

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik || Quarterly

2016, Vol. 5, Nr 2, 45–68

ISSN 2084-4212
eISSN 2450-839X

Spis treści/Content:

PRACE ORYGINALNE || ORIGINAL PAPERS

Jakość życia pielęgniarek w zależności od rodzaju zatrudnienia Quality of life of nurses depending on the type of employment Eliza Miller, Anna Chudiak, Barbara Prochota, Izabella Uchmanowicz	47
Ocena przygotowania ciężarnej do porodu i macierzyństwa przez Szkołę Rodzenia Evaluation of preparation of a pregnant woman for a labor and maternity with antenatal class Katarzyna Żelazko, Aleksandra Szlęczka, Małgorzata Pałczyńska, Anna Jaros	52
PRACE POGLĄDOWE REVIEWS	
Problemy pielęgnacyjne dzieci z wodogłowie Problems in the care of patients with hydrocephalus Karolina Pieczętkiewicz, Natalia Kuzia, Anna Rozensztrauch, Iwona Pilarczyk-Wróblewska	56
Opieka pielęgniarska w świetle praw pacjenta w transgranicznym systemie ochrony zdrowia Nursing care in the light of patients' rights in the cross-border health care system Aleksandra Pytel, Aleksandra Kołtuniuk, Izabella Kuberka, Joanna Rosińczuk	60
Nebulization with 3% hypertonic saline – guideline for pediatric nursing practice Nebulizacja 3% roztworem soli hipertonicznej – wytyczne dla praktyki pielęgniarskiej w pediatrii Anna Rozensztrauch, Paulina Kowalczyk	63
Ocena samoopieki w niewydolności serca – narzędzia badawcze The assessment of self-care in heart failure – research tools Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska, Marta Wleklík	65

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik, Organ Europejskiego Centrum Kształcenia
Quarterly, The authority of the European Center for Postgraduate Education

Indexed in:
Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Central European Journal of Social Sciences
and Humanities (CEJSH), Index Copernicus International (ICI), International Academy of Nursing Editors (INANE),
Journal Storage (JSTOR), Polish Medical Bibliography (PBL), Polish Scholarly Bibliography (PBN),
Polish Scientific Journals Database (PSJD), Polish Scientific and Professional Electronic Journals (ARIANTA)

Komitet Naukowy || Scientific Committee

Komitet Naukowy || Scientific Committee:

Prof. dr hab. Jacek Gajek (Wrocław)
Prof. dr hab. Beata Karakiewicz (Szczecin)
Prof. dr hab. Andrzej Kierzek (Wrocław)
Prof. dr hab. Grzegorz Mazur (Wrocław)
Prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)
Prof. Sabina De Geest (Bazylea, Szwajcaria)
Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib (Warszawa)
Dr hab. prof. nadzw. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)
Dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Warszawa)
Dr hab. prof. nadzw. Tomasz Szydełko (Wrocław)
Dr hab. prof. nadzw. Dorota Zyśko (Wrocław)
Dr hab. n. med. Krystyna Górna (Poznań)
Dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz (Bydgoszcz)
Dr hab. Barbara Ślusarska (Lublin)
Dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)
Dr n. med. Katarzyna Łagoda (Białystok)
Dr n. med. Agnieszka Młynarska (Katowice)
Dr n. med. Ewa Molka (Tarnowskie Góry)
Dr n. med. Krzysztof Tuszyński (Poznań)
Dr n. med. Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)
Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)
Dr Diane Carroll (Boston, USA)
Dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)
Dr Eleni Kletsou (Ateny, Grecja)
Dr Ekaterini Lambrinou (Nikozyja, Cypr)
Dr Monica Parry (Toronto, Kanada)
Dr n. o zdr. Stanisław Manulik (Wrocław)
Dr n. o zdr. Robert Dymarek (Wrocław)

Redakcja || Editors:

Redaktor naczelny || Editor-in-Chief:

dr hab. n. o zdr. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)
Z-ca redaktora naczelnego || Deputy editor-in-chief:
dr hab. prof. nadzw. Joanna Rosińczuk (Wrocław)
Sekretarz Redakcji || Editorial Secretary:
dr n. med. Beata Jankowska-Polańska (Wrocław)

Redaktor językowy || Polish Language Editor

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,
wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny || Statistical Editor:

dr inż. Tomasz Janiczek, tomasz.janiczek@pwr.wroc.pl

Redaktor języka angielskiego || English Language Editor:

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni || Subject Editors:

Pielęgniarstwo internistyczne || Internal medicine nursing:

dr n. med. Izabella Uchmanowicz
izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne || Neurology and neurosurgery nursing:

dr hab. prof. nadzw. Joanna Rosińczuk
joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska opieka długoterminowa || Palliative and long-term care nursing:

dr n. med. Dominik Krzyżanowski
dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo epidemiologiczne || Epidemiology in nursing:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

Socjologia medycyny || Medical Sociology:

dr n. społ. Irena Wolska-Zogata, zogata@wp.pl

Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnictwo ||

Gynecological and obstetrical nursing:

dr n. med. Monika Przestrzelska
monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Adres redakcji || Editorial Office

Adres redakcji || Editorial office:

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław
Tel.: 783-371-474; Fax: 71 750-30-67
e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

Wydawca || Publisher:

Na zlecenie ECKP Wrocław || On behalf ECKP Wrocław

WYDAWNICTWO
Continuo

Wydawnictwo Continuo || Continuo Publishing House

ul. Lelewela 4 pok. 325, 53-505 Wrocław

Tel.: 71 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.continuo.pl

Prenumerata na rok 2016 || Subscription for 2016:

Cena rocznika dla Instytucji: 80 zł || Annual price for the
Institutions: 80 PLN,

Cena rocznika dla odbiorców indywidualnych: 40 zł || Annual
price for individuals: 40 PLN

e-mail: zamowienia@continuo.pl, tel.: 71 791-20-30

Reklamy || Ads:

e-mail: zamowienia@continuo.pl, tel.: 71 791-20-30

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności ||

Editors are not responsible for advertisements content

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Nakład: 500 egzemplarzy || Print: 500 copies.

JAKOŚĆ ŻYCIA PIELEŃNIAREK W ZALEŻNOŚCI OD RODZAJU ZATRUDNIENIA

Quality of life of nurses depending on the type of employment

Eliza Miller¹, Anna Chudiak², Barbara Prochota³, Izabella Uchmanowicz²

¹ Studenckie Koło Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Zespół Opieki Zdrowotnej, Olesno

adres do korespondencji: anna.chudiak@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Praca zawodowa stanowi czynnik, który wpływa na nasze zdrowie fizyczne, psychiczne oraz na jakość życia. Wymienia się różne formy zatrudnienia, niemniej jednak najczęściej oferowane pielęgniarkom to umowa o pracę oraz umowa na kontrakt.

Cel pracy. Przedstawienie czynników wpływających na jakość życia pielęgniarek pracujących na umowę o pracę i na kontrakcie.

Materiał i metody. Zastosowana w pracy metoda badawcza to sondaż diagnostyczny, technika – ankieta, a narzędzie badawcze to kwestionariusz ankiety. W badaniu brało udział 100 pielęgniarek. Do badania wykorzystano ankietę własnego autorstwa oraz kwestionariusz do oceny jakości życia SF-36.

Wyniki. Badania wykazały, że forma i miejsce zatrudnienia, staż pracy, wykształcenie, stan cywilny i sytuacja rodzinna oraz miejsce zamieszkania nie mają wpływu na jakość życia badanych pielęgniarek. Badane pielęgniarki z długim stażem pracy i niskim wykształceniem są vitalne, bez względu na formę zatrudnienia. Poza tym respondenci pracujące na kontrakcie częściej niż na umowie o pracę nie mają ograniczeń fizycznych, są zdrowsze fizycznie i psychicznie.

Wnioski. Forma zatrudnienia nie ma wpływu na stan zdrowia pielęgniarek i ich jakość życia. Do czynników istotnych w ocenie jakości życia można zaliczyć: ograniczenia fizyczne, zdrowie psychiczne, staż pracy oraz wiek.

Słowa kluczowe: jakość życia, pielęgniarka, umowa, praca, kontrakt, forma zatrudnienia.

SUMMARY

Background. Work experience is a factor that affects not only our physical and mental health but also the quality of life. In various forms of employment most often offered to nurse is employment contract and agreement on contract.

Objectives. The aim of this study was to present the factors affecting the quality of life nurses working under an employment contract and the contract.

Material and methods. The study involved 100 nurses. We used the questionnaire developed by authors of the study and SF-36 questionnaire to assess quality of life.

Results. Studies have shown that the form and place of employment, work experience, education, marital status, family situation and place of residence, do not affect the quality of life of nurses surveyed. Nurses with long work experience and low education tested in the study are vital, regardless of the form of employment. Moreover the respondents working on a contract more often than a contract of employment do not have physical limitations, are healthier physically and mentally.

Conclusions. Type of employment does not affect the health of nurses and quality of life. Factors relevant to the assessment of the quality of life include: physical limitations, mental health, work experience and age.

Key words: quality of life, nurse, contract work, contract, form employment.

WSTĘP

Pielęgniarki mające prawo wykonywania zawodu coraz częściej otrzymują propozycję od swoich pracodawców dotyczącą zawarcia z nimi umowy o pracę w formie kontraktu. Umowa o pracę czy umowa cywilnoprawna w postaci kontraktu ma swoje zalety, jak i wady, niemniej jednak bez względu na formę zatrudnienia pielęgniarki wykonują taki sam zakres świadczeń zdrowotnych w placówkach opieki zdrowotnej [1].

Praca na kontrakcie pozwala na niezależność i własną autonomię pielęgniarki, samodzielne organizowanie i wyznaczanie czasu pracy. Pielęgniarki na umowie cywilnoprawnej są odpowiedzialne za swoje działania, a w przypadku nieprawidłowo wykonanej pracy ponoszą konsekwencje zawodowe, prawne, jak również i finansowe. Wysokość wynagrodzenia uzależniona jest przede wszystkim od liczby przepracowanych godzin. Jeśli chodzi o umowę o pracę, to pielęgniarka posiada wiele uprawnień, np. urlop wypoczynkowy, ochronę pracowniczą, jak i gwarancję minimalnego wynagrodzenia. Wady umowy o pracę to ograniczony i z góry ustalony czas pracy, jak i ściśle określone miejsce pracy [2]. W tabeli 1 przedstawiono zalety i wady umowy o pracę i na kontrakcie.

Tabela 1. Zalety i wady umowy o pracę i na kontrakcie [2]

Umowa o pracę	Kontrakt
Przepisy kodeksu pracy	Przepisy kodeksu cywilnego
Zapłata w wysokości wynikającej z umowy o pracę (wynagrodzenie)	Negocjacje warunków umowy z dyrektorem placówki. Rozwiązania

zasadnicze, dodatek stażowy, dodatek za pracę w porze nocnej, praca w niedzielę i święta, dodatkowe dni wolne, dodatek funkcyjny, nagroda jubileuszowa, odprawa emerytalno-rentowa, odprawa z tytułu rozwiązania stosunku pracy z przyczyn nie dotyczących pracownika, odprawa pośmiertna, okres wypowiedzenia umowy, zakaz rozwiązania umowy ze względu na wiek emerytalny, urlop macierzyński). Okres wypowiedzenia umowy	nie kontraktu bez konieczności wskazania uzasadnienia
Brak obowiązkowego indywidualnego ubezpieczenia	Obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywanego zawodu medycznego oraz zakresu świadczonych usług
Prowadzenie dokumentacji medycznej	Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz dokumentacji obejmujących udzielanie świadczeń zdrowotnych
Dofinansowanie rzeczowe w okresie świąt, pożyczki, świadczenia urlopowe i inne uprawnienia pracownicze	Brak uprawnień pracowniczych
Ograniczony czas pracy	Nieograniczony czas pracy

Wypłacanie dodatkowych środków finansowych np. za nadgodziny	Jednakowa stawka
Brak dowolności w zakresie kształtowania systemów pracy	Dowolność w zakresie kształtowania systemów pracy (dyżury 8-godzinne, 12-godzinne, 24-godzinne)
Ochrona ubezpieczeniowa	Opłacanie składek społecznych, zdrowotnych i na fgśp. Opłacanie dobrowolnej składki chorobowej
Podporządkowanie się pracodawcy	Pełna samodzielność w pracy zawodowej
Niekonieczne posiadanie wiedzy prawnej, zasad kierowania. Pracę organizuje przełożony	Znajomość przepisów prawa, zasad kierowania i organizacja pracy własnej
Stawka określona w umowie za godzinę pracy	Negocjacja stawek, np. za pacjenta

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie czynników wpływających na jakość życia pielęgniarek pracujących na umowę o pracę i na kontrakcie.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 100 pielęgniarek pracujących na umowę o pracę lub kontrakt zatrudnionych w szpitalu lub przychodni. Wszystkie ankietowane wyraziły zgodę na udział w badaniu, które gwarantowało pełną anonimowość.

Do oceny jakości życia wykorzystano kwestionariusz SF-36. Do uzyskania danych socjodemograficznych wykorzystano ankietę własnego autorstwa.

W badaniu wykorzystano następujące metody statystyczne: współczynnik korelacji rang Spearmana, test U Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa, test chi-kwadrat Pearsona. Dla wszystkich analiz przyjęto poziom istotności równy 0,05. Wszystkie analizy przeprowadzono za pomocą pakietu Statistica v. 12.

WYNIKI BADAŃ

W badaniu brało udział 100 pielęgniarek, w tym 50 pracujących na umowę cywilnoprawną i 50 pracujących na umowę o pracę. Średnia wieku badanych wynosiła 46,48 lat. Analiza wyników dotyczących wykształcenia wskazuje, że najliczniejszą grupą są badane mające wykształcenie średnie, czyli 55%, 30% ankietowanych posiada wykształcenie wyższe zawodowe, pozostałe 15% osób to badane z wykształceniem wyższym. Ze względu na stan cywilny wyniki analizy pokazują, że 81% respondentek jest mężatkami, 11% jest pannami, 5% badanych to wdowy, a tylko 3% to rozwódki. Analiza stanu rodzinnego wskazuje, że większość badanych kobiet zamieszkuje z mężem, tj. 82%, 12% ogółu zamieszkuje sama, pozostałe 6% ankietowanych zamieszkuje z rodzicami. Ze względu na miejsce pracy większość badanych, tj. 64% grupy, pracuje w szpitalu, pozostałe 36% pracuje w przychodni. Wyniki analizy dotyczącej stażu pracy wskazują, że 70% grupy posiada staż pracy powyżej 20 lat, 21% ankietowanych mieści się w przedziale 11–20 lat pracy zawodowej, 5% ankietowanych pracuje od 5 do 10 lat, 4% osób pracuje poniżej 5 lat (tab. 2).

Tabela 3. Statystyki opisowe kwestionariusza SF-36 – umowa o pracę

	Średnia	Mediana	Odch. stand.	Wsp. zmn.	Skośność	Kurtoza
Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku?	1,64	2,00	0,78	47,33	-1,45	0,78
Funkcjonowanie fizyczne	2,82	3,00	1,76	62,33	1,65	9,21
Znaczenie ograniczeń fizycznych	1,30	0,00	2,64	202,78	1,96	3,14
Znaczenie ograniczeń emocjonalnych	0,70	0,00	2,26	323,00	3,37	10,93
Dolegliwości bólowe	1,96	2,00	1,81	92,17	0,56	-0,38
Witalność	7,34	7,50	2,23	30,35	-0,31	-0,76
Zdrowie psychiczne	8,12	8,00	2,72	33,44	-0,07	-0,96
Aktywność społeczna	1,50	1,00	1,56	103,67	0,59	-1,09
Ogólne poczucie zdrowia	12,12	12,00	1,49	12,32	0,05	-0,35

Tabela 2. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Cecha	Kategoria	N	Wartość %
Płeć	kobieta	100	100
	mężczyzna	0	0
Stan cywilny	panna	11	11
	mężatka	81	81
	wdowa	5	5
	rozwódka	3	3
Sytuacja rodzinna	zamieszkuje sama	12	12
	zamieszkuje z rodzicami	6	6
	zamieszkuje z mężem	82	82
Wykształcenie	średnie	55	55
	wyższe zawodowe	30	30
	wyższe – studia magisterskie	15	15
Forma zatrudnienia	umowa o pracę	50	50
	umowa cywilnoprawna	50	50
Miejsce pracy	szpital	64	64
	przychodnia	36	36
Staż zawodowy	poniżej 5 lat	4	4
	5–10 lat	5	5
	11–20 lat	21	21
	powyżej 20 lat	70	70

N – liczba respondentek.

ANALIZY DLA POSZCZEGÓLNYCH DOMEN KWESTIONARIUSZA SF-36 BIORĄC POD UWAGĘ FORMĘ ZATRUDNIENIA

Analiza danych zamieszczonych w tabeli 3 pozwala na stwierdzenie, że w przypadku 4 zmiennych asymetrie rozkładów były skrajne, skośność była poza przedziałem <-1, 1>. W przypadku koncentracji poszczególnych przypadków wokół średniej stwierdzono skrajną koncentrację w przypadku 3 analizowanych zmiennych, wyniki kurtozy były powyżej 2. Analiza rozrzutu badanych zmiennych wskazuje na bardzo dużą niejednorodność wyników $V > 20\%$. Wyniki przedstawia tabela 3.

Analiza danych zamieszczonych w tabeli 4 pozwala na stwierdzenie, że w przypadku 4 zmiennych asymetrie rozkładów były skrajne, skośność była poza przedziałem <-1, 1>. W przypadku koncentracji poszczególnych przypadków wokół średniej stwierdzono skrajną koncentrację w 2 analizowanych zmiennych, wyniki kurtozy były powyżej 2. Analiza rozrzutu badanych zmiennych wskazuje na bardzo dużą niejednorodność wyników $V > 20\%$. Wyniki przedstawia tabela 4.

Kolejne analizy miały na celu weryfikację, czy forma zatrudnienia istotnie różnicuje wyniki uzyskane w domenach kwestionariusza SF-36. Półgrubą czcionką zaznaczono wyniki istotne statystycznie $p < 0,05$. Istotne różnice ze względu na formę zatrudnienia stwierdzono w przypadku kategorii: znaczenie ograniczeń fizycznych $p = 0,047$; dolegliwości bólowe $p = 0,017$;

Tabela 4. Statystyki opisowe kwestionariusza SF-36 – kontrakt

	Średnia	Mediana	Odch. stand.	Wsp. zmn.	Skośność	Kurtoza
Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku?	1,64	2,00	0,78	47,33	-1,72	0,99
Funkcjonowanie fizyczne	2,40	3,00	1,21	50,51	-1,55	0,41
Znaczenie ograniczeń fizycznych	0,40	0,00	1,37	342,56	3,19	8,53
Znaczenie ograniczeń emocjonalnych	0,60	0,00	1,93	321,21	3,45	12,38
Dolegliwości bólowe	2,76	3,00	1,68	61,05	-0,43	-0,96
Witalność	6,06	6,00	1,80	29,71	0,23	-0,38
Zdrowie psychiczne	7,08	7,00	1,55	21,89	-0,04	-0,67
Aktywność społeczna	1,10	1,00	1,31	119,38	0,93	-0,46
Ogólne poczucie zdrowia	11,80	12,00	1,59	13,48	-0,13	-0,46

Tabela 5. Test U Manna-Whitneya a zmienna: status zatrudnienia

	Suma rang Umowa o pracę	Suma rang Kontrakt	<i>p</i>
Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku?	2509,0	2541,0	0,880
Funkcjonowanie fizyczne	2655,0	2395,0	0,216
Znaczenie ograniczeń fizycznych	2704,0	2346,0	0,047
Znaczenie ograniczeń emocjonalnych	2527,5	2522,5	0,979
Dolegliwości bólowe	2187,0	2863,0	0,017
Witalność	2960,0	2090,0	0,002
Zdrowie psychiczne	2826,5	2223,5	0,036
Aktywność społeczna	2693,5	2356,5	0,223
Ogólne poczucie zdrowia	2654,0	2396,0	0,365

witalność $p = 0,002$ oraz zdrowie psychiczne $p = 0,036$. Wyniki w poszczególnych kategoriach są destymulantami: im niższe, tym lepsze. Można zatem stwierdzić, że w przypadku zmiennej znaczenie ograniczeń fizycznych lepsze wyniki miały osoby na kontrakcie; analiza dolegliwości bólowych wskazuje, że istotnie lepsze wyniki uzyskały osoby zatrudnione na umowie o pracę.

Tabela 6. Korelacja poszczególnych zmiennych – umowa o pracę

	<i>N</i> ważnych	<i>R</i> Spearmana	<i>t</i> (<i>N</i> - 2)	<i>p</i>
Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku w odniesieniu do wieku?	50	-0,11	-0,77	0,45
Funkcjonowanie fizyczne a wiek	50	0,52	4,25	0,0001
Znaczenie ograniczeń fizycznych a wiek	50	0,09	0,62	0,54
Znaczenie ograniczeń emocjonalnych a wiek	50	0,04	0,30	0,77
Dolegliwości bólowe a wiek	50	0,24	1,73	0,09
Witalność a wiek	50	0,11	0,78	0,44
Zdrowie psychiczne a wiek	50	0,01	0,05	0,96
Aktywność społeczna a wiek	50	0,04	0,29	0,77
Ogólne poczucie zdrowia a wiek	50	0,18	1,25	0,22

Tabela 7. Korelacja poszczególnych zmiennych – kontrakt

	<i>N</i> ważnych	<i>R</i> Spearmana	<i>t</i> (<i>N</i> - 2)	<i>p</i>
Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku w odniesieniu do wieku?	50	-0,20	-1,41	0,16
Funkcjonowanie fizyczne a wiek	50	0,56	4,72	0,00002
Znaczenie ograniczeń fizycznych a wiek	50	0,27	1,95	0,06
Znaczenie ograniczeń emocjonalnych a wiek	50	0,27	1,94	0,06
Dolegliwości bólowe a wiek	50	0,20	1,38	0,17
Witalność a wiek	50	-0,04	-0,30	0,77
Zdrowie psychiczne a wiek	50	-0,05	-0,36	0,72
Aktywność społeczna a wiek	50	-0,02	-0,13	0,90
Ogólne poczucie zdrowia a wiek	50	0,00	0,01	0,99

Osoby na kontrakcie uzyskały istotnie lepsze wyniki ze względu na zmienną: witalność oraz zdrowie psychiczne. Stwierdzono, że miejsce zamieszkania nie różnicuje istotnie wyników w kategoriach uzyskanych z formularza SF-36 $p > 0,05$. Powyższe dane przedstawia tabela 5.

ANALIZY KORELACJI MIĘDZY WIEKIEM A WYNIKAMI POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII FORMULARZA SF-36 DLA POSZCZEGÓLNYCH FORM ZATRUDNIENIA

Analiza współzależności pozwoliła na stwierdzenie istotnych dodatnich silnych korelacji tylko między wiekiem a zmienną funkcjonowanie fizyczne. Wraz ze wzrostem wieku podnosił się wynik kategorii funkcjonowanie fizyczne, czyli ze wzrostem wieku pogarszało się istotnie funkcjonowanie fizyczne zarówno w przypadku osób na kontrakcie, jak i umowy o pracę. Poszczególne dane przedstawiają tabele 6 i 7.

ANALIZA DANYCH JAKOŚCIOWYCH

Kolejne analizy dotyczyły zależności między zmiennymi dotyczącymi faktu, czy status zatrudnienia ma wpływ na jakość życia kobiet. Analiza dała podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej o niezależności badanych zmiennych i przyjęcia hipotezy alternatywnej, że zmienne są zależne, czyli stwierdzono przeciętne istotne powiązanie między statusem zatrudnienia a odpowiedziami na pytanie „Jaka jest Pani jakość życia?” ($p = 0,00010$). Dane przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Statystyka: status a jakość życia

	Chi kwadrat	df	p
Chi kwadrat Pearsona	18,43902	df= 2	p = 0,00010
tau b i c Kendalla	b = 0,4208961	c = 0,3312000	

Kolejna analiza nie dała podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o niezależności badanych zmiennych, czyli nie było podstaw do stwierdzenia istotnego powiązania między wykształceniem a odpowiedziami na pytanie „Jaka jest Pani jakość życia?” ($p = 0,22$). Powyższe dane przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Statystyka: wykształcenie a jakość życia

	Chi kwadrat	df	p
Chi kwadrat Pearsona	5,734787	df= 4	p = 0,22
tau b i c Kendalla	b = -0,047465	c = -0,030300	

Analiza wyników dotycząca stanu cywilnego nie dała podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o niezależności badanych zmiennych, czyli nie było podstaw do stwierdzenia istotnego powiązania między stanem cywilnym a odpowiedziami na pytanie „Jaka jest Pani jakość życia?” ($p = 0,90$). Dane przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Statystyka: stan cywilny a jakość życia

	Chi kwadrat	df	p
Chi kwadrat Pearsona	2,211820	df= 6	p = 0,90
tau b i c Kendalla	b = 0,0075268	c = 0,0036000	

Analiza wyników zawartych w poniższej tabeli nie dała podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o niezależności badanych zmiennych, czyli nie było podstaw do stwierdzenia istotnego powiązania między sytuacją rodzinną a odpowiedziami na pytanie „Jaka jest Pani jakość życia?” ($p = 0,56$). Dane przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Statystyka: sytuacja rodzinna a jakość życia

	Chi kwadrat	df	p
Chi kwadrat Pearsona	3,011187	df= 4	p = 0,56
tau b i c Kendalla	b = 0,0549096	c = 0,0255000	

Analiza jakości życia w odniesieniu do miejsca pracy nie dała podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o niezależności badanych zmiennych, czyli nie było podstaw do stwierdzenia istotnego powiązania między miejscem pracy a odpowiedziami na pytanie „Jaka jest Pani jakość życia?” ($p = 0,81$). Powyższe dane przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Statystyka: miejsce pracy a jakość życia

	Chi kwadrat	df	p
Chi kwadrat Pearsona	0,4179574	df= 2	p = ,81141
tau b i c Kendalla	b = -0,040925	c = -0,030404	

Analiza wyników zawartych w poniższej tabeli nie dała podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o niezależności badanych zmiennych, czyli nie było podstaw do stwierdzenia istotnego powiązania między stażem pracy a odpowiedziami na pytanie „Jaka jest Pani jakość życia?” ($p = 0,65$). Wyniki przedstawia tabela 13.

Tabela 13. Statystyka: staż pracy a jakość życia

	Chi kwadrat	df	p
Chi kwadrat Pearsona	4,211188	df= 6	p = 0,65
tau b i c Kendalla	b = 0,0608276	c = 0,0345000	

Analiza kolejnych danych dała podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej o niezależności badanych zmiennych i przyjęcia hipotezy alternatywnej, że zmienne są zależne, czyli stwierdzono przeciętne istotne powiązanie między statusem zatrudnienia a odpowiedziami na pytanie „Jak ocenia Pani swój stan zdrowia?” ($p = 0,0017$). Powyższe dane przedstawia tabela 14.

Tabela 14. Statystyka: status zatrudnienia a stan zdrowia

	Chi kwadrat	df	p
Chi kwadrat Pearsona	15,12121	df= 3	p = 0,00172
tau b i c Kendalla	b = -0,224214	c = -0,234000	

Analiza statusu zatrudnienia w oparciu o samopoczucie dała podstawy do odrzucenia hipotezy zerowej o niezależności badanych zmiennych i przyjęcia hipotezy alternatywnej, że zmienne są zależne, czyli stwierdzono słabe istotne powiązanie między statusem zatrudnienia a odpowiedziami na pytanie „Jak Pani czuje się na co dzień (w przeciągu ostatnich 4 tygodni)?” ($p = 0,0061$). Wyniki te przedstawia tabela 15.

Tabela 15. Statystyka: status zatrudnienia a samopoczucie

	Chi kwadrat	df	p
Chi kwadrat Pearsona	16,26789	df= 5	p = 0,00612
tau b i c Kendalla	b = 0,0187415	c = 0,0228000	

DYSKUSJA

Na pracę zawodową większość ludzi przeznaczają znaczną część czasu, ważne jest więc, aby człowiek czerpał zadowolenie z wykonywanej pracy, bowiem wpływa to na jakość jego życia. Problematyka związana z jakością życia pielęgniarek pracujących na umowę o pracę i umowę cywilnoprawną jest poruszana w wielu publikacjach, niemniej jednak niezbędne jest pogłębianie badanego obszaru wiedzy w celu poznania wpływu form zatrudnienia na jakość życia pielęgniarek.

Badania przeprowadzone na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie dotyczące satysfakcji z życia polskich pielęgniarek wykazały, iż średni poziom satysfakcji z życia w zależności od miejsca zamieszkania jest wyższy u osób zamieszkujących w mieście niż mieszkających na wsi. Badania własne nie wykazały statystycznej zależności między miejscem zamieszkania a średnim poziomem satysfakcji z życia pielęgniarek [3]. Analiza statystyczna przeprowadzonych badań wykazała, iż miejsce zamieszkania nie ma wpływu na jakość życia badanych pielęgniarek, bez względu na formę zatrudnienia.

Badano również wpływ wieku na satysfakcję z życia pielęgniarek. Według badań przeprowadzonych przez Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy im starsze pielęgniarki, tym wyższa średnia satysfakcja z życia. Najniższą jakość życia deklarowały pielęgniarki w wieku 30–39 lat, najwyższą 50–59 lat. Jednakże badania statystyczne nie wykazały istotnych statystycznie zależności między wiekiem a średnim poziomem odczuwania satysfakcji z życia [3]. Inne badania przeprowadzone w Samodzielnej Pracowni Podstawowej Opieki Zdrowotnej na Wydziale Nauk o Zdrowiu w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie wykazały, iż ich jakość życia nieznacznie pogarsza się wraz z wiekiem [4]. Z kolei w przeprowadzonych badaniach, z wiekiem pogarsza się istotnie funkcjonowanie fizyczne pielęgniarek bez względu na formę zatrudnienia, a tym samym ich satysfakcja z życia. Badania przeprowadzone na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu pokazały istotną statystycznie zależność między średnim poziomem satysfakcji z życia a stanem cywilnym osób badanych. Osoby owdowiałe i w związkach małżeńskich czują najwyższą satysfakcję z życia, najniższą osoby stanu wolnego [3]. W przeprowadzonej analizie badań własnych nie wykazano wpływu stanu cywilnego na jakość życia badanych pielęgniarek bez względu na formę zatrudnienia. Kolejne badania, tym razem przeprowadzone w Zakładzie Pielęgniarstwa Społecznego na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym przedstawiły wyniki badań dotyczące wpływu stażu pracy na jakość życia pielęgniarek. Badania pokazały, iż im wyższy staż pracy, tym wyższa jakość życia badanych pielęgniarek. Również badania wykonane w Instytucie Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego wykazały, że im dłuższy staż pracy, tym większe zadowolenie z życia [5]. Natomiast badania własne takiej zależności nie wykazały, bez względu na formę

zatrudnienia. Kolejne badania przeprowadzone w Zakładzie Pielęgniarstwa Środowiskowego w Katedrze Środowiskowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie wykazały natomiast, że miejsce pracy ma wpływ na jakość życia pielęgniarek. Pielęgniarki pracujące w przychodniach, szpitalach i domach pomocy społecznej stwierdziły, iż ich jakość życia jest zadowolająca, z kolei pielęgniarki pracujące w prywatnych praktykach oceniają swoją jakość życia na niskim poziomie. Niemniej jednak nie wykazano istotnych statystycznie zależności między miejscem pracy a jakością życia pielęgniarek, tak samo jak w badaniach własnych. Także inne badania wykazały, iż nie ma istotnej statystycznie zależności między miejscem pracy badanych osób, stażem pracy i miejscem zamieszkania a poziomem satysfakcji z pracy [4]. Jeśli chodzi o wpływ wykształcenia na jakość życia pielęgniarek, badania przeprowadzone na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie wykazały, że im wyższe wykształcenie, tym wyższa jakość życia, jednakże statystycznie nie występuje zależność między jakością życia a wykształceniem pielęgniarek. Takie same wyniki można zauważyć w powołanej pracy, oprócz tego okazuje się, że im niższe wykształcenie pielęgniarek, tym ich witalność wyższa bez względu na formę zatrudnienia.

Badania przeprowadzone w Zakładzie Zdrowia Publicznego na Wydziale Nauki o Zdrowiu w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie wykazały, iż pielęgniarki w 48,97% odczuwają ból głowy i lęki, przede wszystkim wśród młodszej grupy badanych kobiet [4]. Również niedomagania zdrowia, które przejawiają się w ograniczeniach ruchowych, w bólu i przez stany emocjonalne, powodują różne problemy w funkcjonowaniu w życiu codziennym oraz pełnieniu ról rodzinnych, społecznych i zawodowych [4]. Badania wykonane w Instytucie Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego wykazały, iż pielęgniarki pracujące na umowę o pracę częściej skarżą się na dolegliwości układu ruchu, niż pracujące na kontrakcie [5]. Badania własne potwierdzają, iż na kontrakcie, częściej niż na umowie o pracę, pielęgniarki nie mają ograniczeń fizycznych, są bardziej witalne i zdrowsze psychicznie, jednakże częściej boli je głowa. Natomiast badania GUS przedstawiły, iż zadowolenie z obecnej wykonywanej pracy stwierdza 70% pielęgniarek, 6% nie jest zadowolona [6]. W przeprowadzonej analizie badań własnych wykazano, iż for-

ma zatrudnienia nie ma wpływu na stan zdrowia pielęgniarek i ich jakość ich życia.

Również badania przeprowadzone w Instytucie Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego wykazały, że niezadowolenie z pracy, a tym samym zmniejszenie zadowolenia z życia powoduje niską płacę, niski status zawodu, duża odpowiedzialność, jak i obciążenie fizyczne oraz psychiczne pielęgniarek. Z kolei forma zatrudnienia badanych pielęgniarek nie ma wpływu na ich jakość życia, bowiem praca zmianowa jest elementem ich zawodu i są do takiej formy pracy przyzwyczajone [5]. Doniesienie zagraniczne prezentują następujące wyniki badań. Pielęgniarki w 60% czują zadowolenie ze swojej pracy, a tym samym stwierdzają, iż ich jakość życia jest na średnim poziomie. Udowodniono statystycznie, iż im wyższe wykształcenie pielęgniarek, tym ich wyższa jakość życia. Istotną zależność stwierdzono między zmiennymi: poziom wykształcenia, doświadczenie zawodowe, rodzaj miejsca pracy. Nie stwierdzono istotnych różnic między jakością życia pielęgniarek a formą pracy, wysokością wynagrodzenia, wiekiem czy stanem cywilnym [7]. Z kolei inne badania wykazały, iż niektóre cechy socjodemograficzne i pracy zmniejszają jakość życia i zwiększają poziom depresji u pielęgniarek [8]. Inne badania wykazują, że lęk i depresja obniżają satysfakcję z pracy, a to przekłada się na gorszą jakość życia [9].

WNIOSKI

1. Miejsce zamieszkania/pracy, staż pracy, wykształcenie, stan cywilny i sytuacja rodzinna nie mają wpływu na jakość życia badanych pielęgniarek.
2. Wraz z wiekiem pogarsza się istotne funkcjonowanie fizyczne pielęgniarek bez względu na formę zatrudnienia.
3. Im dłuższy staż pracy, niższe wykształcenie, tym witalność lepsza pielęgniarek bez względu na formę zatrudnienia.
4. Na kontrakcie częściej niż na umowie o pracę pielęgniarki nie mają ograniczeń fizycznych, są bardziej witalne i zdrowsze psychicznie.
5. Forma zatrudnienia nie ma wpływu na stan zdrowia pielęgniarek i ich jakość życia.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek. Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Stojek-Siwińska M. *Mam już pracę. Prawo pracy*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2007.
2. Labuda D, Chorążewicz M. Kontrakt jako alternatywna forma zatrudnienia pielęgniarek w szpitalu. *Probl Pielęg* 2013; 3: 394–395.
3. Wysokiński M, Fidecki W, Walas L, i wsp. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2009; 17(3): 167–172.
4. Dugiel G, Kęcka K, Jasińska M. Jakość życia pielęgniarek – badania wstępne. *MONZ* 2015; 21(4): 398–401.
5. Bytnar B.: Jakość życia instrumentariuszki pracującej w systemie zmianowym. *Prz Med Uniw Rzesz* 2010; 2: 205–212.
6. GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. *Mieszkańcy Polski o swojej jakości życia*. Warszawa: GUS; 2014.
7. Moradi T, Maghaminejad F, Aziz-Fini I. Quality of working life of nurses and its related factors. *Nurs Midwifery Stud* 2014; 3(2): e19450.
8. Kizilirmak M, Demir S. Investigation of depression and quality of life In nurses working in hospitals. *Taf Prev Med Bull* 2016; 15(2): 132–140.
9. Borge L, Martinsen E, Hoffart R. Quality of life and mental health among nurses attending courses of the prevention of Professional burnout. *Tidsskr Nor Lacgeforen* 2003; 26, 123(13–14): 1847–1848.

Adres do korespondencji:

Mgr Anna Chudiak
Wydział Nauk o Zdrowiu
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784-18-24
E-mail: anna.chudiak@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.11.2015 r.
Po recenzji: 14.12.2015 r.
Zaakceptowano do druku: 15.01.2016 r.

OCENA PRZYGOTOWANIA CIĘŻARNEJ DO PORODU I MACIERZYŃSTWA PRZEZ SZKOŁĘ RODZENIA

Evaluation of preparation of a pregnant woman for a labor and maternity with antenatal class

Katarzyna Żelazko¹, Aleksandra Szlęczka², Małgorzata Pałczyńska³, Anna Jaros⁴

¹ Zakład Ginekologii, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Studentka Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Zakład Położnictwa, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁴ Zakład Położnictwa Praktycznego, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: katarzyna.zelazko@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Szkoła Rodzenia jest formą edukacji przeznaczoną dla rodziców oczekujących narodzin dziecka. To miejsce, w którym kobiety ciężarne wraz z partnerami mogą zdobyć niezbędną wiedzę z zakresu ciąży, porodu, położu i opieki nad noworodkiem.

Cel pracy. Przeprowadzenie badań, które umożliwiły ocenę przygotowania kobiet ciężarnych uczestniczących i nieuczestniczących w zajęciach Szkoły Rodzenia. Badania pozwoliły ocenić, czy udział w zajęciach i zdobyta przez kobiety wiedza wpływa korzystnie na przebieg porodu, zwiększa aktywne w nim uczestnictwo, czy sprzyja prowadzeniu zdrowego stylu życia w ciąży oraz czy nabyte umiejętności praktyczne ułatwiają opiekę nad noworodkiem.

Materiał i metody. Opracowanie wyników anonimowej ankiety przeprowadzonej w grupie 102 położnic w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, Ośrodku Badawczo-Rozwojowym, Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 we Wrocławiu oraz w formie internetowej, korzystając z formularzy Google.

Wyniki. W badaniu uczestniczyło najwięcej kobiet w wieku 20–30 lat (67%). Ponad połowa z nich (54%) to mieszkanki miast powyżej 100 tys. mieszkańców i kobiety z wyższym wykształceniem (55%). 52 respondentki to uczestniczki Szkoły Rodzenia (51%), 49 ankietowanych nie brało udziału w zajęciach (49%). Większość kobiet uczestniczących w Szkole Rodzenia to pierwsiastki. 96% uczestniczek Szkół Rodzenia była zadowolona lub raczej zadowolona z odbycia kursu.

Wnioski. Większość kobiet biorących udział w Szkole Rodzenia jest zadowolona z uczestnictwa w zajęciach, są to najczęściej pierwsiastki. Wykazują się one zdrowszym stylem życia oraz większą wiedzą teoretyczną z zakresu położu i opieki nad dzieckiem w porównaniu z kobietami, które nie uczestniczyły w zajęciach. Najczęściej wybieranym źródłem wiedzy o ciąży, porodzie i opiece nad noworodkiem wśród ankietowanych z obu grup są książki i prasa. Uczestniczki Szkół Rodzenia częściej korzystają z udogodnień sal porodowych, stosują techniki oddechowate i relaksacyjne oraz różne pozycje wertykalne w trakcie porodu.

Słowa kluczowe: Szkoła Rodzenia, poród aktywny, macierzyństwo.

SUMMARY

Background. Antenatal class is a form of education targeted to the parents who expect a child's birth. It is a place where pregnant women with their partners can acquire an essential knowledge in the fields of pregnancy, labor, childbed and new-born child care.

Objectives. The aim of this study was to conduct research that would enable evaluation of preparation of pregnant women participating and not participating in antenatal classes. Conducted research has helped to evaluate if taking part in classes and knowledge acquired by women has a positive impact on the course of the labor, increases their participation in the labor's process, encourages to lead a healthy lifestyle during the pregnancy, and whether practical skills acquired during class simplify new-born care.

Material and methods. Elaboration of the results of a survey carried out on a group of 102 women in labour in Regional Specialistic Hospital in Wrocław, Research and Development Center, Independent Public Clinical Hospital no. 1 in Wrocław and in online way, using Google forms.

Results. The biggest group of women taking part in the research were in age 20–30 (67%). More than a half of them (54%) are the residents of the cities with population above 100.000 and women with higher education (55%). 52 respondents are the participants of antenatal class (51%), 49 of interviewees have not taken part in classes (49%). Most of women taking part in antenatal classes are primigravidas. 96% of participants were satisfied or rather satisfied of the classes.

Conclusions. Most of women taking part in antenatal classes are satisfied with participation in classes, they are mostly primigravidas. They lead a healthier lifestyle and have better theoretical knowledge in the field of childbed and childcare in comparison with those who have not taken part in classes. Most frequently chosen knowledge sources about pregnancy, labor and new-born child care among interviewees are books and the press. The participants of antenatal classes use labor facilities more often, practise respiratory and relaxation techniques and different vertical positions during the labor.

Key words: Antenatal class, active labor, maternity.

WSTĘP

Szkoła Rodzenia jest formą edukacji przeznaczoną dla rodziców oczekujących narodzin dziecka. To miejsce, w którym kobiety ciężarne wraz z partnerami mogą zdobyć niezbędną wiedzę z zakresu ciąży, porodu, położu i opieki nad noworodkiem.

Historia powstania Szkół Rodzenia sięga lat 50. ubiegłego wieku. W 1954 r. we Francji zezwolono oficjalnie na obecność ojca podczas porodu. Spowodowało to prawdziwą rewolucję wśród personelu medycznego. Zaistniała wtedy konieczność teoretycznego przygotowania ojców do aktu narodzin [1].

Za prekursora Szkół Rodzenia uznaje się G.D. Reada, który w latach 60. XX wieku w Anglii stworzył pojęcie „Koła Reada”. Po-

wstała wtedy inicjatywa przygotowywania ciężarnych do porodu. Jego teoria głosiła, że lęk, jaki pojawia się w trakcie porodu, przyczynia się do zwiększenia napięcia mięśniowego, a tym samym wzmacnia odczuwanie bólu, co jeszcze bardziej wyzwała uczucie lęku u rodzącej. Według Reada to następstwo negatywnych skutków można ukrócić przez edukację kobiet w zakresie porodu fizjologicznego oraz uświadamianie, jak ważny jest jej czynny udział w porodzie dla prawidłowego przebiegu następujących po sobie etapów. Miało to na celu zniwelować odczuwanie bólu przez bycie świadomym uczestnikiem porodu [2].

W Polsce twórcą wzorca Szkół Rodzenia był Włodzimierz Fijałkowski, którego teoria głosiła, iż skupienie rodzącej na wypracowanym postępowaniu, umiejętnościach oraz naturalnym

odczuwaniu mają aktywizować kobietę do współpracy z personelem w trakcie porodu. Pierwsze Szkoły Rodzenia powstały na terenie kraju w latach 1956–1957, w Krakowie, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu i Łodzi [3].

Szkoła Rodzenia otrzymała rekomendację Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, jako forma kształcenia przyszłych rodziców z zakresu ciąży i przygotowania do macierzyństwa [4].

Założeniem Szkół Rodzenia jest jak najlepsze przygotowanie uczestników do pełnienia ról rodzicielskich, a także świadomego uczestnictwa w porodzie. Coraz więcej kobiet będących przyszłymi matkami decyduje się na wzięcie udziału w zajęciach, chcąc czerpać wiedzę o ciąży, porodzie i macierzyństwie. W pracy oceniono przygotowanie położnic do porodu i macierzyństwa na podstawie przeprowadzonej wśród nich anonimowej ankiety własnego autorstwa. Miało to na celu uzyskanie odpowiedzi, czy Szkoła Rodzenia spełnia powierzone jej zadania oraz czy jej uczestniczki wykorzystują zdobytą w niej wiedzę.

CEL PRACY

Celem pracy było przeprowadzenie badań, które umożliwiłyby ocenę przygotowania kobiet ciężarnych uczestniczących, a także tych, które nieuczestniczyły w zajęciach Szkoły Rodzenia do porodu i macierzyństwa. Przeprowadzone badania pozwoliły ocenić, czy udział w zajęciach i zdobyta przez kobiety wiedza wpływa korzystnie na przebieg porodu, zwiększa aktywne uczestnictwo w nim, czy sprzyja prowadzeniu zdrowego stylu życia w ciąży oraz czy nabyte umiejętności praktyczne ułatwiają opiekę nad noworodkiem.

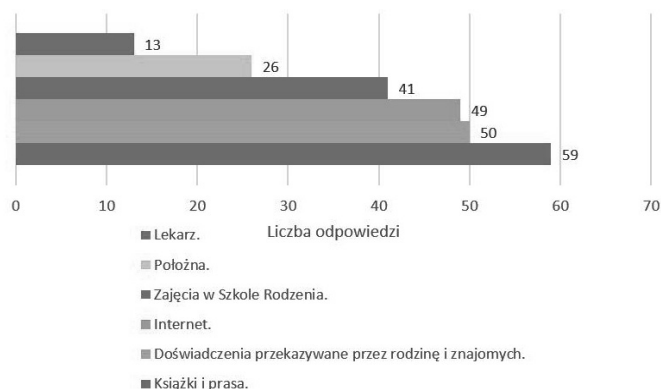
MATERIAŁ I METODY

Zbadano przygotowanie 102 kobiet w wieku od 20. roku życia, 52 z nich uczestniczyły w zajęciach Szkół Rodzenia, 50 z nich nie brało udziału w zajęciach. Dane respondentek pozostały całkowicie anonimowe. Ankiety przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, Ośrodku Badawczo-Rozwojowym, Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 we Wrocławiu oraz w formie internetowej, korzystając z formularzy Google. Wyniki opracowano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel 2010 oraz Microsoft Word 2010.

WYNIKI

W badaniu uczestniczyły 102 położnice (100%). 52 respondentki (51%) uczestniczyły, a 50 kobiet (49%) nie brało udziału w zajęciach Szkoły Rodzenia.

Spośród 102 ankietowanych 68 było w wieku 20–30 lat (67%), 31 stanowiło grupę wiekową 31–40 lat (30%). 55 respondentek (54%) to mieszkanki miast powyżej 100 tys. mieszkańców, 19 kobiet (18%) zamieszkuje na wsi. Największą grupę (55%) stanowiło 56 respondentek mających wykształcenie wyższe, 39 respondentek (38%) miało wykształcenie średnie. 56 respondentek (55%) oceniło swoją sytuację materialną jako dobrą, 32 kobiety (31%) uważały swoją sytuację materialną za przeciętną, 13 określiło ją jako bardzo dobrą, a 1% – jako bardzo złą.



Rycina 1. Źródła wiedzy na temat ciąży, porodu i opieki nad noworodkiem (pytanie wielokrotnego wyboru)

Dla 72 respondentek (71%) był to pierwszy poród, dla 30 kobiet (29%) był to poród kolejny. 59 respondentek jako źródło wiedzy na temat ciąży, porodu i opieki nad noworodkiem wybrało książki i prasę, 50 ankietowanych korzystało z doświadczeń przekazywanych przez rodzinę i znajomych, 49 respondentek korzystało z Internetu, a 41 – z zajęć w Szkole Rodzenia (ryc. 1).

52 respondentki (51%) w trakcie ciąży uczestniczyły w zajęciach Szkoły Rodzenia, 50 ankietowanych (49%) nie skorzystało z zajęć. Większość uczestniczek Szkół Rodzenia to pierwsiastki (83%).

Dla 38 spośród 52 uczestniczek Szkół Rodzenia chęć zdobycia wiedzy na temat ciąży, porodu i opieki nad noworodkiem była najczęstszym powodem korzystania z zajęć (73%) (ryc. 2).



Rycina 2. Powody uczestnictwa w zajęciach Szkoły Rodzenia

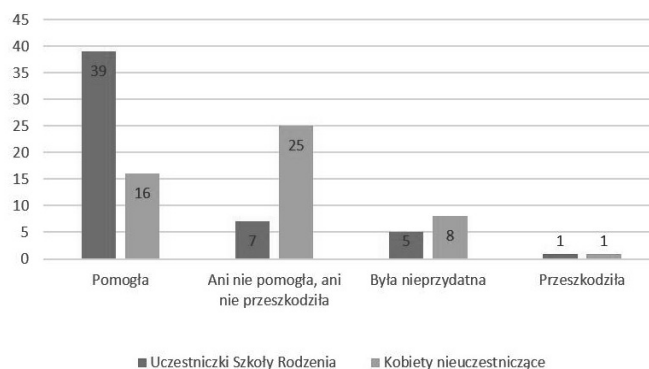
Według 42 respondentek (81%) zagadnienia omawiane w Szkole Rodzenia były starannie dobrane, interesujące, zaspokoiły ich ciekawość i zaopatrzyły w niezbędną wiedzę. W 5 przypadkach (9%) program Szkoły Rodzenia nie do końca odpowiadał oczekiwaniom ankietowanych.

36 z 52 respondentek (69%) oceniło, iż zagadnienia były przedstawione dokładnie, poparte przykładami i uzupełnione pokazami/ćwiczeniami. Tylko dla 4 respondentek (8%) zagadnienia zostały omówione pobieżnie i nie były wystarczająco utrwalone.

31 respondentek (60%) było zadowolonych z uczestnictwa w Szkole Rodzenia, 19 ankietowanych (36%) odpowiedziało, iż są raczej zadowolone.

30 respondentek uczestniczących w zajęciach Szkół Rodzenia (58%) ocenia swoje przygotowanie do porodu na dobre, natomiast w grupie kobiet nieuczestniczących jest to grupa 24 respondentek (48%). Za raczej dobrym przygotowaniem opowiedziało się 21 uczestniczek Szkół Rodzenia (40%) oraz 14 respondentek nieuczestniczących w zajęciach (28%). Wykazuje to, że uczestniczki Szkół Rodzenia oceniają lepiej swoje przygotowanie do porodu, połogu i macierzyństwa.

Według 39 z 52 uczestniczek Szkół Rodzenia (75%) ich wiedza teoretyczna pomogła im w trakcie porodu, w grupie kobiet nieuczestniczących odpowiedź tę zaznaczyło 16 z 50 respondentek (32%) (ryc. 3).



Rycina 3. Wpływ wiedzy teoretycznej na przebieg porodu

Najwięcej respondentek stosowało techniki oddechowe i relaksacyjne podczas porodu (49 odpowiedzi), 40 ankietowanych wykorzystało także różne pozycje porodowe, a 38 kobiet korzy-

stało z przyrządów i udogodnień, takich jak: wanna/prysznic, materac, drabinki i piłka.

42 ankietowanym uczestniczącym w Szkołach Rodzenia (81%) i 15 respondentkom nieuczestniczącym w zajęciach (30%) udało się oddychać torem przeponowo-brzusznym w trakcie porodu.

43 respondentki uczestniczące w Szkole Rodzenia i 39 nieuczestniczących odpowiedziało, iż wiedzą, jak pielęgnować ranę krocza/brzucha, jakiej bielizny i kosmetyków używać. 43 uczestniczki Szkół Rodzenia i 40 kobiet nieuczestniczących zadeklarowało, że wiedzą, jak poprawnie wykonywać czynności pielęgnacyjne nad noworodkiem, natomiast 38 respondentek będących uczestniczkami Szkół Rodzenia i 29 respondentek nieuczestniczących odpowiedziało, iż wiedzą co powinny, a czego nie mogą jeść w położu.

33 spośród 52 uczestniczek Szkoły Rodzenia (63,5%) odpowiedziało, iż znają i stosują „kangurowanie”, natomiast 15 z 50 respondentek (30%) nieuczestniczących w Szkole Rodzenia wybrało tę odpowiedź. Aż 44% ankietowanych, nieuczestniczących w kursie nie zna tego pojęcia.

41 respondentek uczestniczących w Szkole Rodzenia (79%) i 21 ankietowanych nieuczestniczących w zajęciach (42%) odpowiedziało, że odżywiało się w ciąży zdrowo i racjonalnie. Wskazuje to, iż matki biorące udział w kursie mają większą świadomość wpływu odżywiania na rozwój dziecka.

50 respondentek uczestniczących w Szkole Rodzenia (96%) zadeklarowało, że zna techniki karmienia piersią, 36 respondentek nieuczestniczących w zajęciach (72%) wybrało tę odpowiedź. 50 respondentek uczęszczających do Szkół Rodzenia (96%) i 44 ankietowane nieuczęszczające na zajęcia (88%) wybrało odpowiedź, iż karmienie naturalne jest najlepsze dla dziecka.

Odpowiedź, iż połóg trwa do 6 tygodni po porodzie wybrały 43 ankietowane uczestniczące w Szkole Rodzenia (83%) oraz 35 respondentek nie biorących udziału w Szkole Rodzenia (70%).

DYSKUSJA

W przeprowadzonych badaniach udział wzięły 102 położnice, z czego 52 uczestniczyły w zajęciach Szkoły Rodzenia (51%). Dla 72 ankietowanych (71%) był to pierwszy poród.

Najpowszechniejszym źródłem wiedzy o ciąży, porodzie i opiece nad noworodkiem były książki i prasa (59 respondentek). Szkoła Rodzenia była głównym źródłem wiedzy dla 41 respondentek.

Większość uczestniczek Szkół Rodzenia to pierwiastki (83%). Podobne wyniki otrzymali Kołomyjec i wsp., gdzie stanowią one 85,5% wszystkich uczestniczek Szkół Rodzenia [5]. W zajęciach częściej biorą udział kobiety oczekujące narodzin pierwszego dziecka, najczęściej mieszkanki większych miast z wyższym wykształceniem. Dane te są zgodne z doniesieniami autorów polskich, jak i z pozostałych regionów Europy oraz Stanów Zjednoczonych i Kanady [6–8]. Według wielu autorów niska frekwencja wieloródek w zajęciach wynika z faktu, że przebyty poród dla wielu kobiet stanowi wystarczające doświadczenie [6–7].

Przeprowadzone badania dowiodły, że Szkoła Rodzenia spełnia oczekiwania uczestniczek, dla 42 z nich (81%) zagadnienia były starannie dobrane, zaspokoili ich ciekawość i zaopatrzyły w niezbędną wiedzę. 96% respondentek było zadowolonych lub raczej zadowolonych z uczestnictwa w zajęciach, co z pewnością wpłynęło na zmniejszenie stresu związanego z porodem i macierzyństwem. Nabywanie wiedzy i umiejętności praktycznych w trakcie zajęć Szkoły Rodzenia wpływa korzystnie na przebieg porodu, o czym świadczą wyniki przeprowadzonej ankiety. 75% uczestniczek Szkół Rodzenia zadeklarowało, iż

wiedza teoretyczna pomogła im w trakcie porodu. Wykorzystanie praktycznej wiedzy znacznie lub częściowo ułatwiło przebieg porodu 81% kobiet ze Szkół Rodzenia. Badania dowiodły, że uczestniczki Szkoły Rodzenia wykazały się większą znajomością zagadnień, które ułatwiły im aktywne uczestniczenie w porodzie. Aż 81% z nich odpowiedziało, że udało im się oddychać torem przeponowo-brzusznym w trakcie porodu, tymczasem w grupie nieuczestniczących było to zaledwie 30%. Techniki oddechowe i relaksacyjne stosowało 49 respondentek, 40 kobiet zastosowało różne pozycje porodowe, a 38 korzystało z przyrządów i udogodnień dostępnych na sali porodowej. W swojej pracy Delke i wsp., oznaczając poziom beta-endorfin w surowicy rodzących, stwierdzili ich niższe stężenie u kobiet uczestniczących w przedporodowych kursach, co mogło świadczyć, że w momencie bólu porodowego ich organizm miał mniejsze zapotrzebowanie na te naturalne opioidy. W ocenie badaczy pacjentki te rzadziej wymagały stosowania środków przeciwbólowych [9].

Zdrowy tryb życia, tak szczególnie ważny dla kobiet spodziewających się dziecka, wykazuje więcej położnic będących uczestniczkami Szkół Rodzenia. Na zdrowe i racjonalne odżywianie w trakcie ciąży postawiło 41 z nich (79%), tymczasem wśród respondentek nieuczestniczących w zajęciach 21 wybrało tę odpowiedź (42%). Stosowanie używek wiąże się z możliwością wystąpienia powikłań w trakcie ciąży, porodu czy położu, ma także niekorzystny wpływ na dobrostan dziecka, z czego zdaje sobie sprawę większość ankietowanych. 9 kobiet zadeklarowało palenie papierosów w trakcie ciąży, w tym 8 z nich nie uczestniczyło w zajęciach Szkoły Rodzenia.

Ważnym elementem opieki nad niemowlęciem jest prawidłowe przystawianie go do piersi, znajomość technik karmienia zadeklarowało 50 uczestniczek Szkół Rodzenia (96%) i 36 kobiet nieuczestniczących (72%).

Ważnym etapem, z jakim mierzą się matki, jest trwający do 6 tygodni po porodzie połóg, czas jego trwania znało 83% respondentek uczestniczących w Szkole Rodzenia i 70% kobiet nieuczestniczących. Kobiety biorące udział w zajęciach zadeklarowały w większym procencie znajomość wiedzy w zakresie pielęgnacji rany krocza/brzucha czy wystąpienia niepokojących objawów u siebie i dziecka.

Kobiety uczestniczące w zajęciach Szkół Rodzenia są świadome wartości zdrowego stylu życia i bardziej stronią od stosowania używek, tylko jedna z uczestniczek paliła papierosy w ciąży (1%). Podobną tendencję wykazały badania Kwiatka i wsp. [10], gdzie wśród uczestniczek Szkoły Rodzenia jedynie 3,3% paliło papierosy w ciąży. Zdecydowana przewaga kobiet jest zadowolona z uczestniczenia w zajęciach i wykazuje się większą znajomością teoretycznej i praktycznej wiedzy dotyczącej porodu i macierzyństwa.

WNIOSKI

- Większość kobiet biorących udział w Szkole Rodzenia jest zadowolona z uczestnictwa w zajęciach.
- Kobiety uczestniczące w Szkołach Rodzenia to najczęściej pierwiastki.
- Uczestniczki Szkół Rodzenia wykazują zdrowszy styl życia.
- Najczęściej wybieranym źródłem wiedzy o ciąży, porodzie i opiece nad noworodkiem są książki i prasa, następnie doświadczenia przekazywane przez rodzinę i znajomych oraz Internet.
- Kobiety biorące udział w Szkole Rodzenia wykazują się większą wiedzą teoretyczną z zakresu położu i opieki nad noworodkiem.
- Uczestniczki Szkół Rodzenia częściej korzystają z udogodnień sal porodowych, stosują techniki oddechowe i relaksacyjne oraz różne pozycje wertykalne w trakcie porodu.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek. Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Iwanowicz-Palus G, red. *Alternatywne metody opieki okołoporodowej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
2. Read GD. *The principles and practice of natural childbirth*. London: Heineman W; 1951.
3. Fijałkowski W. *W szkole rodzenia. Odkrywanie radości rodzicielstwa*. Gdańsk: Wydawnictwo MAKmed; 1996.
4. Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. *Ginekol po Dypl* 2005; 12(10): 10.
5. Kołomyjec P, Suchocki S, Kędra-Rakoczy M. Wykształcenie i zachowania prozdrowotne ciężarnych biorących udział w zajęciach szkoły rodzenia oraz ich wpływ na przebieg porodu i stan noworodka. *Klin Perinatol Ginekol* 2007; 3(10): 57–60.
6. Spinelli A, Baglio G, Donati S, et al. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13(2): 94–101.
7. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery* 2004; 20(3): 226–235.
8. Guzikowski W, Kowalczyk D, Mączka M. Analiza aktualnych form przygotowania do porodu rodzinnego i „tradycyjnego”. *Klin Perinatol Ginekol* 2004; 1(8): 67–70.
9. Delke I, Minkoff H, Grunebaum A. Effect of Lamaze childbirth preparation on maternal plasma beta-endorphin immunoreactivity in active labor. *Am J Perinatol* 1985; 2(4): 317–319.
10. Kwiatek M, Gęca T, Biegaj-Fic J. Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. *MONZ* 2011; 17(3): 111–115.

Adres do korespondencji:

Mgr Katarzyna Żelazko
Zakład Ginekologii
Katedra Ginekologii i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 664 782 089
e-mail: katarzyna.zelazko@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 24.01.2016 r.

Po recenzji: 28.02.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 12.03.2016 r.

PROBLEMY PIELEGNACYJNE DZIECI Z WODOGŁOWIEM

Problems in the care of patients with hydrocephalus

Karolina Pieczętkiewicz¹, Natalia Kuzia¹, Anna Rozensztrauch²,
Iwona Pilarczyk-Wróblewska²

¹ Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Pediatrii Społecznej, Katedra Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wodogłowie charakteryzuje się zwiększeniem objętości płynu mózgowo-rdzeniowego w układzie komorowym mózgu. Niezależnie od rodzaju wodogłowia i czasu jego wystąpienia należy dbać o indywidualne podejście do dziecka. Dobór metod pielęgnowania uzależniony jest od współistnienia innych wad rozwojowych, nasilenia objawów klinicznych oraz wieku dziecka. Celem pracy jest omówienie najczęściej występujących problemów pielęgnacyjnych u dziecka z wodogłowiem oraz przedstawienie działań zmierzających do ich rozwiązania.

Słowa kluczowe: wodogłowie, dziecko, opieka pielęgnarska.

SUMMARY

Hydrocephalus is a condition in which there is abnormal accumulation of cerebrospinal fluid in the brain. Regardless of the type of hydrocephalus and the time of its occurrence individual approach to the child should be taken. Depending on the coexistence of other malformations, clinical symptoms and the child's age appropriate nursing methods should be chosen. The aim of the study is to discuss the most common problems occurring during care of children with hydrocephalus and to provide nursing interventions that will lead to their solution.

Key words: hydrocephalus, child, nursing care.

WSTĘP

Wodogłowie (ang. *hydrocephalus*) to nadmierne gromadzenie się płynu mózgowo-rdzeniowego, będące skutkiem różnych patologicznych zmian. To stan, w którym zaburzona zostaje równowaga między wytwarzaniem a wchłanianiem płynu mózgowo-rdzeniowego, co prowadzi do poszerzenia wewnątrzczaszkowych przestrzeni płynowych, zwłaszcza układu komorowego mózgu. Procesowi temu towarzyszyć może stały lub okresowy wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego [1, 2].

Zachorowalność u noworodków ocenia się od 0,3 do 2,5 zaburzeń przypadających na 1000 urodzeń dzieci [3]. W przypadku wodogłowia wrodzonego wadę tę można stwierdzić w badaniu ultrasonograficznym między 12. a 15. tygodniem życia płodowego [4].

Do rozwoju wodogłowia może dojść w okresie życia płodowego – wodogłowie wrodzone, lub po porodzie – wodogłowie nabyte. Wśród przyczyn wodogłowia wrodzonego można wyróżnić m.in.: guzy, przepukliny oponowo-rdzeniowe, defekty naczyniowe. Ważnymi czynnikami etiologicznymi są również zakażenia bakteryjne, wirusowe, toksoplazmoza. Zespołami przyczyniającymi się do powstania wodogłowia mogą być: zespół Arnoldda-Chiariego czy Dandy'ego-Walkera. Wodogłowie nabyte jest uwarunkowane przez wylew podpajęczynówkowy lub przebyty stan zapalny.

Ze względu na aktywność oraz rozmieszczenie procesu wydzielamy dwa typy wodogłowia: komunikacyjne i zamknięte. W wodogłowiu komunikacyjnym płyn mózgowo-rdzeniowy przenika do przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu i rdzenia. Drugi typ wodogłowia jest uwarunkowany obecnością czynnika mechanicznego w obszarze komorowym albo w obszarze zespolenia komór z przestrzenią podpajęczynówkową, a odpływ płynu jest utrudniony lub całkowicie niemożliwy.

Wodogłowie może rozwijać się w jednym z trzech mechanizmów: niedrożności (obturacyj) dróg płynowych, nadprodukcji płynu mózgowo-rdzeniowego, upośledzonego odpływu krwi żyłnej z jamy czaszki. Obecność przeszkody mechanicznej utrudnia swobodny przepływ płynu do miejsca wchłaniania, co

powoduje wzrost ciśnienia tętniczego i żylnego, przyczyniając się do nadmiernej produkcji płynu i dalszego pogarszania się krążenia [1, 2].

Obraz kliniczny zależy od czasu wystąpienia patologii w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego, dynamiki procesu chorobowego, wieku pacjenta i wartości ciśnienia wewnątrzczaszkowego, stąd wyróżnia się cztery typy przebiegu klinicznego.

- 1. Wodogłowie ostre** – to nagłe pojawienie się przeszkody, szybkie narastanie objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego: nudności, wymioty, ból głowy. U dzieci starszych może pojawić się tzw. zespół Parinauda (zaburzenia skojarzonego spojrzenia ku górze, konwergencji gałek ocznych, reakcji źrenic na nastawność), którego odpowiednikiem u niemowląt jest „objaw zachodzącego słońca”. Pojawiają się zaburzenia świadomości o różnym nasileniu. Brak podjęcia leczenia może prowadzić do ostrego zespołu śród-mózgowego i zgonu pacjenta.
- 2. Wodogłowie przewlekłe** – gdzie symptomy choroby rozwijają się przez długi czas. Do najczęstszych należą: bóle głowy, zwłaszcza w okolicy czołowej, wymioty, obrzęk lub zanik tarcz nerwów wzrokowych, zaburzenia czynności intelektualnych, zachowania i pamięci. Często obserwuje się objawy zespołu Parinauda, „objaw zachodzącego słońca”, zaburzenia chodu wywołane niedowładem spastycznym kończyn dolnych. W przebiegu wodogłowia przewlekłego może dochodzić do zaburzeń osi podwzgórzowo-przysadkowej, a w jej konsekwencji do zaburzeń wzrastania, dystrofii tłuszczowo-płciowej czy przedwczesnego dojrzewania płciowego.
- 3. Wodogłowie normociśnieniowe** (wodogłowie pokrwotoczne, pozapalne pourazowe) – to faza przewlekła, w której stan ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego jest prawidłowy, lecz widoczne są nieduże dysproporcje ciśnień między komorą a mózgowiem. Do typowych objawów należą: zaburzenia czynności poznawczych, chodu, nietrzymanie moczu (zespół Hakima). U dzieci obserwuje się powiększenie obwodu głowy, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, rozwój zdolności werbalnych przewyższa możliwości uczenia się, niedowład kończyn dolnych, zez, niezborność.

4. Wodogłowie zatrzymane – to faza przewlekła, w której stan ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego jest prawidłowy, a dysproporcje ciśnień między komorami a mózgowiem są niezauważalne [2]. Obserwuje się brak nowych objawów neurologicznych i poprawę rozwoju psychoruchowego.

W przypadku wodogłowia wrodzonego u noworodków stwierdza się powiększenie obwodu głowy, dysproporcje między częścią mózgową a twarzoczaszką, niskie osadzenie oczu i uszu. Układ żył powierzchownych głowy jest poszerzony, ciemniaczko przednie powiększone, napięte i wypukłone. U niemowląt, u których wodogłowie wystąpiło po zamknięciu szwów czaszki, może dojść do ich rozejścia, pojawiają się niedowłady nerwów odwodzących, porażenie skojarzonego ruchu gałek ocznych ku górze („objaw zachodzącego słońca”), dodatni jest objaw Macewena, czyli „odgłos pękniętego garnka” przy opukiwaniu czaszki. U niemowląt do 9. miesiąca życia, u których stwierdza się znaczne poszerzenia komór, dodatni jest test transluminacji czaszki. Z uwagi na duży obwód i masę głowy niemowlę może mieć trudności z jej unoszeniem i obracaniem się na boki. U dzieci w obszarze kończyn zwykle pojawia się niedowład lub porażenie. Stopniowo dochodzi do pogarszania się rozwoju intelektualnego [1, 2].

Rozpoznanie dokonuje się na podstawie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i ultrasonografii [2].

Leczenie nieinwazyjne polega na profilaktyce procesów zapalnych mózgu [2]. Skuteczną metodą złagodzenia wodogłowia u wcześniaków i noworodków o małej masie urodzeniowej jest wprowadzenie jałowego drenażu zewnętrznego albo wprowadzenie pod skórą zbiornika Rickhama. Zastawka komorowo-otrzewnowa stosowana jest do wyrównania ciśnienia w mózgu wywołanego nagromadzeniem płynów [5]. Ograniczeniami do wszczęcia zastawki są: zakażenia ośrodkowego układu nerwowego, wylew krwi do komór, poważne infekcje systemowe oraz infekcje powłok, a także patologiczny płyn mózgowo-rdzeniowy [6].

Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z wodogłowiem i towarzyszącym zwiększonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym polega na rozpoznawaniu i łagodzeniu objawów wynikających ze wzmożonego ciśnienia, aktywnym udziale w działaniach terapeutycznych zmierzających do jego obniżenia, identyfikacji i eliminowaniu czynników zagrażających ponownym wzrostem ciśnienia wewnątrz czaszki [7]. Istotne znaczenie dla prawidłowego leczenia dziecka ma właściwa pielęgnacja wykonywana przez pielęgniarkę w szpitalu i kontynuowana w domu przez rodziców. Jeszcze podczas pobytu dziecka na oddziale pielęgniarka powinna rozpoznać umiejętności rodziców do sprawowania opieki nad dzieckiem w warunkach domowych i podjąć odpowiednie działania edukacyjne. Uczy rodziców właściwej pielęgnacji dziecka, zapewnia pomoc, udziela porad dotyczących opieki nad dzieckiem. Rodzaj zabiegów pielęgnacyjnych jest dobierany indywidualnie w zależności od stanu dziecka, a także sprawności i predyspozycji rodziców. Dla optymalizacji opieki pielęgniarskiej niezbędne jest zdobycie zaufania dziecka i jego rodziny oraz zaangażowanie ich w proces pielęgnowania [8].

PROBLEMY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE DZIECI Z WODOGŁOWIEM

Diagnoza 1. Ryzyko zagrożenia życia wynikające ze wzrostu ciśnienia śródczaszkowego wywołanego nagromadzeniem płynu mózgowo-rdzeniowego w przestrzeni mózgowej.

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka zagrożenia życia dziecka oraz powikłań wywołanych nagromadzeniem się płynu mózgowo-rdzeniowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- 1) Obserwacja dziecka dotycząca wystąpienia wczesnych objawów świadczących o nagromadzeniu płynu mózgowo-rdzeniowego w przestrzeniach mózgowych przez:
 - ocenę napięcia ciemniaczka u niemowląt;
 - obserwację stanu źrenic dziecka;
 - pomiar ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna (napięcie,

rytm, częstość), dokumentowanie otrzymanych wyników oraz ich porównywanie;

- obserwację częstości i charakteru oddechów, dokumentację oraz analizę wyników;
 - podanie tlenu na zlecenie lekarza w momencie wystąpienia duszności u dziecka;
 - obserwację zachowania dziecka (zwrócenie uwagi na rozdrażnienie, niepokój, zaburzenia snu), objawy te mogą świadczyć o wzroście ciśnienia śródczaszkowego;
 - kontrolę diurezy;
 - obserwację łaknienia oraz przyswajania posiłków (zwrócenie szczególnej uwagi na występujące wymioty oraz ulewania u dziecka).
- 2) Zadbanie o bezpieczeństwo dziecka przez:
 - założenie barierek ochronnych na łóżko;
 - wyeliminowanie z najbliższego otoczenia dziecka przedmiotów niebezpiecznych;
 - pomoc dziecku podczas poruszania się.
 - 3) Ocena świadomości chorego za pomocą skali Glasgow.
 - 4) Ułożenie pacjenta w pozycji leżącej na plecach, z głową uniesioną pod kątem 10–30 stopni.
 - 5) Eliminacja bądź ograniczenie bodźców świetlnych oraz dźwiękowych.
 - 6) Pomoc dziecku w utrzymaniu odpowiedniej higieny ciała.
 - 7) Zidentyfikowanie czynników mogących nasilać dolegliwości dziecka i w miarę możliwości wyeliminowanie ich z otoczenia, w którym przebywa pacjent.
 - 8) Wyeliminowanie w miarę możliwości bodźców bólowych.
 - 9) Obserwację dziecka dotyczącą możliwości wystąpienia drgawek.
 - 10) Przekazanie rodzicom dziecka informacji na temat postępowania podczas wystąpienia drgawek.
 - 11) Założenie dostępu do żyły obwodowej.
 - 12) Unikanie izometrycznego napięcia mięśni pacjenta, przyczyniającego się do wzrostu układowego ciśnienia tętniczego.
 - 13) Podaż środków farmakologicznych na zlecenie lekarza.
 - 14) Do czasu stabilizacji ciśnienia śródczaszkowego ograniczenie zabiegów pielęgnacyjnych do niezbędnych.

Diagnoza 2. Trudności związane z wykonywaniem czynności dnia codziennego spowodowane niedowładem/porażeniem.

Cel opieki: wdrożenie pacjenta do samoobsługi.

Interwencje pielęgniarskie:

- 1) Ustalenie i przedstawienie pacjentowi i jego rodzinie planu postępowania z chorym w zakresie samoobsługi.
- 2) Motywowanie pacjenta do podejmowania odpowiednich działań oraz wdrażanie go do wykonywania codziennych czynności.
- 3) Pomaganie w wykonywaniu czynności higienicznych: asystowanie w wykonywaniu toalety całego ciała 1–2 razy dziennie oraz w miarę potrzeby pomoc w wykonywaniu toalety jamy ustnej, instruowanie i wspomaganie w zakresie mycia głowy.
- 4) Pomoc w ubieraniu się.
- 5) Poinstruowanie rodziny na temat właściwego ubioru chorego (rozpoczęcie ubierania pacjenta od strony niewładnej, a rozbierania od strony sprawnej).
- 6) Poinformowanie chorego o konieczności używania dwuczęściowych ubrań oraz o unikaniu ubierania kombinezonów.
- 7) Informowanie rodziny o możliwości wyposażenia chorego w sprzęt pomocnicze, takie jak: balkoniki, trójnogi, drabinki sznurowe, wózek inwalidzki, łyżki o szerokich uchwytych, stolik przyłóżkowy.
- 8) Nauczenie pacjenta oraz jego rodziny korzystania ze specjalistycznego sprzętu pomocniczego.
- 9) Poinformowanie rodziny chorego o konieczności przystosowania pomieszczeń do potrzeb osoby z niedowładem/porażeniem.

- 10) Zadbanie o prawidłowe ułożenie kończyn z niedowładem/porażeniem.
- 11) Stosowanie ćwiczeń biernych zapobiegających przykurczom.
- 12) Stosowanie masażu kończyn objętych niedowładem/porażeniem.
- 13) Natłuszczanie skóry kończyn objętych niedowładem/porażeniem.
- 14) Poinformowanie rodziny o możliwości korzystania z usług fizjoterapeuty.
- 15) Pomoc w przyjmowaniu posiłków.

Diagnoza 3. Niedobór masy ciała wywołany brakiem apetytu i/lub wymiotami spowodowanymi uciskiem nagromadzonego płynu mózgowo-rdzeniowego na nerwy czaszkowe.

Cel opieki: minimalizowanie możliwości wystąpienia niedoboru masy ciała.

Interwencje pielęgniarские:

- 1) Zadbanie o całościowe przyjmowanie posiłków przez dziecko, w razie ulewań lub braku apetytu założenie sondy dożołądkowej.
- 2) Karmienie pacjenta posiłkami o odpowiedniej konsystencji.
- 3) Karmienie dziecka odpowiednio dobraną dietą dostosowaną do wieku oraz problemów zdrowotnych dziecka.
- 4) Podawanie pokarmów często, ale w zmniejszonych dawkach.
- 5) Zadbanie o estetyczny wygląd posiłków, a także o odpowiednią ich temperaturę (pokarmy do spożycia „na ciepło” o temperaturze 40°C są lepiej tolerowane przez dziecko).
- 6) Regularne wykonywanie toalety jamy ustnej chorego.
- 7) Umożliwienie rodzicom kontaktu z dietetykiem.
- 8) Codzienna, regularna kontrola masy ciała dziecka (pomiar masy ciała powinien odbywać się o tej samej porze dnia, rano po oddaniu moczu. Pomiar powinien być wykonywany za pomocą tej samej wagi). Dokumentowanie i porównywanie uzyskanych wyników.
- 9) Karmienie dziecka w pozycji półwysokiej.
- 10) Uzupełnianie diety dziecka wysokokalorycznymi posiłkami z zawartością olejów MCT.
- 11) Obserwacja dziecka związana z ulewaniem, wymiotami.
- 12) Obecność pielęgniarki przy dziecku podczas spożywania posiłków.
- 13) Uzupełnienie diety pacjenta odpowiednią ilością płynów.
- 14) Kontrola nawodnienia pacjenta przez obserwację, dokumentowanie i analizę diurezy.
- 15) Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali dziecka sprzyjającego spożywaniu posiłków (wilgotność powietrza 60–70%, temperatura w sali powinna wynosić 18–22°C).
- 16) Zapewnienie dziecku ciszy oraz spokoju podczas spożywania posiłku.
- 17) Podawanie dziecku na zlecenie lekarza leków wzmagających apetyt.

Diagnoza 4. Możliwość wystąpienia odleżyn w miejscach szczególnie narażonych na ich wystąpienie (m.in. w okolic potylicy, małżowin usznych, okolic łopatek, kości ogonowej, pośladków).

Cel opieki: wyeliminowanie czynników ryzyka odleżyn.

Interwencje pielęgniarские:

- 1) Ocena ryzyka wystąpienia odleżyn za pomocą odpowiednich skal, np. skali Norton.
- 2) Codzienne, regularne obserwowanie miejsc szczególnie narażonych na wystąpienie odleżyn.
- 3) Odpowiednie pielęgnowanie skóry w miejscach narażonych na zmiany odleżynowe (stosowanie odpowiednich maści i kremów natłuszczających skórę, delikatne osuszanie skóry po kąpielach).
- 4) Utrzymywanie odpowiedniej czystości, szczególnie okolic intymnych (zastosowanie łagodnych substancji myjących, natłuszczanie skóry, delikatne osuszanie skóry po umyciu).
- 5) Ochrona skóry przed uszkodzeniami mechanicznymi.
- 6) Zmiana pozycji ułożeniowej dziecka w miarę możliwości co dwie godziny.

- 7) Edukacja rodziców pacjenta na temat ważności stosowania profilaktyki przeciwoleżynowej.
- 8) Dobranie odpowiedniej diety zawierającej odpowiednią ilość białka.
- 9) Edukacja rodziców dziecka w zakresie stosowania odpowiedniej diety.
- 10) Umożliwienie kontaktu z dietetykiem.
- 11) Stosowanie udogodnień zapobiegających wystąpieniu odleżyn (wałków, poduszek, materaców przeciwoleżynowych).
- 12) Zmiana bielizny pościelowej oraz osobistej w razie potrzeby (naciąganie prześcieradła, prostowanie fałd oraz zagniecień).
- 13) Oklepywanie oraz masaże miejsc narażonych na wystąpienie odleżyn.
- 14) Obserwacja ciała dziecka dotycząca zaczerwienień oraz otarć.

Diagnoza 5. Zaburzenia psychofizyczne wywołane wodogłowiem.

Cel opieki: zminimalizowanie zaburzeń psychofizycznych u dziecka przez stymulację rozwoju psychomotorycznego dziecka.

Interwencje pielęgniarские:

- 1) Okazanie empatii dziecku oraz rodzicom dziecka.
- 2) Zaplanowanie, wdrożenie ćwiczeń rehabilitacyjnych dostosowanych do wieku i cyklu dnia dziecka.
- 3) Regularna zmiana pozycji ułożeniowej wskazanej przez rehabilitanta oraz stosowanie udogodnień (wałków, poduszek).
- 4) Wyeliminowanie sytuacji stresujących dla dziecka przez tłumaczenie potrzeby oraz przebiegu procedur pielęgnacyjnych.
- 5) Kontrola rozwoju fizycznego dziecka przez pomiar obwodu głowy za pomocą centymetra, pomiar masy oraz długości ciała dziecka (analiza, dokumentowanie uzyskanych wyników).
- 6) Poprawa koordynacji wzrokowo-ruchowej; stymulacja i poprawa rozwoju poznawczego, wzmocnienie sprawności manualnej dziecka oraz dostarczanie różnych bodźców przez:
 - podawanie dziecku zabawki do rączki i uczeniu go trzymania tego przedmiotu;
 - naukę poznawania za pomocą dotyku, skoncentrowanie uwagi dziecka na przedmiocie znajdującym się w zasięgu jego wzroku;
 - przedstawienie i objaśnienie ilustracji znajdujących się w kolorowych książeczkach dla dzieci dostosowanych do wieku i rozwoju dziecka;
 - zapewnienie spokoju i poczucia bezpieczeństwa dziecka przez mówienie do niego spokojnym, ciepłym głosem.
7. Poprawa i stymulacja rozwoju indywidualno-społecznego przez:
 - tworzenie miłej atmosfery;
 - zapewnienie dziecku kontaktu z osobami z rodziny i jego otoczenia;
 - wpływ na wymowę dziecka przez wolne, wyraźne powtarzanie wyrazów, utrzymywanie kontaktu wzrokowego z dzieckiem podczas nauki wymowy.
- 8) Edukacja rodziny dziecka z zakresu jednostki chorobowej przez: udostępnienie informatorów, poradników dla rodziców przedstawiających przyczyny, objawy, leczenie i możliwości rehabilitacji dzieci z wodogłowiem.
- 9) Motywowanie rodziców i rodziny do poszukiwania informacji z zakresu jednostki chorobowej.
- 10) Wykazanie potrzeby regularnych kontroli lekarskich.

Diagnoza 6. Deficyt wiedzy opiekunów dziecka na temat możliwych powikłań mogących wystąpić w zakresie funkcjonowania układu zastawkowego.

Cel opieki: edukacja rodziców/opiekunów dziecka w zakresie powikłań mogących wystąpić w funkcjonowaniu układu zastawkowego. Wczesne identyfikowanie i eliminowanie czynników ryzyka powikłań.

Interwencje pielęgniarские:

- 1) Kontrolowanie obwodu główki dziecka raz w tygodniu za pomocą centymetra, dokumentowanie oraz analiza uzyskanych wyników.
- 2) Edukacja opiekunów dziecka w zakresie możliwych powikłań, udostępnienie broszur oraz ulotek.
- 3) Sprawdzanie drożności układu zastawkowego pod kątem:
 - wystąpienia obrzęku wokół zastawki;
 - przecieku płynu mózgowo-rdzeniowego w obrębie zastawki.
- 4) Kontrola tkanek skórnych w miejscu założenia zastawki dotycząca wystąpienia zakażenia.
- 5) Obserwacja objawów, które mogą świadczyć o nieprawidłowym funkcjonowaniu układu zastawkowego oraz o wzroście ciśnienia śródczaszkowego przez:
 - kontrolę uwypuklenia ciemiączka;
 - obserwację dziecka dotyczącą wystąpienia ulewań, wymiotów, utraty masy ciała;
 - obserwację dziecka dotyczącą wystąpienia rozdrażnienia, zaburzeń snu, niepokoju.
- 6) Wyedukowanie rodziców dziecka na temat możliwości wystąpienia innych objawów świadczących o infekcji układu zastawkowego (podwyższona temperatura ciała dziecka, napięte ciemiączko) [6, 8, 9].

OMÓWIENIE

W pracy podjęto próbę przedstawienia zadań pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z wodogłowiem. Opisano najczęściej występujące problemy dziecka, u którego zdiagnozowano wodogłowie oraz zaproponowano interwencje pielęgniarские.

Opieka pielęgniarская nad dzieckiem z wodogłowiem wymaga czynnego udziału w leczeniu oraz niedopuszczeniu do powikłań zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego [6]. Właściwie prowadzony proces pielęgnowania umożliwia rozpoznanie stanu pacjenta oraz ocenę podjętych działań. Ponadto dzięki procesowi pielęgnowania pielęgniarka ma możliwość oceny dynamiki zmiany stanu chorego. Istotnym zadaniem pielęgniarki jest odpowiednie przygotowanie dziecka oraz jego opiekunów do diagnostyki w taki sposób, aby przebiegała ona sprawnie oraz nie powodowała dolegliwości psychicznych ani fizycznych. Pielęgniarka przekazuje wiedzę z zakresu odpowiedniej pielęgnacji, uczy rodziców dziecka, pomaga im oraz wyjaśnia wszystkie wątpliwości. Dostarcza właściwej wiedzy na temat choroby dziecka, co pomaga w osiągnięciu sprawności w opiece i pielęgnowaniu [7]. Psychiczne wsparcie dziecka oraz jego najbliższych pomaga w akceptacji choroby.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek. Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Roszkowski M, red. *Wodogłowie wieku rozwojowego*. Warszawa: Wydawnictwo EMU s.c.; 2000.
2. Wocjan J. *Neurochirurgia dziecięca – zagadnienia wybrane*. W: Michałowicz R, Józwiak S, red. *Neurologia dziecięca*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2000: 251–254.
3. Szaflik K, Czaj M, Polis L, i wsp. Terapia płodu – ocena zastosowania shuntu komorowo-owodniowego w leczeniu wodogłowia. *Ginekol Pol* 2014; 85(12): 916–922.
4. Szaflik K, Borowski D, Pawłowicz P. *Diagnostyka i możliwości terapeutyczne wad ośrodkowego układu nerwowego u płodu*. W: Józwiak S, red. *Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego u dzieci*. Lublin: Wydawnictwo BiFolium; 2006: 8: 73–77.
5. Polis L. Wodogłowie u płodu i noworodka. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2009; 2(3): 218–222.
6. Mikołajczyk-Wieczorek W, Nowosławska E. Leczenie wodogłowia za pomocą systemów zastawkowych. *Aktual Neurol* 2009; 9(1): 26–36.
7. Jaracz K. *Diagnoza pielęgniarская i plan opieki nad chorym ze wzmożonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym*. W: Jaracz K, Kozubski W, red. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 398–400.
8. Kołodziejska A, Kreft M, Krajewska M, i wsp. Pielęgnacja i rehabilitacja dziecka z przepukliną oponowo-rdzeniową. *Probl Pielęg* 2012; 20(4): 497–505.
9. Krzeczowska B. *Wodogłowie*. W: Cepuch G, Krzeczowska B, Perek M, i wsp., red. *Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 147–159.
10. Radzik T. *Opieka pielęgniarская nad osobami z chorobami układu tkanki łącznej*. W: Talarska D, Zozulińska-Ziółkiewicz D, red. *Pielęgniarstwo internistyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 289–308.

Adres do korespondencji:

Mgr Anna Rozensztrauch
Zakład Pediatrii Społecznej
Katedra Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 503 585 939
E-mail: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 23.02.2016 r.
Po recenzji: 21.03.2016 r.
Zaakceptowano do druku: 23.03.2016 r.

OPIEKA PIELEŃNIARSKA W ŚWIETLE PRAW PACJENTA W TRANSGRANICZNYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Nursing care in the light of patients' rights in the cross-border health care system

Aleksandra Pytel, Aleksandra Kołtuniuk, Izabella Kuberka, Joanna Rosińczuk

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: aleksandra.pytel@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wielokulturowość stanowi wyzwanie dla współczesnego świata, w tym również pielęgniarstwa, wymagając od osób opiekujących się chorymi zwrócenia uwagi nie tylko na potrzeby biologiczne i zdrowotne pacjentów, ale również na ich odmienną etniczną. Ruch transgraniczny wymusza od współczesnego pielęgniarstwa opracowania systemów informatycznych, które będą przydatne w przetwarzaniu i transmitowaniu informacji, co w konsekwencji może przyczynić się do poprawy jakości świadczonej opieki i rozwoju zawodu oraz zapewnienia kontynuacji opieki w świetle praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej. Wprowadzenie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) do ogólnego systemu informatycznego ujednolici język diagnoz pielęgniarskich, a także skróci czas poświęcony na posługiwanie się dokumentacją medyczną. Uwidocznienie pracy pielęgniarek, a przede wszystkim ich znaczenia dla procesu terapeutycznego, to krok milowy w transgranicznym systemie ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: wielokulturowość, transgraniczna opieka medyczna, klasyfikacja ICNP®, diagnoza pielęgniarska.

SUMMARY

Multiculturalism poses a challenge for the contemporary world, including nursing, imposing on the persons caring for the sick the need to pay attention not only to the biological and health needs of patients, but also to their ethnic identity. Cross-border traffic forces the modern nursing system to develop such IT systems that will be useful in processing and transmitting information which in turn can contribute to improving the quality of care and the development of the profession and provide follow up care in the light of patients' rights in the cross-border healthcare. The introduction of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) to the general IT system shall standardize the language of nursing diagnoses, as well as reduce the time spent on handling medical records. Emphasizing the nursing work and, above all, its significance for the therapeutic process is a milestone in the cross-border health care system.

Key words: multiculturalism, cross-border health care, ICNP® classification, nursing diagnosis.

Współczesne pielęgniarstwo w Polsce ulega szybkim przemianom rozwojowym, zarówno w zakresie edukacji pielęgniarek, jak i praktyki pielęgniarskiej. Od momentu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej i znaczących przemian społecznych obserwuje się również postępujący proces wielokulturowości charakterystycznej dla państw wielonarodowych. Zjawisko to w sposób bezpośredni wpływa na coraz bardziej powszechną w świecie różnorodność kulturową. Wielokulturowość stanowi wyzwanie dla współczesnego świata, w tym również dla pielęgniarstwa, wymagając od osób opiekujących się chorymi zwrócenia uwagi nie tylko na potrzeby biologiczne i zdrowotne pacjentów, ale również na ich odmienną etniczną, pochodzenie, wyznawaną religię i związane z tym odmienności w sferze obyczajowej. Dlatego też wielokulturowość nabiera coraz większego znaczenia i skłania do refleksji. Zespoły terapeutyczne sprawujące opiekę nad napływającą grupą emigrantów powinny rozumieć i szanować tradycję, historię, wierzenia i systemy wartości innych kultur. Dzięki posiadanej wiedzy można uniknąć nieświadomego, ale przez to nie mniej bolesnego dla osób, których to dotyczy, urażania uczuć religijnych [1, 2].

Dlatego też pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem z obcej jej kulturowo strefy oprócz wiedzy medycznej powinna posiadać wiedzę dotyczącą kręgu kulturowego, z którego wywodzi się pacjent, dotyczącą: codziennego życia, tradycji i zwyczajów, znajomości zasad religii, zakazów i nakazów żywieniowych, stosunku do nagości i seksu oraz znaczenia gestów (komunikacji niewerbalnej). Poznanie przez pielęgniarkę nie tylko potrzeb biopsychospołecznych, lecz również potrzeb duchowych i kulturowych przyczynia się do podniesienia poziomu opieki pielęgniarskiej. Wdrożenie do praktyki pielęgniarskiej paradygmatu transkulturowego zapewni pielęgniarsce skuteczną komunikację z osobami odmiennymi kulturowo i pomoże

uniknąć stereotypizacji, stawiania błędnych diagnoz z powodu deficytu wiedzy o danej kulturze [2].

Aby sprostać tym wyzwaniom, priorytetem staje się konieczność przygotowania do informatyzacji systemu ochrony zdrowia na świecie, a także w Polsce.

Wygodą i szybkością korzystania z elektronicznych źródeł informacji jest głównym czynnikiem zachęcającym do tworzenia oraz udostępniania coraz nowszych zasobów procesów informacyjnych dotyczących świadczenia opieki pielęgniarskiej na jak najwyższym poziomie. Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® przygotowana jest z myślą o użytkownikach z różnych krajów i kręgów kulturowych, rozwijana jest przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek [3].

Warunkiem koniecznym do zapewnienia profesjonalnej opieki pielęgniarskiej jest wiedza oraz wymiana doświadczeń między pielęgniarkami pracującymi z pacjentami ze zróżnicowanymi problemami zdrowotnymi.

Wprowadzenie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® stwarza szansę połączenia w przyszłości praktyki pielęgniarskiej z gwarancją ciągłości opieki w każdym miejscu na kuli ziemskiej. Projekt struktury Międzynarodowej Rady Pielęgniarek jest tworzony przez zespół osób reprezentujących różne państwa, kultury i teorie pielęgnowania, tym samym uwzględniając realizację opieki pielęgniarskiej na jak najwyższym poziomie.

W Polsce za proces wdrażania systemów informacyjnych dla potrzeb zarządzania ochroną zdrowia na poziomie resortowym odpowiada Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Natomiast za weryfikację terminów funkcjonujących w klasyfikacji odpowiada Zespół ICNP przy Polskim Towarzy-

stwie Pielęgniarskim i Akredytowane Centrum Badania Rozwoju ICNP przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi [4].

Według Kilańskiej [4, 5] brak opisu (w kontekście pielęgniarstwa) zjawisk dotyczących pacjenta oraz interwencji pielęgniarskich i ich rezultatów zrodził potrzebę stworzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

Najważniejszymi elementami, które wymienia się w związku z koniecznością wprowadzenia słownika, są:

- standaryzacja słownictwa, jakim posługują się pielęgniarki;
- wysoki poziom wzajemnego zrozumienia między grupami pracującymi nawet w skrajnie odmiennych warunkach i kulturze;
- poszerzenie wiedzy pielęgniarek na temat relacji między diagnozą pielęgniarską, działaniem a jego wynikiem;
- rozwój baz danych i systemów informacyjnych wspomagających działalność bieżącą i zarządzanie ochroną zdrowia;
- wspieranie nauczania i rozwoju zawodowego;
- określanie niezbędnych nakładów na opiekę pielęgniarską;
- planowanie zasobów niezbędnych w codziennej praktyce.

Proces budowania katalogów jest zakończony w następujących obszarach:

- pielęgniarstwo środowiskowe,
- opieka pielęgniarska nad dziećmi z HIV i AIDS,
- wrażliwe wskaźniki opieki pielęgniarskiej,
- zarządzanie bólem w pediatrii,
- opieka paliatywna,
- współpraca z pacjentami i ich rodzinami w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Proces opracowania katalogów w Polsce dotyczy następujących obszarów:

- opieka nad dorosłymi w zakresie zdrowia psychicznego,
- hospitalizacja dzieci,
- opieka pooperacyjna po operacji biodra,
- prewencja odleżyn,
- opieka w żłobku [6].

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek zachęca pielęgniarki z całego świata do czynnego udziału w rozwoju ICNP, ponieważ istnieje potrzeba ujednoczenia systemu wskaźników opieki pielęgniarskiej pozwalających na pomiar ciągłości i jakości świadczonej opieki i wzajemnej komunikacji między specjalistami opieki zdrowotnej [5, 6].

Możliwość korzystania ze świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej umożliwia ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która wdrożyła do przepisów prawa krajowego dyrektywę UE nr 2011/24 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [7, 10].

Do obowiązków państwa członkowskiego w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej, poza wskazanym wyżej zapewnieniem zwrotu kosztów zrealizowanych świadczeń, należy także zapewnienie:

- stosownej informacji na temat praw świadczeniobiorców w odniesieniu do uzyskania transgranicznej opieki zdrowotnej oraz warunków zwrotu jej kosztów, w przypadku gdy pacjent z niej skorzystał;
- dostępu do takiej samej obserwacji medycznej, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium w sytuacji, gdy pacjent skorzystał z transgranicznej opieki zdrowotnej i gdy konieczna jest dalsza obserwacja medyczna;
- co najmniej jednej kopii dokumentacji medycznej lub zdalnego dostępu do niej w przypadku pacjentów, którzy chcą skorzystać lub korzystają z transgranicznej opieki medycznej.

Zgodnie z art. 4. dyrektywy nr 2011/24/UE do obowiązków państwa należy zapewnienie, aby:

- świadczeniodawcy przekazywali odpowiednie informacje

pomagające pacjentom w dokonaniu świadomego wyboru w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej oraz aby wystawiali czytelne faktury i przekazywali prawdziwe informacje o cenach realizowanych świadczeń;

- istniały przejrzyste procedury i mechanizmy umożliwiające pacjentom składanie reklamacji;
- istniały systemy ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej lub gwarancje równoważne pod względem celu;
- podstawowe prawo do prywatności w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych było zgodne z prawem Unii Europejskiej;
- pacjenci, którzy skorzystali z leczenia byli uprawnieni do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej tego leczenia oraz mieli dostęp do co najmniej jednej kopii tej dokumentacji. Do obowiązków państwa członkowskiego należy stosowanie w odniesieniu do pacjentów z innych państw członkowskich Unii Europejskiej zasady niedyskryminacji ze względu na przynależność państwową oraz zapewnienie, aby świadczeniodawcy stosowali wobec pacjentów z innych państw członkowskich tę samą wysokość opłat za opiekę zdrowotną, która jest stosowana wobec pacjentów krajowych w porównywalnej sytuacji zdrowotnej lub pobierali opłatę skalkulowaną zgodnie z obiektywnymi, niedyskryminacyjnymi kryteriami, jeżeli nie istnieje porównywalna cena dla pacjentów krajowych [15, 16].

Podkreślenia wymaga, iż za bezpieczeństwo oraz jakość leczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej odpowiada kraj, w którym przeprowadzono owo leczenie, zaś pacjenci korzystający z niego powinni wiedzieć, jak domagać się zadośćuczynienia i odszkodowania w przypadku uzasadniających ich dochodzenie [13, 14].

Ministerstwo Zdrowia RP [10, 11] informuje, że na podstawie przepisów ustawy wdrażającej dyrektywę zostają wydane 3 rozporządzenia określające:

- wzór wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych za granicą;
- wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają wcześniejszego wydania zgody przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- tryb wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej za granicą.

Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wynikają z unijnego mechanizmu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Polacy mają prawo do korzystania z ubezpieczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej (UE) lub EFTA (w Norwegii, Szwajcarii, Islandii, Lichtensteinie) oraz świadczeń zdrowotnych, które nie były planowane, a okazały się konieczne podczas pobytu za granicą. W takich przypadkach świadczenia są udzielane na identycznych zasadach, jak pacjentom ubezpieczonym w danym kraju. Z reguły pacjent nie ponosi wówczas kosztów udzielonych mu świadczeń (lub ponosi niewielką odpłatność, zgodną z przepisami państwa, do którego wyjechał).

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), którą można uzyskać w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, stwarza możliwość korzystania w pełni z uprawnień wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Europejska Karta Społeczna z 1961 r. wraz z Europejską Konwencją o Ochronie Praw Człowieka z 1950 r. stanowią fundamentalne ramy europejskiego systemu ochrony praw człowieka. Europejska Karta Społeczna stanowi o ochronie prawa społecznego i ekonomicznego. Dokument szczegółowo określa zobowiązania państw w sferze polityki zdrowotnej i społecznej, nadając prawo do ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego oraz do pomocy społecznej i medycznej dzieci, młodocianych, rodzin i pracowników migrujących i ich rodzin [8, 9].

Aktualnie obowiązującym dokumentami regulującymi także zobowiązania państw w omawianym zakresie jest skonsolido-

wana wersja rozporządzenia (WE) nr 987/2009 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 września 2009 r. ustanawiająca warunki wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego zmienionego rozporządzeniem Komisji (UE) nr 1244/2010, rozporządzeniem (UE) nr 465/2012 i rozporządzeniem Komisji (UE) nr 1224/2012 [12, 13].

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego/EKUZ (ang. EHIC) uprawnia jej posiadacza do świadczeń opieki zdrowotnej, która jest niezbędna w czasie pobytu w innym państwie członkowskim niż państwo ubezpieczenia/zamieszkania. W przypadku gdy pacjent nie posiada EKUZ, świadczeniodawca powinien niezwłocznie skontaktować się z właściwym oddziałem wojewódzkim NFZ w celu uzyskania na rzecz pacjenta – od jego macierzystej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego – certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ, który będzie podstawą rozliczenia kosztów udzielonych świadczeń. Cudzoziemcy z Albanii, Bośni i Hercegowiny, Czarnogóry, Federacji Rosyjskiej oraz Serbii, tj. z krajów, z którymi Polska jest związana umowami/porozumieniami dwustronnymi o zabezpieczeniu społecznym lub współpracy w obszarze ochrony zdrowia, którzy przebywają w Polsce legalnie (tj. w szczególności na podstawie ważnych wiz), mogą korzystać z niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku. Koszty takich świadczeń pokrywane są przez Ministerstwo Zdrowia. Osoby nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce ani w innym państwie członkowskim UE/EFTA i nieposiadające obywatelstwa państw trzecich mogą, co do zasady, korzystać ze świadczeń zdrowotnych odpłatnie [9, 10].

PODSUMOWANIE

Można mieć nadzieję, że dzięki zaangażowaniu środowisk pielęgniarskich i ogromnemu wkładowi Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Akredytowane Centrum Badania Rozwoju ICNP przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w Polsce będzie

możliwa kontynuacja opieki o oczekiwanym standardzie. Jest to możliwe tylko dzięki spójnej i zrozumiałej terminologii.

Dzięki Klasyfikacji ICNP® możliwe będzie gromadzenie danych o wrażliwych wskaźnikach opieki pielęgniarskiej, które umożliwią rzetelną ocenę jakości opieki pielęgniarskiej na wynik leczenia.

Należy zwrócić uwagę na konieczność promowania aktywnej postawy pielęgniarek w zakresie szkolenia dotyczącego stosowania ICNP® w praktyce, a w szczególności gromadzeniu danych dotyczących wdrażania klasyfikacji i współpracy z kładowców opieki zdrowotnej i uczelni medycznych z instytucjami odpowiedzialnymi za wdrażanie ICNP®.

Pacjenci, którzy są wyznawcami nieznanymi religii albo pochodzą z obcych kultur mogą budzić niezrozumienie, a nawet niechęć lub strach. Poznanie ich przekonań na temat zdrowia pozwoli na postawienie prawidłowej diagnozy pielęgniarskiej, a także pomoże pogodzić rozbieżności w poglądach podopiecznego i opiekującej się nim pielęgniarki.

Każdy pacjent chce, by jego poglądy religijne i odrębność kulturowa były respektowane. Nie można więc lekceważyć tej woli, ponieważ byłoby to sprzeczne z podejściem holistycznym.

Istnieje bez wątpienia konieczność poszerzania wiedzy z zakresu transkulturowości wśród pracowników służby zdrowia przez organizowanie szkoleń o omawianej tematyce oraz rzetelne przygotowanie się do informatyzacji systemu ochrony zdrowia przez wdrażanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®. Pielęgniarki i inni przedstawiciele zawodów medycznych powinni mieć możliwość zapoznania się z dylematami wynikającymi z różnic kulturowych podopiecznych.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek. Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Tećca B. *Pielęgniarsztwo transkulturowe*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 5–7.
- Jędrzejczyk-Kuliniak K. *Dni Kultury Muzułmańskiej we Wrocławiu – VI edycja*. Wrocław: Formacja Poligraficzna PM GROUP; 2010.
- Podejście do klasyfikacji dla dokumentacji medycznej. P.1. Opracowanie rekomendacji klasyfikacji elektronicznej dokumentacji medycznej*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 2012: 26.
- Kiliańska D, red. *Międzynarodowa klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014.
- Health informatics – Integration of a reference terminology model for nursing*. ISO/FDIS 18104: 2003(E).
- Kiliańska D. *Materiały dydaktyczne. Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP*. Łódź: ACBiR UM; 2013.
- Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 1491).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 1545).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz.U. nr 1538).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz.U. nr 1551).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88/45) [cyt. 10.03.2016]. Dostępny na URL: <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/powszechno-ubezpieczenie-zdrowotne>.
- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1224/2012 z dnia 18 grudnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 883/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 349/45) [cyt. 10.03.2016]. Dostępny na URL: <http://ec.europa.eu/social/main>.
- Cross-border health services in the EU. Analytical Report. The Gallup Organization. Flash EB nr 210, June 2007.
- Wismar EM, Palm W, Figueras J, et al. *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
- Dzienisiuk D. *Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej*. W: Rączaszek A, Koczur W, red. *Polityka społeczna w procesie integracji Europejskiej. Przegląd problemów*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej; 2009.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Aleksandra Pytel
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Katedra Pielęgniarsztwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
Tel.: 71 784 18 39
51-617 Wrocław
E-mail: aleksandra.pytel@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.01.2016 r.
Po recenzji: 20.02.2016 r.
Zaakceptowano do druku: 22.02.2016 r.

NEBULIZATION WITH 3% HYPERTONIC SALINE – GUIDELINE FOR PEDIATRIC NURSING PRACTICE

Nebulizacja 3% roztworem soli hipertonicznej – wytyczne dla praktyki pielęgniarskiej w pediatrii

Anna Rozensztrauch¹, Paulina Kowalczyk²

¹ Department of Pediatric Nursing, Faculty of Health Science, Wrocław Medical University

² Pediatric Nursing Student Association, Faculty of Health Science, Wrocław Medical University

address for correspondence: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Zakażenia układu oddechowego są jedną z najczęstszych przyczyn chorób wśród dzieci. Odrębności anatomiczno-fizjologiczne dróg oddechowych sprawiają, że dzieci bardziej niż dorośli są podatne na ciężkie zaburzenia układu oddechowego. Nebulizacja pełni ważną rolę w praktyce pediatrycznej. Celem pracy było przedstawienie wytycznych nebulizacji 3% roztworem soli hipertonicznej.

Słowa kluczowe: 3% NaCl, nebulizacja, pielęgniarka.

SUMMARY

Respiratory infections are the most common causes of illness among children. Differences in anatomy and physiology makes children more vulnerable to severe respiratory dysfunction than adults. Nebulized therapy has a very important role in pediatric practice. The purpose of the study was to present the guidelines on nebulization with 3% hypertonic saline.

Key words: 3% NaCl, nebulization, nurse.

INTRODUCTION

Respiratory infections are the most common causes of illness among children. Differences in anatomy and physiology makes children more vulnerable to severe respiratory dysfunction than adults. Knowledge of the basic anatomy and physiology of the respiratory system helps nurses to understand diagnoses and to improve nursing interventions [1]. The nurse is able to perform the basic examination of lungs through a sequence of inspection, palpation, percussion and auscultation to assess respiratory status. The nurse must always be alert to common clinical symptoms indicating airway emergencies.

Difficulty in breathing and cough are the most common problems among young children. Most infections are caused by a common cold and range from a mild illness, that goes away by itself, to severe, life-threatening disease. Some cases are brief, others are long term. Children might deteriorate as quickly as the disease progresses; therefore some of them may require hospitalization. Difficulty with breathing can frighten parents and their children.

NEBULIZATION WITH 3% HYPERTONIC SALINE

Nebulized therapy has a very important role in pediatric practice. Current data suggests that nebulization with 3% saline may significantly reduce the length of hospitalization and improve children's clinical scores [2].

Nebulization with hypertonic saline has been shown to be effective especially in management of acute bronchiolitis [3].

Sticky and thick secretion induce breathlessness. By loosening secretion with hypertonic saline nebulizations can speed up the child recovery. Hypertonic saline is thought to have this effect by lowering the viscosity of mucus secretion and reducing airway oedema [4, 5].

In some cases, nebulization therapy is restricted:

- bronchospasm,
- hyperresponsiveness – in history,
- complications,
- wheezing,

- sinusitis,
- patient discomfort,
- infection.

Concern about the safety of hypertonic saline has been raised in patients with asthma as to induce bronchospasm [6].

Nebulization is the process of medical administration via nebulizer. This therapy delivers medications to the lungs in the form of vapor. It is used when a medication needs to be deposited into the airway. Nurses caring of children with respiratory problems should possess expert skills and knowledge about respiratory problems, should be familiar with respiratory conditions affecting child. Nurses should support the patients and other family members and provide education. The procedure of nebulizations can be challenging for some nurses as the child does not stay still in one place and does not cooperate with the stuff. Some of them might be frightened by the face mask. For an infant we can use a nebulizer while the child is sleeping or while being held. To make nebulization more enjoyable, we can allow children to decorate the nebulizer with stickers, read stories or sing songs.

ADMINISTERING NEBULIZER AEROSOL THERAPY

- Verify the identity of the child and review or explain the procedure to the parents and child.
- Assist the patient into a comfortable position.
- Explain that the medicine has a salty taste and that coughing may occur.
- To minimize dyspnea and to allow lung expansion, upright sitting position is preferred.
- Place the mask over the mouth and nose.
- It is important to use a mask of suitable size.
- The mask should extend from the bridge of the nose to the cleft of the chin. It should fit snugly on the face but put no pressure on the eyes to avoid stimulating a vagal response.
- Advise to take normal steady breaths.
- During the procedure observe the patient for any side effects and any change in patient's condition.
- Provide a sputum mug for spitting the expectorations.

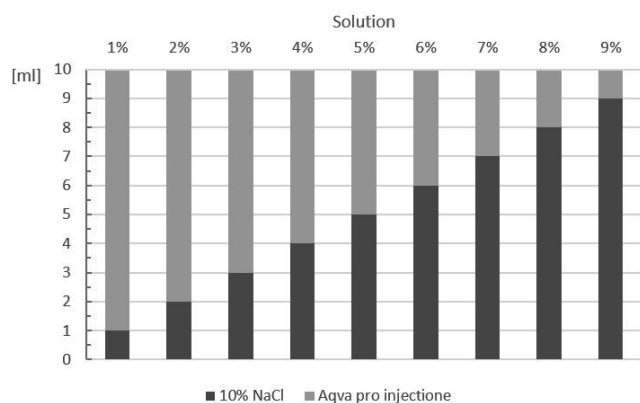


Figure 1. 3% Sodium chloride – prepare using 10% NaCl and aqua pro injection

- Each child must have his own nebulizer.
- It is important to teach patients the proper procedure to ensure that the therapy is effective and to prevent complications.
- The aerosol administration should last about 10 minutes. Reassess the child's condition after the therapy.
- Document the procedure and the child's response.
- After the procedure, the patient should be observed for changes in respirations. Inhaled medications may be administered to open narrowed airways, to liquefy or loosen thick secretions (mucolytic agents), or to reduce inflammation in airways

REFERENCES

1. Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamentals of nursing*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2001: 1233–1246.
2. Zang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, et al. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7: 1–5.
3. Sharma BS, Gupta MK, Rafik SP. Hypertonic (3%) saline vs 0.9% saline nebulization for acute viral bronchiolitis: a randomized controlled trial. *Indian Pediatr* 2013; 50(8): 743–747.

Address for correspondence:

Anna Rozensztrauch MSN
 Faculty of Health Science
 Wrocław Medical University
 Department of Pediatric Nursing
 5 Bartla St.
 51–618 Wrocław
 Phone: +48 503 585 939
 E-mail: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

Received: 18.02.2016

Revised: 20.02.2016

Accepted: 01.03.2016

HOW TO PREPARE 3% SODIUM CHLORIDE

There are two ways of preparing 3% Sodium Chloride solution. First, by using 10% NaCl and 0,9% NaCl, second by using 10% NaCl and Aqua pro injection. Figures below show how to prepare the solution using both ways.

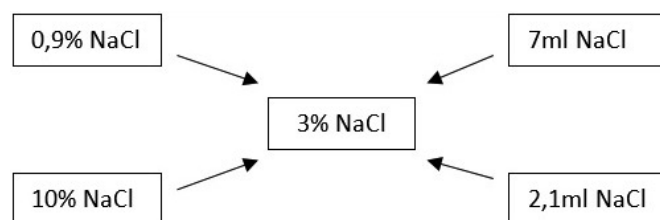


Figure 2. 3% Sodium chloride – prepare using 10% NaCl and 0,9% NaCl

CONCLUSIONS

Teaching children and their families can be one of the most challenging parts of providing care. It is important to teach patients the proper way of doing the nebulization therapy to facilitate effective result. The nurse plays an important role in assuring that patients are able to do nebulization by themselves. While educating patients she must be sure that the patient performs all the steps correctly.

Source of funding: This work was funded by the authors' resources.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interests.

4. Mandelberg A, Tal G, Witzling M, et al. Nebulized 3% hypertonic saline solution treatment in hospitalized infants with viral bronchiolitis. *Chest* 2003; 123(2): 481–487.
5. Sarrell EM, Tal G, Witzling M, et al. Nebulized 3% hypertonic saline solution treatment in ambulatory children with viral bronchiolitis decreases symptoms. *Chest* 2002; 122(6): 2015–2020.
6. Mandelberg A, Tal G, Witzling M, et al. Nebulized 3% hypertonic saline solution treatment in hospitalized infants with viral bronchiolitis. *Chest* 2003; 123(2): 481–487.

OCENA SAMOOPIEKI W NIEWYDOLNOŚCI SERCA – NARZĘDZIA BADAWCZE

The assessment of self-care in heart failure – research tools

Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska, Marta Wleklik

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Rosnąca zachorowalność na choroby układu krążenia, w szczególności na niewydolność krążenia, a także związany z tym wzrost kosztów terapii stwarzają konieczność optymalizacji opieki nad chorymi ze schorzeniami z tej grupy. Jednym z postulowanych rozwiązań tego problemu jest wdrożenie modelu opieki holistycznej, w którym pacjent jest nie tylko podmiotem świadczeń medycznych, ale również bierze aktywny udział w procesie terapii. Osiągnięcie tego celu wymaga budowania świadomości zdrowotnej chorego i związanych z tym działań edukacyjnych. Stwierdzono też, że działania edukacyjne przynoszą najlepsze efekty, jeśli są ukierunkowane na promocję samoopieki. W przypadku pacjentów z niewydolnością krążenia pojęcie samoopieki obejmuje odpowiednie dawkowanie przepisanych leków, modyfikację stylu życia – w tym diety i poziomu aktywności fizycznej oraz umiejętność rozpoznawania i reagowania na pierwsze symptomy dekomensacji. W pracy przedstawiono narzędzia badawcze do oceny samoopieki w niewydolności serca.

Słowa kluczowe: niewydolność serca, samoopieka, narzędzia badawcze.

SUMMARY

The increasing incidence of cardiovascular disease, especially circulatory insufficiency, and the related increases in treatment costs necessitate the optimization of care for cardiovascular patients. One suggested solution is the introduction of holistic care, whereby the patient is not only the receiver of medical care, but also an active participant of the treatment process. This requires the development of patients' health awareness through relevant educational efforts. It has also been stated that education is the most effective if it is directed towards promoting self-care. In the case of patients with circulatory insufficiency, the notion of self-care comprises the proper dosage of prescribed medicines, lifestyle changes including appropriate diet and exercise, and the ability to identify and respond to early symptoms of decompensation. The paper presents research instruments for evaluating self-care in patients with heart failure.

Key words: heart failure, self-care, reasearch tools.

WSTĘP

Niewydolność serca (NS) uznano w latach dziewięćdziesiątych XX wieku za epidemię. Na przewlekłą niewydolność serca choruje około 26 mln ludzi na świecie, w populacji Europejskiej około 1–2% (7,5–15 mln), natomiast w Polsce około 1 mln [1–3]. Dane epidemiologiczne jednoznacznie pokazują, że NS jest jedyną jednostką chorobową układu sercowo-naczyniowego, gdzie odnotowuje się jej znaczny wzrost, zwłaszcza w populacjach starzejących się i narażonych na czynniki ryzyka. Przewiduje się, że w ciągu 25 lat liczba chorych na przewlekłą niewydolność serca wzrośnie nawet o 25%. Rozpowszechnienie NS jest paradoksalnie wynikiem rozwoju kardiologii, zwłaszcza kardiologii interwencyjnej, która w ostatnich latach przyczyniła się do spadku śmiertelności z powodu ostrych zespołów wieńcowych, powodując jednak w tej grupie chorych rozwój przewlekłej niewydolności serca. Przewlekła niewydolność serca dotyczy głównie osób starszych, średnia wieku pacjentów w krajach rozwiniętych wynosi 75 lat. Zapadalność i chorobowość wzrastają wraz z wiekiem: o 0,5% w przedziale wiekowym 35–64 lat oraz o 8–10% powyżej 75. roku życia. Około 80% pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca to ludzie powyżej 65. roku życia. Obserwuje się ponadto wyższą zapadalność na niewydolność serca u płci męskiej, ze względu na wcześniejsze występowanie choroby niedokrwiennej serca [4].

Niewydolność serca jest najczęstszą i najdroższą przyczyną hospitalizacji wśród osób po 65. roku życia, co obciąża znacznie budżet systemu ochrony zdrowia i obniża jakość życia chorych [1]. Koszty leczenia niewydolności serca pochłaniają 1–2% budżetu przeznaczanego na opiekę zdrowotną. W Polsce 69% wydatków związanych jest z hospitalizacjami pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca, z czego dużą część stanowią rehospitalizacje. W ciągu 6 miesięcy po postawieniu diagnozy 25% pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca jest ponownie hospitalizowana [5, 6].

ZNACZENIE SAMOOPIEKI W NIEWYDOLNOŚCI SERCA

Istotnym elementem pozytywnie wpływającym na zapobieganie ponownym hospitalizacjom na jakość życia chorych z niewydolnością serca jest edukacja, przygotowująca pacjentów do efektywnego prowadzenia samokontroli i samoopieki. Samoopieka (ang. *self-care*) rozumiana jest jako proces podejmowania przez pacjenta zachowań sprzyjających utrzymaniu stabilnego stanu fizjologicznego i/lub reagowanie na pojawiające się objawy i dolegliwości oraz ich złagodzenie [7].

Zalecane w wytycznych ESC (ang. European Society of Cardiology) wielodyscyplinarne, długoterminowe programy opieki w niewydolności serca podkreślają kluczową rolę, jaką pacjent odgrywa we własnym procesie leczenia i postępowaniu z chorobą. Samoopiekę podzielono w najnowszym programie ESC na trzy komponenty [8]:

- 1) utrzymanie stabilności fizycznej i emocjonalnej (przyjmowanie leków zgodne z zaleceniami, regularna aktywność fizyczna, zdrowa dieta),
- 2) monitorowanie – kontrola objawów, masy ciała,
- 3) zarządzanie, reagowanie na objawy (modyfikacja dawek diuretyków, poszukiwanie pomocy medycznej).

Stworzenie programów edukacyjnych zwiększających poziom samoopieki w NS jest działaniem priorytetowym i wyzwaniem dla zespołów wielodyscyplinarnych. Właściwie prowadzona edukacja kardiologiczna powinna być dostosowana do potrzeb i możliwości pacjenta oraz deficytów jego wiedzy i braku umiejętności, a także przebiegać w sposób ciągły. Tylko wtedy możliwe staje się w pełni świadome współuczestnictwo pacjenta w leczeniu, stosowanie się do zaleceń i trzymanie planu terapeutycznego (*compliance, adherence*). Ważnym elementem w propagowaniu *self-care* jest także edukacja na temat metod wsparcia osób z niewydolnością serca przez rodzinę, przyjaciół oraz pomoc osobom wyizolowanym społecznie, samot-

nym. Wsparcie społeczne ogranicza występowanie objawów depresyjnych u pacjentów z NS. Ponadto chorzy podejmują korzystniejsze działania na rzecz własnego zdrowia i są bardziej zdolni do samoopieki, kiedy odczuwają pomoc ze strony innych [9]. Działania skoncentrowane na przygotowaniu pacjenta do samokontroli i samoopieki są gwarantem optymalizacji stanu klinicznego oraz poprawy lub utrzymania dotychczasowego poziomu jakości życia w przewlekłej niewydolności serca.

W związku z powyższym prowadzone są badania nad prostymi instrumentami, które umożliwiłyby ocenę poziomu samoopieki wśród pacjentów z niewydolnością krążenia. Jednym z takich narzędzi, zyskującym coraz większą popularność na całym świecie, jest European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS) [10]. Kwestionariusz ten został stworzony w oparciu o teoretyczny konstrukt samoopieki autorstwa Orem [11]. Istnieją dwie wersje kwestionariusza do oceny samoopieki: 9- i 12-punktowa, które obejmują pytania dotyczące różnych zagadnień związanych z samoopieką, w tym codziennej kontroli masy ciała, poziomu aktywności fizycznej, stosowania diety niskosodowej, ilości przyjmowanych płynów oraz samoobserwacji ewentualnych symptomów niewydolności krążenia i odpowiedniej reakcji w przypadku ich wystąpienia [10]. Narzędzie przeszło pomyślnie walidację i ocenę psychometryczną w wielu populacjach i grupach kulturowych i doczekało się licznych tłumaczeń oraz adaptacji [12–17].

Podobnie jak w innych krajach rozwiniętych, niewydolność krążenia jest główną przyczyną hospitalizacji i zgonów polskich pacjentów, w tym osób starszych. Jednak w przeciwieństwie do społeczeństw zachodnich dopiero niedawno zaczęto sobie uświadamiać znaczenie opieki holistycznej nad chorymi z chorobami układu krążenia [18]. Przekłada się to między innymi na brak odpowiednich polskojęzycznych narzędzi do diagnozy psychologicznej i społecznej osób z tej grupy, w tym ich zapotrzebowania na działania edukacyjne. W celu wypełnienia tej luki zdecydowano się na przygotowanie polskiej adaptacji EHFScBS i przeprowadzenie jej walidacji w grupie pacjentów z niewydolnością krążenia. Zarówno 9- , jak i 12-punktowa skala EHFScBS została przetłumaczona na język polski i zwalidowana do użycia w populacji polskich pacjentów z niewydolnością serca [19, 20].

Obie skale przedstawiono poniżej:

1) The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale [Europejska skala samoopieki pacjentów z niewydolnością serca, 9 pytań]

Zawiera stwierdzenia dotyczące samoopieki w przypadku niewydolności serca. Prosimy o podanie odpowiedzi do każdego stwierdzenia zakreślając numer, który według Pana/i najlepiej się do Pana/i odnosi. Należy zauważyć, że odpowiedzi są w skali od „Całkowicie się zgadzam” (1) do „Zupełnie się nie zgadzam” (5). Nawet, jeżeli ma Pan/i pewne wątpliwości względem któregoś ze stwierdzeń, prosimy o zakreślenie cyfry, która najbardziej Panu/i odpowiada.

		Całkowicie się zgadzam				Zupełnie się nie zgadzam
1.	Ważę się codziennie	1	2	3	4	5
2.	Gdy moja zadyszka nasila się, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
3.	Gdy obrzęk stóp/nóg jest większy niż zazwyczaj, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5

4.	Gdy w tydzień przytyję 2 kilogramy, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
5.	Ograniczam ilość płynów, które wypijam (nie więcej niż 1,5–2 litry dziennie)	1	2	3	4	5
6.	Jeżeli odczuwam zwiększone zmęczenie, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
7.	Moja dieta jest niskosodowa	1	2	3	4	5
8.	Przyjmuję leki zgodnie z zaleceniami	1	2	3	4	5
9.	Ćwiczę regularnie	1	2	3	4	5

2) The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale [Europejska skala samoopieki pacjentów z niewydolnością serca, 12 pytań]

Zawiera stwierdzenia dotyczące samoopieki w przypadku niewydolności serca. Prosimy o podanie odpowiedzi do każdego stwierdzenia zakreślając numer, który według Pana/i najlepiej się do Pana/i odnosi. Należy zauważyć, że odpowiedzi są w skali od „Całkowicie się zgadzam” (1) do „Zupełnie się nie zgadzam” (5). Nawet, jeżeli ma Pan/i pewne wątpliwości względem któregoś ze stwierdzeń, prosimy o zakreślenie cyfry, która najbardziej Panu/i odpowiada.

		Całkowicie się zgadzam				Zupełnie się nie zgadzam
1.	Ważę się codziennie	1	2	3	4	5
2.	Gdy mam zadyszkę, staram się odpocząć	1	2	3	4	5
3.	Gdy moja zadyszka nasila się, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
4.	Gdy obrzęk stóp/nóg jest większy niż zazwyczaj, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
5.	Gdy w tydzień przytyję 2 kilogramy, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
6.	Ograniczam ilość płynów, które wypijam (nie więcej niż 1,5–2 litry dziennie)	1	2	3	4	5
7.	Odpoczywam w ciągu dnia	1	2	3	4	5
8.	Jeżeli odczuwam zwiększone zmęczenie, kontaktuję się z moim lekarzem lub pielęgniarką	1	2	3	4	5
9.	Moja dieta jest niskosodowa	1	2	3	4	5
10.	Przyjmuję leki zgodnie z zaleceniami	1	2	3	4	5
11.	Co roku szczepię się przeciw grypie	1	2	3	4	5
12.	Ćwiczę regularnie	1	2	3	4	5

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek. Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Karasek D, Kubica A, Sinkiewicz W, et al. Epidemia niewydolności serca – problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiologica* 2008; 3(5): 242–248.
2. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol* 2011; 8(1): 30–41.
3. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. *Heart Failure: preventing disease and death worldwide*. ESC Heart Failure 2014. Dostępny na URL: https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/HFA/WHFA-whitepaper-15-May-14.pdf.
4. Korewicki J, i wsp. *Epidemiologia i aktualny stan w zakresie postępowania w niewydolności serca*. Gdańsk: Via Medica; 2004: 2–18.
5. Stewart S, Jenkins A, Buchan S, et al. The current cost of heart failure to the National Health Service in The UK. *Eur J Heart Fail* 2002; 4(3): 361–371.
6. Berry C, Murdoch DR, McMurray JVV, et al. Economics of chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001; 3(3): 283–291.
7. Riegel B, Lee SC, Dickson VV, et al. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs* 2009; 24(6): 485–497.
8. Wytyczne ESC dotyczące rozpoznania oraz leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca na 2012 rok. *Kardiologia Polska* 2012; 70(Supl. II): 101–176.
9. Dunbar BS, Clark CP, Quinn Ch, et al. Family Influences on Heart Failure Self-care and outcomes. *J Cardiovasc Nurs* 2008; 23(3): 258–265.
10. Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, et al. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail* 2003; 5(3): 363–370.
11. Orem D. *Nursing: Concepts of practice*. 5th ed. St Louis, MO; Mosby: 1995.
12. Gonzalez B, Lupon J, Parajon T, et al. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. Use of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) in a heart failure unit in Spain. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59(2): 166–170.
13. Kato N, Ito N, Kinugawa K, et al. Validity and reliability of the Japanese version of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2008; 7(4): 284–289.
14. Koberich S, Glattacker M, Jaarsma T, et al. Validity and reliability of the German version of the 9-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013; 12(2): 150–158.
15. Lee CS, Lyons KS, Gelow JM, et al. Validity and reliability of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale among adults from the United States with symptomatic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013; 12(2): 214–218.
16. Pulignano G, Del Sindaco D, Minardi G, et al. Translation and validation of the Italian version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2010; 11(7): 493–498.
17. Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, et al. Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. *J Adv Nurs* 2007; 60(1): 87–95.
18. Sosnowska-Pasiarska B, Bartkowiak R, Wożakowska-Kapłon B, et al. Population of Polish patients participating in the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Kardiologia Polska* 2013; 71(3): 234–240.
19. Uchmanowicz I, Łoboz-Rudnicka M, Jaarsma T, et al. Cross-cultural adaptation and reliability testing of Polish adaptation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS). *Patient Preference Adherence* 2014; 8: 1521–1526.
20. Uchmanowicz I, Wleklík M. Polish adaptation and reliability testing of the 9-item European Heart Failure Self-care Behavior Scale (9-EHFScBS). *Kardiologia Polska* 2015; doi: 10.5603/KP.a2015.0239 [Epub ahead of print].

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. o zdr. Izabella Uchmanowicz
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
Tel.: 71 784 18 24
51-617 Wrocław
E-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 25.02.2016 r.

Po recenzji: 28.02.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 03.03.2016 r.

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC

INFORMACJE OGÓLNE

„Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” zamieszcza prace oryginalne (doświadczalne, kliniczne i laboratoryjne), poglądowe i kazuistyczne dotyczące szeroko pojętego pielęgniarstwa i ochrony zdrowia. Ponadto pismo publikuje listy do Redakcji, sprawozdania i materiały ze zjazdów naukowych oraz recenzje książek. Prace publikowane są w języku polskim lub angielskim.

ZASADY RECENZOWANIA PRAC

Autorzy przysyłając pracę do publikacji w czasopiśmie wyrażają zgodę na proces recenzji. Nadesłane publikacje są poddane ocenie w pierwszej kolejności przez Redakcję, a następnie oceniane przez recenzentów, którzy nie są członkami Redakcji pisma. Prace recenzowane są poufnie i anonimowo. Recenzentom nie wolno wykorzystywać wiedzy na temat pracy przed jej publikacją. Pracy nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący ją na dalszych etapach procesu wydawniczego. Autor jest informowany o wyniku dokonanej recenzji, następnie możliwa jest korespondencja z Redakcją czasopisma dotycząca ewentualnych uwag bądź kwalifikacji do druku. Ostateczną kwalifikację do druku podejmuje Redaktor Naczelny.

KONFLIKT INTERESÓW

Autorzy muszą ujawnić Redakcji i opisać na osobnej stronie dołączonej do pracy wszystkie konflikty interesów:

- zależności finansowe (takie jak: zatrudnienie, doradztwo, posiadanie akcji, honoraria, płatna ekspertyza),
- związki osobiste,
- współzawodnictwo akademickie i inne, mogące mieć zdaniem Redakcji lub Czytelników wpływ na merytoryczną stronę pracy,
- rolę sponsora całości lub części badań (jeżeli taki istnieje) w projekcie, zbieraniu, analizie i interpretacji danych, w pisaniu raportu, w decyzji przesyłania go do publikacji.

OCHRONA DANYCH PACJENTÓW

Autorzy prac naukowych mają obowiązek ochraniać dane osobowe pacjentów. Do publikacji powinny trafić jedynie dane o znaczeniu informacyjnym lub klinicznym. Szczegóły dotyczące rasy, pochodzenia etnicznego, kulturowego i religii osoby badanej powinny być podane wyłącznie w przypadku, jeśli zdaniem Autora mają wpływ na przebieg choroby i(lub) leczenia. Jeśli nie ma możliwości uniczenia ujawnienia identyfikowalnych informacji dotyczących pacjenta, należy uzyskać jego (lub jego prawnych opiekunów) pisemną zgodę na opublikowanie danych, zdjęć fotograficznych, obrazów radiologicznych itp., co powinno być odnotowane w publikacji.

WYMAGANIA ETYCZNE

Prace doświadczalne, prowadzone na ludziach, muszą być przeprowadzane zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej, co należy zaznaczyć w opisie metodyki. Na przeprowadzenie takich prac Autorzy muszą uzyskać zgodę Terenowej Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach (Komisji Etycznej). Prace wykonane na zwierzętach także muszą mieć zgodę odpowiedniej komisji. Uzyskanie tej zgody powinno być potwierdzone oświadczeniem Autorów w piśmie kierującym pracą do druku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Redakcja stara się czuć nad merytoryczną stroną pisma, jednak za treść artykułów odpowiada Autor, a za treść reklam – sponsor lub firma marketingowa. Wydawca ani Rada Naukowa nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

PRAWA AUTORSKIE

Jeżeli Autorzy nie zastrzegą inaczej w momencie zgłoszenia pracy, Wydawca nabywa na zasadzie wyłączeniowości ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych, CD i innych oraz w Internecie). Bez zgody Wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń.

INFORMACJE SZCZEGÓLWE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU PRZESYLANIE PRAC DO REDAKCJI

Przesłanie pracy jest równoznaczne z oświadczeniem, że praca nie była dotychczas publikowana w innych czasopismach oraz nie została jednocześnie zgłoszona do innej Redakcji. Oddanie pracy do druku jest jednoznaczne ze zgodą wszystkich Autorów na jej publikację i oświadczeniem, że Autorzy mieli pełny dostęp do wszystkich danych w badaniu i biorą pełną odpowiedzialność za całość danych i dokładność ich analizy. Prace należy nadsyłać pod adresem Redakcji w dwóch egzemplarzach (które nie podlegają zwrotowi do Autorów) łącznie z pismem przewodnim, zawierającym zgodę wszystkich Autorów na publikację wyników badań.

WERSJA ELEKTRONICZNA PRAC

Redakcja bezwzględnie wymaga nadsyłania prac na nośnikach komputerowych. Dyski powinny zawierać jedynie ostateczną wersję pracy, zgodną z przesłanymi wydrukami. Opis nośnika powinien zawierać imię i nazwisko Autora, tytuł pracy, nazwę (nazwy) zbiorów, nazwy i numery wersji użytych programów. Redakcja przyjmuje pliki tekstowe *.DOC i *.RTF. Grafiki lub zdjęcia (w rozdzielczości nadającej się do druku: 300 dpi) powinny tworzyć osobne zbiory – zalecane formaty: *.BMP, *.GIF, *.TIF, *.JPG. Tytuły rycin i tabel oraz wszystkie opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Do tworzenia wykresów zalecane jest użycie programu Microsoft Excel – wszystkie wersje.

MASZYNOPIS

1. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna być większa niż 16 stron, a kazuistycznych – 8 stron maszynopisu, łącznie z piśmiennictwem, rycinami, tabelami i streszczeniami (standardowa strona – 1800 znaków).
2. Prace powinny być pisane na papierze formatu A4, z zachowaniem podwójnych odstępów między wierszami, pismem wielkości 12 punktów (np. Arial, Times New Roman). Z lewej strony należy zachować margines szerokości 2 cm, z prawej margines szerokości 3 cm.
3. Propozycje wyróżnień należy zaznaczyć w tekście pismem półgrubym (bold).
4. Na prawym marginesie należy zaznaczyć ołówkiem miejsce druku tabel i rycin.
5. Na pierwszej stronie należy podać:
 - tytuł pracy w języku polskim i angielskim,
 - skrócony (maksymalnie 10 słów) tytuł pracy w języku polskim i angielskim (żywa pagina),
 - pełne imię i nazwisko Autora (Autorów) pracy. Przy pracach wieloosrodkowych prosimy o przypisanie Autorów do ośrodków, z których pochodzą,

- pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego pochodzi praca (w wersji oficjalnie ustalonej); w przypadku prac oryginalnych i redakcyjnych – w wersji angielskiej,
- adres, na jaki Autor życzy sobie otrzymywać korespondencję (służbowy lub prywatny) wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem, oraz (obligatoryjnie) numer telefonu i adres poczty elektronicznej. Jednocześnie Autor wyraża zgodę na publikację przedstawionych danych adresowych (jeżeli Autor wyrazi takie życzenie, numer telefonu nie będzie publikowany),
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, zgodne z aktualną listą Medical Subject Heading (MeSH) (od 3 do 5). Jeżeli odpowiednie terminy MeSH nie są jeszcze dostępne dla ostatnio wprowadzonych pojęć, można używać ogólnie używanych określeń.

Na dole strony powinny być opisane wszelkie możliwe konflikty interesów oraz informacje o źródłach finansowania pracy (grant, sponsor itp.), podziękowania, ewentualnie powinna się tu też pojawić nazwa kongresu, na którym praca została ogłoszona.

6. Na drugiej stronie pracy należy wydrukować wyłącznie tytuł pracy w języku polskim i angielskim.

STRESZCZENIE

Do artykułu następnie należy dołączyć streszczenie, o tej samej treści w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych i redakcyjnych powinno zawierać 300-400 słów. Streszczeniu należy nadać formę złożoną z pięciu wyodrębnionych części, oznaczonych kolejno następującymi tytułami: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Wnioski. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione przy pierwszym użyciu. Streszczenie prac poglądowych i kazuistycznych powinno zawierać 150-250 słów.

UKŁAD PRACY

Układ pracy powinien obejmować wyodrębnione sekcje: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo, Tabele, Opisy rycin (w jednym pliku tekstowym w wersji polskiej i angielskiej) oraz Ryciny. Sekcja Materiał i metodyka musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze, które są uwzględnione w Wynikach. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników. Wyniki oznaczeń biochemicznych i innych należy podawać w jednostkach SI. Pomiar długości, wysokości, ciężaru i objętości powinien być podany w jednostkach metrycznych (metr, kilogram, litr) lub ich wielokrotnościach dziesiętnych. Temperatura powinna być podana w stopniach Celsjusza.

TABELE

Tabele należy nadsyłać w dwóch egzemplarzach, każda tabela na oddzielnej kartce formatu A4. Tytuły tabel oraz cała ich zawartość powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte w tabelach skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod tabelą (w języku polskim i angielskim) niezależnie do rodzaju pracy. Tabele powinny być ponumerowane cyframi rzymskimi.

RYCINY

Ryciny należy nadsyłać w trzech egzemplarzach. Powinny one zostać wykonane techniką komputerową. Tytuły rycin oraz opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod ryciną. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi. Tytuły rycin należy przesłać na oddzielnej kartce. Do wykresów należy dołączyć wykaz danych. Wydawca zastrzega sobie prawo kreowania wykresów na podstawie załączonych danych.

SKRÓTY I SYMBOLE

Należy używać tylko standardowych skrótów i symboli. Pełne wyjaśnienie pojęcia lub symbolu powinno poprzedzać pierwsze użycie jego skrótu w tekście, a także występować w legendzie do każdej ryciny i tabeli, w której jest stosowany.

PIŚMIENICTWO

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach i rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach obowiązują kolejność zgodna z pierwszym odnośnikiem do tabeli lub ryciny w tekście). Liczba cytowanych prac w przypadku prac oryginalnych, redakcyjnych i poglądowych nie powinna przekraczać 30 pozycji, w przypadku prac kazuistycznych – 10. Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje opublikowane, zgodnie z konwencją Vancouver/ICMJE, stosowaną m.in. przez MEDLINE: <http://www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/vancouver.html>. Przy opisach bibliograficznych artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (bez kropek, zgodny z aktualną listą czasopism indeksowanych w Index Medicus, dostępną m.in. pod adresem <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljijweb.pdf>), rok wydania, a następnie po średniku numer tomu (rocznika; bez daty wydania jeśli czasopismo stosuje paginację ciągłą) oraz po dwukropku numer strony, na których zaczyna się i kończy artykuł. Strefy nazwiska autorów, tytułu pracy, tytułu czasopisma rozdzielane są kropkami, np.:

- Menzel TA, Mohr-Kahaly SF, Koelsch B, i wsp. Quantitative assessment of aortic stenosis by three-dimensional echocardiography. J Am Soc Echocardiogr. 1997;10:215-223. Opisy wydawnictw zwartych (książki) powinny zawierać: nazwisko(a) autora(ów) wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy oraz rok wydania. Przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) opatrzone są adnotacją „red.” („ed.(s)” w pracach angielskojęzycznych):
- Iverson C, Flanagin A, Fontanarosa PB, i wsp. American Medical Association manual of style. 9 wyd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. Przy cytowaniu rozdziałów książek należy podać: nazwisko(a) autora(ów) rozdziału wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „W.”: nazwisko(a) autora(ów) lub redaktora książki wraz z inicjałami imienia, tytuł książki; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy, rok wydania i numery pierwszej i ostatniej strony poprzedzone literą „p.”:
- Chosia M. Patomorfologia zastawki aorty. W: Szwed H, red. Zwięzione zastawki aortalnej. Gdańsk: Via Medica; 2002: 1-11. Konieczne jest ścisłe zachowanie interpunkcji według powyższych przykładów cytowania. Odnośniki do publikacji internetowych (z podanym pełnym adresem strony internetowej) są dopuszczalne jedynie w sytuacji braku adekwatnych danych w literaturze opublikowanej drukiem.