

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik || Quarterly

2017, Vol. 7, Nr 1, 1-24

ISSN 2084-4212
eISSN 2450-839X

Spis treści/Content

PRACE ORYGINALNE || ORIGINAL PAPERS

- Ocena wiedzy i postaw wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego**
Assessment of knowledge of and attitudes towards evidence-based practice among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Warmian-Masurian, and Lublin Voivodeships 3
Katarzyna Kosiołek, Joanna Gotlib

PRACE POGLĄDOWE || REVIEWS

- Kompleksowa terapia w leczeniu chorych na łuszczycę**
Comprehensive therapy in the treatment of psoriasis patients 11
Patrycja Walniczek

PRACE KAZUISTYCZNE || CASE REPORTS

- Uraz czaszkowo-mózgowy u dziecka. Opis przypadku**
Craniocerebral trauma of a child. Case study 14
Agnieszka Maj, Elżbieta Licznar, Anna Rozensztrauch
- Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z niewydolnością serca**
Application of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) in the care of the patient with chronic heart failure 17
Jagoda Trzebuniak, Alicja Targos

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik, Organ Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego
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. dr hab. Tomasz Szydełko (Wrocław)
Prof. Sabina De Geest (Bazylea, Szwajcaria)
Prof. Daria Jarosova (Ostrawa, Czechy)
Dr hab. prof. nadzw. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)
Dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Warszawa)
Dr hab. prof. nadzw. Dorota Zyśko (Wrocław)
Dr hab. n. med. Krystyna Górna (Poznań)
Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib (Warszawa)
Dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska (Lublin)
Dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz (Bydgoszcz)
Dr n. med. Jolanta Kolańska (Wrocław)
Dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)
Dr n. med. Ewa Kuriata-Kościelniak (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 Elena Gurkova (Bratysława, Słowacja)
Dr Eleni Kletsou (Ateny, Grecja)
Dr Ekaterini Lambrinou (Nikozja, Cypr)
Dr Monica Parry (Toronto, Canada)
Dr Renata Zelenikova (Praga, Czechy)
Dr n. o zdr. Robert Dymarek (Wrocław)
Dr n. o zdr. Stanisław Manulik (Wrocław)

Redakcja || Editors

Redaktor naczelny || Editor-in-Chief:

dr hab n. o zdr. prof. nadzw. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

Z-ca redaktora naczelnego || Deputy editor-in-chief:

prof. dr hab. 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 hab n. o zdr. Izabella Uchmanowicz
izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne ||

Neurology and neurosurgery nursing:

prof. dr hab. 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 2018 || Subscription for 2018:

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

Kwartalnik WPIoZ ukazuje się w wersji pierwotnej drukowanej oraz w wersji elektronicznej na stronie
www.wspolczesnepielęgniarstwo.pl

OCENA WIEDZY I POSTAW WOBEC PRAKTYKI ZAWODOWEJ OPARTEJ NA DOWODACH NAUKOWYCH WŚRÓD POŁOŻNYCH ZATRUDNIONYCH W WYBRANYCH SZPITALACH NA TERENIE WOJEWÓDZTW: MAZOWIECKIEGO, PODLASKIEGO, WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO I LUBELSKIEGO

Assessment of knowledge of and attitudes towards evidence-based practice among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Warmian-Masurian, and Lublin Voivodeships

Katarzyna Kosiorek¹, Joanna Gotlib²

¹ Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży

² Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

adres do korespondencji: joanna.gotlib@wum.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Warunkiem niezbędnym do sprawowania opieki położniczej na najwyższym poziomie jest wykorzystanie aktualnych wyników badań naukowych.

Cel pracy. Ocena wiedzy i postaw wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego.

Materiał. 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku: 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Większość badanych ($n = 92,60\%$) miała wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyły studia I stopnia, 19% ($n = 30$) – studia magisterskie. Średni czas stażu pracy wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16; min: 0,5; maks: 39; mediana: 27; modalna: 28). Zdecydowana większość badanych zatrudniona była na pełny etat ($n = 150, 98\%$). Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 74% (153/204).

Metody. Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe. Narzędziem badawczym był standaryzowany kwestionariusz „Praktyka zawodowa oparta na dowodach naukowych” (*Evidence-Based Practice Profile Questionnaire*), złożony z 88 pytań. Badania wykonano zgodnie z metodami statystyki opisowej.

Wyniki. 63% położnych ma świadomość istnienia EBP w swoim zawodzie, a ponad połowa uważa EBP za nowoczesny model wykonywania swojego zawodu (53%). Ponad 70% ankietowanych pozytywnie odnosi się do poszerzania wiedzy na temat EBP (77%). Tylko 14% położnych zadeklarowało, że nie zamierza korzystać z odpowiedniej literatury naukowej w celu aktualizacji posiadanej wiedzy. Aż 85% badanych pozytywnie podchodzi do zdobywania nowych informacji, mimo iż tylko 44% badanych znajduje czas na czytanie badań naukowych. Brak czasu jest dla położnych największą barierą uniemożliwiającą wykorzystywanie EBP w swojej pracy zawodowej.

Wnioski. 1. Poziom wiedzy położnych pracujących na terenie Polski środkowo-wschodniej na temat praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych jest niewystarczający, w związku z tym istnieje konieczność uzupełnienia wiedzy i umiejętności położnych w zakresie EBP. 2. Grupa położnych biorących udział w badaniu jest świadoma korzyści wynikających z stosowania w swojej codziennej praktyce zawodowej wyników najnowszych badań naukowych. Niski poziom wiedzy na temat specjalistycznej terminologii badań naukowych wymaga zmian w systemie kształcenia zarówno studentów położnictwa oraz

SUMMARY

Background. The use of latest research findings is a necessary condition for providing high quality maternity care.

Objectives. The study aimed to assess knowledge of and attitudes towards Evidence-Based Practice among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Warmian-Masurian, and Lublin Voivodeships.

Material. 153 midwives (women: 100% of all) employed in six health-care entities located in Central-Eastern Poland. Mean age: 46.84 years (SD: 12.44; min: 24 years; max: 61 years; median: 50; mode: 52). Most study participants ($n = 92,60\%$) had secondary medical education, 20% (32 persons) had completed first-cycle programmes, and 19% ($n = 30$) – second-cycle programmes. Mean job tenure amounted to 24.56 years (SD: 10.16; min: 0.5; max: 39; median: 27; mode: 28). A vast majority of the study participants worked full-time ($n = 150, 98\%$). A questionnaire return rate was 74% (153/204).

Methods. A voluntary and anonymous questionnaire study. A standardised Evidence-Based Practice Profile Questionnaire comprising 88 questions was used as a research tool. Descriptive statistics was used to analyse the results.

Results. 63% of midwives were aware of EBP in their profession and over half of them believed that EBP was a brand new model of practising their profession (53%). More than 70% of the respondents welcomed the idea of enhancing their knowledge of EBP (77%). As little as 14% of midwives had no intention to use relevant scientific literature to update their knowledge. As many as 85% of the respondents were positive about acquiring new information despite the fact that only 44% of all found time for reading research findings. According to midwives, a lack of time was the major barrier to using EBP in their practice.

Conclusions. 1. The level of knowledge of Evidence-Based Practice among midwives working in Central-Eastern Poland was insufficient and thus there is a need to broaden EBP-related knowledge and skills of midwives. 2. Midwives participating in the study were aware of benefits resulting from applying the most recent study results in their everyday clinical practice. Changes in the education system for midwifery students as well as midwives improving their professional skills are needed due to the low level of knowledge of specialist research terminology. 3. Despite a noticeable growth in the knowledge of EBP among midwives, barriers and problems related to the implementation of the knowledge and skills acquired into everyday clinical practice still exist. This requires changes allowing midwives to gain the latest scientific

doszkalać się położnych. 3. Pomimo zauważalnego wzrostu znajomości EBP wśród położnych poprawie nie ulegają bariery i problemy dotyczące wprowadzania zdobytej wiedzy i umiejętności do codziennej praktyki klinicznej. Wymaga to zmian umożliwiających położnym zdobywanie najnowszej wiedzy potwierdzonej naukowo oraz wsparcie ze strony kadry zarządzającej udoskonalania przyjętych sposobów opieki. **Słowa kluczowe:** położne, kompetencje zawodowe, dowody naukowe, praktyka oparta na faktach.

cally validated knowledge and support from management to change the methods of care.

Key words: midwives, professional competencies, scientific evidence, Evidence-Based Practice.

WSTĘP

Jako pierwszy pojęcia *Evidence-Based Medicine* (EBM) w 1991 roku użył Gordon Guyatt, profesor medycyny i epidemiologii klinicznej z McMaster University w Hamilton w Kanadzie [1]. Od tego czasu wystąpiło wiele zmian w sposobie poszukiwania najlepszego procesu leczniczego, a kluczowym sposobem działania stał się dowód naukowy. Medycyna oparta na najwyższej jakości dowodach naukowych zapewnia świadome, zrozumiałe i uzasadnione podejmowanie decyzji dotyczących opieki nad indywidualnym pacjentem. Kierowanie się zasadami wyznaczonymi przez *Evidence-Based Midwifery Practice* (EBMP) nie tylko podnosi poziom profesjonalizmu opieki, lecz także umacnia pozycję położnych w zespole terapeutycznym oraz może pozytywnie wpłynąć na jakość współpracy z lekarzem.

Każdego dnia w swojej codziennej praktyce zawodowej położne napotykać na różnego rodzaju problemy, pytania oraz potrzeby pacjentów, które wymagają podejmowania skutecznej klinicznie decyzji oraz wdrażania odpowiedniej interwencji medycznej. W przeszłości, aby znaleźć rozwiązanie, odnoszono się do zdobytej wiedzy, tradycji, rytuałów, nabytych umiejętności oraz własnych wyborów [2]. Współcześnie niezbędne do zapewnienia efektywnej, bezpiecznej oraz spełniającej najwyższe standardy opieki nad pacjentem jest wykorzystanie aktualnych wyników badań naukowych [3].

Sektor opieki zdrowotnej jest jednym z najdynamiczniej rozwijających się dziedzin wiedzy na świecie. Z tego powodu położne zobligowane są do ciągłego pogłębiania oraz rozwijania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych przez m.in. uczestnictwo w konferencjach naukowych, różne formy kształcenia podyplomowego, specjalizacje, a także samokształcenie [4].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wiedzy i postaw wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego.

MATERIAŁ

W badaniach udział wzięły łącznie 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku w badanej grupie kobiet wyniosła 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Zdecydowana większość badanych kobiet to mężatki ($n = 125, 81\%$), panny stanowiły tylko 16% badanych ($n = 26$). Większość badanych ($n = 102, 66\%$) mieszkała w miastach do 100 tys. mieszkańców. 32 osoby zadeklarowały, że mieszkają na wsi ($n = 32, 2\%$). Tylko 13 osób badanych zamieszkiwało miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców, a 5 osób badanych – miasto powyżej 500 tys. mieszkańców.

W badanej grupie położne ukończyły różne rodzaje szkół zakończone uzyskaniem dyplomu zawodowego położnej. Największa grupa badanych – 110 osób (71%) – ukończyła 2,5-letnią medyczną szkołę zawodową, 13 badanych ukończyło 2-letnią medyczną szkołę zawodową. 18 badanych (11%) ukończyło studia pomostowe I stopnia i kontynuowało kształcenie na studiach magisterskich uzyskując dyplom magistra położnictwa. Najmniejsza grupa badanych – zaledwie 5 osób – ukończyła studia jednolite magisterskie (studia 5-letnie).

Większość badanych ($n = 92, 60\%$) miała wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyło studia I stopnia, 19%

($n = 30$) – studia magisterskie. Żadna z badanych położnych nie miała stopnia doktora.

Średni czas stażu pracy w badanej grupie wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16; min: 0,5; maks: 39; mediana: 27; modalna: 28). Zdecydowana większość badanych zatrudniona była na pełny etat ($n = 150, 98\%$). Tylko dwie osoby zadeklarowały, że pracują na umowę zlecenie. Badane położne zatrudnione były na stanowiskach: położna ($n = 82$), położna specjalista ($n = 9$), położna oddziałowa ($n = 3$), położna odcinkowa ($n = 12$), starsza położna ($n = 38$), młodszy asystent ($n = 2$), zastępca położnej oddziałowej ($n = 2$), położna środowiskowa ($n = 2$), położna koordynująca ($n = 1$), starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa ($n = 1$).

ODSETEK ZWROTU ANKIET

Badania przeprowadzono w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej: Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach (25/34, 73%), Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej we Włodawie (15/18, 83%), Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej (27/50, 54%), Szpitalu Powiatowym Gajda-Med w Pułtusku (9/13, 69%), Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (52/41, 60%) oraz w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie (48/50, 96%). Odsetek zwrotu ankiet wyniósł 74% (153/204).

METODY

Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe zostały przeprowadzone w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej.

Badania wykonano dzięki wykorzystaniu kwestionariusza „Praktyka zawodowa oparta na dowodach naukowych” (*Evidence-Based Practice Profile Questionnaire*), który został opracowany przez zespół autorów McEvoy MP, Williams MT, Olds TS. w School of Health Sciences, University of South Australia, Adelaide, Australia. Czasopismo „Medical Education” w roku 2010 jako pierwsze zaprezentowało go w swoim numerze [5]. Kwestionariusz w całości zbudowany jest z 88 pytań, z czego 74 pytania ze skalą Likerta lub skalą nominalną odnoszą się do zakresu praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych, a 13 pytań jest niezbędnych do charakterystyki socjoekonomicznej respondentów. W ankiecie zawarte zostało również jedno pytanie dotyczące wcześniejszego spotkania położnych z pojęciem EVB, które zostało zadane poza wcześniej podanymi podziałami tematycznymi [6].

Kluczowe pytania dotyczące *Evidence-Based Practice* zostały pogrupowane w 7 domen tematycznych:

1. Wiedza i postawy pielęgniarek wobec EBP.
2. Stosunek pielęgniarek do poszerzania własnych kompetencji dotyczących EBP.
3. Zastosowanie EBP w praktyce zawodowej pielęgniarek.
4. Znajomość pojęć dotyczących EBP.
5. Częstość wykorzystywania poszczególnych elementów EBP w codziennej pielęgniarstwie praktyce zawodowej.
6. Poziom umiejętności związanych z EBP.
7. Predyspozycje i bariery ograniczające wykorzystywanie EBP przez pielęgniarki.

W pracy wykorzystano metody statystyki opisowej, a uzyskane

w badaniach dane przedstawiono z użyciem m.in. takich statystyk, jak: liczba (*n*) oraz odsetek badanych (%).

OPINIA KOMISJI BIOETYCZNEJ WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Autorzy niniejszej pracy nie uzyskali zgody Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na przeprowadzenie prezentowanych badań ze względu na fakt, że według komunikatu Komisji Bioetycznej WUM: „Komisja nie wydaje opinii w sprawie badań ankietowych, retrospektywnych i innych nieważnych badań naukowych” [7].

WYNIKI

Położne biorące udział w badaniu dotyczącym znajomości *Evidence-Based Practice* w pierwszych pytaniach ankiety udzielały odpowiedzi dotyczących poziomu wiedzy i postaw na dany temat. 63% położnych ma świadomość istnienia EBP w swoim zawodzie, a ponad połowa uważa EBP za nowoczesny model wykonywania swojego zawodu (53%). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Wiedza i postawy położnych wobec *Evidence-Based Practice*

Pytanie	Odpowiedź	<i>n</i> (liczba badanych)	%
Znam znaczenie terminu <i>Evidence-Based Practice</i> (EBP)	zdecydowanie się nie zgadzam	11	9
	nie zgadzam się	12	10
	nie mam zdania	36	29
	zgadzam się	49	39
	zdecydowanie się zgadzam	17	13
Mam świadomość istnienia EBP w moim zawodzie	zdecydowanie się nie zgadzam	8	6
	nie zgadzam się	12	10
	nie mam zdania	24	19
	zgadzam się	63	50
	zdecydowanie się zgadzam	17	13
EBP stanowi nowoczesny model wykonywania mojego zawodu	zdecydowanie się nie zgadzam	8	6
	nie zgadzam się	12	10
	nie mam zdania	40	32
	zgadzam się	50	40
	zdecydowanie się zgadzam	16	13

Kolejne pytania oceniały stosunek położnych do poszerzania własnych kompetencji dotyczących EBP. Położne z dużym prawdopodobieństwem określają chęć rozwoju wiedzy i umiejętności o EBP. Ponad 70% ankietowanych pozytywnie odnosi się do poszerzania wiedzy na temat EBP (77%). Tylko 14% położnych zadeklarowało, że nie zamierza korzystać z odpowiedniej literatury naukowej w celu aktualizacji posiadanej wiedzy. Tabela 2 przedstawia szczegółowe wyniki badania.

Tabela 2. Stosunek położnych do poszerzania własnych kompetencji dotyczących *Evidence-Based Practice*

Pytanie	Odpowiedź	<i>n</i> (liczba badanych)	%
Zamierzam poszerzać własną wiedzę na temat EBP	z pewnością nie	2	2
	mało prawdopodobne	25	20
	rozważę taką możliwość	47	37
	bardzo prawdopodobne	27	21
Zamierzam rozwijać własne umiejętności w zakresie dostępu i oceny dowodów naukowych istotnych dla mojej praktyki zawodowej	z pewnością nie	3	2
	mało prawdopodobne	23	18
	rozważę taką możliwość	38	30
	bardzo prawdopodobne	37	29
Zamierzam korzystać z odpowiedniej literatury naukowej w celu aktualizacji posiadanej wiedzy	z pewnością nie	3	2
	mało prawdopodobne	15	12
	rozważę taką możliwość	33	26
	bardzo prawdopodobne	48	38
	z pewnością tak	26	21

Zamierzam zastosować najlepsze dostępne dowody naukowe w celu poprawy jakości własnej praktyki zawodowej	z pewnością nie	3	2
	mało prawdopodobne	17	13
	rozważę taką możliwość	29	23
	bardzo prawdopodobne	43	34
	z pewnością tak	34	27

W dalszej części ankiety respondenci odpowiadali na pytania dotyczące zastosowania *Evidence-Based Practice* w praktyce zawodowej położnych. Większość położnych zgadza się z twierdzeniem, że doniesienia naukowe są przydatne w codziennej praktyce zawodowej (65%). 55% badanych uważa, że stosowanie EBP poprawia jakość praktyki zawodowej. Dla prawie połowy ankietowanych doświadczenie kliniczne ma wyższe znaczenie w podejmowaniu właściwych decyzji w codziennej pracy zawodowej niż wyniki badań naukowych (47%). Dla 75%, m.in. brak sprzętu, procedur, personelu ogranicza zastosowanie EBP w codziennej praktyce zawodowej, co szczegółowo przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Zastosowanie *Evidence-Based Practice* w praktyce zawodowej położnych

Pytanie	Odpowiedź	<i>n</i> (liczba badanych)	%
Zastosowanie EBP w mojej praktyce zawodowej jest niezbędne	zdecydowanie się nie zgadzam	1	1
	nie zgadzam się	4	3
	nie mam zdania	52	41
	zgadzam się	47	37
	zdecydowanie się zgadzam	17	13
Doniesienia naukowe są przydatne w mojej codziennej praktyce zawodowej	zdecydowanie się nie zgadzam	2	2
	nie zgadzam się	5	4
	nie mam zdania	35	28
	zgadzam się	66	52
	zdecydowanie się zgadzam	17	13
Powinam/powinieniem częściej wykorzystywać dowody naukowe w mojej codziennej praktyce zawodowej	zdecydowanie się nie zgadzam	4	3
	nie zgadzam się	4	3
	nie mam zdania	42	33
	zgadzam się	62	49
	zdecydowanie się zgadzam	13	10
Zastosowanie EBP pomaga mi podejmować właściwe decyzje kliniczne dotyczące pacjentów podczas mojej praktyki zawodowej	zdecydowanie się nie zgadzam	2	2
	nie zgadzam się	9	7
	nie mam zdania	49	39
	zgadzam się	50	40
	zdecydowanie się zgadzam	16	13
W mojej codziennej praktyce zawodowej niektóre wymogi EBP mogą mieć ograniczone zastosowanie ze względu np. na brak sprzętu, procedur, personelu itd.	zdecydowanie się nie zgadzam	3	2
	nie zgadzam się	13	10
	nie mam zdania	25	20
	zgadzam się	53	42
	zdecydowanie się zgadzam	32	25
W podejmowaniu właściwych decyzji w mojej praktyce zawodowej wyżej cenię doświadczenie kliniczne niż wyniki badań naukowych	zdecydowanie się nie zgadzam	4	3
	nie zgadzam się	24	19
	nie mam zdania	38	30
	zgadzam się	47	37
	zdecydowanie się zgadzam	13	10
Doświadczenie kliniczne jest najlepszym sposobem oceny skuteczności danego działania	zdecydowanie się nie zgadzam	3	2
	nie zgadzam się	26	21
	nie mam zdania	38	30
	zgadzam się	45	36
	zdecydowanie się zgadzam	14	11

Celem pytań zawartych w kolejnej części ankiety była ocena wiedzy respondentów na temat znajomości terminologii dotyczącej badań naukowych. 30% badanych całkiem dobrze rozumie pojęcie „znaczenie kliniczne”. Bardzo niewielka liczba położnych rozumie i umie wytłumaczyć znaczenie takich pojęć

jak: „przedział ufności” (2%), „wykres leśny” oraz „złudzenie publikacyjne” (3%). W tabeli 4 szczegółowo przedstawiono otrzymane wyniki.

Tabela 4. Znajomość pojęć dotyczących *Evidence-Based Practice*

Pytanie	Odpowiedź	n (liczba badanych)	%
Ryzyko względne (RR – <i>Relative risk</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	23	18
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	27	21
	częściowo rozumiem	31	25
	całkiem dobrze rozumiem	29	23
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	15	12
Ryzyko bezwzględne (AR – <i>Absolute risk</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	26	21
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	25	20
	częściowo rozumiem	29	23
	całkiem dobrze rozumiem	30	24
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	15	12
Przegląd systematyczny (<i>Systematic review</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	33	26
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	22	17
	częściowo rozumiem	34	27
	całkiem dobrze rozumiem	30	24
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	5	4
	brak odpowiedzi	2	2
Przedział ufności (CI – <i>Confidence interval</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	34	27
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	30	24
	częściowo rozumiem	34	27
	całkiem dobrze rozumiem	21	17
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	3	2
Złudzenie publikacyjne (<i>Publication bias</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	40	32
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	39	31
	częściowo rozumiem	25	20
	całkiem dobrze rozumiem	15	12
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	4	3
Wykres leśny (<i>Forest plot</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	48	38
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	42	33
	częściowo rozumiem	21	17
	całkiem dobrze rozumiem	8	6
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	4	3
Istotność statystyczna (<i>Statistical significance</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	26	21
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	29	23
	częściowo rozumiem	37	29
	całkiem dobrze rozumiem	25	20
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	5	4
	brak odpowiedzi	4	3
Znaczenie kliniczne (<i>Clinical importance</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	23	18
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	32	25
	częściowo rozumiem	24	19
	całkiem dobrze rozumiem	38	30
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	6	5
Randomizowane badanie kliniczne (RCT – <i>Randomised controlled trial</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	25	20
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	19	15
	częściowo rozumiem	29	23
	całkiem dobrze rozumiem	36	29
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	14	11

Wyniki dychotomiczne (<i>Dichotomous outcomes</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	42	33
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	38	30
	częściowo rozumiem	25	20
	całkiem dobrze rozumiem	14	11
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	5	4
	Wyniki ciągłe (<i>Continuous outcomes</i>)	nigdy o nim nie słyszałam	38
słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia		38	30
częściowo rozumiem		26	21
całkiem dobrze rozumiem		17	13
rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie		4	3
Wielkość efektu leczenia (<i>Treatment effect size</i>)		nigdy o nim nie słyszałam	28
	słyszałam o nim, jednak nie znam jego znaczenia	29	23
	częściowo rozumiem	27	21
	całkiem dobrze rozumiem	33	26
	rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie	7	6

Kolejne punkty kwestionariusza odnosiły się do częstości wykorzystywanie poszczególnych elementów *Evidence-Based Practice* w codziennej praktyce zawodowej położnych. Pomimo zdeklarowania 12% położnych o codziennym korzystaniu z elektronicznej bazy piśmiennictwa naukowego, aż 71% badanych nie odnosi wyników badań naukowych do własnej diagnozy. Tylko 23% położnych nigdy w swojej praktyce zawodowej nie uwzględniło preferencji pacjenta przy podejmowaniu decyzji klinicznych. Większość położnych (72%) nigdy nie uczestniczyła przy formalnym omawianiu doniesień naukowych podczas posiedzeń naukowych, co szczegółowo przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Częstość wykorzystywania poszczególnych elementów *Evidence-Based Practice* w codziennej praktyce zawodowej położnych

Pytanie	Odpowiedź	n (liczba badanych)	%
Sformułowała Pani/ /Pan poprawne pytanie kliniczne dotyczące pacjenta, problemu, podjętych działań i ich wyników?	nigdy	30	24
	raz w miesiącu lub rzadziej	40	32
	raz na dwa tygodnie	11	9
	raz na tydzień	28	22
	codziennie	15	12
Znalazła Pani/ Pan dowody naukowe adekwatne do postawionego pytania?	nigdy	38	30
	raz w miesiącu lub rzadziej	53	42
	raz na dwa tygodnie	18	14
	raz na tydzień	8	6
	codziennie	6	5
Korzystała Pani/ /Pan z elektronicznej bazy piśmiennictwa naukowego?	nigdy	34	27
	raz w miesiącu lub rzadziej	46	37
	raz na dwa tygodnie	22	17
	raz na tydzień	15	12
	codziennie	5	4
Odniosła Pani/ Pan wyniki badań naukowych do własnej diagnozy?	zdecydowanie się nie zgadzam	39	31
	nie zgadzam się	50	40
	nie mam zdania	14	11
	zgadzam się	13	10
	zdecydowanie się zgadzam	5	4
Uwzględniła Pani/ /Pan preferencje pacjenta przy podejmowaniu decyzji klinicznych?	nigdy	29	23
	raz w miesiącu lub rzadziej	17	13
Czytała Pani/ Pan wyniki opublikowanych badań naukowych?	raz na dwa tygodnie	23	18
	raz na tydzień	23	18
	codziennie	31	25
Czytała Pani/ Pan wyniki opublikowanych badań naukowych?	nigdy	21	17
	raz w miesiącu lub rzadziej	69	55
	raz na dwa tygodnie	20	16
	raz na tydzień	9	7
	codziennie	4	3

Formalnie omawiała Pani/Pan doniesienia naukowe podczas posiedzeń naukowych?	nigdy	91	72
	raz w miesiącu lub rzadziej	21	17
	raz na dwa tygodnie	7	6
	raz na tydzień	3	2
	codziennie	2	2

W dalszej części ankiety poproszono badanych o wskazanie poziomu posiadanych umiejętności związanych z *Evidence-Based Practice*. Prawie 60% połoźnych określiło, że umie i zdecydowanie umie wyszukiwać informacje w elektronicznych bazach piśmiennictwa naukowego (59) i aż 53% posiada umiejętności zastosowania informacji naukowej do poszczególnych przypadków w swojej praktyce zawodowej. Duża część respondentów wysoce ocenia swoje umiejętności obsługi komputera. Tabela 6 szczegółowo przedstawia odpowiedzi ankietowanych połoźnych.

Tabela 6. Poziom umiejętności związanych z *Evidence-Based Practice*

Pytanie	Odpowiedź	n (liczba badanych)	%
Umiejętności badawcze	zdecydowanie nie umiem/ /nie potrafię	12	10
	nie umiem/nie potrafię	11	9
	nie mam zdania	43	34
	umiem, potrafię	51	40
	zdecydowanie umiem/ /potrafię	8	6
	Obsługa komputera	zdecydowanie nie umiem/ /nie potrafię	4
nie umiem/nie potrafię		4	3
nie mam zdania		20	16
umiem, potrafię		72	57
zdecydowanie umiem/ /potrafię		24	19
Zdolność do formułowania poprawnych pytań klinicznych	zdecydowanie nie umiem/ /nie potrafię	7	6
	nie umiem/nie potrafię	6	5
	nie mam zdania	46	37
	umiem, potrafię	60	48
	zdecydowanie umiem/ /potrafię	7	6
Umiejętność wyszukiwania informacji w elektronicznych bazach piśmiennictwa naukowego	zdecydowanie nie umiem/ /nie potrafię	8	6
	nie umiem/nie potrafię	13	10
	nie mam zdania	30	24
	umiem, potrafię	62	49
	zdecydowanie umiem/ /potrafię	13	10
Umiejętność uzyskania dostępu do dowodów naukowych (uzyskanie kopii artykułów lub raportów)	zdecydowanie nie umiem/ /nie potrafię	6	5
	nie umiem/nie potrafię	8	6
	nie mam zdania	33	26
	umiem, potrafię	68	54
	zdecydowanie umiem/ /potrafię	11	9
Umiejętność krytycznej analizy dowodów naukowych w świetle stosowanych norm	zdecydowanie nie umiem/ /nie potrafię	7	6
	nie umiem/nie potrafię	15	12
	nie mam zdania	48	38
	umiem, potrafię	46	37
	zdecydowanie umiem/ /potrafię	9	7
Umiejętność określenia stopnia wiarygodności uzyskanego dowodu naukowego	zdecydowanie nie umiem/ /nie potrafię	9	7
	nie umiem/nie potrafię	13	10
	nie mam zdania	58	46
	umiem, potrafię	43	34
	zdecydowanie umiem/ /potrafię	3	2

W ostatniej części ankiety poproszono połoźnych o wskazanie predyspozycji i barier ograniczających wykorzystywanie *Evidence-Based Practice* w miejscu pracy. Aż 85% badanych pozytywnie podchodzi do zdobywania nowych informacji, mimo iż tylko 44% badanych znajduje czas na czytanie badań naukowych. Dla 14% badanych wykorzystanie dostępnych źródeł wiedzy nie wystarcza do stosowania EBP w praktyce zawodowej. Brak czasu jest dla połoźnych największą barierą uniemożliwiającą wykorzystywanie EBP w swojej pracy zawodowej. Według badanych wsparcie współpracowników jest jedną z największych motywacji do stosowania EBP w codziennej praktyce zawodowej. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Predyspozycje i bariery ograniczające wykorzystywanie *Evidence-Based Practice* przez połoźnych

Pytanie	Odpowiedź	n (liczba badanych)	%
Chcę zdobywać nowe informacje	zdecydowanie się nie zgadzam	2	2
	nie zgadzam się	1	1
	nie mam zdania	15	12
	zgadzam się	76	60
	zdecydowanie się zgadzam	31	25
	zgadzam się	34	27
	zdecydowanie się zgadzam	6	5
Znajduję czas na czytanie badań naukowych	zdecydowanie się nie zgadzam	9	7
	nie zgadzam się	26	21
	nie mam zdania	35	28
	zgadzam się	52	41
	zdecydowanie się zgadzam	4	3
Brak czasu jest jedną z największych barier uniemożliwiających wykorzystywanie EBP w mojej praktyce zawodowej	zdecydowanie się nie zgadzam	5	4
	nie zgadzam się	12	10
	nie mam zdania	27	21
	zgadzam się	53	42
	zdecydowanie się zgadzam	28	22
Obciążenie pracą zawodową uniemożliwia mi regularną aktualizację mojej wiedzy	zdecydowanie się nie zgadzam	7	6
	nie zgadzam się	19	15
	nie mam zdania	31	25
	zgadzam się	48	38
Koszty użytkowania zasobów informacyjnych ograniczają zastosowanie EBP w praktyce zawodowej	zdecydowanie się nie zgadzam	11	9
	nie zgadzam się	17	13
	nie mam zdania	65	52
	zgadzam się	27	21
Dostęp do komputera ma wpływ na zastosowanie EBP w mojej praktyce zawodowej	zdecydowanie się nie zgadzam	6	5
	nie zgadzam się	19	15
	nie mam zdania	32	25
	zgadzam się	59	47
Wykorzystanie dostępnych źródeł wiedzy wystarcza do stosowania EBP w mojej praktyce zawodowej	zdecydowanie się nie zgadzam	7	6
	nie zgadzam się	10	8
	nie mam zdania	58	46
	zgadzam się	46	37
Wsparcie współpracowników jest jedną z największych motywacji do stosowania EBP w praktyce zawodowej	zdecydowanie się nie zgadzam	4	3
	nie zgadzam się	8	6
	nie mam zdania	4	3
	zgadzam się	33	26
	zdecydowanie się zgadzam	68	54
	zdecydowanie się nie zgadzam	13	10
	nie zgadzam się	4	3
	nie mam zdania	33	26
	zgadzam się	68	54
	zdecydowanie się nie zgadzam	13	10
	nie zgadzam się	4	3
	nie mam zdania	33	26
	zgadzam się	68	54

Wsparcie ze strony kadry zarządzającej jest jedną z największych motywacji do stosowania EBP w praktyce zawodowej	zdecydowanie się nie zgadzam	6	5
	nie zgadzam się	10	8
	nie mam zdania	42	33
	zgadzam się	47	37
	zdecydowanie się zgadzam	21	17
Mój pracodawca wymaga ode mnie używania EBP w codziennej praktyce zawodowej	zdecydowanie się nie zgadzam	17	13
	nie zgadzam się	20	16
	nie mam zdania	59	47
	zgadzam się	26	21
	zdecydowanie się zgadzam	2	2
Dotychczas spotkałam się/spotkałem się z pojęciem „Praktyka położnicza oparta na faktach naukowych/Evidence-Based Midwifery Practice”	nigdy nie miałam do czynienia z tą tematyką	33	26
	podczas zajęć w uczelni	32	25
	w miejscu pracy	22	17
	podczas konferencji/szkolenia/kursu	33	26

Ostatnie pytanie zawarte w ankiecie poruszało kwestię, czy i gdzie położne spotkały się z pojęciem „Praktyka położnicza oparta na faktach naukowych/Evidence-Based Midwifery Practice”. Uzyskane odpowiedzi są sprzeczne z wcześniejszymi wynikami, ponieważ aż 26% respondentów określiło, że nigdy nie spotkało się z pojęciem EBP. 26% położnych wskazało, że były to zajęcia na uczelni oraz udział w konferencji, szkoleniu bądź kursie. Tylko 17% położnych zadeklarowało, że miejsce pracy zapewniło im wiedzę na temat EBP.

DYSKUSJA

W dostępnym polskim piśmiennictwie naukowym znajdują się bardzo nieliczne publikacje dotyczące oceny wiedzy i postaw wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych wśród położnych. Są to wyłączenie prace prowadzone przez zespół badawczy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego [3]. EBP jest bardziej powszechnym tematem badań w odniesieniu do pielęgniarek, które stanowią dużo liczniejszą grupę pracowników medycznych, dlatego też prezentowana praca ma charakter nowatorski. Publikacje pozostałych autorów są głównie pracami pogładowymi, które dotyczą przede wszystkim zastosowania dowodów naukowych w praktyce pielęgniarstwa [8–18]. W dostępnym światowym piśmiennictwie naukowym odnaleziono wiele pozycji opisujących EBP [19–32]. Pomimo dużej liczby prac nie natrafiono na publikacje dotyczące poziomu wiedzy i postaw położnych pracujących w placówkach rozmieszczonych na terenie czterech różnych województw. Przedstawiony w piśmiennictwie poziom wiedzy położnych i pielęgniarek z różnych krajów świata jest znacząco zbliżony do badanych grup polskich położnych. Pomimo zauważalnego wzrostu rozpowszechnienia znajomości EBP wśród położnych poprawie nie ulegają bariery i problemy dotyczące wprowadzania zdobytej wiedzy i umiejętności do codziennej praktyki klinicznej. Spowodowane jest to podobnymi problemami systemowymi: brak czasu, ograniczony dostęp do aktualnych badań naukowych, a także brak wsparcia ze strony kadry zarządzającej [21, 24–32].

W badaniach przeprowadzonych przez Majid i wsp. w grupie 1486 pielęgniarek pracujących w dwóch publicznych szpitalach w Singapurze, aż 64% badanych wyraziło pozytywny stosunek do EBP, jednak znaczące obciążenie pracą zawodową uniemożliwiało ankietowanym wykorzystywanie najnowszych dowodów naukowych. Znaczącą barierą wśród respondentów okazał się również brak czasu, a także ograniczona znajomość terminologii dotyczącej badań naukowych oraz słownictwa z dziedziny statystyki. Respondenci zasugerowali, że większa ilość wolnego czasu, szkolenia z zakresu praktyki zawodowej opartej na najnowszych badaniach naukowych oraz ścisła współpraca doświadczanego klinicznie mentora z młodym personelem kadry medycznej mogłaby w znaczący sposób przyczynić się do stosowania zasad zgodnych z EBP do swojej codziennej prak-

tyki zawodowej [19]. W badaniach własnych otrzymano zbliżone wyniki. Położne również wykazują pozytywny stosunek do poszerzania własnych kompetencji odnoszących się do EBP. Tylko 22% badanych nie zamierza rozwijać się w tej dziedzinie. Brak czasu jest także jedną z największych barier uniemożliwiających wykorzystywanie dowodów naukowych wśród położnych. Aż 44% badanych podkreśla, iż brakuje im czasu na czytanie badań naukowych, czego następstwem jest wykonywanie czynności położniczych niezgodnie z najnowszą wiedzą medyczną opartą na dowodach naukowych. Trudność w całkowitym przestrzeganiu norm wynikających z zasad EBP w badanej grupie położnych stanowi również niski poziom znajomości specjalistycznej terminologii odnoszącej się do dowodów naukowych. Brak umiejętności przeanalizowania, dokładnego zrozumienia podawanych informacji znacząco utrudnia wcielanie w życie najnowszych doniesień medycznych. Nieliczna grupa respondentów posiada wiedzę niezbędną do zdobywania oraz poszerzania umiejętności badawczych. Tylko 12% badanych rozumie oraz potrafi wytłumaczyć innym znaczenie zagadnienia – ryzyko względne, a tylko 5% rozumie i umie wytłumaczyć pojęcie – znaczenie kliniczne. Bardzo niewielka liczba położnych rozumie i umie wytłumaczyć pojęcia takie jak „przedział ufności” (2%), „wykres leśny” oraz „złudzenie publikacyjne” (3%).

Podobne wyniki badań uzyskał zespół prowadzący badania na studentach ostatniego semestru studiów pielęgniarstwa 26 szwedzkich uniwersytetów medycznych. Florin i wsp. przeanalizowali 2107 kwestionariuszy w celu oceny edukacyjnego wsparcia wykorzystywania wiedzy naukowej i przekonań w zakresie EBP. Badania dowiodły, że uczniowie wyżej oceniają swoje umiejętności w dziedzinie poszukiwania danych dotyczących danego zagadnienia, niż początkowego etapu pracy, jakim jest stawianie sobie pytania klinicznego. Wynika z tego, że pierwszy etap działania nie jest w pełni spełniony, więc nie można osiągnąć zadowalającego efektu końcowego. Poszerzanie wiedzy i umiejętności studentów w zakresie oceny wiarygodności publikacji naukowych jest w dużym stopniu ograniczone przez brak czasu podczas wykonywania niezbędnych obowiązków zawodowych. Mała liczba personelu medycznego oraz duże obciążenie pacjentami nie sprzyjają wykorzystywaniu wiedzy opartej na dowodach naukowych, lecz rutynowemu postępowaniu. Badana grupa wskazała, że jednym z powodów braku zainteresowania najnowszymi wynikami badań naukowych jest brak możliwości wprowadzenia zmian w odgórnie przyjętych procedurach medycznych [20]. Podobne wyniki uzyskał Bogdan-Lovis i Sousa na podstawie badań przeprowadzonych w grupie certyfikowanych położnych i pielęgniarek. W badaniu dotyczącym porównania oceny wiedzy z zakresu EBP, dostępu oraz korzystania z niej udział wzięło 21 położnych pracujących w większych i mniejszych placówkach leczniczych. Odpowiedzi były przetwarzane, kodowane i porównywane w specjalnym programie przeznaczonym do zarządzania danymi jakościowymi za pomocą słów i fraz kluczowych. Wyniki wykazały, że obie grupy położnych cechuje szeroka wiedza ogólna o EBP, ale odpowiedzi na konkretne pytania dotyczące praktyk EBP pokazują, że nie w pełni rozumieją koncepcję EBP lub jego zastosowanie. Analiza odpowiedzi wykazała zgodność między wiedzą praktyczną, doświadczeniem i danymi publikowanymi w czasopiśmie branżowych, jak również w wewnętrznych szpitalnych wytycznych dla dwóch konkretnych zabiegów opisanych obszernie i szczegółowo – znieczulenie zewnątrzroponowe i nacięcie krocza. Położne wykazały się zapalem we własnej interpretacji medycyny opartej na dowodach naukowych w praktyce, ale odpowiedzi na szczegółowe pytania w ankiecie ukazały pewne braki. W przypadkach gdzie położne wykazały się trafnym wykorzystaniem medycyny opartej na dowodach naukowych oraz wypełniały założenia protokołu szpitalnego w końcowym procesie medycznym nie kierowały się założeniami wynikającymi z koncepcji EBP. Przez wzgląd na zadowolenie pacjentów ankietowane wykonywały działania, które nie zawsze były przez nie pożądane [21]. Badania własne przeprowadzone na grupie 153 położnych przyniosły również podobne rezultaty. Respondent-

ki dobrze oceniają swoje umiejętności w zakresie obsługi komputera, 66% nie ma z tym problemu. Położne wykazują dość duże zdolności wyszukiwania informacji w elektronicznych bazach danych (59%), a aż 63% deklaruje, że potrafi oraz zdecydowanie potrafi uzyskać dostęp do specjalistycznej wiedzy. Niestety problem stanowi określenie stopnia wiarygodności uzyskanego dowodu naukowego. Tylko 36% przyznaje się do takich zdolności. Nie tylko ocena wiarygodności analizowanych badań, lecz również zdolność określenia stopnia użyteczności klinicznej uzyskanego dowodu naukowego jest oceniana przez położne na niskim poziomie. Wiedza i umiejętności zdobywania kompetencji nie przyczyniają się do stosowania przeanalizowanych badań naukowych we własnej diagnozie. Tylko 14% badanych odnosi wiedzę opartą na dowodach naukowych do konkretnych przypadków. Powodów takich zachowania personelu medycznego może być wiele. Najbardziej prawdopodobne wydaje się przepracowanie oraz zbyt wiele obowiązków spoczywających na pojedynczym członku zespołu terapeutycznego. Obciążenie pracą zawodową jest jednym z głównych czynników uniemożliwiających stosowanie w pełni zasad wynikających z EBP.

Podobne wyniki uzyskały Morris i Maynard przeprowadzając badania na grupie studentów z Wielkiej Brytanii, których program studiów zapewniał zapoznanie się z terminologią i znaczeniem EBP. Dane zebrane na podstawie 191 wypełnionych kwestionariuszy miały na celu udzielenie informacji, w jaki sposób zdobyta wiedza została wykorzystywana w praktyce oraz jakie ewentualne bariery ograniczają jej stosowanie. Uczestnictwo studentów w zajęciach przyczyniło się do większej świadomości, pewności siebie w realizacji praktyki zawodowej opartej na doniesieniach naukowych oraz przygotowywania do zajęć klinicznych. Ponad 80% respondentów wskazało, że „często” lub „zawsze” wykorzystuje zdobytą wiedzę o pacjentach do konkretnych czynności leczniczych. Ponad 40% zadeklarowało, że „czasami” będzie korzystać z wiedzy pochodzącej z czasopism naukowych, czasopism branżowych, czasopism medycznych, a także raportów z audytów, aby pogłębiać i rozwijać swoją wiedzę. Wynika z tego, że wsparcie ze strony przełożonych, współpracowników jest niezbędne do czerpania wiedzy opartej na dowodach naukowych, aby jakość świadczonych usług medycznych była na jak najwyższym poziomie. Zarówno w Wielkiej Brytanii, na świecie, jak i w Polsce najważniejszą barierą ograniczającą możliwości studentów w kwestii kierowania się założeniami wynikającymi z zasad EBP był brak czasu na poszukiwanie i ocenę najnowszych, obowiązujących doniesień naukowych, a także specyficzna kultura organizacji [22]. Położne z Polski środkowo-wschodniej także mają świadomość ciągłego rozwoju EBP w swoim zawodzie (58%). Jako kadra medyczna świadcząca czynności lecznicze najbliższej pacjenta pielęgniarki są zobligowane do zapewnienia skoordynowanej opieki zdrowotnej zgodnej z najnowszymi wytycznymi oraz promowania

zdrowego stylu życia wśród pacjentów [23]. Badana grupa położnych jest tego świadoma i w tym celu ponad połowa zamierza korzystać z odpowiedniej literatury naukowej w celu aktualizacji posiadanej wiedzy.

Według założeń Barrosa, który wskazuje, że aby być najlepszym w wykonywaniu danej czynności nie wystarczy zdobyć wiedzę podczas nauki w szkole, lecz niezbędna jest wiedza zdobywana latami. Położnictwo jest dziedziną medycyny, która napotyka na swojej drodze wiele problemów związanych z chorobami matki i płodu. Bez zdobywania i aktualizowania najnowszych informacji medycznych można narazić zdrowie i życie ciężarnej, rodzącej kobiety oraz jej dziecka [24]. Grupa badanych położnych jest świadoma niebezpieczeństw wynikających z niewiedzy i aż 85% chce zdobywać nowe informacje.

Współczesny sektor opieki zdrowotnej zarówno w Polsce, jak i na świecie ulega ciągłym innowacyjnym zmianom. Prowadzone badania naukowe w istotny sposób udoskonalają opiekę medyczną nad pacjentem oraz umożliwiają wykonywanie czynności pielęgnacyjnych na jak najwyższym poziomie, zgodnie z najnowszymi standardami. Położne, które stanowią grupę zawodową będącą blisko pacjentki są nieodzownym elementem wynikających z tego zmian w systemie opieki zdrowotnej. Stosowanie przez personel położniczy innowacyjnych technik oraz wdrażanie zasad wynikających z paradygmatu EBP do codziennej pracy umożliwia zapewnienie efektywnej i możliwie najlepszej opieki nad kobietą, w każdym momencie jej życia a także nad jej nowonarodzonym dzieckiem.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy położnych pracujących na terenie Polski środkowo-wschodniej na temat praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych jest niewystarczający, w związku z tym istnieje konieczność uzupełnienia wiedzy i umiejętności położnych w zakresie EBP.
2. Grupa położnych biorących udział w badaniu jest świadoma korzyści wynikających ze stosowania w swojej codziennej praktyce zawodowej wyników najnowszych badań naukowych. Niski poziom wiedzy na temat specjalistycznej terminologii badań naukowych wymaga zmian w systemie kształcenia zarówno studentów położnictwa, jak i doszkalających się położnych.
3. Pomimo zauważalnego wzrostu znajomości EBP wśród położnych poprawie nie ulegają bariery i problemy dotyczące wprowadzania zdobytej wiedzy i umiejętności do codziennej praktyki klinicznej. Wymaga to zmian umożliwiających położnym zdobywanie najnowszej wiedzy potwierdzonej naukowo oraz wsparcie ze strony kadry zarządzającej udoskonalania przyjętych sposobów opieki.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych auterek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Kózka M. Zastosowanie badań naukowych w praktyce pielęgniarstwa. *Pielęgniarka Epidemiologiczna* 2007; 2/3: 13-15.
2. Mick J. Call to action How to implement evidence-based nursing practice. *Nursing* 2017; 47(4): 36-42.
3. Belowska J, Panczyk M, Kot-Doniec B, i wsp. Analiza wiedzy i postaw położnych po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego z pielęgniarstwa położniczego wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych – doniesienie wstępne. *Przedz Zarz* 2014; XV(12): 143-163.
4. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r. nr 174, poz. 1039).
5. McEvoy MP, Williams MT, Olds TS. Evidence based practice profiles: differences among allied health professions. *BMC Med Educ* 2010; 10: 69, doi: 10.1186/1472-6920-10-69.
6. Panczyk M, Belowska J, Zarzeka A, i wsp. Evidence-based Practice Profile Questionnaire – wierność rekonstrukcyjna kwestionariusza do badania wiedzy, postaw i umiejętności w zakresie EBM i EBP w grupie polskich pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2015; 23(3): 314-323.
7. Opinia Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Dostępna na URL: <http://komisja-bioetyczna.wum.edu.pl/content/szczeg%C3%B3w%C5%82owe-informacje-oraz-wzory-dokument%C3%B3w> [cyt. 24.10.2017].
8. Kędra E. Praktyka pielęgniarstwa oparta na faktach – wymóg czy konieczność? *Probl Pielęg* 2011; 19(3): 391-395.
9. Gotlib J, Belowska J, Panczyk M. Wiedza i postawy pielęgniarek wobec wykorzystywania wyników badań naukowych w codziennej praktyce klinicznej – doniesienie wstępne. *Probl Pielęg* 2014; 22(3): 281-287.
10. Gotlib J, Belowska J, Panczyk M. Evidence-based Medicine i Evidence-based Nursing Practice – przegląd polskiego piśmiennictwa naukowego. *Probl Pielęg* 2014; 22(2): 223-227.
11. Belowska J, Panczyk M, Zarzeka A, i wsp. Wiedza i postawy pielęgniarek po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego z pielęgniarstwa epidemiologicznego wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych – doniesienie wstępne. *Probl Pielęg* 2015; 23(2): 150-159.
12. Belowska J, Panczyk M, Zarzeka A, i wsp. Staż pracy a wiedza i postawy pielęgniarek przystępujących do egzaminów specjalizacyjnych organizowanych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wobec Evidence-Based Practice. *Pielęg Pol* 2016; 3(61): 340-346.
13. Belowska J, Panczyk M, Zarzeka A, i wsp. Evidence-Based Practice (EBP) w praktyce zawodowej pielęgniarek – analiza wiedzy,

- postaw i umiejętności w zależności od wykształcenia. *Probl Pielęg* 2016; 24(2): 98–105.
14. Belowska J, Zarzeka A, Panczyk M, i wsp. Evidence-based Midwifery Practice – przegląd światowego piśmiennictwa. *Pielęg Pol* 2016; 2(60): 236–240.
 15. Belowska J, Zarzeka A, Samoliński Ł, i wsp. Przegląd piśmiennictwa pielęgniarstwa na przykładzie czasopisma „Problemy Pielęgniarstwa” – doniesienie wstępne. *Probl Pielęg* 2016; 24(2): 106–111.
 16. Gotlib J, Belowska J, Żmuda-Trzebiatowska H, i wsp. Ocena wiedzy i postaw pielęgniarek na temat praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych. *Probl Pielęg* 2015; 23(2): 177–182.
 17. Majkowski J. Medycyna oparta na dowodach – zalety i ograniczenia w praktyce klinicznej. *Epileptologia* 2008; 16: 217–225.
 18. Borkowski W. Medycyna oparta na dowodach (EBP) w systemie opieki zdrowotnej pacjenta. Część III. Nauczanie epidemiologii i statystyki. *Prz Epidemiol* 2009; 63: 421–426.
 19. Majid S, Foo S, Luyt BY, et al. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses’ perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc* 2011; 99(3): 229–236.
 20. Florin J, Ehrenberg A, Wallin L, et al. Educational support for research utilization and capability beliefs regarding evidence-based practice skills: a national survey of senior nursing students. *J Adv Nurs* 2012; 68(4): 888–897.
 21. Bogdan-Lovis EA, Sousa A. The contextual influence of professional culture: certified nurse-midwives’ knowledge of and reliance on evidence-based practice. *Soc Sci Med* 2006; 62(11): 2681–2693.
 22. Morris JA, Maynard VB. The value of an evidence based practice module to skill development. *Nurse Educ Today* 2007; 27(6): 534–541.
 23. Wilson A, Whitaker N, Whitford D. Rising to the challenge of health care reform with entrepreneurial and intrapreneurial nursing initiatives. *Online J Issues Nurs* 2012; 17(2): 5.
 24. Barroso R. Toward unification of the midwifery profession: looking back to guide us now. *Journal of Midwifery and Women’s Health* 2010; 55(1): 2–4.
 25. Billie H. Implementing research evidence into practice: some reflections on the challenges. *Evidence Based Midwifery* 2013; 11(3): 76–80.
 26. Gijbels H, O’Connell R, Dalton-O’Connor C. A systematic review evaluating the impact of post-registration nursing and midwifery education on practice. *Nurse Educ Pract* 2010; 10(2): 64–69.
 27. Fullerton JT, Thompson JB, Severino R. The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice. An update study: 2009–2010. *Midwifery* 2011; 27(4): 399–408.
 28. Jalali-Nia SF, Salsali M, Dehghan-Nayeri N, et al. Effect of evidence-based education on Iranian nursing students’ knowledge and attitude. *Nurs Health Sci* 2011; 13(2): 221–227.
 29. Logan PA, Angel L. Nursing as a scientific undertaking and the intersection with science in undergraduate studies: implications for nursing management. *J Nurs Manag* 2011; 9(3): 407–417.
 30. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, et al. Evidence-based practice: step by step: igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice. *Am J Nurs* 2009; 109(11): 49–52.
 31. Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Stillwell SB, et al. Evidence-based practice step by step: critical appraisal of the evidence: part I. *Am J Nurs* 2010; 110(7): 47–52.
 32. Adams S, Barron S. Use of evidence-based practice in school nursing: prevalence, associated variables, and perceived needs. *Worldviews Evid Based Nurs* 2009; 6(1): 16–26.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib
 Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
 Wydział Nauki o Zdrowiu
 Warszawski Uniwersytet Medyczny
 ul. Żwirki i Wigury 61
 02-091 Warszawa
 Tel. 22 57 20 490; 608 108 028
 E-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 21.12.2017 r.

Po recenzji: 23.01.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 26.01.2018 r.

KOMPLEKSOWA TERAPIA W LECZENIU CHORYCH NA ŁUSZCZYCĘ

Comprehensive therapy in the treatment of psoriasis patients

Patrycja Walniczek

Policealna Szkoła „COSINUS III” we Wrocławiu

adres do korespondencji: patrycja.walniczek@gmail.com

STRESZCZENIE

Łuszczyca jest jedną z najczęstszych dermatoz skóry. Wyniki leczenia są wciąż mało satysfakcjonujące. Poziom przestrzegania zaleceń lekarskich oraz wiedza pacjenta o chorobie łuszczykowej są wciąż na niskim poziomie. Ważne jest, aby na wczesnym etapie diagnozy edukować chorego. Pacjenci z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy są predysponowani do rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, otyłości, cukrzycy, stanów lękowych. Choroba ta wymaga leczenia na wielu płaszczyznach. Dlatego tak ważne jest leczenie kompleksowe. W przedstawionych badaniach przyczyn niskiego przestrzegania zaleceń lekarskich oraz braku satysfakcjonujących efektów leczenia należy szukać w czynnikach socjodemograficznych, czynnikach dotyczących pacjenta i jego podejścia do zaleceń lekarskich, jak i kosztach terapii.

Słowa kluczowe: łuszczyca, jakość życia, terapia.

SUMMARY

Psoriasis is one of the most common skin dermatoses. The results of treatment are still not satisfactory. Compliance with medical advice and patient knowledge of psoriasis is still low. It is important to educate the patient at an early stage of diagnosis. Patients with moderate or severe psoriasis are predisposed to developing cardiovascular disease, obesity, diabetes, anxiety. This disease requires treatment on many levels, therefore comprehensive treatment is so important. In the presented studies, the reasons for low compliance and lack of satisfactory treatment results should be looked at in sociodemographic factors, patient factors and its approach to medical recommendations and treatment costs.

Key words: psoriasis, quality of life, therapy.

WSTĘP

Łuszczyca jest chorobą niejednorodną, przybierającą różną postać i atakującą różne obszary ciała. Podłożem zmian skórnych są czynniki środowiskowe, genetyczne oraz immunologiczne. Dermatoma dotyczy 2–4,8% populacji. Łuszczyca jest nie tylko problemem zdrowotnym, ale ma silne podłoże społeczno-ekonomiczne. Ciężkie postaci łuszczycy, jak również umiarkowane są główną przyczyną obniżenia jakości życia. Choroba przekłada się na relacje międzyludzkie, aktywność fizyczną, aktywność społeczno-zawodową oraz kontakty z rodziną. Niestety w grupie chorych występuje duża predyspozycja do nałogów [1].

Łuszczyca to przewlekła choroba, której leczenie nie daje satysfakcjonujących wyników, a poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów jest na niskim poziomie. Leczenie chorych na łuszczycę musi być kompleksowe. Pacjenci nie są dostatecznie świadomi, jak dużą rolę w leczeniu odgrywa przestrzeganie zaleceń lekarskich, edukacja, akceptacja choroby oraz wsparcie psychologa [2].

ŁUSZCZYCA – CHOROBA O WIELU TWARZACH

U pacjentów z łuszczycą obserwuje się częstsze występowanie chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy, otyłości oraz depresji. Leczenie wymaga złożonego procesu farmakologicznego, często kosztownego, niekiedy obciążonego działaniami niepożądanymi. Łuszczyca towarzyszy polipragmazja, co powoduje, że leczenie często jest skomplikowane. Czynniki te przyczyniają się do zwiększenia zachorowalności i śmiertelności wśród pacjentów z łuszczycą. Ze względu na występowanie zmian skórnych, które powodują silną stygmatyzację i zawstydzenie, chorzy poddają się izolacji społecznej, która przyczynia się do dalszego obniżania ich samooceny oraz występowania zaburzeń psychicznych (niepokój, depresja). Bardzo ważne jest, aby wdrożyć wczesne leczenie farmakologiczne oraz podnieść świadomość pacjenta dotyczącą przestrzegania zaleceń terapeutycznych [3].

Łuszczyca jako choroba jest wyzwaniem dla systemu opieki medycznej, jak również dla samego pacjenta. Konsekwencja pacjenta w czasie leczenia, czyli przestrzeganie zaleceń medyc-

nych, edukacja, jak również regularne zgłaszanie się na wizyty lekarskie są istotnymi kwestiami w ocenie końcowego efektu leczenia [4].

PRZYCZYNY NIEPRZESTRZEGANIA ZALECEŃ MEDYCZNYCH

Badania pokazują, że nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjentów z łuszczycą mieści się w granicach od 23 do 97%. Różnice zależą od wielu czynników, są to m.in. leki, system opieki medycznej, jak również podejście samego pacjenta do choroby. Powszechnym zjawiskiem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjenta jest brak satysfakcji z efektów leczenia. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest wiele, można je jednak podzielić na dwie grupy. Do pierwszej grupy zalicza się czynniki socjodemograficzne, jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, status materialny, stan cywilny, stan psychiczny. Druga grupa to czynniki związane z terapią, z jej przestrzeganiem, dawkowaniem leków i kosztami [5, 6].

CZYNNIKI SOCJODEMOGRAFICZNE

Analizy dotyczące pacjentów z przewlekłą chorobą łuszczykową pokazują, że dobre relacje z otoczeniem, wsparcie rodziny, stała praca, pomoc społeczna (np: grupa wsparcia) są czynnikami, które wpływają na bardzo dobre przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Badania pokazują, że kobiety w większym stopniu przestrzegają zaleceń terapii niż mężczyźni. Wykazano również, że osoby posiadające wyższe dochody, lepsze ubezpieczenie, wyższe wykształcenie lepiej przestrzegają zaleconego leczenia. Pacjenci z łuszczycą, którzy nadużywają alkoholu, papierosów, nie posiadają pracy wykazują niższy stopień przestrzegania zaleconej terapii. Chorzy z mniejszej miejscowości (wsi) wymagają częstszej hospitalizacji. Przyczyną może być fakt, że mają trudniejszy dostęp do specjalistów. Mniejsza świadomość pacjenta dotycząca zachowania ciągłości stosowanej terapii medycznej, przestrzegania terminów ustalonych wizyt lekarskich sprawiają, że kontrola nad chorobą łuszczykową jest utrudniona [7].

STAN PSYCHICZNY PACJENTA Z CHOROBA ŁUSZCZYKOWĄ

Choroba łuszczykowa prowadzi do napiętnowania, wstydu odczuwanego przez pacjentów, związane jest to ze zmianami cho-

robowymi na skórze. Chory izoluje się od swojego otoczenia. Strach, lęk przed odrzuceniem prowadzi do zaburzeń psychicznych, a w konsekwencji do depresji.

W badaniach ankietowych wykazano, że stres jest najprawdopodobniej najsilniejszym czynnikiem, który ma wpływ na przebieg choroby, potwierdza to 1 na 4 pacjentów. U pacjentów z łuszczycą występuje depresja, która u około połowy przybiera postać kliniczną. Należy podkreślić, że nastrój osób z łuszczycą ulega ciągłym zmianom w zależności od różnych czynników np. czasu trwania choroby, okresu remisji zmian skórnych [8]. W badaniach Bewley i Page zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia natury seksualnej oraz myśli samobójcze w danej grupie badanej szacuje się na 20% [9]. Analizy badawcze pokazały wyraźny związek z lokalizacją zmian skórnych a zachowaniem pacjenta. Stwierdzono, że osoby ze zmianami łuszczycowymi zajmującymi okolice odsłonięte, czyli twarz i dłonie, w większym stopniu przestrzegają zaleceń medycznych (lepszy stan skóry), niż pacjenci posiadający zmiany łuszczycowe w miejscach mniej eksponowanych. Wpływ chorób towarzyszących na sposób leczenia pokazuje, jak ważne jest uwzględnienie chorób oraz oczekiwań pacjenta, co do stosowanej terapii. Chorzy z łuszczycowym zapaleniem stawów zwracali uwagę na skuteczność terapii, natomiast osoby z chorobami krążenia najbardziej obawiały się działań niepożądanych. Świadomość wpływu tych czynników przekłada się na przestrzeganie zaleceń medycznych, lekarze mogą dostosować leczenie pacjenta łuszczycowego indywidualnie do jego profilu psychologicznego [9–11].

W badaniach zaobserwowano, że pacjenci wykazują większe zadowolenie z leczenia systemowego niż z leczenia miejscowego. W dalszej analizie wykazano, że pacjenci z łuszczycą przestrzegają lepiej zaleceń, jeśli są to leki systemowe (zwłaszcza biologiczne).

DAWKOWANIE LEKÓW I KOSZTY TERAPII

Analiza pokazuje, że proste dawkowanie (raz dziennie) sprzyja utrzymaniu wysokiego stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich w porównaniu do skomplikowanego dawkowania. Pacjenci wyraźnie wskazali, że wolą leki w postaci ampułko-strzykawki od leków miejscowych i doustnych [12].

U chorych z łuszczycą dużo częściej występują choroby takie, jak cukrzyca, otyłość, choroby sercowo-naczyniowe, zespół metaboliczny, stany lękowe, depresja. Wiąże się to z koniecznością przepisywania większej liczby lekarstw. Koszty terapii rosną proporcjonalnie do liczby wypisywanych recept. Z badań ekonomicznych wynika, że chorzy z łuszczycą częściej trafiają do szpitala. Leczenie pacjenta z chorobami współtowarzyszącymi powoduje, że na wczesnym etapie leczenia jest wprowadzana większa liczba lekarstw. Procedura dawkowania staje się złożona i zaczyna spadać stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych [13].

EDUKACJA PACJENTA Z CHOROBA ŁUSZCZYCOWĄ

Należy zwrócić uwagę na fakt, że choroba łuszczycowa dotyka nie tylko samego pacjenta, ale całą jego rodzinę. Edukacja powinna obejmować zarówno chorego, jak i jego najbliższą rodzinę. W trakcie edukacji pacjent lepiej zrozumie istotę swojej choroby, jej skutki oraz znaczenie właściwego stosowania terapii i zachowania ciągłości leczenia. Badania pokazują potrzebę edukacyjną związaną z leczeniem chorych na łuszczycę. Pacjent posiadający wiedzę o skuteczności stosowanych terapii oraz ich działaniach niepożądanych, jak również skutków ubocznych niestosowania leczenia w większym stopniu przestrzega zaleceń lekarskich oraz ustalonych wizyt. Wiedza, którą posiada pacjent

o chorobie, przekłada się na jakość przebiegu terapii. Źródłem wiedzy o chorobie jest lekarz. Przekazywane informacje jednak nie zawsze są w pełni zrozumiałe dla pacjentów, dlatego często sięgają oni do źródeł internetowych [14].

Grupy wsparcia dla osób zmagających się z chorobą łuszczycową są również istotnym elementem w terapii. Organizacje zrzeszają chorych, a także członków ich rodzin dostarczając im obszerną wiedzę na temat przebiegu choroby oraz istnienia różnych metod leczenia. Pacjent, który uczestniczy w spotkaniach organizacji wspierających, często zarówno sam, jak i jego rodzina zostaje objęty pomocą ze strony psychologa. Wsparcie psychiczne bardzo ułatwia akceptację choroby, zmian chorobowych w wyglądzie skóry. Edukacja chorych z łuszczycą przez zwiększenie poziomu wiedzy również wpływa pozytywnie na współpracę pacjenta z lekarzem i przestrzeganie przez niego zaleceń [15].

Nowe technologie informacyjne określane jako telemedycyna pozwalają na lepszą komunikację między pacjentem a lekarzem. Z przeprowadzonych badań wymienia się metodę krótkich wiadomości tekstowych (SMS). U pacjentów korzystających z tej metody zauważa się poprawę stanu chorego, jak i jakości jego życia. Wielu badaczy podkreśla, że nowoczesne metody komunikacji umożliwiają kontrolę przebiegu choroby. Dla chorego duże znaczenie ma szybka odpowiedź na zaistniały problem. Czynniki te przekładają się na poprawę przestrzegania zaleceń. Istotne jest wprowadzanie informacji o stanie pacjenta do baz elektronicznych. Celem jest sprecyzowanie potrzeb pacjenta, przez co dobrane terapie są skuteczniejsze. Przekłada się to na lepsze przestrzeganie zaleceń lekarskich [16].

PODSUMOWANIE

Leczenie łuszczycy musi być kompleksowe. Leczony jest cały człowiek. Ważne jest, aby podczas ustalania terapii medycznych brane były pod uwagę preferencje chorego, które przekładają się na lepsze podejście pacjenta do zaleceń. Leczenie łuszczycy zaczyna się od stosowania leków miejscowych. Przy łuszczycy umiarkowanej i ciężkiej jest niezbędne podawanie leków systemowych. Choroba ta należy do nieuleczalnych, dlatego pacjenci muszą się liczyć z tym, że będą stosować leki do końca życia. Celem terapii jest uzyskanie poprawy stanu zdrowia pacjenta. Dlatego ważne jest zachowanie ciągłości terapii lekarskich.

Łuszczycyca ogranicza i upośledza codzienne czynności osób borykających się z nią, przez co pacjenci wycofują się z życia rodzinnego i społecznego. Pomoc psychologa oraz organizacji wspierających powinna być udzielana na etapie diagnozy. Łuszczycyca ma wpływ na chorego, ale również na życie jego najbliższych. Psychologiczna pomoc wpływa na większą akceptację choroby, a przez to zachowanie ciągłości w leczeniu, co poprawia stopień skuteczności leczenia, jak i jakość życia chorego.

Problem nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przy prowadzonych terapiach nie jest jedyną przyczyną niepowodzeń. Czynniki, które mają na to wpływ są: system opieki medycznej, postawa lekarzy, dostępność metod leczniczych oraz edukacja chorego, jak i społeczeństwa. Im szerszą gamą różnych leków i terapii dysponuje lekarz, tym większa jest możliwość dostosowania leczenia do danego pacjenta. Właściwa diagnoza choroby na wczesnym etapie oraz edukacja chorego przyczyniają się do akceptacji choroby, a tym samym zachowania ciągłości leczenia i kontroli przebiegu choroby. Pacjent pozostaje aktywny społecznie, zawodowo, a jego choroba nie stanowi obciążenia dla niego samego.

*Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.
Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.*

BIBLIOGRAFIA

1. Basińska M, Kasprzak A. Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Prz Dermatol* 2012; 6(99): 692–700.
2. Adamska M, Juszczyńska K, Miniszewska J. Sposób postrzegania

własnej choroby jako czynnik wyznaczający jej akceptację u osób chorych na łuszczycę. *Curr Probl Psychiatrii* 2015; 16(1): 26–37.

3. Komorowska O, Szczerkowska-Dobosz A, Purzycka-Bohdan D, i wsp. Łuszczycyca jako czynnik ryzyka rozwoju chorób serca i naczyń. *Prz Dermatol* 2014; 6(101): 500–506.

4. Grochowicz M, Pakla-Misiur A, Narbutt J. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorych na łuszczycę – przegląd piśmiennictwa. *Prz Dermatol* 2016; 2(103): 153–161.
5. Devrimci-Ozguvaen H, Kundakci N, Kumbasar H, et al. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000; 14(4): 267–271.
6. Feldman SR, Zhao Y, Shi L, et al. Economic and comorbidity burden among moderate-to-severe psoriasis patients with comorbid psoriatic arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2015; 67(5): 708–717.
7. Chodorowska G, Bryczek M, Dąbrowska-Członka M, i wsp. W jakim stopniu chorzy na łuszczycę interesują się swoją chorobą? Badanie wstępne. *Adv Dermatol Allergol* 2006; 23(4): 186–191.
8. Basińska M, Szymańska L. Związek nastroju z cechami choroby u osób z łuszczycą. *Prz Dermatol* 2013; 3(100): 146–153.
9. Bewley A, Page B. Maximizing patient adherence for optimal outcomes in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25(Suppl. 4): 9–14.
10. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldmann SR, et al. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 35.
11. Schmieder A, Schaarschmidt ML, Umar N, et al. Comorbidities significantly impact patients' preferences for psoriasis treatments. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67(2): 363–372.
12. Chan SA, Hussain F, Lawson LG, et al. Factors affecting adherence to treatments of psoriasis comparing biologic therapy to other modalities. *J Dermatolog Treat* 2013; 24(1): 64–69.
13. Pouplard C, Gourraud PA, Meyer N, et al. Are we giving patients enough information on how to use topical treatments? Analysis of 767 prescriptions in psoriasis. *Br J Dermatol* 2011; 165(6): 1332–1336.
14. Martin SL, McGoey ST, Bebo BF Jr, et al. Patients' educational needs about topical treatments for psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68(5): 163–168.
15. Nijsten T, Rolstad T, Feldman SR, et al. Members of the national psoriasis foundation. More extensive disease and better informed about treatment options. *Arch Dermatol* 2005; 141(12): 19–26.
16. Balato N, Megna M, Di Costanzo L, et al. Educational and motivational support service: a pilot study for mobile-phone-based interventions in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2013; 168(1): 201–205.

Adres do korespondencji:

Patrycja Walniczek
ul. Kopernika 10b/7
56-300 Milicz
Tel.: 531 855 813
E-mail: patrycja.walniczek@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 12.01.2018 r.

Po recenzji: 20.01.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 23.01.2018 r.

URAZ CZASZKOWO-MÓZGOWY U DZIECKA. OPIS PRZYPADKU

Craniocerebral trauma of a child. Case study

Agnieszka Maj¹, Elżbieta Licznar¹, Anna Rozensztrauch²

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

² Katedra Pediatrii, Zakład Neonatologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

STRESZCZENIE

Urazy czaszkowo-mózgowe stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów oraz nabytych zaburzeń neurologicznych wśród populacji dziecięcej. W pracy omówiono proces pielęgnowania dziecka hospitalizowanego z powodu urazu mózgowo-czaszkowego. Przy opracowaniu planu opieki wykorzystano katalog Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

Słowa kluczowe: uraz czaszkowo-mózgowy, opieka pielęgniarska, Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

SUMMARY

Craniocerebral injuries are one of the leading causes of death and acquired neurological disorders among the pediatric population. This paper presents the nursing care of a patient hospitalized due to the craniocerebral trauma. The catalog of the International Classification of Nursing Practices ICNP® was used in the development of the care plan.

Key words: craniocerebral trauma, nursing care, International Classification for Nursing Practice ICNP®.

WSTĘP

Urazy czaszkowo-mózgowe (UCM) stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów oraz nabytych zaburzeń neurologicznych wśród populacji dziecięcej. Największa śmiertelność obserwowana jest u noworodków oraz dzieci starszych [1–3]. Mechanizm urazu głowy u dzieci jest znacznie odmienny od urazu głowy osoby dorosłej. Duża różnica wielkości głowy w stosunku do wielkości ciała sprawia, że środek ciężkości u dzieci przesunięty jest ku górze, co z kolei ułatwia skłonność do urazów. Dodatkowo, słabe mięśnie szyi zwiększają podatność na urazy związane z działaniem sił przyspieszenia bądź analogicznie opóźnienia. Całkowite ukształtowanie kości czaszki dokonuje się do 10. roku życia.

Wśród czynników wpływających na wielkość urazu możemy wyróżnić: czas działania, siłę urazu, miejsce oraz przedmiot powodujący uraz.

UCM u noworodków to głównie urazy okołoporodowe (ok. 2–3% zgonów). U dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym do urazu dochodzi najczęściej w wyniku upadków, a u dzieci starszych główną przyczyną zgonów stanowią urazy komunikacyjne. Częstość występowania UCM jest dwukrotnie większa u chłopców. Umieralność pourazowa częściej obserwowana jest w aglomeracjach wiejskich niż w miejskich [2].

Urazy mózgowo-czaszki spowodowane przez ciało obce zdarzają się dość rzadko, w 80% przypadków są to urazy tępe [3, 4]. W wyniku urazu może dojść do przemieszczenia mózgu w jamie czaszki i uderzenia masy mózgowej o usztywnione fałdy opony twardej lub powierzchnię ściany czaszki. W związku z tym może nastąpić stłuczenie, a nawet skaleczenie pnia i półkul mózgu. W konsekwencji może dojść do wystąpienia wylewu śródczaszkowego, krwiaka nadtwórkowego bądź podtwórkowego. W urazach otwartych nierzadko dochodzi do uszkodzenia lub rozległego rozdarcia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu.

Wielogniskowe uszkodzenia mózgu spowodowane UCM powodują wiele poważnych zaburzeń po przebytym urazie. Do zaburzeń tych można zaliczyć m.in.: afazję pourazową, zaburzenia procesów poznawczych, zaburzenia zachowania czy padaczkę pourazową [4].

W odniesieniu do psychologii zastosowany termin „wielogniskowe” odnosi się przede wszystkim do objawów klinicznych,

które nie są ściśle zlokalizowane, oraz tych zlokalizowanych, które wskazują na uszkodzenie większej części mózgu [5].

Na podkreślenie zasługuje fakt, że każdy uratowany milimetr bardzo wrażliwej tkanki mózgowej ma niezwykle ważne znaczenie w rokowaniu u dziecka. W postępowaniu diagnostycznym zwraca uwagę jak najszybsze wykonanie badań obrazowych, zwłaszcza tomografii komputerowej [4].

Właściwe leczenie oraz pielęgnowanie dzieci po urazach czaszkowo-mózgowych jest możliwe jedynie w wyspecjalizowanych oddziałach neurotraumatologicznych lub neurochirurgicznych [6]. Biorąc pod uwagę specyfikę urazu, należy określić stopień deficytu samoopieki oraz potencjalne problemy wynikające z jego stanu ogólnego. Nie można także zapomnieć o rodzinie dziecka oraz ocenie jej wydolności w zakresie sprawowania czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych.

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie najważniejszych problemów pielęgnacyjnych dziecka po przebytym urazie czaszkowo-mózgowym.

MATERIAŁ I METODY

Wykorzystano metodę indywidualnego przypadku, technikę obserwacji oraz dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej dziecka. W celu opracowania specyfiki opieki wykorzystano Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® [7].

OPIS PRZYPADKU

6-letnia dziewczynka została przekazana do Oddziału Intensywnej Terapii Dziecięcej ze szpitala w Legnicy po urazie czaszkowo-mózgowym w celu kontynuowania leczenia. Stan po kraniotomii odbarczającej. W chwili przyjęcia na oddział dziewczynka nieprzytomna. Ocena w skali Glasgow wyniosła 4 punkty. Dziecko sedowane wlewem Propofolu w dawce 12 mg/h i Thiopentalu 10 mg/h, zaintubowane, wentylowane mechanicznie w trybie BiLevel z 100% tlenem. Dziewczynka z niewydolnością układu krążenia. Parametry życiowe utrzymywane w granicach normy przez wlew Levonoru w dawce 2 ml/godzinę i Adrenaliny w dawce 0,1 mcg/kg m.c./min. Dziewczynka miała na oddziale założoną sondę nosowo-żołądkową i podłączone żywienie pozajelitowe. Rana pooperacyjna na głowie zaopatrzo-

na opatrunkiem. W chwili przyjęcia na oddział opatrunek delikatnie przekrwiony, podjęto decyzję o jego zmianie. Rana czysta, bez cech zapalenia, szwy utrzymane. Przy przyjęciu pobrano materiał na posiewy z drzewa oskrzelowego, gardła i odbytu.

W drugiej dobie pobytu dziecka na oddziale doszło do rozwoju objawów sugerujących wzmożone ciśnienie śródczaszkowe. Postanowiono o wykonaniu powtórnego badania CT głowy. Z opisu masywny uraz obu półkul mózgu z jednoczesnym uszkodzeniem komór bocznych i wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego i obrzękiem samego mózgu. Prawa komora boczna niewidoczna w badaniu. Po konsultacji neurochirurgicznej zdecydowano o przeprowadzeniu pilnego zabiegu wszczęcia zastawki komorowo-otrzewnowej oraz usunięciu kości czołowej z powodu utrzymującego się obrzęku mózgu. Dziecko pozostawało na wlewie silnych leków przeciwbólowych pod postacią Morfiny w dawce 1 mg/h i Nalbufiny w dawce 0,5 mg/h oraz sedujących, Thiopentalu w dawce 10 mg/h. Z powodu przedłużającej się konieczności prowadzenia oddechu zastępczego, lekarz prowadzący, w porozumieniu z rodzicami dziewczynki, podjął decyzję o założeniu rurki tracheostomijnej. Zabieg przeprowadzono w 10. dobie pobytu dziecka w OITD. Z uwagi na brak możliwości przyjmowania pokarmów doustnie oraz ciężki stan neurologiczny dziecka podjęto decyzję o założeniu przezskórnej endoskopowej gastrostomii. Zabieg ten przeprowadzono w 15. dobie pobytu dziecka w szpitalu. Z materiału pobranego z drzewa oskrzelowego, gardła i odbytu wyhodowano bakterie *Pseudomonas aeruginosa* oraz *Klebsiella pneumoniae*. Z związku z tym oraz z uwagi na bardzo duże ryzyko rozwoju infekcji OUN od początku pobytu dziecka w OITD prowadzono intensywną antybiotykoterapię z wykorzystaniem Tygacili, Linezolidu, Vankomycy, Taromentinu i Biofalozone w zmniejszających się dawkach. Po ustabilizowaniu stanu dziecka prowadzono intensywną rehabilitację ruchową.

W dalszym przebiegu leczenia podejmowano próby odłączenia dziewczynki od respiratora ze skutkiem pozytywnym. Dziecko zaczęło oddychać samodzielnie, rurka tracheostomijna została utrzymana.

PROCES PIELEGNOWANIA

KLIENT: dziecko [10004266]

Plan opieki 1

Diagnoza: ryzyko [10015007] zwiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego [10025395], L: głowa [10008688], oddział intensywnej terapii [10010444], T: okres pooperacyjny [10027242]

Interwencje	Środki/narzędzia
Monitorowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego [10046355] Monitorowanie czynności życiowych [10032113]	pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [1002832], kontrola objawów [100258820], dokumentowanie [10006173]
Ocenianie statusu neurologicznego [10036772]	narzędzie do oceny [1002832], usługi pielęgniarskie [10013380]
Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]	rodzic [10014023], pielęgniarka [10013333]
Dokumentowanie [10006173]	rekord pacjenta [10014178]
Wynik: efektywny status neurologiczny [10033811]	

Plan opieki 2

Diagnoza: ryzyko infekcji [10015263] rany chirurgicznej [10023148], L: głowa [10008688], oddział intensywnej terapii [10010444], T: okres pooperacyjny [10027242], terażniejszość [10015581]

Interwencje	Środki/narzędzia
Monitorowanie gojenia rany [10042936] Ewaluacja oznak i objawów infekcji po operacji [10034069]	obserwacja [20029265], narzędzie do oceny [1002832], kontrola objawów [100258820], zapobieganie zakażeniu [10015649], pielęgniarka [10013333]
Pielęgnacja rany chirurgicznej [10032863]	usługi pielęgniarskie [10013380]
Ocenianie ryzyka ekspozycji na zakażenie [10044013]	narzędzie do oceny [1002832], pielęgniarka [10013333]
Wynik: prawidłowa perfuzja rany [10033853]	

Plan opieki 3

Diagnoza: ból spowodowany raną [10021243], L: głowa [10008688], oddział intensywnej terapii [10010444], T: okres pooperacyjny [10027242], terażniejszość [10015581]

Interwencje	Środki/narzędzia
Administrowanie lekiem [10001773]	technika podawania leku [10006322], analgetyk [10002279], materiał do czytania [10016433]
Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [10002832]
Zachęcanie do odpoczynku [10041415]	środki pomocnicze [10019157]
Dokumentowanie [10006173]	rekord pacjenta [10014178]
Wynik: prawidłowa odpowiedź na lek [10028670], brak bólu [10029008]	

Plan opieki 4

Diagnoza: zmienione ciśnienie krwi [10022954], L: element układu sercowo-naczyniowego [10003943], oddział intensywnej terapii [10010444], T: okres pooperacyjny [10027242], terażniejszość [10015581]

Interwencje	Środki/narzędzia
Monitorowanie ciśnienia krwi [10032052] Monitorowanie statusu kardiologicznego [10034285]	pielęgniarka [10013333], system alarmowy [10002116]
Pomiar ciśnienia krwi [10031996]	pielęgniarka [10013333], urządzenie do oceny [10002734]
Administrowanie lekiem [10001773]	materiał do czytania [10016433], harmonogram podawania leku [10043171], technika podawania leku [10006322]
Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522]
Dokumentowanie [10006173]	rekord pacjenta [10014178]
Wynik: prawidłowe ciśnienie krwi [10027647]	

Plan opieki 5

Diagnoza: ryzyko zaburzenia integralności skóry [10015237], L: ciało [10003388], skóra [10018239], oddział intensywnej terapii [10010444], T: okres pooperacyjny [10027242], terażniejszość [10015581]

Interwencje	Środki/narzędzia
Pielęgnacja skóry [10032757]	pielęgniarka [10013333]
Ocena ryzyka odleżyn [10030710]	usługi pielęgniarskie [10013380], narzędzie do oceny [10002832]
Ocenianie integralności skóry [10033922] Ocenianie perfuzji tkankowej [10030775]	narzędzie do oceny [10002832], obserwacja [10019265], usługi pielęgniarskie [10013380]
Pielęgnacja skóry [10032757]	usługi pielęgniarskie [10013380], krem [10005352], maść [10013670], materac [10011799], poduszka [10014607], łóżko [10003168], środki pomocnicze [10019157], kółko powietrzne [10002088]
Dokumentowanie [10006173]	rekord pacjenta [10014178]
Wynik: brak powikłań [10028823]	

Plan opieki 6

Diagnoza: ryzyko zaburzonego statusu odżywienia [10037224], L: ciało, T: terażniejszość [10015581], przyszłość [10008299], oddział intensywnej terapii [10010444], okres pooperacyjny [10027242]

Interwencje	Środki/narzędzia:
Zarządzanie statusem odżywienia [10036013] Ocenianie statusu odżywienia [10030660]	dietetyk [10040426], pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [10002832]
Monitorowanie masy ciała [10032121]	pielęgniarka [10013333], urządzenie do oceny [10002734]

Przygotowywanie pokarmu [10008117]	pielęgniarka [10013333], posiłek [10011809]
Nauczanie o reżimie diety [10026525]	dietetyk [10040426], pielęgniarka [10013333]
Dokumentowanie [10006173]	rekord pacjenta [10014178]
Wynik: odżywianie w granicach normy [10037572]	

Plan opieki 7

Diagnoza: deficyt samoopieki [10023410], L: oddział intensywnej terapii [10010444], T: terażniejszość [10015581], przyszłość [10008299]

Interwencje	Środki/narzędzia
Ewaluacja planu opieki [10031252]	usługi pielęgniarskie [10013380]
Asystowanie w samoopiece [10035763]	urządzenie do higieny osobistej [10008537], pielęgniarka [10013333], matka [10027257], ojciec [10027261]
Asystowanie w higienie [10030821] Mycie [10020935] Mycie głowy szamponem [10018009] Czesanie [10004640] Kąpanie [10003134]	usługi pielęgniarskie [10013380], pacjent [10014132], mydło [10018358], woda [10020957], szczotka [10003728], urządzenie do kąpieli [10003147]
Wzmacnianie samodzielności [10022537]	usługi pielęgniarskie [10013380]
Ocenianie samodzielności [10024280]	narzędzie do oceny [10002832]
Wynik: stan rzeczywisty [10000420]	

PODSUMOWANIE

Rokowanie w zespołach pourazowych ośrodkowego układu nerwowego jest zawsze poważne i musi być ostrożne. Należy wziąć pod uwagę wiek dziecka, ciężkość urazu oraz czas trwania stanu, w którym dziecko było nieprzytomne. Na ogół dolegliwości po urazach czaszki wycofują się powoli. Im krócej trwała utrata przytomności oraz zaburzenia pamięci, tym pomyślniejsze jest rokowanie. Do wtórnych powikłań zaliczamy zmiany zejściowe w postaci blizn glejowych w miejscu uszkodzenia mózgu. Zmiany te mogą spowodować padaczkę, łącznie z deficytem rozwoju psychoruchowego dziecka. Skutki urazu mogą przejawiać się w postaci zaburzeń postrzegania, nadpobudliwości psychoruchowej, zaburzeń w koncentracji uwagi czy też wzmożonej męczliwości. Literatura pediatria wskazuje, że u dzieci, które doznały urazu głowy, rokowanie jest bardziej pomyślne niż u dorosłych.

Objęcie opieką dziecka po urazie czaszkowo-mózgowym jest niezwykle trudne i wymaga od personelu medycznego zdobycia wszechstronnej wiedzy. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® wykorzystana w prezentowanym opisie przypadku stanowi cenne holistyczne podejście do stanu zdrowia dziecka. Przyczynia się do indywidualizacji spojrzenia i pozyskiwania subiektywnych danych na temat pacjenta.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Martin WS, Gussak GS. Pediatric penetrating head and neck trauma. *Laryngoscope* 1990; 100(12): 1288–1291.
- Wojaczyńska-Stanek K, Wesołek-Kamińska B, Kopyta I, i wsp. Leczenie farmakologiczne pourazowego stanu abulicznego u dzieci. *Wiad Lek* 2006; 59: 9–10.
- Cooper A, Barlow B, Niemirska M, et al. Fifteen years' experience with penetrating trauma to the head and neck in children. *J Pediatr Surg* 1987; 22(1): 24–27.
- Głowacki J, Marek Z. *Urazy czaszki i mózgu rozpoznawanie i opinowanie*. Kraków: KWM; 2000.
- Szepietowska EM, Cholewa JB. *Zmiany funkcjonowania psychospo-*
- łecznego osoby z wieloogniskowym uszkodzeniem mózgu o etiologii naczyniowej: proces diagnozy klinicznej*. W: Herzyk A, Daniluk B, red. *Jakościowy opis w neuropsychologii klinicznej. Przekrój zagadnień*. Lublin: UMCS; 2002.
- Just A, Wojtiuk J. Uraz penetrujący twarzo- i mózgowo-czaszki u 9-letniego chłopca, będący przyczyną krwawienia śródmózgowego niewymagającego leczenia chirurgicznego. *Prz Pediatr* 2009; 39(3): 208–211.
- Pielęgniarstwo Środowiskowe. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej, katalog. Dostępny na URL: <http://www.telenrscare.umed.pl/pliki/Katalog-ICNP-piel%C4%99gniarstwo-%C5%9Arodowiskowe1.pdf> [cyt. 02.12.2017].

Adres do korespondencji:

Dr n. o zdr. Anna Rozensztrauch
Katedra Pediatrii
Zakład Neonatologii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: +48 503 585 939
E-mail: anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 10.11.2017 r.

Po recenzji: 11.01.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 15.01.2018 r.

ZASTOSOWANIE MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PRAKTYKI PIELEŃNIARSKIEJ (ICNP®) W OPIECE PIELEŃNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Application of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) in the care of the patient with chronic heart failure

Jagoda Trzebuniak¹, Alicja Targos²

¹ Klinika Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu. Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Klinika Kardiologii, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu. Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: alicjatargos@o2.pl

STRESZCZENIE

Niewydolność serca jest poważnym problemem klinicznym i społecznym. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku uznawana była za epidemię. Przewlekła niewydolność serca stanowi jedną z głównych przyczyn hospitalizacji pacjentów w populacji starzejącej się i narażonej na czynniki ryzyka. Mimo rozwoju nauk z dziedziny kardiologii oraz kardiologii interwencyjnej pacjenci wymagają rehospitalizacji. W pracy został przedstawiony proces pielęgnowania pacjenta w podeszłym wieku chorującego na przewlekłą niewydolność serca na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

Słowa kluczowe: serce, układ krwionośny, niewydolność serca, opieka pielęgniarska, osoby starsze, Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

SUMMARY

Heart failure is a serious clinical and social problem. It's been considered as an epidemic in 90's of the XX century. Chronic heart failure is one of the main reasons of hospitalisation for aging population, exposed to the risk factors. Despite the development on the field of cardiology and interventional cardiology, patients require readmission. The study features the process of nursing an elderly patient, who suffers from chronic heart failure, based on International Classification for Nursing Practice (ICNP®).

Key words: heart, circulatory system, heart failure, nursing care, the elderly, International Classification for Nursing Practice (ICNP®).

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 o wciąż rosnącym rozpowszechnieniu, 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 jest powyżej 65. roku życia [4].

Obserwuje się ponadto wyższą zapadalność na niewydolność serca u płci męskiej, ze względu na wcześniejsze występowanie choroby niedokrwiennej serca. W starszym wieku nie obserwuje się natomiast różnic płciowych w zachorowalności [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]. Istotnym elementem pozytywnie wpływającym na jakość życia chorych z niewydolnością serca jest edukacja, przygotowująca pacjentów do efektywnego prowadzenia samokontroli i samoopieki.

Samopieka (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 łagodzenie [7]. Zalecane w wytycznych ESC wielodyscyplinarne, długoterminowe programy opieki w niewydolności serca podkreślają kluczową rolę, jaką pacjent odgrywa we własnym procesie leczniczym i postępowaniu z chorobą. Samoopiekę podzielono w najnowszym programie ESC na trzy komponenty:

- 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) [3].

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, możliwości pacjenta oraz deficytów jego wiedzy i braku umiejętności, a także przebiegać w sposób ciągły. Tylko wtedy moż-

liwe stają się w pełni świadome współuczestnictwo pacjenta w leczeniu, stosowanie się do zaleceń i trzymanie planu terapeutycznego (*copliance, 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, samotnym. 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 [8].

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 pracy przedstawiono ośmioosiowy model opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w podeszłym w wieku z przewlekłą niewydolnością serca przygotowany na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®). System ICNP stanowi główny element tworzenia Międzynarodowego Minimalnego Zbioru Danych o Pielęgniarstwie (I-NMDS), który pozwala ujednolicić standardy dokumentacji pielęgniarskiej oraz ograniczyć ją do minimum. Takie pozyskanie i opracowanie informacji zapewnią wprowadzenie spójnej i rzeczowej komunikacji [9].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie najważniejszych problemów związanych z opieką pielęgniarską nad pacjentem z niewydolnością serca.

MATERIAŁ I METODY

W celu opracowania procesu pielęgnowania z zastosowaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej w indywidualnym studium przypadku pacjenta chorującego na niewydolność serca wykorzystano metodę indywidualnego wywiadu pogłębionego (*individual in-depth interview*) oraz dokumentację medyczną chorego.

STUDIUM PRZYPADKU

Pacjent: mężczyzna, lat 66. Rozpoznanie: niewydolność serca. Choroby współistniejące: cukrzyca typu 2, kardiomiopatia rozstrzeniowa nieniedokrwienna, blok lewej odnogi pęczka Hisa, utrwalone migotanie przedsionków, hiperurykemia, przewlekła choroba nerek w stadium G4, niewydolność wątroby w stadium B według klasyfikacji Childa-Pugha.

66-letni pacjent przyjęty do Kliniki Kardiologii z powodu dekomensacji niewydolności serca w klasie NYHA (*New York Heart Association*) III (HFrEF). W chwili przyjęcia widoczne masywne wodobrzusze oraz hepatomegalia. W wywiadzie od 5 dni narastająca duszność wysiłkowa, obrzęki obwodowe oraz powiększenie obwodu brzucha. Pacjent zaprzecza bólom w klatce piersiowej, omdleniom i duszności spoczynkowej. Chory był przytomny, w kontakcie logicznym, zorientowany auto- i allopsychicznie. Bez istotnych deficytów neurologicznych. Żrenice równe, wąskie, symetryczne. Objawy oponowe ujemne. Objaw Goldflama obustronnie ujemny. AS – 80/min, RR – 126/70 mm Hg. Tony serca bez szmerów patologicznych. Osłuchowo nad płucami szmer pęcherzykowy fizjologiczny. U pacjenta wykonano echokardiografię, w której stwierdzono powiększenie jam serca, zaburzenia kurczliwości odcinkowej oraz obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory do 25%. Brzuch napięty, bolesny, widoczne masywne wodobrzusze. Objawy otrzewnowe ujemne, perystaltyka obecna. Z uwagi na utrzymujące się masywne wodobrzusze wykonano zabieg paracentezy celem ewakuacji zalegającego płynu puchlinowego. Pacjent oddycha samodzielnie, wspomagany tlenoterapią bierną przez maskę tlenową. Krążeniowo wydolny. Wymaga pomocy w przygotowaniu posiłków oraz czynnościach pielęgnacyjnych. Chory ma założony cewnik moczowy w celu prowadzenia bilansu płynów. Chory nie stosuje się do zaleceń lekarskich oraz pielęgniarskich. Stosowane leczenie: metocard ZK – 2 x 23,75 mg, bemecor – 1 x 0,1 mg, hydrochlortiazyd – 1 x 25 mg, furosemid – 2 x 80 mg, nonpres – 1 x 50 mg,

insulina Mixtard 30 – 18 j–0–14 j, milurit – 1 x 100 mg, acidum folicum – 1 x 5 mg, kaldyum – 2 x 1 kaps., Clexane – 1 x 0,8 ml, pod kontrolą INR Acenocumarol – 1 x 4 mg pod kontrolą INR.

PROCES PIELEGNOWANIA

Diagnoza 1: ból brzucha [10043948], L: brzuch [10000023], T: terazniejszość [10015581]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Monitorowanie bólu [10038929]	usługi pielęgniarskie [10013380], protokół [10015926], narzędzie do oceny [10002832], wytyczne [10008585], kwestionariusz [1001629]
Ocenianie bólu [10026119] Leczenie bólu kontrolowane przez pielęgniarkę [10039798]	protokół [10015926], narzędzie do oceny [10002832], wytyczne [10008585]
Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]	analgetyk [10002279], pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], współdziałanie z lekarzem [10023565], lek [10011866], technika podawania leku [10006322], strzykawka [10019399], igła [10012509]
Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], współdziałanie z lekarzem [10023565], protokół [10015926], narzędzie do oceny [10002832], wytyczne [10008585], kwestionariusz [1001629]
Wprowadzenie terapii odwracania uwagi [10039348]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], technika relaksacyjna [110016700], technika uspokajania [10003839], technika odwracania uwagi [10006102], opieka terapeuty zajęciowego [10013604]
Dodawanie otuchy [10016480]	usługi pielęgniarskie [10013380], rodzina [10007554], terapeuta zajęciowy [10026628]
Wynik:	ból ustępujący [10027917]
Diagnoza 2: ryzyko infekcji [10015133], L: cewka moczowa [10020339], T: terazniejszość [10015581]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Reżim pielęgnacji cewnika urologicznego [10033283] Zarządzanie cewnikiem urologicznym [10031977] Prewencja przed kontaminacją [10005055]	pielęgniarka [10013333], pielęgnacja cewnika urologicznego [10033277], pielęgnacja kroczka [10045154], dezynfekowanie [10006044], technika aseptyczna [10002639], narzędzie do oceny [10002832], wytyczne [10008585]
Monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji [10012203]	narzędzie do oceny [10002832], wytyczne [10008585], względna ocena stanu [10026750], kwestionariusz [1001629], obserwowanie [10013474]
Administrowanie lekami w celach profilaktycznych [10001827]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], współdziałanie z lekarzem [10023565], lek [10011866], technika podawania leku [10006322], antybiotyk [10002383], strzykawka [10019399], igła [10012509]
Ocenianie ryzyka ekspozycji na zakażenie [10044013]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], narzędzie do oceny [10002832], wytyczne [10008585],

	względna ocena stanu [10026750], kwestionariusz [1001629], obserwowanie [10013474]
Asystowanie w higienie [10030821]	usługi pielęgniarskie [10013380], pielęgniarka [10013333], plan opieki [10003970], pielęgnacja krocza [10045154], urządzenie do kąpieli [10003147], kąpanie [10003134], ręcznik toaletowy [10017487], pielucha [10005914], podkład [10006248],
Edukowanie [10006564]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], materiał dydaktyczny [10011251], materiał do czytania [10016433], materiał instruktażowy [10010395]
Wynik:	bez infekcji [10028945]
Diagnoza 3: duszność funkcjonalna (wysiłkowa) [10008268], L: układ oddechowy [10016970], T: terażniejszość [10015581], przyszłość [100008299]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Monitorowanie statusu (wydolności) oddychania [10012196] Monitorowanie saturacji krwi tlenem za pomocą pulsoksymetru [10032047]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], narzędzie do oceny [10002832], wytyczne [10008585], względna ocena stanu [10026750], kwestionariusz [1001629], obserwowanie [10013474], pulsoksymetr [10032551], kardiomonitor [10003873], rytm oddechowy [10016915]
Terapia oddechowa [10027154] Monitorowanie terapii oddechowej [10037092]	pielęgniarka [10013333], tlenoterapia [10013921], maska tlenowa [10013909], nebulizator [10012469], obserwowanie [10013474]
Fizjoterapia klatki piersiowej [10046477]	fizjoterapeuta [10024003], fizjoterapia [10036434], usługa fizjoterapeuty [10012300], ćwiczenia oddechowe [10004221], technika oddychania lub kasłania [10003666]
Zachęcanie do stosowania techniki oddychania lub odkasływania [10006834]	pielęgniarka [10013333], fizjoterapeuta [10024003], materiał instruktażowy [10010395], odkrztuszanie [10007362]
Nauczanie o ćwiczeniach [10040125]	fizjoterapeuta [10024003], fizjoterapia [10036434], usługa fizjoterapeuty [10012300], Pielęgniarka [10013333], materiał instruktażowy [10010395], ćwiczenia oddechowe [10004221], technika oddychania lub kasłania [10003666]
Wynik:	efektywna funkcja układu oddechowego [10040125]
Diagnoza 4: zaburzona funkcja układu regulacyjnego [10023358], cukrzyca [10005876], L: układ endokryny [10025041], T: terażniejszość [10015581], przyszłość [100008299]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Monitorowanie stężenia glukozy w krwi [10032034]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], narzędzie do oceny [10002832], urządzenie monitorujące [10012177], komputer [10004906], wynik laboratoryjny [10011074]
Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], narzędzie do oceny [10002832], wytyczne [10008585],

	względna ocena stanu [10026750], kwestionariusz [1001629], obserwowanie [10013474]
Podawanie insuliny [10030417]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], technika iniekcji podskórnej [10024090], technika aseptyczna [10002639], insulina [10010400], dezynfekowanie [10006044], strzykawka [10019399], igła [10012509], dokumentowanie [10006173]
Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], narzędzie do oceny [10002832], urządzenie monitorujące [10012177], rekord pacjenta [10014178]
Nauczanie o odżywianiu [10024618] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] Nauczanie o wzorcu przyjmowania pokarmu [10032918]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], lekarz [10014522], dietetyk [10040426], materiał dydaktyczny [10011251], materiał do czytania [10016433], materiał instruktażowy [10010395], usługa edukacyjna [10006572]
Dokumentowanie [10006173]	rekord pacjenta [10014178], zapisywanie [10016498], kwestionariusz [10016229], obserwacja [10013474], komputer [10004906]
Wynik:	prawidłowy poziom glukozy w krwi [10033685]
Diagnoza 5: deficyt samoopieki [10023410], zaburzona zdolność wykonywania higieny [10000987], zaburzona zdolność przygotowania pokarmu [10029650], L: ciało [10003388], układ pokarmowy [10008332], T: terażniejszość [10015581]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Względna ocena stanu [10026750] Ocenianie potrzeb [10014132]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], narzędzie do oceny [10002832], kwestionariusz [10016229], obserwacja [10013474]
Motywowanie [10012242] Wzmacnianie umiejętności [10026436] Promowanie samoopieki [10026347] Promowanie higieny [10032477]	pielęgniarka [10013333], rodzina [10007554], ćwiczenie [10007315], motywowanie [10012242], promowanie [10015801], promocja zdrowia [10008776], materiał dydaktyczny [10011251], materiał do czytania [10016433], materiał instruktażowy [10010395]
Asystowanie w higienie [10030821] Czynności higieniczne [10019807] Pielęgnacja skóry [10032757]	usługi pielęgniarskie [10013380], pielęgniarka [10013333], plan opieki [10003970], pielęgnacja krocza [10045154], urządzenie do kąpieli [10003147], kąpanie [10003134], ręcznik toaletowy [10017487], pielucha [10005914], podkład [10006248], mycie [10020935], mydło [10018358], pościel [10003175], krem [10005352], maść [10013670], płyn do nacierania [10011365]
Utrzymanie godności i prywatności [10011527]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], prywatność [10019853]
Asystowanie w jedzeniu i piciu [10037269]	pielęgniarka [10013333], posiłek [10011809], nóż [10011019], widelec [1008193],

	łyżka [10018667], technika karmienia [10007819]
Rehabilitowanie [10016645]	fizjoterapeuta [10024003], fizjoterapia [10036434], usługa fizjoterapeuty [10012300], ćwiczenie [10007315], motywowanie [10012242], technika pozycjonowania [10014774], nauczanie o rehabilitacji [10033017]
Wynik:	stan rzeczywisty [10000420]
Diagnoza 6: wyczerpanie leczeniem [10022833], strach przed byciem ciężarem dla innych [10041647], zaburzona akceptacja statusu zdrowotnego [10029480], K: pacjent [10014132]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Względna ocena stanu [10026750] Ocenianie strachu przed byciem ciężarem dla innych [10026254] Ocenianie nastroju [10038938]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], narzędzie do oceny [10002832], kwestionariusz [10016229], obserwacja [10013474]
Poradnictwo dotyczące strachu [10026208] Kierowanie na terapię w grupie wsparcia [10024558]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], lekarz [10014522], terapeuta zajęciowy [10026628], terapia [10019628], terapia grupowa [10008559], terapia rodzinna [10007667]
Dodawanie otuchy [10016480]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], lekarz [10014522], terapeuta zajęciowy [10026628], rodzina [10007554]
Nauczanie o zarządzaniu stresem [10036681]	terapeuta zajęciowy [10026628], terapia [10019628], terapia relaksacyjna [10039297], materiał dydaktyczny [10011251], materiał do czytania [10016433], materiał instruktażowy [10010395]
Ocenianie wiedzy rodziny o chorobie [10030591]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], terapeuta zajęciowy [10026628], narzędzie do oceny [10002832], kwestionariusz [10016229], obserwacja [10013474]
Wynik:	adekwatna wiedza [10027112], pozytywny status psychologiczny [10038407]
Diagnoza 7: brak wiedzy o chorobie [10021994], brak wsparcia rodziny [10022473], K: rodzina [10007554]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Ocenianie wiedzy rodziny o chorobie [10030591]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522],

	narzędzie do oceny [10002832], kwestionariusz [10016229], obserwacja [10013474]
Nauczanie rodziny o chorobie [10021719] Nauczanie rodziny o zachowaniach prozdrowotnych [10033119] Poradnictwo dotyczące strachu [10026208]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], terapeuta zajęciowy [10026628], terapia [10019628], materiał dydaktyczny [10011251], materiał do czytania [10016433], materiał instruktażowy [10010395]
Kierowanie na terapię w grupie wsparcia [10024558]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], terapeuta zajęciowy [10026628]
Nauczanie o zarządzaniu stresem [10036681] Poradnictwo dotyczące strachu [10026208]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], terapeuta zajęciowy [10026628]
Wynik:	pozytywny status psychologiczny [10038407], poprawa [10026692], adekwatna wiedza [10027112]
Diagnoza 8: zaburzony sen [10027226], bezsenność [10010330], ryzyko negatywnej jakości życia [10040945], K: pacjent [10014132]	
Interwencje (I)	Środki/narzędzia (M)
Względna ocena stanu [10026750] Ocenianie potrzeb [10014132] Ocenianie nastroju [10038938] Ocenianie snu [10036764]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], narzędzie do oceny [10002832], kwestionariusz [10016229], obserwacja [10013474]
Działanie wspierające [10018434] Edukowanie [10006564] Nauczanie o zasypianiu [10040380]	demonstrowanie technik relaksacyjnych [10024365], doradzanie [10001917], terapeuta zajęciowy [10026628], terapia [10019628], terapia relaksacyjna [10039297]
Wynik:	efektywne radzenie sobie [10014844]

PODSUMOWANIE

Opieka nad pacjentem z niewydolnością serca powinna stanowić kompleksowe działania i interwencje, mając na uwadze intensywną edukację pacjenta, a także zwrócenie szczególnej uwagi na zachowania samokontrolne. Oceniając jakość życia pacjentów w podeszłym wieku należy uwzględnić rodzaj dominujących utrudnień spowodowanych stanem zdrowia oraz ich wpływ na podstawowe czynności samoobsługowe. Codzienna praktyka Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) umożliwia precyzyjne określanie diagnoz i interwencji pielęgniarskich. Stwarza warunki łączenia działań pielęgniarskich i ciągłości opieki przez holistyczne podejście do chorego.

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

BIBLIOGRAFIA

- Karasek D, Kubica A, Sinkiewicz W, et al. Epidemia niewydolności serca – problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiol Excerpta* 2008; 3(5): 242–248.
- Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol* 2011; 8(1): 30–41.
- Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. Heart Failure: preventing disease and death worldwide. ESC Heart Failure 2014.
- Korewicki J, Lenek P, Kopacz M. *Epidemiologia i aktualny stan w zakresie postępowania w niewydolności serca*. Gdańsk Via Medica 2004; 2–18.
- 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.
- Berry C, Murdoch DR, McMurray JVV, et al. Economics of chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001; 3: 283–291.
- 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.
- 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.
- Kisiłowska M. Założenie i istota ICNP. Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej – podręcznik dla studentów. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007.

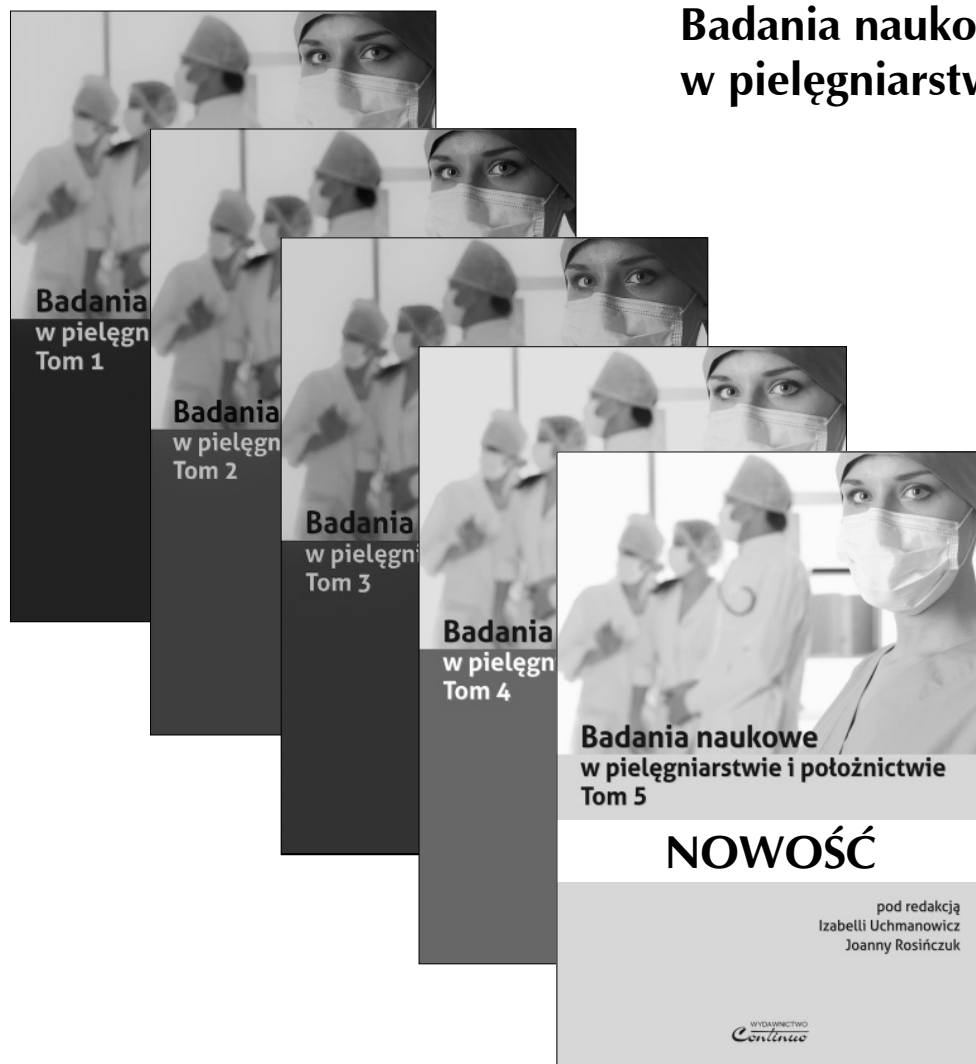
Adres do korespondencji:

Alicja Targos
Klinika Kardiologii
4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
ul. Rudolfa Weigla 5
50-981 Wrocław

Tel.: 721 399 748
E-mail: alicjatargos@o2.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.01.2018 r.
Po recenzji: 22.01.2018 r.
Zaakceptowano do druku: 25.01.2018 r.

Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie



Tom 1

2014, B5, 404 strony
cena 69 zł

Tom 2

2015, B5, 484 strony
cena 75 zł

Tom 3

2016, B5, 536 stron
cena 80 zł

Tom 4

2017, B5, 544 strony
cena 80 zł

Tom 5

2018, B5, 430 stron
cena 75 zł

Współczesne pielęgniarstwo powinno opierać swoją praktykę na mocnych podstawach naukowych. Postęp w naukach medycznych i naukach o zdrowiu mobilizuje środowisko medyczne – w tym pielęgniarki i położne – do prowadzenia badań i wykorzystywania ich wyników w codziennej praktyce. Takie postępowanie, zgodne ze światowymi tendencjami (Evidence-Based Medicine, idea leczenia holistycznego), wpływa na poprawę jakości opieki, bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego, czy skuteczność wykonywanych procedur medycznych. W ten nurt wpisuje się monografia „Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie”, która dzięki swojemu wielotematycznemu charakterowi będzie prawdziwym kompendium wiedzy na temat właściwego postępowania z pacjentem w różnych jednostkach chorobowych – sposobów leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, skuteczności przestrzegania standardów, a także korzyści wynikających z wczesnego wdrożenia edukacji zdrowotnej.

Tom 1 składa się z 35 rozdziałów, tomy 2 i 3 mają po 41, tom 4 – 46, a tom 5 – 35 rozdziałów. Autorzy zdobyli swoje doświadczenia w praktyce pielęgniarstwie lub położnictwie, a dodatkowo pogłębili je pracą naukowo-badawczą oraz podczas pełnienia funkcji nauczyciela akademickiego.

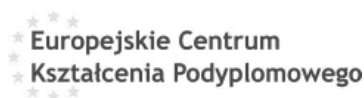
Książki adresowane są szczególnie do pielęgniarek oraz położnych praktykujących w szpitalach, przychodniach, zakładach opiekuńczych i leczniczych, w których sprawowana jest opieka nad pacjentem, nauczycieli akademickich oraz studentów.

zamowienia@continuo.pl
www.continuo.pl

*Szanowni Państwo! Drogie Koleżanki i Koledzy!
Mamy zaszczyt i przyjemność zaprosić
na
V Konferencję Naukowo-Szkoleniową*

BADANIA NAUKOWE W PIELEGNIAŘSTWIE I POŁOŻNICTWIE

ORGANIZATORZY:



TERMIN:

13 kwietnia 2018 r.

MIEJSCE:

Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego
ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław

SZCZEGÓŁY:

<http://www.pip.umed.wroc.pl>

Odważ się być mądrym *Horacy*

Do zobaczenia niebawem we Wrocławiu!

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU NAUKOWEGO

dr hab. Izabella Uchmanowicz, prof. nadzw.

PRZEWODNICZĄCA KOMITETU ORGANIZACYJNEGO

mgr Agnieszka Zborowska-Dulat

NOWE WYZWANIA W OPIECE NAD DZIECKIEM

II Konferencja dydaktyczna dla pielęgniarek pediatrycznych,
neonatologicznych i położnych

9 czerwca 2018, Kraków

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy
Aula im. Macieja Leona Jakubowskiego
ul. Wielicka 265, Kraków



UNIWERSYTECKI
SZPITAL DZIECIĘCY
W KRAKOWIE



Fundacja
Uniwersyteckiego
Szpitala Dziecięcego
w Krakowie
O ZDROWIE DZIECKA

Informacja i rejestracja: www.spip.pl

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 uniknięcia 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 pracę do druku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Redakcja stara się czuwać 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 wyłączności 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 SZCZEGÓLOWE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU PRZESYLANIE PRAC DO REDAKCJI

Przesłanie pracy jest równoznaczne z oświadczeniem, że praca nie była dotychczas publikowana w innych czasopiśmiech 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 wieloosobowych 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.

TABELA

Tabele należy nadesłać 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 od 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.

PIŚMIENNICTWO

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach i rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach obowiązuje 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, zgodne 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/ljweb.pdf>), rok wydania, a następnie po średniku numer tomu (rocznika; bez daty wydania jeśli czasopismo stosuje paginację ciągłą) oraz po dwukropku numery stron, 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., nieopodany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy oraz rok wydania. Przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) opatrzone jest adnotacją „red.” („ed.(s)” w pracach angielskojęzycznych);
- Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, i wsp. American Medical Association manual of style. 9 wyd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. Przy cytowaniu rozdziałów książki 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., nieopodany 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. Zwiększenie 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.