



Stres a satysfakcja z pracy pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych

Anna Piskorz, Katarzyna Rogowska

Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa Epidemiologicznego WNZ CM UJ, IPIP, Kraków

Specjalistyczny Szpital im. S. Żeromskiego, Kraków



Wstęp

Stres jest definiowany jako stan obciążenia organizmu wynikający z sytuacji zagrożenia jednostki [1,2]. Reakcje stresowe mogą być następstwem sytuacji doraźnych oraz długotrwałych, występujących w danej jednostce czasu. Sytuacja stresowa determinuje zmiany psychiczne oraz biologiczne człowieka takie jak: wzrost napięcia emocjonalnego, zmiany funkcji poznawczych oraz jakości działania. Na podstawie badań nad stresem w pracy, Cooper i Marshall wyłonili 5 kategorii, które można podzielić stresory: związane z pracą, rolą jaką pełni pracownik w firmie, karierą zawodową, stosunkami międzyludzkimi oraz klimatem panującym w organizacji [4,3]. Praca jako nieodłączny element egzystencji, jest kluczowym determinantem odczuwania satysfakcji i wynika z różnicy między oczekiwaniami pracownika, a rzeczywistością, której doświadcza [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena zależności między poziomem stresu zawodowego, a satysfakcją z pracy wśród pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zabiegowych i zachowawczych.

Materiał i metodyka

Do badania zrekrutowano 182 pielęgniarek zatrudnionych w Specjalistycznym Szpitalu w Krakowie. Badania były prowadzone w okresie od grudnia 2019 do lutego 2020 roku. Do analizy włączono 171 pielęgniarek ze względu na braki danych. Zastosowano autorski kwestionariusz do zbierania danych społeczno-demograficznych oraz wystandaryzowane kwestionariusze: OSI- Kwestionariusz Stres w Pracy, który jest adaptacją skróconej wersji *Occupational Stress Indicator-OSI-2* autorstwa C.L. Coopera przetłumaczone przez M. Wierszal-Bazyl i A. Gołębiowską oraz Minesocki Kwestionariusz Satysfakcji z Pracy (*MSQ SF* -wersja skrócona).

Wyniki

Pielęgniarki pracujące w oddziałach zachowawczych (Pzach), stanowiły 48,5% (N=83), a pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zabiegowych (Pzab) 51,5%, (N=88) ogółu badanych. Średnia wieku badanych pielęgniarek wyniosła 44,188 lat SD= 11,9037, pielęgniarek zachowawczych (średnia 45,11 lat SD 10,02) i pielęgniarek zabiegowych (średnia 43,25 lat SD 9,14). Dla ogółu badanych pielęgniarek globalny poziom satysfakcji wg MSQ z pracy wyniósł 63,90±10,05 pkt. na skali 20-100 pkt. i oznaczał przeciętną satysfakcję z pracy. Stwierdzono, że pielęgniarki zatrudnione w oddziale zachowawczym posiadały istotnie wyższy poziom satysfakcji z wynagrodzenia i wykorzystania czasu w pracy (3,27 pkt.0,74) niż pielęgniarki z oddziałów zabiegowych (3,09 pkt. 0,54), ($p=0,0252$). W zakresie źródeł napięć w pracy, badane pielęgniarki oceniły jako najbardziej stresujące: stosunki z ludźmi (33,54 pkt. SD 5,73, sten 6), obciążenie (24,29pkt SD 5,02, sten 5) oraz równowaga praca-dom (22,12 pkt. SD 5,62, 6 sten). W grupie pielęgniarek, korelacje między satysfakcją z pracy ogółem (wg MSQ), a źródłami stresu w pracy wg skali OSI-2 były dodatnie. Wyjątek stanowią takie stresory jak: obciążenie i odpowiedzialność osobista, gdzie zaobserwowano ujemną korelację w grupie pielęgniarek zachowawczych ($p=0,0035$, $p=0,0088$, $\rho < 0$) (tabela 1).

Tabela 1. Wpływ wybranych źródeł stresu na poziom satysfakcji z pracy w dwóch grupach pielęgniarek.

Pielęgniarki pracujące w oddziałach zachowawczych PZach						
Satysfakcja z pracy wg MSQ	Możliwość samorealizacji	Wynagrodzenie i wykorzystanie czasu w pracy	Swoboda działania	Podporządkowanie wynikające z natury pracy	Możliwość wpływania na przebieg pracy	Ogólny poziom zadowolenia z pracy (średnia)
Źródła stresu wg OSI-2						
Obciążenie pracą (PW)	P=0,0118 Rho -0,275	P=0,0119 Rho -0,275	P=0,0805 Rho -0,193	P= 0,0127 Rho -0,273	P= 0,3196 Rho -0,111	P= 0,0355 Rho -0,231
Stosunki z ludźmi (PR)	P=0,6146 Rho -0,056	P= 0,7269 Rho 0,039	P= 0,2104 Rho 0,139	P= 0,5479 Rho -0,067	P= 0,0018 Rho 0,338	P= 0,7123 Rho 0,041
Równowaga: praca - dom (PH)	P= 0,7700 Rho -0,033	P=0,5037 Rho -0,074	P= 0,1614 Rho 0,155	P= 0,3656 Rho -0,101	P=0,7003 Rho 0,043	P= 0,9555 Rho 0,006
Odpowiedzialność osobista (PP)	P= 0,1010 Rho -0,181	P= 0,0009 Rho -0,359	P=0,0038 Rho -0,315	P=0,0030 Rho -0,321	P=0,0016 Rho -0,342	P=0,0088 Rho -0,286
Pielęgniarki pracujące w oddziałach zabiegowych Pzab						
Obciążenie pracą (PW)	P=0,5771 Rho -0,060	P=0,1155 Rho 0,169	P= 0,0113 Rho 0,269	P=0,2114 Rho 0,135	P=0,0061 Rho 0,290	P=0,1011 Rho 0,176
Stosunki z ludźmi (PR)	P=0,6086 Rho -0,055	P=0,0734 Rho 0,192	P=0,0075 Rho 0,283	P=0,8122 Rho 0,026	P=0,0207 Rho 0,246	P=0,1962 Rho 0,139
Równowaga: praca - dom (PH)	P=0,0696 Rho 0,194	P=0,0036 Rho 0,307	P<0,0001 Rho0,516	P=0,0062 Rho 0,290	P=0,0001 Rho 0,398	P=0,0001 Rho 0,413
Odpowiedzialność osobista	P=0,3805 Rho 0,095	P= 0,0172 Rho 0,253	P=0,0170 Rho 0,254	P=0,0125 Rho 0,265	P=0,0032 Rho 0,311	P=0,0189 Rho 0,250

Wnioski

1. Badania wykazały, że stres zawodowy istotnie wpływał na odczuwaną satysfakcję z pracy w badanej grupie pielęgniarek zachowawczych i zabiegowych.
2. Wyniki tego badania mają wymiar praktyczny dla kadry kierowniczej podmiotów leczniczych, ponieważ służą kreowaniu warunków pracy, które sprzyjają rozwojowi zawodowemu, poprawiają stan zdrowia w aspekcie fizycznym i psychicznym oraz zwiększają satysfakcję z pracy personelu pielęgniarskiego.
3. Należy prowadzić badania wśród personelu pielęgniarskiego w celu identyfikacji czynników stresujących występujących w miejscu pracy.

Piśmiennictwo

1. Falewicz A. Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie. *Studia Paradyskie* 2008, 27: 279–293.
2. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*, New York 1984.
3. Zdzienbło K, Zboina B, Stępień R, Mędrykowska A. Stres zawodowy jako czynnik determinujący jakość życia w opinii pielęgniarek. *Polish Journal of Health and Fitness* 2015 (1): 57-71.
4. Wierszal – Bazyl M. Stres psychospołeczny w pracy – pojęcie, źródła i konsekwencje, różnice indywidualne, prewencja. W: *Nauka o pracy – bezpieczeństwo, higiena, ergonomia* Red. D. Koradecka, . CIOP, Warszawa 2002, Tom 5: 50-65.
5. Sak-Skowron M, Skowron Ł. Determinanty satysfakcji z pracy– studium teoretyczne. *Marketing i Zarządzanie* 2017;2 (48):243-253.

Style radzenia sobie ze stresem pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach onkologicznych

Joanna Owsianowska¹, Adrianna Górską², Sylwia Wieder – Huszla¹, Renata Robaszkiewicz - Bouakaz¹, Marzanna Stanisławska³, Anna Jurczak¹

¹Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego, ²Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Specjalistycznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa

Wstęp

Stres stanowi nieodłączną część życia człowieka, a jego pojęcie jest zjawiskiem wielowymiarowym. Według Lazarusa i Folkmana radzenie sobie ze stresem stanowią wewnętrzne działania behawioralne i poznawcze, których celem jest opanowanie wymagań stawianych przez bodźce oceniane przez organizm jako silnie obciążające, bądź przekraczające możliwości jednostki. Wśród czynników ryzyka mających wpływ na odczuwany przez człowieka stres wymienia się między innymi warunki związane z wykonywaną pracą.. Środowisko pracy pielęgniarki powoduje obciążenie wieloma sytuacjami stresowymi do których zaliczyć można między innymi: Odpowiedzialność, presję czasu, nadmiar obowiązków, nieustanny kontakt z chorym cierpiącym i jego rodziną , kontakt ze śmiercią.

Cel pracy

Celem pracy była ocena stylu radzenia sobie ze stresem wśród pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach onkologicznych

Materiał i metodyka

W badaniach udział wzięło 180 pielęgniarek ze szczecińskich szpitali, zatrudnionych w oddziałach onkologicznych. Sytuację socjodemograficzną, oraz subiektywne odczucie stresu zawodowego zbadano autorskim kwestionariuszem ankiety składającym się z 16 pytań. Diagnozowanie stylu radzenia sobie ze stresem przeprowadzono za pomocą kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – CISS, który jest standaryzowanym narzędziem badawczym składającym się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie człowiek może podejmować w sytuacjach stresowych.

Wyniki

Zdecydowaną większość badanych (94,4%) stanowiły kobiety, natomiast mężczyźni stanowili tylko 5,6%. Wykształcenie badanej grupy przedstawiało się w sposób następujący: 46,1% ankietowanych ukończyło studia wyższe na poziomie licencjackim; 20,6% na poziomie magisterskim; 20,6% liceum medyczne; 12,8% studium medyczne. Średni staż pracy wynosił 14,9 lat (SD=12,9). Średni staż pracy na oddziale onkologicznym 7,3 lata (SD=8,2). Większość ankietowanych (55,6%) zatrudniona była na oddziałach o charakterze zabiegowym, natomiast 44,4% na oddziałach o charakterze zachowawczym. Zdecydowana większość ankietowanych (81,7%) pracowała w systemie zmianowym dwunastogodzinnym. Zdecydowana większość (86,1%) badanych deklarowała odczuwanie stresu związanego z wykonywaną pracą Ponad połowa badanych (51,1%) uznała stres za nieodłączny element ich pracy, jednak 48,9% ankietowanych miała zdanie przeciwne. Satisfakcję z wykonywanej pracy deklarowało 82,8% badanych. Przeprowadzona analiza wykazała, że wysoki styl radzenia sobie ze stresem najczęściej występował dla stylu skoncentrowanego na unikaniu (39,4% badanych), natomiast najrzadziej dla stylu skoncentrowanego na zadaniu (20,6%). Spośród dwóch form stylu skoncentrowanego na unikaniu wysoki występuje najczęściej dla zaangażowania w czynności zastępcze (48,3%), natomiast jest niższy dla poszukiwania kontaktów towarzyskich (25,6%). Przeprowadzona analiza nie wykazała zależności istotnych statystycznie pomiędzy częstością odczuwanego w pracy stresu, a wyborem stylu skoncentrowanego na unikaniu. Otrzymana wartość była wyższa od przyjętego poziomu istotności – 0,05 (p>0,05) – Tab.1.

Tabela 1. Wpływ częstości odczuwanego w pracy stresu na wybór stylu skoncentrowanego na unikaniu

SSU	Częstość odczuwanego stresu										p
	Bardzo często		Często		Rzadko		Bardzo rzadko		Wcale		
	n=26		n=60		n=55		n=14		n=25		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tak	4	15,4	14	23,3	4	7,3	1	7,1	4	16,0	0,1469
Nie	22	84,6	46	76,7	51	92,7	13	92,9	21	84,0	

Przeprowadzona analiza nie wykazała zależności istotnej statystycznie pomiędzy rodzajem oddziału na którym pracowały osoby badane a częstością odczuwanego stresu. Otrzymana wartość była wyższa od przyjętego poziomu istotności – 0,05 (p>0,05) – Tab. 2.

Tabela 2. Wpływ rodzaju oddziału na częstość odczuwanego w pracy stresu

Częstość odczuwanego stresu	Rodzaj oddziału				p
	Zabiegowy n=100		Zachowawczy n=80		
	n	%	n	%	
Bardzo często	13	13,0	13	16,3	0,4566
Często	33	33,0	27	33,8	
Rzadko	34	34,0	21	26,3	
Bardzo rzadko	5	5,0	9	11,3	
Wcale	15	15,0	10	12,5	

Wnioski

1. Analiza nie wykazała związku pomiędzy wykształceniem, a nasileniem stresu.
2. Praca w systemie zmianowym nie wywierała wpływu na nasilenie odczucia stresu przez pielęgniarki.
3. Subiektywna ocena odczuwanego stresu oraz jego nasilenie nie wywierały wpływu na wybór stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na unikaniu.
4. Miejsce zatrudnienia nie wywierało wpływu na odczucie większego obciążenia emocjonalnego.

Piśmiennictwo

1. Heszen I.: Psychologia stresu. Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN;2012.
2. Lazarus L.S., Folkman S.: Stress, Appraisal, and Coping. Wyd. 8. Warszawa: Wydaw. Springer Publishing Company 1984.
3. De Carvalho E.C., Muller M., de Carvalho P.B., de Souza Melo A.: Stress in the Professional Practice of Oncology Nurses. Cancer Nurs 2005; 28(3): 187-192.

Uwarunkowania zachowań zdrowotnych pielęgniarek aktywnych zawodowo

Renata Stępień¹, Agnieszka Zwiglińska², Grażyna Wiraszka¹

¹ Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach,
absolwentka studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo, Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp

Rozwijanie osobistego potencjału zdrowotnego czy też promowanie prozdrowotnego stylu życia przez personel pielęgniarski ma na celu utrzymanie dobrej kondycji zdrowotnej, ale również bycie wzorcem dla szerszych społeczności, a zwłaszcza pacjentów.

Cel pracy

Celem pracy było określenie czynników determinujących zachowania zdrowotne pielęgniarek związanych ze środowiskiem pracy i czynnikami społeczno-demograficznymi.

Materiał i metodyka

Badaniem ankietowym zostało objętych 151 pielęgniarek pracujących na oddziałach zachowawczych w Szpitalu św. Łukasza w Końskich. Średnia wieku wynosiła 40,93 lat. Wykształcenie wyższe magisterskie posiadało 53% badanych, a 47% wyższe licencjackie.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z metryczki oraz narzędzia standaryzowanego: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych.

- W badanej grupie zawodowej pielęgniarek pracujących na oddziałach zachowawczych dominowały zachowania prozdrowotne w ocenie testem IZZ. Średni poziom ogólnej skali IZZ (w stenach) wyniósł 8,15pkt (SD=0,55), mediana 8, a wyniki kształtowały się od 7 do 9 punktu.
- Badane pielęgniarki oceniły swój stan zdrowia jako dobry (53,0%) i bardzo dobry (47,0%).
Samooceń stanu zdrowia korelowała dodatnio z prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($p<0,05$), pozytywnym nastawieniem psychicznym ($p<0,001$), praktykami zdrowotnymi (0,01) oraz ogólnym wynikiem ($p<0,001$) w Skali IZZ.
- Wszystkie badane pielęgniarki twierdziły, że praca, którą wykonują jest stresująca (100%). Badania ujawniły, że im wyższy wiek ($p<0,05$) i wskaźnik BMI ($p<0,05$) tym wyższe nasilenie stresu w pracy.
- Wykazano istotną statystycznie zależność poziomu zachowań zdrowotnych w ramach Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i poziomu nasilenia stresu w przypadku prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych ($p<0,05$). Wraz z nasileniem stresu zwiększa się poziom pozytywnych nawyków żywieniowych, równocześnie pogarsza się nastawienie psychiczne oraz występują gorsze praktyki zdrowotne.
- Nie wykazano istotnie statystycznie zależności pomiędzy wynikiem ogólnym IZZ a poziomem nasilenia stresu ($p>0,05$).

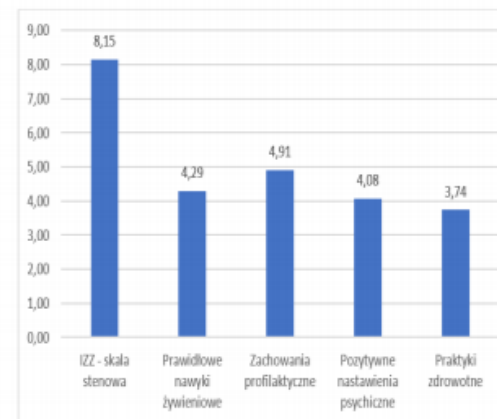
Tabela 1. Poziom zachowań zdrowotnych w ramach Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ)

Zmienna	N	M	SD	Mediana	Min	Max
IZZ - skala stenowa	151	8,15	0,55	8	7	9
Prawidłowe nawyki żywieniowe	151	4,29	0,22	4,3	4	4,7
Zachowania profilaktyczne	151	4,91	0,13	5	4,7	5
Pozytywne nastawienia psychiczne	151	4,08	0,26	4	3,5	4,7
Praktyki zdrowotne	151	3,74	0,45	3,8	2,8	4,3

Tabela 2. Przyczyny odczuwania stresu przez badane pielęgniarki

Jeśli odczuwa Pani jakiś stres to jaka jest jego najczęstsza przyczyna?	Liczba	Procent
problemy rodzinne	12	7,9
problemy zdrowotne	21	13,9
problemy w pracy	118	78,1
Razem	151	100,0

Wyniki



Rycina 1. Poziom zachowań zdrowotnych w ramach Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ)

Wnioski

1. Pielęgniarki w zdecydowanej większości prezentują zachowania prozdrowotne, w szczególności w kontekście prozdrowotnych zachowań związanych z odżywianiem, aktywnością fizyczną oraz ograniczeniem spożywania alkoholu i palenia tytoniu.
2. Czynniki istotnie wpływającymi na prezentowanie zachowań prozdrowotnych były wybrane czynniki socjodemograficzne, a także niski poziom stresu oraz wysoka samoocena własnego zdrowia.

Ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek pracujących w szpitalach

Kamil Kuszplak¹, Mariusz Wysokiński¹, Irena Wrońska¹, Dorota Kulina¹,
Katarzyna Przylepa², Wiesław Fidecki¹

¹Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Zdrowie to jeden z podstawowych elementów warunkujących życie konkretnej jednostki. Traktowane jako wartość jest potrzebne każdemu człowiekowi by mógł poprawnie funkcjonować w każdej sferze życia.[1] Problematyka zachowań zdrowotnych w Polsce jest niezwykle aktualna [2]. Koncentruje się ona wokół wszelkiej aktywności różnych grup populacji ukierunkowanej na cele zdrowotne [3]. Zachowania zdrowotne są to wszelkie nawyki, zwyczaje, postawy, wartości uznawane przez ludzi w dziedzinie zdrowia. Ukazują one jakim jest człowiek pod względem zdrowotnym, jak rozumie zdrowie i jak nim dysponuje. Pielęgniarki z racji swojego biomedycznego wykształcenia i interdyscyplinarnych kompetencji powinny cechować szczególnie wysoki poziom świadomości i motywacji prozdrowotnej[4].

Cel pracy

Celem pracy była ocena zachowań zdrowotnych pielęgniarek pracujących w szpitalach województwa lubelskiego.

Materiał i metodyka

Grupę badaną stanowiło 1226 pielęgniarek pracujących w szpitalach województwa lubelskiego. Zdecydowaną większość badanych to kobiety (94,4%). Wiek badanych zawierał się w przedziale 24-65 lat, najwięcej badanych było w wieku 41-50 lat (39,8%). Materiał badawczy zebrano za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Zawiera on 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem.

Wyniki

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Zmienne	Kobieta		Mężczyzna		Statystyka	
	M	SD	M	SD	Z	p
IZZ	80,71	11,78	75,97	13,94	-3,516	0,000
PNŻ	3,45	0,62	3,18	0,78	-3,071	0,002
ZP	3,44	0,64	3,21	0,68	-2,565	0,010
PNP	3,42	0,60	3,27	0,64	-2,570	0,010
PZ	3,14	0,61	3,00	0,68	-1,922	0,055

Płeć wpływa istotnie statystycznie na ogólny poziom zachowań zdrowotnych ($Z = -3,516$; $p = 0,000$). Wyższy wynik średniej ogólnej IZZ uzyskano wśród kobiet $80,71 \pm 11,78$, podobnie w obszarach prawidłowych nawyków żywieniowych ($3,45 \pm 0,62$), zachowań profilaktycznych ($3,44 \pm 0,64$), pozytywnego nastawienia psychicznego ($3,42 \pm 0,60$).

Zmienne	Średnie/ pomaturalne		Licencjat		Magister		Statystyka	
	M	SD	M	SD	M	SD	H	p
IZZ	81,88	12,77	79,38	12,14	81,03	11,25	8,250	0,016
PNŻ	3,46	0,66	3,39	0,64	3,48	0,59	3,953	0,139
ZP	3,54	0,66	3,37	0,66	3,44	0,60	11,771	0,003
PNP	3,48	0,64	3,39	0,59	3,42	0,59	4,839	0,089
PZ	3,16	0,66	3,09	0,61	3,18	0,59	5,054	0,080

Podczas analizy danych dotyczących wykształcenia ankietowanych zaobserwowano zależność statystyczną w zakresie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych ($H = 8,250$; $p = 0,016$), zachowań profilaktycznych ($H = 11,771$; $p = 0,003$). Najwyższy wynik ogólny z IZZ oraz wynik z obszaru zachowań profilaktycznych uzyskały osoby posiadające wykształcenie średnie/pomaturalne (kolejno: $81,88 \pm 12,77$; $2,49 \pm 0,36$).

Zmienne	Wiek	
	r	p
IZZ	0,021	0,462
PNŻ	0,062*	0,031
ZP	0,013	0,646
PNP	0,021	0,463
PZ	-0,028	0,319

Analizując zebrane dane można odnotować istotną zależność pomiędzy wiekiem respondentów, a poziomem zachowań zdrowotnych w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych ($r = 0,062$; $p = 0,031$) oraz poziomem wyczerpania w zakresie wypalenia zawodowego ($r = 0,075$; $p = 0,008$). Starsi ankietowani prezentują wyższy poziom zachowań zdrowotnych oraz większy stopień wyczerpania.

Zmienne	Dyżury 8 godzinne		Dyżury 12 godzinne		Statystyka	
	M	SD	M	SD	Z	p
IZZ	82,54	14,59	80,11	11,46	-2,706	0,007
PNŻ	3,53	0,77	3,42	0,60	-2,515	0,012
ZP	3,52	0,74	3,41	0,62	-2,755	0,006
PNP	3,45	0,68	3,41	0,59	-0,822	0,411
PZ	3,26	0,70	3,12	0,59	-2,354	0,019

W przypadku analizy zmiennej w postaci rodzaju dyżurów pracowniczych we wszystkich dziedzinach oprócz pozytywnego nastawienia psychicznego zaobserwowano istotne statystycznie różnice. Odnotowano tendencję, że we wszystkich dziedzinach w przypadku dyżurów 12 godzinnych wyniki są niższe niż dla dyżurujących po 8 godzin.

Wynik oceny Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych kształtowały się na poziomie średniej 80,44. Najlepiej oceniono prawidłowe nawyki żywieniowe (średnia 3,43); na takim samym poziomie oceniono zachowania profilaktyczne oraz pozytywne nastawienie psychiczne (średnie 3,42). Najniżej ocenione zostały praktyki zdrowotne (3,14). Najwięcej badanych prezentowało przeciętne zachowania zdrowotne (44,2%), niskie 37,7%, a tylko 18,1% wskazało na wysokie zachowania zdrowotne.

	IZZ	
	N	%
Niskie	462	37,7
Przeciętne	542	44,2
Wysokie	222	18,1
Ogółem	1226	100,0

Wnioski

1. Badana grupa pielęgniarek prezentowała przeciętny poziom zachowań zdrowotnych.
2. Płeć, wiek, wykształcenie i system pracy istotnie różnicowały zachowania zdrowotne badanej grupy.
3. Największy wpływ na zachowania zdrowotne w każdej z dziedzin miał system pracy.

Piśmiennictwo

1. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. Promocja zdrowia. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008; 70-83.
2. Walentukiewicz A., Lysak A., Wilk B. Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej o wysokim poziomie aktywności fizycznej — doniesienie wstępne. Rocz. Nauk. 2010; 19: 113-127.
3. Mazur J., Małkowska-Szumik A. Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny. IMiDz, Warszawa 2011.
4. Wojciechowska M., Suda K. Promocja zdrowego stylu życia nie tylko zadaniem zawodowym pielęgniarki, ale także odpowiedzią na współczesne zagrożenia. Probl. Pielęgn. 2008; 16 (1, 2): 60-65.

Ocena zachowań żywieniowych pielęgniarek

Kamusińska Elżbieta¹, Bies Weronika¹

¹Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp

Zdrowe żywienie jest głównym czynnikiem warunkującym prawidłowy rozwój i funkcjonowanie organizmu człowieka. Prawidłowa dieta pozwala na zachowanie odpowiedniej sprawności zarówno fizycznej jak i psychicznej. Pielęgniarki jako wykwalifikowani pracownicy ochrony zdrowia powinni posiadać szeroką wiedzę na temat zasad prawidłowego odżywiania oraz stosować się do nich, ponieważ są przykładem dla swoich podopiecznych, przyjaciół i rodziny.

Cel pracy

Celem badań było rozpoznanie wybranych zachowań żywieniowych oraz ocena jakości diety i wiedzy żywieniowej personelu pielęgniarskiego.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród 140 pielęgniarek i pielęgniarczy aktywnych zawodowo, drogą ankiety internetowej z użyciem kwestionariusza QEB, służącego do zebrania informacji na temat sposobu i jakości żywienia respondentów oraz oceny ich wiedzy żywieniowej.

Charakterystyka badanej populacji

Tab. 1. Badana grupa wg wieku, wykształcenia i systemu godzinowego pracy

Kategoria	Płeć			
	K		M	
	N	%	N	%
Wiek				
22-32	68	54,8	8	50,0
33-42	15	12,1	5	31,3
43-52	29	23,4	3	18,7
53-62	12	9,7	-	-
Ogółem	124	100	16	100
Wykształcenie				
LM/SP	11	8,9	-	-
LP	65	52,4	8	50,0
MGR	48	38,7	8	50,0
Ogółem	124	100	16	100
System godzinowy pracy				
Zmianowy 12 h	89	71,8	12	75,0
Zmianowy 8 h	19	15,3	2	2,5
Jednozmia-	16	12,9	2	12,5
Ogółem	124	100	16	100

Wyniki

W badaniach wykazano, że 53,6% respondentów nie spożywa posiłków o regularnych porach, a jedynie 20% uczestników badania spożywa 5 posiłków w ciągu dnia.

Większość badanych (81,4%) pojada między posiłkami, najczęściej były to: owoce – 63,5% i słodycze – 61,7%.

Subpopulacja 27,9% wypija prawidłowej ilości wody dziennie (ok. 6 szklanek); 4 szklanki wody dziennie wypija 20,7%; a 5 szklanek 20% personelu; 3 szklanki wody - 11,4% oraz 2 szklanki 16,4%. Jedynie 3,6% nie pija wody w ogóle. Najczęściej pitym rodzajem wody była woda niegazowana (74,8%).

Aż 75% ogółu respondentów nie wykazuje skłonności do stosowania prozdrowotnej diety. Bardzo podobny stosunek osób stosujących i niestosujących zdrowej diety znalazł się w subpopulacjach pracowników różnych systemów godzinowych, jak również w subpopulacjach pracowników różnych miejsc pracy.

Dieta antyzdrowotną stosowało 93,0% osób zamieszkujących tylko z partnerem; 85,7% badanych mieszkających jedynie z dziećmi oraz 75,5% ankietowanych, którzy zamieszkują z rodziną wielopokoleniową.

Poziom wiedzy żywieniowej 50,7% pielęgniarek oceniono jako dostateczny, zaś 44,3% respondentów uzyskało wynik dobry; wyniki te nie miały powiązania z ich poziomem wykształcenia.

Wnioski

1. Znaczna większość pielęgniarek nie stosuje prozdrowotnej diety oraz spożywa posiłki o nieregularnych porach.
2. Wiek pielęgniarek ma wpływ na ich zachowania żywieniowe. Najwięcej osób wykazujących nieprawidłowe nawyki żywieniowe znajduje się w najmłodszej oraz najstarszej grupie wiekowej.
3. Poziom wiedzy żywieniowej nie ma związku z poziomem wykształcenia pielęgniarek oraz nie ma wpływu na ich prezentowane zachowania żywieniowe.
4. Miejsce pracy, system pracy oraz dostępność do baru lub stołówki nie mają znaczenia w zachowaniach żywieniowych prezentowanych przez środowisko pielęgniarskie.
5. Posiadanie przez pielęgniarkę własnej rodziny ma wpływ na jej zachowania żywieniowe - pielęgniarki mieszkające z partnerem i dziećmi wykazują najwięcej prozdrowotnych zachowań żywieniowych.

Dylematy i postawy pielęgniarek w dobie pandemii

Aneta Joanna Musiał mgr piel., Dorota Trybusińska dr n. o zdr., Małgorzata Chmielewska dr n. o zdr.

Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu,

Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, 26-600 Radom, ul. Malczewskiego 29

Wstęp

Pandemia Coronavirusa zaskoczyła wszystkich. Spowodowała chaos, izolację, śmierć i strach. Strach o zdrowie, życie swoje, bliskich, znajomych, natomiast wśród personelu medycznego dodatkowo o swoich podopiecznych, pacjentów. To obawa o to, że Virus jest niepoznany, zaskakujący. Rozwija się dynamicznie, czasem podstępnie, bezobjawowo.

Cel pracy

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie dylematów i postaw pielęgniarek pracujących w trudnym okresie pandemii z zachowaniem zasad Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej.

Podstawowe założenia

Początek zakażeń Virusem Sars Cov-2 dla personelu medycznego to dla jednych niedowierzanie, absurd i negowanie zaleceń a dla innych strach, panika i ucieczka. Brak przygotowania placówek medycznych na walkę i profilaktykę zakażeń, niedobory środków ochrony osobistej powodowały wśród personelu medycznego niejednokrotnie unikanie odpowiedzialności i szukanie ratunku w zwolnieniach lekarskich lub zwolnieniach, odejściu z pracy.

Stale, niepokojące doniesienia medialne pogłębiały niepokój o swoje zdrowie i życie. Ponadto dynamika i sposób rozprzestrzeniania się wirusa dawały również powody do zmartwień o bezpieczeństwo rodziny, o narażanie najbliższych na możliwość przeniesienia im wirusa. Jednocześnie często pojawiały się przypadki wykluczenia ze społeczeństwa, odsunięcia pracowników ochrony zdrowia od przyjaciół, znajomych. Popularne stały się zarówno oznaki wdzięczności, szacunku, uznania dla medyków za profesjonalizm i odwagę jak i skrajnie inne zachowania społeczeństwa takie jak unikanie kontaktów, izolacja, zakazy wstępu np. do sklepów, stygmatyzowanie dzieci personelu medycznego.

Podsumowanie

Pandemia Coronavirusa trwa już blisko rok. Wirusa znamy już lepiej, leczenie staje się coraz bardziej skuteczne, umiemy się przed nim chronić, zabezpieczać. Zaczynamy wdrażać profilaktykę, jednak kiedy Pandemia się skończy, ile ofiar pochłonie i jakie jeszcze wywoła emocje pozostaje nadal tajemnicą

Piśmiennictwo

1. [https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-polożnych/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/](https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegnerok-i-polożnych/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/) 05.01.2021
2. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulopoor S, Mohammadi M, Rasoulopoor S, Khaledi-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health* 2020; 16.
3. Garg P, Arora U, Kumar A, Peruka N. The "Post-COVID" Syndrome: How Deep is the Damage? *Journal of Medical Virology* 2020; 93 (2): 673-674.
4. Turale S, Meechamnan C, Kunaviktikul W. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *International Nursing Review* 2020; 67 (2): 164-167.
5. Jacobs L, Garrett R. Hospital Care for COVID-19: What Have We Learned? *Public Health Emergency Collection* 2020; 68 (11): 2428-2430.
6. Petzold M B, Plag J, Ströhle A. Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. *Journal of Public Health and Emergency* 2020; 27: 1-5.
7. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye A, Viswanath O, Varrassi G. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2020; 34 (3): 553-560.
8. Ouslander J G, Grabowski D C. COVID-19 in Nursing Homes: Calming the Perfect Storm. *Journal of the American Geriatrics Society* 2020; 68 (10): 2153-2162.

Trudności w komunikacji oczami pielęgniarki pracującej na oddziale z chorymi na COVID - 19

Diak A.^{1,2,3}, Adamczuk J.^{2,3}, Bociarska R.³

1 – Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; 2 – Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu; 3 – Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu

Wstęp

Pandemia wirusa SARS-CoV-2 uruchomiła nową lawinę wyzwań i trudności dla kadr medycznych. Są to trudności wynikające nie tylko z braku dostatecznej wiedzy na temat nowopowstałego wirusa: trudności związane są także z organizacją pracy klinicznej, brakami doświadczonego personelu medycznego oraz dotyczą także problemów w komunikacji interpersonalnej. Komunikacja leży u podstaw każdej relacji, zarówno pielęgniarka-pielęgniarka, pielęgniarka-lekarz jak i pielęgniarka-pacjent. Niezwykle istotna jest zbieżność pomiędzy komunikacją werbalną i niewerbalną. W komunikacji terapeutycznej, jaką jest między innymi relacja pacjenta z personelem pielęgniarskim, zachowanie tej spójności komunikacyjnej nabiera szczególnego znaczenia. Stosowanie środków ochrony osobistej przez personel medyczny wymaganych na oddziałach leczących pacjentów z chorobą COVID-19 nie ułatwia komunikacji, a niejednokrotnie wpływa negatywnie na nawiązywanie relacji terapeutycznej. Dodatkowo trudności w komunikacji interpersonalnej pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego oraz pomiędzy pacjentem a zespołem terapeutycznym mogą negatywnie wpływać na proces leczenia pacjenta. Przed pielęgniarkami pracującymi na oddziałach, gdzie hospitalizowani są pacjenci o cięższym przebiegu infekcji wirusem SARS-CoV-2, stają rozliczne trudności. Wymaga to dodatkowej refleksji i wysiłku, by wypracować nowe standardy celem poprawy komunikacji interpersonalnej i terapeutycznej w tak trudnych warunkach.

Cel pracy

Zwrócenie uwagi na problemy w komunikacji obserwowane podczas opieki nad pacjentami z COVID – 19 oraz ich znaczenie w procesie zdrowienia.

Materiał i metodyka

Obserwacje i doświadczenia z własnej praktyki klinicznej.



Piśmiennictwo

1. Mocarska E.: „Komunikacja alternatywna i wspomagająca w służbie pacjentom z COVID-19”; glosfizjoterapeuty.pl, 30.05.2020.
2. Gniadek A., Nawara W., Padykuła M., Malinowska-Lipień I.: „Polska pielęgniarka w czasie pandemii zakażeń SARS-CoV-2 – różne perspektywy wykonywania zawodu”; *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2020; 18 (2): 149–154.

Wnioski

Utrudnienia percepcyjne w komunikacji terapeutycznej dotyczą zarówno relacji pacjent – personel medyczny oraz personel – personel.

Trudności te pojawiają się zarówno w komunikatach werbalnych jak i niewerbalnych.

1. Komunikacja werbalna – trudności:

- środki ochrony osobistej (maski pełnotwarzowe, przyłbice itp) używane przez personel utrudniają w znacznym stopniu rozumienie wypowiedzianych słów;
- środki ochrony osobistej (j.w.) mogą być przyczyną błędnego rozumienia komunikatów bądź niezrozumienia informacji;
- zaburzona komunikacja może być przyczyną błędów w procesie diagnostyczno – terapeutyczno –opiekuńczym;
- Przykre zaburzenia emocjonalne w postaci narastającej frustracji u pacjentów wynikają z niedosłyszania i/lub nierozumienia komunikatów werbalnych;

2. Komunikacja niewerbalna – problemy:

- środki ochrony osobistej (j.w.) w znacznym stopniu utrudniają obserwację mimiki twarzy oraz interpretację dźwięków parajęzykowych;
- środki ochrony osobistej (j.w.) powodują znikomą możliwość wzmacniania sygnałów werbalnych poprzez znaki niewerbalne;
- środki ochrony osobistej (j.w.) utrudniają pacjentowi identyfikację personelu medycznego;

Podsumowanie:

1. Brak spójności pomiędzy komunikacją werbalną i niewerbalną.
2. Brak możliwości weryfikacji odczuć płynących z komunikatu werbalnego.
3. Zaburzenia w komunikacji powodują zwiększony niepokój, chorych o własne zdrowie i dalsze rokowanie oraz zaburzają poczucie bezpieczeństwa, co jest kluczowe dla procesu zdrowienia.
4. Bagatelizowanie problemu, a tym samym pewien stopień dehumanizacji pacjentów w niektórych obserwowanych sytuacjach jest bardzo niepokojący.
5. Niezmiennie istotne jest podjęcie prób nawiązania skutecznej komunikacji z zastosowaniem środków pomocniczych – np. KKOK (Karta Komunikacyjna Opieki Kardiologicznej).

Wstęp

Wybuch pandemii spowodował konieczność wdrożenia zmian do praktyki położniczej. Należało zachować ciągłość procedur. Wprowadzanie nagłych zmian wpłynęło na zwiększone poczucie lęku położnych.

Cel pracy

Ocena nasilenia poziomu lęku w grupie położnych oraz analiza zależności pomiędzy nasileniem lęku a stażem pracy.

Materiał i metodyka

100 położnych, średni staż pracy: 11,51 lat (max. 36; mediana 7,5; SD: 10,37). Największa grupa zatrudniona była w szpitalu III stopnia referencyjności (n=40), kolejno: w szpitalach I i II stopnia referencyjności (n=18), w opiece środowiskowej (n=16), prywatnej praktyce (n=10), w przychodni (n=7).

Badania wstępne, link do kwestionariusza on-line rozsyłany metodą kuli śnieżnej do położnych oraz był umieszczony na forach internetowych, na stronie Facebook Fundacji Rodzić po ludzku, oraz Fundacji na Rzecz Wspierania Położnych. Wykorzystano standaryzowaną skalę do oceny poziomu lęku (Generalized Anxiety Disorder Screener - GAD-7). Zgoda na przeprowadzenie badania została wydana przez Komisję Etyki ds. Projektów Badawczych przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego nr 35/2020.

Wyniki

W badanej grupie średnia uzyskanych punktów w skali GAD-7 wyniosła 9,39 (min. 0, max.21, mediana 8,50; SD; 5,23).

U 20 badanych nie zauważono występowania lęku; najmniej liczna grupa wskazała na występowanie nasilonego lęku. W badanej grupie staż pracy nie wpływał na nasileniem objawów lękowych ($r = -0,0097$; $p = 0,924$).

Wnioski

1. Większość położnych doświadczała lęku związanego z epidemią. To sugeruje podjęcie działań mających na celu zmniejszanie nasilenia negatywnych emocji wśród personelu medycznego jest kluczowe, bez względu na staż pracy.
2. W badanej grupie staż pracy nie wpływał na poziom lęku, ale na relację między tymi czynnikami mogą mieć wpływ także inne zmienne.

Piśmiennictwo

1. Renfrew MJ, Cheyne H, Craig J, Duff E, Dykes F, Hunter B, Lavender T, Page L, Ross-Davie M, Spiby H, Downe S. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. Midwifery. 2020 Sep;88:102759. doi: 10.1016/j.midw.2020.102759. Epub 2020 May 25.
2. Covid-19 and pregnancy. BMJ 2020;369:m1672 doi: 10.1136/bmj.m1672 (Published 4 May 2020)
3. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F, Shin JJ, Sullivan S, Brondino N, Solmi M, Fusar-Poli P. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2020 Oct 1;275:48-57

ANALIZA ZMIAN W PRAKTYCE POŁOŻNICZEJ I OPIECE OKOŁOPORODOWEJ WYWOŁANYCH WYBUCHEM PANDEMII SARS-COV-2. DOŚWIADCZENIA POLSKIE - BADANIA WSTĘPNE

Gotlib Joanna^{1*}, Baranowska Barbara², Tataj-Puzyna Urszula², Pawlicka Paulina³, Rzońca Ewa¹, Jaworski Mariusz¹, Panczyk Mariusz¹

^{1*}Zakład Edukacji i Badań w Naukach o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, * - autor prezentujący pracę

²Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

³Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański, Gdańsk

Wstęp

Wybuch pandemii wpłynął na konieczność wprowadzenia zmian związanych z praktyką położniczą, dodatkowy problem systemowy brak personelu medycznego.

Cel pracy

Analiza zmian w praktyce położniczej wywołanych wybuchem pandemii.

Materiał i metodyka

100 położnych, średni staż pracy: 11,51 lat (max. 36; mediana 7,5; SD: 10,37). Największa grupa badanych położnych zatrudniona była w szpitalu III stopnia referencyjności (n=40), najmniej liczna – w przychodni (n=7). Badania wstępne, kwestionariusz on-line (technika CAWI), link rozsyłany metodą kuli śnieżnej oraz umieszczony na forach internetowych, na stronie Facebook Fundacji Rodzić po ludzku, oraz Fundacji na Rzecz Wspierania Położnych. Narzędzia badawcze: standaryzowana skali do oceny poziomu niepokoju (Generalized Anxiety Disorder Screener - GAD-7) oraz ankieta własna. Zgoda Komisji Etyki ds. Projektów Badawczych przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego nr 35/2020.

Wyniki

Położne deklarowały przeciążenie związane z pandemią (mediana 8), odczuwały restrykcje i strach (mediana 6) przed zarażeniem się. Większość (89%) twierdziła, że praca zawodowa zagraża rodzinie. Położne nie deklarowały, w jakim stopniu sytuacja pandemii wirusa SARS-Cov-2 wpłynęła na współpracę z kobietami ciężarnymi/rodzącymi oraz na współpracę interdyscyplinarną. Zdecydowana większość położnych deklarowała, że nie otrzymała od kobiet próśb dotyczących: towarzyszenia przy porodzie w ramach prywatnego dyżuru (73%), opieki po porodzie w ramach prywatnego dyżuru (76%), przyjęcia porodu domowego (72%), towarzyszenia przy porodzie domowym (78%), oraz domowej porady laktacyjnej (53%).

Wnioski

1. Wybuch pandemii nie wpłynął jednoznacznie na współpracę interdyscyplinarną, współpracę z kobietami oraz zainteresowanie usługami położniczymi.
2. Ze względu na duży odsetek osób deklarujących wysoki poziom ybuch strachu i zagrożenia związanego z pandemią konieczne jest wdrożenie systemu wsparcia psychologicznego dla personelu medycznego.

Piśmiennictwo

1. Pavlidis P, Eddy K, Phung L, Farrington E, Connolly M, Lopes R, Wilson AN, Homer CSE, Vogel JP. Clinical guidelines for caring for women with COVID-19 during pregnancy, childbirth and the immediate postpartum period. *Women Birth*. 2020 Nov 3;S1871-5192(20)30372-3. doi: 10.1016/j.wombi.2020.10.015. Online ahead of print.
2. Okunade KS, Makwe CC, Akinajo OR, Owie E, Ohazurike EO, Babah OA, Okunowo AA, Omisakin SI, Oluwole AA, Olamijulo JA, Adegboia O, Anorlu RI, Afolabi BB. Good clinical practice advice for the management of pregnant women with suspected or confirmed COVID-19 in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 Sep;150(3):278-284. doi: 10.1002/ijgo.13278. Epub 2020 Jul 9. PMID: 32557562

OCZEKIWANIA KOBIET CIĘŻARNYCH WOBEC OPIEKI POŁOŻNYCH ORAZ OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ W CZASIE PANDEMII SARS-COV-2 . WSTĘPNA ANALIZA JAKOŚCIOWA

Gotlib Joanna^{1*}, Baranowska Barbara², Tataj-Puzyna Urszula², Pawlicka Paulina³, Rzońca Ewa¹, Jaworski Mariusz¹, Panczyk Mariusz¹

¹ Zakład Edukacji i Badań w Naukach o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

² Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

³ Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański, Gdańsk

Wstęp

Wybuch pandemii wpłynął istotnie na doświadczenia kobiet w okresie okołoporodowym. Zauważono wzrost liczby kobiet zainteresowanych porodem domowym, mimo, że zasady kwalifikacji do porodu w warunkach pozaszpitalnych się nie zmieniły.

Cel pracy

Analiza oczekiwań kobiet ciężarnych wobec położnych w czasie pandemii.

Materiał i metodyka

100 położnych, średni staż pracy 11,51 lat (max. 36; mediana 7,5; SD: 10,37). Największa grupa zatrudniona była w szpitalu III stopnia referencyjności (n=40), najmniej liczna - w przychodni (n=7). Badania wstępne, technika CAWI, kwestionariusz on-line - metoda kuli śnieżnej oraz umieszczony na forach internetowych, na stronie Facebook Fundacji Rodzić po ludzku, oraz Fundacji na Rzecz Wspierania Położnych. Narzędzia badawcze: standaryzowana skala do oceny poziomu niepokoju (Generalized Anxiety Disorder Screener - GAD-7) oraz ankiety własne. Zgoda na przeprowadzenie badania została wydana przez Komisję Etyki ds. Projektów Badawczych przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego nr 35/2020.

Wyniki

Analiza jakościowa odpowiedzi położnych na pytania otwarte:
„O co pytają Cię kobiety w okresie pandemii koronawirusa?”
oraz
„O co proszą Cię kobiety w okresie pandemii koronawirusa?”.

Analiza odpowiedzi położnych wykazała 3 kategorie:

1. Sytuacja w szpitalu związaną z pandemią
2. Porody domowe
3. Przygotowanie do porodu – standardowe pytania
4. Wsparcie
5. O przekazanie niezbędnych rzeczy
6. Porady laktacyjne i okołoporodowe

Wnioski

1. Położne deklarowały, że pacjentki pytały o sytuację związaną z wybuchem pandemii SARS-CoV-2 i funkcjonowaniem opieki okołoporodowej w tym czasie.
2. Adekwatne reagowanie na potrzeby i wątpliwości kobiet może zwiększyć u nich poczucie bezpieczeństwa.
3. Badane położne deklarowały również, że w czasie pandemii wirusa SARS-CoV-2 znacznie wzrosło zainteresowanie porodem domowym.

Piśmiennictwo

1. Bender WR, Srinivas S, Coutifaris P, Acker A, Hirshberg A. The Psychological Experience of Obstetric Patients and Health Care Workers after Implementation of Universal SARS-CoV-2 Testing. Am J Perinatol. 2020 Oct;37(12):1271-1279. doi: 10.1055/s-0040-1715505. Epub 2020 Aug 5.
2. Renfrew MJ, Cheyne H, Craig J, Duff E, Dykes F, Hunter B, Lavender T, Page L, Ross-Davie M, Spiby H, Downe S. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. Midwifery. 2020 Sep;88:102759. doi: 10.1016/j.midw.2020.102759. Epub 2020 May 25.

Wiedza i umiejętności z zakresu osłuchiwania klatki piersiowej wśród pielęgniarek/rzy

Majder K.¹, Więch P.^{1,2}, Wojniak A.¹, Bazaliński D.^{2,3}

¹ Studenckie Koło Naukowe Medycyny w Stanach Nagłych, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

² Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów

³ Szpital Specjalistyczny – Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza, Brzozów

Wstęp

Wywiad oraz badanie fizykalne są podstawowymi elementami pozwalającymi pielęgniarkom ocenić stan zdrowia pacjentów. Umiejętność osłuchiwania klatki piersiowej w połączeniu z wiedzą anatomiczną i fizjologiczną daje szybką i niezawodną metodę rozróżniania i diagnozowania wielu chorób.

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań była ocena wiedzy i umiejętności z zakresu osłuchiwania klatki piersiowej wśród personelu pielęgniarskiego.

Materiał i metodyka

W oparciu o założone kryteria doboru losowego do badań zakwalifikowano 51 przedstawicieli zawodu (41 kobiet i 10 mężczyzn). Ocenie poddano poziom wiedzy oraz umiejętności z zakresu osłuchiwania klatki piersiowej oraz samodzielność podejmowania tej czynności w pracy zawodowej. Wykorzystano autorski test wiedzy, kwestionariusz ankiety oraz trenażer SimScope 360-3400. Wartości $p < 0.05$ uznano za statystycznie istotne.

Wyniki

10% badanych wykazało brak umiejętności osłuchiwania klatki piersiowej, mimo, że u żadnego z badanych nie stwierdzono braku wiedzy w tym zakresie ($p < 0.001$) (Tabela 1.). Wraz z wyższym poziomem wiedzy poziom umiejętności badanych ulegał wzrostowi, a niższy poziom wiedzy warunkował niższy poziom umiejętności ($p = 0.049$) (Tabela 1.). W opinii badanych osłuchiwanie płuc i serca są czynnościami wykonywanymi wyłącznie przez lekarza (Tabela 2.).

Tabela 1. Poziom wiedzy i umiejętności z zakresu osłuchiwania klatki piersiowej wśród personelu pielęgniarskiego.

Ocena	Poziom wiedzy		Poziom umiejętności	
	n	%	n	%
Brak wiedzy/umiejętności	0	0.0%	5	9.8%
Niski	18	35.3%	17	33.3%
Średni	28	54.9%	19	37.3%
Wysoki	5	9.8%	10	19.6%
Razem	51	100.0%	51	100.0%

Poziom wiedzy vs.
poziom umiejętności

$Z = 5.19$ $p < 0.001$

$R = 0.28$ $p = 0.049$

n – liczba obserwacji; Z – wynik testu kolejności par Wilcoxa; p – poziom istotności; R – wartość korelacji rang Spearmana.

Tabela 2. Samodzielność osłuchiwania klatki piersiowej w pracy zawodowej.

Opcje	Osłuchiwanie płuc		Osłuchiwanie serca	
	n	%	n	%
Nie posiada wiedzy oraz umiejętności	6	11.8%	6	11.8%
Posiada wiedzę oraz umiejętności lecz nie może tego wykonywać	8	15.7%	2	3.9%
Czynność tą wykonuje tylko lekarz	28	54.9%	35	68.7%
Czynność tą wykonuje na zlecenie lekarza	5	9.8%	4	7.8%
Czynność tą wykonuje samodzielnie, bez zlecenia lekarza	4	7.8%	4	7.8%

n – liczba obserwacji

Wnioski

Wiedza i umiejętności w zakresie osłuchiwania klatki piersiowej wśród personelu pielęgniarskiego są na poziomie przeciętnym, a wiek, płeć, staż pracy, wykształcenie nie mają istotnego wpływu. Personel pielęgniarski nie wykorzystuje technik badania fizykalnego w pracy zawodowej.

Piśmiennictwo

1. Raleigh M, Allan H. A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries. J Clin Nurs. 2017;26 (13-14): 2025-2035.
2. Anderson B, Nix E, Norman B, McPike HD. An evidence based approach to undergraduate physical assessment practicum course development. Nurse Educ Pract. 2014;14 (3): 242-246.
3. Birks M, Cant R, James A et al. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. Collegian. 2013;20 (1): 27-33.
4. Cicolini G, Tomietto M, Simonetti V et al. Physical assessment techniques performed by Italian registered nurses: a quantitative survey. J Clin Nurs. 2015; 24 (23-24): 3700-6.

Wiedza pielęgniarek czynnych zawodowo z województwa podkarpackiego i małopolskiego na temat wybranych alergii i nietolerancji pokarmowych

Weronika Anna Kwaśna, Monika Łabuzek, Aneta Grochowska

Szpital Specjalistyczny w Jaśle, PWSZ w Tarnowie

Wstęp

Alergie i nietolerancje pokarmowe są bardzo istotnym problemem medycznym, dotyczącym populacji na całym świecie. Zawód pielęgniarki ewoluje wraz z rozwojem nauki, a wiedza pielęgniarek i pielęgniarzy na temat chorób wynikających z nietolerancji składników pokarmowych oraz zasad dietoterapii jest niezbędna do sprawowania profesjonalnej opieki nad pacjentem w środowisku szpitalnym. Jest również bardzo istotna w przygotowaniu chorego i jego bliskich do samoopieki i samopielęgnacji na co dzień, poprzez odpowiednią edukację zdrowotną, wsparcie i porady personelu medycznego.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy pielęgniarek na temat alergii na gluten oraz nietolerancji laktozy, jak również zasad dietoterapii w tych jednostkach chorobowych.

Materiał i metodyka

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Badania przeprowadzono w styczniu i lutym 2019r. w grupie 102 pielęgniarek i pielęgniarzy z województw: podkarpackiego i małopolskiego. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu niezależności χ^2 , przyjmując poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Badania wykazały, iż poziom wiedzy w omawianym zakresie wzrastał istotnie wraz z wiekiem i stażem pracy pielęgniarek/pielęgniarzy. Wśród osób pracujących dłużej niż 15 lat zadowolający poziom prezentowało 79,5% ankietowanych. Stwierdzono, że satysfakcjonujący poziom wiedzy na temat wybranych alergii i nietolerancji pokarmowych posiadały częściej pielęgniarki/pielęgniarze z podkarpacia (76,5%) niż z małopolski (51,0%). Respondenci aktywnie angażujący się w rozwiązywanie problemów innych osób (80%) wykazali się większą wiedzą w omawianym temacie.

Tab 1. Charakterystyka demograficzna badanych.

Variable		N	%
Płeć	Kobiety	82	80,4
	Mężczyźni	20	19,6
Wiek	20-30 lat	38	37,3
	31-40 lat	24	23,5
	41-50 lat	34	33,3
	>50 lat	6	5,9
Wykształcenie	Średnie (ukończone liceum medyczne lub medyczne studium zawodowe)	2	2,0
	Wyższe I stopnia (licencjat)	58	56,9
	Wyższe I stopnia (licencjat) i specjalizacja	39	38,1
	Wyższe II stopnia (magisterskie)	2	2,0
	Wyższe II stopnia (magisterskie) i specjalizacja	1	1,0
Miejsce zamieszkania	Wieś	51	50,0
	Miasto do 50 tys. mieszkańców	25	24,5
	miasto do 100 tys. mieszkańców	14	13,7
	miasto do 250 tys. mieszkańców	6	5,9
	miasto > 250 tys. mieszkańców	6	5,9
Staż pracy	<1 roku	16	15,7
	1-15 lat	47	46,1
	16-30 lat	32	31,4
	> 30 lat	7	6,8

Tabela III: Poziom wiedzy na temat wybranych alergii i nietolerancji pokarmowych, a wiek badanych

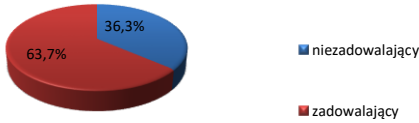
Poziom wiedzy na temat wybranych alergii i nietolerancji pokarmowych	Wiek					
	20 - 30 lat		31 - 40 lat		powyżej 40 lat	
	N	%	N	%	N	%
niezadowolający	21	55,3%	8	33,3%	8	20,0%
zadowolający	17	44,7%	16	66,7%	32	80,0%
P	0,0050					

Tabela II. Poprawność odpowiedzi na pytania testowe a województwo

		Województwo				P
		małopolskie		podkarpackie		
		N	%	N	%	
Posiadanie wiedzy, czym jest alergia pokarmowa	brak wiedzy	25	49,0%	18	35,3%	0,1604
	posiadanie wiedzy	26	51,0%	33	64,7%	
Posiadanie wiedzy, czym jest nietolerancja pokarmowa	brak wiedzy	30	58,8%	21	41,2%	0,0747
	posiadanie wiedzy	21	41,2%	30	58,8%	
Posiadanie wiedzy, czym jest gluten	brak wiedzy	28	54,9%	21	41,2%	0,1654
	posiadanie wiedzy	23	45,1%	30	58,8%	
Znajomość znaku symbolizującego żywność bezglutenową	brak wiedzy	4	7,8%	7	13,7%	0,3382
	posiadanie wiedzy	47	92,2%	44	86,3%	
Posiadanie wiedzy na temat najczęstszych objawów alergii na gluten	brak wiedzy	11	21,6%	16	31,4%	0,2618
	posiadanie wiedzy	40	78,4%	35	68,6%	
Znajomość naturalnie bezglutenowych rodzajów zbóż	brak wiedzy	26	51,0%	19	37,3%	0,1627
	posiadanie wiedzy	25	49,0%	32	62,7%	
Posiadanie wiedzy na temat wpływu glutenu na pracę układu pokarmowego człowieka cierpiącego na alergię pokarmową	brak wiedzy	22	43,1%	10	19,6%	0,0104
	posiadanie wiedzy	29	56,9%	41	80,4%	
Opinia na temat najczęściej występujących powikłań wynikających z nieostrożności diety bezglutenowej	brak wiedzy	19	37,3%	20	39,2%	0,8385
	posiadanie wiedzy	32	62,7%	31	60,8%	
Posiadanie wiedzy, czym jest laktoza	brak wiedzy	22	43,1%	14	27,5%	0,0974
	posiadanie wiedzy	29	56,9%	37	72,5%	
Znajomość nazwy enzymu odpowiadającego za hydrolizę laktozy	brak wiedzy	17	33,3%	16	31,4%	0,8324
	posiadanie wiedzy	34	66,7%	35	68,6%	
Posiadanie wiedzy na temat części przewodu pokarmowego, w której dochodzi do hydrolizy laktozy	brak wiedzy	15	29,4%	20	39,2%	0,2970
	posiadanie wiedzy	36	70,6%	31	60,8%	
Posiadanie wiedzy, czym jest nietolerancja laktozy	brak wiedzy	33	64,7%	16	31,4%	0,0008
	posiadanie wiedzy	18	35,3%	35	68,6%	
Znajomość charakterystycznych objawów występujących w przypadku nietolerancji laktozy	brak wiedzy	17	33,3%	14	27,5%	0,5184
	posiadanie wiedzy	34	66,7%	37	72,5%	
Posiadanie wiedzy na temat rodzaju grup produktów, które należy wyeliminować w przypadku nietolerancji laktozy	brak wiedzy	15	29,4%	13	25,5%	0,6572
	posiadanie wiedzy	36	70,6%	38	74,5%	

Wnioski

Wraz z wiekiem i stażem pracy badanych wzrastała ich wiedza w zakresie alergii i nietolerancji pokarmowych. Pielęgniarki i pielęgniarze aktywnie angażujący się w rozwiązywanie problemów innych ludzi wykazali się wiedzą na wyższym poziomie, niż badani dbający wyłącznie o własne sprawy. Znaczna większość badanych posiadała wiedzę na temat głównych objawów alergii na gluten i nietolerancji laktozy. Pielęgniarki i pielęgniarze z województwa podkarpackiego częściej dysponowały satysfakcjonującym poziomem wiedzy, niż ankietowani z województwa małopolskiego. Wiedza deklarowana przez ankietowanych była równoznaczna z ich wiedzą rzeczywistą.



Ryc.1. Poziom wiedzy na temat wybranych alergii i nietolerancji pokarmowych

Piśmiennictwo

Modrzyński M., Modrzyńska K., Wartość diagnostyczna oznaczeń specyficznych IgG w alergii i nietolerancji pokarmowej, Alergoprofil 2013; 9(1): 11-15
Cambridge Diagnostics Sp. z o.o., Klasyfikacja i terminologia nadwrażliwości pokarmowej, NextGen Group, Warszawa 2017.
Michalczuk M., Sybilski A.J., Nietolerancje pokarmowe, Pediatra i Medycyna Rodzinna, 2010; 6(3): 189-93.

PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

Grażyna Dykowska¹, Bożena Głowicka², Andrzej Śliwczyński³, Zofia Sienkiewicz⁴,¹ Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ² Kierunek Pielęgniarstwo - absolwent, Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej filia Warszawa³ Akademia Humanistyczno -Ekonomiczna filia Warszawa , ⁴. Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

Świadomość praw i obowiązków związanych z prawidłowym wykonywaniem zawodu to nie tylko posiadanie wiedzy odnoszącej się do własnych praw, ale też do praw pacjentów. O ile każdy członek personelu medycznego zdają sobie sprawę, jak ogromna jest odpowiedzialność za ludzkie życie i zdrowie, jakimi konsekwencjami mogą być obarczone ich działania w razie udzielania świadczeń leczniczych i ratujących życie, o tyle wiedza dotycząca postępowania z pacjentem psychiatrycznym blaknie nieco na tle „ważniejszych” działań.

Cel pracy

Celem pracy było uzyskanie informacji o poziomie wiedzy personelu medycznego z różnych podmiotów medycznych na temat norm prawnych, form oraz zasad stosowania przymusu bezpośredniego.

Materiał i metodyka

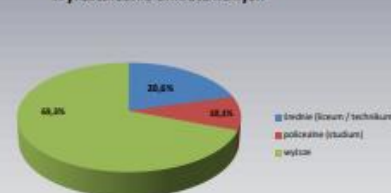
Badaniami w 2019 roku objęto 162 pielęgniarek. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, jako technikę ankietę. Wyniki wyrażono w postaci rozkładów procentowych, średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych. Porównania pomiędzy grupami ankietowanych dokonano przy użyciu testu chi-kwadrat χ^2 , testu wariacji ANOVA, V-cramera. Przyjęto poziomy istotności = 0,05.

Wyniki

Wiek respondentów



Wykształcenie ankietowanych



Znajomość dokumentacji przymusu bezpośredniego

Statystyki: $\chi^2 = 15,213$, p 20,077; V Cramera = 0,318, p= 0,000 Anova: F-value = 7,165; Pr (\leq F) 0,008.

		Czy zna pani/pan dokumentację zastosowania i prowadzenia przymusu bezpośredniego					Ogółem
		N	%				
Kobieta	Częstość	166	83,4		nie	nigdy	
	Częstość oczekiwana	30 minut	18	9,0	43	3	162
		1 godzina	15	7,5	35,0	2,4	162,0
	% w zmiennej	Ogółem	199	100,0			
	Płeć	60,5%	9,9%	1,2%	26,5%	1,9%	100,0%
Mężczyzna	Częstość	26	8	3	0	0	37
	Częstość oczekiwana	23,1	4,5	,9	8,0	,6	37,0
	% w zmiennej	70,3%	21,6%	8,1%	,0%	,0%	100,0%
	Płeć						
Ogółem	Częstość	124	24	5	43	3	199
	Częstość oczekiwana	124,0	24,0	5,0	43,0	3,0	199,0
	% w zmiennej	62,3%	12,1%	2,5%	21,6%	1,5%	100,0%
	Płeć						

Decyzja pielęgniarki o zastosowaniu przymusu bezpośredniego Statystyki:

 $\chi^2 = 15,213$, p 32,626; V Cramera = 0,405, p= 0,000Anova: F-value = 17,120; Pr (\leq F) 0,000.

		Czy pielęgniarka może podjąć decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego					Ogółem
		tak	chyba tak	czasami	nie	nigdy	
Kobieta	Częstość	61	20	15	60	6	162
	Częstość oczekiwana	70,8	17,1	20,4	48,8	4,9	162,0
	% w zmiennej	37,7%	12,3%	9,3%	37,0%	3,7%	100,0%
	Płeć						
Mężczyzna	Częstość	26	1	10	0	0	37
	Częstość oczekiwana	16,2	3,9	4,6	11,2	1,1	37,0
	% w zmiennej	70,3%	2,7%	27,0%	,0%	,0%	100,0%
	Płeć						
Ogółem	Częstość	87	21	25	60	6	199
	Częstość oczekiwana	87,0	21,0	25,0	60,0	6,0	199,0
	% w zmiennej	43,7%	10,6%	12,6%	30,2%	3,0%	100,0%
	Płeć						

Wnioski

Poziom wiedzy na temat przymusu bezpośredniego wśród personelu medycznego jest zróżnicowany i jest zależna od podmiotu w której pracuje personel pielęgniarski. Wyższą wiedzę mają pielęgniarki na co dzień pracujące z pacjentem psychiatrycznym, Normy postępowania personelu pielęgniarskiego powinny być adekwatne do potrzeb zakładu medycznego.

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz A: Psychiatria. PZWL Warszawa 2006.
2. Trizna M., Kiejna A., Rymaszczyńska J.: Agresja u osób z zaburzeniami psychicznymi wybrane teorie, mechanizmy i narzędzia oceny zachowań agresywnych. Postępy w Psychiatrii i Neurologii 2004;13 (3), str. 255-261
3. Garus-Pakowska A., Pakowski M.: Elementy przymusu państwowego w służbie zdrowia publicznego — wybrane zagadnienia, Medycyna Pracy 2011;62 (1), str. 61-72
4. Kupiś L., Pelka L., Pelka-Wysiecka J., Samozwaniec J.: Przymus bezpośredni. Realizacja założeń 47 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie w wybranych placówkach służby zdrowia w województwie pomorskim. Psychiatria, tom IV (3), wyd. Via Medica, str. 87-96
5. Carlsson, M. Self-reported competence in female and male nursing students in the light of theories of hegemonic masculinity and femininity. Journal of Advanced Nursing on October 07, 2019

	N	%
15 minut	166	83,4
30 minut	18	9,0
1 godzina	15	7,5

Rozkład odpowiedzi respondentów na pytanie co jaki czas należy przeprowadzać kontrolę pacjenta w unieruchomieniu.

Opinie i postawy pracowników ochrony zdrowia na temat zjawiska stygmatyzacji i dystansu społecznego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

Grażyna Wiraszka, Renata Stępień, Katarzyna Bełtowska

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Collegium Medicum, Instytut Nauk o Zdrowiu

Wstęp

Stygmatyzacja osób psychicznie chorych niekorzystnie wpływa na proces leczenia zmniejszając skuteczność podejmowanych działań terapeutycznych oraz zmniejszając komfort zdrowienia i przystosowania pacjenta do życia w społeczeństwie. Uznaje się ją za społeczną niesprawiedliwość, a kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec tej grupy chorych jest w Polsce jednym z kierunków ochrony zdrowia psychicznego.

Cel pracy

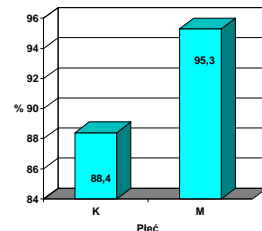
Celem pracy była ocena występowania problemu stygmatyzacji i dyskryminacji oraz dystansu społecznego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi na podstawie analizy opinii i postaw osób pracujących w ochronie zdrowia, a także próba identyfikacji społeczno-demograficznych uwarunkowań tych zjawisk.

Materiał i metodyka

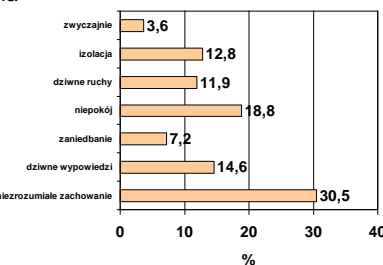
Badania prowadzono od lutego do kwietnia 2014 roku, którymi objęto 142 pracowników ochrony zdrowia pracujących w szpitalach, domach pomocy społecznej oraz przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej na terenie powiatu kieleckiego. W badaniach wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego opracowania oraz skalę dystansu społecznego Emory'ego Bogardusa.

Stygmatyzacja ważnym problemem społecznym

Chi2=11,1; p<0,05; IS

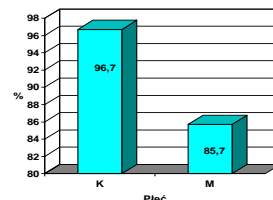


Dyskryminacja w relacjach społecznych



Zachowania chorych

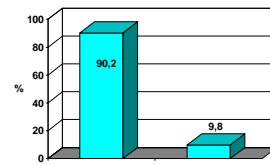
Chi2=6,45; p<0,05; IS



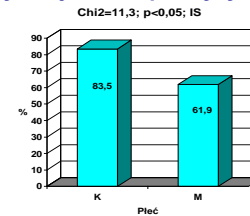
Wyniki

Opinie społeczne na temat sytuacji i osób po kryzysach psychicznych z perspektywy pracowników ochrony zdrowia

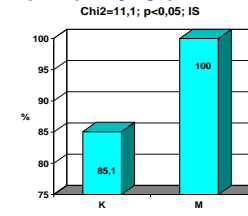
Opinie społeczne na temat sytuacji i osób po kryzysach psychicznych z perspektywy pracowników ochrony zdrowia



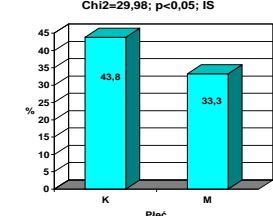
Negatywne myślenie o chorym



Niepoważne traktowanie

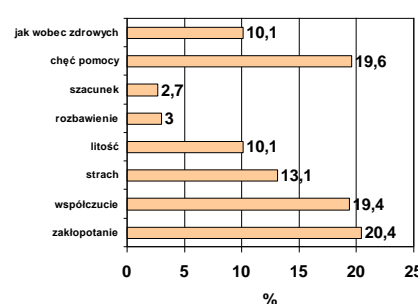


Unikanie kontaktu

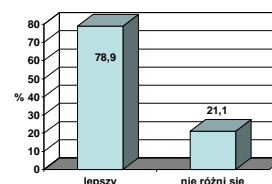


Jest osobą niebezpieczną

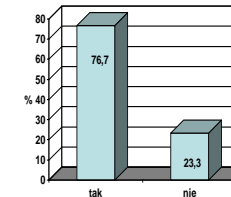
Postawy i spostrzeganie osób po kryzysie psychicznym przez badanych pracowników ochrony zdrowia



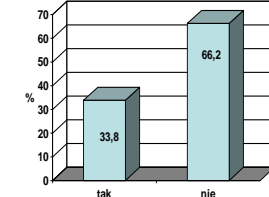
Odczucia wobec chorego



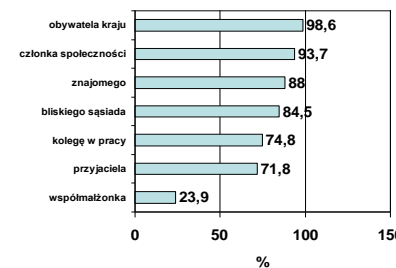
Stosunek do osób chorych w porównaniu z innymi



Możliwość podjęcia pracy



Odrzucenie podania o pracę



Akceptacja osób po kryzysach psychicznych skala dystansu społecznego

Wnioski

1) Większość badanych pracowników ochrony zdrowia uznaje stygmatyzację osób z zaburzeniami psychicznymi za poważny problem i potwierdza negatywne postawy społeczne wobec tej grupy chorych. 2) Postawy stygmatyzujące oraz dystans społeczny obserwuje się również w badanej grupie profesjonalistów medycznych. 2) Kształtowanie właściwych postaw społecznych wymaga reorientacji postaw wśród pracowników ochrony zdrowia oraz przywiązywania większej uwagi do problematyki zdrowia psychicznego wśród adeptów do tych profesji.