

**ASPEKTY  
ZDROWIA  
I  
CHOROBY**

# AZiCH

**Tom 2  
Nr 2  
Rok 2016**

**Aspekty Zdrowia i Choroby**

**W  
S  
E  
I**



**Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji**

**Adres e-mail: [azich@wsei.lublin.pl](mailto:azich@wsei.lublin.pl)**

**e-ISSN: 2451-2826**

# AZiCH

---

**Aspekty Zdrowia i Choroby**

Lublin 2016

*Komitet redakcyjny:*

Redaktor Naczelny: dr n. med. Anna Włoszczak-Szubda  
Z-ca. redaktora naczelnego: dr n. med. Beata Biernacka  
Sekretarz redakcji: dr n. med. Joanna Girzelska  
Redaktor merytoryczny: dr n. med. Maria Pieniążek, dr n. med. Zbigniew Orzeł  
Redaktor statystyczny: dr n. o zdr. Magdalena Głowacka  
Redaktor języka polskiego: dr Anna Koper – filolog języka polskiego  
Redaktorzy języka angielskiego: Hanna Horitza, Michael Tregenza – native speaker

*Rada Naukowa:*

dr hab. n. med. Iwona Bojar (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)  
doc. JUDr. Mária Bujňáková, CSc. (Uniwersytet im. Pawła Józefa Šafárika  
w Koszycach)  
dr hab. n. med. Eliasz Dacka (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)  
prof. dr hab. Pawol Danciak (Wyższa Szkoła Zdrowia i Pracy Socjalnej w Bratysławie)  
prof. dr hab. Petro Husak (Wołyński Uniwersytet Narodowy w Łucku)  
dr hab. n. med. Mirosław J. Jarosz (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)  
prof. dr hab. Julia Jemielianova (Wołyński Uniwersytet Narodowy w Łucku)  
dr hab. n. med. Paweł Kalinowski (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)  
prof. dr hab. n. med. Teresa Kulik (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)  
prof. dr hab. Anton Lisnik (Katolicki Uniwersytet w Ružomberku)  
prof. dr hab. Maria Luisa de Natale (Uniwersytet Katolicki w Mediolanie)  
prof. dr hab. Lidia Łysiuk (Uniwersytet Państwowy im. A. S. Puszkina w Brześciu)  
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Marczewski (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji)  
prof. PhDr. Frantisek Mihina, CSc. (Preszowski Uniwersytet w Preszowie)  
dr hab. n. med. Alfred Owoc (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)  
dr hab. n. med. Lech Panasiuk (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)  
prof. dr hab. n. med. Agnieszka Pedrycz-Wieczorska  
(Uniwersytet Medyczny w Lublinie)  
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Polz-Dacewicz (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)  
bp prof. ThDr. PhDr. Stanislav Stolárik, CSc. (Preszowski Uniwersytet w Preszowie)  
prof. dr hab. n. med. Leszek Szewczyk (Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie)  
prof. dr hab. Stanislav Vojtko (Instytut Rodziny w Bratysławie)  
prof. dr hab. n. med. Witold Witczak (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji  
w Lublinie)

*Recenzenci:*

dr hab. n. med. Anna Pacian (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)  
dr hab. n. med. Mirosław J. Jarosz (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)

# Aspekty Zdrowia i Choroby

Tom 2 ◀▶ Nr 2 ◀▶ Rok 2016

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

**AZiCH**  
**Aspekty Zdrowia i Choroby**  
Tom 2 ◀▶ Nr 2 ▶◀ Rok 2016

© Copyright by Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe  
Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie  
i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy  
bez zgody wydawcy jest zabronione.

*Opracowanie redakcyjne, skład, łamanie:*  
Marek Szczodrak, Anna Konieczna

*Projekt okładki:*  
Anna Włoszczak-Szubzda

*Konsultacja językowa i korekta:*  
Anna Koper

Printed in Poland  
Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe  
Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie  
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4  
tel. +48 81 749 32 12, fax tel. +48 81 749 32 13  
azich@wsei.lublin.pl  
www.wsei.lublin.pl

e-ISSN: 2451-2826

## Spis treści

„Szpital bez bólu”. Realizacja programu w opiniach pacjentów oddziałów zabiegowych – Marzena Boryga, Anna Włoszczak-Szubzda . . . . .	7
Ocena poziomu stresu u pacjentów przed badaniami diagnostycznymi – Bożena Biesak, Anna Włoszczak-Szubzda . . . . .	23
Poziom wiedzy społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej – Magdalena Blicharz, Beata Biernacka. . . . .	35
Świadomość racjonalnego żywienia u kobiet ciężarnych w powiecie lubelskim i lubartowskim – Monika Borzęcka, Leszek Szewczyk . . . . .	51
Postrzeganie własnej choroby przez pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej – Bożena Kurlak, Eliasz Dacka. . . . .	65
Syndrom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w wybranych oddziałach szpitalnych – Elżbieta Kwiatkowska, Maria Pyc . . . . .	77



# „Szpital bez bólu”. Realizacja programu w opiniach pacjentów oddziałów zabiegowych

Marzena Boryga<sup>1</sup>, Anna Włoszczak-Szubzda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Źródłem największych obaw, związanych z chorobą oraz procesem leczenia, jest dla większości ludzi ból. Jednocześnie przywilejem każdego pacjenta, jest jego prawo do ochrony przed nieprzyjemnymi dolegliwościami oraz skutecznego ich leczenia. Placówki ochrony zdrowia prześcigają się w zdobywaniu dokumentów poświadczających jakość ich usług. Jednym z nich jest certyfikat „Szpital bez bólu”, nadawany przez kilka medycznych towarzystw naukowych, koordynujących program o tej samej nazwie. Certyfikat przyznawany jest placówkom medycznym spełniającym określone warunki, a sam program ma na celu podniesienie jakości leczenia bólu pooperacyjnego i zapobieganie bólowi.

**Cel.** Celem pracy była ocena realizacji programu „Szpital bez bólu” na podstawie opinii formułowanych przez pacjentów oddziałów zabiegowych wybranej placówki medycznej.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 82 pacjentów przebywających na oddziałach zabiegowych. Analiza wieku respondentów wykazała, że najliczniejszą grupą były osoby powyżej 71 lat. Kobiety w badanej grupie stanowiły 45,12%, a mężczyźni 54,88%. Ankietowani najczęściej zamieszkiwali miasto i legitymowali się wykształceniem średnim. Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Autorski kwestionariusz ankiety poddano podstawowej standaryzacji (badania pilotażowe i ocena sędziów kompetentnych). Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska). Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano przy pomocy licznosci i odsetka lub wartości średniej, mediany, kwartyli i odchylenia standardowego. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu *W* Shapiro-Wilka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności  $\chi^2$ . Dla zmiennych ciągłych do oceny różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test *U* Manna-Whitneya, natomiast dla wielu grup test Kruskala-Wallisa. Przyjęto pięcioprocentowy błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności  $p < 0,05$ , wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic.

**Wyniki.** Przeprowadzone badania wykazały, że 65,85% ankietowanych przed operacją zostało poinformowanych o sposobie leczenia bólu, zaś 40,24% tej grupy badanych zrozumiało przekazywane treści na temat bólu po operacji. W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że ankietowani, którzy uzyskali przed operacją informacje o bólu, istotnie częściej (68,42%) twierdzili, że informacje te były dla nich zrozumiałe, niż badani, którzy nie uzyskali informacji (15,91%). Ponad połowa ankietowanych (58,54%) przyznała, że uzyskane informacje były dla nich wystarczające. Najczęściej o zasadach postępowania i obserwacji bólu pooperacyjnego rozmawiała z ankietowanymi pielęgniarka. Najsilniejszy ból po zabiegu operacyjnym ankietowani odczuwali w pierwszym dniu po operacji (75,61%). Osoby, które nie były zadowolone z leczenia bólu, w 100% przyznały, że powodem było za rzadkie podawanie leków.



**Wnioski.** Ponad połowa ankietowanych pacjentów uznała, że w czasie ich pobytu w szpitalu program „Szpital bez bólu” zrealizowany został na poziomie przeciętnym. Poziom informowania o możliwościach leczenia bólu pooperacyjnego dla badanej grupy pacjentów okazał się niewystarczający. Większość ankietowanych była zadowolona z zastosowanego leczenia przeciwbólowego, chociaż analiza uzyskanych danych wykazała, że tylko 52% ankietowanych deklarowało brak odczuwanego bólu po zabiegu operacyjnym.

► **Słowa kluczowe:** profilaktyka, program ból, szpital, pacjent

## WPROWADZENIE

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO – World Health Organization) określa ból jako „przyczne, zmysłowe i emocjonalne odczucie związane z działaniem bodźca uszkadzającego lub mogącego uszkadzać tkanki (bodziec nocycyptywny)” [1]. Inna, funkcjonująca w literaturze definicja bólu, utożsamia go z cierpieniem, jako „uczuciem fizycznego lub psychicznego zagrożenia integralności jednostki”. Odczuciu temu towarzyszy autonomiczna, emocjonalna i behawioralna odpowiedź ustroju [2]. Przez wiele wieków ból był traktowany jako jeden z pierwszych sygnałów choroby. Dzisiejsza nauka bierze pod uwagę fakt, że jest to doznanie o bardzo złożonym patomechanizmie dotyczącym wielu struktur i funkcji organizmu. Proces neurofizjologiczny polegający na odbieraniu i przekazywaniu oraz przetwarzaniu bodźców bólowych nazywany jest nocycępcją. Proces nocycępcji spełnia funkcję obronną w przypadku zadziałania bodźców mogących uszkodzić tkanki. Obejmuje on odbieranie bodźców przez receptory bólowe (percepcję), przewodzenie bodźców oraz ich przetwarzanie – modulację [3]. W jego powstaniu ogromną rolę odgrywa szereg mediatorów i układów receptorowych takich jak: prostaglandyna, serotonina, histamina, bradykinina, kwasica. W przypadku bólu receptorowego mogą to być jony potasu i leukotrieny. W patogenezie bólu neuropatycznego biorą udział natomiast receptory opioidowe i NMDA (kwasu N-metylo-D-asparaginowego), układu GABA-ergicznego, monoamin, a także kwasu glutaminowego, adenozyliny, tlenu azotu [1].

Pierwszym lekarzem, który przedstawił koncepcję konieczności leczenia bólu przez zespół wielospecjalistyczny i podkreślał znaczenie wszechstronnego zajęcia się pacjentem, był John J. Bonica. Swoje przemyślenia opisał w pionierskiej – jak na tamte czasy (1953 rok) – książce pt. *Management of Pain (Postępowanie w bólu)*. Był on nie tylko założycielem Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (IASP – International Association for the Study of Pain), ale także organizatorem pierwszej wielospecjalistycznej poradni przeciwbólowej (Multidisciplinary Pain Clinic) w Seattle w stanie Washington. Pierwszą polską monografią traktującą o leczeniu bólu – „Ból i jego leczenie” – zredagowali w 1980 roku Bohdan Kamiński i Maciej Borzęcki [4].

Obecnie integracją środowiska medycznego wokół problematyki bólu zajmuje się w kraju Polskie Towarzystwo Badania Bólu, które w 1999 roku, decyzją Zarzą-

du PTBB, powołało zespół redakcyjny i radę naukową czasopisma „Ból”. Jest ono także inicjatorem wielu akcji propagujących leczenie bólu [5].

Z inicjatywy prof. Jana Dobrogowskiego oraz dra Kazimierza Sedlaka w 2003 roku powstała Fundacja Medycyny Bólu, której działalność ma charakter społeczny. Głównymi celami Fundacji są: „wspieranie aktywności pozwalających zrozumieć mechanizmy działania bólu, poszukiwanie nowych sposobów terapii oraz pomaganie pacjentom cierpiącym z powodu bólu”. Jest to możliwe dzięki współpracy z Polskim Towarzystwem Badania Bólu oraz innymi instytucjami. Fundacja, działająca poprzez portal internetowy (pokonajbol.pl) umożliwiający zdobycie wiedzy na temat przyczyn, patomechanizmu, leczenia i zapobiegania wystąpieniu bólu, powstała jako przyjazna pacjentom platforma wymiany doświadczeń i źródło praktycznych porad [6]. W związku z niedostateczną świadomością konieczności usystematyzowanego leczenia i zapobiegania bólowi pooperacyjnemu w Polsce, Polskie Towarzystwo Badaniu Bólu wdraża standardy dotyczące postępowania z bólem pooperacyjnym i prowadzi ich ciągłą aktualizację. Standardy te, oparte o rekomendacje światowe, porządkują wiedzę i doświadczenia dotyczące regularnej oceny natężenia dolegliwości bólowych po zabiegach operacyjnych. Jednocześnie wskazują sposób dokumentowania zarówno samej oceny natężenia dolegliwości, jak też postępowania przeciwbólowego oraz metod edukacji pacjentów i personelu medycznego. W myśl tych rekomendacji, postępowanie uzależnione jest od rozległości zabiegu oraz wyniku subiektywnej oceny bólu dokonywanej przez pacjenta [7].

Autorzy „Zaleceń postępowania w bólu pooperacyjnym – 2014”, powołując się na badania duńskie, wskazują, że pomimo tego, iż kraj ten posiada wytyczne postępowania w bólu ostrym, są one przestrzegane tylko w odniesieniu do 14% chorych. Uczestniczący w tych badaniach pacjenci nie byli informowani o dostępnych metodach terapii przeciwbólowej, ich dolegliwości nie były oceniane ani w pierwszej (55%), ani w drugiej (71%), ani też w trzeciej dobie po zabiegu (84%). W leczeniu przeciwbólowym niemal 60% pacjentów stosowano wyłącznie opioidy, co w przypadku 20% ankietowanych skutkowało powikłaniami w postaci nudności i wymiotów. Można więc założyć, że postępowanie to było nieskuteczne [8].

Polskie Towarzystwo Badania Bólu certyfikuje szpitale w Polsce, które stosują zalecone standardy w postępowaniu przeciwbólowym. W placówce, która uzyskuje certyfikat prowadzone są szkolenia dla personelu w zakresie terapii przeciwbólowej. Pacjenci poddawani są regularnym pomiarom stopnia natężenia bólu, a ich wyniki są dokumentowane, co umożliwia monitorowanie dolegliwości i stosowanych metod leczenia. Obecnie takie certyfikaty posiada w Polsce 145 szpitali oraz 35 oddziałów szpitalnych [9].

Program „Szpital bez bólu” to ogólnokrajowy projekt certyfikacji szpitali, którego celem jest „podniesienie jakości leczenia przeciwbólowego z zastosowaniem najnowszych standardów i wytycznych Polskiego Towarzystwa Badania Bólu” [10]. Certyfikat „Szpital bez bólu” ma gwarantować przestrzeganie przez placów-

kę najlepszych standardów leczenia bólu pooperacyjnego. W celu uzyskania certyfikatu szpital musi wykazać realizację kilku podstawowych kryteriów, którymi są: informowanie pacjenta o wszelkich możliwościach profilaktyki i leczenia bólu pooperacyjnego, monitorowanie niepożądanych skutków zastosowanego leczenia, stosowanie narzędzi mierzących natężenie bólu, prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiaru natężenia bólu i zastosowanego leczenia, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami dotyczącymi uśmierzania bólu, przeprowadzanie regularnych szkoleń personelu medycznego w zakresie zasad profilaktyki i uśmierzania bólu [11,12].

## CEL

Celem pracy była ocena realizacji programu „Szpital bez bólu” na podstawie opinii formułowanych przez pacjentów oddziałów zabiegowych wybranej placówki medycznej.

## MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 82 pacjentów przebywających na oddziałach zabiegowych, w tym 47,56% (n=39) na oddziale chirurgii, 31,71% (n=26) na oddziale laryngologii, a 20,73% (n=17) na oddziale ginekologii. Analiza wieku respondentów wykazała, że najliczniejszą grupą były osoby liczące powyżej 71 lat (31,71%, n=26). Badani w wieku 51–70 lat stanowili 25,61% (n=21), w wieku 31–50 lat – 21,95% (n=18), a najmłodsi, w grupie wiekowej 18–30 lat – 20,73% (n=17).

Kobiety w badanej grupie stanowiły 45,12% (n=37), a mężczyźni 54,88% (n=45). Ankietowani najczęściej zamieszkiwali miasto (58,54%, n=48), a na wsi mieszkało 41,46% (n=34) badanych osób. Badani najczęściej legitymowali się wykształceniem średnim (41,46%, n=32) oraz zawodowym (28,05%, n=23). Wykształcenie wyższe miało 21,95% (n=16) respondentów, a podstawowe 8,54% (n=7).

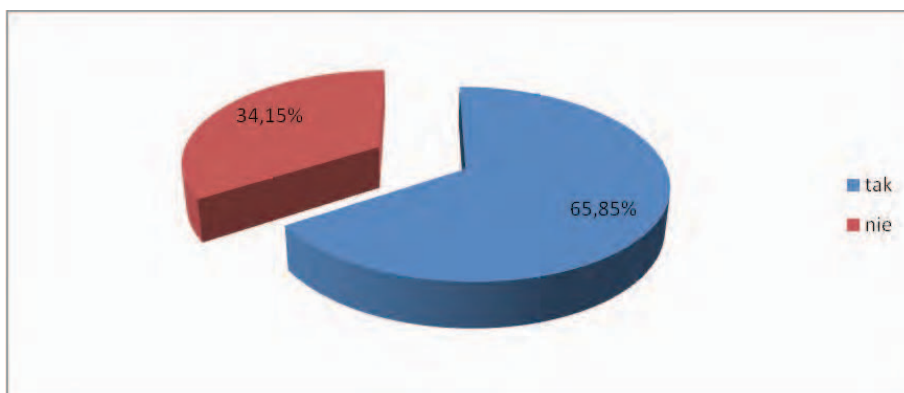
Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, umożliwiający poznanie opinii badanej grupy na interesujący badacza temat, a następnie odniesienie uzyskanych wyników do całej populacji. Było to możliwe dzięki wyodrębnieniu grupy reprezentatywnej, którą w przypadku omawianych badań byli pacjenci oddziałów zabiegowych (chirurgii, laryngologii i ginekologii) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Lublinie. Autorski kwestionariusz ankiety poddano podstawowej standaryzacji (badania pilotażowe i ocena sędziów kompetentnych).

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów scharakteryzowano przy pomocy licznosci i odsetka lub wartości średniej, mediany, kwartyli i odchylenia standardowego. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnie-

nia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności  $\chi^2$ . Dla zmiennych ciągłych do oceny różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test *U* Manna-Whitneya, natomiast dla wielu grup test Kruskala-Wallisa. Przyjęto pięcioprocentowy błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności  $p < 0,05$ , wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic. Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

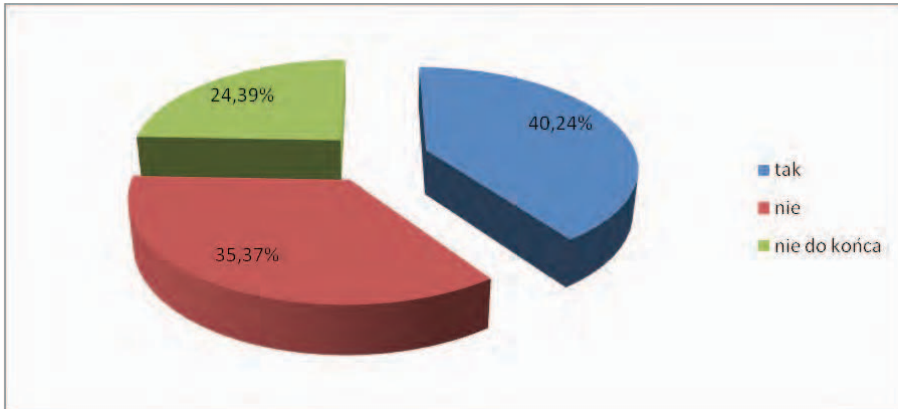
## WYNIKI

Przeprowadzone badania wykazały, że 65,85% ( $n=54$ ) ankietowanych przed operacją, zostało poinformowanych o sposobie leczenia bólu, natomiast 34,15% ( $n=28$ ) badanych tej informacji nie otrzymało (wykres 1).



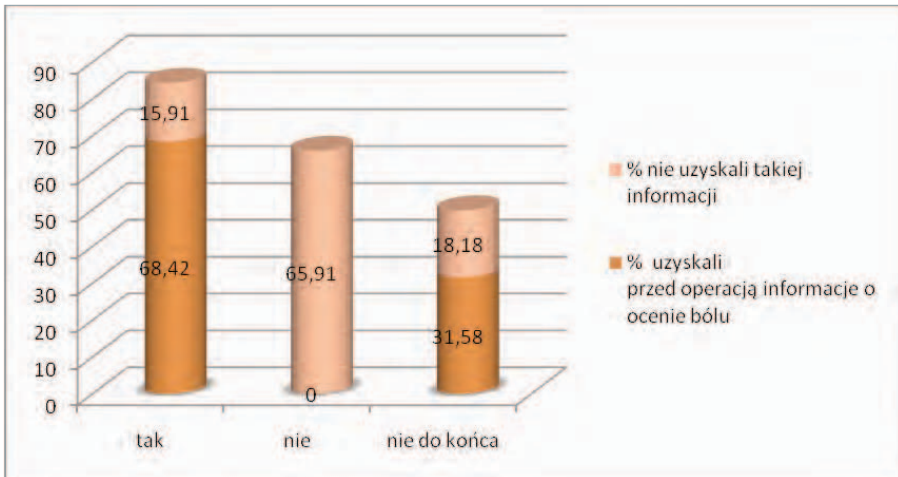
Wykres 1. Rozkład opinii ankietowanych na temat informowania ich przed operacją o sposobie leczenia bólu. Źródło: badania własne.

Badania wykazały, że 40,24% ( $n=33$ ) badanych, zrozumiało przekazywane treści na temat bólu po operacji, natomiast 35,37% ( $n=29$ ) ankietowanych nie rozumiało ich, a kolejne 24,39% ( $n=20$ ) rozumiało nie do końca (wykres 2).



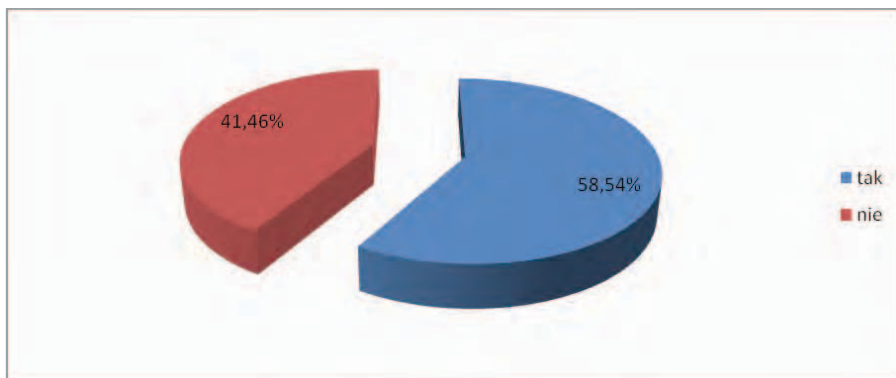
Wykres 2. Rozkład opinii ankietowanych na temat zrozumiałości przekazywanych im informacji na temat bólu. Źródło: badania własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że ankietowani, którzy uzyskali przed operacją informacje o ocenie bólu, istotnie częściej (68,42%) twierdzili, że informacje były dla nich zrozumiałe, niż badani, którzy nie uzyskali informacji (15,91%). Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie ( $p < 0,000$ ) (wykres 3).



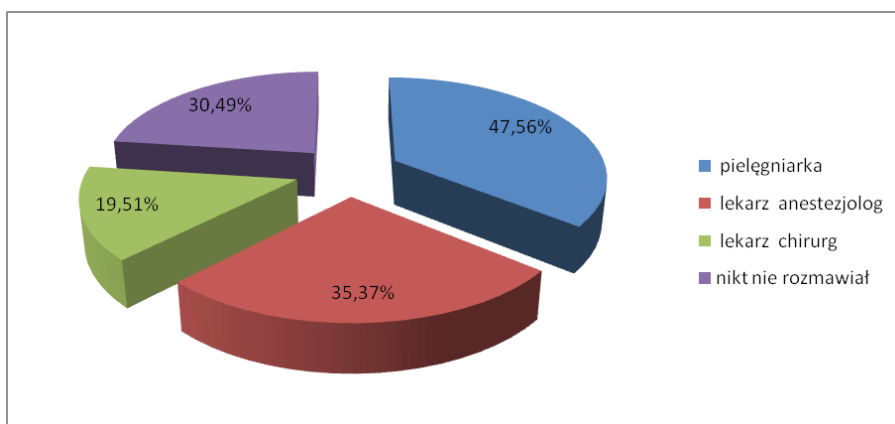
Wykres 3. Rozkład opinii pacjentów informowanych przed operacją o ocenie bólu na temat zrozumiałości przekazywanych treści. Źródło: badania własne.

Przeprowadzona analiza wykazała także, że 58,54% ( $n=48$ ) ankietowanych uznało przekazywane im informacje za wystarczające, pozostali (41,46% ;  $n=34$ ) nie zgodzili się z taką opinią (wykres 4).



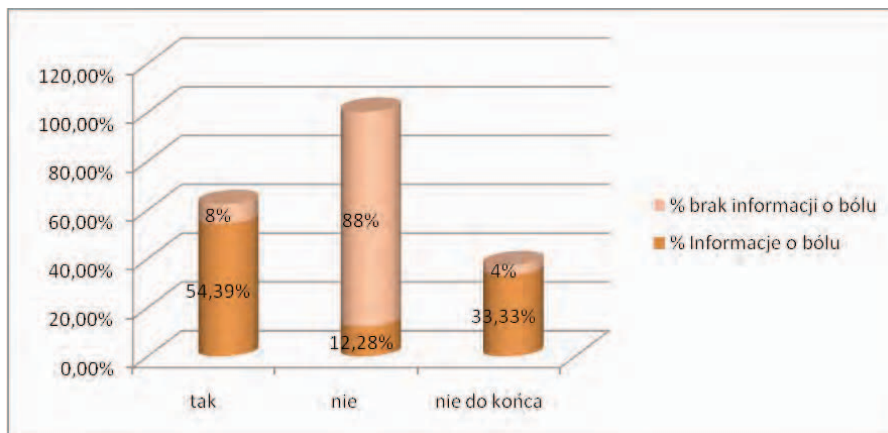
Wykres 4. Rozkład opinii badanych na temat kompletności przekazywanych informacji dotyczących bólu. Źródło: badania własne.

Z badań wynikało także, że najczęściej o zasadach postępowania i obserwacji bólu pooperacyjnego przed zabiegiem operacyjnym z ankietowanymi rozmawiała pielęgniarka, (47,56%) lub lekarz anestezjolog (35,37%), rzadziej lekarz chirurg (19,51%). 30,49% ankietowanych przyznało, że nikt z nimi nie rozmawiał (wykres 5).



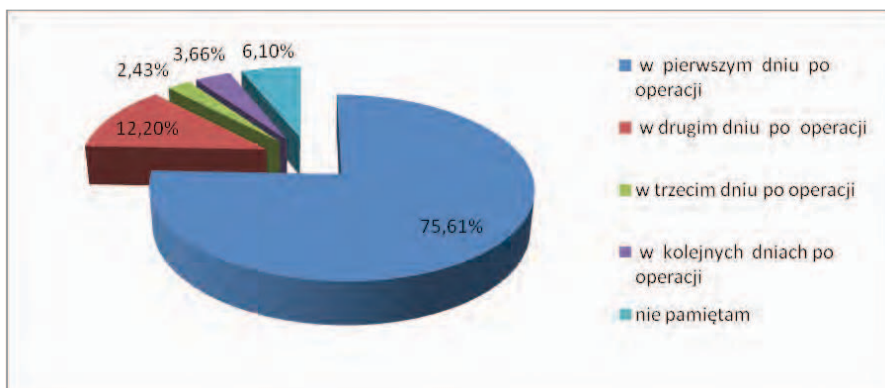
Wykres 5. Rozkład odpowiedzi ankietowanych dotyczących osób, które informowały ich przed zabiegiem operacyjnym o zasadach i obserwacji bólu pooperacyjnego. Źródło: badania własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że osoby, które rozmawiały o zasadach i obserwacji bólu pooperacyjnego przed zabiegiem operacyjnym, istotnie częściej twierdziły, że uzyskane informacje są wystarczające i zrozumiałe (80,70%), niż badani, którzy z nikim nie rozmawiali (8,00%). Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie ( $p < 0,000$ ) (wykres 6).



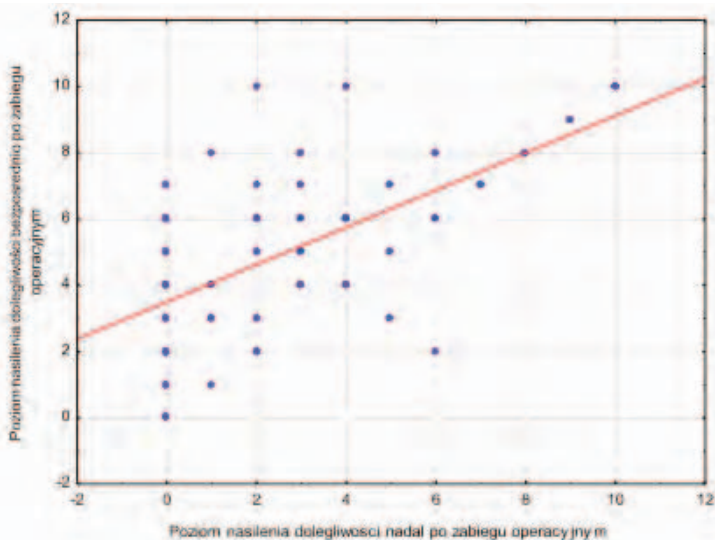
Wykres 6. Rozkład opinii respondentów na temat zrozumiałości informacji o bólu, z uwzględnieniem ich podziału na grupę osób, które otrzymały taką informację od personelu medycznego i grupę, która nie uzyskała informacji. Źródło: badania własne.

Badania wykazały, że najsilniejszy ból po zabiegu operacyjnym ankietowani odczuwali w pierwszym dniu po operacji (75,61%), natomiast rzadziej w drugim dniu (12,20%) i bardzo rzadko w trzecim (2,43%) lub w kolejnych dniach (3,66%), zaś 6,10% badanych przyznało, że nie pamięta, kiedy występował największy ból (wykres 7).



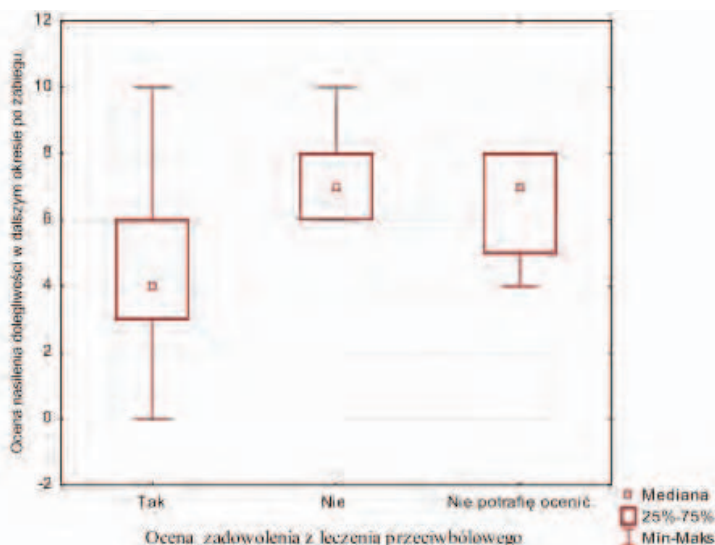
Wykres 7. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na temat czasu, w którym odczuwali najsilniejszy ból po zabiegu operacyjnym. Źródło: badania własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy korelacji stwierdzono istotny związek pomiędzy nasileniem dolegliwości zaraz po operacji a nasileniem dolegliwości w dalszym okresie ( $R=0,55$ ;  $p<0,000$ ). Im bardziej były nasilone dolegliwości po zabiegu, tym silniejsze dolegliwości odczuwano w późniejszym okresie (wykres 8).



Wykres 8. Korelacja nasilenia dolegliwości po zabiegu z oceną nasilenia dolegliwości w kolejnych dobach. Źródło: badania własne.

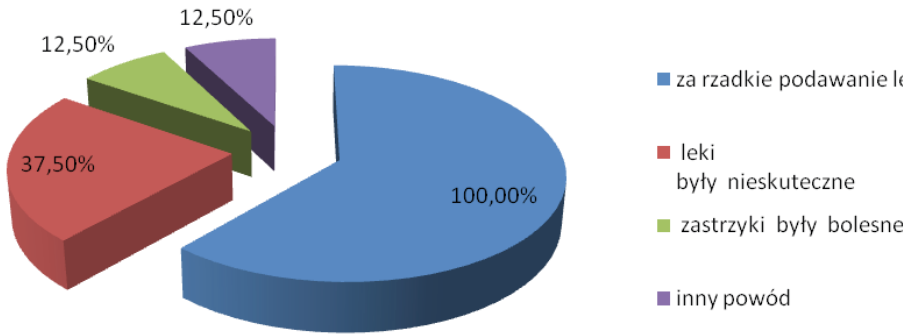
Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani, którzy ocenili, że byli zadowoleni z zastosowanego leczenia przeciwbólowego, w dalszym okresie pooperacyjnym odczuwali istotnie niższy poziom dolegliwości niż badani, którzy nie byli zadowoleni z leczenia lub nie potrafili go ocenić. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ( $p = 0,000$ ) (wykres 9).



Wykres 9. Ocena poziomu dolegliwości w utrzymujących się po zabiegu z uwzględnieniem oceny zadowolenia z leczenia przeciwbólowego. Źródło: badania własne.



Ankietowani, którzy nie byli zadowoleni z leczenia bólu ( $n=8$ ), w 100% przyznali, że powodem było za rzadkie podawanie leków, natomiast 37,50% badanych uważało, że leki były nieskuteczne. 12,50% ankietowanych odpowiedziało, że zastrzyki były bolesne, tyle samo badanych (12,50%) przyznało, że byli niezadowoleni z innego powodu (wykres 10).



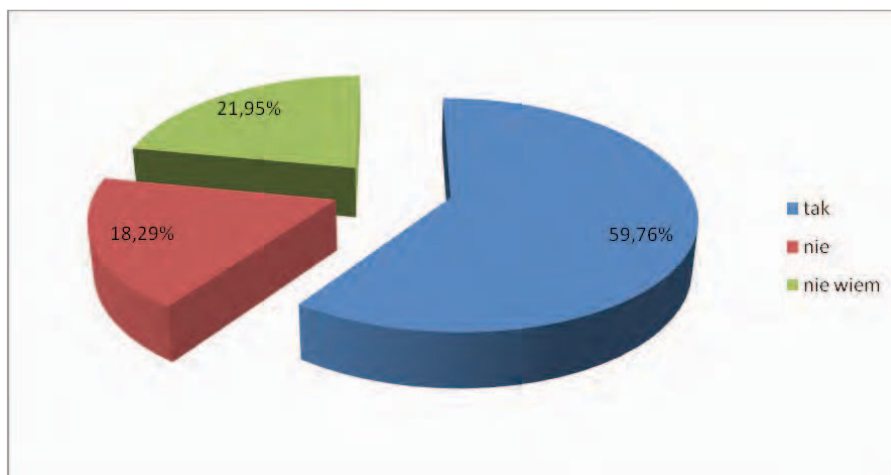
Wykres 10. Rozkład opinii ankietowanych na temat powodu ich niezadowolenia z leczenia przeciwbólowego (odpowiedzi wielokrotnego wyboru). Źródło: badania własne.

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani, którzy po operacji przesypiali kolejne noce, odczuwali istotnie mniejsze nasilenie dolegliwości w kolejnych dniach niż osoby, które przyznały, że nie przesypiały kolejnych nocy po operacji. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ( $p=0,01$ ), (wykres 11).



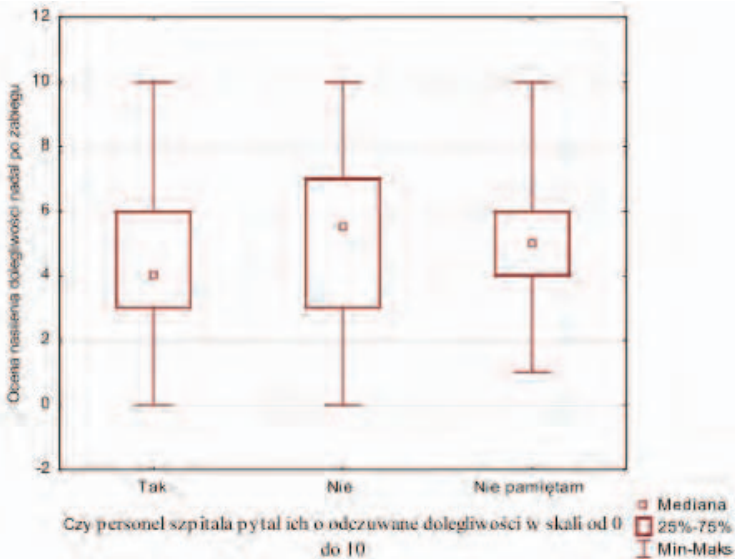
Wykres 11. Ocena poziom dolegliwości w kolejnych dniach po zabiegu z uwzględnieniem opinii badanych na temat przesypania przez nich kolejnych nocy. Źródło: badania własne.

Ankietowani, którzy odczuwali ból podczas poruszania się w łóżku oraz wstawania z niego, najczęściej dostawali dodatkowe leki przeciwbólowe (59,76%,  $n=49$ ), natomiast 18,29% ( $n=15$ ) badanych odpowiedziało, że nie dostawało leków przeciwbólowych w tej sytuacji, a 21,95% ( $n=18$ ) nie wiedziało, czy otrzymywało takie leki (wykres 12).



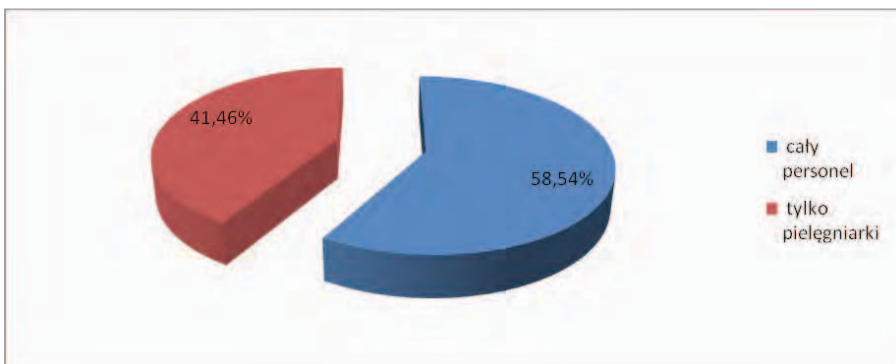
Wykres 12. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na temat otrzymywania leków w przypadku odczuwania przez nich dolegliwości przy poruszaniu się w łóżku oraz wstawaniu z niego. Źródło: badania własne.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ankietowani, którzy byli proszeni o ocenę bólu (w skali od 0 do 10), odczuwali nieznacznie niższy poziom dolegliwości w porównaniu z badanymi, którzy przyznali, że nie byli pytani o ocenę dolegliwości lub nie pamiętali, czy miało to miejsce. Stwierdzone różnice nie były istotne statystycznie ( $p=0,66$ ), (wykres 13).



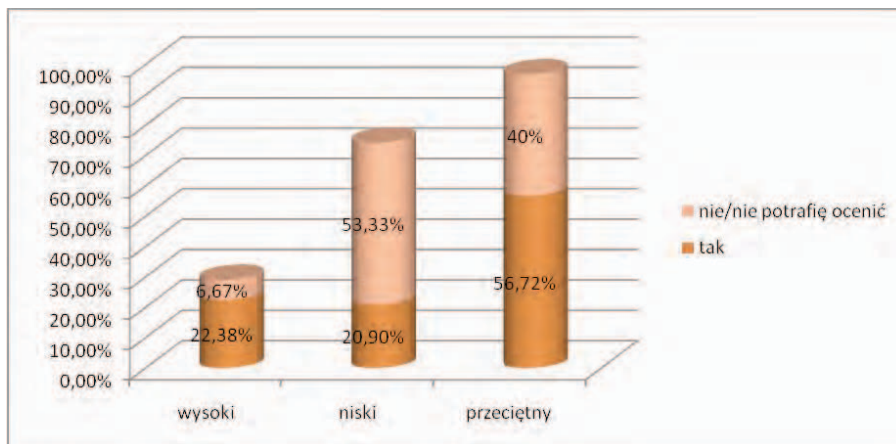
Wykres 13. Ocena poziomu dolegliwości utrzymujących się po zabiegu, z uwzględnieniem odpowiedzi ankietowanych dotyczących tego, czy byli pytani o nasilenie dolegliwości. Źródło: badania własne.

Ankietowani w 58,54% ( $n=48$ ) ocenili, że w zwalczanie bólu zaangażowany był cały personel, natomiast 41,46% ( $n=34$ ) badanych odpowiedziało, że interesowały się nimi tylko pielęgniarki (wykres 14).



Wykres 14. Rozkład opinii ankietowanych na temat zaangażowania personelu medycznego w zwalczanie ich bólu. Źródło: badania własne.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani, którzy byli zadowoleni z leczenia przeciwbólowego, istotnie częściej deklarowali wysoki poziom zadowolenia z realizacji posiadanego przez szpital certyfikatu „Szpital bez bólu” (22,38%), niż osoby, które nie były zadowolone lub nie potrafiły tego ocenić (6,67%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ( $p = 0,03$ ) (wykres 15).



Wykres 15. Rozkład opinii ankietowanych na temat ich zadowolenia z realizacji certyfikatu „Szpital bez bólu” oraz zadowolenia z leczenia przeciwbólowego. Źródło: badania własne.

## WNIOSKI

Przeprowadzone badanie pozwoliło na sformułowanie następujących wniosków:

1. Poziom informowania o możliwościach leczenia bólu pooperacyjnego dla badanej grupy pacjentów okazał się niewystarczający.
2. Większość ankietowanych było zadowolonych z zastosowanego leczenia przeciwbólowego, chociaż analiza uzyskanych danych wykazała, że zaledwie 52% ankietowanych deklarowało brak odczuwanego bólu po zabiegu operacyjnym, a u ponad 80% badanych w dalszym okresie pooperacyjnym występowały dolegliwości bólowe, oceniane średnio na 5 pkt.
3. Ogólna analiza poziomu realizacji programu „Szpital bez bólu” w SP ZOZ MSW w Lublinie wykazała, że wysoką ocenę przyznało mu zaledwie 19% badanych, a dla większości ankietowanych (54%) poziom ten jest przeciętny.

## PODSUMOWANIE

Ankietowani w niemal 59% ocenili, że w zwalczanie ich bólu pooperacyjnego zaangażowany był cały personel, ale aż 41% badanych odpowiedziało, że interesowały się nimi tylko pielęgniarki. Jednocześnie respondenci w 63% oceniali, że

podejmowane przez personel działania były zaplanowane i skuteczne, a w 30%, że były zaplanowane, lecz nie przynosiły zaplanowanego efektu. Kolejne 6% badanych uznało, że podejmowane działania były przypadkowe, lecz skuteczne w walce z bólem.

## PIŚMIENNICTWO

1. Lewandowski T. Ból w chorobie nowotworowej. *Nowa Medycyna. Onkologia* VI 2003, 3, s. 29–31.
2. Korzeniowska K., Szalek E. Ból. *Farmacja Współczesna* 2010, 3, s. 9–14.
3. Bączyk E., Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A. Patomechanizm i leczenie farmakologiczne bólu neuropatycznego. *Nowa Medycyna. Ból i Opieka Paliatywna* I 1999, 8, s. 11–19.
4. Hilgier M. Historia i leczenie bólu przewlekłego. *Nowa Medycyna* 2, 2001, 11, s. 21–23; ISSN 1233-5991.
5. Ból; ISSN 1640-324X <https://bolczasopismo.pl/portal/resources/html/index.html#/cms/MAINPAGE> [dostęp: 02.07.2016].
6. Pokonaj ból. O fundacji. <http://pokonajbol.pl/> [dostęp: 02.07.2016].
7. Kielbasa L., Cygańska E., Kacprzak I. Ocena jakości monitorowania bólu pooperacyjnego w pielęgniarstwie chirurgicznym w ocenie pacjenta. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2013, 14, 10, 2. 23–32.
8. Misiólek H. i in. Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym – 2014. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2014, 46, 4, s. 235–260, ISSN 02091712.
9. Szpital bez bólu. Lista szpitali. <http://szpitalbezbolu.pl/lista-szpitali/> [dostęp: 02.07.2016].
10. Falkowska J. Ocena skuteczności programu „Szpital bez bólu” – doświadczenia własne. *Ból* 2011, 12, 2, s. 45–48.
11. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Program certyfikacji szpitali „Szpital bez bólu”. <http://www.prawapacjenta.eu/?pId=1578> [dostęp: 02.07.2016].
12. Paszkiewicz-Mes E. Rola pielęgniarki w leczeniu bólu po zabiegach operacyjnych. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2011, 4, s. 38–41; ISSN 1730-1912.

## “Hospital without Pain”. Performance of the programme in opinions of patients in surgical wards

Marzena Boryga<sup>1</sup>, Anna Włoszczak-Szubzda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** For the majority of people pain is the source of the greatest concerns related with disease and the process of treatment. At the same time, each patient's privilege is his/her right to protection against unpleasant complaints and their effective treatment. Health care facilities surpass themselves in obtaining documents which certify the quality of their services. One of these documents is the certificate 'Hospital without Pain' granted by several medical scientific associations which cooperate the programme of the same name. The certificate is granted to medical facilities which satisfy the specified conditions, and the programme itself is aimed at improvement of the quality of management of post-operative pain and its prevention.

**Objective.** The objective of the study was evaluation of the performance of the programme 'Hospital without Pain' by patients in surgical wards of the selected medical facility.

**Material and methods.** The study included 82 patients hospitalized in surgical wards. Analysis of respondents by age showed that the largest group were patients older than 71. Males constituted 54.88%. The majority of respondents were urban inhabitants and had secondary school education. The research method was a diagnostic survey. The questionnaire designed by the author was subjected to the basic standardization. Statistical analyses were performed using the computer software STATISTICA 12.0 (StatSoft, Poland). The values of the analyzed parameters were characterized by numbers and percentage, or mean value, median, quartile and standard deviation. For the measurable characteristics, the normality of distribution of the parameters analyzed was evaluated using the Shapiro-Wilk test. For unrelated characteristics, in order to detect the presence of the differences between the compared groups, chi-square test for heterogeneity was applied. For continuous variables, for the assessment of the differences between two groups Mann-Whitney U test was used, while for many groups – Kruskal-Wallis test. The p values  $p < 0.05$  were considered statistically significant.

**Results.** The results of the study showed that 65.85% of respondents prior to the surgery were informed concerning the method of alleviation of pain. The respondents who before surgery were given information about the assessment of pain, significantly more often (68.42%) reported that this information was understandable to them, compared to the respondents who did not obtain any information (15,91%). The nurse was the staff member who, before the surgical procedure, most frequently talked to the respondents about the principles of management and observation of post-operative pain. The respondents experienced the strongest pain during the first day after the surgical procedure (75.61%); 100% of those who were dissatisfied with pain management admitted that the cause was the too rare administration of drugs.

**Conclusions.** More than a half of hospitalized patients considered that during their stay in hospital the programme ‘Hospital without Pain’ was performed at a mediocre level. The level of provision of information concerning the possibilities of post-operative pain management occurred to be insufficient for the examined group of patients. The majority of respondents were satisfied with the applied pain management, although analysis of the data obtained showed that only 52% of respondents declared lack of pain experienced after the surgical procedure.

► **Keywords:** prophylaxis, pain programme, hospital, patient

# Ocena poziomu stresu u pacjentów przed badaniami diagnostycznymi

Bożena Biesak<sup>1</sup>, Anna Włoszczak-Szubda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Stres traktuje się jako odpowiedź organizmu na niebezpieczeństwa lub zagrożenia. Zdarzenia bodźcowe są nazywane stresorami. Działanie stresora powoduje szereg zmian w organizmie, przygotowując go do obrony albo walki. Źródeł stresu w codziennym życiu jest bardzo dużo. Każdy człowiek inaczej reaguje na stres i każdy inaczej radzi sobie w sytuacjach stresowych. Jedną z takich sytuacji jest choroba. Pociąga za sobą wiele zmian w życiu człowieka, w tym konieczność przeprowadzania różnego rodzaju badań diagnostycznych, wymagających hospitalizacji. Istotnym elementem, mogącym wywołać stres, jest oczekiwanie na badania, jak i na ich wyniki.

**Cel.** Prezentowana praca miała na celu określenie poziomu stresu występującego u pacjentów oczekujących na diagnostykę.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 102 osoby: 39 mężczyzn i 63 kobiety. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Autorski kwestionariusz ankiety został poddany podstawowej standaryzacji (pilotaż oraz ocena sędziów kompetentnych). Do obliczeń statystycznych użyto pakietu IBM SPSS Statistics 21. Stosowano nieparametryczną analizę wariancji – test Kruskala-Wallisa. Do analizy różnic między dwoma grupami użyto testu *U* Manna-Whitneya. Zależności między zmiennymi jakościowymi sprawdzono za pomocą testu chi-kwadrat. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki dla  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** U większości badanych, w przypadku stwierdzenia konieczności wykonywania u nich badań diagnostycznych, występowały objawy lęku (83,5%), niepokoju (88%) i przyspieszona akcja serca (79,6%). Zdecydowana większość badanych odczuwała zmniejszenie poczucia lęku i niepokoju po przekazaniu im przez personel medyczny, we właściwy sposób, informacji na temat badania (63,7%).

**Wnioski.** Informacja o konieczności przeprowadzenia badań diagnostycznych powodowała nasilenie objawów stresu. Czas oczekiwania na badania również wpływał na nasilenie objawów odczuwanego stresu. Personel medyczny, przekazując w fachowy sposób wiedzę na temat badań diagnostycznych, wpływał na obniżenie poczucia objawów stresu. Długi czas oczekiwania na badanie powodował wzrost odczuwanego stresu.

► **Słowa kluczowe:** badania diagnostyczne, pacjent, stres, stresor, nowoczesne technologie

## WPROWADZENIE

Postęp naukowy i technologiczny pozwala osiągać coraz wyższy standard życia. Tęgo typu rozwój dotyczy również nauk medycznych. Odkrycia naukowe i progres w nowoczesnych technologiach uwidaczniają się nie tylko w sposobach



leczenia chorób, ale i w metodach diagnostycznych. Z medycznego punktu widzenia, szybka i coraz bardziej dokładna diagnostyka pozwala sprawnie i skutecznie stawiać właściwe rozpoznania oraz wdrażać odpowiednie leczenie. Wydawać by się mogło, że dla pacjenta to tylko dobrodziejstwo. Jednak diagnostyka wykonywana z wykorzystaniem nowoczesnych technologii przynosi pacjentowi wiele bardzo nieprzyjemnych doznań i rodzi obawy. Już sam fakt, że trzeba poddać się hospitalizacji, powoduje u pacjenta uczucie lęku i niepokoju. Inwazyjne metody diagnostyczne wiążą się z odczuwaniem bólu, wymagają, często uciążliwego dla pacjenta, wcześniejszego przygotowania do badania, wiążą się również z możliwością wystąpienia powikłań. Skomplikowana aparatura medyczna, stosowana w diagnostyce, może wywoływać poczucie zagrożenia czy zagubienia. Te wszystkie czynniki są dla pacjentów źródłem stresu.

Dość powszechnie, poza obszarem nauki, pojęcie stresu i pojęcie stresora są utożsamiane, a przez to używane wymiennie. Nauka rozróżnia te terminy i podejmuje próby ich definiowania. W naukach medycznych stres określany jest jako reakcja ustroju na działanie szkodliwych czynników (bodźców), psychologia natomiast łączy stres z przykrymi reakcjami emocjonalnymi na lęk, obawę, poczucie dyskomfortu. Przez psychologów najczęściej cytowana jest definicja sformułowana przez Lazarusa i Folkmana, określająca stres jako „relację między osobą a otoczeniem, która jest oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” [1]. Ta różnorodność podejść do zjawiska jednoznacznie wskazuje, że stres należy rozpatrywać w wielu aspektach: biologicznym, medycznym, psychologicznym, socjologicznym czy duchowym [2].

Powszechnie w nauce przyjęto, że stresor to czynnik wywołujący stres. Stresory można podzielić ze względu na źródło pochodzenia lub czas trwania. Biorąc pod uwagę pierwsze ze wskazanych kryteriów podziału, czyli źródło, wyróżniamy:

- stresory zewnętrzne – bodźce pojawiające się z otoczenia zewnętrznego organizmu, wywołujące najczęściej reakcję typu „walcz albo uciekaj”,
- stresory wewnętrzne – bodźce pochodzące z wnętrza organizmu; są to np. traumatyczne wspomnienia, lęk przed badaniami diagnostycznymi itp.
- stresory wirtualne – ich źródłem jest świat wirtualny (TV, Internet), obecne w nim sceny przemocy i grozy oddziałujące na psychikę ludzką niemal z taką samą siłą jak w realnym świecie.

Ze względu na czas trwania stresory dzieli się na:

- jednorazowe – są to bodźce wewnętrzne lub zewnętrzne powodujące lęki, strach, wywołujące niepokój (np. nowoczesny sprzęt do diagnostyki medycznej),
- cykliczne – w przypadku tej grupy reakcje stresowe pojawiają się okresowo, np. wywołane przez traumatyczne wspomnienia związane z jakimś miejscem lub w określonym czasie,
- długotrwałe – są to sytuacje, kiedy bodziec działa na organizm stale, np. problemy rodzinne, przewlekła choroba [3].

Bodziec (stresor) może wywoływać różne stany psychiczne. Poczucie krzywdy czy straty wiąże się ze szkodą, która już zaistniała, np. utrata bliskiej osoby, utrata wartościowych przedmiotów, utrata poczucia sensu życia, utrata zdrowia. A emocje, jakie temu poczuciu towarzyszą, to m.in. żal, smutek, zniechęcenie, gniew. Poczucie zagrożenia natomiast może dotyczyć tych samych szkód, ale potencjalnych, takich, które przeczuwamy, przewidujemy. Poczuciu zagrożenia towarzyszą: strach, lęk, niepokój [4;5;6].

Niezależnie od rodzaju stresora, fizjologiczna reakcja organizmu człowieka jest taka sama i wiąże się z działaniem hormonów. Nie zawsze i nie wszystkie stresory wywołują u każdego człowieka stres. Istnieją jednak tzw. stresory uniwersalne, należą do nich m.in.: choroba somatyczna, cały proces leczenia, w tym badania diagnostyczne. Choroba niesie ze sobą poczucie zagrożenia – zaburza dotychczasowe życie i ogranicza możliwość zaspokajania potrzeb [7;8;9;10].

## CEL

Celem pracy była ocena poziomu stresu u pacjentów poddawanych badaniom diagnostycznym.

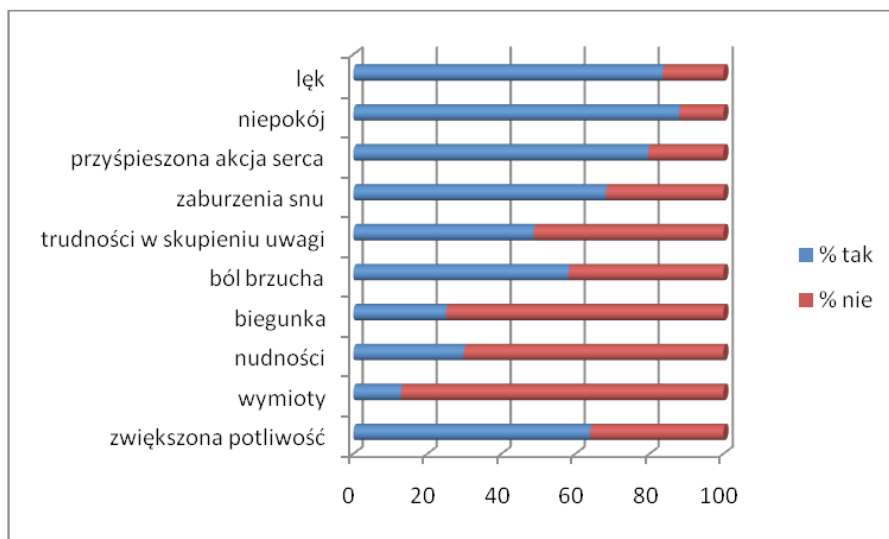
## MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 102 osoby. Dobór miał charakter celowy. Kryterium doboru badanych stanowiły: doświadczenie diagnoz nowoczesnymi technologiami, zgoda na udział w badaniach oraz stan zdrowia pozwalający na przeprowadzenie badania. Respondenci to 39 mężczyzn i 63 kobiety. 14,7% badanych było w przedziale wiekowym 20–30 lat, 27,5% – w przedziale 30–50 lat, 47,1% to osoby w wieku 50–70 lat, 10,8% miało 70 lat i więcej. Mniej niż połowa badanych, tj. 33,3% (34 osoby), legitymowała się wykształceniem wyższym. Ponad połowa, tj. 52% (53 osoby) posiadała wykształcenie średnie. Wykształcenie podstawowe miało 14,7% (15 osób) respondentów. Większość badanych, tj. 68,6% (70 osób), zamieszkiwała miasto, zaś mieszkańcami wsi było 31,4% (32 osoby).

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Autorski kwestionariusz ankiety został poddany podstawowej standaryzacji (pilotaż oraz ocena sędziów kompetentnych). Do obliczeń statystycznych użyto pakietu IBM SPSS Statistics 21. Stosowano nieparametryczną analizę wariancji – test Kruskala-Walisa. Do analizy różnic między dwoma grupami użyto testu *U* Manna-Whitneya. Zależności między zmiennymi jakościowymi sprawdzono za pomocą testu chi-kwadrat. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki dla  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

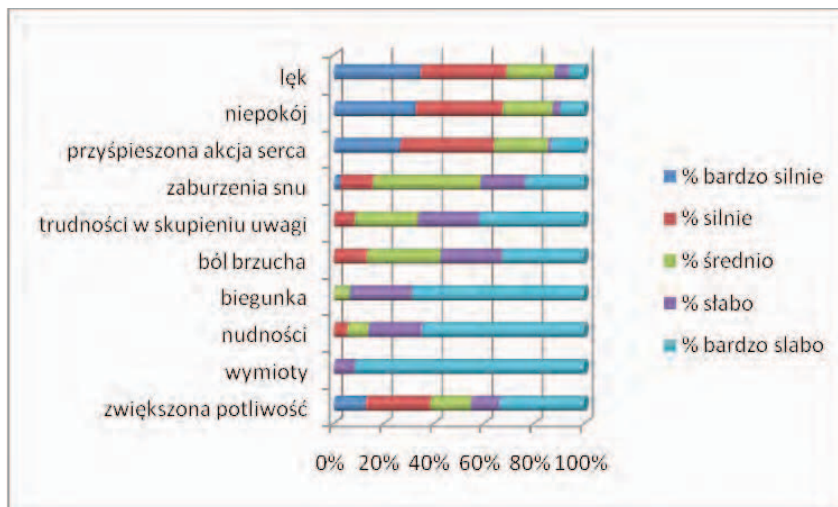
Konieczność wykonania badań medycznych wywołuje wiele przykrych objawów. U większości badanych, w przypadku stwierdzenia konieczności wykonywania takich badań, występowały: lęk (83,5%), niepokój (88%) i przyspieszona akcja serca (79,6%). U ponad połowy badanych pojawiały się zaburzenia snu (68,2%) i ból brzucha (58,1%). Trudności w skupieniu uwagi odczuwało 48,6% badanych. Rzadziej natomiast występowały nudności, biegunki i wymioty (wykres 1).



Wykres 1. Rodzaje objawów występujących u badanych w związku z koniecznością poddania się badaniom medycznym. Źródło: badania własne.

Odczuwane przez pacjentów objawy stresu, związane z uświadomieniem sobie konieczności wykonania zabiegów diagnostycznych, mają różne nasilenie (wykres 2). U co piątego badanego występowały bardzo słabo nasilone objawy w postaci bólu brzucha (19,6%) i biegunki (21,6%). Co czwarty badany odczuwał bardzo słabo nasilone objawy w postaci trudności w skupieniu uwagi (24,5%). U niektórych badanych bardzo słabo były nasilone również inne objawy: przyspieszona akcja serca u 10,8% badanych, zaburzenia snu u 17,6% badanych, lęk u 4,9% badanych, niepokój u 8,8% badanych.

Wyniki pokazują także, iż prawie, co trzeci badany odczuwał bardzo nasilony niepokój (30,4%) i lęk (28,4%). Co piąty badany odczuwał bardzo silnie przyspieszoną akcję serca (21,6%). Objawy, takie jak: trudności w skupieniu uwagi, ból brzucha, biegunki i wymioty, nie były bardzo nasilone u żadnego z badanych. Duża grupa badanych nie udzieliła odpowiedzi na pytanie dotyczące nasilenia niektórych objawów: biegunki (70 badanych), nudności (63 badanych) i wymiotów (78 badanych).



Wykres 2. Nasilenie odczuwanych przez badanych objawów w przypadku konieczności wykonania diagnostyki (pytanie wielokrotnego wyboru). Źródło: badania własne.

Zdecydowana większość badanych odczuwała zmniejszenie poczucia lęku i niepokojów po przekazaniu im przez personel medyczny informacji na temat badania (63,7%). Co trzeci badany nie odczuwał żadnego wpływu przekazanych przez personel medyczny informacji na poczucie lęku, niepokojów (30,4%), a 5,9% badanych odczuwała zwiększenie poczucia lęku i niepokojów (wykres 3).



Wykres 3. Wpływ sposobu przekazania informacji o wykonywanych badaniach diagnostycznych na badanych. Źródło: badania własne.

Analizując dane dotyczące objawów stresu związanego z oczekiwaniem na diagnostykę, można stwierdzić, że nie wszystkie objawy stresu mają w takiej sytuacji jednakowe natężenie. W czasie oczekiwania na badanie u co trzeciego badanego nie występowały objawy drżenia rąk (27,5%) i niepokoju ruchowego (28,4%). 23,5% badanych nie odczuwało objawów w postaci problemów z koncentracją, a 17,6% badanych problemów ze snem. W przypadku oczekiwania na badanie najbardziej nasilone były: lęk (26,5% badanych) i niepokój (23,5%), a tylko 5, 9% badanych odczuwało silne zdenerwowanie (tabela 1).

Tabela 1. Czas oczekiwania a nasilenie objawów lęku, niepokoju, problemów ze snem

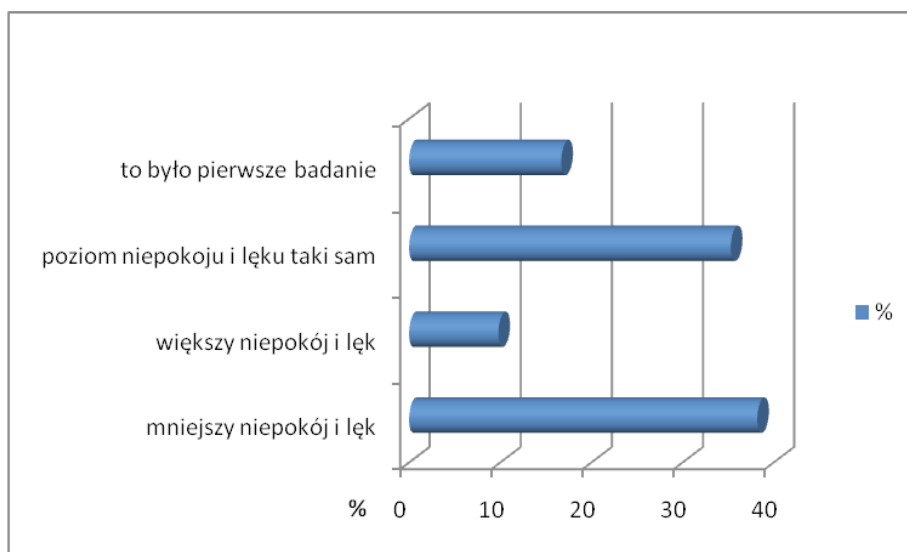
Objawy w czasie oczekiwania na badanie	Czas oczekiwania	Średnie ocena nasilenia	Odchylenie standardowe	Test Kruskala-Wallis
Lęk	1 dzień	2,86	1,528	6,513 p=0,039
	1 tydzień	3,86	1,125	
	powyżej 2 tygodni	4,06	1,076	
Niepokój	1 dzień	2,94	1,478	9,104 p=0,011
	1 tydzień	3,67	1,108	
	powyżej 2 tygodni	4,09	1,071	
Problemy ze snem	1 dzień	2,18	1,079	1,231 p=0,540
	1 tydzień	2,59	1,184	
	powyżej 2 tygodni	2,63	1,1	
Problemy z koncentracją	1 dzień	1,5	1,08	4,207 p=0,122
	1 tydzień	2,1	1,012	
	powyżej 2 tygodni	2,05	0,865	
Zdenerwowanie	1 dzień	2,5	1,243	6,678 p=0,035
	1 tydzień	3,23	1,114	
	powyżej 2 tygodni	3,5	0,916	
Drżenie rąk	1 dzień	1,36	0,924	10,359 p=0,006
	1 tydzień	2	1,069	
	powyżej 2 tygodni	2,56	1,05	

Niepokój ruchowy	1 dzień	1,45	0,688	12,215 p=0,002
	1 tydzień	1,46	0,761	
	powyżej 2 tygodni	2,22	0,85	
Poczucie zagrożenia	1 dzień	1,91	1,136	6,651 p=0,036
	1 tydzień	2,33	1,213	
	powyżej 2 tygodni	2,92	1,06	

**Źródło:** badanie własne.

Analiza statystyczna wykazała, że większe nasilenie objawów odnotowano u kobiet niż u mężczyzn, a różnice istotne statystycznie dotyczą przyspieszonej akcji serca, zaburzeń snu, trudności w skupieniu uwagi i zwiększonej potliwości ( $p < 0,05$ ).

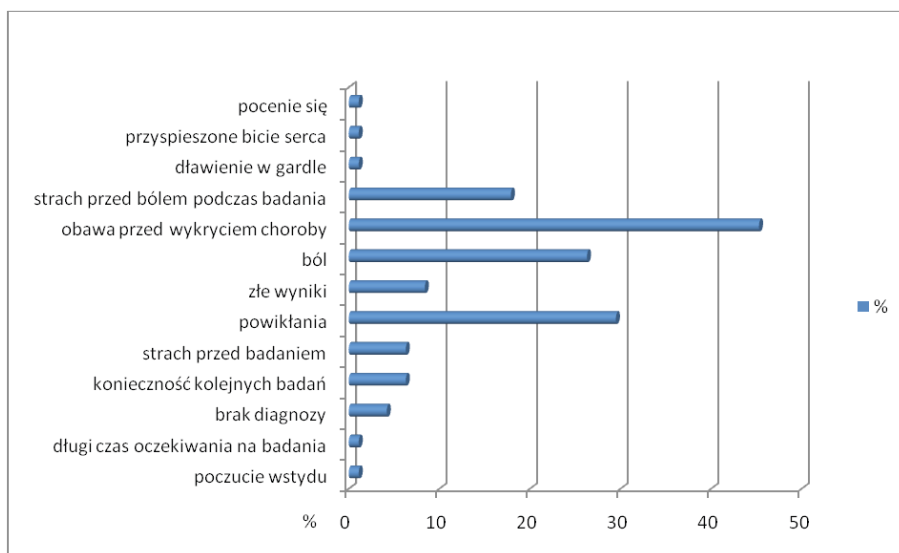
Co trzeci badany odczuwał mniejszy poziom niepokoju, lęku w przypadku powtórnego wykonywania badań diagnostycznych (38,2%), niewiele mniej badanych nie odczuwało różnicy w poziomie lęku, niepokoju (35,3%). Co dziesiąty badany odczuwał większy poziom lęku, niepokoju (9,8%). 16,7% badanych nie przechodziło wcześniej badania (wykres 4).



Wykres 4. Wpływ powtórnego wykonywania badań przez badanych na poczucie lęku, niepokoju.  
 Źródło: badania własne.

Wśród przyczyn wystąpienia lęku, niepokoju przed badaniem najczęściej wskazywano na obawę przed wykryciem choroby (45,3%). Prawie, co trzecia osoba (29,5%) wskazała na powikłania jako źródło swojego lęku i niepokoju. Co

czwarty badany odczuwał niepokój i lęk z powodu możliwości wystąpienia bólu w ogóle (26,3%) a 17,9% obawę przed bólem podczas badania. Mniejsza liczba badanych jako przyczyny wskazała: złe wyniki (8,4%) badań diagnostycznych, strach przed badaniem (6,3%), konieczność kolejnych badań (6,3%) i brak diagnozy (4,2%) (wykres 5).



Wykres 5. Przyczyny wystąpienia poczucia niepokoju, lęku przed badaniem (pytanie wielokrotnego wyboru). Źródło: badania własne.

## WNIOSKI

Badania diagnostyczne są dla pacjentów szczególnie trudną sytuacją, która ma bezpośredni wpływ na wysoki poziom odczuwanego przez nich stresu.

1. Informacja o konieczności przeprowadzenia badań diagnostycznych powodowała nasilenie objawów stresu. Najsilniej odczuwane były niepokój, lęk i zaburzenia snu.
2. Czas oczekiwania na badania również wpływał na nasilenie objawów odczuwanego stresu. Im dłużej pacjenci oczekiwali na wykonanie badań diagnostycznych, tym bardziej nasilały się objawy stresu takie jak: lęk, niepokój i przyspieszona akcja serca.
3. Duży wpływ na poziom odczuwanego stresu miała płeć. Silniej objawy stresu odczuwały kobiety. Pozostałe zmienne, czyli wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, nie wpływały na poziom poczucia stresu.
4. Personel medyczny, przekazując w fachowy sposób wiedzę na temat badań diagnostycznych, wpływał na obniżenie odczuwania objawów stresu.

5. Długi czas oczekiwania na badanie powodował wzrost odczuwanego stresu. Pacjenci obawiali się zarówno dolegliwości bólowych, powikłań, jak i rozpoznania nieuleczalnej choroby.

## PODSUMOWANIE

Literatura szeroko opisuje problematykę stresu, uwzględniając także zagadnienie jego wpływu na powstawanie wielu chorób. Nie znaleziono natomiast wśród dostępnych opracowań takich, które odnosiłyby się do procedur diagnostycznych jako źródła stresu odczuwanego przez pacjentów. Ponieważ w większości przypadków badania diagnostyczne muszą być wykonywane w oddziałach szpitalnych, dlatego w niniejszej pracy wykorzystywano opracowania, w których analizowany był poziom odczuwanego przez pacjentów lęku podczas ich hospitalizacji.

Co prawda nie da się uniknąć stresu pacjenta, towarzyszącego procesowi diagnostycznemu, za to da się go zminimalizować poprzez m.in. skrócenie czasu oczekiwania na badanie oraz właściwą informację o jego przebiegu oraz celu. W pracy wykazano, że prawidłowa komunikacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentem miała istotne znaczenie w procesie diagnozowania i leczenia. Zrozumienie przez pacjenta proponowanych mu metod diagnostycznych sprzyjało lepszej akceptacji choroby i ograniczeń, jakie ze sobą niesie, sprzyjało również pełnej akceptacji zaproponowanych metod diagnostycznych [11].

## PIŚMIENNICTWO

1. Lazarus R.S., Folkman S. *Stres, Appraisal and coping*. New York; Springer Publishing Co, 184.
2. Heszen-Niejodek I., Kądzielawa D., Toeplitz-Winiewska M. *Zdrowie i choroba*. W: Strelau J. (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, 465–489.
3. Gomulski W. *Stres energia życia*. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2004, 18–19.
4. Terelak J. *Człowiek i stres*. Oficyna Wydawnicza Branta Bydgoszcz–Warszawa, Warszawa 2008, 17–18; 56–58.
5. Terelak J. *Psychologia stresu*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001, 23–25; 79–80; 69–72; 77–79.
6. Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, 144, 157.
7. Grygorczuk A. *Pojęcie stresu w medycynie i psychologii*. *Psychiatria* 2008; 5: 111–115.



8. Szeliga-Lewińska J., Landowski J. Sposób tworzenia świata przez chorych z epizodem depresyjnym a strategie radzenia sobie ze stresem. *Psychiatria* 2006; 3, 1: 22–26.
9. Wons A. Stres i radzenie sobie ze stresem. W: Trzecieńska-Green A. (red.). *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. UNIVERSITAS, Kraków 2006, s. 407–424. ISBN: 83-242-0753-8.
10. Guzowska-Dąbrowska M. Stres a zdrowie. Zależności biologiczne i psychologiczne. W: Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. (red.). *Psychologia w praktyce medycznej*. PZWL, Warszawa 2007, ss. 218; ISBN: 978-83-200-3524-7.
11. Demczyszak I., Półtoranos J., Sutkowska E. Psychologiczne aspekty rehabilitacji i jej znaczenie w usprawnianiu pacjentów po zawale mięśnia sercowego. W: Janowski K., Cudo A. *Człowiek chory aspekty biopsychospołeczne*. Tom 2. Lublin 2009, ss. 455; ISBN: 978-83-60702-69-7.

## Assessment of the level of stress in patients prior to diagnostic tests

Bożena Biesak<sup>1</sup>, Anna Włoszczak-Szubzda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** Stress may be defined as a response to dangers or threats. Stressful events are called stressors. The effect of a stressor on man is perceived as a threat, and results in many changes in the body preparing it for defence or struggle. There are very many sources of stress in daily life. Everyone reacts differently to stress and copes differently in stressful situations. One such situation is disease, which incurs many changes in the life of an individual, including the necessity for various types of diagnostics, requiring hospitalization, awaiting the sole diagnostic tests, as well as the results of these tests.

**Objective.** The presented study aimed at determination of the level of stress occurring in patients awaiting diagnostics.

**Material and method.** The study covered 102 patients, 39 males and 63 females, conducted by the method of a diagnostic survey. The questionnaire designed by the author was subjected to the basic standardization (pilot study and competent judges test). Statistical calculations were performed using the package IBM SPSS Statistics 21. Non-parametric analysis of variance was used – Kruskal-Wallis test. Differences between two groups were analyzed using Mann-Whitney U test, whereas the relationships between qualitative variables were tested by means of chi-square test. The p values  $p < 0.05$  were considered statistically significant.

**Results.** In the majority of patients, in the case of stating the necessity for performing diagnostic tests, the symptoms were observed of fear (83.5%), anxiety (88%), as well as an accelerated heart rate (79.6%). The majority of respondents experienced reduction of fear and anxiety after being given information concerning the examination passed to them in a proper way by the medical staff (63.7%).

**Conclusions.** Information concerning the necessity to perform diagnostic tests caused an intensification of the symptoms of stress. The time of awaiting the examinations also resulted in an intensification of symptoms of the stress experienced. Medical staff, by passing, in a professional way, knowledge concerning diagnostic tests, caused the reduction of the experienced symptoms of stress. An extended waiting time for the examination resulted in an increase in the stress perceived.

► **Keywords:** diagnostic tests, patient, stress, stressor, modern technologies



# Poziom wiedzy społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej

Magdalena Blicharz<sup>1</sup>, Beata Biernacka<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Udzielenie pierwszej pomocy osobie potrzebującej jest obowiązkiem każdego dorosłego człowieka. W wypadkach i nagłych zachorowaniach o losach poszkodowanej osoby decydują pierwsze minuty. Szybko i prawidłowo udzielona pomoc ratuje życie i zdrowie. Pierwsza pomoc to podstawowe czynności wykonywane przed przybyciem lekarza, pogotowia ratunkowego lub innych wykwalifikowanych osób, mające na celu ratowanie zdrowia bądź życia ludzi, którzy odnieśli obrażenia lub nagłe zachorowali. Do tego celu niezbędna jest właściwa wiedza i umiejętności.

**Cel.** Celem badań była ocena poziomu wiedzy społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oraz ustalenie, czy respondenci uczestniczyli kiedykolwiek w zajęciach, kursach, szkoleniach związanych z tematyką udzielania pomocy.

**Materiał i metody.** W badaniach oceny poziomu wiedzy społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej wzięło udział 75 respondentów. Wśród nich było 56,0% kobiet (N=42) oraz 44,0% mężczyzn (N=33). Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Kwestionariusz składał się z 25 pytań o charakterze zamkniętym koniunktywnym, zamkniętym i półotwartym. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu niezależności  $\chi^2$  oraz testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ . Obliczenia wykonano przy użyciu programu IBM SPSS Statistics 20.

**Wyniki.** Bardzo dobrze swoją wiedzę na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oceniło 12,0% badanych. Spośród osób, które znalazły się w sytuacji, w której należało udzielić pierwszej pomocy, tylko 25,0% potrafiło w pełni pomóc poszkodowanemu. Jedynie 30,6% badanych prawidłowo stwierdziło, że podchodząc do osoby poszkodowanej, należy najpierw ocenić własne bezpieczeństwo. Poprawnej odpowiedzi na temat sposobów sprawdzania, czy poszkodowany oddycha, udzieliło 42,7% badanych. Taki sam procent respondentów posiadał wiedzę na temat sposobów poprawnego przeprowadzenia uciskania klatki piersiowej.

**Wnioski.** Poziom wiedzy badanych na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej jest niewystarczający. Wyższy poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy mają osoby młodsze, z wykształcenie wyższym. Wysoki poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy częściej prezentują osoby, które spotkały się z sytuacją wymagającą udzielenia pierwszej pomocy.

► **Słowa kluczowe:** wiedza, społeczeństwo, pierwsza pomoc

## WPROWADZENIE

Udzielenie pierwszej pomocy osobie potrzebującej jest obowiązkiem każdego dorosłego człowieka. W wypadkach i nagłych zachorowaniach o losach poszko-

dowanej osoby decydują pierwsze minuty. Szybko i prawidłowo udzielona pomoc ratuje życie i zdrowie.

Pierwsza pomoc to podstawowe czynności wykonywane przed przybyciem lekarza, pogotowia ratunkowego lub innych wykwalifikowanych osób, mające na celu ratowanie zdrowia bądź życia ludzi, którzy odnieśli obrażenia lub nagle zachorowali. Termin *ratownik* odnosi się do osoby, która odbyła teoretyczne i praktyczne przeszkolenie, zakończone zdaniem odpowiedniego egzaminu. Wykwalifikowany ratownik powinien legitymować się odpowiednim zaświadczeniem, wydanym przez instytucje organizujące szkolenia w zakresie pierwszej pomocy. Ratownik powinien:

- ocenić szybko sytuację, zachować spokój,
- chronić siebie i poszkodowanych przed niebezpieczeństwem,
- ocenić stan wszystkich poszkodowanych,
- uspokoić i wesprzeć duchowo poszkodowanych,
- zająć się objawami mogącymi stanowić zagrożenie dla życia,
- sprowadzić pomoc medyczną, jeśli to konieczne; wezwać pogotowie, jeśli zachodzi podejrzenie poważnej choroby lub urazu [1,2].

Procesy gwarantujące przeżycie organizmu, które muszą trwać nieprzerwanie, nazywa się funkcjami życiowymi lub życiowo ważnymi procesami. Do funkcji tych należą:

- oddychanie, tzn. pobieranie tlenu z otoczenia i oddawanie do środowiska dwutlenku węgla,
- praca serca i układu krążenia, tj. transport tlenu i substancji odżywczych do komórek i odprowadzenie z komórek zbędnych produktów przemiany materii,
- regulacja składu płynów ustrojowych, tzn. zawartości wody i elektrolitów.

Mówi się, że pacjent jest w stanie zagrożenia życia wtedy, gdy jego podstawowe funkcje życiowe, takie jak krążenie i oddychanie, uległy poważnemu zaburzeniu w następstwie urazu (uszkodzenia) lub nagłej choroby o ciężkim przebiegu. Do tej grupy pacjentów wlicza się również tych, u których istnieje poważne zagrożenie wystąpieniem zaburzeń podstawowych funkcji życiowych. Do stanu nagłego zagrożenia życia pacjenta może dojść w następstwie: uszkodzeń, w przebiegu różnych urazów, ostrych schorzeń zagrażających życiu pacjenta, zatruc [3,4].

Każdy z nas może znaleźć się w sytuacji, gdy ktoś będzie potrzebował naszej pomocy. Dlatego też ważne jest, aby wiedzieć, jak jej udzielić. Kursy i szkolenia z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej organizowane są w szkołach, miejscach pracy, na obozach, w różnych instytucjach. Odbywają się one w formie teoretycznej i praktycznej. Praktyczne wykonywanie czynności ratowniczych pod fachowym nadzorem dodaje pewności, buduje wiarę we własne umiejętności oraz pozwala na natychmiastowe i skuteczne działanie, gdy zaistnieje konieczność udzielenia pomocy [5,6].

## CEL

Celem badań była ocena poziomu wiedzy społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oraz ustalenie, czy respondenci uczestniczyli kiedykolwiek w zajęciach, kursach, szkoleniach związanych z tematyką udzielania pomocy.

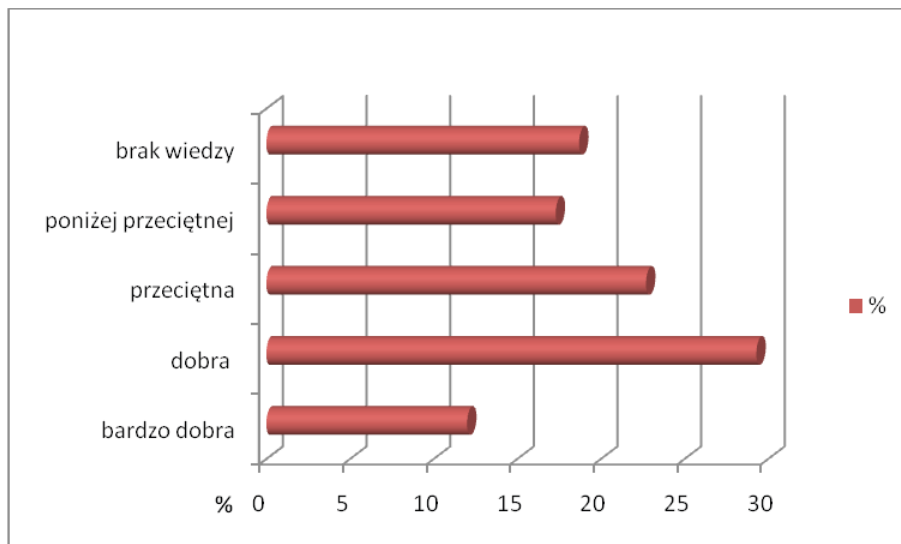
## MATERIAŁ I METODY

W badaniach oceny poziomu wiedzy społeczeństwa na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej wzięło udział 75 respondentów. Wśród nich było 56,0% kobiet (N=42) oraz 44,0% mężczyzn (N=33). Wieś jako miejsce zamieszkania wskazało 42,7% badanych (N=32), zaś w mieście mieszkało 57,3% osób (N=43). Średnia wieku badanych to 34,77 lat (SD=14,36). Najmłodsza osoba miała 12 lat, najstarsza 80 lat. W przedziale wiekowym do 20 lat mieściło się 16,0% badanych (N=12), od 21 do 30 lat miało 32,0% osób (N=24), w przedziale 31-40 lat znalazło się 20,0% badanych (N=15), a w grupie 41-50 lat 17,3% osób (N=13), zaś wiek 51 lat lub więcej osiągnęło 14,7% badanych (N=11). Wykształcenie podstawowe posiadało 32,0% badanych (N=24), wykształcenie zawodowe miało 17,3% badanych (N=13), średnim legitymowało się 32,0% osób (N=24), a wykształceniem wyższym 18,7% badanych (N=14).

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Kwestionariusz składał się z 25 pytań o charakterze zamkniętym koniunktywnym, zamkniętym i półotwartym. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano przy użyciu testu niezależności  $\chi^2$  oraz testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ . Obliczeń dokonano przy użyciu programu IBM SPSS Statistics 20.

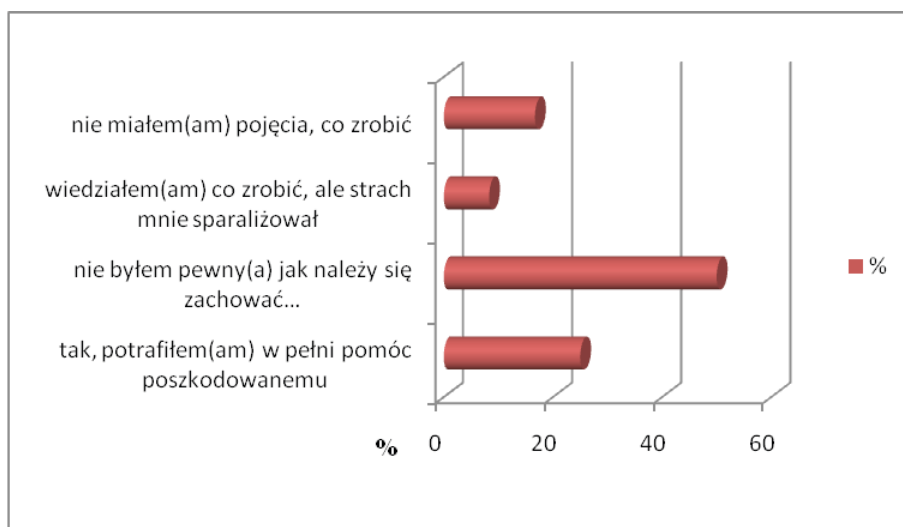
## WYNIKI

Bardzo dobrze swoją wiedzę na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oceniło 12,0% badanych (N=9). Najczęściej (N=22, tj. 29,3%) badani twierdzili, że mają dobrą wiedzę w tym zakresie. Przeciętny poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej zadeklarowało 22,7% osób (N=17), a 17,3% badanych (N=13), stwierdziło, że posiada wiedzę poniżej przeciętnej. Na brak wiedzy o pierwszej pomocy przedmedycznej wskazało 18,7% badanych (N=14) (wykres 1).



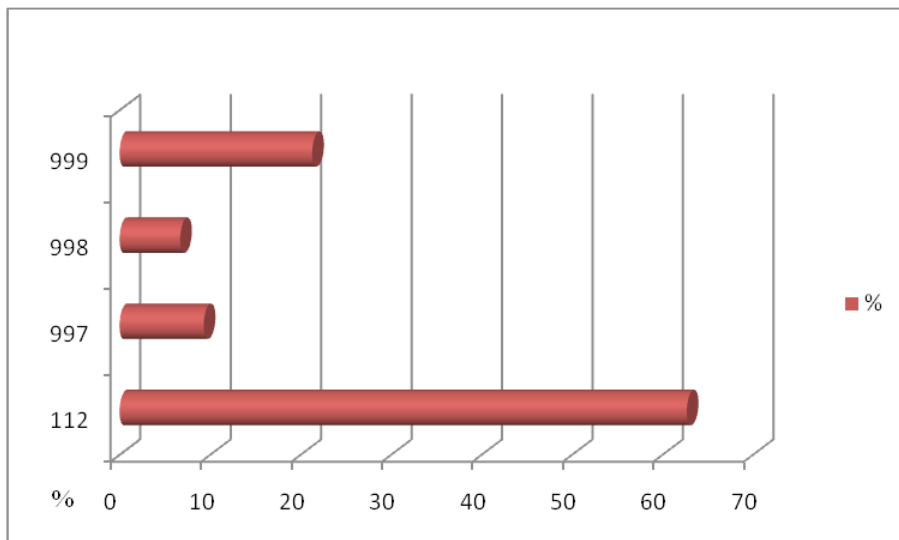
Wykres 1. Samoocena dotycząca wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy. Źródło: opracowanie własne.

Spośród osób, które znalazły się w sytuacji wymagającej udzielenia pierwszej pomocy, tylko 25,0% (N=3) potrafiło w pełni pomóc poszkodowanemu. Połowa z tych osób (N=6, tj. 50,0%) nie była pewna, jak należy się zachować, 8,3% osób (N=1) wiedziało, co należy zrobić, ale sparaliżował je strach, zaś 16,7% osób (N=2) nie miało pojęcia, co należy zrobić, by udzielić pomocy poszkodowanemu (wykres 2).



Wykres 2. Sposób zachowania się w sytuacji, w której należało udzielić pierwszej pomocy. Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa badanych (N=47, tj. 62,7%) wiedziała, jaki jest polski numer ratunkowy, wskazując 112. Numer 999, jako polski numer alarmowy, wybrało 21,3% osób (N=16), a 9,3% badanych (N=7) wybrało numer 997. W opinii 6,7% osób (N=5) polskim numerem alarmowym jest 998 (wykres 3).



Wykres 3. Wiedza respondentów na temat polskich numerów ratunkowych. Źródło: opracowanie własne.

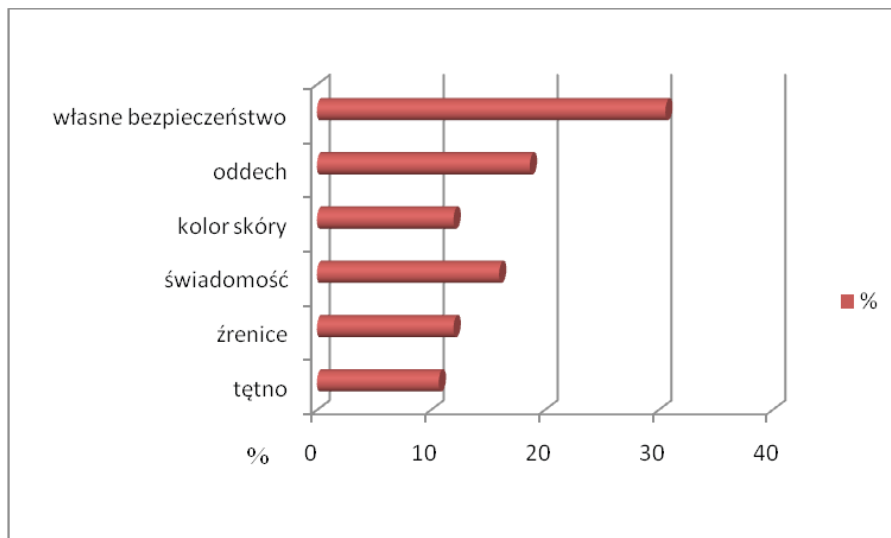
Większość osób (tj. 77,3%, N=58) stwierdziła, że w zawiadomieniu kierowanym do dyspozytora pogotowia ratunkowego podaje informację o miejscu zdarzenia, wypadku. Rzadziej badani twierdzili, że udzielą informacji na temat liczby osób poszkodowanych (N=23, tj. 30,7%), na to, kim są poszkodowani, czy podjęte zostały czynności ratunkowe (N=21, tj. 28,0%). 20,0% osób (N=15) stwierdziło, że udzieli dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji, jakich urazów doznali poszkodowani. Niewielki odsetek badanych wskazał na potrzebę przekazania informacji o tym, jak się nazywają i z jakiego numeru dzwonią (N=8, tj. 10,7%), zaś 8,0% badanych (N=6) przekazałoby informacje o wieku poszkodowanych (wykres 4).





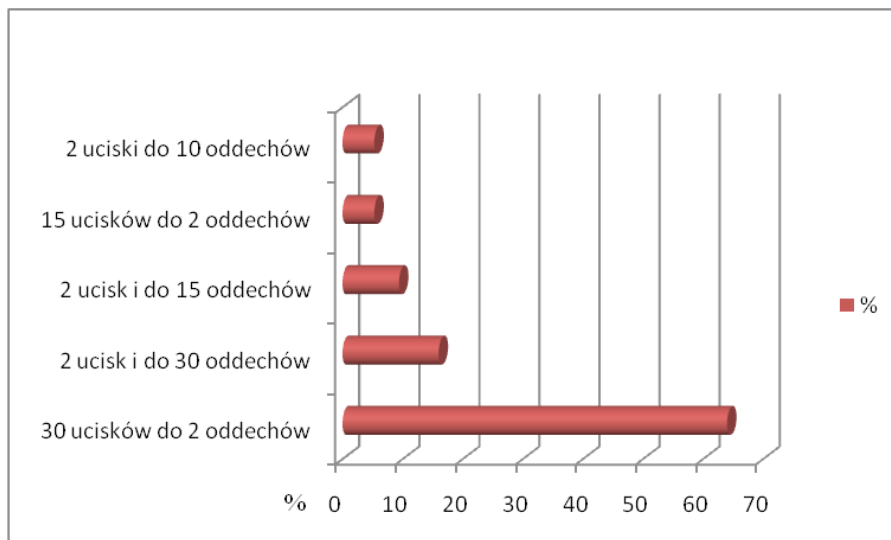
Wykres 4. Wiedza respondentów na temat najważniejszych informacji w przypadku powiadomienia dyspozytora pogotowia ratunkowego (odpowiedzi wielokrotnego wyboru; wyniki nie sumowały się do 100). Źródło: opracowanie własne.

Tylko 30,6% badanych (N=23) prawidłowo stwierdziło, że podchodząc do osoby poszkodowanej, należy najpierw ocenić własne bezpieczeństwo. W opinii 18,7% osób (N=14) należy w pierwszej kolejności sprawdzić oddech poszkodowanego, a 16,0% badanych (N=12) uznało, że należy sprawdzić świadomość poszkodowanego. Według 12,0% osób (N=9), podchodząc do osoby poszkodowanej, powinno się ocenić źrenice lub kolor skóry. Zdaniem 10,7% badanych (N=8) u poszkodowanego należy najpierw sprawdzić tętno (wykres 5).



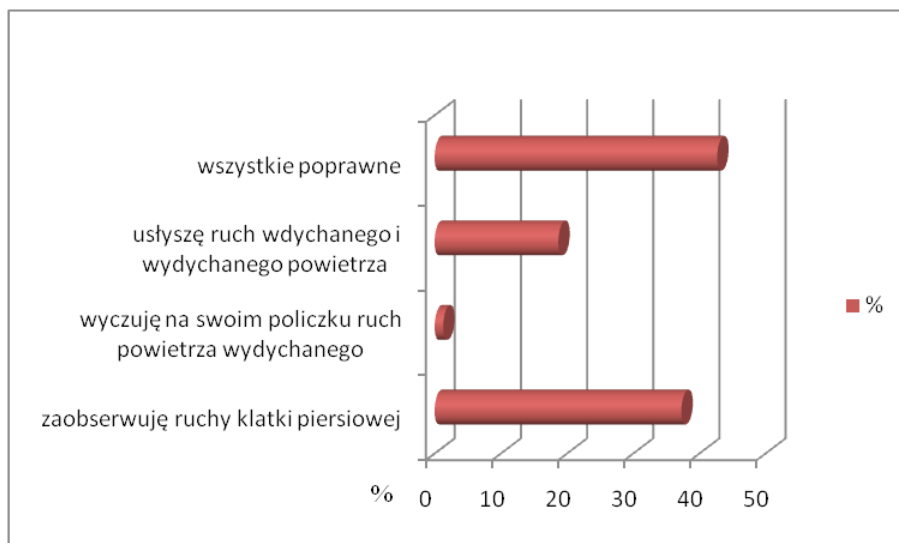
Wykres 5. Wiedza respondentów na temat parametrów, które należy ocenić w pierwszej kolejności podchodząc do osoby poszkodowanej. Źródło: opracowanie własne.

Prawidłowy stosunek liczby uciśnień klatki piersiowej do liczby wykonywanych oddechów ratowniczych u osoby dorosłej (tj. 30:2) wskazało 64,0% badanych (N=48). Grupa 16,0% osób (N=12) błędnie wskazała stosunek 2:30, a 9,4% badanych (N=7) błędnie wymieniło stosunek 2:15. Nieliczne osoby (N=4, tj. 5,3%) błędnie wskazywały stosunek 15:2 lub 2:10 jako prawidłowy (wykres 6).



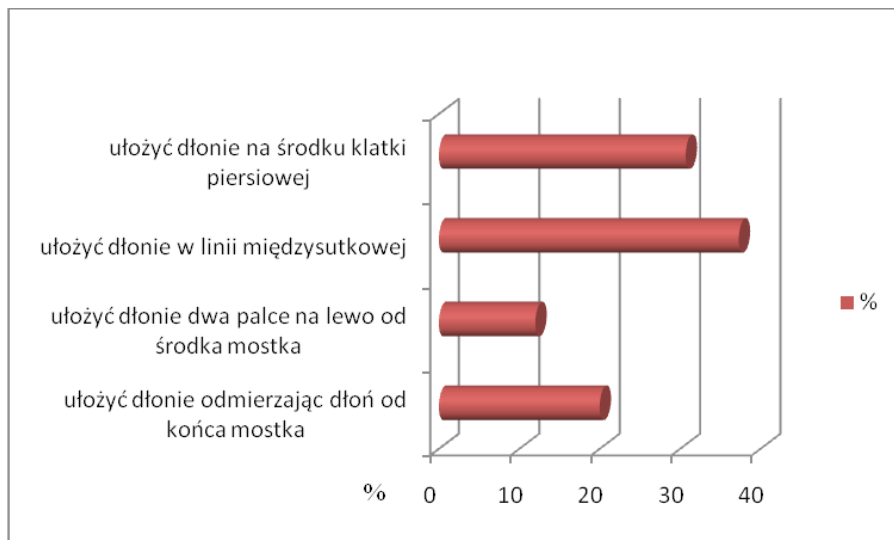
Wykres 6. Wiedza respondentów na temat prawidłowego stosunku liczby uciśnień klatki piersiowej do liczby oddechów ratowniczych u osoby dorosłej. Źródło: opracowanie własne.

Grupa 37,3% badanych (N=28) stwierdziła, że sprawdzi, czy poszkodowany oddycha, obserwując ruchy klatki piersiowej. Na inny sposób, polegający na pochyleniu głowy nad twarzą poszkodowanego i słuchaniu ruchu wdychanego i wydychanego powietrza, wskazało 18,7% osób (N=14). Jedna osoba (tj. 1,3%) stwierdziła, że sprawdziłaby, czy poszkodowany oddycha, wyczuwając na swoim policzku ruch powietrza wydychanego. Wszystkie odpowiedzi były błędne. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 42,7% badanych (N=32), wskazując na wszystkie powyżej wymienione możliwości (wykres 7).



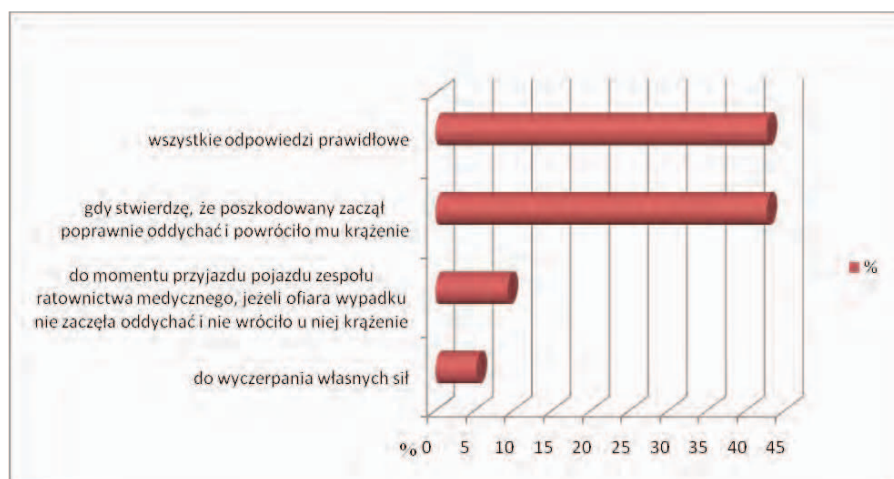
Wykres 7. Wiedza respondentów na temat sposobów sprawdzenia, czy poszkodowany oddycha. Źródło: opracowanie własne.

Zdaniem 20,0% badanych (N=15), aby poprawnie wykonać uciskanie klatki piersiowej, należy ułożyć dłonie, odmierzając długość dłoni od końca mostka. Błędnie ułożenie dłoni, tj. w odległości dwóch palców na lewo od środka mostka, wskazało 12,0% osób (N=9). Grupa 37,3% badanych (N=28) stwierdziła, że należy ułożyć dłonie w linii międzysutkowej. Ułożenie dłoni na środku klatki piersiowej, w celu przeprowadzenia uciskania klatki piersiowej, wskazało 30,7% osób (N=23) (wykres 8).



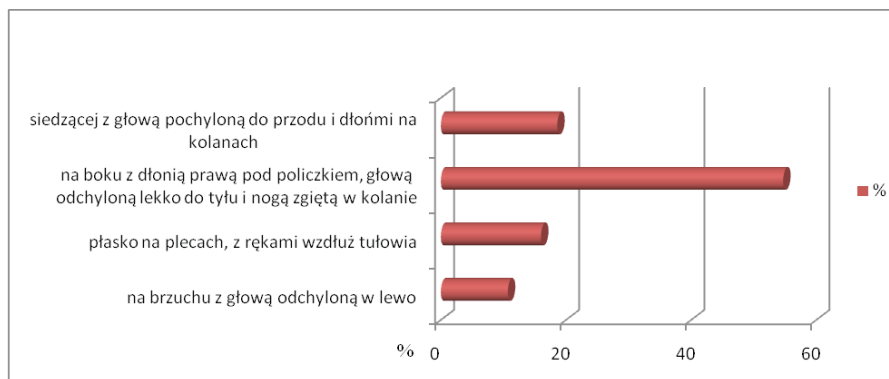
Wykres 8. Wiedza respondentów na temat sposobów poprawnego przeprowadzenia uciskania klatki piersiowej. Źródło: opracowanie własne.

Zdaniem 42,7% osób (N=32) pierwszą pomoc należy przeprowadzać tak długo, aż stwierdzimy, że poszkodowany zaczął poprawnie oddychać i powróciło mu krążenie. Według 9,3% badanych (N=7) należy ją prowadzić do momentu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, jeżeli ofiara wypadku nie zaczęła oddychać i nie wróciło u niej krążenie. Na prowadzenie pierwszej pomocy do wyczerpania własnych sił wskazało 5,3% osób (N=4). Powyższe odpowiedzi były błędne. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 42,7% badanych (N=32) wskazując na to, że wszystkie wymienione opcje są prawidłowe (wykres 9).



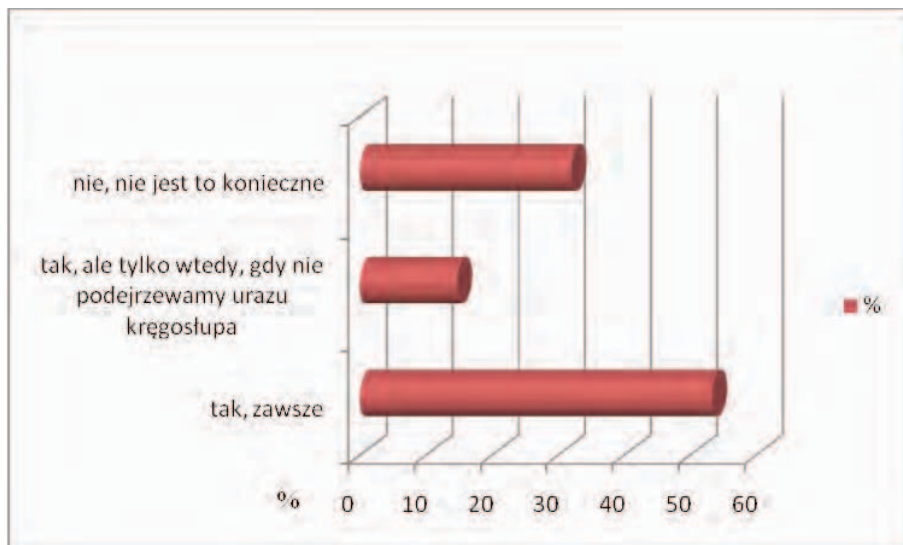
Wykres 9. Wiedza respondentów na temat czasu, w którym należy prowadzić pierwszą pomoc. Źródło: opracowanie własne.

Zdaniem 54,7% badanych (N=41) ułożenie poszkodowanego w pozycji bezpiecznej polega na ułożeniu go bokiem, z dłonią prawą pod policzkiem, głową odchyloną lekko do tyłu i nogą prawą zgiętą w kolanie. Odpowiedź ta była prawidłowa. Błędnie ułożenie poszkodowanego, tj. w pozycji siedzącej z głową pochyloną do przodu i dłońmi na kolanach, wskazało 18,6% osób (N=14). 16,0% badanych (N=12) błędnie stwierdziło, że należy ułożyć poszkodowanego płasko na plecach, z rękami wzdłuż tułowia, a 10,7% osób (N=8) – że należy położyć poszkodowanego na brzuchu z głową odchyloną w lewo (wykres 10).



Wykres 10. Wiedza respondentów na temat sposobu ułożenia poszkodowanego w pozycji bezpiecznej. Źródło: opracowanie własne.

Według 53,3% osób (N=40) u osoby nieprzytomnej należy zawsze utrzymywać udrożnione drogi oddechowe. Odpowiedź ta była prawidłowa. Błędne były pozostałe odpowiedzi, które wybierali badani. Na konieczność utrzymywania drożności dróg oddechowych u poszkodowanego, ale tylko wtedy, gdy nie podejrzewamy urazu kręgosłupa, wskazało 14,7% osób (N=11). W opinii 32,0% osób (N=24) utrzymywanie drożności dróg oddechowych poszkodowanego nie jest konieczne (wykres 11).



Wykres 11. Wiedza respondentów na temat potrzeby utrzymania u osoby nieprzytomnej drożnych dróg oddechowych. Źródło: opracowanie własne.

W wyniku badań własnych stwierdzono, że wykształcenie istotnie wpływało na poziom wiedzy badanych na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Niski poziom wiedzy miały częściej osoby z wykształceniem podstawowym (50,0%). Przeciętny poziom wiedzy stwierdzono częściej w grupie osób z wykształceniem zawodowym (53,8%) lub średnim (58,3%). Wysoki poziom wiedzy miały częściej osoby z wykształceniem wyższym (28,6%) (tabela 1).

Tabela 1. Poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej a wykształcenie badanych

			Wykształcenie				Ogółem
			podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe	
Poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej	niski	N	12	6	5	5	28
		%	50	46,2	20,8	35,7	37,3
	przeciętny	N	12	7	14	5	38
		%	50	53,8	58,3	35,7	50,7
	wysoki	N	0	0	5	4	9
		%	0	0	20,8	28,6	12

Ogółem	N	24	13	24	14	75
	%	100	100	100	100	100
Poziom istotności p		0,0401				

Źródło: opracowanie własne.

Analiza badań własnych wykazała, że wiek badanych istotnie wpływał na poziom ich wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Niski poziom wiedzy miały częściej osoby starsze (średnia wieku 41,79 lat). Przeciętny poziom wiedzy stwierdzono częściej u osób młodszych (średnia wieku 29,71 lat), a wysoki częściej w grupie osób w średnim wieku (34,33 lat) (tabela 2).

Tabela 2. Poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej a wiek badanych

Poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej	Wiek		
	średnia	N	SD
niski	41,79	28	16,52
przeciętny	29,71	38	11,58
wysoki	34,33	9	8,51
Ogółem	34,77	75	14,36
Poziom istotności p	0,0069		

Źródło: opracowanie własne.

Badania własne wykazały, że poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej zależał istotnie od uczestnictwa badanych w zajęciach z tego zakresu. Niski poziom wiedzy stwierdzono częściej wśród osób (88,0%), które nie brały udziału w takich zajęciach, niż w grupie osób w nich uczestniczących (12,0%). Przeciętny poziom wiedzy miały częściej osoby biorące udział w zajęciach na temat udzielania pierwszej pomocy (70,0%), niż osoby niebiorące udziału w takich zajęciach (12,0%). Wysoki poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy miały wyłącznie osoby uczestniczące w zajęciach z pierwszej pomocy przedmedycznej (tabela 3).

Tabela 3. Poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej a uczestniczenie w zajęciach dotyczących pierwszej pomocy przedmedycznej.

			Uczestniczenie w zajęciach dotyczących pierwszej pomocy przedmedycznej		Ogółem	
			Tak	Nie		
Poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej	niski	N	6	22	28	
		%	12	88	37,3	
	przeciętny	N	35	3	38	
		%	70	12	50,7	
	wysoki	N	9	0	9	
		%	18	0	12	
Ogółem			N	50	25	75
			%	100	100	100
Poziom istotności p			<0,0001			

Źródło: opracowanie własne.

## WNIOSKI

W wyniku analizy odpowiedzi udzielanych przez respondentów sformułowano następujące wnioski:

1. Poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej jest niewystarczający.
2. Wyższy poziom wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy mają osoby młodsze, z wykształceniem wyższym.
3. Wysoki poziom wiedzy na temat pierwszej pomocy mają osoby, które spotkały się z sytuacją wymagającą jej udzielenia.

## PODSUMOWANIE

Respondenci wykazali się ogólnie niskim poziomem wiedzy z zakresu pomocy przedmedycznej. Ci, którzy nie mieli dostatecznej wiedzy, stwierdzili jednak, że nie udzieliliby pomocy z obawy, że mogliby zaszkodzić osobie poszkodowanej. Jednocześnie osoby które twierdziły, że mają wystarczającą wiedzę, by udzielić



pomocy w sytuacji tego wymagającej, nie zawahałyby się – jak wskazały – przed podjęciem czynności ratujących czyjeś życie.

## PIŚMIENNICTWO

1. Murawski C., Sawicka K., Staszkiel L., Szwedowska-Kotlińska J., Wolna M. Pierwsza pomoc. Sposoby postępowania w nagłych wypadkach – w domu, w pracy i w czasie wolnym od zajęć. Wyd. 2. Wydaw. Muza SA, Warszawa 2004.
2. Sefrin P., Schua R., Jakubaszko J. ( red. pol). Postępowanie w nagłych zagrożeniach zdrowotnych. Wyd. 3 Wrocław 2007; ISBN: 83-60290-51-2.
3. Buchfelder M., Buchfelder A. Podręcznik pierwszej pomocy. Wyd. 5. Wydaw. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; ISBN 978-83-200-4372-3.
4. Misiołek H., Knapik P. Pierwsza pomoc medyczna z elementami postępowania specjalistycznego. Dla studentów akademii medycznych. Wyd. 4. Wydaw. SAM, Katowice 2007; ISBN: 978-83-7609-037-6.
5. Goniewicz M., Goniewicz K., Włoszczak-Szubzda A. Apteczka samochodowa i jej rola w udzielaniu pierwszej pomocy. Ocena stanu wiedzy młodych początkujących kierowców. MONZ, 2012; 18 (4).
6. Chemperek E., Goniewicz M., Włoszczak-Szubzda A., Wac-Górczyńska M., Nowicki G., Mikuła-Mazurkiewicz A. Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów w zakresie pierwszej pomocy. MONZ, 2011; 17 (4).

## Level of knowledge of society concerning provision of pre-medical first aid

Magdalena Blicharz<sup>1</sup>, Beata Biernacka<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** The provision of first aid for someone in need is the obligation of each adult person. In emergency cases and sudden illness, the first minutes decide about the fate of the victim. Assistance provided quickly and properly saves life and health.

First aid is the basic activity performed before the arrival of a physician, ambulance, or other qualified persons, aimed at saving the health or life of those who have been afflicted with injuries of have suddenly been taken ill. For this purpose, proper knowledge and skills are indispensable.

**Objective.** The objective of the study was evaluation of the level of knowledge of society concerning the provision of pre-medical first aid, and to discover whether the respondents have ever participated in classes, courses, or trainings related with the scope of problems of provision of first aid.

**Material and methods.** Seventy-five respondents, 44.0% of males (N=33) and 56.0% of females (N=42), participated in the study on the level of knowledge of society concerning the provision of pre-medical first aid. The research method was a diagnostic survey. The questionnaire consisted of 25 items – of the character of conjunctive closed, closed and semi-open questions. The differences between variables were verified using  $\chi^2$  test for independence and Kruskal-Wallis test. The p values  $p < 0.05$  were considered statistically significant. Calculations were performed using the software IBM SPSS Statistics 20.

**Results.** As many as 12.0% of respondents evaluated their knowledge concerning the provision of pre-medical first aid as very good. Only 25.0% of those, who faced with a situation in which it was necessary to provide first aid could fully capable of helping the victim. Only 30.6% of respondents correctly reported that while approaching the victim it is necessary to first assess own personal safety, 42.7% of respondents provided the correct answer concerning the methods of checking whether the victim was breathing. The same percentage of respondents possessed knowledge about the methods of the correct pressure on the victim's chest.

**Conclusions.** The respondents' level of knowledge concerning the provision of pre-medical first aid was insufficient. A higher level of knowledge concerning the provision of first aid was observed among young persons with university education. Persons who encountered the situation in which it was necessary to provide first aid more often possessed a high level of knowledge concerning the provision of first aid.

► **Keywords:** knowledge, society, first aid



# Świadomość racjonalnego żywienia u kobiet ciężarnych w powiecie lubelskim i lubartowskim

Monika Borzęcka<sup>1</sup>, Leszek Szewczyk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Właściwe odżywianie kobiety ciężarnej warunkuje prawidłowy przebieg ciąży i rozwój dziecka. Dotyczy to szczególnie pierwszego trymestru ciąży, ponieważ wtedy rozwój płodu jest najbardziej dynamiczny. Brak wiedzy żywieniowej oraz wiedzy o konsekwencjach nieprawidłowego odżywiania wśród przyszłych matek może prowadzić do szeregu błędów dietetycznych, wynikiem czego mogą być niedobory lub nadmiary energii, poszczególnych składników odżywczych, a także nieprawidłowy przebieg ciąży. Zmiana nawyków żywieniowych kobiety ciężarnej powinna obejmować nie tylko okres samej ciąży, ale i kilkumiesięczny okres przed planowanym jej początkiem. Zmiana diety w tym okresie ma na celu wyrównanie ewentualnych niedoborów żywieniowych.

**Cel.** Celem niniejszej pracy jest określenie różnic w sposobie odżywiania się kobiet ciężarnych z terenu powiatu lubelskiego i z terenu powiatu lubartowskiego, a także poznanie ich nawyków żywieniowych oraz określenie poziomu wiedzy na temat racjonalnego odżywiania się w czasie ciąży.

**Materiał i metody.** Badanie zostało przeprowadzone wśród 100 kobiet z powiatów lubelskiego i lubartowskiego. Dobór badanych miał charakter celowy, wybrano kobiety w okresie ciąży. Ankietę wypełniło 50 przyszłych matek z Lublina i 50 z Lubartowa i okolic, w wieku od 20 lat do 35 lat. Wzrost badanych mieścił się w przedziale 150 cm–185 cm. Masa ciała ciężarnych to około 45 kg do 105 kg (w zależności od zaawansowania ciąży). Ankietowane posiadały wykształcenie podstawowe (7%), zawodowe (26%), średnie (24%), wyższe licencjackie (24%) bądź magisterskie (19%). W badaniu wykorzystano specjalnie skonstruowaną ankietę, której pytania dotyczyły przebiegu ciąży, nawyków żywieniowych, zmian w diecie po zajściu w ciążę, wiedzy o składnikach odżywczych znajdujących się w pokarmach oraz wiedzy o suplementacji. Zastosowano statystyki opisowe.

**Wyniki.** Blisko połowa badanych kobiet ciężarnych (45%) oceniła stan swojej wiedzy na temat właściwego żywienia w okresie ciąży na poziomie dobrym. Ponad połowa ankietowanych (55%) deklarowała zmiany w swoim odżywianiu w czasie ciąży. 65% respondentek twierdziło, że nie eliminuje żadnych produktów ze swojej diety podczas ciąży, 52% badanych ciężarnych podjadało niezdrowe przekąski. Większość respondentek nie miała dostatecznej wiedzy na temat tego, jaki wpływ na rozwój dziecka ma witamina D (61%), 17% badanych ciężarnych nie zażywało kwasu foliowego, 12% respondentek przyznało, że pali papierosy podczas ciąży, a 21% badanych kobiet boi się przytyć w czasie ciąży. 71% respondentek nie wiedziało o zwiększeniu przyjmowania składników pokarmowych w ostatnim trymestrze ciąży o 20%.

**Wnioski.** Na składniki odżywcze w spożywanych pokarmach, takie jak tłuszcze, węglowodany, białka, cukry, błonnik, zwracała uwagę tylko co trzecia ciężarna, z czego 19% to kobiety mieszkające na terenie Lublina. Nawyki żywieniowe zmieniło w czasie ciąży 55% ankietowanych, w proporcjach podobnych w Lublinie oraz w Lubartowie i na terenach wiejskich. Tylko 19% badanych ciężarnych z Lublina oraz Lubartowa i okolicy posiadało wiedzę o tym, że w ostatnim trymestrze należy zwiększyć o 20% podaż składników odżywczych takich jak tłuszcze, białka, węglowodany, witaminy. Mniej niż połowa respondentek stosowała suplementację odżywczą w czasie ciąży (48%), z obu badanych obszarów po ok. 24%. Miejsce zamieszkania badanych nie miało istotnego wpływu na świadomość racjonalnego żywienia u kobiet ciężarnych.

► **Słowa kluczowe:** racjonalne żywienie, ciąża, kobiety ciężarne, obszary miejskie i wiejskie

## WPROWADZENIE

Właściwe odżywianie się kobiety ciężarnej warunkuje prawidłowy przebieg ciąży i rozwój dziecka [1]. Dotyczy to szczególnie pierwszego trymestru ciąży, ponieważ wtedy rozwój płodu jest najbardziej dynamiczny [2]. Brak wiedzy z zakresu żywienia oraz wiedzy o konsekwencjach nieprawidłowego odżywiania może prowadzić do szeregu błędów dietetycznych w sposobie żywienia wśród przyszłych matek, wynikiem czego mogą być niedobory lub nadmiary energii, poszczególnych składników odżywczych oraz nieprawidłowy przebieg ciąży. Najważniejszymi dla rozwoju płodu składnikami odżywczymi, których niedoborom należy zapobiegać, są: kwas foliowy, żelazo, jod, cynk i niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe z grupy omega-3 [3]. Do najważniejszych elementów prawidłowego żywienia ciężarnej należy z jednej strony pełne pokrycie zapotrzebowania na energię (kalorie), białko, witaminy, składniki mineralne i niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe, a drugiej strony unikanie nadmiernego spożycia pokarmów [4]. Istnieją dowody na związek niedoboru pewnych składników pokarmowych z określonymi wadami rozwojowymi i chorobami. W badaniach potwierdzono na przykład, że suplementacja kwasem foliowym w okresie prokreacji i ciąży kilkakrotnie zmniejsza ryzyko wystąpienia wady cewy nerwowej, a suplementacja jodem ryzyko wola tarczycy i kretylizmu [5].

Jednym z najważniejszych zagadnień dotyczących prawidłowego żywienia kobiet ciężarnych i karmiących matek jest właściwe określenie zapotrzebowania energetycznego w poszczególnych okresach ciąży i połogu. Ma to na celu zarówno uniknięcie niedoborów energetycznych, raczej rzadko spotykanych w krajach rozwiniętych, jak i znacznie częstszego zjawiska, jakim jest występowanie nadwagi i otyłości, wynikających z nadmiernego spożycia w stosunku do zapotrzebowania. Istotna jest również struktura spożycia, tzn. proporcje podstawowych składników odżywczych i spożywanych produktów, które są źródłem poszczegól-

nych składników. Nieprawidłowe żywienie w czasie ciąży może źle wpływać na jej przebieg i być przyczyną takich powikłań jak: poronienie, poród przedwczesny, zaśniad groniasty [6].

Zwiększone zapotrzebowanie na substancje odżywcze u kobiet w ciąży spowodowane jest wzrastaniem płodu, łożyska i tkanek macicznych. Wzrasta podstawowa przemiana materii, jako następstwo zwiększenia: ilości tkanek aktywnych metabolicznie (tkanki płodu, łożysko, tkanki matki), wysiłku organizmu kobiety ciężarnej (głównie układu sercowo-naczyniowego i oddechowego) i wydatków energetycznych na syntezę tkanek [5]. W czasie ciąży płód jest całkowicie uzależniony od substratów pokarmowych i energetycznych otrzymywanych drogą krwionośną od matki [5].

Przestawienie metabolizmu u matki przebiega w następujących kierunkach:

- dostarczania wystarczających ilości tlenu i składników odżywczych dla prawidłowego wzrostu i rozwoju płodu,
- zapewnienia odpowiednich zapasów energetycznych na okres bezpośrednio po porodzie,
- stworzenia odpowiednich rezerw energetycznych u matki, w celu umożliwienia karmienia dziecka nawet w przypadku ograniczeń dietetycznych w czasie laktacji.

Średni dodatkowy wydatek energetyczny w ciąży został oceniony na około 75000 kcal. W czasie kilku pierwszych tygodni po zapłodnieniu jest on niewielki, zwiększa się gwałtownie pod koniec I trymestru i pozostaje w II i III na względnie stałym poziomie [5]. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła, że dodatkowy wydatek energetyczny w okresie ciąży wynosi 300 kcal na dobę. Uważa się, że jeżeli kobieta nie miała niedowagi w okresie przedkoncepcyjnym, prawdopodobnie nie jest konieczne zwiększenie spożycia energii w I trymestrze ciąży. Natomiast, w związku ze zwiększonym wydatkiem energetycznym, w II i III trymestrze zaleca się zwiększenie dostarczanej z pokarmem energii o 300 kcal na dobę. W tym okresie rośnie zapotrzebowanie na podstawowe surowce spożywcze, a w mniejszym stopniu na energię. Zgodnie z danymi międzynarodowymi przy masie ciała 60 kg i wzroście 165 cm zapotrzebowanie kaloryczne kobiety wykonującej lekką pracę zawodową od 4. miesiąca ciąży wynosi 2300–2500 kcal (9,6–10,5 MJ) na dobę [6].

Jak zatem prawidłowo odżywiać się w czasie ciąży? Po pierwsze, trzeba obliczyć wartość kaloryczną tworzonych w ciąży tkanek, włącznie z zarodkiem (płód, łożysko błony płodowe, płyn owodniowy), w tym także tkanek macicznych (wzrost objętości osocza, erytrocytów, zmagazynowanych białek i tłuszczów, gruczołów sutkowych i macicy). Po drugie, należy uwzględnić metaboliczny koszt procesów biosyntezy uczestniczących w tworzeniu tych tkanek. Po trzecie, należy uwzględnić metaboliczny koszt nowo utworzonych tkanek płodowych i macicznych. Trzeba również pamiętać o dodatkowym wydatku energetycznym związanym z aktywnością kobiety ciężarnej, której masa ciała jest coraz większa [5].

Zmiana nawyków żywieniowych kobiety ciężarnej powinna obejmować nie tylko okres samej ciąży, ale i kilkumiesięczny okres przed planowanym jej początkiem. Zmiana diety w tym okresie ma na celu wyrównanie ewentualnych niedoborów żywieniowych [5].

Planując dziecko, kobieta powinna stosować prawidłowe zasady żywienia:

- urozmaicić dietę;
- dbać o spożywanie pięciu posiłków dziennie;
- jeść pełnoziarniste produkty zbożowe;
- pamiętać o spożywaniu codziennie mleka i produktów mlecznych;
- wykorzystywać w diecie różne źródła białka (nasiona roślin strączkowych, ryby, mięso, jaja);
- stosować tłuszcze roślinne (olej rzepakowy, oliwę z oliwek, różne oleje);
- jeść 500 g warzyw i 300 g owoców dziennie;
- pić około 2–2,5 litra płynów dziennie; główne źródło płynów powinna stanowić woda (przynajmniej 1–1,5 litra dziennie), pozostałymi płynami mogą być zalecane w ciąży herbaty, np. czerwona, wybrane naturalne herbaty owocowe lub ziołowe (dozwolone dla ciężarnych), jak również soki warzywne i owocowe bez dodatku cukru, wyciskane ze świeżych produktów;
- ograniczać spożywanie słodyczy;
- wyeliminować z diety produkty typu fast food;
- ograniczać dodawanie soli do potraw oraz spożywanie produktów zawierających znaczne jej ilości;
- picie kawy ograniczyć do jednej filiżanki dziennie lub wyeliminować; zrezygnować ze spożywania alkoholu;
- pamiętać o suplementacji kwasem foliowym i witaminą D;
- jeśli występuje nadwaga lub otyłość, postarać się z pomocą lekarza i dietetyka zmniejszyć przynajmniej częściowo masę ciała, ucząc się przy tym wybierania zdrowych produktów żywnościowych [7].

## CEL

Celem niniejszej pracy jest określenie różnicy w sposobie odżywiania się kobiet ciężarnych z terenu powiatu lubelskiego i z terenu powiatu lubartowskiego, a także poznanie ich nawyków żywieniowych oraz określenie poziomu wiedzy na temat racjonalnego odżywiania się w czasie ciąży.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone wśród 100 kobiet z powiatów lubelskiego i lubartowskiego. Dobór badanych miał charakter celowy, wybrano kobiety w okresie ciąży. Ankietę wypełniło 50 przyszłych matek z Lublina i 50 z Lubartowa i okolic, w wieku od 20 lat do 35 lat. Wzrost badanych mieścił się w przedziale

150 cm–185 cm. Masa ciała ciężarnych to około 45 kg do 105 kg (w zależności od zaawansowania ciąży). Ankietowane posiadały wykształcenie podstawowe (7%), zawodowe (26%), średnie (24%), wyższe licencjackie (24%) bądź magisterskie (19%). W badaniach posłużono się ankietą, która została sporządzona specjalnie dla celów tej pracy. Ankieta składa się z trzydziestu dwóch pytań, z czego cztery miały charakter otwarty, pięć z nich było pytaniami półotwartymi, a dwadzieścia trzy zamkniętymi. Pytania dotyczyły przebiegu ciąży, nawyków żywieniowych, zmian w diecie po zajściu w ciążę, wiedzy o składnikach odżywczych znajdujących się w pokarmach oraz wiedzy o suplementacji. Ciężarne zostały poinformowane, w jaki sposób należy wypełnić ankietę. Ankieta była anonimowa. Zastosowano statystyki opisowe.

## WYNIKI

Blisko połowa badanych (45%) oceniła swoją wiedzę na temat właściwego żywienia w okresie ciąży jako dobrą. Dobrze oceniło poziom wiedzy 26% lubinianek i 19% ciężarnych z Lubartowa i okolic. Najmniej osób uznało swoją wiedzę za niedostateczną (4%) (tabela 1).

Tabela 1. Samoocena poziomu wiedzy ankietowanych na temat żywienia kobiet w ciąży

Jak ocenia Pani swój stan wiedzy na temat żywienia kobiet w ciąży?	Ciężarne z Lublina	Ciężarne z Lubartowa i terenów wiejskich	Ogółem
	%		
Bardzo dobrze	11	17	28
Dobrze	26	19	45
Dostatecznie	6	10	16
Dopuszczająco	6	1	7
Niedostatecznie	1	3	4
Ogółem	50	50	100

Źródło: badania własne.

Ponad połowa ankietowanych (55%) deklarowała zmiany w swoim odżywianiu w czasie ciąży. Pozostałe respondentki przyznały, że ich dieta nie uległa zmianie po zajściu w ciążę (tabela 2).



Tabela 2. Zmiany w diecie podczas oczekiwania na dziecko

Czy Pani dieta zmieniła się po zajściu w ciążę?	Ciężarne z Lublina	Ciężarne z Lubartowa i terenów wiejskich	Ogółem
	%		
Tak	29	26	55
Nie piję kawy	2	1	3
Jem więcej posiłków	3	2	5
Jem więcej ryb	6	7	13
Jem więcej warzyw i owoców	9	10	19
Unikam słodczy	4	1	5
Unikam pikantnych potraw	5	5	10
Nie	21	24	45

Odpowiedzi wielokrotnego wyboru. Źródło: badania własne.

Jedna trzecia (35%) ankietowanych przyznała, że eliminuje niektóre produkty z diety w czasie ciąży. Chipsów nie je 3% kobiet, natomiast słodczy unika 2% ciężarnych. 9% twierdzi, że eliminuje pikantne produkty z diety, zaś 11% przyszłych matek unika potraw ciężkostrawnych. Wątróbki nie je 3% badanych, natomiast produktów typu fast food nie jada 6% ciężarnych. Najwięcej respondentek twierdzi, że nie eliminuje żadnych produktów ze swojej diety (65%) (tabela 3).

Tabela 3. Produkty eliminowane z diety przez ciężarne

Czy w czasie ciąży eliminuje Pani jakieś produkty z diety?	Ciężarne z Lublina	Ciężarne z Lubartowa i terenów wiejskich	Ogółem
	%		
Tak	19	16	35
Chipsy	2	1	3
Słodczy	1	1	2
Pikantne	4	5	9
Ciężkostrawne	5	6	11
Alkohol	1	0	1
Wątróbka	2	1	3

Fast food	4	2	6
Nie	31	34	65

Odpowiedzi wielokrotnego wyboru. Źródło: badania własne.

Niespełna połowa badanych (42%) sięga najczęściej po kanapki jako rodzaj przekąski. Chipsy i paluszki są przekąską dla 7% respondentek, słodczyce dla 31%, a ciasta i ciastka dla 14%. Większość badanych deklarowała sięganie po warzywa (62%). Tylko spożywanie ciast i ciastek oraz chipsów i paluszków było zróżnicowane w badanych grupach, wyższe wyniki miały ciężarne z Lublina (tabela 4).

Tabela 4. Przekąski najczęściej spożywane przez respondentki podczas ciąży

Po jakie przekąski sięga Pani najczęściej?	Ciężarne z Lublina	Ciężarne z Lubartowa i terenów wiejskich	Ogółem
	%		
Kanapki	20	22	42
Słodkie bułki, rogaliki, pączki	10	4	14
Słodczyce	14	17	31
Chipsy i paluszki	5	2	7
Warzywa	29	33	62
Owoce	19	22	31
Orzechy	3	0	3

Odpowiedzi wielokrotnego wyboru. Źródło: badania własne.

Większość respondentek nie miała dostatecznej wiedzy na temat tego, jaki wpływ na rozwój dziecka ma witamina D (61%). W tej grupie znalazło się 32% ciężarnych z Lublina i 29% ciężarnych z Lubartowa i okolic (tabela 5).

Tabela 5. Wiedza kobiet ciężarnych na temat wpływu witaminy D na rozwój dziecka

Czy jest Pani świadoma, jaki wpływ na rozwój dziecka ma witamina D?	Ciężarne z Lublina	Ciężarne z Lubartowa i terenów wiejskich	Ogółem
	%		
Tak, mam świadomość	18	21	39

Nie wiem	32	29	61
Ogółem	50	50	100

Źródło: badania własne.

Zdecydowana większość badanych (78%) wie, że najlepszym źródłem witaminy C jest natka pietruszki, czarna porzeczka i cytryna. W tej grupie przeważają kobiety ciężarne z Lubartowa i okolic (41%) (tabela 6).

Tabela 6. Najlepsze źródło witaminy C, według przyszłych matek

Najlepszym źródłem witaminy C jest:	Ciężarne z Lublina	Ciężarne z Lubartowa i terenów wiejskich	Ogółem
	%		
Natka pietruszki, czarna porzeczka, cytryna	37	41	78
Jogurt, czekolada, orzechy	0	0	0
Korzeń pietruszki, pomidor, ogórek	9	6	15
Szparagi, agrest	4	3	7
Ogółem	50	50	100

Źródło: badania własne.

Co trzecia z badanych kobiet przyznała, że przyjmowała kwas foliowy na 3 miesiące przed planowanym zajściem w ciążę, natomiast połowa przyszłych matek twierdzi, że zaczęła przyjmować kwas foliowy od dnia potwierdzenia zajścia w ciążę. Nie zażywało kwasu foliowego 17% badanych ciężarnych (tabela 7).

Tabela 7. Czas zażywania kwasu foliowego przez respondentki

Czy zażywała Pani kwas foliowy przed zajściem w ciążę i w czasie jej trwania?	Ciężarne z Lublina	Ciężarne z Lubartowa i terenów wiejskich	Ogółem
	%		
Tak, 3 miesiące przed zajściem w ciążę	16	16	32
Tak, od dnia kiedy dowiedziałam się, że jestem w ciąży	25	26	51
Nie zażywam kwasu foliowego	9	8	17

Ogółem	50	50	100
--------	----	----	-----

Źródło: badania własne.

12% respondentek przyznało, że pali papierosy podczas ciąży, natomiast zdecydowana większość, czyli 88% badanych, twierdzi, że nie pali papierosów w tym czasie (tabela 8).

Tabela 8. Palenie wyrobów tytoniowych w czasie oczekiwania na dziecko

Czy pali Pani papierosy?	Ciężarne z Lublina	Ciężarne z Lubartowa i terenów wiejskich	Ogółem
	%		
Tak	7	5	12
Nie	43	45	88
Ogółem	50	50	100

Źródło: badania własne.

21% badanych kobiet boi się przytyć w czasie ciąży. Przyrost masy ciała w tym okresie uznaje za naturalny i nieprzeszkadzający 53% ankietowanych. Zupełnie nie przykładają do tego wagi 26% ciężarnych (tabela 9).

Tabela 9. Stosunek ankietowanych do zwiększenia masy ciała podczas ciąży

Jaki ma Pani stosunek do zwiększenia masy ciała podczas ciąży?	Ciężarne z Lublina	Ciężarne z Lubartowa i terenów wiejskich	Ogółem
	%		
Boję się przytyć	12	9	21
To naturalny proces i nie przeszkadza mi przyrost masy ciała w tym okresie	27	26	53
Nie przykładam do tego wagi	11	15	26
Ogółem	50	50	100

Źródło: badania własne.

71% respondentek nie wiedziało o konieczności zwiększenia o 20% składników pokarmowych przyjmowanych w ostatnim trymestrze ciąży. W grupie tej było 35% ciężarnych z Lublina i 36% z Lubartowa i okolic (tabela 10).

Tabela 10. Świadomość konieczności zwiększenia przyjmowania składników pokarmowych w ostatnim trymestrze ciąży

Czy jest Pani świadoma, że w ostatnim trymestrze ciąży należy zwiększyć przyjmowanie składników pokarmowych o 20%?	Ciężarne z Lublina	Ciężarne z Lubartowa i terenów wiejskich	Ogółem
	%		
Tak	15	14	29
Nie	35	36	71
Ogółem	50	50	100

Źródło: badania własne.

## WNIOSKI

1. Na składniki odżywcze w spożywanych pokarmach, takie jak: tłuszcze, węglowodany, białka, cukry, błonnik, zwracała uwagę tylko co trzecia ciężarna, z czego 19% to kobiety mieszkające na terenie Lublina.
2. Nawyki żywieniowe zmieniło w czasie ciąży 55% ankietowanych, w proporcjach podobnych w Lublinie oraz w Lubartowie i na terenach wiejskich.
3. Tylko 19% badanych ciężarnych z Lublina oraz Lubartowa i okolicy posiadało wiedzę o tym, że w ostatnim trymestrze ciąży o 20% należy zwiększyć podaż składników odżywczych, takich jak tłuszcze, białka, węglowodany, witaminy.
4. Mniej niż połowa respondentek stosowała suplementację odżywczą w czasie ciąży (48%), z obu badanych obszarów po ok. 24%.
5. Miejsce zamieszkania badanych nie miało istotnego wpływu na świadomość racjonalnego żywienia u kobiet ciężarnych.

## PODSUMOWANIE

Narodziny dziecka są niezwykłym przeżyciem zarówno dla samej matki, jak i dla całej rodziny. Kobieta powinna świadomie przygotować się do poczęcia, ciąży, porodu i całego macierzyństwa. Sposób odżywiania się ciężarnej jest szczegól-

nie ważny, ponieważ wpływa zarówno na zdrowie matki, jak i jej dziecka. Dlatego też należy troszczyć się o właściwą, pełnowartościową dietę kobiety spodziewającej się dziecka lub karmiącej piersią.

## PIŚMIENNICTWO

1. Malarewicz A. Położnictwo. Podstawy opieki położniczej. Wyd. Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego J. Kochanowskiego, Kielce 2009, ss. 240; ISBN 978-83-7133-389-7.
2. Grzymisławski M., Gawęcki J. Żywnienie człowieka zdrowego i chorego. PWN, Warszawa 2010, ss. 474; ISBN 978-83-01-16492-8.
3. Udipi S., Ghugre P, Antony U. Nutrition in pregnancy and lactation. J. Indian Med. Assoc. 2000, 98, 548–557.
4. Szostak-Węgierek D., Cichocka A. Żywnienie kobiet w ciąży. PZWL, Warszawa 2005, ss. 160; ISBN 9788320044157.
5. Bręborowicz G. H. Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. PZWL, Warszawa 2002, ss. 476; ISBN: 83-200-2630-X.
6. Bręborowicz G. H. Położnictwo i ginekologia. PZWL, Warszawa 2010, ss. 1058; ISBN 978-83-200-4191-0.
7. Świątkowska D. Poradnik żywienia kobiet w ciąży. W. Goodnight, R. Newman, Optimal Nutrition for Improved Twin Pregnancy Outcome, „Clinical Expert Series” 2009, 114 (5), 1121–1134.

## Awareness of rational nutrition of pregnant women in the provinces of Lublin and Lubartów

Monika Borzęcka<sup>1</sup>, Leszek Szewczyk<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** Adequate nutrition of a pregnant woman conditions the normal course of pregnancy and development of a child. This concerns especially the first trimester of pregnancy because, at that time, the development of the foetus is the most dynamic. The lack of knowledge concerning nutrition and knowledge of the consequences of improper nutrition among future mothers may lead to a number of dietetic errors, which may result in deficiency or excess of energy, individual nutrients and, consequently, an abnormal course of pregnancy. The change of nutritional habits of a pregnant woman should cover not only the sole period of pregnancy, but also the period of several months before its planned onset. The change of diet during this period is aimed at balancing the potential nutritional deficiencies.

**Objective.** The objective of the presented study is determination of the differences in the state of nutrition of pregnant women in the area of the provinces of Lublin and Lubartów, as well as the recognition of their nutritional habits and determination of their level of knowledge concerning rational nutrition during pregnancy, as well as to discover how many women take dietary supplements.

**Material and method.** The study was conducted among 100 women from the provinces of Lublin and Lubartów. The selection of the study participants was targeted – women during the period of pregnancy were selected. The questionnaire was completed by 50 future mothers from Lublin and 50 from Lubartów and its surroundings, aged between <20 – >35, height from 150 – approximately 185cm. Body weight of the pregnant women was approximately 45–105 kg (according to the advancement of pregnancy). The respondents had a primary education level (7%), primary vocational (26%), secondary school (24%), or higher licentiate (24%) or Master education (19%). The survey was conducted using a questionnaire specially designed for the purpose of the study. The questions concerned the course of pregnancy, nutritional habits, changes in diet after conception, awareness of nutrients present in foods, and supplementation. Descriptive statistics were applied.

**Results.** In the self-reporting questionnaire, 45% of the pregnant women examined evaluated their state of knowledge concerning adequate nutrition during pregnancy as being on a good level. More than a half of respondents (55%) declared changes in their nutrition during pregnancy, 65% of them mentioned that they did not eliminate any products from their diet during pregnancy, 52% of the examined women snacked on unhealthy snacks. The majority of respondents had no sufficient knowledge concerning the effect of Vitamin D on the development of the foetus (61%), 17% of the pregnant women did not take folic acid, 12% admitted that they smoked cigarettes in pregnancy, 21% of respondents were concerned about gaining weight during pregnancy, and 71% had no knowledge about increasing by 20% the intake of nutrients in the last trimester of pregnancy.

**Conclusions.** Only every third pregnant women, of whom 19% lived in the city of Lublin, paid attention to such nutrients as: fats, carbohydrates, proteins, saccharides and fibre in the food consumed. As many as 55% of respondents changed their nutritional habits during pregnancy, similar percentages in Lublin, Lubartów, and rural areas. Only 19% of the examined pregnant women from Lublin, Lubartów, and rural areas possessed knowledge that in the last trimester it is necessary to increase by 20% the intake of nutrients such as fats, proteins, carbohydrates, and vitamins. Less than a half of respondents applied dietary supplementation during pregnancy (48%), approximately 24% from both areas examined. The respondents' place of residence did not exert any significant effect on the awareness of rational nutrition in pregnant women.

► **Keywords:** rational nutrition, pregnancy, pregnant women, urban and rural areas





# Postrzeganie własnej choroby przez pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej

Bożena Kurlak<sup>1</sup>, Eliasz Dacka<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Na postrzeganie własnej choroby przez pacjenta z tętniakiem aorty brzusznej oddziałuje wiele czynników, najważniejszym z nich jest rokowanie w schorzeniu. W miarę nabywania doświadczeń przez chorych, ich obraz choroby ulega modyfikacji, wpływ na to zjawisko ma sam pacjent, jego rodzina i personel medyczny. Zmniejszenie poziomu lęku i samodzielne pokonywanie przeszkód pozwalają choremu realnie ocenić swoje możliwości i wzmacniają motywację do podejmowania działań.

**Cel.** Celem pracy było uzyskanie informacji od osób z tętniakiem aorty brzusznej na temat postrzegania przez nich własnej choroby.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 100 pacjentów z rozpoznaniem tętniaka aorty brzusznej, w wieku od 46 do 92 lat. W badanej grupie przeważali mężczyźni (88%). Respondenci chorowali w 35% od roku, natomiast 24% badanych chorowało od 2 lat, 14% od 3 lat i 27% ponad 3 lata. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Autorski kwestionariusz ankiety został poddany wstępnej standaryzacji. Uzyskane wyniki badań własnych poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany, kwartyli i odchylenia standardowego, a dla cech niemierzalnych przy pomocy licznosci i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności  $\chi^2$ . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności  $\chi^2$ . Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test *U* Manna-Whitneya. Do porównania wieku grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ , wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

**Wyniki.** Ankietowani w większości dowiedzieli się o chorobie przypadkowo podczas wykonywanych innych badań (73%). 42% badanych przyznało, że choroba wykluczyła ich z życia społeczno-zawodowego na czas od 1 do 3 miesięcy. 80% ankietowanych twierdziło, że choroba wpłynęła na obniżenie statusu społeczno-ekonomicznego rodziny. Analiza statystyczna wykazała, że mężczyźni oraz osoby z wyższym wykształceniem istotnie bardziej akceptowali chorobę, podobnie jak osoby krócej chorujące. Rozumienie choroby miało istotny wpływ na jej akceptację. Jednocześnie choroba częściej badanych denerwowała niż smuciła i przerażała. Metoda leczenia miała również istotny wpływ na poziom zadowolenia badanych pacjentów.

**Wnioski.** Poziom zadowolenia z podjętego leczenia tętniaka aorty brzusznej, wiek, wykształcenie i czas trwania choroby mają istotny wpływ na poprawę jakości życia pacjentów. Poziom akceptacji choroby jest przeciętny, przy tym istotnie różnicowany przez wiek, płeć, wykształcenie i czas trwania choroby. Chorzy na tętniaka aorty brzusznej najczęściej tylko częściowo rozumieją swoją chorobę. Zrozumienie choroby jest zależne od wieku, wykształcenia i czasu trwania choroby. Poziom wiedzy ogólnej na temat tętniaka aorty brzusznej jest wysoki i nie jest istotnie różnicowany przez czynniki socjodemograficzne oraz czas trwania choroby. Tętniak aorty brzusznej najczęściej częściowo utrudnia wykonywanie codziennych czynności życiowych, wpływa na występowanie podwyższonego poziomu stresu i powoduje obniżenie statusu społeczno-zawodowego.

► **Słowa kluczowe:** pacjent, tętniak aorty brzusznej, choroba, stan psychiczny

## WPROWADZENIE

Tętniak aorty brzusznej jest obecnie jednostką chorobową coraz częściej diagnozowaną, dzięki nowoczesnej aparaturze medycznej, umożliwiającej precyzyjną ocenę funkcjonowania ludzkiego organizmu. Obecnie medycyna ma możliwości rozpoznania tętniaka aorty brzusznej jeszcze przed wystąpieniem pierwszych objawów, co prowadzi do wzrostu efektywności leczenia. W ostatnich latach obserwujemy bardzo intensywny rozwój radiologii zabiegowej, co wiąże się ze znacznym wzrostem liczby przeprowadzonych zabiegów tętniaka aorty brzusznej metodą wewnątrznaczyniową, która jest mało inwazyjna i znacznie skraca czas hospitalizacji pacjenta. Należy nadmienić, iż jest bardzo kosztowna i nie każdy chory spełnia kryteria kwalifikacji do takiego zabiegu. O możliwości jego przeprowadzenia decyduje zespół lekarski, składający się z lekarza radiologa i lekarza specjalisty z dziedziny chirurgii naczyń. Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do zabiegów endowaskularnych, są zaopatrywani metodą klasycznej operacji chirurgicznej [1,2,3].

Słyszac diagnozę: tętniak aorty brzusznej, człowiek doznaje przerażenia, odczuwa niepokój, bezradność i zakłopotanie. Zaczyna zadawać sobie pytania: Co z nim dalej będzie? Czy będzie żyć? Jak będzie to życie wyglądać? Taka reakcja jest adekwatna do sytuacji, bo przecież diagnoza brzmi groźnie, a naturalnym odruchem jest lęk przed chorobą. Osoba dotknięta chorobą musi pogodzić się z tym faktem i zaakceptować nowo powstałą sytuację. Zadanie to, nie należy do łatwych, ponieważ bardzo często dowiadujemy się o swojej chorobie w najmniej oczekiwanym momencie, np. podczas przypadkowo wykonywanych badań kontrolnych. Czasu, w którym choroba nas dotyka, nie można zaplanować, dlatego zawsze zaskakuje i przychodzi nie w porę, diametralnie zmieniając nasze plany [4].

Każda choroba odciska swoje piętno na psychice człowieka, powodując powstanie różnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych i psychicznych, co w znacznym

stopniu utrudnia leczenie. Literatura z zakresu psychologii choroby dostarcza informacji o istniejącym związku pomiędzy osobowością człowieka a występującą u niego chorobą:

- osobowość może wpływać bezpośrednio na powstanie choroby za pośrednictwem mechanizmów patofizjologicznych,
- osobowość może być powiązana z chorobą poprzez istnienie trzeciej, niezna-nej dotąd zmiennej o charakterze biologicznym,
- niektóre cechy osobowości mogą stanowić wynik oddziaływania choroby na człowieka,
- czynniki osobowościowe mogą spowodować chorobę w wyniku motywowa-nia człowieka do podejmowania zachowania niesprzyjającemu zdrowiu,
- w relacji między osobowością i powstaniem choroby może pośredniczyć wiele różnych sprzężeń zwrotnych (pomiędzy czynnikami wyzwalającymi chorobę a efektami przez nie wywołanymi) [5].

Człowiek swojej chorobie może przypisywać różne znaczenia:

- może traktować ją jako wyzwanie, które trzeba przezwyciężyć,
- może traktować ją jako karę zasłużoną lub niesprawiedliwą,
- pojmować jako słabość lub wyraz braku silnej woli,
- odbierać jako poczucie wstydu i przejawiać skłonność do odrzucenia pomocy, zaprzeczania jej istnieniu,
- postrzegać jako ulgę, czyli ucieczkę od odpowiedzialności i wymagań,
- może widzieć w niej strategię do uzyskiwania różnorodnych korzyści: mate-rialnych, uczuciowych czy wzbudzenia zainteresowania,
- postrzegać jako wartość (przyjęcie postawy wobec własnego cierpienia), jako źródło nowych wartości,
- wiązać z poczuciem winy, co bardzo komplikuje prowadzenie leczenia [6].

Reakcja na wiadomość o chorobie zależy od osobowości i od tego, jak dana osoba dotychczas radziła sobie z trudnościami. Niektórzy potrafią się odnaleźć w nowej sytuacji, inni zaś załamują się psychicznie. Elizabeth Kubler-Ross opisała fazy osławiania się z chorobą [7]. Pierwszym etapem choroby jest szok i niedo-wierzenie. W poczuciu zagrożenia naszego bezpieczeństwa włączamy mechanizm obronny, zwany zaprzeczeniem. Chory próbuje przekonać siebie i innych, że to wszystko jest nieprawdą, a opinie lekarzy są błędne. Drugim etapem choroby jest gniew i bunt. W tej fazie u chorych występuje uczucie rozgoryczenia i złości adresowanej do całego świata: rodziny, lekarzy, przyjaciół, a w przypadku osób wierzących nawet do Pana Boga. Trzecim etapem choroby jest targowanie się z losem i prowadzenie wewnętrznych negocjacji. Na tym etapie choroby zmienia się nastawienie człowieka do własnego losu i otoczenia. Zaczyna dostrzegać, że postawą agresji i buntu nie osiągnął zamierzonego celu. Rozpoczyna poszukiwa-nia kompromisu, staje się opanowany, spokojny i uległy. Wykazuje gotowość do składania różnego rodzaju obietnic w celu polepszenia lub przedłużenia swojego

życia. Składanym obietnicom towarzyszy poczucie własnej winy i jednocześnie potrzeba postanowienia poprawy. Czwartym etapem choroby jest depresja: objawiająca się obniżeniem nastroju, smutkiem, przygnębieniem, niską samooceną, małą wiarą w siebie, poczuciem winy i pesymizmem. U części pacjentów mogą pojawić się również myśli samobójcze. Chorego coraz bardziej ogarnia apatia i bezwład, ciągle towarzyszą mu myśli wzmagające lęk, prowadzące do utwierdzenia się w przekonaniu beznadziejności i rozpacz. Konsekwencją tego stanu jest załamanie psychiczne i fizyczne, wszystko staje się trudne, bolesne, stanowi barierę nie do pokonania [8,9]. Piąty etap choroby to akceptacja uwarunkowana osobistą dyspozycją wewnętrzną, dojrzałością i czasem, w jakim się pojawia.

Ogromną rolę odgrywa pomoc udzielana pacjentowi na wszystkich etapach choroby. Jeżeli chory jest otoczony właściwą opieką psychologiczną, wówczas pokonanie poszczególnych etapów i trudności z nimi związanych będzie dla niego łatwiejsze. Rozmowa i indywidualne traktowanie wprowadzają chorego w stan wewnętrznej równowagi i świadomej akceptacji swojej sytuacji, pomimo występującego zagrożenia zdrowia, a nawet życia. Akceptacja jest sukcesem na drodze wewnętrznych zmagania i oznaką dojrzałości. Przejawia się postawą spokoju wobec największego zagrożenia ludzkiego życia, jakim jest śmierć. W najtrudniejszych chwilach u kresu życia nie potrzeba wzniosłych słów, wystarcza życzliwe spojrzenie i czuły gest. Zwykły uścisk dłoni wyraża więcej niż pięknie wygłoszona mowa. Osoba dotknięta chorobą nie zawsze przechodzi wszystkie powyżej opisane etapy. Uzależnione jest to od wielu czynników zewnętrznych i wewnętrznych oraz od okoliczności wpływających na stan chorego. Istotne znaczenie odgrywa religijność chorego i wynikające z niej znaczenie przypisywane cierpieniu [10].

## CEL

Celem pracy było uzyskanie informacji od osób z tętniakiem aorty brzusznej na temat postrzegania przez nich własnej choroby.

## MATERIAŁ I METODY

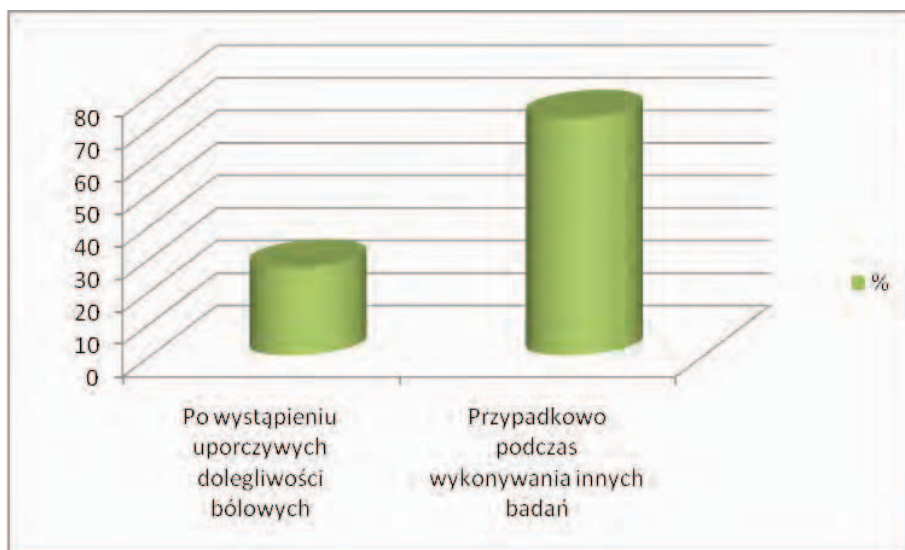
Badaniami objęto 100 pacjentów z rozpoznaniem tętniaka aorty brzusznej, w wieku od 46 do 92 lat. Średnia wieku ankietowanych wynosiła  $69,19 \pm 10,16$  lat, (mediana = 69,00 lat). W badanej grupie 12% stanowiły kobiety, natomiast 88% mężczyźni. Ankietowani w 39% mieszkali na wsi, zaś 61% zamieszkiwało miasto. W 22% posiadali wykształcenie podstawowe, 24% badanych miało wykształcenie zawodowe, 30% średnie i 24% wyższe. Respondenci chorujący od roku stanowili 35%, natomiast 24% badanych chorowało od 2 lat, 14% od 3 lat i 27% ponad 3 lata.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Autorski kwestionariusz ankiety został poddany wstępnej standaryzacji. Uzyskane wyniki badań własnych poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów

mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany, kwartyli i odchylenia standardowego, a dla cech niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności  $\chi^2$ . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności  $\chi^2$ . Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test *U* Manna-Whitneya. Do porównania wieku grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ , wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

## WYNIKI

Ankietowani w większości dowiedzieli się o chorobie przypadkowo, podczas wykonywanych innych badań (73%), natomiast 27% dowiedziało się po wystąpieniu uporczywych dolegliwości bólowych (wykres 1).



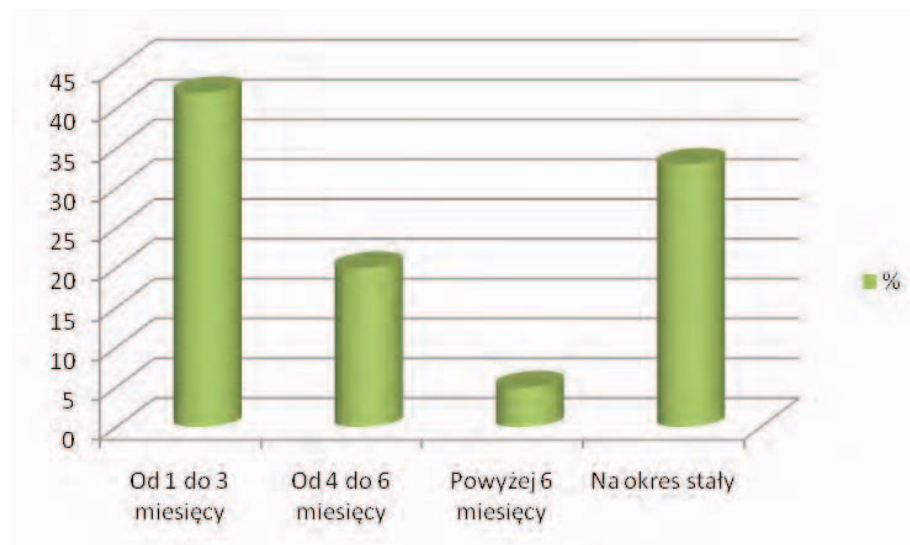
Wykres 1. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na temat okoliczności, w których dowiedzieli się o chorobie. Źródło: badania własne.

Ankietowani najczęściej odczuwali podwyższony poziom stresu z powodu choroby (52,00%), natomiast 28,00% badanych odczuwało wysoki poziom stresu, 16,00% bardzo wysoki i tylko 4,00% niski (wykres 2).



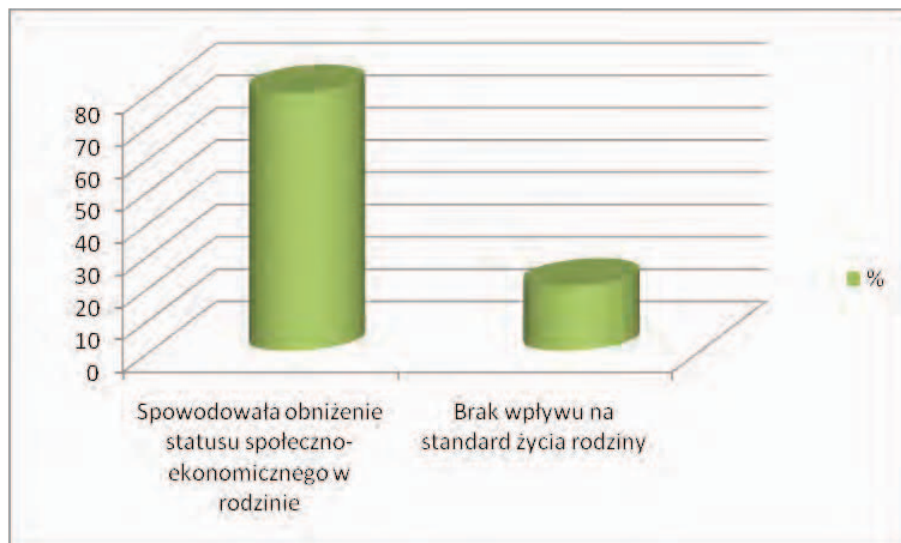
Wykres 2. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na temat poziomu stresu odczuwanego z powodu choroby. Źródło: badania własne.

Ankietowani w 42% przyznali, że choroba wykluczyła ich z życia społeczno-zawodowego na czas od 1 do 3 miesięcy, natomiast 20% ankietowanych było wykluczonych z życia od 4 do 6 miesięcy, 5% ponad 6 miesięcy i 33% w sposób stały (wykres 3).



Wykres 3. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na temat czasu ich wykluczenia z życia społeczno-zawodowego z powodu choroby. Źródło: badania własne.

80% ankietowanych stwierdziło, że choroba wpłynęła na obniżenie statusu społeczno-ekonomicznego rodziny, natomiast 20% badanych przyznało, że choroba nie miała wpływu na standard życia rodziny (wykres 4).



Wykres 4. Rozkład odpowiedzi ankietowanych na temat wpływu choroby status społeczno-ekonomiczny ich rodziny. Źródło: badania własne.

Na podstawie wyników badań stwierdzono, że ankietowani, którzy oceniali, że choroba obniżyła standard społeczno-ekonomiczny ich rodziny, mieli istotnie gorszą akceptację choroby w porównaniu z ankietowanymi, którzy przyznali, że nie zauważyli wpływu choroby na obniżenie statusu rodziny. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ( $p=0,002$ ) (tabela 1).

Tabela 1. Ocena poziomu akceptacji choroby z uwzględnieniem oceny wpływu choroby na życie społeczno-zawodowe.

Ocena wpływu choroby na życie społeczno-zawodowe	Średnia	Odch. std	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
Obniżenie statusu społeczno-ekonomicznego	2,09	0,84	1	2	3
Brak wpływu na standard życia	2,8	0,7	2,5	3	3



Analiza statystyczna: $Z = -3,14$ ; $p = 0,002$
---

Źródło: badania własne.

Z badań wynika, że ankietowani w wieku do 60 lat oraz w wieku 61–70 lat bardziej akceptowali swoją chorobę niż badani w wieku powyżej 70 lat. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ( $p = 0,000$ ) (tabela 2).

Tabela 2. Ocena poziomu akceptacji choroby z uwzględnieniem wieku.

Wiek	Średnia	Odch. std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Do 60 lat	2,52	0,73	2	3	3
61–70 lat	2,52	0,71	2	3	3
Ponad 70 lat	1,86	0,9	1	2	2

Analiza statystyczna:  $H = 15,95$ ;  $p = 0,000$

Źródło: badania własne.

Analiza statystyczna wykazała, że mężczyźni, w porównaniu do kobiet, bardziej akceptowali chorobę. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ( $p = 0,004$ ) (tabela 3).

Tabela 3. Ocena poziomu akceptacji choroby z uwzględnieniem płci.

Płeć	Średnia	Odch. std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Kobiety	1,5	0,8	1	1	2
Mężczyźni	2,33	0,83	2	2	3

Analiza statystyczna:  $Z = 2,86$ ;  $p = 0,004$

Źródło: badania własne.

Przeprowadzone badania dowodzą, że ankietowani z wyższym wykształceniem bardziej akceptowali chorobę niż badani z wykształceniem średnim, zawodowym lub podstawowym. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (tabela 4).

Tabela 4. Ocena poziomu akceptacji choroby z uwzględnieniem wykształcenia.

Wykształcenie	Średnia	Odch. std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Podstawowe	1,82	1,1	1	1	2
Zawodowe	2,21	0,72	2	2	3
Średnie	2,37	0,81	2	2	3
Wyższe	2,46	0,72	2	3	3

Analiza statystyczna:  $H = 8,53$ ;  $p = 0,04$

Źródło: badania własne.

Z badań wynika, że ankietowani chorujący do 2 lat oraz nie dłużej niż rok bardziej akceptowali swoją chorobę niż badani chorujący do 3 lat lub ponad 3 lata. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ( $p=0,007$ ) (tabela 5).

Tabela 5. Ocena poziomu akceptacji choroby z uwzględnieniem czasu trwania choroby.

Czas trwania choroby	Średnia	Odch. std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Do roku	2,4	0,91	2	3	3
Do 2 lat	2,42	0,83	2	3	3
Do 3 lat	2,43	0,76	2	2	3
Ponad 3 lata	1,74	0,71	1	2	2

Analiza statystyczna:  $H = 12,28$ ;  $p = 0,007$

Źródło: badania własne.

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że ankietowani, którzy częściowo lub dość dobrze rozumieli swoją chorobę, mieli wyższy poziom akceptacji choroby w porównaniu z ankietowanymi, którzy przyznali, że w ogóle nie rozumieją choroby. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ( $p = 0,000$ ) (tabela 6).

Tabela 6. Ocena poziomu akceptacji choroby z uwzględnieniem oceny rozumienia własnej choroby.

Zrozumienie własnej choroby	Średnia	Odch. std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
W ogóle	1,63	0,81	1	1,5	2
Częściowo/dość dobrze	2,49	0,76	2	3	3

Analiza statystyczna:  $Z = -4,50$ ;  $p = 0,000$

Źródło: badania własne.

Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowani najczęściej reagują na swoją chorobę zdenerwowaniem (60%), natomiast nieco rzadziej jest im smutno (39%) czy są przerażeni (33%). 15% badanych wskazało na częstsze złośczenie się (tabela 7).

Tabela 7. Wpływ choroby na stan emocjonalny pacjenta.

Ocena wpływu	N	%
Częściej się denerwuję	60	60
Częściej jest mi smutno	39	39
Przeraża mnie bardzo	33	33
Częściej się złościę	15	15

Źródło: badania własne.

## WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Poziom zadowolenia z podjętego leczenia tętniaka aorty brzusznej, wiek, wykształcenie i czas trwania choroby mają istotny wpływ na poprawę jakości życia pacjentów.
2. Poziom akceptacji choroby jest przeciętny, poza tym istotnie różnicowany przez wiek, płeć, wykształcenie i czas trwania choroby.
3. Chorzy na tętniaka aorty brzusznej najczęściej tylko częściowo rozumieją swoją chorobę. Zrozumienie choroby jest zależne od wieku, wykształcenia i czasu trwania choroby.
4. Poziom wiedzy ogólnej na temat tętniaka aorty brzusznej można uznać za wysoki. Nie jest on istotnie różnicowany przez czynniki socjodemograficzne oraz czas trwania choroby.
5. Tętniak aorty brzusznej częściowo utrudnia wykonywanie codziennych czynności życiowych, wpływa na występowanie podwyższonego poziomu stresu i powoduje obniżenie statusu społeczno-ekonomicznego.

## PODSUMOWANIE

Obecnie w Polsce chorzy rzadko korzystają z porad psychologicznych, choć stan psychiczny pacjenta w dużej mierze warunkuje proces zdrowienia. Częściowo wynika to ze społecznego modelu zachowań chorego, ale też z deficytów w opiece psychologicznej nad pacjentem. Miejmy nadzieję, że w niedalekiej przyszłości, porady dotyczące zdrowia psychicznego przestaną być postrzegane jako wstydlive czy zbędne, a dostępność ich będzie właściwa. Wówczas chorzy lepiej zrozumieją istotę swojej choroby i mniej obaw z nią związanych będzie im towarzyszyć.

## PIŚMIENNICTWO

1. Iłżecki M. i in. Przezskórne leczenie tętniaków aorty brzusznej w odcinku podnerkowym. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2013/85.
2. Rambuszek P. Powikłania chirurgicznego leczenia tętniaków aorty brzusznej w zależności od techniki operacyjnej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2013/1.
3. Furmankiewicz B., Jawień A. Rola badań przesiewowych we wczesnym wykrywaniu tętniaka aorty brzusznej. *Acta Angiologica* 2012/1.
4. Szymczak J. Zaburzenia psychiczne chorego somatycznie. W: Borys B., Majkovicz M. (red.) *Psychologia w medycynie*. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2006, 364–379.
5. Kuryłowicz J. Radzenie sobie z własną chorobą. Oficyna Wydawnicza Werba, Lublin 2006, s. 66.
6. Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 154.
7. Czubalski K. Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowania człowieka chorego. *Sztuka Leczenia* 2005/3, s. 53–61.
8. Dolińska-Zygmunt G. *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2011, s. 209–225.
9. Kubler-Ross E. tłum. Doleżał-Nowicka I. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Media Rodzina, Poznań 1998, s. 55–127.
10. Formański J. *Psychologia. Podręcznik dla szkół medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 380; ISBN 9788320037364.

## Perception of own disease among patients with abdominal aortic aneurysm

Bożena Kurlak<sup>1</sup>, Elias Dacka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

**► Summary:**

**Introduction.** Many factors contribute to the perception of own disease by patients with abdominal aortic aneurysm, the most important being the prognosis in the disease which afflicted them. While gaining own experiences, the image of the disease is modified, which exerts an effect on the patient, family, and the medical staff. The reduction of the level of fear and independent overcoming of obstacles allows the patient to practically evaluate own possibilities, and strengthens motivation for undertaking actions.

**Objective.** The objective of the study was to obtain information from patients with abdominal aortic aneurysm concerning their perception of own disease.

**Material and method.** The study covered 100 patients with the diagnosis of abdominal aortic aneurysm, aged 46–92. In the study group males dominated (88%); 35% of respondents have been ill for one year, 24% – 2 years, 14% – 3 years, and 27% for more than 3 years. The study was conducted by the method of a diagnostic survey. The questionnaire designed by the author was subjected to preliminary standardization. The result of own studies obtained were statistically analyzed. The values of measurable parameters analyzed were presented using the mean value, median, quartiles, and standard deviation, while for non-measurable characteristics by means of numbers and percentage. For unrelated characteristics, in order to detect the presence of the differences between the compared groups, chi-square test for heterogeneity was applied. The presence of relationships between the examined characteristics were investigated using chi-square test for independence. In order to assess the differences between two independent groups Mann–Whitney U test was used, while to compare age groups Kruskal-Wallis test was applied. The p values  $p < 0.05$  were considered statistically significant. The database and statistical calculations were performed based on the computer software STATISTICA 12.0 (StatSoft, Poland).

**Results.** The majority of respondents learned about the disease accidentally, while performing other examinations (73%). As many as 42% of them admitted that the disease excluded them from social and occupational life for the period from 1–3 months; 80% reported that the disease resulted in a decrease of their socio-economic status in the family. Statistical analysis confirmed that males and patients with university education accepted the disease significantly more readily, similar to those who have been ill for a shorter time. The understanding of the disease had a significant effect on its acceptance. At the same time, the respondents declared that the disease made them more upset sad and frightened. The method of treatment also exerted a significant effect on the level of satisfaction of the examined patients.

**Conclusions.** Based on the results of conducted studies, the following conclusions were formulated: The level of satisfaction with the undertaken treatment of abdominal aortic aneurysm, age, education level and duration of the disease, exert a significant effect on the improvement of the quality of life of patients. The level of acceptance of the disease is mediocre and significantly differs according to age, gender, education, and duration of the disease. Patients with abdominal aortic aneurysm most often understand their disease only partially. The understanding of the disease depends on age, education, and duration of the disease. The level of general knowledge concerning abdominal aortic aneurysm is high, and does not significantly differ according to demographic factors and duration of the disease. Abdominal aortic aneurysm most frequently partially hinders the performance of daily life activities, results in an increased level of stress and causes a decrease in social and economic status.

**► Keywords:** patient, abdominal aortic aneurysm, disease, psychological state

# Syndrom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w wybranych oddziałach szpitalnych

Elżbieta Kwiatkowska<sup>1</sup>, Maria Pyc<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

## ► Streszczenie:

**Wprowadzenie.** Obowiązki nałożone na pielęgniarkę są trudne i wymagają dużego poświęcenia, cierpliwości i zaangażowania w procesie budowania relacji z pacjentem. Dochodzą do tego obowiązki polegające na organizacji miejsca pracy, dbaniu o czystość, obsłudze wielu skomplikowanych urządzeń, ciągłym zdobywaniu wiedzy (szkolenia), a także związane z edukacją pacjenta i jego rodziny. Tak wiele zadań powoduje zwiększenie obciążenia psychicznego i fizycznego, co prowadzi do pojawienia się stresu. W konsekwencji następuje spadek aktywności, zmniejsza się efektywność wykonywanych obowiązków. Pojawienie się tych i wielu innych składowych doprowadza do wypalenia zawodowego.

**Cel.** Celem pracy było zbadanie, czy wśród pielęgniarek, pracujących w wybranych zakładach lecznictwa zamkniętego na terenie Lubelszczyzny, występuje syndrom wypalenia zawodowego oraz jakie czynniki mają wpływ na jego występowanie.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 107 osób pracujących w różnych oddziałach szpitalnych, w tym: z oddziału intensywnej terapii było 23,36% badanych, z oddziału chirurgii ogólnej – 15,90%, oddziału toksykologiczno-kardiologicznego – 14,95%, z oddziału gastroenterologicznego – 14,02%, oddziału alergologii i chorób płuc – 14,02%, oddziału wewnętrznego endokrynologii, diabetologii z pododdziałem onkologicznym – 17,75%. Najliczniejszą grupę pod względem płci stanowiły kobiety 90,65%. Pod względem wieku najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale 41–50 lat. W grupie badanej przeważały osoby zamężne (73,84%), mieszkające w mieście (68,22%). Znaczącą liczebnie grupą były te ze stażem zawodowym od 21 do 30 lat pracy i wykształceniem średnim (44,86%).

Jako metodę badawczą zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej oraz odchylenia standardowego, a niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu  $\chi^2$ . Do zbadania różnic we wskaźnikach wypalenia zawodowego pomiędzy trzema badanymi oddziałami zastosowano analizę wariancji ANOVA wraz z testem NIR, a pomiędzy trzema poziomami wykształcenia test Kruskala-Wallisa. Do sprawdzenia zależności pomiędzy niektórymi zmiennymi wykorzystano także korelację rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ , wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Badania statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem oprogramowania komputerowego Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

**Wyniki.** Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z oddziałów intensywnej opieki (45,24%) i diagnostycznego (54,84%) bywają częściej zmęczeni i wyczerpani niż respondenci oddziału geriatrycznego (38,24%). Problemy ze snem miewa więcej ankietowanych z oddziałów diagnostycznych (61,29%). Około 50% osób zatrudnionych na oddziałach intensywnej opieki i diagnostycznych zdarza się zapominać o swoich codziennych obowiązkach (np. terminach, spotkaniach). Na oddziale diagnostycznym większość respondentów (61,29%) uznała, że wykonuje swoją pracę aż do momentu odczucia całkowitego wyczerpania fizycznego i psychicznego.

**Wnioski.** Wyniki badań, przeprowadzonych w grupie zawodowej pielęgniarek, w wybranych oddziałach szpitalnych, pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Syndrom wypalenia zawodowego w badanej grupie nie występuje z dużym nasileniem, lecz pojawiają się u osób badanych objawy ze strefy fizycznej i psychicznej, świadczące o oddziaływaniu czynników, które mają wpływ na jego powstawanie.
2. Najczęściej wymieniane przez badane osoby symptomy wypalenia zawodowego to: zmęczenie, problemy ze snem, wyczerpanie fizyczne i psychiczne, trudności z koncentracją, brak motywacji do pracy.
3. Badania wskazują na popełnianie przez ankietowanych błędów w pracy (ankietowani przyznali się do ich popełniania). Mimo małego odsetka występujących pomyłek, budzi to niepokój o pacjenta.
4. W celu zminimalizowania zagrożenia wypaleniem zawodowym pracodawca powinien poprawić organizację pracy i dostosować ją do specyfikacji oddziału, z uwzględnieniem zasobów ludzkich i materialnych oraz szkolenia w tym zakresie.

► **Słowa kluczowe:** wypalenie zawodowe, oddziały szpitalne, pielęgniarstwo, pacjenci

## WPROWADZENIE

Zawód pielęgniarstwa zmieniał się na przestrzeni lat i wciąż podlega temu procesowi. Powstają wciąż nowe wytyczne i standardy, kształtuje się inne spojrzenie na tę profesję. Nie zmieniło się tylko podejście pielęgniarstwa do zawodu, jej profesjonalizm i perfekcja w wykonywaniu zadań. Wymagania wobec pielęgniarstwa są bardzo duże, gdyż oczekuje się, że osoby pracujące w tym zawodzie będą wykonywały nie tylko czynności pielęgnacyjne, opiekuńcze, ale także wspierały pacjentów psychicznie czy duchowo. Głównym celem pielęgniarstwa jest pomoc w odzyskaniu zdrowia, a u osób które są zdrowe utrzymanie tego stanu. Pielęgniarka angażuje się emocjonalnie w problemy chorego, wspiera go, dostosowuje swoje działania do indywidualnych potrzeb chorych i sytuacji. W takim wypadku ceniona jest kreatywność. Odpowiednia relacja z zespołem i pacjentami wymaga również dużego poświęcenia, co często jest bardzo obciążające psychicznie. Jednak pozycja zawodowa pielęgniarek jest stosunkowo niska wśród innych zawodów medycznych. Wiele do życzenia pozostawia wynagrodzenie za pracę, która wiąże się ze znacznymi obciążeniami fizycznymi i psychicznymi. Status zawodowy pielęgnia-

rek i organizacja ich pracy wymagają zmiany, która wpłynie na lepszą efektywność i zapewni najwyższy poziom opieki [1,2]

Na jakość życia zawodowego pielęgniarek wpływ mają stawiane im cele i wymagania, zebrane doświadczenia, umożliwiające ich realizację. Ważnym czynnikiem jest środowisko pracy, zarówno w aspekcie społecznym (kontakty między pracownikami a przełożonymi, relacje w zespole medycznym, odpowiednia postawa), jak i organizacyjnym (umowy, procedury, sprzęt, umiejętności i wykorzystanie posiadanej wiedzy) [3]. O jakości życia zawodowego decydują: bezpieczny dom, pełna satysfakcja zawodowa, wysoka jakość warunków pracy, zaangażowanie się w wykonywane zadania. Ważne obszary urzeczywistniania się tej jakości w pracy pielęgniarek to: wzorzec pracy, związany z poziomem obciążenia pracą; kontekst pracy, obejmujący relacje interpersonalne, jakość warunków i organizacji pracy, szkolenie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych; świat pracy, który dotyczy wpływu społeczeństwa oraz zmian zachodzących w wykonywanym zawodzie pielęgniarki [4].

Zawód, jaki wykonuje pielęgniarka, jest specyficzny pod względem zadań i obowiązków. Opieka nad osobą chorą wymaga dużej odpowiedzialności i cierpliwości. Jest to zawód obciążony wysokim ryzykiem wypalenia, dlatego ogniskuje uwagę badaczy. W literaturze używa się pojęcia „zdystansowana troska”, określającego postawę pracownika medycznego. Dotyczy ono osoby, która pracuje z pacjentem i potrafi połączyć współczucie i zaangażowanie z ograniczeniem swoich emocji. Personel pielęgniarski powinien w sposób profesjonalny sprawować opiekę nad podopiecznym, a w razie problemowej sytuacji pozostać bezstronnym i nie kierować się emocjami. Wcześniejsze badania dotyczące wypalenia zawodowego wskazują, że praca z innymi ludźmi może być źródłem znaczących obciążeń. Dotyczy to w szczególności pielęgniarek i wynika z problemów, jakie ten personel musi na co dzień rozwiązywać, oraz z charakteru zadań. Wymagania, jakie stawiane są pielęgniarcze, sprzyjają wypaleniu zawodowemu. Pojawiające się problemy są bowiem tak złożone, że ograniczają indywidualne sposoby radzenia sobie z nimi [5, 6].

W zawodzie pielęgniarki można wyróżnić trzy płaszczyzny (etapy) wypalenia zawodowego, z charakterystycznymi dla każdej z nich symptomami:

1. Fizyczne – utrata energii, ciągłe zmęczenie, osłabienie, zwiększona podatność na wypadki, zmęczenie mięśni, częstsze bóle pleców, nagła zmiana zwyczajów żywieniowych, częstsze niż zwykle przeziębienia, problemy ze snem, przyjmowanie leków oraz spożywanie alkoholu, aby nie czuć zmęczenia fizycznego.
2. Emocjonalne – ciągłe uczucie stanu przygnębienia, bezradności, beznadziejności, częsty płacz, zmienność nastrojów, pobudzenie, niechęć do wykonywanych obowiązków, zmniejszone zaangażowanie w pracę.
3. Psychiczne – negatywne nastawienie do siebie, pracy, życia, lekceważenie wszystkich, brak szacunku do samego siebie, obniżanie własnej wartości [7].



Obciążenia oraz trudne sytuacje w pracy wymagają od pielęgniarki dużej umiejętności radzenia sobie. W przypadku braku takich dyspozycji, może dojść do wypalenia zawodowego [8,9,10].

## CEL

Celem pracy było zbadanie, czy wśród pielęgniarek, pracujących w wybranych zakładach lecznictwa zamkniętego na terenie Lubelszczyzny, występuje syndrom wypalenia zawodowego oraz jakie czynniki mają wpływ na jego występowanie.

## MATERIAŁ I METODY

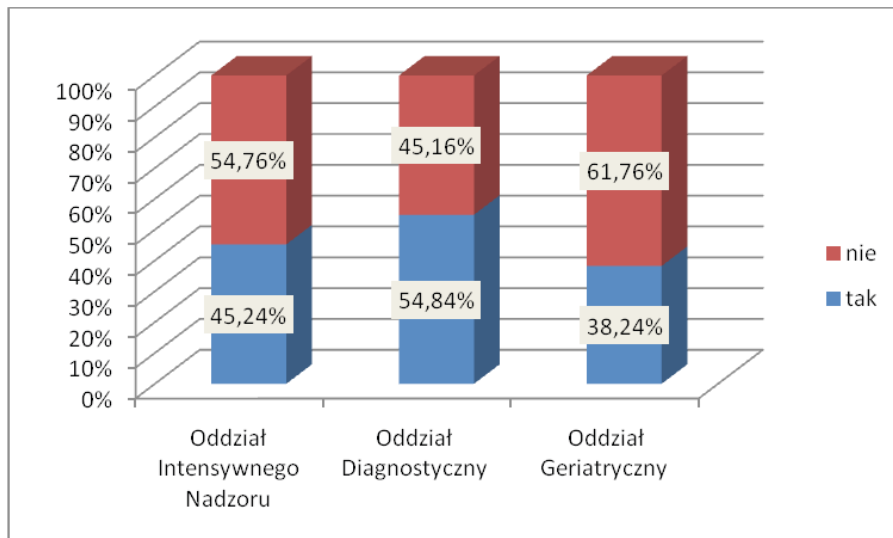
Badaniem objęto 107 osób pracujących w różnych oddziałach szpitalnych, w tym: z oddziału intensywnej terapii było 23,36% badanych, z oddziału chirurgii ogólnej – 15,90%, oddziału toksykologiczno-kardiologicznego – 14,95%, z oddziału gastroenterologicznego – 14,02%, oddziału alergologii i chorób płuc – 14,02%, oddziału wewnętrznego endokrynologii, diabetologii z pododdziałem onkologicznym – 17,75%. Najliczniejszą grupę pod względem płci stanowiły kobiety (90,65%), mężczyźni zaś zaledwie 9,35%. Przewaga kobiet nad mężczyznami w tej grupie zawodowej wynika ze specyfiki zawodu. Pod względem wieku najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 41–50 lat (43,92%) oraz w wieku do 40. roku życia (40,18%). Najmniej liczna grupa to osoby powyżej 50. roku życia (15,88%). Wśród badanych przeważały osoby zamężne (73,84%), mniej liczna była grupa panien/kawalerów (23,36%), najmniejsza zaś wdów/wdowców (2,8%). Większość ankietowanych mieszkała w mieście (68,22%), ze wsi pochodziło 31,78%. Najliczniej reprezentowana była grupa mająca staż zawodowy od 21 do 30 lat (34,5%), ale niewiele mniej respondentów znalazło się w grupie ze stażem 11–20 lat (28,97%) czy mniejszym – 0–10 lat (23,36%). Najmniej badanych miało staż powyżej 31 lat (13,09%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (44,86%), w dalszej kolejności z wykształceniem wyższym licencjackim (32,72%), a następnie z wykształceniem wyższym magisterskim (22,42%). Zdecydowaną większość stanowili badani pracujący na odcinku (85,05%). Kolejną grupą badanych były pielęgniarki pracujące w oddziałach zabiegowych (8,41%). Dwie najmniejsze grupy ankietowanych to pielęgniarki koordynujące (4,67%) oraz oddziałowe (1,87%).

Ze względu na zbliżoną specyfikę niektórych oddziałów połączono je w trzy grupy: 1/ oddziały intensywnej opieki, obejmujące 39,25% jednostek organizacyjnych, w których pracowały badane osoby (oddział intensywnej terapii, oddział chirurgii ogólnej); 2/ oddziały diagnostyczne, obejmujące 28,97% jednostek (oddział toksykologiczno-kardiologiczny, oddział gastroenterologiczny); 3/ oddziały geriatryczne – 31,78% jednostek (oddział alergologii i chorób płuc, oddział wewnętrzny endokrynologii, diabetologii z pododdziałem onkologicznym).

Narzędziem wykorzystanym w badaniu był autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej oraz odchylenia standardowego, a niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu  $\chi^2$ . Do zbadania różnic we wskaźnikach wypalenia zawodowego pomiędzy trzema badanymi oddziałami zastosowano analizę wariancji ANOVA wraz z testem NIR, a pomiędzy trzema poziomami wykształcenia test Kruskala-Wallisa. Do sprawdzenia zależności pomiędzy niektórymi zmiennymi wykorzystano także korelację rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ , wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Badania statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem oprogramowania komputerowego Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

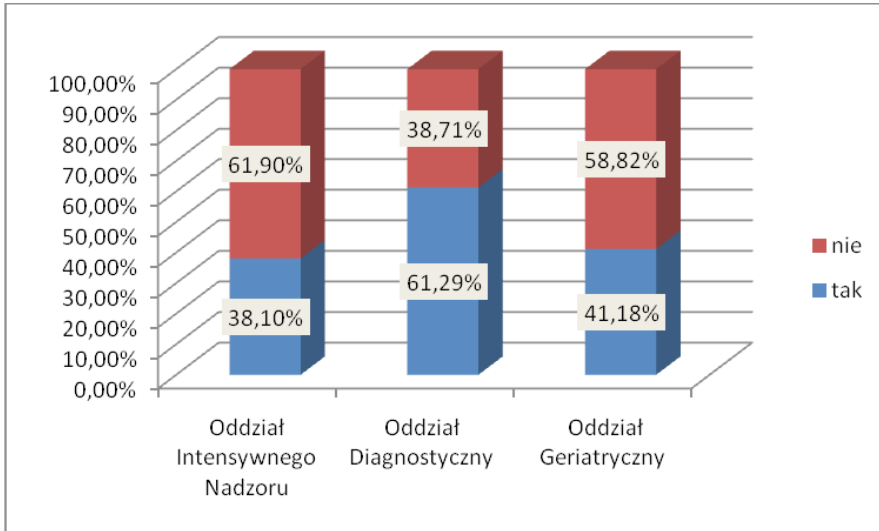
## WYNIKI

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z oddziałów intensywnego nadzoru (45,24%) i diagnostycznego (54,84%) bywają częściej zmęczeni i wyczerpani niż respondenci oddziału geriatrycznego (38,24%). Analiza nie wykazała związku istotnego statystycznie ( $\chi^2 = 1,81$ ;  $p = 0,40$ ) (wykres 1).



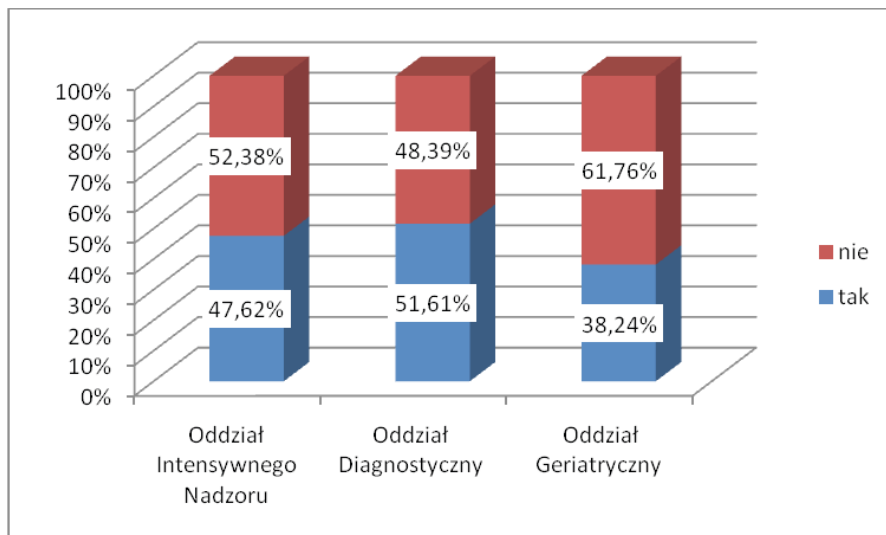
Wykres 1. Odsetek zmęczenia i wyczerpania wśród ankietowanych. Źródło: badania własne.

Problemy ze snem miewa więcej ankietowanych z oddziałów diagnostycznych (61,29%), natomiast na oddziałach intensywnego nadzoru i geriatrycznych odsetek respondentów mających kłopoty ze snem wynosi około 40%. Wykazana różnica nie jest istotna statystycznie ( $\chi^2 = 4,29$ ;  $p = 0,12$ ) (wykres 2).



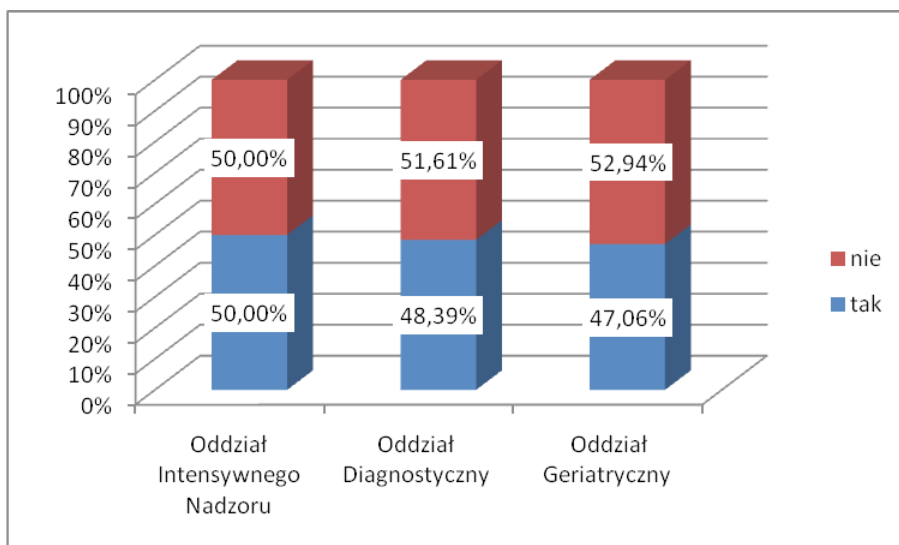
Wykres 2. Opinia ankietowanych na temat problemów ze snem oraz budzenia się w nocy. Źródło: badania własne.

Osobom pracującym na oddziałach intensywnego nadzoru i diagnostycznych zdarza się zapominać o swoich codziennych obowiązkach (niemal 50% badanych), natomiast na oddziałach geriatrycznych jest mniejsza liczba takich osób (38,24%). Różnica między odpowiedziami pozytywnymi i negatywnymi jest stosunkowo mała na każdym oddziale. Taki wynik może świadczyć o dużym wyczerpaniu pracą. Analiza statystyczna nie wykazała jednak istotności różnic między oddziałami ( $\chi^2 = 1,26$ ;  $p = 0,53$ ) (wykres 3).



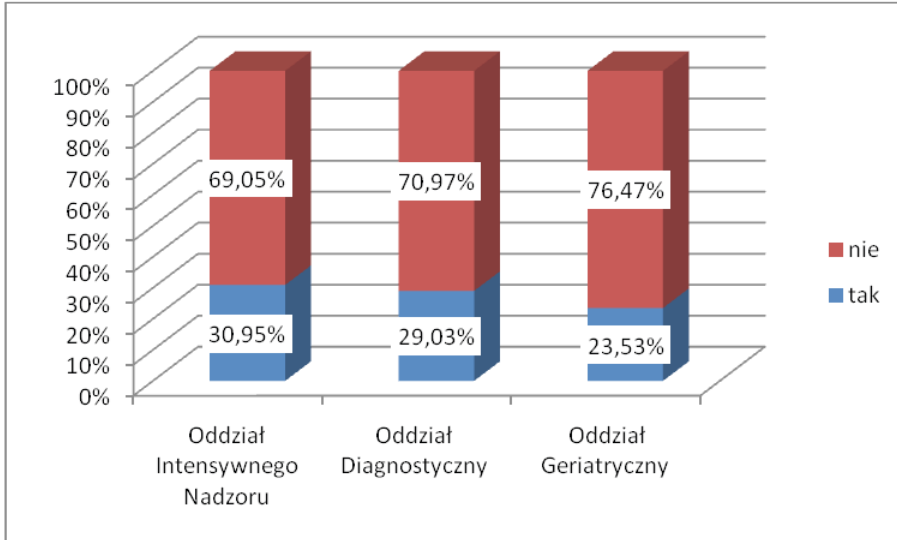
Wykres 3. Odsetek ankietowanych, którzy zapominają o spotkaniach, rachunkach i sprawach osobistych. Źródło: badania własne.

Respondenci, odnosząc się do organizacji swojego czasu wolnego (spotkania z rodziną i znajomymi), w każdej grupie odpowiedzieli praktycznie tak samo. Połowa ankietowanych potrafi znaleźć czas dla bliskich, a druga część nie znajduje czasu na widywanie się z rodziną i znajomymi. Taki wynik nie jest zależny od statusu rodzinnego. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała zależności ( $\chi^2 = 0,06$ ;  $p = 0,97$ ) (wykres 4).



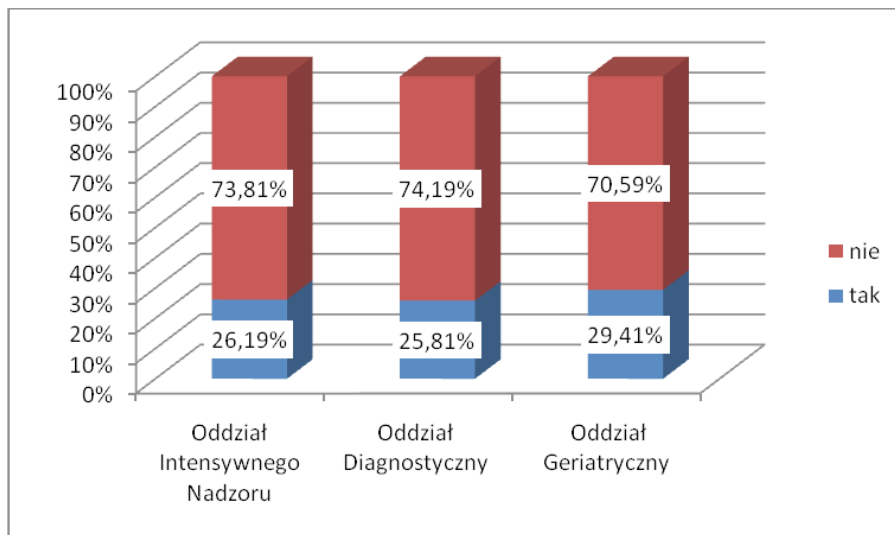
Wykres 4. Opinia respondentów dotycząca widywania się z rodziną i znajomymi. Źródło: badania własne.

Badani ze wszystkich trzech grup (oddziałów) w podobny sposób wyrazili swoją opinię na temat izolowania się od otoczenia. Zdecydowana większość respondentów (około 70%) uważa, że nie ogranicza swoich kontaktów z otoczeniem. Analiza statystyczna wskazała na brak związku pomiędzy zmiennymi ( $\chi^2 = 0,53$ ;  $p = 0,77$ ) (wykres 5).



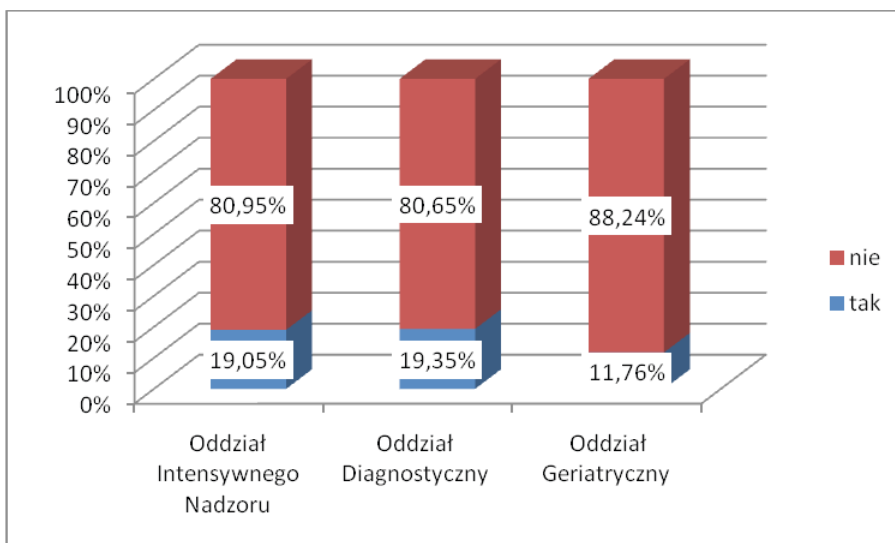
Wykres 5. Opinia respondentów dotycząca izolowania się od otoczenia. Źródło: badania własne.

Opinie respondentów nie wskazują na to, by istotnym problemem były dla nich negatywne odczucia, tj. niezadowolenie i zamartwianie się częstsze niż wymaga tego sytuacja. Ankietowani z poszczególnych oddziałów w znacznej większości (około 73%) nie mają problemów z negatywnymi emocjami. Miewa je tylko około 28% badanych. Analiza nie potwierdziła istotnego statystycznie związku wybranych zmiennych ( $\chi^2 = 0,14$ ;  $p = 0,93$ ) (wykres 6).



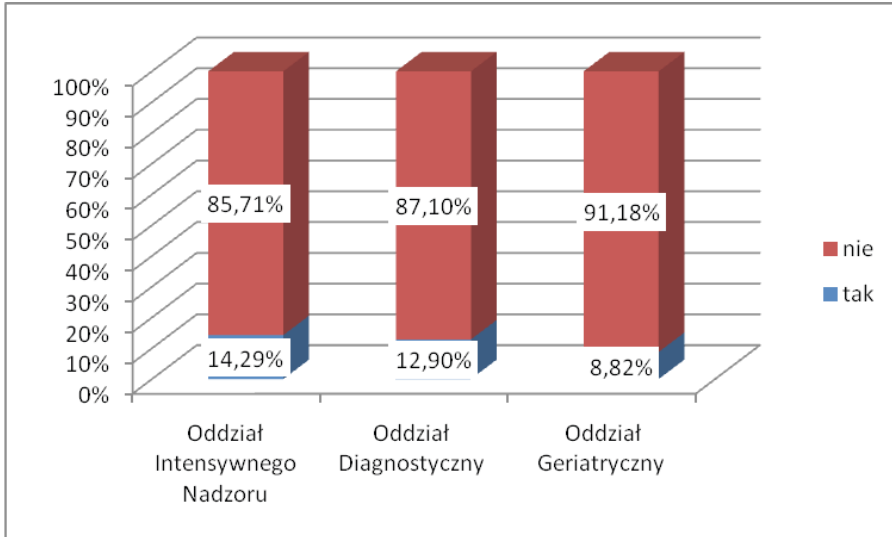
Wykres 6. Opinia ankietowanych dotycząca niezadowolenia i zamartwiania się częstszego niż wymaga tego sytuacja. Źródło: badania własne.

Nieobecność w pracy spowodowana chorobą, złym samopoczuciem nie zdarza osobom badanym częściej niż we wcześniejszych latach. Twierdzi tak, aż około 80% badanych. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie zależności ( $\chi^2 = 0,91$ ;  $p = 0,63$ ) (wykres 7).



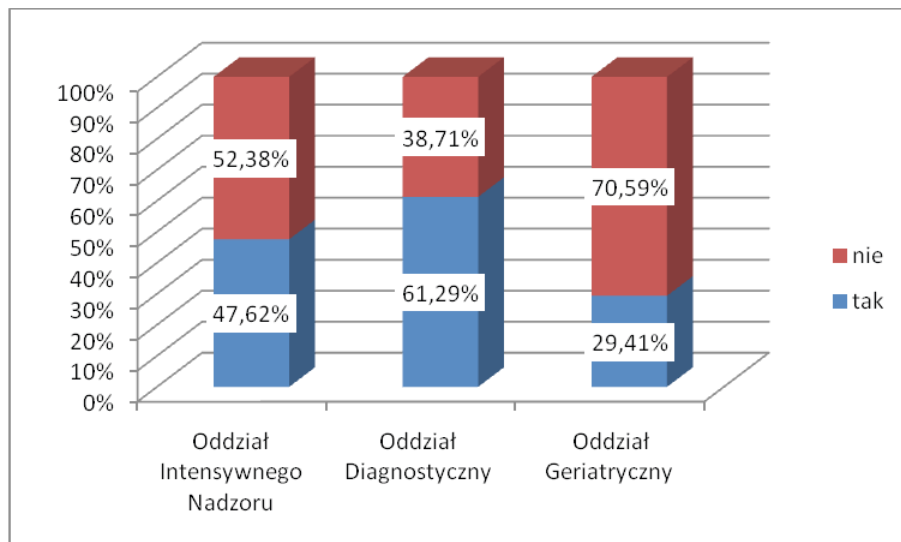
Wykres 7. Odsetek ankietowanych nieobecnych w pracy z powodu złego samopoczucia, choroby. Źródło: badania własne.

Opinie ankietowanych, dotyczące pomyłek w pracy, zdarzających się częściej niż zwykle, w każdej grupie rozkładają się identycznie. Około 90% ankietowanych twierdzi, że nie popełnia błędów w pracy. Pozostałym 10% badanych zdarzają się pomyłki. Mimo iż tylko niewielka grupa badanych popełnia błędy, nie można tego faktu postrzegać pozytywnie. W wykonywanej bowiem przez te osoby pracy, jaką jest opieka nad człowiekiem, nie powinno dochodzić do żadnych pomyłek. Analiza nie potwierdziła istotnego statystycznie związku wybranych zmiennych ( $\chi^2 = 0,54$ ;  $p = 0,76$ ) (wykres 8).



Wykres 8. Ocena respondentów dotycząca popełnianych przez nich błędów w pracy. Źródło: badania własne.

Badani pracujący na oddziałach diagnostycznych w ponad połowie (61,29%) uznali, że wykonują swoją pracę, aż do momentu odczucia całkowitego wyczerpania fizycznego i psychicznego. Wysoki jest też odsetek ankietowanych pracujących na oddziałach intensywnego nadzoru, którzy udzielili takiej odpowiedzi (47,62%). Najrzadziej udzielały jej osoby z oddziałów geriatrycznych (29,41%). Należy zauważyć, że wykonywanie pracy do ostatnich sił jest istotnym symptomem wypalenia zawodowego. W analizie statystycznej nie wykazano istotnych zależności zmiennych ( $\chi^2 = 6,73$ ;  $p = 0,03$ ) (wykres 9).



Wykres 9. Odsetek osób, które wykonują pracę do momentu odczucia całkowitego wyczerpania fizycznego i psychicznego. Źródło: badania własne.

## WNIOSKI

Wyniki badań przeprowadzonych w grupie zawodowej pielęgniarek, w wybranych oddziałach szpitalnych, pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Syndrom wypalenia zawodowego w badanej grupie nie występuje z dużym nasileniem, lecz pojawiają się u osób badanych objawy ze strefy fizycznej i psychicznej, świadczące o oddziaływaniu czynników, które mają wpływ na jego powstawanie.
2. Najczęściej wymieniane przez badane osoby symptomy wypalenia zawodowego to: zmęczenie, problemy ze snem, wyczerpanie fizyczne i psychiczne, trudności z koncentracją, brak motywacji do pracy.
3. W przeprowadzonych analizach nie stwierdzono istotnych zależności między długością stażu pracy badanych pielęgniarek i poziomem ich wykształcenia a symptomami wypalenia zawodowego. Zarówno osoby z długim stażem pracy, jak i krótkim, a także z wyższym i niższym wykształceniem są zagrożeniem wystąpieniem wypalenia zawodowego.
4. Badania wskazują na popełnianie przez ankietowanych błędów w pracy (ankietowani przyznali się do ich popełniania). Mimo małego odsetka występujących pomyłek, budzi to niepokój o pacjenta. Świadczyć też może o przeciążeniu pracą.
5. W celu zminimalizowania zagrożenia wypaleniem zawodowym pracodawca powinien poprawić organizację pracy i dostosować ją do specyfikacji oddzia-



łu, z uwzględnieniem zasobów ludzkich i materialnych oraz szkolenia w tym zakresie.

## PODSUMOWANIE

Z przeprowadzonych analiz wynika, że w grupie badanych pielęgniarek występują czynniki, które mogą spowodować powstanie syndromu wypalenia zawodowego. Należy więc podjąć odpowiednie działania w celu zminimalizowania czynników mających wpływ na powstanie tego zjawiska.

## PIŚMIENNICTWO

1. Marcisz E. Zakres kompetencji a satysfakcja z pracy pielęgniarek. *Pielęgniarstwo* 2000; 1999, 1(42): 43–50.
2. Zdziebło K. Przyszłość zawodu w opinii pielęgniarek. *Zdrowie Publiczne, Wrocław* 2002; 112(4): 492–496.
3. Brooks B.A., Anderson M. A Nursing Work Life in Acute Care. *Journal of Nursing Care Quality* 2004. Jul-Sep 19 (3), 320–322.
4. Ellis N., Pompli A. Quality of Working Life for Nurses. Commonwealth Dept of Health and Ageing. Canberra 2002.
5. Senejko A. Podmiotowe czynniki wypalenia zawodowego. W: Witkowski S.A. (red.) *Psychologiczne wyznaczniki sukcesu w zarządzaniu*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2003. T. VI, s. 347–351.
6. Beiser M. Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia się pielęgniarek. W: Sęk H. (red.). *Wypalenie zawodowe. Przejawy, mechanizmy, zapobieganie*. PWN, Warszawa 2007, 182–215.
7. Litzke M., Schuh H. *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*. GWP, Gdańsk 2007. s. 168.
8. Krok E. Jakość usług medycznych. Efektywność w służbie zdrowia widziana przez pryzmat jakości. *Studia i materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą, Szczecin* 2011, nr 38.
9. Babska K., Tkaczyk M., Nowicki M. Współpraca w zespole terapeutycznym. Podstawowa zasada profesjonalnej opieki nad chorym dializowanym otrzewnowo – założenia a rzeczywistości. *Pol. Merk. Lek.*, 2008; 14 (supl. 4, 12), s. 12–14.
10. Steciwko A., Mastalerz-Migas A. *Stres oraz wypalenie zawodowe: jak rozpoznawać, zapobiegać i leczyć*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.

## Occupational burn-out syndrome among nurses employed in selected hospital wards

Elżbieta Kwiatkowska<sup>1</sup>, Maria Pyć<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

### ► Summary:

**Introduction.** Responsibilities which are imposed on a nurse are very difficult and require much devotion, patience, and engagement in relations with a patient. Such an attitude is very demanding, because to all these components are added duties consisting in the organization of the workplace, care about hygiene, operation of many complicated devices, constant acquisition of knowledge by trainings, ending with education of a patient and his/her family. Such a large number of duties results in an increase in psychological and physical load, which leads to the occurrence of stress. This results in a decrease in activity and the effectiveness of the duties performed. The occurrence of the above-mentioned and many other components leads to occupational burn-out.

**Objective.** The objective of the study was to discover whether the occupational burn-out syndrome occurs among nurses working in selected inpatient facilities in the Lublin Region, and what factors have an effect on its occurrence.

**Material and method.** The study included 107 nurses from individual wards: Intensive Care Unit – 23.36%, General Surgery Ward – 15.90%, Toxicology-Cardiology Ward – 14.95%, Gastroenterology ward – 14.02%, Allergology and Lung Diseases Ward – 14.02%, and the Internal Diseases Endocrine and Diabetes Ward with Oncology Sub-Ward -17.75%.

According to gender, the largest group were females – 90.65%, and according to age the largest group were patients aged 41–50. The majority of nurses in the study group were married (73.84%), urban inhabitants (68.22%), with the period of employment of 21-30 years, and secondary school education (44.86%). The research method applied was a questionnaire designed by the author. The results of the study obtained were statistically analyzed. The values of the analyzed measurable parameters were presented by means of the mean value, and standard deviation, while for non-measurable parameters – using numbers and percentages. For qualitative characteristics, in order to detect the relationships between the analyzed variables, chi-square test was applied. To investigate the differences in the indicators of occupational burn-out between the three wards analyzed, analysis of variance ANOVA was used with the NIR test, and between the three levels of education – Kruskal-Wallis test. The differences between some variables were also tested using Spearman rank correlation. The  $p$  values  $p < 0.05$  were considered statistically significant. The database and statistical calculations were performed using the computer software Statistica 9.1 (StatSoft, Poland).

**Results.** The results of statistical analysis showed that the respondents from the intensive care units (45.24%) and diagnostic wards (54.84%) were more frequently tired and exhausted, compared to those employed in geriatric wards (38,24%). A larger number of respondents from diagnostic wards had problems with sleep (61.29%). As many as 50% of respondents who are employed in intensive care units and diagnostic wards have an inclination towards forgetting about their daily duties. In the diagnostic wards, the majority of respondents (61.29 %) admitted that they performed their work until the moment of feeling total physical and psychological exhaustion.

**Conclusions.** The results of studies conducted in the occupational group of nurses in selected hospital wards allowed drawing the following conclusions:

1. In the group examined, occupational burn-out syndrome did not occur with a high intensity; however, the symptoms occurring in the physical and psychological spheres evidence the presence of factors which exert an effect on the development of this syndrome.
2. The symptoms of occupational burn-out most frequently reported by the respondents were as follows: fatigue, problems with sleep, physical and psychological exhaustion, difficulties with concentration, lack of motivation for work.
3. The study showed that the respondents admitted that they made mistakes at work. Despite a low percentage of mistakes, this evokes concern about their patients.
4. In order to minimize the risk of occurrence of occupational burn-out, the employer should improve the organization of work and adjust it to the specificity of the ward, with consideration of human and material resources, as well as training in this area.

► **Keywords:** occupational burn-out, hospital wards, nurses, patients



Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie  
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4  
tel.: +48 81 749 32 12  
e-mail: [azich@wsei.lublin.pl](mailto:azich@wsei.lublin.pl)  
[www.wsei.lublin.pl](http://www.wsei.lublin.pl)

**INNOVATIO PRESS**

e-ISSN: 2451-2826