse effects of immobilization. Actions:

- the use of an electrically controlled bed, allowing the use of different positions during rehabilitation,
- the use of appropriate facilities (rollers, wedges, supports, ladders, tapes) that allow to lay the patient properly and functionally, preventing skin abrasions, contusions and improve comfort of laying,
- use anti-bedsore mattress of variable pressure,
- prevention of pressure ulcers by systematically varying the patient' position, by a physiotherapist, a wife or a nurse, depending on who is staying at the time with the patient,
- due to the emergence of pressure ulcers – laser therapy was applied,
- preventing the appearance of contractures, muscle atrophy, mobility restrictions by applying exercise and laying positions,
- carrying out systematic rehabilitation at least 3-4 times a day,
- chest percussion,
- applying massage to stimulate blood circulation and nutrition of the skin,
- drawing attention of the family to the need for systematic actions related to the health of the whole body of the patient (oral hygiene, shaving, washing head, hair cutting, moisturing and nourishing the skin of the patient with particular emphasis on areas prone to pressure, abrasions, sores, to making beds carefully, folds and roughness aligning, taking care of clean and dry underwear, pajamas and bedding),
- analysis of the way the family follows the recommendations on nutrition (application of high protein, high-energy diet, in order to prevent pressure sores as a result of deproteinization and malnutrition) [8].

II. Lack of acceptance of disability and loss of control over one's own body.
Aim of improvement - showing the patient and the immediate the effects of work of the entire team, providing support to patients and their families, positive motivating. Actions:

- motivating the family to overcome difficulties, not taking hope away from them,
- help in finding the sense of life of the patient and his family,
- neuropsychological rehabilitation [9],
- making the family and the patient aware of the disease, consequences,
- planning the improvement and rehabilitation with the patient's family,
- explaining to the family and patient doubts associated with the disease, treatment and rehabilitation,
- if necessary, the use of professional psychiatric and psychological assistance [10],
- possible use of drugs prescribed by the doctor to improve mood and well-being of both the patient and caretakers [11],
- maing social and professional integration easier [12],
- passive exercises, exposure to yellow light from bioptron lamp as antidepressant.

III. Neurogenic disorders of urine associated with subarachnoid hemorrhage.
Aim of improvement - prevention of abnormal complications. Actions:

- drawing attention of the family to the activities related to prevention of urinary tract infections (taking care of personal hygiene of the patient, potency of the Foley catheter while following principles of asepsis and antisepsis, proper nutrition of the patient),
- introduction of rehabilitation of bladder automatism (hyper-reflectorive) by: suprapubic tapping, passive flexion of the lower limbs,
- in the case of autonomous bladder (a-reflectorive) performing exercise strengthening stomach muscles, the muscles of the pelvis and abdomen [13].

IV. The risk of thromboembolism caused by prolonged immobility of the patient.
Aim of improvement - prevention of complication. Actions:

- improvement of lower and upper limbs, carrying out passive exercise to improve circulation,
- prevention of contractures in the hip, knee, shoulder and elbow joints,
- massage of upper and lower limbs towards the heart,
- laying of the lower and upper limbs higher to facilitate the venous blood return to the heart [1].

V. The risk of complications from the respiratory tract.
Aim of care - Preventing complication. Actions:

- using laying positions, facilitating expectoration of secretions from the bronchial tree [13],
- chest percussion in order to clean the bronchial tree,
- degumming residual secretions from the bronchial tree using electric sucker,
- passive breathing exercise [8].

VI. The possibility of hemodynamic changes due to the aneurysm post surgery condition.
Aim of care - preventing the emergence of disorders that could threaten the patient's life.
Actions:

- monitoring vital signs parameters,
- controlling diuresis,
- observing the appearance of the patient's skin, its color, temperature of the body, the appearance of edema [1].

Discussion

The model of rehabilitation in the home of the patient's after the subarachnoid hemorrhage and the surgery of an aneurysm of the anterior communicating artery was created on the basis of a case study. There were taken into consideration and analyzed typical symptoms of subarachnoid bleeding, which might include: electrifying headache (reported by patients as if they had been kicked in their head [4], or the worst pain in life lasting from a few seconds to several minutes). This pain often pulses towards the occiput [5], where one third of patients do not experience any other symptoms besides the characteristic headache. Suarez indicates that in one out of ten patients who come to the doctor with similar headaches there is later diagnosed subarachnoid hemorrhage. There may appear vomiting, and 1 out of 14 patients has epileptic seizure. Other symptoms of hemorrhage also include confusion, decreased consciousness or even coma, neck stiffness and other meningeal signs [6]. However, Murray Long more indicated that the stiffness of the neck usually occurs about six hours after the occurence of bleeding [7].

A good model of rehabilitation in the patient's home after subarachnoid hemorrhage and anterior communicating artery aneurysm surgery is closely linked with external and internal factors. Improvement is the starting point for further actions aimed at improving each activity. Systematic training is of great importance, as otherwise the progress of achievements in improving the patient will be inhibited or even reversed [14].

In the illustrated case, the efficiency of patient’s functioning is very limited. Assessing the progress of the patient in the scope of therapeutic-nursing-rehabilitating activities one should always refer to the initial situation and notice the changes made. This shows therefore the degree of implementation of guidelines of the model of care adopted by the therapeutic team and implemented in the case of the patient after subarachnoid hemorrhage and anterior communicating artery aneurysm surgery. According to Dolińska - Zygmunt and Besowski this process is a great challenge for the entire therapeutic team. It is labor-intensive, requiring high psycho-emotional resistance [10,12]. Full cooperation of the caregiver with medical staff is suggested. Its effect being a positive impact on physical and mental condition of patients and their families.

In the case of the described patient, the healing - rehabilitation process in the patient's home will be carried out throughout his whole life. Only the intensity of this process will be subject to changes, which will depend on the physical condition of the patient as well as on involvement in the care of his care takes.

Conclusions

Patient after subarachnoid hemorrhage and the surgery of aneurysm in the right connecting artery, who is in a domestic environment requires constant assistance of another person in the performance of all daily activities.

Recommendations for nursing practice

The patient requires a long-term process of improvement and constant nursing and medical care, including systematic health checks.

Bibliografia/Bibliography:

1. Nowotny J. Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu. MediPage. Warszawa 2006: 167-174.

2. Dowżenko A., Wald I., Członkowska A. Neurologia kliniczna. Wydawnictwo PZWL Warszawa 1980: 82-85.

3. Prusiński A. Neurologia praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 230-243.

4. van Gijn J., Kerr R.S., Rinkel G.J. Subarachnoid haemorrhage. Lancet. 2007; 369(9558): 306-18.

5. Feigin VL, Rinkel GJ, Lawes CM, et al. Risk factors for subarachnoid hemorrhage: an updated systematic review of epidemiological studies. Stroke. 2005; 36: 2773-2780.

6. Suarez J.I., Tarr R.W., Selman W.R. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage. New England Journal of Medicine. 2006: 354(4): 387-96.

7. Longmore M., Wilkinson I., Turmezei T., Cheung C.K. Oxford handbook of clinical medicine for PDA. Oxford University Press, 2007: 841.

8. Kuch J. Rehabilitacja. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1989: 81.

9. Talar J. Neurorehabilitacja u progu XXI wieku. Katedra i Klinika Rehabilitacji, AM Bydgoszcz 2003:32-42.

10. Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2011:315-329.

11. Shen P. Step by step massage for pain relief. Wyd. Delta, Warszawa 1996: 8-13.

12. Besowski S. Aktywna rehabilitacja. Problemy rehabilitacji społecznej i zawodowej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1992: 38-47.

13. Kwolka A. Rehabilitacja medyczna. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003: 11-50.

14. Laidler P. Rehabilitacja po udarze mózgu. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1994: 128-149.

Artykuły poglądowe/Review

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2(1)/2016
ISSN: 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.012

Lucyna Graf[1], Mariola Śleziona[1]

[1] Studia Doktoranckie, ZakładFilozofii i Bioetyki Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Problemy opiekuńcze związane z chorobą Huntingtona

Care problems related to Huntington Disease

Streszczenie
Choroba Huntingtona jest przewlekłą neurodegeneracyjną chorobą, którą się dziedziczy autosomalnie dominująco. Objawy choroby dotyczą zaburzeń motorycznych, poznawczych, zachowania i emocji. Omawiana jednostka chorobowa stanowi szczególne wyzwanie dla rodzin i opiekunów, a także lekarzy, psychologów, rehabilitantów i pracowników opieki socjalnej. Niniejsza praca ma na celu przedstawienie możliwości rozwiązywania problemów związanych z chorobą Huntingtona, problemów związanych z opieką nad chorym, działań pomocowych oraz wsparcia dla chorego i jego bliskich. Konieczna jest edukacja na temat choroby Huntingtona oraz poradnictwo dla opiekunów i personelu medycznego w zakresie radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą. Konieczne są również zmiany systemowe i polepszenie dostępu do opieki medycznej i socjalnej oraz tworzenie i współpraca zespołów terapeutycznych.

Abstract
Huntington disease is a chronic neurodegenerative disease and autosomal dominant innate. The symptoms of this disease take the form of motor, cognitive, behavioral and emotional disorders. This diseases is particularly challenging to parents and caregivers, as well as doctors, psychologists, physiotherapists and social care employees. The purpose of this study is to present possible solutions to the problems related to Huntington disease, issues related to the care for the patient, assistance and support for patients and their relatives. It is necessary to educate people about Huntington disease and provide advice to caregivers and medical personnel with regard to dealing with its consequences. There is also a need to modify the existing system, improve the access to medical and social care, as well as create therapeutic teams and cooperate with them.

Słowa kluczowe: choroba Huntingtona, opieka, problemy pielęgnacyjne

Key words: Huntington disease, care, care problems

Wstęp

Choroba Huntingtona (HD),jej nazwa pochodzi od nazwiska George'a Huntingtona, który w 1872 roku jako pierwszy opisał jej objawy. Wcześniej była zwana pląsawicą Huntingtona. Pląsawica określa mimowolne ruchy o charakterze płynnym, które przypominają taniec. Ruchy pląsawicze mogą mieć różny stopień nasilenia począwszy od tych dyskretnych aż do uniemożliwiających choremu normalne funkcjonowanie. W średniowieczu choroba była nazywana „tańcem Świętego Wita", ze względu na mimowolne rytmiczne ruchy twarzy oraz kończyn górnych i dolnych. Chorych na pląsawicę traktowano jak opętanych przez diabła tanecznym szałem. Zajmował się nimi kościół Św. Wita w Strasburgu, stąd wyżej wymieniona nazwa. HD znajduje się na liście rzadkich chorób. Jest genetyczną, postępującą neurodegeneracyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Badania dowodzą, iż w Europie i Ameryce Północnej w 100 000 populacji choruje od 4 do 8 osób. Często też w jednej rodzinie dotkniętych jest kilka osób, na przykład mąż, dzieci, wnukowie. Zwykle choroba rozpoczyna się w 35-40 roku życia. Charakteryzuje się triadą objawów: poznawczych, motorycznych i psychopatologicznych. Jednym z pierwszych objawów jest niezgrabność ruchów. Niestety pomimo wielu badań do tej pory nie znaleziono lekarstwa i skutecznej terapii, która wyleczyłaby lub opóźniła rozwój HD. Zatem jest to choroba postępująca, ma charakter paliatywny i nieuchronnie prowadzi do śmierci. Do zgonu dochodzi po 15-20 latach jej trwania. Należy zaznaczyć, że postać młodzieńcza HD postępuje szybko i tym samym zgon następuje szybciej. Przyczyną zgonu najczęściej jest zachłystowe zapalenie płuc, które następuje na skutek upośledzenia połykania i przedostania się treści żołądkowej do dolnych dróg oddechowych [1,2,3,4].

Celem pracy jest przedstawienie potrzeb oraz problemów pielęgnacyjnych i opiekuńczych związanych z chorobą Huntingtona.

Genetyka Choroby Huntingtona

Choroba jest dziedziczona w sposób autosomalnie dominująco. Ryzyko dziedziczenia określa się na 50%, co oznacza, że mężczyzna lub kobieta dotknięci chorobą mogą w 50% przekazać wadliwy gen na chromosomie 4, wywołującym HD, każdemu dziecku. Ważną informacją jest fakt, iż w przypadku osób, które nie odziedziczyły zmiany genetycznej choroba nie rozwinie się, jak również nie zostanie przekazana potomstwu.

Natomiast, jeśli statut rodziców nie jest znany, wnuki osób dotkniętych chorobą Huntingtona mogą dziedziczyć chorobę w 25%. Zdarza się, że HD jest diagnozowane u osób, u których w wywiadzie rodzinnym nie było takiej jednostki chorobowej. Do sytuacji takiej, może dojść gdy przodkowie byli nosicielami, lecz nie byli lub byli błędnie zdiagnozowani.

Za pomocą testów genetycznych istnieje możliwość diagnostyki krewnych chorego, dzięki czemu można stwierdzić, czy dana osoba ma mutację HD. Niestety test nie jest w stanie określić, kiedy choroba zacznie się rozwijać. W Polsce testy genetyczne HD wykonuje się bezpłatnie, warunkiem jest skierowanie od lekarza specjalisty. Testom mogą poddać się wyłącznie osoby dorosłe. Obecnie istnieje także możliwość diagnostyki prenatalnej w celu sprawdzenia, czy wadliwy gen przekazało się dziecku.

Ważne jest, by dokładnie określić cel wykonania testu ze względu na brak specyficznego leczenia. Wykonanie rutynowych badań w celu wykrycia choroby może budzić poważne dylematy etyczne, dlatego w przypadku osób decydujących się na ich wykonanie należy indywidualnie rozważyć sytuację chorego i jego rodziny, a po uzyskaniu wyniku ustalić z lekarzem dalsze postępowanie. Wielu potencjalnych nosicieli nie decyduje się na wykonanie testów genetycznych obawiając się życia z piętnem przyszłej choroby. Inną grupę stanowią osoby, które mają świadomość braku możliwości powstrzymania rozwoju choroby, chcą wykonać testy genetyczne, a następnie chcą uregulować sobie sprawy rodzinne, zawodowej majątkowe [2,5,6].

Diagnostyka choroby Huntingtona

W procesie diagnostycznym największą rolę odgrywa wywiad rodzinny. Należy zwrócić uwagę czy w rodzinie występowały typowe objawy, takie jak zaburzenia ruchowe, przewlekłe zaburzenia depresyjne oraz schizofrenopodobne, a także samobójstwa. W celu rozpoznania choroby pomocne będą badania genetyczne. Natomiast w badaniu morfologicznym można stwierdzić nasilenie zmian zwyrodnieniowych mózgu. Tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny może wykazać zaniki płatów czołowych i jądra ogoniastego[6,7].

Objawy i rozwój choroby Huntingtona

Choroba Huntingtona u większości chorych rozpoczyna się u 2/3 pacjentów od objawów neurologicznych, natomiast u pozostałej części pacjentów zaburzenia psychiczne są objawami dominującymi. Przebieg choroby jest indywidualny, jest zmienny i trudny do przewidzenia. Objawy mogą różnić się w zależności od zakresu, ciężkości przebiegu, wieku, kiedy wystąpiły pierwsze objawy, a także szybkości postępu choroby.

Lekarze zaobserwowali wolny rozwój HD u osób, u których choroba ma późny początek, u z większą masą ciała, przez co jej spadek jest mało zauważalny oraz u chorych, u których na początku zachorowania nie występuje depresja, a deficyt intelektualny jest mniejszy. Natomiast szybką progresję choroby zaobserwowano u osób z wczesnym początkiem objawów, będących nosicielami, którzy odziedziczyli zmutowany gen od ojca, niezależnie od płci.

Choroba Huntingtona w typowym przebiegu rozwija się niezauważalnie, a pierwsze objawy nie budzą niepokoju u chorego oraz jego bliskich. Do najwcześniejszych objawów zalicza się spadek masy ciała przy prawidłowej diecie, nieznaczne zaburzenia osobowości, zaburzenia psychiczne oraz niewielkie zaburzenia ruchowe [6]. Wyróżnia się 3 fazy choroby:

Faza wczesna

W fazie wczesnej pacjent jest niezależny i samodzielny, przy czym zaczynają się pojawiać szybkie ukierunkowane ruchy – spojrzenia, zaburzenia gałkoruchowe oraz drobne dodatkowe mimowolne ruchy, które występują rzadko. Pojawiają się delikatne zaburzenia koordynacji ruchowej, natomiast wszelkie zaplanowane ruchy pacjent rozpoczyna w sposób powolny. Występuje lekka zmiana osobowości oraz zaburzenia nastroju.

Bardzo często chorego dotyka depresja, pacjent jest drażliwy, lękliwy, występuje labilność emocjonalna oraz subtelne zaburzenia poznawcze. Symptomem ostrzegawczym powinien być rozwój otępienia w młodym i średnim wieku oraz brak świadomości chorego występujących objawów choroby.

Faza średnia

W fazie średniej pacjent jest jeszcze niezależny w niektórych czynnościach, lecz wymaga już pomocy osób drugich. Narastają mimowolne ruchy i związane z tym trudności w wykonywaniu czynności planowych. Występują wyraźne zaburzenia zachowania, pacjent bywa agresywny, występują epizody psychotyczne, urojenia na przykład dotyczące romansów i zdrad. Pacjent często jest zazdrosny, wmawia innym wrogość wobec jego osoby. W tej fazie choroby mimowolne grymasy twarzy są już częste i wyraźne, występuje wykręcanie całego ciała oraz ruchy pląsawicze. Zauważalne są zaburzenia funkcji poznawczych, a także narastające otępienie. Chory zaczyna mieć problemy z połykaniem.

Faza zaawansowana

W tej fazie pacjent jest całkowicie zależny od opiekuna, występuje nietrzymanie moczu i stolca, narastają zaburzenia motoryczne i poznawcze, pogłębia się otępienie oraz obojętność.

Choroba Huntingtona charakteryzuje się objawami neurologicznymi, do których należą mimowolne, pląsawicze ruchy zarówno ogniskowe, jak i uogólnione. Ruchy te powodują zaburzenia w artykulacji oraz w połykaniu. Pacjent nie może utrzymać wysuniętego języka oraz nie potrafi utrzymać stałego nasilenia ucisku ręki, tak zwany objaw dojarki. Wśród występujących objawów neurologicznych możemy wyróżnić objawy pozapiramidowe, takie jak napadowe zaburzenia ruchowe, czyli mioklonie oraz wokalizacje, które przypominają tiki wokalne. Do innych objawów neurologicznych występujących w chorobie Huntingtona należą sztywność mięśni, spowolnienie ruchowe, dystoniczne ruchy oraz zaburzenia postawy. Obserwuje się także objawy piramidowe, najbardziej charakterystyczne są mimowolne skurcze włókien mięśniowych tak zwany klonus inaczej trząs. Innymi objawami są spastyczność mięśni, objaw Babińskiego, zaburzenia chodu i tym samym zaburzenia równowagi i koordynacji, które są przyczyna upadków. Występują również zaburzenia mowy z powodu dysfunkcji języka, podniebienia, gardła czy też krtani, tak zwana dyzartia. Mowa chorego staje się cicha, powolna i niewyraźna. Pacjent ma trudności w połykaniu, występuje dysfagia. Obserwuje się także zaburzenia ruchów gałek ocznych[6,8].

Kolejnymi charakterystycznymi objawami choroby Huntingtona są objawy psychiatryczne, na które należy zwrócić szczególną uwagę. Zaliczamy do nich zaburzenia osobowości i zachowania. Chorzy dotknięci HD wykazują labilność emocjonalną, są drażliwi, apatyczni, mają zachowania agresywne, a nawet autoagresywne, występują zaburzenia depresyjne. Bardzo często chorzy mają myśli oraz tendencje samobójcze. Pojawiają się zaburzenia lękowe, psychozy paranoidalne, zaburzenia urojeniowo-omamowe, a także obsesyjno-kompulsywne. Charakterystyczne są zaburzenia funkcji poznawczych, zwłaszcza zaburzenia dotyczące kategoryzowania i selekcjonowania informacji, planowania, ustalania celu działania i jego inicjowania. Wśród objawów psychiatrycznych obserwuje

się również zaburzenia pamięci operacyjnej uwagi oraz trudności w zapamiętywaniu nowych informacji oraz zmiana nastawienia strategii działania[6,9].

Rozwiązywanie problemów związanych z objawami choroby Huntingtona

W przypadku problemów z chodzeniem oraz wystąpienia ruchów pląsawiczych pomocna jest rehabilitacja ruchowa, wykonywanie regularnych ćwiczeń, które mają na celu poprawę chodu oraz poprawę i utrzymanie sprawności fizycznej. Ważne jest, aby chory unikał sytuacji, które mogłyby wywoływać i nasilać ruchy pląsawicze. Warto wiedzieć, że stres jest jednym z takich czynników.

Otępienie jest objawem, którego nie można się uniknąć. Natomiast należy powiedzieć lekarzowi o występujących symptomach wtedy, gdy tylko ktoś z bliskich zauważy splatanie czy problemy z pamięcią. Proces otępienia może spowolnić aktywizacja mózgu poprzez regularne dokształcanie się, ciągłą edukację, rozwiązywanie krzyżówek, czytanie książek.

Depresja jest zaburzeniem psychicznym towarzyszącym chorobie Huntingtona, dlatego ważne jest by chory rozmawiał o swoich obawach i problemach z rodziną i przyjaciółmi. Nie powinien rezygnować z czynności, które sprawiały mu przyjemność, a życie towarzyskie powinien prowadzić jak dotychczas. Warto starać się, aby przynajmniej raz w tygodniu spotykać się w gronie bliskich osób. W przypadku, kiedy powyższe czynności nie przyniosą oczekiwanych efektów, należy zgłosić się do lekarza prowadzącego oraz do psychologa, aby rozważyć możliwości leczenia farmakologicznego.

W sytuacji, gdy pojawiają się problemy z mówieniem, zaleca się wizytę u logopedy oraz regularne wykonywanie ćwiczeń logopedycznych. Należy ustalić kod komunikacyjny, który nie będzie choremu sprawiał trudności a będzie zapobiegał izolacji społecznej. Warto również porozmawiać z osobami kontaktującymi się z pacjentem, aby poznały ten kod oraz aby nie okazywały zniecierpliwienia w czasie rozmowy z chorym, w celu uniknięcia sytuacji stresowych, które mogą wywołać wzmożenie innych objawów na przykład ruchów pląsawiczych.

Problem, którego nie można pominąć to trudności w połykaniu. Chory powinien spożywać posiłki w pozycji siedzącej, a na pewno unikać pozycji leżącej. Muszą być one spożywane często, lecz w małych ilościach, natomiast płyny winny być przyjmowane małymi łykami. Konsystencję posiłków należy dostosować do potrzeb chorego.

Kolejnym ważnym problemem są zaparcia, które są związane z ograniczonym poruszaniem się. W takiej sytuacji przydatna jest dieta bogata w błonnik, produkty kiszone i zawierające florę bakteryjną oraz masaże okolic brzucha. W przypadku, kiedy zaparcia bywają długotrwałe i przewlekłe, należy zastosować środki farmakologiczne.

Chory może mieć problemy z nocnym snem, co jest spowodowane drzemkami w ciągu dnia. Możemy pomóc pacjentowi przez zapewnienie dobrych warunków do wypoczynku oraz poprzez organizację i urozmaicenia dnia. W sytuacji, kiedy takie rozwiązania nie pomogą, należy problem zgłosić lekarzowi prowadzącemu.

Chorzy odczuwają poczucie braku bezpieczeństwa z powodu ograniczenia sprawności fizycznej. Dlatego należy zadbać o zabezpieczenia na przykład barierki przy łóżku, uchwyty w łazience i toalecie, w miejscach, gdzie chory najczęściej przebywa.

Wsparcie dla chorych i ich opiekunów

W rozwiązywaniu wielu problemów, które codziennie się pojawiają, istotną rolę odgrywa wsparcie, które ma różnorodny zakres.
Ważne jest wsparcie emocjonalne, które ma na celu przekazywanie pozytywnych emocji, a tym samym poprawę samopoczucia chorego.
Wsparcie informacyjne polega na przekazywaniu podstawowych informacji dotyczących HD, rehabilitacji, jak również uczy jak żyć z chorobą i jak ją akceptować. Wsparciem służą także grupy samopomocowe, gdzie można dzielić się własnymi doświadczeniami związanymi z opieką nad chorym. W Polsce źródłem takiego wsparcia jest Stowarzyszenie Na Rzecz Osób z Chorobą Huntingtona. Natomiast wsparcie instrumentalne może dostarczyć pielęgniarka, która uczy rodzinę, w jaki sposób wykonywać zabiegi pielęgnacyjne oraz jak zapobiegać powikłaniom występującym na skutek procesu chorobowego [10,11].

Problemy związane z opieką nad chorym z chorobą Huntingtona

Choroba Huntingtona jest chorobą przewlekłą, jej objawy są zróżnicowane i pojawiają się w różnych fazach choroby. Chorzy wymagają opieki sprawowanej przez opiekunów przez wiele lat, czy nawet dekad. Zarówno w Polsce, jak i innych krajach na świecie pacjenci i ich opiekunowie borykają się z podobnymi problemami. Badania Skirtona i wsp. dowodzą, że w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii opiekunowie chorych z HD bardzo często mają negatywne doświadczenia z opieką medyczną i społeczną. Największy problemem stanowi niedostateczny dostęp do ochrony zdrowia, a także brak wiedzy personelu medycznego na temat choroby Huntingtona. Opiekunowie mają problem ze znalezieniem instytucji z wykwalifikowanym personelem oraz placówek, które zgodziłyby się przyjąć chorego. Badanie wskazało, że lekarze nie świadczą należytej opieki i bagatelizują ich problemy [12]. Zauważalny jest także problem w dostępie do podstawowej i domowej opieki oraz braku miejsc w domach opieki społecznej, między innymi z powodu młodego wieku chorych. Pacjentom odmawia się leczenia oraz rehabilitacji. Nie mogą korzystać z preferencyjnych cen leków oraz mają ograniczony dostęp do najnowocześniejszych terapii, z tego względu, że HD jest wprawdzie chorobą rzadką, lecz nie jest na liście chorób przewlekłych. Wiele badań wskazuje na to, że opieka nad pacjentem z HD powinna być zindywidualizowana, a podstawowa wiedza na ten temat jest niewystarczająca. Warto więc rozszerzyć edukację w tym zakresie zarówno wśród personelu medycznego, jak i społeczeństwa.

Opieka nad chorym z HD jest stresująca ze względu na neuropsychiatryczny charakter choroby. Pierwsze objawy są niezauważalne, lecz z powodu zmian charakterologicznych chorego mogą zaburzyć się relacje z członkami rodziny. Brak porozumienia wynika ze sztywności myślenia chorego oraz nieporadności życiowej. Rodziny zaczynają źle

funkcjonować, dochodzi do częstych kłótni, a pogłębiające się nieporozumienia małżonków prowadzą do problemów wychowawczych dzieci. Na tym etapie rozwoju choroby nikt z członków rodziny nie zauważa choroby, gdyż borykają się oni z rodzinnymi problemami, często też dochodzi do rozpadu związku, czy nawet utraty pracy. Kiedy chory zostaje zdiagnozowany jest już za późno na odwrócenie negatywnych skutków funkcjonowania rodziny wywołanych chorobą. Wielu bliskich nie jest też przygotowanych do roli opiekuna. Czasem wbrew swojej woli, czy to małżonkowie, czy też dzieci, muszą zamienić swoje role życiowe i stać się opiekunem, co jest trudne ze względu na utratę bliskości i zaburzone relacje z chorym.

Rozwój choroby sprawia, że pacjent stopniowo wycofuje się z życia społecznego, urywa kontakty ze znajomymi, zamyka się w domu, który traktuje jak azyl, oazę spokoju i bezpieczeństwa. Dlatego w opiece należy pamiętać o rytualnym cyklu dnia zarówno chorego jak i jego rodziny, ze względu na poczucie bezpieczeństwa pacjenta oraz dowartościowanie jego możliwości. Plan dnia i czynności powoduje ograniczenie lęku chorego, który może być wywołany poprzez wydarzenia, których nie zapamiętał. Nieprzewidywalne, nagłe oraz nowe sytuacje wywołują u niego lęk i niepokój. Z kolei przystosowanie się do nowych obowiązków i harmonogramu dnia jest dla opiekunów stresujące i problematyczne. Poświęcają oni choremu 24 godziny na dobę i są zmuszeni przeorganizować własne życie, zrezygnować z zainteresowań i nierzadko muszą pogodzić opiekę nad chorym z pracą zawodową. Młodzi opiekunowie czują się bezradni, mają problem z prowadzeniem normalnego życia, zmuszeni są do przejęcia wielu obowiązków, do których nie są przygotowani. Bliscy, którzy się opiekują chorym odczuwają brak czasu, zmęczenie i wyczerpanie przez co doświadczają poczucia osamotnienia, złości, frustracji, winy, co znów prowadzi do depresji. Wielu opiekunów odczuwa stres związany ze świadomością rozwoju choroby u pozostałych członków rodziny. Stąd też poczucie winy za przekazanie potomstwu choroby. Dodatkowym obciążeniem jest przedstawienie innym informacji o możliwości zachorowania. Poza tym może zdarzyć się, że podczas sprawowania opieki nad jednym chorym, zachoruje druga lub nawet trzecia osoba z rodziny. Świadomość opieki, która może trwać przez wiele lat nad kilkoma osobami równocześnie wzbudza lęk i strach [6,8,10,13].

Podsumowanie

Pacjenci w przebiegu choroby Huntigtona wymagają opieki zdrowotnej i socjalnej, do której wraz z opiekunami mają utrudniony dostęp. Istnieje zatem konieczność dokonania zmian systemowych i polepszenia dostępu do opieki medycznej i socjalnej oraz tworzenia i współpracy zespołów terapeutycznych. Do prawidłowego funkcjonowania zespołów terapeutycznych potrzebna jest też wiedza i wymiana doświadczeń. Konieczna jest zatem edukacja na temat choroby Huntingtona zarówno personelu medycznego, jak i pracowników socjalnych oraz rodzin i bliskich chorego.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Analiza problemów pacjentów z HD i ich opiekunów wskazuje na potrzebę prowadzenia poradnictwa oraz działań pomocowych w zakresie radzenia sobie ze stresem oraz

rozwiązywania problemów związanych z opieką od momentu diagnozy przez cały czas trwania choroby.

Bibliografia/Bibliography:

1. Brandon S.L., Phyllis C.Z. Zaburzenia okołodobowe rytmów snu i czuwania. Medycyna Praktyczna. 2007; 10:80-85.

2. http://wylecz.to/pl/choroby/neurologia-i-psychiatria/choroba-hu ntingtona.html.

3. Warchala A. Organiczne zaburzenia psychiczne. Choroba Huntingtona. Psychiatria Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. ŚUM, Katowice 2007; 79.

4. http://www.mz.gov.pl/.

5. http://www.huntington.pl/.

6. Sołtan W., Gołębiewska E., Limon J. Choroba Huntingtona - trzy punkty widzenia. Forum Medycyny Rodzinnej. 2011; 5(2):108-114.

7. Ross, C. A. Huntington's disease: new paths to pathogenesis. Cell. 2004; 118, 4-7.

8. Domaradzki J. Wpływ choroby Huntingtona na opiekunów rodzinnych - przegląd literatury. Psychiatr. Pol. 2015; 49(5):931-944.

9. Gołębiewska E., Sitek E. Huntington: wynik nieprawidłowy. Charaktery. 2010; 15:78-82.

10. Kawczyńska-Butrym.: Rodzina - zdrowie - choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2001.

11. Owecki M., Kozubski W.: Podłoże molekularne a obraz kliniczny pląsawicy Huntingtona. Nowiny Lekarskie. 2007; 6:640-646

12. Skirton H, Williams JK, Jackson BJ, Paulsen JS. Family carer personal concerns in Huntington disease. J. Adv. Nurs. 2012; 68(1):137-146.

13. Pickett T, Altmaier E, Paulsen JS. Caregiver burden in Huntington's disease. Rehabil. Psychol. 2007; 52(3):311-318.