



OCENA POZIOMU LĘKU I DEPRESJI U RODZICÓW DZIECI HOSPITALIZOWANYCH – SPOSOBY RADZENIA SOBIE Z NIMI I METODY WSPARCIA

dr n. zdr. Anna Cybulska, dr n. zdr. Kamila Rachubińska, dr n. zdr. Anita Rybicka, dr n. med. Katarzyna Augustyniuk, Cecylia Kamieniak

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, WNoZ, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

WSTĘP

Choroba dziecka i związana z nią hospitalizacja to źródło lęku, niepokoju oraz narastającego poczucia bezsilności dla rodziców i ich najbliższych. Nasilenie negatywnych emocji związanych z pobytem dziecka w szpitalu może nasilić u rodziców objawy depresyjne, dlatego ważne jest zapewnienie przez personel medyczny przyjaznej atmosfery, poczucia bezpieczeństwa, zrozumienia i szacunku, a przede wszystkim wsparcia w każdym możliwym zakresie.

CEL PRACY

Celem badania była analiza nasilenia lęku, depresyjności oraz wsparcia społecznego rodziców hospitalizowanych dzieci w zależności od zmiennych socjodemograficznych (wiek, płeć, stan cywilny, poziom wykształcenia). Ocenie poddano również wpływ wsparcia społecznego na poziom lęku i depresyjności rodziców hospitalizowanych dzieci.

MATERIAŁ I METODYKA

Badania przeprowadzono wśród 118 rodziców dzieci hospitalizowanych w 107 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SPZOZ w Wałczu.

Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, w tym standaryzowane narzędzia badawcze:

- Skala Depresji Becka (BDI)
- Kwestionariusz Samooceny STAI (State - Trait Anxiety Inventory)
- Kwestionariusz Wsparcia Społecznego ISSB
- autorski kwestionariusz ankiety, zawierał 17 pytań dotyczących danych socjodemograficznych (płeć, wiek, wykształcenie, status zawodowy, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja rodzinna, liczba dzieci, wiek dziecka) oraz wybranych aspektów dotyczących hospitalizacji dziecka.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 118 osób, z czego zdecydowaną większość stanowiły kobiety (83%). Średni wiek badanych wynosił $33,35 \pm 7,05$ lat. Największy udział w badaniach stanowiły osoby w związku małżeńskim (63,6%), zamieszkujące wieś (42,4%), legitymujące się wykształceniem wyższym (44,1%) oraz aktywne zawodowo (59,3%). Najlicniejszą grupę badanych stanowiły osoby posiadające dwójkę dzieci (51,7%). Analiza danych wykazała, że średni wiek dziecka hospitalizowanego wynosił 5,28 lat ($SD = 3,68$) i wahał się od 2 tygodni do 16 lat. Najwięcej hospitalizowanych dzieci była w wieku 0- 5 lat (55,93%), hospitalizowanych po raz pierwszy (36,4%), z powodu chorób układu oddechowego (51,7%). Czas pobytu dziecka w szpitalu wynosił najczęściej do 3 dni (44,1%).

Badania wykazały, że zdecydowana większość rodziców cechowała się brakiem objawów depresyjnych (81,4%), wysokim poziomem lęku jako stanu (45,8%) oraz niskim poziomem lęku jako cechy (55,1%). Zaobserwowano, że im starszy wiek rodziców tym słabsze objawy depresyjności ($R = -0,244$; $p = 0,008$), zaś u kobiet nasilenie tych objawów jest zdecydowanie większe niż u mężczyzn ($p < 0,05$).

W badaniach poddano analizie zależność pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodowa), a poziomem lęku jako stanu i cechy. Analiza wykazała, że wiek koreluje istotnie ($p < 0,05$), ujemnie z lękiem jako stanem ($r = -0,224$, $p = 0,015$) i cechą ($r = -0,22$, $p = 0,017$). Wykazano istotne statystycznie korelacje między wiekiem, płcią, stanem cywilnym, aktywnością zawodową, miejscem zamieszkania, wykształceniem, a poziomem lęku. Kobiety wykazywały się większym poziomem lęku (stan i cecha) niż mężczyźni.

Tab. Zmienne socjodemograficzne, a nasilenie depresyjności oraz lęku u rodziców dzieci hospitalizowanych

Zmienne		BDI		STAI			
		Depresyjność		Lęk jako stan		Lęk jako cecha	
		M±SD	p	M±SD	p	M±SD	p
Płeć	Kobieta	7.2±6.7	0.011	42±9.8	0.003 *	40.2±9.7	0.008 *
	Mężczyzna	3.6±4.5		34.6±10.2		34±9.6	
Stan cywilny	Panna/ kawaler (A)	9.95±8.1	0,022	46.6±7.8	0.002 *	44.3±9.8	0.014
	Zamężna/ żonaty (B)	5.6±5.7		38.5±10.6		37.3±9.4	
	Po rozwodzie/ w separacji (C)	4.7±8.5		39.7±7.9		36.5±11.9	
	Związek nieformalny (D)	8±5.5		44.9±7.9		42.4±9.7	
Miejsce zamieszkania	Wieś (A)	7.3±6.9	0.033*	40.8±9.8	0.792	40.6±10.2	0.002 *
	Miasto do 10 tys. mieszk. (B)	8.2±5.3		41.7±10.1		43.7±7.3	
	Miasto ponad 10 tys. mieszk. (C)	5.5±6.4		40±11		35.8±9.8	
	Podstawowe, zawodowe	10±7.8		41.9±9.19		44.7±9.9	
Wykształcenie	Średnie	5.7±6.1	0.072	39.8±9.9	0.724	37.6±9.1	0.035 A>C,B
	Wyższe	6.2±6.2		40.8±11.1		38.2±10.1	
Aktywność zawodowa	Pracuje (A)	5.2±5.6	0,003	38.5±10.2	0.023 *	36.5±8.9	<0.001*
	Bezrobotna/y (B)	11±8.3		44.7±9.8		46.9±9.8	
	Urlop związany z wychowaniem dziecka (C)	6.3±5.4		42.8±9.9		38.1±9.2	

M±SD – średnia i odchylenie standardowe, M – Mediana, N – liczba osób, GS – średni 1, GS – średni 2, GS – średni 3, GS – średni 4, GS – średni 5, GS – średni 6, GS – średni 7, GS – średni 8, GS – średni 9, GS – średni 10, GS – średni 11, GS – średni 12, GS – średni 13, GS – średni 14, GS – średni 15, GS – średni 16, GS – średni 17, GS – średni 18, GS – średni 19, GS – średni 20, GS – średni 21, GS – średni 22, GS – średni 23, GS – średni 24, GS – średni 25, GS – średni 26, GS – średni 27, GS – średni 28, GS – średni 29, GS – średni 30, GS – średni 31, GS – średni 32, GS – średni 33, GS – średni 34, GS – średni 35, GS – średni 36, GS – średni 37, GS – średni 38, GS – średni 39, GS – średni 40, GS – średni 41, GS – średni 42, GS – średni 43, GS – średni 44, GS – średni 45, GS – średni 46, GS – średni 47, GS – średni 48, GS – średni 49, GS – średni 50, GS – średni 51, GS – średni 52, GS – średni 53, GS – średni 54, GS – średni 55, GS – średni 56, GS – średni 57, GS – średni 58, GS – średni 59, GS – średni 60, GS – średni 61, GS – średni 62, GS – średni 63, GS – średni 64, GS – średni 65, GS – średni 66, GS – średni 67, GS – średni 68, GS – średni 69, GS – średni 70, GS – średni 71, GS – średni 72, GS – średni 73, GS – średni 74, GS – średni 75, GS – średni 76, GS – średni 77, GS – średni 78, GS – średni 79, GS – średni 80, GS – średni 81, GS – średni 82, GS – średni 83, GS – średni 84, GS – średni 85, GS – średni 86, GS – średni 87, GS – średni 88, GS – średni 89, GS – średni 90, GS – średni 91, GS – średni 92, GS – średni 93, GS – średni 94, GS – średni 95, GS – średni 96, GS – średni 97, GS – średni 98, GS – średni 99, GS – średni 100, GS – średni 101, GS – średni 102, GS – średni 103, GS – średni 104, GS – średni 105, GS – średni 106, GS – średni 107, GS – średni 108, GS – średni 109, GS – średni 110, GS – średni 111, GS – średni 112, GS – średni 113, GS – średni 114, GS – średni 115, GS – średni 116, GS – średni 117, GS – średni 118, GS – średni 119, GS – średni 120, GS – średni 121, GS – średni 122, GS – średni 123, GS – średni 124, GS – średni 125, GS – średni 126, GS – średni 127, GS – średni 128, GS – średni 129, GS – średni 130, GS – średni 131, GS – średni 132, GS – średni 133, GS – średni 134, GS – średni 135, GS – średni 136, GS – średni 137, GS – średni 138, GS – średni 139, GS – średni 140, GS – średni 141, GS – średni 142, GS – średni 143, GS – średni 144, GS – średni 145, GS – średni 146, GS – średni 147, GS – średni 148, GS – średni 149, GS – średni 150, GS – średni 151, GS – średni 152, GS – średni 153, GS – średni 154, GS – średni 155, GS – średni 156, GS – średni 157, GS – średni 158, GS – średni 159, GS – średni 160, GS – średni 161, GS – średni 162, GS – średni 163, GS – średni 164, GS – średni 165, GS – średni 166, GS – średni 167, GS – średni 168, GS – średni 169, GS – średni 170, GS – średni 171, GS – średni 172, GS – średni 173, GS – średni 174, GS – średni 175, GS – średni 176, GS – średni 177, GS – średni 178, GS – średni 179, GS – średni 180, GS – średni 181, GS – średni 182, GS – średni 183, GS – średni 184, GS – średni 185, GS – średni 186, GS – średni 187, GS – średni 188, GS – średni 189, GS – średni 190, GS – średni 191, GS – średni 192, GS – średni 193, GS – średni 194, GS – średni 195, GS – średni 196, GS – średni 197, GS – średni 198, GS – średni 199, GS – średni 200, GS – średni 201, GS – średni 202, GS – średni 203, GS – średni 204, GS – średni 205, GS – średni 206, GS – średni 207, GS – średni 208, GS – średni 209, GS – średni 210, GS – średni 211, GS – średni 212, GS – średni 213, GS – średni 214, GS – średni 215, GS – średni 216, GS – średni 217, GS – średni 218, GS – średni 219, GS – średni 220, GS – średni 221, GS – średni 222, GS – średni 223, GS – średni 224, GS – średni 225, GS – średni 226, GS – średni 227, GS – średni 228, GS – średni 229, GS – średni 230, GS – średni 231, GS – średni 232, GS – średni 233, GS – średni 234, GS – średni 235, GS – średni 236, GS – średni 237, GS – średni 238, GS – średni 239, GS – średni 240, GS – średni 241, GS – średni 242, GS – średni 243, GS – średni 244, GS – średni 245, GS – średni 246, GS – średni 247, GS – średni 248, GS – średni 249, GS – średni 250, GS – średni 251, GS – średni 252, GS – średni 253, GS – średni 254, GS – średni 255, GS – średni 256, GS – średni 257, GS – średni 258, GS – średni 259, GS – średni 260, GS – średni 261, GS – średni 262, GS – średni 263, GS – średni 264, GS – średni 265, GS – średni 266, GS – średni 267, GS – średni 268, GS – średni 269, GS – średni 270, GS – średni 271, GS – średni 272, GS – średni 273, GS – średni 274, GS – średni 275, GS – średni 276, GS – średni 277, GS – średni 278, GS – średni 279, GS – średni 280, GS – średni 281, GS – średni 282, GS – średni 283, GS – średni 284, GS – średni 285, GS – średni 286, GS – średni 287, GS – średni 288, GS – średni 289, GS – średni 290, GS – średni 291, GS – średni 292, GS – średni 293, GS – średni 294, GS – średni 295, GS – średni 296, GS – średni 297, GS – średni 298, GS – średni 299, GS – średni 300, GS – średni 301, GS – średni 302, GS – średni 303, GS – średni 304, GS – średni 305, GS – średni 306, GS – średni 307, GS – średni 308, GS – średni 309, GS – średni 310, GS – średni 311, GS – średni 312, GS – średni 313, GS – średni 314, GS – średni 315, GS – średni 316, GS – średni 317, GS – średni 318, GS – średni 319, GS – średni 320, GS – średni 321, GS – średni 322, GS – średni 323, GS – średni 324, GS – średni 325, GS – średni 326, GS – średni 327, GS – średni 328, GS – średni 329, GS – średni 330, GS – średni 331, GS – średni 332, GS – średni 333, GS – średni 334, GS – średni 335, GS – średni 336, GS – średni 337, GS – średni 338, GS – średni 339, GS – średni 340, GS – średni 341, GS – średni 342, GS – średni 343, GS – średni 344, GS – średni 345, GS – średni 346, GS – średni 347, GS – średni 348, GS – średni 349, GS – średni 350, GS – średni 351, GS – średni 352, GS – średni 353, GS – średni 354, GS – średni 355, GS – średni 356, GS – średni 357, GS – średni 358, GS – średni 359, GS – średni 360, GS – średni 361, GS – średni 362, GS – średni 363, GS – średni 364, GS – średni 365, GS – średni 366, GS – średni 367, GS – średni 368, GS – średni 369, GS – średni 370, GS – średni 371, GS – średni 372, GS – średni 373, GS – średni 374, GS – średni 375, GS – średni 376, GS – średni 377, GS – średni 378, GS – średni 379, GS – średni 380, GS – średni 381, GS – średni 382, GS – średni 383, GS – średni 384, GS – średni 385, GS – średni 386, GS – średni 387, GS – średni 388, GS – średni 389, GS – średni 390, GS – średni 391, GS – średni 392, GS – średni 393, GS – średni 394, GS – średni 395, GS – średni 396, GS – średni 397, GS – średni 398, GS – średni 399, GS – średni 400, GS – średni 401, GS – średni 402, GS – średni 403, GS – średni 404, GS – średni 405, GS – średni 406, GS – średni 407, GS – średni 408, GS – średni 409, GS – średni 410, GS – średni 411, GS – średni 412, GS – średni 413, GS – średni 414, GS – średni 415, GS – średni 416, GS – średni 417, GS – średni 418, GS – średni 419, GS – średni 420, GS – średni 421, GS – średni 422, GS – średni 423, GS – średni 424, GS – średni 425, GS – średni 426, GS – średni 427, GS – średni 428, GS – średni 429, GS – średni 430, GS – średni 431, GS – średni 432, GS – średni 433, GS – średni 434, GS – średni 435, GS – średni 436, GS – średni 437, GS – średni 438, GS – średni 439, GS – średni 440, GS – średni 441, GS – średni 442, GS – średni 443, GS – średni 444, GS – średni 445, GS – średni 446, GS – średni 447, GS – średni 448, GS – średni 449, GS – średni 450, GS – średni 451, GS – średni 452, GS – średni 453, GS – średni 454, GS – średni 455, GS – średni 456, GS – średni 457, GS – średni 458, GS – średni 459, GS – średni 460, GS – średni 461, GS – średni 462, GS – średni 463, GS – średni 464, GS – średni 465, GS – średni 466, GS – średni 467, GS – średni 468, GS – średni 469, GS – średni 470, GS – średni 471, GS – średni 472, GS – średni 473, GS – średni 474, GS – średni 475, GS – średni 476, GS – średni 477, GS – średni 478, GS – średni 479, GS – średni 480, GS – średni 481, GS – średni 482, GS – średni 483, GS – średni 484, GS – średni 485, GS – średni 486, GS – średni 487, GS – średni 488, GS – średni 489, GS – średni 490, GS – średni 491, GS – średni 492, GS – średni 493, GS – średni 494, GS – średni 495, GS – średni 496, GS – średni 497, GS – średni 498, GS – średni 499, GS – średni 500, GS – średni 501, GS – średni 502, GS – średni 503, GS – średni 504, GS – średni 505, GS – średni 506, GS – średni 507, GS – średni 508, GS – średni 509, GS – średni 510, GS – średni 511, GS – średni 512, GS – średni 513, GS – średni 514, GS – średni 515, GS – średni 516, GS – średni 517, GS – średni 518, GS – średni 519, GS – średni 520, GS – średni 521, GS – średni 522, GS – średni 523, GS – średni 524, GS – średni 525, GS – średni 526, GS – średni 527, GS – średni 528, GS – średni 529, GS – średni 530, GS – średni 531, GS – średni 532, GS – średni 533, GS – średni 534, GS – średni 535, GS – średni 536, GS – średni 537, GS – średni 538, GS – średni 539, GS – średni 540, GS – średni 541, GS – średni 542, GS – średni 543, GS – średni 544, GS – średni 545, GS – średni 546, GS – średni 547, GS – średni 548, GS – średni 549, GS – średni 550, GS – średni 551, GS – średni 552, GS – średni 553, GS – średni 554, GS – średni 555, GS – średni 556, GS – średni 557, GS – średni 558, GS – średni 559, GS – średni 560, GS – średni 561, GS – średni 562, GS – średni 563, GS – średni 564, GS – średni 565, GS – średni 566, GS – średni 567, GS – średni 568, GS – średni 569, GS – średni 570, GS – średni 571, GS – średni 572, GS – średni 573, GS – średni 574, GS – średni 575, GS – średni 576, GS – średni 577, GS – średni 578, GS – średni 579, GS – średni 580, GS – średni 581, GS – średni 582, GS – średni 583, GS – średni 584, GS – średni 585, GS – średni 586, GS – średni 587, GS – średni 588, GS – średni 589, GS – średni 590, GS – średni 591, GS – średni 592, GS – średni 593, GS – średni 594, GS – średni 595, GS – średni 596, GS – średni 597, GS – średni 598, GS – średni 599, GS – średni 600, GS – średni 601, GS – średni 602, GS – średni 603, GS – średni 604, GS – średni 605, GS – średni 606, GS – średni 607, GS – średni 608, GS – średni 609, GS – średni 610, GS – średni 611, GS – średni 612, GS – średni 613, GS – średni 614, GS – średni 615, GS – średni 616, GS – średni 617, GS – średni 618, GS – średni 619, GS – średni 620, GS – średni 621, GS – średni 622, GS – średni 623, GS – średni 624, GS – średni 625, GS – średni 626, GS – średni 627, GS – średni 628, GS – średni 629, GS – średni 630, GS – średni 631, GS – średni 632, GS – średni 633, GS – średni 634, GS – średni 635, GS – średni 636, GS – średni 637, GS – średni 638, GS – średni 639, GS – średni 640, GS – średni 641, GS – średni 642, GS – średni 643, GS – średni 644, GS – średni 645, GS – średni 646, GS – średni 647, GS – średni 648, GS – średni 649, GS – średni 650, GS – średni 651, GS – średni 652, GS – średni 653, GS – średni 654, GS – średni 655, GS – średni 656, GS – średni 657, GS – średni 658, GS – średni 659, GS – średni 660, GS – średni 661, GS – średni 662, GS – średni 663, GS – średni 664, GS – średni 665, GS – średni 666, GS – średni 667, GS – średni 668, GS – średni 669, GS – średni 670, GS – średni 671, GS – średni 672, GS – średni 673, GS – średni 674, GS – średni 675, GS – średni 676, GS – średni 677, GS – średni 678, GS – średni 679, GS – średni 680, GS – średni 681, GS – średni 682, GS – średni 683, GS – średni 684, GS – średni 685, GS – średni 686, GS – średni 687, GS – średni 688, GS – średni 689, GS – średni 690, GS – średni 691, GS – średni 692, GS – średni 693, GS – średni 694, GS – średni 695, GS – średni 696, GS – średni 697, GS – średni 698, GS – średni 699, GS – średni 700, GS – średni 701, GS – średni 702, GS – średni 703, GS – średni 704, GS – średni 705, GS – średni 706, GS – średni 707, GS – średni 708, GS – średni 709, GS – średni 710, GS – średni 711, GS – średni 712, GS – średni 713, GS – średni 714, GS – średni 715, GS – średni 716, GS – średni 717, GS – średni 718, GS – średni 719, GS – średni 720, GS – średni 721, GS – średni 722, GS – średni 723, GS – średni 724, GS – średni 725, GS – średni 726, GS – średni 727, GS – średni 728, GS – średni 729, GS – średni 730, GS – średni 731, GS – średni 732, GS – średni 733, GS – średni 734, GS – średni 735, GS – średni 736, GS – średni 737, GS – średni 738, GS – średni 739, GS – średni 740, GS – średni 741, GS – średni 742, GS – średni 743, GS – średni 744, GS – średni 745, GS – średni 746, GS – średni 747, GS – średni 748, GS – średni 749, GS – średni 750, GS – średni 751, GS – średni 752, GS – średni 753, GS – średni 754, GS – średni 755, GS – średni 756, GS – średni 757, GS – średni 758, GS – średni 759, GS – średni 760, GS – średni 761, GS – średni 762, GS – średni 763, GS – średni 764, GS – średni 765, GS – średni 766, GS – średni 767, GS – średni 768, GS – średni 769, GS – średni 770, GS – średni 771, GS – średni 772, GS – średni 773, GS – średni 774, GS – średni 775, GS – średni 776, GS – średni 777, GS – średni 778, GS – średni 779, GS – średni 780, GS – średni 781, GS – średni 782, GS – średni 783, GS – średni 784, GS – średni 785, GS – średni 786, GS – średni 787, GS – średni 788, GS – średni 789, GS – średni 790, GS – średni 791, GS – średni 792, GS – średni 793, GS – średni 794, GS – średni 795, GS – średni 796, GS – średni 797, GS – średni 798, GS – średni 799, GS – średni 800, GS – średni 801, GS – średni 802, GS – średni 803, GS – średni 804, GS – średni 805, GS – średni 806, GS – średni 807, GS – średni 808, GS – średni 809, GS – średni 810, GS – średni 811, GS – średni 812, GS – średni 813, GS – średni 814, GS – średni 815, GS – średni 816, GS – średni 817, GS – średni 818, GS – średni 819, GS – średni 820, GS – średni 821, GS – średni 822, GS – średni 823, GS – średni 824, GS – średni 825, GS – średni 826, GS – średni 827, GS – średni 828, GS – średni 829, GS – średni 830, GS – średni 831, GS – średni 832, GS – średni 833, GS – średni 834, GS – średni 835, GS – średni 836, GS – średni 837, GS – średni 838, GS – średni 839, GS – średni 840, GS – średni 841, GS – średni 842, GS – średni 843, GS – średni 844, GS – średni 845, GS – średni 846, GS – średni 847, GS – średni 848, GS – średni 849, GS – średni 850, GS – średni 851, GS – średni 852, GS – średni 853, GS – średni 854, GS – średni 855, GS – średni 856, GS – średni 857, GS – średni 858, GS – średni 859, GS – średni 860, GS – średni 861, GS – średni 862, GS – średni 863, GS – średni 864, GS – średni 865, GS – średni 866, GS – średni 867, GS – średni 868, GS – średni 869, GS – średni 870, GS – średni 871, GS – średni 872, GS – średni 873, GS – średni 874, GS – średni 875, GS – średni 876, GS – średni 877, GS – średni 878, GS – średni 879, GS – średni 880, GS – średni 881, GS – średni 882, GS – średni 883, GS – średni 884, GS – średni 885, GS – średni 886, GS – średni 887, GS – średni 888, GS – średni 889, GS – średni 890, GS – średni 891, GS – średni 892, GS – średni 893, GS – średni 894, GS – średni 895, GS – średni 896, GS – średni 897, GS – średni 898, GS – średni 899, GS – średni 900, GS – średni 901, GS – średni 902, GS – średni 903, GS – średni 904, GS – średni 905, GS – średni 906, GS – średni 907, GS – średni 908, GS – średni 909, GS – średni 910, GS – średni 911, GS – średni 912, GS – średni 913, GS – średni 914, GS – średni 915, GS – średni 916, GS – średni 917, GS – średni 918, GS – średni 919, GS – średni 920, GS – średni 921, GS – średni 922, GS – średni 923, GS – średni 924, GS – średni 925, GS – średni 926, GS – średni 927, GS – średni 928, GS – średni 929, GS – średni 930, GS – średni 931, GS – średni 932, GS – średni 933, GS – średni 934, GS – średni 935, GS – średni 936, GS – średni 937, GS – średni 938, GS – średni 939, GS – średni 940, GS – średni 941, GS – średni 942, GS – średni 943, GS – średni 944, GS – średni 945, GS – średni 946, GS – średni 947, GS – średni 948, GS – średni 949, GS – średni 950, GS – średni 951, GS – średni 952, GS – średni 953, GS – średni 954, GS – średni 955, GS – średni 956, GS – średni 957, GS – średni 958, GS – średni 959, GS – średni 960, GS – średni 961, GS – średni 962, GS – średni 963, GS – średni 964, GS – średni 965, GS – średni 966, GS – średni 967, GS – średni 968, GS – średni 969, GS – średni 970, GS – średni 971, GS – średni 972, GS – średni 973, GS – średni 974, GS – średni 975, GS – średni 976, GS – średni 977, GS – średni 978, GS – średni 979, GS – średni 980, GS

Wybrane predyktory satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem na oddziałach pediatrii

Agnieszka Kruszecka-Krówka¹, Ewa Smoleń², Krystyna Piskorz-Ogórek³, Grażyna Cepuch¹, Agnieszka Gniadek¹

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa¹, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie², Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Szkoła Zdrowia Publicznego, Zakład Pielęgniarstwa³

Wstęp

Zapewnienie dziecku wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej w trakcie hospitalizacji wymaga koncentracji zarówno na jego problemach zdrowotnych oraz rozwojowych, jak również uwzględnienia rodziny oraz kontekstu społecznego w procesie planowania świadczeń [1, 2]. Dla pacjenta, a także rodziców/rodziny jakość usług zdrowotnych, w tym i pielęgniarstwa, oznacza przede wszystkim subiektywne poczucie satysfakcji/zadowolenia z opieki [2-4].

Cel pracy

Ocena satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem w oddziałach pediatrycznych o różnej specyfice z uwzględnieniem jej potencjalnych determinantów.

Materiał i Metody

Badanie zrealizowano w okresie od 2016 do 2018 r. w grupie 1030 rodziców dzieci hospitalizowanych na oddziałach niezabiegowych i zabiegowych 7 szpitali różnych poziomów zabezpieczenia zdrowotnego na terenie województw: małopolskiego, podkarpackiego oraz warmińsko-mazurskiego.

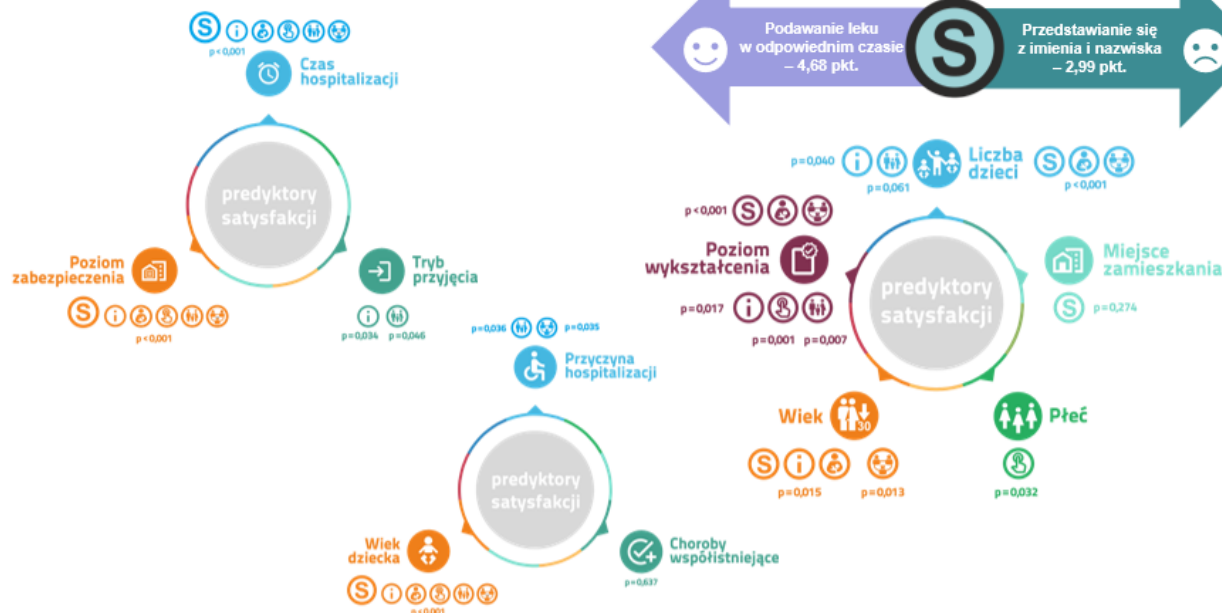
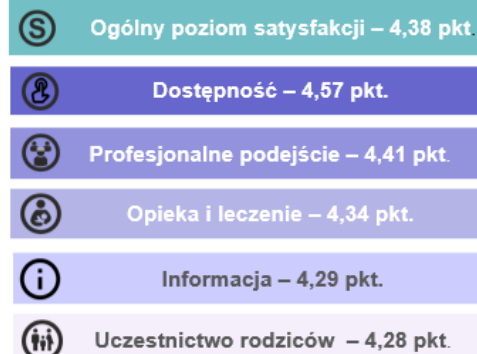
Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego techniką ankiet z wykorzystaniem kwestionariuszy ankiet zawierających: Standaryzowany kwestionariusz **Empathic** [3] w polskiej adaptacji [4] oraz metryczkę dotyczącą zmiennych socjo-demograficznych rodziców, związanych z dzieckiem i procesem hospitalizacji. Na prowadzenie badania otrzymano zgody Komisji Bioetycznej UJ (nr: 122.6120.254.2016), dyrektorów szpitali oraz kierowników/ordynatorów oddziałów. Analizę statystyczną przeprowadzono wykorzystując IBM SPSS Software for Windows, Version 23.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA). Za istotność statystyczną uznano $p < 0,05$.

Wyniki

Charakterystyka grupy badanej

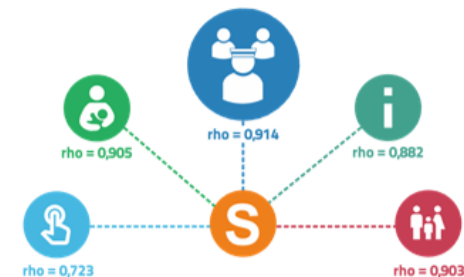


Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej



Wnioski

1. Rodzice wykazali wysoki poziom ogólnej satysfakcji z opieki pielęgniarskiej.
2. Niższy poziom satysfakcji respondentów dotyczył ich współuczestnictwa w opiece oraz informowania przez zespół pielęgniarski.
3. Poziom zabezpieczenia zdrowotnego placówki, okres rozwojowy dziecka, tryb przyjęcia do szpitala, przyczyna i czas hospitalizacji, a także płeć, wiek, poziom wykształcenia rodziców oraz liczba posiadanych dzieci były istotnymi predyktorami satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej.
4. Zadowolenie rodziców z profesjonalizmu zespołu pielęgniarskiego najbardziej determinowało ogólną satysfakcję z udzielonych świadczeń pielęgniarskich.



Ogólny poziom satysfakcji a satysfakcja w kryteriach głównych

Piśmiennictwo

1. Kinder, F.D. (2016). Parents' perception of satisfaction with pediatric nurse practitioners' care and parental intent to adhere to recommended health care regimen. *Journal of Pediatric Nursing*, 42(3), 138-144.
2. Kruszecka-Krówka, A., Smoleń, E., Cepuch, G., Piskorz-Ogórek, K., Perek, M., & Gniadek, A. (2019). Determinants of parental satisfaction with nursing care in paediatric wards - a preliminary report. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 284.
3. Latour, J.M., van Goudoever, J.B., Duivenvoorden, H.J., Albers, M.J., van Dam, N.A., Dullaart, E., ... & Hazelzet, J.A. (2011). Construction and psychometric testing of the EMPATHIC questionnaire measuring parent satisfaction in the paediatric intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 37(2), 310-318.
4. Smoleń, E., & Kyskiewicz-Dorota, A. (2015). Validation of polish version of the questionnaire for evaluation of parents/caregivers satisfaction with nursing care in a paediatric ward. *Medical and Biological Sciences*, 29(1), 41-48.

PEDIATRYCZNY WIELOUKŁADOWY ZESPÓŁ ZAPALNY (PIMS-TS) – NOWY PROBLEM ZDROWOTNY I OPIEKUŃCZY U DZIECI ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM SARS-CoV-2

Paulina Bieńkowska, Weronika Borkowska, Natalia Ożóg, Katarzyna Nowak, Anna Bednarek

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

PIMS-TS (paediatric inflammatory multisystem syndrome – temporally associated with SARS-CoV-2) to wieloukładowy zespół zapalny, który pojawia się u dzieci w wyniku przebycia zakażenia koronawirusem. Dzieci, od samego początku pandemii COVID-19, charakteryzowało bezobjawowe, bądź bardzo łagodne przechodzenie choroby, wywołanej przez nowego koronawirusa. PIMS-TS pojawia się od dwóch do czterech tygodni po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2

Cel pracy

Określenie problemów zdrowotnych i opiekuńczych u dzieci z rozpoznaniem pediatrycznym wieloukładowym zespołem zapalnym.

Materiał i metodyka

Przegląd dostępnej literatury, wykorzystując bazy danych tj. PubMed, Google Scholar oraz medyczne strony internetowe, do których należy Medycyna Praktyczna.

Dokonano analizy literatury dostępnej zarówno z języku polskim, jak i angielskim.

Wyniki

PIMS MOŻE DOPROWADZIĆ DO CIĘŻKICH POWIKŁAŃ!

Po przejściu zakażenia SARS-CoV-2 u dzieci mogą pojawić się zaburzenia ze strony układu immunologicznego, czego skutkiem może być wystąpienie stanu zapalnego w obrębie narządów, a następnie ich niewydolność.

Niezbędne jest dokładne różnicowanie objawów PIMS-TS z innymi chorobami, takimi jak choroba Kawasaki, zespół wstrząsu toksycznego. Te choroby również przebiegają z obecnością stanu zapalnego.

Kryteria rozpoznania i główne problemy dzieci z PIMS

Gorączka, najczęściej > 38,5°C, trwająca co najmniej 3 dni

Podwyższone wskaźniki stanu zapalnego: CRP, OB, prokalcytonina, fibrynogen, LDH, ferrytyna, D-dimery

Inne objawy: wymioty, biegunka, bóle brzucha, nadciśnienie, cechy zapalenia mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, kaszel, duszność, silny ból głowy, skąpomocz, bezmocz

Decyzje odnośnie postępowania z dzieckiem, u którego występują objawy świadczące o wystąpieniu PIMS, powinny być podejmowane po konsultacji z kilkoma specjalistami, m.in. lekarza chorób zakaźnych, kardiologa, reumatologa.

Leczenie obejmuje płynoterapię, antybiotykoterapię, leczenie przeciwwirusowe, leczenie immunosupresyjne/immunomodulujące. Płynoterapia wymaga szczególnej ostrożności, z uwagi na ryzyko pojawienia się obrzęku płuc.

Pogorszenie stanu zdrowia dziecka występuje najczęściej po 5-6 dniach choroby.

Wnioski

- ❖ W postępowaniu z dziećmi bardzo ważna jest staranna pielęgnacja w zakresie głównych problemów zdrowotnych wynikających z gorączki i zaburzeń wielonarządowych.
- ❖ Niezbędne jest stałe monitorowanie parametrów życiowych oraz obserwacja dzieci pod kątem pogorszenia ich stanu zdrowia.
- ❖ W leczeniu dzieci z PIMS-TS istotna jest współpraca między wieloma specjalistami.
- ❖ Personel pielęgniarski powinien zapewnić również wsparcie psychiczne dla rodziców dzieci, które są hospitalizowane. Nowa jednostka chorobowa budzi w nich niepokój oraz wiele niepewności.

Piśmiennictwo

1. Okarska-Napierała M., Ludwikowska K., Książek J., Kuchar E.(i in.): Postępowanie z dzieckiem z wieloukładowym zespołem zapalnym powiązanym z COVID-19. Przegląd pediatryczny, 2020, 49, 4, s. 1-9.
2. Evans C., Davies P.: SARS-CoV-2 paediatric inflammatory syndrome. Paediatrics and child health, 31, 3, Elsevier 2020, s. 110-115.
3. <https://www.mp.pl/pediatric/aktualnosci/253230,objawy-pims-ta-pojawiaja-sie-kilka-tygodni-po-covid-19> [online, dostęp: 25.03.2021r.]
4. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/paediatric-inflammatory-multisystem-syndrome-and-sars-cov-2-rapid-risk-assessment> [online, dostęp: 25.03.2021r.]

Niedokrwistość z niedoboru żelaza u dzieci - problem zdrowotny i opiekuńczy XXI wieku



Weronika Borkowska, Paulina Bieńkowska, Angelika Kucharzyk, Izabela Nadolna, dr hab.n o zdr. Anna Bednarek

Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun Koła i pracy: dr hab. n. o zdr. Anna Bednarek

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wstęp

Niedokrwistość z niedoboru żelaza u dzieci pojawia się w wyniku niedostatecznej ilości żelaza w organizmie. Skutkiem tego jest wytwarzanie nieprawidłowych jakościowo erytrocytów, które produkują mniej hemoglobiny niż prawidłowe. Wspomniana jednostka klasyfikuje się na pierwszym miejscu wśród niedokrwistości wieku dziecięcego.

Cel pracy

Omówienie problemów zdrowotnych i opiekuńczych związanych z niedokrwistością z niedoboru żelaza u dzieci.

Materiał i metodyka

W pracy posłużono się analizą źródeł literatury z baz w dostępie wolnym oraz subskrybowanych przez Bibliotekę Główną Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z zakresu omawianej problematyki.

Wyniki

Klasyfikujemy trzy główne przyczyny niedoboru żelaza u dzieci: zwiększone zapotrzebowanie na żelazo, nadmierna utrata żelaza, niska ilość żelaza dostarczanego do organizmu. Opóźniona diagnoza i leczenie powodują zaburzenia rozwoju somatycznego u dzieci. Najnowsze badania dowodzą, że niedokrwistość znacząco wpływa także na rozwój psychomotoryczny niemowląt i małych dzieci. Obserwuje się m.in. nieprawidłowości w zakresie dużej motoryki i zaburzenia funkcji poznawczych. Najważniejszym aspektem jest profilaktyka niedoboru żelaza u dzieci poprzez edukację rodziców ze strony personelu medycznego, w tym pielęgniarek.



Wnioski

- ✓ Niedokrwistość z niedoboru żelaza obserwuje się w każdej grupie wiekowej dzieci i młodzieży.
- ✓ Najważniejszym aspektem danej jednostki chorobowej jest wczesna diagnoza oraz prawidłowe leczenie.
- ✓ Edukacja pielęgniarska ma podstawowe znaczenie w profilaktyce niedokrwistości i prawidłowym rozwoju dziecka.

Piśmiennictwo

1. Matysiak M. Niedokrwistości – nadal aktualny problem w opiece nad matką i dzieckiem. Family Medicine & Primary Care Review 2014; 16, 2: 185–188
2. Ochocka M, Matysiak M. Niedokrwistości wieku dziecięcego. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
3. Pleskaczyńska A., Dobrzańska A. Profilaktyka niedoboru żelaza u dzieci – standard postępowania. Standardy medyczne/Pediatrics 2011, 8: 100–106
4. <https://www.mp.pl/pediatrics/artykuly-wytyczne/artykuly-przegladowe/235588,niedokrwistosc-z-niedoboru-zelaza-u-dzieci> (dostęp 17.03.2021)

SATYSFAKCJA Z ŻYCIA POŁOŻNICY PO PORODZIE A STAN ZDROWIA JEJ I NOWORODKA

Magdalena Dziurka¹, Marzena Bucholc², Anna Pilewska-Kozak³, Beata Dobrowolska⁴

¹Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Szkoła Doktorska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ²Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
³Katedra i Klinika i Endokrynologii Ginekologicznej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ⁴Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie



Wstęp

- Cięża i poród warunkują liczne zmiany zarówno w organizmie jak i psychice kobiety, jako uwieńczenie okresu oczekiwania na potomstwo wyzwalają nowe nieznanne jak dotąd emocje.
- Veenhoven (2009) wskazuje, że satysfakcja z życia (SWL) ma indywidualny charakter oraz, że jest on odzwierciedleniem wewnętrznych zysków z życia jednostki.

Cel pracy

Ocena poziomu satysfakcji z życia kobiet po porodzie w zależności od stanu zdrowia jej i noworodka.

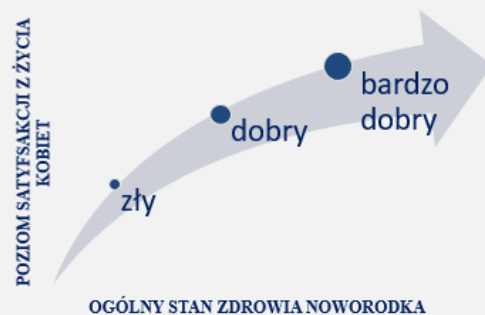
Material i metody

- W badaniu wzięło udział 128 kobiet po porodzie, hospitalizowanych w szpitalach w Lublinie w 2020 roku.
- Ankietyowane wyraziły zgodę na przeprowadzenie badań.
- Materiał badawczy zebrano dzięki: Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) Dienera i wsp. (1985), skali VAS (Visual Analogue Scale) oraz kwestionariuszowi własnego autorstwa.
- Poddano go analizie za pomocą IBM SPSS Statistics 23.

Wyniki



Wykazano istotny statystycznie związek ogólnego stanu zdrowia noworodka, a poziomem SWL położnicy, $p = 0,319$; $p < 0,001$.



Ryc. 2. Poziom satysfakcji z życia, a ogólny stan zdrowia noworodka

Wraz ze wzrostem ogólnego stanu zdrowia noworodka rósł poziom SWL ankietowanych.

Odnotowano także dodatni związek SWL matki z wynikiem noworodka w skali Apgar w 10 minucie.

Tabela 1. Poziom satysfakcji z życia badanych a wynik noworodka w Skali Apgar w 10 min.

	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	K-S	p
WYNIK W SKALI APGAR	9,06	10	1,38	-1,53	2,32	3	10	0,35	0,001

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *K-S* – wynik testu Kolmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność statystyczna

Im wyższy był wynik, tym wyższa SWL matki, siła tego związku była niska.

Odnotowano istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem odczuwanego przez badane kobiety bólu, a SWL.

Tabela 2. Poziom satysfakcji z życia położnic a poziom odczuwanego bólu w Skali VAS

	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	K-S	p
POZIOM BÓLU (SKALA VAS)	3,57	3	2,24	0,27	-1,00	0	8	0,15	0,001

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *K-S* – wynik testu Kolmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność statystyczna

Korelacja ta była ujemna, a więc wraz ze wzrostem poziomu bólu malał poziom SWL, siła tego związku była niska.

Analiza wyników badań własnych wykazała brak istotności statystycznej pomiędzy SWL położnicy, a masą ciała noworodka.

Tabela 3. Poziom satysfakcji z życia położnic a urodzeniowa masa ciała noworodka

	MIN.	MAX.	M.	Me.	SD	K	r	p
MASA CIAŁA NOWORODKA	790 g	4460 g	3197,66	3180	623,69	0,75	0,052	0,560

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *p* – istotność statystyczna

Wnioski

Istotny związek z SWL kobiet po porodzie posiadają:

- ogólny stan zdrowia noworodka,
- punktacja w skali Apgar noworodka w 10 minucie po porodzie,
- oraz poziom bólu odczuwany przez położnicę.

Piśmiennictwo

Veenhoven R. (2009). How do we assess how happy we are? W: Dutt A., Radcliff B. (red.): Happiness, Economics and Politics: Towards a multi-disciplinary approach. Edward Elgar Publishers, Chltenham UK, s. 45-69.



Sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych wśród kobiet w ciąży

Pieniążek Anna¹

¹ Instytut Nauk o Zdrowiu Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego

Wstęp

Każda ciąża, nawet ta planowana i wyczekiwana, jest sytuacją budzącą napięcie, wydarzeniem emocjonalnie znaczącym, wyodrębnionym z toku codzienności, które wymusza zmianę w dotychczasowym funkcjonowaniu osoby w rodzinie, w życiu społecznym, w stosunku do świata i własnej osoby. W związku z licznymi zmianami okres ciąży jest dla kobiety czasem zwiększonego ryzyka wystąpienia zaburzeń emocjonalnych. Sposoby radzenia sobie kobiet ze stresem mogą sprzyjać łagodzeniu lub nasilaniu się u nich napięcia psychicznego.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez kobiety w ciąży.

Materiał i metodyka

Badaniami objęto grupę 200 kobiet będących w ciąży, które podzielono na dwie równe liczebnie podgrupy: I – uczestniczki zajęć szkoły rodzenia, II – kobiety nieuczestniczące w zajęciach szkoły rodzenia. Metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, narzędziem - kwestionariusz Mini-COPE - inwentarz do pomiaru radzenia sobie ze stresem, oraz kwestionariusze własnego autorstwa. Zebrany materiał wprowadzono do arkusza kalkulacyjnego Excel i poddano analizie statystycznej.

Wyniki

Na podstawie skali Mini-COPE oceniono preferowane przez badane strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Wykazano, że w sytuacjach trudnych kobiety radziły sobie głównie aktywnie ($2,25 \pm 0,56$ pkt), poszukując wsparcia emocjonalnego ($2,15 \pm 0,64$ pkt) oraz planując ($2,06 \pm 0,54$ pkt). W najmniejszym stopniu wybierane były strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych oparte na poczuciu humoru ($0,72 \pm 0,56$ pkt), zaprzestaniu działań ($0,67 \pm 0,62$ pkt) lub zażywaniu substancji psychoaktywnych ($0,13 \pm 0,37$ pkt) (tabela 1).

Wybór strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych nie zależał w sposób istotny od uczestnictwa badanych kobiet w zajęciach szkoły rodzenia (tabela 2).

Tabela 1. Ogólne strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Mini-COPE)

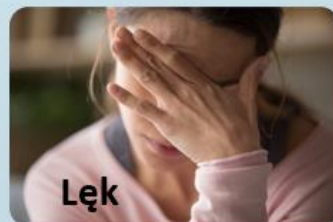
	Średnia	Me	SD	Min.	Maks.
Aktywne radzenie sobie	2,25	2,00	0,56	0	3
Planowanie	2,06	2,00	0,54	0	3
Pozytywne przewartościowanie	1,79	2,00	0,64	0	3
Akceptacja	1,80	2,00	0,62	0	3
Poczucie humoru	0,72	0,50	0,56	0	3
Zwrot ku religii	1,40	1,25	0,96	0	3
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	2,15	2,00	0,64	0	3
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	1,98	2,00	0,66	0	3
Zajmowanie się czymś innym	1,73	2,00	0,67	0	3
Zaprzeczanie	0,77	1,00	0,62	0	3
Wyladowanie	1,34	1,50	0,65	0	3
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,13	0,00	0,37	0	2,5
Zaprzestanie działań	0,67	0,50	0,62	0	3
Obwinianie siebie	1,21	1,00	0,78	0	3

Tabela 2. Strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych a uczestniczenie w zajęciach szkoły rodzenia (Mini-COPE)

Uczestniczenie w zajęciach szkoły rodzenia	Grupa I		Grupa II		p
	średnia	SD	średnia	SD	
Aktywne radzenie sobie	2,22	0,57	2,28	0,56	0,4644
Planowanie	2,07	0,52	2,06	0,56	0,8286
Pozytywne przewartościowanie	1,73	0,63	1,84	0,65	0,1528
Akceptacja	1,72	0,60	1,89	0,62	0,1711
Poczucie humoru	0,75	0,55	0,69	0,57	0,4315
Zwrot ku religii	1,47	0,98	1,34	0,95	0,3692
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	2,20	0,59	2,10	0,68	0,3051
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	2,05	0,61	1,92	0,71	0,2298
Zajmowanie się czymś innym	1,66	0,62	1,81	0,71	0,0784
Zaprzeczanie	0,76	0,63	0,77	0,61	0,8660
Wyladowanie	1,36	0,62	1,31	0,68	0,5840
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,18	0,43	0,08	0,29	0,1140
Zaprzestanie działań	0,67	0,58	0,68	0,66	0,9323
Obwinianie siebie	1,20	0,80	1,22	0,77	0,8360

Wnioski

1. Wsparcie emocjonalne najbliższego otoczenia odgrywa znacząca rolę w zmniejszeniu poziomu lęku i depresji wśród kobiet w ciąży.
2. Wcześniejsze epizody depresji przyczyniają się do wyboru strategii opartych na zaprzestaniu działań, obwinianiu siebie co zwiększa ryzyko wystąpienia depresji.



Lęk



Nadzieja



Smutek



Obawy



Wsparcie

Piśmiennictwo

De Schepper S., Vercauteren T., Tersago J., Jacquemyn Y., Raes F., Franck E.: Post-traumatic stress disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour: a cohort study. Midwifery. 2016; 32: 87–92.
Kaźmierczak M., Gierszewska M., Gebuza G., Mieczkowska, Banaszkiewicz M.: Analiza wybranych zmiennych determinujących występowanie zaburzeń nastroju po porodzie. MONZ 2014; 20; 4: 390–395.

PROFILAKTYKA I LECZENIE DEPRESJI W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Wencel-Wawrzeńczyk Agnieszka¹, Słopiecka Aleksandra¹, Cieślik Aleksandra¹, Lewandowska Angelika¹

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Collegium Medicum

Wstęp

Koncepcja rozbieżności „Self” zawiera w sobie podejście poznawcze do „Ja”, oraz teorie nawiązujące do procesu socjalizacji. System „Ja” posiada formę całościową, natomiast wszelkie jego stany określone są w dwóch sferach: przedmiotowej i podmiotowej. Aspekt przedmiotowy odnosi się do treści tworzących konkretny stan i charakteryzuje się trzema wartościami, do których należą: Ja realne, Ja idealne oraz Ja powinnościowe. Wymiar podmiotowy ma związek z perspektywą z jaką jednostka opisuje treść danego stanu. „Ja” w ujęciu przedmiotowym odnosi się do punktu widzenia, z którego człowiek obserwuje siebie samego. W opisanym kontekście realne są dwa podejścia, pierwsze dotyczy przekonań i wyobrażeń na swój temat. Drugie to perspektywa innych „znaczących” osób. Według teorii Higginsa depresyjne emocje pobudzane są w sytuacji rozbieżności pomiędzy Ja realnym, a Ja idealnym. Jednostce doświadczającej takiego stanu towarzyszy obniżenie poczucia własnej wartości, smutek, żal czy też frustracja [1,2].

Ciąża, akt porodu a także okres poporodowy stanowią jeden z istotnych czynników ryzyka występowania zaburzeń nastroju. Na podstawie badań ocenia się, iż 90% kobiet przeżywa macierzyństwo w sposób inny niż oczekiwały. Powszechnym stanem emocjonalnym występującym pomiędzy 2. a 5. dobą po porodzie jest *baby blues syndrome*, określany jako smutek. Traktowany jest on jako zmiana przejściowa, ustępująca po około 2. tygodniach od chwili wystąpienia pierwszych symptomów. Depresja poporodowa diagnozowana jest szacunkowo u 10 - 25 % kobiet. Schorzenie rozpoznawane jest najczęściej w okresie poporodowym, rzadziej w ciąży. Uwidacznia się głównie w czasie 4 do 8 tygodni, a nawet 3. miesiące po porodzie. W myśl założeń polskiego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej do zadań położnej lub lekarza prowadzącego ciążę należy dokonanie weryfikacji ryzyka i ewentualnego nasilenia objawów depresji u ciężarnych między 11. a 14. oraz 33. a 37. tygodniem ciąży. Ocena powinna zostać przeprowadzona po raz trzeci w ciągu miesiąca od porodu [3,4].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie działań profilaktycznych oraz współczesnych metod leczenia depresji w okresie okołoporodowym.

Materiał i metodyka

W pracy dokonano oceny przeglądu aktualnego piśmiennictwa dotyczącego problematyki depresji okołoporodowej, a także metod terapeutycznych stosowanych w sytuacji rozpoznania choroby. Weryfikacji poddano także doniesienia dotyczące przyczyn występowania wyżej wymienianego zaburzenia.

Wyniki

Na podstawie analizy przeglądu piśmiennictwa ocenia się, iż w związku ze zmianami hormonalnymi następującymi w okresie ciąży oraz po porodzie, a także współwystępującymi silnymi emocjami dotyczącymi konieczności odnalezienia się w nowej roli życiowej – okres okołoporodowy stanowi znaczący czynnik rozwoju zaburzeń psychicznych wśród kobiet.

Wnioski

1. Skutecznym elementem profilaktyki depresji w czasie okołoporodowym jest dokonywanie oceny stanu psychicznego pacjentek będących zarówno w okresie perinatalnym jak i postnatalnym.
2. Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) oraz Skala Depresji Becka (BDI) są przydatnymi narzędziami stosowanymi w rozpoznaniu depresji w okresie okołoporodowym.
3. Proces terapeutyczny dotyczący depresji polega głównie na połączeniu dwóch metod: psychoterapii oraz farmakoterapii.
4. Rozpoznanie symptomów depresji okołoporodowej leży po stronie personelu medycznego sprawującego opiekę nad kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą.



Ryc.1. Źródło: https://www.mp.pl/poz/psychiatria/inne_zaburzenia/147471,okoloporodowe-zaburzenia-psychiczne

Piśmiennictwo

1. Młynarczyk M. Ja idealne vs ja powinnościowe. Analiza emocjonalnych konsekwencji rozbieżności w systemie „JA” na podstawie teorii autoregulacji E.T Higginsa. Stud Psychol 2006;13:189 - 206.
2. Podolska M.Z., Majkiewicz M., Bidzan M. i wsp. Ja realne i ja idealne u kobiet ciężarnych i położnic z objawami depresji okołoporodowej. Psychiatr Pol;47 (1):41 - 52.
3. Maliszewska K., Preis K. Terapia depresji poporodowej - aktualny stan wiedzy. Ann Acad Med Gedan 2014; 44: 105 - 111.
4. Suchowiak S., Wszolek K., Suwała J. i wsp. Badania przesiewowe w kierunku depresji okresu okołoporodowego: przegląd narzędzi i barier w skriningu. Neuropsychiatr Neuropsychol 2020; 15 (1 - 2): 60 - 69.

Rola pielęgniarki w edukacji i przygotowaniu młodych kobiet do karmienia piersią niemowląt

Zofia Sienkiewicz¹, Patrycja Wiśniewska², Izabela Gołębiak², Beata Dziedzic¹, Ewa Kobos¹, Grażyna Dykowska³, Tomasz Kryczka¹

¹Zakład Rozwoju Pielęgniarstwa, Nauk Społecznych i Medycznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny²Akademia Humanistyczno Ekonomiczna, Filia w Warszawie³Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp

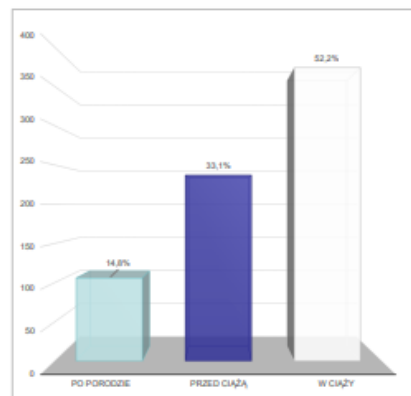
Karmienie piersią to bardzo duże wyzwanie dla każdej młodej matki. Jest to proces bardzo skomplikowany i trudny. Mimo, że jest to proces fizjologiczny to wymaga pracy ze strony matki i często potrzebne jest jej wsparcie. Pokarm matki jest idealnym pokarmem dla dziecka w pierwszych godzinach i dniach jego życia a nawet w pierwszych latach.

Cel pracy

analiza roli pielęgniarki w edukacji i przygotowaniu młodych kobiet do karmienia piersią niemowląt

Materiał i metodyka

Badania wykonano metodą sondażu diagnostycznego w formie elektronicznej w 2020 roku, kwestionariusz ankiety zawierał 21 pytań. Ankieta została zamieszczona na jednej z grup parentingowych na stronie facebook.pl. W badaniu wzięło udział **717** kobiet będących matkami. Badania były dobrowolne i anonimowe.



Zainteresowanie naturalnym sposobem karmienia dziecka

Wyniki

Ocena otrzymanego wsparcia a sposób karmienia dziecka

		W jaki sposób karmiła/karmi Pani swoje dziecko/dzieci?					Chi-kwadrat Pearsona	p
		Karmienie mieszane	Karmienie odciągnięte m mlekiem	Karmienie piersią	Sztucznie	Ogółem		
Jak ocenia Pani otrzymane wsparcie?	Brak wsparcia	n 30 % 17,2%	5 2,9%	126 72,4%	13 7,5%	174 100,0%	36,4	0,0001
	Niepomocne	n 16 % 27,6%	1 1,7%	40 69,0%	1 1,7%	58 100,0%		
	Pomocne	n 41 % 13,1%	5 1,6%	254 81,4%	12 3,8%	312 100,0%		
	Zdecydowanie niepomocne	n 9 % 34,6%	2 7,7%	12 46,2%	3 11,5%	26 100,0%		
	Zdecydowanie pomocne	n 25 % 17,0%	5 3,4%	117 79,6%	0 0,0%	147 100,0%		
Ogółem		n 121 % 16,9%	18 2,5%	549 76,6%	29 4,0%	717 100,0%		

Wnioski

Istnieje istotna zależność pomiędzy oceną otrzymanego wsparcia przez ankietowane matki, a tym jak długo karmiły piersią swoje dzieci. Wiedza i porady pielęgniarek, położnych i pediatrów są rozbieżne, a personel medyczny nie angażuje się w edukację na temat karmienia piersią.

Ocena otrzymanego wsparcia a długość karmienia piersią

			Jak ocenia Pani otrzymane wsparcie?					Chi-kwadrat Pearsona	p
			Brak wsparcia	Niepomocne	Pomocne	Zdecydowanie niepomocne	Zdecydowanie pomocne		
Jak długo karmiła Pani bądź planuje Pani karmić piersią swoje dziecko?	3 miesiące lub krócej	n 10 % 28,6%	7 20,0%	14 40,0%	1 2,9%	3 8,6%	35 100,0%	71,6	0,0001
	Do 6 msc lub krócej	n 8 % 11,4%	7 10,0%	32 45,7%	0 0,0%	23 32,9%	70 100,0%		
	Do drugiego roku życia lub dłużej	n 63 % 22,3%	21 7,4%	138 48,8%	6 2,1%	55 19,4%	283 100,0%		
	Do roku	n 71 % 25,6%	19 6,9%	115 41,5%	10 3,6%	62 22,4%	277 100,0%		
	Miesiąc lub krócej	n 18 % 41,9%	3 7,0%	10 23,3%	8 18,6%	4 9,3%	43 100,0%		
Nie karmiła m		n 4 % 44,4%	1 11,1%	3 33,3%	1 11,1%	0 0,0%	9 100,0%		
Ogółem		n 174 % 24,3%	58 8,1%	312 43,5%	26 3,6%	147 20,5%	717 100,0%		

Piśmiennictwo

1. Blyton D.M., Sullivan C.E., Edwards N.: Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. J. Sleep Res. 2002; 11: 297-303.

Ocena jakości życia kobiet z endometriozą w wieku rozrodczym

Dorota Branecka- Woźniak 1, Agnieszka Skweres 2, Joanna Błażejewska- Jaśkowiak 1, Anna Jurczak 3, Rafał Kurzawa 1

1. Katedra i Zakład Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego- Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

2. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku

3. Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego- Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp

Endometrioza to choroba, na którą cierpi około 1 milion kobiet w Polsce, a blisko 200 milionów na świecie. Polega na migracji, implantacji i wzroście komórek endometrium poza jamą macicy. Mimo licznych badań nie wyjaśniono jej jednoznacznej przyczyny, dlatego leczenie jest bardzo trudne a rezultaty terapeutyczne często niezadowalające dla pacjentki.

Przewlekłe bóle podbrzusza i miednicy, dyspareunia, niepłodność, nieregularne miesiączki, zaburzenia ze strony układu pokarmowego i moczowego, występowanie zaburzeń lękowych czy dystymii, finalnie prowadzą do zaburzeń w funkcjonowaniu bio-psycho-społecznym co, w konsekwencji, może mieć wpływ na obniżenie ogólnej jakości życia kobiet, która jest zdeterminowana stanem zdrowia.

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z endometriozą w wieku rozrodczym.

Materiał i metodyka

W badaniu wzięło udział 141 kobiet w wieku rozrodczym, chorujących na endometriozę. Do zebrania danych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego techniką ankietową, do której posłużył własny kwestionariusz ankiety, składający się z dwóch części: danych socjodemograficznych i informacji dotyczących przeszłości położniczo- ginekologicznej oraz narzędzie standaryzowane: Kwestionariusz Oceny Jakości Życia WHOQOL-BREF. Do analizy statystycznej użyto: testu Shapiro-Wilka, analizę wariancji ANOVA oraz programy: Microsoft Excel 2013 oraz SPSS Statistics 21.0.

Za istotne statystycznie wyniki przyjęto wskaźnik $p < 0,05$.

Wyniki

Ogólna jakość życia badanych chorujących na endometriozę w skali 1-5 wynosiła: w domenie fizycznej $3,193 \pm 0,952$, w domenie psychologicznej $3,363 \pm 0,945$, w domenie społecznej $2,921 \pm 0,923$ oraz w domenie środowiskowej $3,281 \pm 1,039$. Uzyskane w poszczególnych domenach wyniki świadczą o obniżonej jakości życia we wszystkich badanych dziedzinach, natomiast na najniższym poziomie była ona w dziedzinie społecznej ($2,921 \pm 0,923$). Kobiety starsze charakteryzuje znacznie niższa jakość życia w dziedzinie społecznej $p < 0,002$ (Tabela 1.). Obniżoną jakość życia w każdej domenie mają kobiety mieszkające na wsi $p < 0,05$. Wysoce istotną statystycznie zależność wykazano pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich jakością życia w dziedzinie środowiskowej $p < 0,001$ (Tabela 2.). Najwyższy poziom zadowolenia z jakości życia w dziedzinie społecznej $p < 0,001$ i dziedzinie somatycznej $p < 0,006$ wykazywały kobiety będące pannami (Tabela 3.). Kobiety bezdzietne mają obniżoną jakość życia w domenie psychologicznej i społecznej $p < 0,05$.

Tabela 1. Wiek a jakość życia kobiet z endometriozą

Dziedzina/ Domena	N	M	SD	F	p
Somatyczna	19-25 lat	31	20,774	5,976	2,430 0,092
	26-35 lat	69	20,927	4,641	
	36-45 lat	40	18,825	4,749	
	Ogółem	140	20,293	5,044	
	Ogółem	140	20,293	5,044	
Psychologiczna	19-25 lat	31	20,064	4,837	2,348 0,099
	26-35 lat	69	19,927	3,801	
	36-45 lat	40	18,325	3,866	
	Ogółem	140	19,500	4,107	
	Ogółem	140	19,500	4,107	
Społeczna	19-25 lat	31	10,064	3,296	6,074 0,002
	26-35 lat	69	9,696	2,347	
	36-45 lat	40	8,000	3,154	
	Ogółem	140	9,293	2,920	
	Ogółem	140	9,293	2,920	
Środowiskowa	19-25 lat	31	27,355	6,736	1,529 0,220
	26-35 lat	69	28,246	3,090	
	36-45 lat	40	26,525	6,042	
	Ogółem	140	27,557	5,025	
	Ogółem	140	27,557	5,025	

N - liczba przypadków wchodzących; M ± SD - średnia arytmetyczna z odchyleniem standardowym; F - wynik testu ANOVA; p - wynik testu ANOVA; p - wynik testu ANOVA; p - wynik testu ANOVA.

Tabela 2. Wykształcenie a jakość życia kobiet z endometriozą

Dziedzina/Domena	N	M	SD	F	p
Somatyczna	Podstawowe	1	15,000		1,307 0,271
	Gimnazjalne	3	20,000	1,732	
	Zasadnicze zawodowe	12	23,167	3,810	
	Ogółem	141	20,326	5,042	
	Ogółem	141	20,326	5,042	
Psychologiczna	Podstawowe	1	10,000		1,542 0,193
	Gimnazjalne	3	18,333	3,786	
	Zasadnicze zawodowe	12	20,250	2,417	
	Ogółem	141	19,511	4,095	
	Ogółem	141	19,511	4,095	
Społeczna	Podstawowe	1	3,000		2,025 0,094
	Gimnazjalne	3	8,667	2,309	
	Zasadnicze zawodowe	12	9,833	2,823	
	Ogółem	141	9,305	2,913	
	Ogółem	141	9,305	2,913	
Środowiskowa	Podstawowe	1	8,000		6,251 0,001
	Gimnazjalne	3	21,333	4,726	
	Zasadnicze zawodowe	12	26,500	5,143	
	Ogółem	141	27,574	5,012	
	Ogółem	141	27,574	5,012	

N - liczba przypadków wchodzących; M ± SD - średnia arytmetyczna z odchyleniem standardowym; F - wynik testu ANOVA; p - wynik testu ANOVA; p - wynik testu ANOVA; p - wynik testu ANOVA.

Tabela 3. Stan cywilny a jakość życia kobiet z endometriozą

Dziedzina/ Domena	N	M	SD	F	p
Somatyczna	Panna	13	24,615	5,237	4,306 0,006
	Zamężna	67	20,388	4,615	
	Stan wolny	21	19,857	3,497	
	W związku partnerskim	40	19,075	5,713	
	Ogółem	141	20,326	5,042	
Psychologiczna	Panna	13	22,154	5,352	2,627 0,053
	Zamężna	67	19,552	3,739	
	Stan wolny	21	18,238	2,948	
	W związku partnerskim	40	19,250	4,471	
	Ogółem	141	19,511	4,095	
Społeczna	Panna	13	11,154	3,693	5,997 0,001
	Zamężna	67	9,522	2,421	
	Stan wolny	21	7,238	3,659	
	W związku partnerskim	40	9,425	2,438	
	Ogółem	141	9,305	2,913	
Środowiskowa	Panna	13	29,308	7,729	1,284 0,282
	Zamężna	67	27,866	5,418	
	Stan wolny	21	26,048	2,499	
	W związku partnerskim	40	27,325	4,053	
	Ogółem	141	27,574	5,012	

N - liczba przypadków wchodzących; M ± SD - średnia arytmetyczna z odchyleniem standardowym; F - wynik testu ANOVA; p - wynik testu ANOVA; p - wynik testu ANOVA; p - wynik testu ANOVA.

Wnioski

- Jakość życia kobiet chorujących na endometriozę jest obniżona we wszystkich dziedzinach życia.
- Chore na endometriozę, ze względu na szereg dodatkowych, emocjonalnych problemów z niej wynikających, potrzebują szerszego spojrzenia na chorobę i większego jej zrozumienia w otoczeniu oraz zagwarantowania opieki psychologicznej.
- Istnieje potrzeba większej edukacji w społeczeństwie o chorobie oraz o skutkach psychiczno-fizycznych chorowania na endometriozę.

Piśmiennictwo

- Szeląg E., Wyderka M. I., Zalewska D.: Endometrioza a jakość życia. Pielęgniarstwo Polskie 2011; 4(42):199-206.
- Szpak R., Bugała-Szpak J., Droszdol A., Skrzypulec W.: Jakość życia u kobiet z endometriozą. Wiadomości Lekarskie 2009 12(2):129-134
- Gabrys M. ST., Mazur A., Popiela A., Popiela M.: Endometrioza – narastający problem praktyki lekarza rodzinnego. Polska Medycyna Rodzinna 2004; 6(3):1319–1324. II Kongres Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Wrocław 29 września- 2 października 2004.
- Laufer M.R.: Diagnosis and treatment of endometriosis in adolescents. UpToDate. 2012, <http://uptodate.com> (10.04.2018).

PSYCHOLOGICZNE PROBLEMY KOBIET PODDAWANYCH ZABIEGOM MEDYCZNYM W OBRĘBIE ŻEŃSKIEGO UKŁADU PŁCIOWEGO

Słopiecka Aleksandra, Cieślik Aleksandra, Wencel-Wawrzeńczyk Agnieszka
Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

WSTĘP

Zastosowanie procedur medycznych w obrębie żeńskiego układu płciowego powoduje czasem powstanie u pacjentek różnych zaburzeń, dysfunkcji oraz negatywnych stanów emocjonalnych.

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie psychologicznych problemów kobiet poddawanych medycznym procedurom w obrębie żeńskiego układu płciowego.

MATERIAŁ I METODYKA

W pracy dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego problemów zdrowotnych kobiet diagnozowanych i leczonych z powodu chorób żeńskiego układu płciowego. Analizie opisowej poddano dane na temat występujących stanów emocjonalnych związanych z faktem rozpoznania choroby, poddawania się zabiegom diagnostyczno-leczniczym oraz okoliczności korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

WYNIKI

Problemy natury psychologicznej występujące u kobiet poddanych zabiegom diagnostycznym i leczniczym w obrębie żeńskiego układu płciowego

Lp.	Wykaz problemów:
1.	Uczucie upokorzenia i poniżenia (w przypadku niewłaściwego zachowania personelu medycznego).
2.	Obawa przed rozpoznaniem choroby onkologicznej.
3.	Lęk przed bólem.
4.	Uczucie wstydu, skrępowania, zażenowania.
5.	Pogorszenie ogólnego przystosowania emocjonalnego, stany nadpobudliwości, niepokoju i depresji (zwłaszcza w przewlekłych chorobach somatycznych narządów płciowych).
6.	Stany nerwicowe (szczególnie w przypadku zmian chorobowych, które upośledzają lub uniemożliwiają współżycie seksualne lub zdolność reprodukcji).
7.	Przekonanie o utracie fizycznych cech kobiecości, utracie atrakcyjności i możliwości kontynuowania satysfakcjonujących kontaktów seksualnych (zwłaszcza po radykalnych zabiegach operacyjnych).
8.	Pogorszenie oceny obrazu siebie, własnej atrakcyjności jako kobiety.
9.	Niepokój wynikający z opóźnionego powrotu do całkowitego zdrowia oraz pełnej aktywności w pracach domowych i zawodowo-społecznych.
10.	Lęk przed rozpoznaniem choroby nowotworowej.
11.	Obawy przed wystąpieniem powikłań pooperacyjnych, utratą płodności, utratą pracy, rozłąki z rodziną.
12.	Lęk o możliwość prokreacji, dalsze funkcjonowanie w rodzinie i w pracy zawodowej.
13.	Obniżony nastrój z powodu poczucia winy za brak potomstwa.
14.	Bezpośrednie i odległe zaburzenia zdrowia fizycznego i psychicznego (w przypadku utraty dziecka w wyniku samoistnego lub sztucznego poronienia).
15.	Przeżywanie negatywnych emocji i uczucie obniżonego nastroju (szczególnie w przypadku leczenia niepłodności).
16.	Wysoki poziom lęku w okresie okołoperacyjnym.

Słowa kluczowe: kobiety, choroby żeńskiego układu płciowego, problemy psychologiczne.

WNIOSKI

1. U kobiet diagnozowanych i leczonych z powodu chorób żeńskiego układu płciowego występuje wiele problemów natury psychologicznej.
2. Charakter i nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych pacjentek w dużej mierze zależy od rodzaju rozpoznanej choroby, rozległości zabiegu operacyjnego oraz zachowania personelu medycznego.
3. Kobiety, wobec których realizowane są świadczenia zdrowotne w zakresie patologii ciąży i ginekologii powinny mieć możliwość korzystania z pomocy psychologicznej.



Źródło: pl.depositphotos.com

PIŚMIENNICTWO

1. Gruszka J, Wrześniewska M, Adamczyk-Gruszka O. Wizyta u ginekologa - aspekt psychologiczny, diagnostyczny i leczniczy. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014; 20,2: 126-130.
2. Szymoniak K, Ćwiek D, Berezowska E, Branecka-Woźniak D, Dzióbek I, Malinowski W. Opinie kobiet na temat badania ginekologicznego w szpitalu. Ginekol. Pol. 2009; 80: 498-502.
3. Foks E. Ocena jakości życia i seksualności kobiet z zaburzeniami ginekologicznymi. W: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. T 1. red. M. Wojtal, D. Żurawickiej. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole 2013; 90-100.

Terapia bólu pooperacyjnego jako determinanta oceny jakości opieki pielęgniarskiej

Kamusińska Elżbieta¹, Kwaśniewska Anna¹

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

Wstęp

Podstawową metodą leczenia raka piersi jest zabieg chirurgiczny. O jakości opieki w okresie pooperacyjnym w głównej mierze decyduje sposób postępowania z bólem. Pielęgniarki sprawując opiekę nad chora mają za zadanie rozpoznanie, ocenę, monitorowanie i leczenie bólu.

Cel pracy

Ocena jakości opieki pielęgniarskiej w terapii bólu pooperacyjnego u kobiet leczonych operacyjnie z powodu raka piersi.

Materiał i metody

Badaniami objęto 103 kobiety po przebytych zabiegach operacyjnych z powodu raka piersi leczone w Klinice Chirurgii Onkologicznej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach.

Wykorzystano technikę ankietowania z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowaną Skalę Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym i Skalę Oceny Bólu VAS.

Wyniki

Charakterystyka badanej populacji

Tab. 1. Badana grupa wg wieku

Wiek	N	%
51-60	34	33
41-50	31	30,1
31-40	29	28,2
61-70	9	8,7
Ogółem	103	100

Tab. 2. Badana grupa wg stanu cywilnego

Stan cywilny	N	%
Zamężna	56	54,4
Rozwiedziona	19	18,4
Panna	17	16,5
Wdowa	11	10,7
Ogółem	103	100

Tab. 3. Badana grupa wg wykształcenia

Wykształcenie	N	%
Średnie	41	39,8
Wyższe	33	32,0
Zawodowe	18	17,5
Podstawowe	11	10,7
Ogółem	103	100

Poziom bólu

Pielęgniarki najczęściej badały poziom bólu co najmniej trzy razy dziennie (39,8%) oraz co najmniej dwa razy dziennie (37,9%), 6,8% badanych kobiet wskazało na brak oceny poziomu bólu.

Emocje towarzyszące pacjentkom w momencie odczuwania bólu to lęk (39,8%), bezsilność (20,4%) oraz niechęć (18,5%). Najrzadszym odczuciem była rozpacz (5,8%) oraz złość (6,8%).

Badane kobiety potrzebowały doraźnie dodatkowego leku przeciwbólowego czasami (46,6%); zawsze (32%) lub nigdy (5,8%).

Większość badanych kobiet (64% N=66) wskazała na stosowanie niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu pooperacyjnego, i było to odpowiednie ułożenie (N=52), techniki relaksacyjne (N=7), zapewnienie odpowiedniego wypoczynku/snu (N=4) oraz mikroklimatu sali (N=3).

Jakość sprawowanej opieki pielęgniarskiej

wg Skali Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym

Poziom	Jakość postępowania z bólem pooperacyjnym							
	Komunikowanie		Działanie		Zaufanie		Środowisko	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Wysoki	82	79,6	77	74,7	84	81,6	26	25,2
Średni	13	12,6	15	14,6	9	8,7	63	60,2
Niski	8	7,8	11	10,7	10	9,7	15	14,6
Ogółem	103	100	103	100	103	100	103	100

Wnioski

1. Zdecydowana większość badanych kobiet odczuwała średni poziom bólu pooperacyjnego. Prawie połowa badanych kobiet potrzebowała doraźnie dodatkowego leku przeciwbólowego.
2. Ponad połowa kobiet skorzystała z innych metod zwalczania bólu, takich jak odpowiednie ułożenie, techniki relaksacyjne, zapewnienie odpowiedniego wypoczynku/snu oraz mikroklimatu sali.
3. Jakość sprawowanej opieki pielęgniarskiej w aspekcie bólu pooperacyjnego badane pacjentki oceniły na poziomie średnim. Uzyskane wyniki determinują potrzebę ciągłego monitorowania tego aspektu oraz doskonalenia.
4. Badana grupa kobiet w przeważającej większości pozytywnie oceniła postawę kadry pielęgniarskiej, wskazując na serdeczność, empatyczność, komunikatywność oraz odpowiedzialność.
5. Zmienną socjodemograficzną istotnie wpływającą na poziom odczucia bólu pooperacyjnego w badanej grupie kobiet był stan cywilny.

Strategie radzenia sobie z bólem w grupie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych

dr n. med. Maciąg Dorota 1,2, mgr Dujka Anna1, dr n. med. Borek Monika 1,2, mgr Maciąg – Ołaszek Agnieszka1, mgr Nowak Aleksandra1

1.Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim ul. Akademicka 12 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, 2. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Koło przy ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski

Wstęp

Choroba zwyrodnieniowa stawów należy do najczęściej diagnozowanych chorób przewlekłych na świecie. Występuje u ludzi w różnym wieku, jednak częściej dotyczy osób starszych. Wpływ na chorobę poza uwarunkowaniami genetycznymi ma środowisko oraz tryb życia. W grupie ryzyka są również osoby wykonujące zawody obciążające stawy oraz uprawiające sporty ekstremalne. Jedną z przyczyn zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia ChZS jest otyłość. Chorobę leczy się głównie objawowo, a jej głównym objawem jest ból.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie strategii radzenia sobie z bólem w grupie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych.

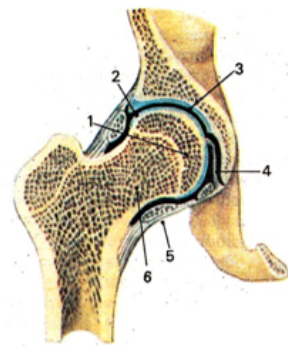
Materiał i metodyka

W badaniach zastosowano Kwestionariusz CSQ służący do badania strategii radzenia sobie z bólem, autorstwa A. C. Rosenstiel i F. J. Keefe. Kwestionariusz zawiera 42 stwierdzenia służące do zbadania strategii radzenia sobie z bólem oraz sprawdzenia, jaka jest ich skuteczność w opanowaniu i obniżeniu bólu.

x

Wyniki

W badaniu wzięło udział 105 respondentów w tym 59% kobiet i 41% mężczyźni. Średnia wieku wynosiła 57 lat. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w wieku pomiędzy 43 a 71 rokiem życia. Z przeprowadzonych badań wynika, że płeć pacjentów nie ma wpływu na wybór sposobów radzenia sobie z bólem. Zarówno kobiety jak i mężczyźni w podobny sposób korzystają z wybranych strategii radzenia sobie z bólem. Badana wykazały, że 36% ankietowanych by radzić sobie z bólem stosuje technikę katastrofizowania. Pacjenci w ramach tej metody uspokajają się negatywnymi myślami, zdarza się, że popadają w stany depresyjne. Inną ze strategii stosowanych przez pacjentów jest odwracanie uwagi. Blisko połowa respondentów 51% wykorzystuje tę technikę czasem, natomiast 24% robi to zawsze, gdy pojawia się ból. Największy odsetek 56% nigdy nie stosuje przewartościowywania doznań, jako techniki radzenia sobie z bólem. Większość ankietowanych 70% deklaruje, że potrafi zapanować nad odczuwanym bólem. Badania wykazały występowanie zależności między tym jak pacjenci potrafią panować nad bólem, a strategią odwracania uwagi.



1-głowa kości udowej, 2-obrąbek panewkowy, 3-panewka, 4-więzadło poboczne piszczelowe, 5-włókna warstwy okrężnej, 6-szyjka kości udowej

STRATEGIA	NIGDY		CZASEM		ZAWSZE	
2. PRZEWARTOŚCIOWYWANIE DOZNAŃ BÓLOWYCH	N	%	N	%	N	%
Próbuję zdystansować się od bólu tak, jakby ból był w innym ciele	58	55%	34	32%	13	12%
Nie myślę o nim jako o bólu, lecz raczej jako o monotonnym lub ciepłym doznaniu	37	35%	45	43%	23	22%
Po prostu myślę o nim jako o innym odczuciu, takim jak np. zdrętwienie	41	39%	25	24%	39	37%
Staram się nie myśleć o nim jako o moim ciele, a raczej jak o czymś poza mną	45	43%	41	39%	19	18%
Wyobrażam sobie, że ból jest poza moim ciałem	61	58%	33	31%	11	10%
Udaję, że ból nie jest częścią mnie	36	34%	61	58%	8	8%
ŚREDNIA	44%		38%		18%	

Wnioski

1. Poziom wiedzy na temat migotania przedsiionków i konsekwencji stosowania leków przeciwkrzepliwych nie szedł w parze z lepszą, jakością życia badanych pacjentów.
2. Wykształcenie badanych pacjentów miało wpływ, na jakość ich życia pod względem dziedziny psychologicznej i środowiska.
3. Stan cywilny badanych różnicował istotnie, jakość ich życia pod względem dziedziny fizycznej, psychologicznej oraz środowiska.
4. Wiek badanych pacjentów miał istotny wpływ, na jakość ich życia pod względem każdej dziedziny, tj. fizycznej, psychologicznej i relacji społecznych.

Piśmiennictwo

1. Moryś J. Narkiewicz O.: Anatomia człowieka. Podręcznik dla studentów, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 110-220. ISBN 978-83-200-3247-5
2. Reicher M. Bochenek A.: Anatomia człowieka.: Anatomia ogólna. Kości, stawy i więzadła. Mięśnie, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008, s. 19-30. ISBN 978-83-200-4323-5
3. Błaszczyk J.: Biomechanika kliniczna, PZWL, Warszawa 2004, s. 87-91. ISBN 978-83-200-4202-3
4. Leszczyński P. Pawlak-Buś K.: Choroba zwyrodnieniowa stawów-epidemia XXI wieku. Farmacja współczesna 2008; 1: 79-87.
5. Głuszko P.: Densytometria kości. Interna Szczeklika 2017. Medycyna Praktyczna, 2017, 1955-1957. ISBN 978-83-7430-591-4

Kontrola emocji a strategia radzenia sobie z bólem u pacjentów po zabiegach ortopedycznych i w chirurgii twarzowo-szczękowej

Dziewięcka Edyta¹, Olczyk Monika², Wilczkowska Anna¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach

² Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wstęp

Chorzy po zabiegach ortopedycznych, w chirurgii twarzowo szczękowej stosują różnorodne metody radzenia sobie z bólem. Indywidualny program kontroli natężenia bólu wpływa na poprawę komfortu psychicznego i fizycznego co z kolei poprawia jakość życia chorego.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie problematyki kontroli emocji i strategii radzenia sobie z bólem u pacjentów po zabiegach ortopedycznych i w chirurgii twarzowo szczękowej.

Materiał i metodyka

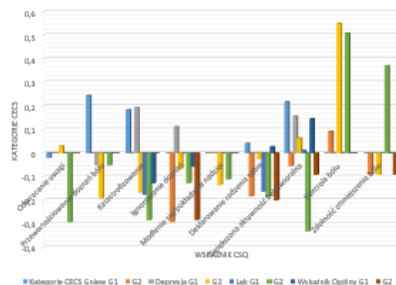
Materiał badawczy stanowiło 103 badanych, w tym 58 osób po zabiegach ortopedycznych i 45 osób po zabiegach chirurgii twarzowo-szczękowej. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem kwestionariuszy: Skala Kontroli Emocji (CECS), Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) oraz ankiety autorskiej.

Wyniki

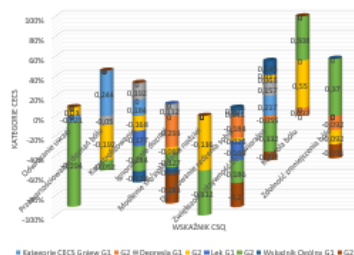
U pacjentów po zabiegach ortopedycznych występuje wyższy poziom kontroli emocji w porównaniu do pacjentów po zabiegu chirurgii twarzowo szczękowej. Dominujące są strategie poznawcze oraz behawioralne - zwiększona aktywność behawioralna ($p < 0,05$).

U mężczyzn stwierdzono większą zdolność kontroli gniewu oraz wyższy poziom realizacji strategii w zakresie przewartościowania doznań bólu ($p < 0,05$). Wykazano również zależność miejsca zamieszkania na kontrolę emocji we wszystkich pod skalach CECS, strategia radzenia sobie z bólem w zakresie przewartościowania doznań bólu, ignorowanie doznań oraz zwiększenie aktywności behawioralnej ($p > 0,05$).

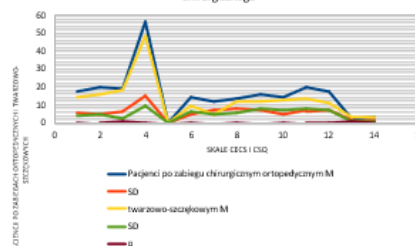
Zależność pomiędzy wynikami kwestionariusza CSQ i Skali CECS wg rodzaju zabiegu.



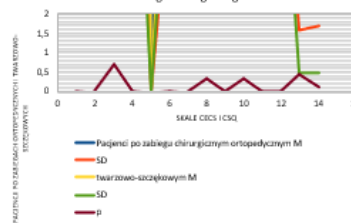
Zależność pomiędzy wynikami kwestionariusza CSQ i Skali CECS wg rodzaju zabiegu.



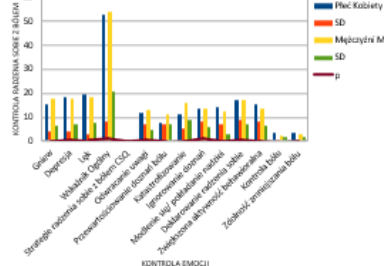
Wyniki w skali CECS i kwestionariusza CSQ wg rodzaju zabiegu chirurgicznego



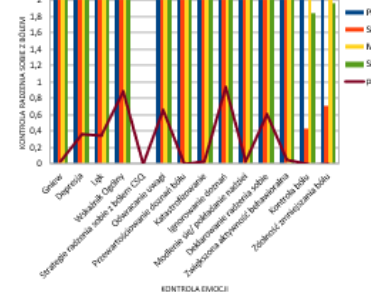
Wyniki w skali CECS i kwestionariusza CSQ wg rodzaju zabiegu chirurgicznego



Wyniki w skali CECS i kwestionariusza CSQ wg płci pacjentów



Wyniki w skali CECS i kwestionariusza CSQ wg płci pacjentów



Wnioski

W obu grupach badanych występował zbliżony odczuwany poziom bólu.

U pacjentów po zabiegach ortopedycznych było mniejsze nasilenie bólu w okresie pooperacyjnym w porównaniu do pacjentów po zabiegu chirurgii twarzowo szczękowej.

U pacjentów po zabiegach ortopedycznych odnotowano wyższą kontrolę emocji.

Piśmiennictwo

- Skiba M., Duda S., Nowak D., Kulik A., Waliczek M., Bałasz M., Nowak P. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi. Hygeia Public Health 2018, 53(4): 3363-370.2. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
- Basińska M., Andruszkiewicz A. Lokalizacja kontroli bólu a strategii radzenia sobie z bólem przewlekłym u pacjentów leczonych z powodu raka płuca i raka jelita grubego. Psychoonkologia 2014, 2: 43-50.
- Doliński D., Błaszczak W. Dynamika emocji. Teoria i praktyka. PWN, Warszawa 2013.

Planowe leczenie w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej w ocenie pacjenta

Mateusz Bączek, Jolanta Kolonko, Beata Babiarczyk

Akademia Techniczno- Humanistyczna w Bielsku Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa

Wstęp

Pacjenci oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej są podmiotem leczenia operacyjnego dotyczącego patologii narządu ruchu. Konieczność podejmowania złożonego i skomplikowanego leczenia chirurgicznego połączonego z ingerencją w kości i mięśnie budzi w pacjentach poczucie lęku. U jego podstaw leżą obawy konsekwencji zastosowanego znieczulenia, leczenia operacyjnego, dolegliwości bólowych, a także niepewność odzyskania sprawności ruchowej. Nie bez znaczenia jest także czasowa utrata kontaktu z bliskimi i odmienne funkcjonowanie w środowisku szpitalnym.

Cel pracy

Poznanie subiektywnej oceny pacjenta dotyczącej planowanego leczenia w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Materiał i metodyka

Po spełnieniu formalnych kryteriów, badanie zostało przeprowadzone wśród 120 pacjentów w jednym ze szpitali powiatu Cieszyńskiego, hospitalizowanych w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej na przełomie 2019/2020 roku. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnej, składający się zarówno z pytań zamkniętych jak i otwartych, dotyczących oceny planowego leczenia: przed zabiegiem operacyjnym, w jego trakcie i bezpośrednio po nim. Przeprowadzono prostą analizę zebranego materiału wykorzystując program Excel oraz wykonując statystyczny test dokładny Fishera dla zmiennych skategoryzowanych. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki

Przeważająca większość pacjentów przebywających na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej była zadowolona z informacji przekazanych przez personel medyczny dotyczących stosowanej terapii, metod znieczulenia oraz opieki okołoperacyjnej (92%). Zauważono, iż kobiety odmiennie od mężczyzn oceniały jakość przekazu informacji dotyczących przygotowania do zabiegu przez personel medyczny, jak również kobiety częściej pozytywnie oceniały przygotowanie do zabiegu operacyjnego. Badane kobiety posiadały lepsze wykształcenie oraz nie była to ich pierwsza hospitalizacja jak dla ponad 30% mężczyzn. Zarówno szersza wiedza ogólna związana z wyższym poziomem wykształcenia, jak i doświadczenie wcześniejszych pobytów w szpitalu, mogły wpłynąć na taki rozkład ocen.

Badani dobrze i bardzo dobrze ocenili czas hospitalizacji na oddziale, przy czym zaobserwowano różnice ocen pacjentów dotyczące okresu przed, w trakcie i bezpośrednio po zabiegu operacyjnym.

Badanie wpływu nastawienia pacjenta do planowanego leczenia operacyjnego na jego poziom zadowolenia z przebiegu leczenia wykazało istotną korelację tych dwóch czynników ($p = 0,006$) co przedstawia poniższa tabela.

	ODPOWIEDZ	W jakim stopniu zadowolony jest Pan/Pani z leczenia na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej?						OGÓŁEM		Test dokładny Fishera
		bardzo dobrze		raczej dobrze		niezbyt dobrze/źle				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Powód poddania się zabiegowi	A	38	48,1%	15	53,6%	1	7,7%	54	45,0%	p = 0,001
	B	23	29,1%	9	32,1%	3	23,1%	35	29,2%	
	C	7	8,9%	0	0%	0	0%	7	5,8%	
	D	11	13,9%	4	14,3%	9	69,2%	24	20,0%	
	OGÓŁEM	79	100,0%	28	100,0%	13	100,0%	120	100,0%	

A - Podałem/-am poddać się zabiegowi, ponieważ moje zwyrodnienie/dolegliwość przeszka dzało mi w codziennym funkcjonowaniu

B - Podałem/-am poddać się zabiegowi, ponieważ odczuwałem/-am dolegliwości bólowe

C - Podałem/-am poddać się zabiegowi, aby poprawić wygląd

D - Podałem/-am się zabiegowi, ponieważ takie było zalecenie lekarza

Wnioski

1. Pacjenci pozytywnie oceniają leczenie w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej zarówno w obszarze przygotowania przedoperacyjnego, w trakcie operacji jak i w bezpośrednim okresie po zabiegu ortopedycznym.
2. Komunikacja, klarowność przekazu, postawa i kontakt z personelem lekarskim i pielęgniarskim oddziałów są w ocenie pacjentów na bardzo dobrym i raczej dobrym poziomie.
3. Samodzielne podejmowanie decyzji wynikające z przekonania pacjenta o konieczności poddania się operacji stanowią istotny czynnik wpływający na zadowolenie z zastosowanego leczenia operacyjnego.

Piśmiennictwo

1. Papiernik B., Poziom lęku – stanu i lęku – cechy a odczuwanie dolegliwości bólowych u pacjentów w okresie okołoperacyjnym, Gdański Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej, Gdańsk, 2018; s. 5-6, <http://pbc.gda.pl/Content/71070/doktorat%20PAPIERNIK%20Beata.pdf> 18.11.2019
2. Lisowska B., Smolak A., Wielgus M., Ocena pracy personelu medycznego w oddziale pooperacyjnym przez pacjentów po operacjach ortopedycznych, Anestezjologia i Ratownictwo 2014; 8: 310-320.
3. Rusiecka U.A., Panasik L., Analiza obaw pacjentów przed znieczuleniem ogólnym, Aspekty Zdrowia i Choroby 2018; 3(2): 23-47.
4. Turbiarz A., Babiarczyk B., Obawy pacjentów operowanych w systemie chirurgii jednego dnia – przegląd literatury, Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23(2): 265-268.
5. Niechwiadowicz-Czapka T., Rola i zadania pielęgniarki w zakresie przygotowania psychicznego do operacji, Puls Uczelni 2014; 8(2): 36-39.
6. Delura M., Postulszna -Owczar M., Rezmerska L., Satisfakcja pacjentów z pielęgniarskiej opieki przedoperacyjnej, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2016; 4(1): 8-15.
7. Mędrzycka-Dąbrowska W., Kowalewska M., Udział pielęgniarki w przedoperacyjnym psychologicznym przygotowaniu dzieci do zabiegu operacyjnego, Hygeia Public Health 2014; 49(4): 696.
8. Kruczyński J., Wiktora Degi Ortopedia i Rehabilitacja, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
9. Wierzbicka A., Statystyczne metody analizy efektywności oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, Łódź, 2017; s.71-77, <http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/24223/Rozprawa%20doktorska%20Anna%20Wierzbicka.pdf> 02.01.2020r.
10. Libura M., Ortopedyczny zabieg chirurgiczny, https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabieg/165239,ortopedyczny-zabieg-chirurgiczny /05.01.2020r.
11. Realizacja świadczeń endoprotezoplastyki stawowej w 2018 r., Centralna Baza Endoprotezoplastyk Narodowego Funduszu Zdrowia, dostępny w Internecie: <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje/15.01.2020r>.
12. Kruk A., Terech S., Jarzynkowski P., Piotrkowska R., Książek J., Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem operowanym metodą artroskopii stawu kolanowego, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2018; 2(55): 219-223, http://www.przegląd.amp.edu.pl/uploads/2018/2/219_2_55_2018.pdf /15.01.2020r.

Wpływ edukacji okołooperacyjnej na poziom stresu u pacjentów po zabiegu operacyjnym w przebiegu dyskopatii lędźwiowej

Gołębiowska Paulina¹, Oleś Izabela¹, Patyna Łukasz¹, Plutka Patryk¹, Przemysław Zając¹

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

Wstęp

Dyskopatia to szerokie pojęcie, które obejmuje zmiany zwyrodnieniowe krążka międzykręgowego. Charakterystycznym i podstawowym objawem dyskopatii lędźwiowej to ból lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa, promieniujący do kończyn dolnych, który wynika z ucisku na korzenie nerwowe lub rdzeń kręgowy [1-5]. Jedną z metod leczenia dyskopatii jest leczenie chirurgiczne. Najczęstszą metodą jest otwarta dyscektomia [6,7]. Edukacja realizowana przez personel pielęgniarstwa jest jednym z elementów procesu leczenia, jednakże jest ona często pomijana. Obecnie brakuje wystarczających dowodów wpływu edukacji pielęgniarstwa na poziom stresu pacjentów po zabiegu operacyjnym w przebiegu dyskopatii lędźwiowej [8-11].

Cel pracy

Celem badań była ocena wpływu wczesnej edukacji dotyczącej samoopieki na poziom stresu i lęku pacjentów po zabiegu operacyjnym w przebiegu dyskopatii lędźwiowej.

Materiał i metodyka

Badanie przeprowadzono w Klinice Neurochirurgii i Chirurgii Kręgosłupa w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach wśród pacjentów z dyskropatią lędźwiową poddanych zabiegowi operacyjnemu. Grupę badaną stanowiło 50 osób, w tym 11 kobiet (22%). 25 uczestników zostało poddanych edukacji dotyczącej postępowania pooperacyjnego. Pozostali uczestnicy nie zostali wyedukowani. Przed przystąpieniem do eksperymentu uzyskano świadomą zgodę uczestników oraz poinformowano ich o możliwości rezygnacji na każdym etapie prowadzonego eksperymentu. Narzędziem badawczym był Kwestionariusz PSS-10, który służy do pomiaru odczuwanego stresu. Zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, sposobami radzenia i zachowaniami. Na pytania zawarte w Kwestionariuszu badani odpowiadają w skali 0-4, gdzie 0=nie, natomiast 4=bardzo często.

Wyniki

Badanie wykazało, że u osób, u których przeprowadzono edukację z zakresu postępowania pooperacyjnego dyscektomii lędźwiowej rzadziej występowało zdenerwowanie z powodu niespodziewanych zdarzeń. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 1,76, a dla grupy bez edukacji wyniósł 3,28. Osoby wyedukowane mniej odczuwały, że ważne sprawy życiowe wymykały im się spod kontroli. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 1,72, a dla grupy bez edukacji wyniósł 3,12. Wyedukowani pacjenci w mniejszym stopniu odczuwali zdenerwowanie i napięcie. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 1,6, a dla grupy bez edukacji wyniósł 3,16. Badanie wykazało, że u osób, u których przeprowadzono edukację rzadziej występowało przekonanie, iż nie potrafią sobie poradzić z problemami osobistymi. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 1,2, a dla grupy bez edukacji wyniósł 2,32. Ponadto wykazano, iż respondenci poddani edukacji częściej odczuwali, że sprawy układają się po ich myśli. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 1,24, a dla grupy bez edukacji wyniósł 2,76. Chorzy wyedukowani w mniejszym stopniu stwierdzali, iż nie radzą sobie ze wszystkimi obowiązkami. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 1,88, a dla grupy bez edukacji wyniósł 2,56. Osoby poddane edukacji częściej stwierdzały, że mają zdolność opanowania rozdrażnienia. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 1,72, a dla grupy bez edukacji wyniósł 1,8. Wyedukowani badani częściej odczuwali, iż wszystko im wychodzi. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 1,48, a dla grupy bez edukacji wyniósł 2,32. Badanie wykazało, że u osób poddanych edukacji rzadziej występowała złość z powodu tego, iż nie mieli wpływu na to co się zdarzyło. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 1,56, a dla grupy bez edukacji wyniósł 2,76. Wyedukowani respondenci mniej odczuwali, iż nie mogą przezwyciężyć narastających trudności. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 1,4, a dla grupy bez edukacji wyniósł 2,84.

Analiza sumaryczna wszystkich powyższych wyników wykazała, że uczestnicy badania poddani edukacji z zakresu postępowania pooperacyjnego dyscektomii lędźwiowej rzadziej odczuwały stres. Średni wynik dla grupy poddanej edukacji wyniósł 20,24, a dla grupy bez edukacji wyniósł 24,52.

Tabela 1. Analiza wyników kwestionariusza PSS-10.

	Edukacja	\bar{x}	max	min	Me	SD
Częstość występowania zdenerwowania z powodu niespodziewanych zdarzeń	tak	1,76	3	0	2	0,60
	nie	3,28	4	2	3	0,79
Częstości występowania odczucia wymykania się spod kontroli ważnych spraw	tak	1,72	3	0	2	0,61
	nie	3,12	4	2	3	0,67
Częstość występowania zdenerwowania i napięcia	tak	1,60	2	0	2	0,65
	nie	3,16	4	2	3	0,62
Częstość występowania przekonania o trudnościach z radzeniem sobie z problemami	tak	1,20	2	0	1	0,58
	nie	2,32	3	1	2	0,56
Częstość występowania uczucia, że sprawy układają się po twojej myśli	tak	1,24	3	0	1	0,72
	nie	2,76	4	2	3	0,52
Częstość występowania stwierdzenia, iż nie radzą sobie ze wszystkimi obowiązkami	tak	1,88	3	1	2	0,53
	nie	2,56	4	1	2	0,96
Częstość występowania zdolności opanowania rozdrażnienia	tak	1,72	3	1	2	0,61
	nie	1,80	3	0	2	0,96
Częstość występowania uczucia, iż wszystko im wychodzi	tak	1,48	2	0	2	0,59
	nie	2,32	3	1	2	0,56
Częstość występowania uczucia złości z powodu braku wpływu na to co się zdarzyło	tak	1,56	2	1	2	0,51
	nie	2,76	4	2	3	0,78
Częstość występowania uczucia, iż nie mogą przezwyciężyć narastających trudności	tak	1,40	3	0	1	0,71
	nie	2,84	4	2	3	0,78
Wyniki ogólne dotyczące występowania stresu	tak	20,24	24	15	20	2,07
	nie	24,52	28	18	25	2,63

Wnioski

1. Edukacja przed zabiegiem operacyjnym minimalizuje stres związany z opieką pooperacyjną u pacjentów poddanych zabiegowi dyscektomii lędźwiowej.
2. Zaleca się prowadzenie edukacji wśród wszystkich pacjentów poddawanych zabiegowi dyscektomii lędźwiowej w celu poprawy jakości samoopieki w okresie pooperacyjnej.

Piśmiennictwo

1. Łacek A, Moskal - Szybka M. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z rwa kulszową w przebiegu dyskopatii lędźwiowej kręgosłupa. Forum Zawodowe 2019;3:25-29.
2. Borzęcki P, Wójtowicz-Chomicz K, Skowronek A, Kollataj W, Karwat I. D. Rehabilitacja chorych z dyskropatią odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Family Medicine&PrimaryCareReview 2012;3:345-348.
3. Domżał TM. Bóle krzyża - rozpoznawanie i leczenie. Medycyna na Dyplomie 2011;12:34-45.
4. Klimaszewska K, Krajewska-Kula E, Kondzior D, Kowalcuk K, Jankowiak B. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Problemy Pielęgniarstwa 2011;19:47-54.
5. Zajkowska A. Ból kręgosłupa. Neurologia po Dyplomie 2018;13:
6. Kaczmarsczyk J, Kubaszewski Ł, Tabędz W. Leczenie operacyjne dyskopatii lędźwiowej- dyscektomia i przez skórę dekompresja dysku. Praktyczna Ortopedia i Traumatologia. 2017;1:54-59.
7. Domżał T. Neurologiczne postępowanie w bólach krzyża-standardy i zalecenia. Polski przegląd neurologiczny 2010;6:59-69
8. J. Celej-Szuster, K. Turkowski, E. Przychodzka i wsp. Edukacja jako element wsparcia społecznego pacjentów z dyskropatią lędźwiową. W: Dobrostan a edukacja. Red. Turowski K. Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum. Lublin 2016;28-45.
9. Karakula J, Babiarczyk B. Wiedza pacjentów po operacyjnym leczeniu dyskopatii lędźwiowej na temat samoopieki. Pielęgniarstwo Polskie 2017;3:382-389.
10. Kachaniuk H. i wsp.: Poglądy pacjentów na zakres i sposób przekazywania informacji zdrowotnej osobom chorym i rodzinie. Zdrowie Publiczne 2003;3/4:264-267.
11. Berny W. i wsp.: Wybrane problemy opieki pielęgniarstwa nad chorym z dyskropatią lędźwiową w okresie pooperacyjnym. AnnalesUniversitatisMariae Curie-Skłodowska, Sectio D 2005;16:106-109.

Dostępność pielęgniarki oraz szybkość reakcji na wezwanie pacjenta w nocy a poziom zadowolenia i satysfakcji z opieki

Anna Fafara, Małgorzata Marć, Anna Krakowiak, Aneta Lesiak

Kolegium Nauk Medycznych, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Rzeszowski

Wstęp

Jakość nocnych świadczeń pielęgniarskich ocenianych z punktu widzenia świadczeniobiorcy, a także jej systematyczna analiza daje możliwość doskonalenia całego systemu ochrony zdrowia. Praca pielęgniarki w nocy polega głównie na realizacji zadań wynikających z funkcji opiekuńczej i terapeutycznej. Czułym wskaźnikiem jakości opieki pielęgniarskiej jest badanie poziomu zadowolenia i satysfakcji pacjenta. Oczekiwania wobec personelu medycznego koncentrują się na odpowiednim i profesjonalnym traktowaniu, które jest zgodne ze światowymi standardami. Pacjenci oczekują poczucia bezpieczeństwa i chęć darzyć zaufaniem personel, który nimi się będzie opiekował.

Cel pracy

Głównym celem badawczym pracy była analiza zależności pomiędzy wybranymi aspektami opieki szpitalnej realizowanymi przez pielęgniarki w porze nocnej a poziomem zadowolenia i satysfakcji z opieki pacjentów hospitalizowanych.

Materiał i metodyka

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, szacowania i statystyczną. Narzędziami badawczymi były: Autorski kwestionariusz ankiety, Kwestionariusz PASAT HOSPIT 1, The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. Celem zilustrowania uzyskanych danych z badań i analizy statystycznej, wyniki zaprezentowano na wykresach typu ramka-wąsy. Obliczenia przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 20. W pracy przyjęto poziom istotności $p < 0,0$. Wytypowano próbę badaną liczącą 600 osób, wśród których ankietarzy rozprowadzili komplety kwestionariuszy. Przy użyciu testu Hodgkinsona oceniono sprawność umysłową i zdolność do pacjenta do wypełniania ankiet. Zwrotnie uzyskano 592, w tym prawidłowo wypełnionych i kompletnych było 585 kwestionariuszy, co stanowiło 97,5% założonej próby badanej całości. Grupę badaną stanowiło 600 hospitalizowanych pacjentów od stycznia do maja 2016 r.

Wyniki

Istnieje zależność pomiędzy poziomem dostępności pielęgniarki w nocy oraz szybkością reakcji na wezwanie pacjenta a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej. Silniejszy statystycznie związek z ocenami zawartymi w PASAT HOSPIT 1 wykazała ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Wartości współczynnika korelacji (wraz z oceną jego istotności statystycznej) dotyczą korelacji pomiędzy całościową punktową miarą opieki nocnej a punktacją odpowiedzi na pyt. 11A-F z kwestionariusza PASAT.

Wyniki badań wskazują na istotną statystycznie o niewielkiej sile. Silniejszy związek z ocenami zawartymi w PASAT HOSPIT 1 wykazuje ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Najsilniejsze korelacje dotyczą dostępności pielęgniarki i szybkości reakcji na wezwanie i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (tab. 1)

Tab. 1. Wykaz korelacji pomiędzy ocenami różnych aspektów opieki pielęgniarskiej.

PASAT HOSPIT 2 (pyt. 11A-F)	Skala Newcastle	
	doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	satysfakcja z opieki pielęgniarskiej
życzliwość pielęgniarek	0,07 ($p = 0,0747$)	0,12 ($p = 0,0047^{**}$)
staranność wykonywania zabiegów	0,08 ($p = 0,0524$)	0,12 ($p = 0,0026^{**}$)
dostępność w dzień	0,14 ($p = 0,0005^{***}$)	0,20 ($p = 0,0000^{***}$)
dostępność w nocy	0,17 ($p = 0,0000^{***}$)	0,23 ($p = 0,0000^{***}$)
szybkość reakcji na wezwanie	0,18 ($p = 0,0000^{***}$)	0,25 ($p = 0,0000^{***}$)
szacunek i poszanowanie godności	0,16 ($p = 0,0001^{***}$)	0,21 ($p = 0,0000^{***}$)

Ocena nocnej opieki pielęgniarskiej była wysoka, średnio rzecz biorąc na poziomie ok. 75 pkt (tab.2).

Tab. 2. Ocena nocnej opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów.

Ocena nocnej opieki pielęgniarskiej	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	min	max
poziom zadowolenia (pkt)	76,4	75,0	19,2	68,2	90,9	0,0	100,0

Wnioski

Jakość usług świadczona przez pielęgniarki w porze nocnej wpływa na całościową ocenę jakości usług medycznych. Oczekiwania pacjentów względem personelu pielęgniarskiego są wyraźnie wyartykułowane w obszarze świadczeń realizowanych w porze nocnej.

Słowa kluczowe: pacjent, pielęgniarka, nocna opieka, satysfakcja

Piśmiennictwo

- Dercz M., Izdebski H. Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa. Polskie Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa, Poznań 2001, 180 - 186.
- Kodeks pracy. (Dz.U. 2016 poz. 1666).
- Otani K., Kurz R.S.: The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. Journal of Healthcare Management 2004, 46: 181–196.
- Piątek A.: Zarządzanie jakością. W: Ksykiewicz-Dorota A.(red.): Zarządzanie w pielęgniarstwie. Lublin Czelej, 2005: 303-328.
- Kobylińska A.: Ewolucja czy rewolucja ? Zmiany w standardzie ISO 9001:2015. Economics and Management 2014 1: 210-218.
- Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L.: A Conceptual model of service quality and its implications for future research. J Market. 1985, 49: 41- 50.
- Hajdukiewicz D.R.: Rola otoczenia w kreowaniu polityki jakości szpitala. Zdrowie i Zarządzanie. 2003, 6:59-67.
- Glińska J., Bednarska A., Brosowska B., Lewandowska M.: Analiza poziomu jakości opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek i pacjentów. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012, 4: 151–160.
- Stanisławska J., Talarska D., Drozd E. i wsp.: Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziale zabiegowym i niezabiegowym za pomocą The Newcastle Satysfaktion with Nursing Scale (NSNS). Przegląd Lekarski 2011, T.68: 157–160.
- Sierpińska L., Dzirba A. : Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011, 1: 18–22.
- Larrabee J., Bolden L.: Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care. Quality of Nursing Care 2001, 16: 34-60.
- Crow R., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L., Thomas H.: The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess 2002,6:241-244.

Ocena poziomu satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej świadczonej w oddziale torakochirurgii

Barbara Lelonek¹, Karolina Gruszczyńska², Jakub Lelonek-student¹

¹ Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach; ² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Rafała w Czerwonej Górze

Wstęp

Poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej jest głównym czynnikiem oddziaływującym na wzrost jakości świadczonych usług medycznych. Pielęgniarki, jako jedyne wśród wszystkich pracowników ochrony zdrowia mają stały kontakt z chorym. Pozwala to, więc na stwierdzenie, iż satysfakcja pacjenta z opieki w istotnym stopniu jest dostrzegana poprzez pryzmat opieki pielęgniarskiej [1, 2]. Szczególne znaczenie, w podmiotach zajmujących się ochroną zdrowia, ma wyznaczanie odpowiednich standardów, co jest to ściśle związane z podniesieniem poziomu jakości świadczonych usług medycznych. Jakość opieki nie jest związana wyłącznie z zapewnienia bezpieczeństwa chorego bądź zdobyciu jego zaufania, ale przede wszystkim z dbałości o życie pacjenta [3]. Wiele elementów decyduje o jakości usług leczniczych przy czym najważniejszymi z nich są: kwalifikacje oraz umiejętności personelu, zapewnienie ciągłości opieki oraz dostępu do usług medycznych, postępowanie zgodnie z procedurami, dopasowanie opieki medycznej do potrzeb chorego oraz poziom satysfakcji chorego [4]. Mając na celu podnoszenie standardów jakości usług świadczonych w placówkach ochrony zdrowia, należy stale badać poziom satysfakcji chorych z otrzymanej opieki pielęgniarskiej [5, 6].

Cel pracy

Celem prezentowanej pracy było poznanie poziomu satysfakcji chorych z opieki pielęgniarskiej świadczonej w oddziale torakochirurgii oraz analiza czynników mających wpływ na tę ocenę.

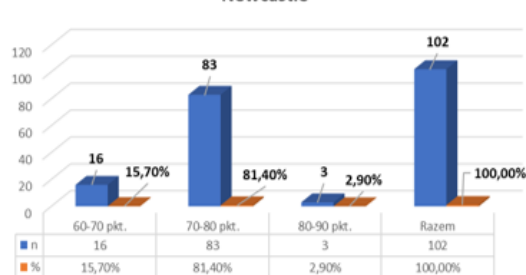
Materiał i metodyka

Badanie przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze, w grupie 102 pacjentów leczonych w oddziale torakochirurgii. Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniu był kwestionariusz własnej konstrukcji oraz Skala Newcastle. Badania przeprowadzone zostały w okresie od marca do maja 2020 roku.

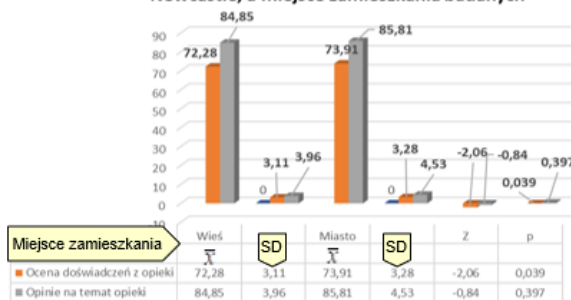
Wyniki

Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 20-40 lat - 33,3% oraz w wieku 41-60 lat - 36,3%; głównie chorzy po pleuroskopii (42,2%), resekcji klinowej płuca (22,5%), lobektomii (20,6%) i torakotomii (10,8%). Zdecydowana większość respondentów deklarowała pełną samodzielność w zakresie samoopieki bądź też wymagała tylko niewielkiej pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych (odpowiednio: 52,9% i 33,3%). Czas pobytu w oddziale torakochirurgii dla większości hospitalizowanych wyniósł powyżej 11 dni (66,7%). Średnia ocena opieki pielęgniarskiej dokonana przez pacjentów, mierzona skalą własną, wynosiła 5,7 pkt. \pm 0,76 pkt. (na 7 możliwych pkt.). W odniesieniu do całłościowego pobytu w oddziale torakochirurgii, mierzonego skalą własną, badani pacjenci oceniali go na poziomie 5,71 pkt. \pm 0,73 pkt. (na 7 możliwych pkt.). Ocena doświadczeń badanych, związanych z opieką w oddziale, mierzona Skalą Newcastle kształtowała się na średnim poziomie 73,45 pkt. \pm 3,3 pkt. (SD=73,72). Opinie pacjentów, związane z opieką pielęgniarską znalazły się również w przedziale poziomu średniego Skali Newcastle 85,54 pkt. \pm 4,38 pkt. (SD= 85,53). Miejsce zamieszkania badanych korelowało w sposób istotny statystycznie tylko z prezentowaną oceną doświadczeń z opieki pielęgniarskiej ($p=0,027$; $R=0,22$). W odniesieniu do wykształcenia badanych, odnotowano związek istotny statystycznie zarówno w odniesieniu do doświadczenia z opieki jak i opinii na temat opieki pielęgniarskiej (odpowiednio: $p=0,028$ i $p=0,042$; $R=0,15$ i $R=0,26$); pozostałe cechy socjodemograficzne oraz sytuacja zdrowotna nie miały wpływu na satysfakcję z opieki pielęgniarskiej mierzonej Skalą Newcastle.

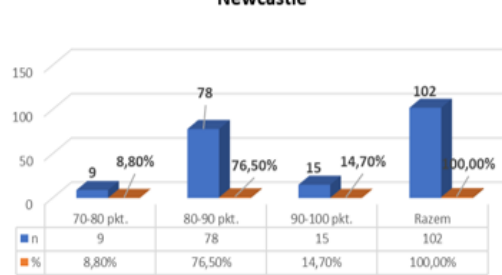
Ryc.1 Ocena doświadczeń związanych z opieką wg. Skali Newcastle



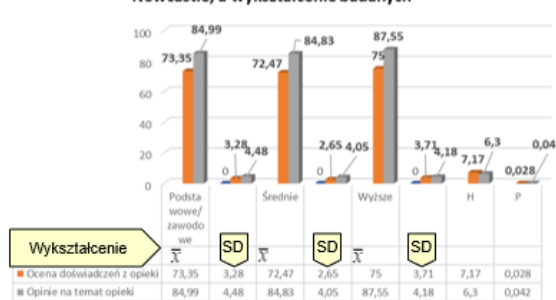
Ryc. 3 Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w Skali Newcastle, a miejsce zamieszkania badanych



Ryc. 2 Opinie pacjentów dotyczące opieki wg. Skali Newcastle



Ryc. 4. Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w Skali Newcastle, a wykształcenie badanych



Wnioski

1. Poziom sprawowanej opieki pielęgniarskiej, jak również opinie na temat otrzymanej opieki, w zdecydowanej większości, ocenione były na wysokim poziomie.

2. Na poziom satysfakcji mierzonej Skalą Newcastle miało wpływ wykształcenie i miejsce zamieszkania. Osoby z wyższym wykształceniem wykazały wyższy poziom satysfakcji niż osoby z wykształceniem średnim i zawodowym. Osoby zamieszkujące miasta były bardziej usatysfakcjonowane z opieki niż osoby zamieszkujące wsie i małe miejscowości.

3. Nie wykazano, aby takie czynniki socjodemograficzne jak płeć czy wiek, wpływały istotnie statystycznie na poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej mierzonej Skalą Newcastle.

4. Nie odnotowano związku istotnie statystycznego pomiędzy poziomem satysfakcji z opieki, a rodzajem przeprowadzonego zabiegu operacyjnego, występującymi chorobami współistniejącymi, samodzielnością pacjentów podczas pobytu w oddziale oraz czasem hospitalizacji.

Piśmiennictwo

- Kazura R., Cicha M., Brukwicka I., Kopański Z., Marczeńska S., Kurowski A.: Jakość w opiece zdrowotnej i pielęgniarskiej. JPHNM 2011; 1: 9-12.
- Juszcak K.: Czynniki wpływające na zadowolenie pacjenta z opieki pielęgniarskiej w świetle badań. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 4: 115-117.
- Rybarczyk A., Marczak M.: Quality assessment of health care services in patient's and medical staff's opinion. Zdr. Publ. 2011; 121: 111-116.
- Szczerbińska K.: Jakość opieki zdrowotnej. W: Zdrowie Publiczne. Tom II. Red. Czupryna A., Poźdioch S., Ryś A., Włodarczyk W. Wydawnictwo Vesalius. Kraków 2001: 141-160.
- Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2013.
- Krok K.: Jakość i marketing usług medycznych. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska. Kraków 2018.