Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik || Quarterly

2017, Vol. 6, Nr 2, 41–72

ISSN 2084-4212
eISSN 2450-839X

Spis treści/Content

PRACE ORYGINALNE || ORIGINAL PAPERS

Skuteczność kształcenia w zakresie Evidence-Based Practice z wykorzystaniem platformy e-learningowej Moodle™ dla studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – badanie pilotażowe
Effectiveness of Evidence-Based Practice training with the use of Moodle™ e-learning platform for students from Medical University of Warsaw – a pilot study 43
Jarosława Belowska, Mariusz Panczyk, Aleksander Zarzeka, Joanna Gotlib

Dolegliwości ciążowe – stan wiedzy ciężarnych i rola edukacyjna położnych
Pregnancy issues – level of knowledge of pregnant women and educational role of midwifes 50
Katarzyna Żelazko, Marta Kamińska, Anna Jaros, Monika Przestrzelska, Małgorzata Pałczyńska

PRACE POGLĄDOWE || REVIEWS

Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w opiece nad pacjentem po embolizacji tętniaka kompleksu tętnicy łączącej przedniej (ACoA)
Application of the International Classification for Nursing Practise (ICNP®) in the care of the patient after anterior communicating artery (ACoA) aneurysm embolization 53
Agnieszka Jeł, Ilona Baszkiewicz, Tomasz Ramuś

Inwazyjna choroba pneumokokowa – zapobieganie
Invasive pneumococcal disease – prevention 57
Natalia Świątoniowska, Agnieszka Maj, Anna Rozensztrauch

PRACE KAZUISTYCZNE || CASE REPORTS

Przebieg ciąży u pacjentki z grupy wysokiego ryzyka położniczego
Pregnancy course in patient at high-risk pregnancy 60
Kinga Gajewska, Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik

Opieka nad ciężarną z guzem mózgu
Caring for the pregnant woman with brain tumor 63
Agnieszka Sebzda, Monika Przestrzelska, Małgorzata Pałczyńska

Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem ze spodziectwem
Application of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) in the nursing care of patients with hypospadias 66
Alicja Targos, Jagoda Trzebuniak, Daniel Tenerowicz, Anna Rozensztrauch, Izabella Uchmanowicz

VARIA

Projekt badawczy "RANCARE – Missed Nursing Care: an International and Multidimensional Problem" – COST Action CA15208
Research project "RANCARE – Missed Nursing Care: an International and Multidimensional Problem" – COST Action CA15208 70
Joanna Gotlib, Izabella Uchmanowicz

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 Comittee

Komitet Naukowy || Scientific Committee:
Prof. dr hab. Jacek Gajek (Wrocław)
Prof. dr hab. Beata Karakiewicz (Szczecin)
Prof. dr hab. Andrzej Kierzek (Wrocław)
Prof. dr hab. Grzegorz Mazur (Wrocław)
Prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)
Prof. Sabina De Geest (Bazylea, Szwajcaria)
Dr hab. prof. nadzw. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)
Dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Warszawa)
Dr hab. prof. nadzw. Tomasz Szydełko (Wrocław)
Dr hab. prof. nadzw. Dorota Zyśko (Wrocław)
Dr hab. n. med. Krystyna Górna (Poznań)
Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib (Warszawa)
Dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz (Bydgoszcz)
Dr hab. Barbara Ślusarska (Lublin)
Dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)
Dr n. med. Katarzyna Łagoda (Białystok)
Dr n. med. Agnieszka Młynarska (Katowice)
Dr n. med. Ewa Molka (Tarnowskie Góry)
Dr n. med. Krzysztof Tuszyński (Poznań)
Dr n. med. Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)
Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)
Dr Diane Carroll (Boston, USA)
Dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)
Dr Eleni Kletsiou (Ateny, Grecja)
Dr Ekaterini Lambrinou (Nikozja, Cypr)
Dr Monica Parry (Toronto, Canada)
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. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)
Z-ca redaktora naczelnego || Deputy editor-in-chief:
dr hab. prof. nadzw. Joanna Rosińczuk (Wrocław)
Sekretarz Redakcji || Editorial Secretary:
dr n. med. Beata Jankowska-Polańska (Wrocław)

Redaktor językowy || Polish Language Editor:
Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo, wydawnictwo@continuo.pl
Redaktor statystyczny || Statistical Editor:
dr inż. Tomasz Janiczek, tomasz.janiczek@pwr.wroc.pl
Redaktor języka angielskiego || English Language Editor:
Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni || Subject Editors:

Pielęgniarstwo internistyczne || Internal medicine nursing:
dr hab n. o zdr. Izabella Uchmanowicz
izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl
Pielegniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne || Neurology and neurosurgery nursing:
dr hab. prof. nadzw. Joanna Rosińczuk
joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl
Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska opieka długoterminowa || Palliative and long-term care nursing:
dr n. med. Dominik Krzyżanowski
dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl
Pielęgniarstwo epidemiologiczne || Epidemiology in nursing:
dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl
Socjologia medycyny || Medical Sociology:
dr n. społ. Irena Wolska-Zogata, zogata@wp.pl
Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnictwo || Gynecological and obstetrical nursing:
dr n. med. Monika Przestrzelska
monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Adres redakcji || Editorial Office

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

Wydawca || Publisher:
Na zlecenie ECKP Wrocław || On behalf ECKP Wroclaw
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 2017 || Subscription for 2017:
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

Skuteczność kształcenia w zakresie *Evidence-Based Practice* z wykorzystaniem platformy e-learningowej Moodle™ dla studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – badanie pilotażowe

Effectiveness of Evidence-Based Practice training with the use of Moodle™ e-learning platform for students from Medical University of Warsaw – a pilot study

Jarosława Belowska, Mariusz Panczyk, Aleksander Zarzeka, Joanna Gotlib

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

adres do korespondencji: jaroslawa.belowska@wum.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Coraz częściej kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe przyszłych specjalistów nauk o zdrowiu odbywa się z wykorzystaniem technik kształcenia na odległość, takich jak e-learning, dając możliwość wykorzystywania różnorodnych form multimedialnych, autentycznych opisów czy praktycznej nauki wyszukiwania i wykorzystywania dowodów naukowych jako kluczowych elementów *Evidence-Based Practice* – standardu w nauczaniu specjalistów kierunków medycznych.
Cel pracy. Analiza skuteczności kształcenia z wykorzystaniem kursu e-learningowego na platformie Moodle™ w zakresie *Evidence-Based Practice* (EBP) wśród studentów kierunku Położnictwo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM).
Materiał i metody. 49 studentów (100% kobiet) I roku studiów niestacjonarnych II stopnia na kierunku Położnictwo WUM; średnia wieku 25,75 lat (min – 22, maks – 52, mediana – 23, SD ± 7,68). Wyznacznikiem skuteczności kształcenia było porównanie wiedzy i postaw studentów za pomocą kwestionariusza EBP^{2}Q przed przystąpieniem do kursu i po jego ukończeniu testem kolejności par Wilcoxona (STATISTICA ver. 12.5, licencja WUM; poziom istotności statystycznej $\alpha < 0.05$).
Wyniki. Analiza poszczególnych podskal wykorzystanego do badania studentów kwestionariusza przed kształceniem online i po wykazała, że w 5 spośród 6 podskal zaobserwowano istotny wzrost poziomu wiedzy i umiejętności po odbyciu kursu e-learningowego na platformie Moodle™. Wykazano istotne różnice przed i po ukończeniu kursu w przypadku 46 spośród 74 stwierdzeń. W podskali dotyczącej terminologii związanej z badaniami naukowymi różnice istotne statystycznie zaobserwowano we wszystkich odpowiedziach, a obserwowany efekt zastosowanych interwencji edukacyjnych był tam najwyższy.
Wnioski. 1. Kształcenie z wykorzystaniem ustrukturyzowanego kursu e-learningowego w zakresie EBP jest skuteczną metodą nauczania wśród studentów WUM. 2. Należy rozważyć korzyści wynikające z zastosowania narzędzi e-learningowych przy planowaniu treści kształcenia na WUM celem standaryzacji materiałów dydaktycznych. 3. Celem obiektywizacji wyników należy kontynuować badania w większej i zróżnicowanej populacji specjalistów nauk o zdrowiu w Polsce.
Słowa kluczowe: nauczanie zdalne, medycyna oparta na dowodach naukowych, pielęgniarstwo, edukacja.

SUMMARY

Background. Increasingly, postgraduate and postgraduate education for future health professionals is increasingly being developed using distance learning techniques, such as e-learning, that enables the use of a variety of multimedia forms, authentic descriptions and practical learning of searching and using evidence as a basis for Evidence-Based Practice as a standard in teaching medical specialists.
Objectives. The analysis of effectiveness of student learning using an e-learning course on the Moodle™ platform in the field of Evidence-Based Practice (EBP) among Midwifery students at the Medical University of Warsaw (MUW).
Material and methods. 49 students (100% women) of the first year of non-stationary Master's Midwifery studies at the MUW; average age 25.75 years (min – 22, max – 52, median – 23, SD ± 7.68). The effectiveness indicator was a comparison between students' knowledge and attitudes with EBP^{2}Q questionnaire before and after the course with Wilcoxon matched-pairs test (STATISTICA ver. 12.5, license MUW; level of statistical significance $\alpha < 0.05$).
Results. The analysis of the each subscale of the questionnaire used to examine students before and after online education revealed that 5 out of 6 subscales showed an increase in the level of knowledge and skills after an e-learning course on Moodle™. Significant differences were found in 46 out of 74 statements. The subscale connected with the terminology related to scientific research, statistically significant differences were observed in all statements and there the observed effect of applied educational intervention was the highest.
Conclusions. 1. E-learning structured EBP course is an effective teaching methods of the MUW students. 2. The benefits of an e-learning approach need to be considered when planning content of education at the MUW as it allows standardization of teaching materials. 3. The aim of objectivization of the results is to continue research in a larger and more diversed population of health professionals in Poland.
Key words: distance education, evidence-based medicine, nursing, education.

WPROWADZENIE

Idea *Evidence-Based Practice*

Zgodnie z aktualnymi kierunkami rozwoju nowoczesna praktyka pielęgniarska zapewniająca najefektywniejszą opiekę oraz bezpieczeństwo pacjenta powinna opierać się na dowodach naukowych [1]. Podejmowanie właściwych decyzji klinicznych w naukach o zdrowiu wymaga nie tylko adekwatnego rozpoznania klinicznego, lecz także znajomości danych naukowych i określenia stopnia ich wiarygodności, dlatego w praktyce zawodowej pielęgniarek na całym świecie kładzie się coraz większy nacisk na wykorzystywanie wyników badań naukowych [1–5].

© *Copyright by Wydawnictwo Continuo*
ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Istotą założeń *Evidence-Based Practice* (EBP) jest systematyczne i konsekwentne wykorzystanie wiarygodnych i aktualnych wyników badań w codziennej praktyce oraz eliminowanie postępowania o małej skuteczności i nieuzasadnionych kosztach [6]. Do istotnych korzyści wynikających z korzystania z wyników badań naukowych w praktyce klinicznej zalicza się przede wszystkim wzrost bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego [7]. Ponadto zaobserwowano wzrost skuteczności wykonywanych procedur medycznych oraz obniżenie ponoszonych kosztów przez dany podmiot leczniczy [8]. Dodatkowo regularne nabywanie i aktualizowanie wiedzy przyczynia się do wzrostu świadomości skuteczności i efektywności własnego działania, rozszerza perspektywy widzenia danej sytuacji klinicznej, tworzy możliwość wprowadzenia innowacji do opieki nad pacjentem na podstawie wiarygodnych badań naukowych oraz podnosi ogólną satysfakcję z wykonywanego zawodu [6, 8].

Dlaczego e-learning?

Coraz częściej kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe przyszłych specjalistów nauk o zdrowiu oraz nabywanie nowych umiejętności i kształtowanie kompetencji odbywa się z wykorzystaniem technik kształcenia na odległość [9]. Ponadto, jednym z coraz bardziej popularnych narzędzi staje się metoda e-learningu, posiadając szereg zalet w porównaniu z tradycyjnymi metodami nauczania, tzw. *face-to-face*. Jest formą elastyczną, dającą możliwość indywidualizowania tempa oraz dostosowania stylu uczenia się do własnych preferencji [10]. Uważa się także, że wykorzystanie komputerów – w porównaniu ze stosowaniem wyłącznie tradycyjnych metod kształcenia – sprzyja lepszemu utrwalaniu wiedzy, a także przyczynia się do wzrostu stopnia zrozumienia omawianych zjawisk i procesów [9]. Kursy online dają też możliwość wyuczenia niektórych istotnych umiejętności, szczególnie tych, które są związane z samodzielnym rozwiązywaniem problemów [9]. Ponadto nauczanie metodą e-learningu może również pozwolić na standaryzację nauczania na świecie, pomagając w osiągnięciu harmonizacji w kształtowaniu kompetencji związanych z *Evidence-Based Practice* [11].

Szczególne walory stosowania technologii informacyjno-komunikacyjnych w kształceniu można przypisać po części możliwości lepszego stworzenia takiego środowiska edukacyjnego, które poszerza konceptualną i eksperymentalną bazę uczącego się w porównaniu z tradycyjnymi formami edukacji [12]. Uczestnicy kursów online mają możliwość samodzielnego konstruowania swojego procesu uczenia się przez ewentualne zwrócenie się o pomoc do wykładowcy, a także skorzystania z dostępnych podpowiedzi i materiałów dodatkowych. Kształcenie na platformie Moodle™ (*Modular Object – Oriented Dynamic Learning Environment*), na której wykorzystuje się dobrze opracowane materiały dydaktyczne oraz wspomaganie multimedialne, pozwalają na utrzymanie zainteresowania oraz motywacji uczących się w taki sposób, aby sami studenci stali się „konstruktorami" swojej własnej wiedzy [13].

Obecnie dostępne systemy zaprojektowane do nauczania zdalnego, takie jak Moodle™, służące do wspomagania nauczania na odległość (*Learning Content Management System* – LCMS), spełniają wymagania stawiane metodom służącym do oceny kompetencji w sytuacji online [12]. Panczyk i wsp. wykazali, że za pomocą narzędzi dostępnych na platformie Moodle™ można skutecznie dokonywać oceny postępów edukacyjnych studentów, zarówno w obszarze wiedzy, jak i niektórych umiejętności, np. syntezy danych, analizy informacji i wnioskowania [12]. To także doskonała okazja do refleksji nad własnym warsztatem pracy i szansa wprowadzenia do niego elementów, które zwiększą bezpieczeństwo i efektywność opieki pielęgniarskiej i położniczej.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza skuteczności kształcenia w zakresie *Evidence-Based Practice* z wykorzystaniem platformy e-learningowej Moodle™ przeznaczonego dla studentów kierunku Położnictwo na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (WUM).

MATERIAŁ I METODY

Grupa badana

W badaniu wzięło udział 49 studentek I roku studiów niestacjonarnych II stopnia na kierunku Położnictwo WUM. Średnia wieku wynosiła 25,75 lat (min – 22, maks – 52, mediana – 23, SD ± 7,68). Średni staż pracy to 2,28 lat (min – 0, maks – 29, SD ± 6,88). Studia licencjackie ukończyło 87% badanych, studia pomostowe – 10%. 1 osoba zadeklarowała wykształcenie magisterskie w innej dziedzinie niż położnictwo (2%). 94% respondentów pracowało w zawodzie położnej, 74% – w sektorze publicznym, 39% – w szpitalu klinicznym, 33% – w szpitalu miejskim. 36 ankietowanych pracowało na stanowisku położnej odcinkowej (74%). 7 położnych (14%) ukończyło kurs specjalistyczny, 4 (8%) – specjalizację, 10 (20,5%) – kurs kwalifikacyjny, a 9 (18%) – kurs dokształcający.

Kurs *Evidence-Based Practice*

Kształcenie e-learningowe na platformie edukacyjnej Moodle™ w zakresie *Evidence-Based Practice* odbywa się w ramach zajęć z przedmiotu „Badania naukowe w położnictwie – metodologia badań naukowych" w wymiarze 20 godzin dydaktycznych. Zajęcia są realizowane w trybie wielomodułowego kursu online prowadzonego asynchronicznie. Przed przystąpieniem do kształcenia e-learningowego na platformie Moodle™ i po jego ukończeniu uczestnicy kursu oceniali swój poziom wiedzy, umiejętności i postawy za pomocą standaryzowanego i rzetelnego narzędzia diagnostycznego *Evidence-Based Practice Profile Questionnaire* [14].

Kurs składał się z 6 rozbudowanych modułów tematycznych zaprojektowanych na podstawie specjalnie dobranych materiałów dydaktycznych z wykorzystaniem m.in. fragmentów literatury naukowej z komentarzem wykładowcy, linków do wiarygodnych stron internetowych, filmów oraz zestawów do ćwiczeń. Tematyka kursu obejmuje wszystkie podstawowe elementy z zakresu EBP, zmniejszając ryzyko nieumyślnego popełnienia błędu w codziennej praktyce zawodowej przez pielęgniarki i położne: I. Wprowadzenie do EBP, II. Podstawy medycyny opartej na dowodach naukowych, III. Badania kliniczne i przedstawianie wyników badań, IV. Ocena jakości dowodów naukowych, V. Praktyka kliniczna w miejscu pracy, IV. Teoria a praktyka. Poszczególne tematy tworzyły ścieżkę edukacyjną z wymuszonymi przejściami tak, aby uczestnicy nie mogli realizować modułów kursu w dowolnej kolejności.

Skala oceny *Evidence-Based Practice Profile Questionnaire* (EBP²Q)

Anglojęzyczną wersję kwestionariusza EBP opracował zespół McEvoy i wsp. [14] w School of Health Sciences, University of South Australia. Skala EBP składa się z 74 stwierdzeń opartych na 5-stopniowej skali Likerta, które pozwalają na ocenę respondenta w zakresie pięciu podskal (tab. 1). Kwestionariusz *Evidence-Based Practice Profile Questionnaire* (EBP²Q) został uzupełniony w miarę potrzeb o dodatkowe pytania niezbędne do charakterystyki socjodemograficznej respondentów. Ankieta została podwójnie przetłumaczona przez niezależnych tłumaczy, dostosowana do polskich warunków kulturowych z zachowaniem zasad wierności rekonstrukcyjnej kwestionariusza, wykorzystana do badań własnych i zwalidowana [14]. Autorzy prezentowanego opracowania uzyskali zgodę Autorów kwestionariusza na wykorzystanie narzędzia w badaniach prowadzonych przez Warszawski Uniwersytet Medyczny.

Tabela 1. Struktura *Evidence-Based Practice Profile Questionnaire* z wyodrębnionymi podskalami i zawartymi w nich stwierdzeniami

Podskala	Pozycje	Opis
I *Relevance*	1–14 (14)	stosunek wobec poszerzania własnych kompetencji dotyczących *Evidence-Based Practice* wyrażony w skali od 1 do 5 (1 – z pewnością nie, 5 – z pewnością tak)
II *Sympathy*	15–21 (7)	postawa wobec wybranych aspektów *Evidence-Based Practice* w pracy zawodowej

		oceniana przez respondentów w skali od 1 do 5 (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 5 – zdecydowanie się zgadzam)
III *Terminology*	22–38 (17)	poziom wiedzy na temat znajomości terminologii związanej z badaniami naukowymi; podane terminy i zagadnienia oceniane były w skali od 1 do 5 (1 – nigdy o nim nie słyszałam, 5 – rozumiem i potrafię wytłumaczyć innym jego znaczenie)
IV *Practice*	39–47 (9)	częstość wykorzystywania poszczególnych elementów *Evidence-Based Practice* w codziennej pracy klinicznej oceniana w skali od 1 do 5 (1 – nigdy, 5 – codziennie)
V *Confidence*	48–58 (11)	umiejętności związane z *Evidence-Based Practice* oceniane w skali od 1 do 5 (1 – zdecydowanie nie umiem/nie potrafię, 5 – zdecydowanie umiem/potrafię)
VI *Other*	59–74 (16)	pozostałe aspekty związane z *Evidence-Based Practice* wyrażone w skali od 1 do 5 (1 – zdecydowanie nie umiem/nie potrafię, 5 – zdecydowanie umiem/potrafię)
VII	–	wybrane zmienne socjodemograficzne

Analiza statystyczna

Skuteczność kształcenia była badana kwestionariuszem EBP²Q użytym przed i po ukończeniu kursu z wykorzystaniem platformy e-learningowej Moodle™ (grupy powiązane). W celu oceny różnic zastosowano nieparametryczny test kolejności par Wilcoxona (test znakowanych rang) dla każdej domeny i osobno dla każdego ze stwierdzeń oraz określono rangowy współczynnik korelacji dwuseryjnej dla par dopasowanych (r_c). Wszystkie obliczenia wykonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA wersja 13.1 (StatSoft, Inc.) na licencji WUM. Dla każdej analizy przyjęto domyślny poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki

Analiza poszczególnych podskal wykorzystanego kwestionariusza do badania studentów przed kształceniem online i po wykazała, że w 5 spośród 6 podskal zaobserwowano wzrost poziomu wiedzy i umiejętności po odbyciu kursu e-learningowego na platformie Moodle™. Szczegółowe zestawienie wyników otrzymanych podczas szacowania przed przystąpieniem oraz po ukończeniu kursu dla sześciu podskal wykorzystanego kwestionariusza EBP²Q przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Samoocena wiedzy, umiejętności i postaw studentów przed i po przystąpieniu do kursu z uwzględnieniem podskal

Podskala	Przed		Po		Test kolejności par Wilcoxona		
	M*	SD**	M	SD	*Z*	*p*	r_c***
I – *Relevance*	50,9	7,47	59,8	6,17	**4,78**	**0,000**	**0,68**
II – *Sympathy*	22,0	4,29	22,0	2,94	0,03	0,977	0,00
III – *Terminology*	40,3	12,74	62,4	12,02	**5,80**	**0,000**	**0,85**
IV – *Practice*	21,6	6,51	25,4	6,65	**3,23**	**0,001**	**0,48**
V – *Confidence*	38,3	7,56	43,6	4,57	**3,76**	**0,000**	**0,56**
VI – *Other*	54,5	5,36	58,7	5,65	3,53	0,000	0,51

*M – średnia; **SD – odchylenie standardowe; ***r_c – rangowy współczynnik korelacji dwuseryjnej dla par dopasowanych.

Kolejnym elementem oceny skuteczności kształcenia za pomocą kursu e-learningowego była szczegółowa analiza każdego ze stwierdzeń kwestionariusza przed i po ukończeniu kształcenia online wraz z oszacowaniem wielkości efektu (*effect size*) dla obserwowanej różnicy. Badanie wykazało istotne różnice w przypadku 46 spośród 74 stwierdzeń (tabele 3–8). W przypadku podskali III, dotyczącej terminologii związanej z badaniami naukowymi, różnice istotne statystycznie zaobserwowano we wszystkich pytaniach, a obserwowany efekt zastosowanych interwencji edukacyjnych był tam najwyższy (tab. 5). Szczegółowe zestawienie wyników analizy z zastosowaniem testu kolejności par i wielkości efektu dla sześciu podskal skali EBP przedstawiono w tabelach 3–8.

Tabela 3. Wyniki poszczególnych pozycji podskali I („Stosunek wobec poszerzania własnych kompetencji dotyczących *Evidence-Based Practice*") przed i po ukończeniu kursu e-learningowego z zakresu EBP

Pytanie: *Proszę ocenić trafność poszczególnych stwierdzeń w skali 1–5:*	Przed		Po		Test kolejności par Wilcoxona		
	M*	SD**	M	SD	*Z*	*p*	r_c***
Znam znaczenie terminu *Evidence-Based Practice* (EBP)	2,8	1,26	4,1	0,89	**4,66**	**0,000**	**0,74**
Mam świadomość istnienia EBP w moim zawodzie	2,9	1,26	4,2	0,73	**4,34**	**0,000**	**0,71**
EBP stanowi nowoczesny model wykonywania mojego zawodu	3,1	1,05	4,1	0,78	**4,67**	**0,000**	**0,78**
Mam świadomość ciągłego rozwoju EBP w moim zawodzie	3,2	1,11	4,1	0,77	**3,80**	**0,000**	**0,62**
Zamierzam poszerzać własną wiedzę na temat EBP	3,8	0,90	4,3	0,74	**2,89**	**0,004**	**0,48**
Zamierzam rozwijać własne umiejętności w zakresie dostępu i oceny dowodów naukowych istotnych dla mojej praktyki zawodowej	3,9	0,81	4,3	0,72	**2,42**	**0,016**	**0,42**
Zamierzam korzystać z odpowiedniej literatury naukowej w celu aktualizacji posiadanej wiedzy	4,4	0,84	4,6	0,71	1,15	0,252	0,21
Zamierzam zastosować najlepsze dostępne dowody naukowe w celu poprawy jakości własnej praktyki zawodowej	4,4	0,76	4,4	0,71	0,00	1,000	0,00
Zastosowanie EBP w mojej praktyce zawodowej jest niezbędne	3,4	0,77	4,2	0,64	**3,98**	**0,000**	**0,71**
Doniesienia naukowe są przydatne w mojej codziennej praktyce zawodowej	4,2	0,69	4,4	0,60	1,03	0,304	0,21
Powinnam/powinienem częściej wykorzystywać dowody naukowe w mojej codziennej praktyce zawodowej	4,0	0,58	4,2	0,58	1,26	0,207	0,26
Jestem zainteresowana/zainteresowany poprawą umiejętności niezbędnych do włączenia EBP do mojej praktyki zawodowej	4,0	0,66	4,2	0,59	1,87	0,061	0,37
Zastosowanie EBP poprawia jakość mojej praktyki zawodowej	3,7	0,77	4,3	0,56	**4,00**	**0,000**	**0,71**
Zastosowanie EBP pomaga mi podejmować właściwe decyzje kliniczne dotyczące pacjentów podczas mojej praktyki zawodowej	3,6	0,71	4,2	0,50	**4,33**	**0,000**	**0,78**

*M – średnia; **SD – odchylenie standardowe; ***r_c – rangowy współczynnik korelacji dwuseryjnej dla par dopasowanych.

Tabela 4. Wyniki poszczególnych pozycji podskali II („Postawa wobec wybranych aspektów *Evidence-Based Practice* w pracy zawodowej") przed i po ukończeniu kursu e-learningowego z zakresu EBP

Pytanie: ***Proszę ocenić trafność poszczególnych stwierdzeń w skali 1–5:***	**Przed**		**Po**		**Test kolejności par Wilcoxona**		
	M*	**SD****	**M**	**SD**	***Z***	***p***	r_c***
W mojej codziennej praktyce zawodowej niektóre wymogi EBP mogą mieć ograniczone zastosowanie ze względu np. na brak sprzętu, procedur, personelu itd.	3,7	0,75	4,1	0,68	**3,10**	**0,002**	**0,58**
Zastosowanie EBP w mojej codziennej praktyce zawodowej nie ma sensu z powodu braku dowodów naukowych na poparcie skuteczności większości wykonywanych przeze mnie czynności zawodowych	3,3	0,97	3,3	1,08	0,08	0,934	0,01
Zastosowanie EBP nie uwzględnia preferencji moich pacjentów	3,1	0,77	3,3	0,93	1,35	0,178	0,24
W podejmowaniu właściwych decyzji w mojej praktyce zawodowej wyżej cenię doświadczenie kliniczne niż wyniki badań naukowych	2,7	0,86	2,4	0,87	1,28	0,202	0,23
Doświadczenie kliniczne jest najlepszym sposobem oceny skuteczności danego działania	2,6	0,89	2,4	0,79	1,44	0,150	0,29
Krytyczny przegląd piśmiennictwa naukowego i jego znaczenie dla skuteczności leczenia/opieki nad pacjentami nie ma zastosowania w praktyce zawodowej	3,3	1,02	3,1	1,01	0,88	0,379	0,14
Poszukiwanie istotnych dowodów naukowych nie ma zastosowania w praktyce zawodowej	3,5	1,16	3,3	1,11	0,97	0,330	0,17

*M – średnia; **SD – odchylenie standardowe; ***r_c – rangowy współczynnik korelacji dwuseryjnej dla par dopasowanych.

Tabela 5. Wyniki poszczególnych pozycji podskali III („Wiedza na temat znajomości terminologii związanej z badaniami naukowymi") przed i po ukończeniu kursu e-learningowego z zakresu EBP

Pytanie: ***Proszę ocenić stopień zrozumienia poszczególnych pojęć:***	**Przed**		**Po**		**Test kolejności par Wilcoxona**		
	M*	**SD****	**M**	**SD**	***Z***	***p***	r_c***
Ryzyko względne (RR – *Relative risk*)	2,7	1,15	3,9	0,81	**4,83**	**0,000**	**0,82**
Ryzyko bezwzględne (AR – *Absolute risk*)	2,8	1,25	3,8	0,76	**3,61**	**0,000**	**0,59**
Przegląd systematyczny (SR – *Systematic review*)	2,3	1,04	3,7	0,79	**5,13**	**0,000**	**0,85**
Iloraz szans (OR – *Odds ratio*)	2,9	1,21	3,7	0,79	**3,77**	**0,000**	**0,65**
Metaanaliza (*Meta-analysis*)	2,5	1,19	3,6	0,96	**4,39**	**0,000**	**0,70**
NNT – number needed to treat	1,9	1,10	3,6	1,07	**5,13**	**0,000**	**0,80**
Przedział ufności (CI – *Confidence interval*)	2,0	1,13	3,4	0,87	**4,80**	**0,000**	**0,77**
Złudzenie publikacyjne (*Publication bias*)	1,9	1,10	3,4	0,91	**5,18**	**0,000**	**0,80**
Wykres leśny (*Forest plot*)	1,6	0,89	3,4	0,97	**5,46**	**0,000**	**0,82**
Zamiar leczenia (*Intention to treat*)	2,5	1,19	3,8	0,92	**4,83**	**0,000**	**0,78**
Istotność statystyczna (*Statistical significance*)	2,7	1,16	3,8	0,92	**4,47**	**0,000**	**0,74**
Minimum clinically worthwhile effect	2,0	1,09	3,4	0,96	**5,03**	**0,000**	**0,81**
Znaczenie kliniczne (*Clinical importance*)	3,2	1,15	3,9	0,75	**3,25**	**0,001**	**0,58**
Randomizowane badanie kliniczne (RCT – *Randomised controlled trial*)	3,2	1,18	4,1	0,93	**3,84**	**0,000**	**0,65**
Wyniki dychotomiczne (*Dichotomous outcomes)*	1,9	1,05	3,4	0,98	**4,94**	**0,000**	**0,82**
Wyniki ciągłe (*Continuous outcomes*)	2,1	1,08	3,6	0,96	**5,09**	**0,000**	**0,84**
Wielkość efektu leczenia (*Treatment effect size*)	2,6	1,24	3,7	0,91	**4,20**	**0,000**	**0,68**

*M – średnia; **SD – odchylenie standardowe; ***r_c – rangowy współczynnik korelacji dwuseryjnej dla par dopasowanych.

Tabela 6. Wyniki poszczególnych pozycji podskali IV („Częstość wykorzystywania poszczególnych elementów *Evidence-Based Practice* w codziennej pracy klinicznej") przed i po ukończeniu kursu e-learningowego z zakresu EBP

Pytanie: ***Jak często w ubiegłym roku:***	**Przed**		**Po**		**Test kolejności par Wilcoxona**		
	M*	**SD****	**M**	**SD**	***Z***	***p***	r_c***
Sformułowała Pani/ /sformułował Pan poprawne pytanie kliniczne dotyczące pacjenta, problemu, podjętych działań i ich wyników?	2,8	1,29	3,2	1,22	1,74	0,081	0,30
Znalazła Pani/znalazł Pan dowody naukowe adekwatne do postawionego pytania?	2,5	1,19	2,7	1,06	1,31	0,190	0,22
Korzystała Pani/korzystał Pan z elektronicznej bazy piśmiennictwa naukowego?	2,3	0,73	3,0	1,06	**3,49**	**0,000**	**0,63**
Krytycznie oceniła Pani/ocenił Pan poprawność metodologiczną wykorzystanej literatury naukowej?	2,1	0,96	2,6	1,21	**2,46**	**0,014**	**0,46**
Odniosła Pani/odniósł Pan wyniki badań naukowych do własnej diagnozy?	2,3	1,10	2,6	1,06	1,12	0,264	0,20
Uwzględniała Pani/ /uwzględniał Pan preferencje pacjenta przy podejmowaniu decyzji klinicznych?	3,1	1,38	3,3	1,42	1,41	0,160	0,23
Czytała Pani/czytał Pan wyniki opublikowanych badań naukowych?	2,5	0,87	2,8	0,80	1,45	0,148	0,25
Nieformalnie omawiała Pani/omawiał Pan doniesienia naukowe z współpracownikami?	2,4	1,10	3,1	1,22	**2,97**	**0,003**	**0,49**

Formalnie omawiała Pani/omawiał Pan doniesienia naukowe podczas posiedzeń naukowych?	1,8	0,90	2,2	1,16	1,85	0,064	0,32

*M – średnia; **SD – odchylenie standardowe; ***r_c – rangowy współczynnik korelacji dwuseryjnej dla par dopasowanych.

Tabela 7. Wyniki poszczególnych pozycji podskali V („Umiejętności związane z *Evidence-Based Practice")* przed i po ukończeniu kursu e-learningowego z zakresu EBP

Pytanie: ***Proszę ocenić poziom umiejętności:***	**Przed**		**Po**		**Test kolejności par Wilcoxona**		
	M*	**SD****	**M**	**SD**	***Z***	***p***	***r_c*** ***
Umiejętności badawcze	3,3	0,92	3,7	0,62	**2,21**	**0,027**	**0,40**
Obsługa komputera	4,1	1,04	4,5	0,62	1,89	0,059	0,38
Zdolność do identyfikacji braków w wiedzy	3,8	0,90	4,2	0,59	1,87	0,062	0,35
Zdolność do formułowania poprawnych pytań klinicznych	3,5	1,13	3,8	0,80	1,56	0,118	0,27
Znajomość głównych typów informacji i ich źródeł	3,4	0,81	3,9	0,61	**3,10**	**0,002**	**0,60**
Umiejętność wyszukiwania informacji w elektronicznych bazach piśmiennictwa naukowego	3,7	0,91	4,2	0,59	**2,45**	**0,014**	**0,51**
Umiejętność uzyskania dostępu do dowodów naukowych (uzyskanie kopii artykułów lub raportów)	3,6	0,98	4,0	0,65	**2,19**	**0,028**	**0,40**
Umiejętność krytycznej analizy dowodów naukowych w świetle stosowanych norm	3,2	0,89	3,7	0,73	**2,92**	**0,003**	**0,51**
Umiejętność określenia stopnia wiarygodności uzyskanego dowodu naukowego	3,3	0,94	3,9	0,67	**3,21**	**0,001**	**0,66**
Zdolność do określenia stopnia użyteczności klinicznej uzyskanego dowodu naukowego	3,4	0,88	3,9	0,67	**3,07**	**0,002**	**0,63**
Umiejętność zastosowania informacji naukowej do poszczególnych przypadków (tj. zintegrowanie wyników badań z osobistymi preferencjami, wartościami, obawami i oczekiwaniami własnymi i pacjenta)	3,2	0,98	3,8	0,63	**3,17**	**0,002**	**0,56**

*M – średnia; **SD – odchylenie standardowe; ***r_c – rangowy współczynnik korelacji dwuseryjnej dla par dopasowanych.

Tabela 8. Wyniki poszczególnych pozycji podskali VI („Pozostałe aspekty związane z *Evidence-Based Practice*") przed i po ukończeniu kursu e-learningowego z zakresu EBP

Pytanie: ***Proszę ocenić trafność poszczególnych stwierdzeń w skali 1–5:***	**Przed**		**Po**		**Test kolejności par Wilcoxona**		
	M*	**SD****	**M**	**SD**	***Z***	***p***	***r_c*** ***
Chcę zdobywać nowe informacje	4,5	0,50	4,4	0,76	0,31	0,754	0,06
Krytycznie oceniam nowe pomysły	2,8	1,14	3,2	1,22	1,38	0,169	0,23
Mam predyspozycje do zarządzania	3,5	0,82	3,7	1,06	1,42	0,157	0,26
W rozwiązywaniu problemów posługuję się planem	3,7	0,75	3,9	0,96	1,04	0,299	0,19
Lubię się uczyć	3,8	0,83	4,1	0,56	**2,05**	**0,040**	**0,43**
W mojej pracy zawodowej kadra zarządzająca stale poszukuje nowych możliwości uczenia się	3,4	1,17	3,5	0,92	0,42	0,676	0,07
Znajduję czas na czytanie badań naukowych	3,2	0,96	3,6	0,86	**2,79**	**0,005**	**0,53**
Brak czasu jest jedną z największych barier uniemożliwiających wykorzystywanie EBP w mojej praktyce zawodowej	3,6	1,06	4,0	0,87	**2,24**	**0,025**	**0,40**
Obciążenie pracą zawodową uniemożliwia mi regularną aktualizację mojej wiedzy	3,8	0,88	3,7	0,95	0,19	0,847	0,04
Koszty użytkowania zasobów informacyjnych ograniczają zastosowanie EBP w praktyce zawodowej	3,2	0,88	3,4	0,95	0,91	0,360	0,18
Dostęp do komputera ma wpływ na zastosowanie EBP w mojej praktyce zawodowej	3,3	0,88	3,9	0,87	**2,92**	**0,003**	**0,51**
Wykorzystanie dostępnych źródeł wiedzy wystarcza do stosowania EBP w mojej praktyce zawodowej	3,6	0,68	3,7	0,78	1,24	0,214	0,22
Wsparcie współpracowników jest jedną z największych motywacji do stosowania EBP w praktyce zawodowej	3,5	0,87	4,0	0,63	**2,75**	**0,006**	**0,51**
Wsparcie ze strony kadry zarządzającej jest jedną z największych motywacji do stosowania EBP w praktyce zawodowej	3,5	0,89	4,1	0,71	**3,72**	**0,000**	**0,66**
Mój pracodawca wymaga ode mnie używania EBP w codziennej praktyce zawodowej	2,6	0,98	3,4	1,07	**3,64**	**0,000**	**0,61**
Mam już dosyć EBP	2,8	1,14	2,2	0,69	**2,99**	**0,003**	**0,49**

*M – średnia; **SD – odchylenie standardowe; ***r_c – rangowy współczynnik korelacji dwuseryjnej dla par dopasowanych.

Omówienie

W prezentowanym badaniu kształcenie w postaci kursu e-learningowego z zakresu EBP na platformie edukacyjnej Moodle™ okazało się skutecznym narzędziem w podniesieniu kompetencji i umiejętności studentów w zakresie praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych. Respondentami były położne czynne zawodowo w trakcie kształcenia w ramach studiów II stopnia. Wyniki badania wskazują, że kształcenie metodą kursów jest skutecznym narzędziem w edukacji przyszłych specjalistów nauk o zdrowiu. Prezentowany poziom wiedzy, postawy, umiejętności, stopnie zaangażowania położnych oraz gotowości organizacyjnej do włączenia EBP do codziennej praktyki zawodowej i wykorzystania badań były statystycznie wyższe po ukończeniu kursu e-learningowego.

Autorzy badania zaobserwowali istotne statystycznie różnice w badanych aspektach przed i po ukończeniu kursu e-learningowego wśród 46 z 74 stwierdzeń wykorzystanego kwestionariusza. Wielkość efektu dla obserwowanych różnic była najwyższa w przypadku podskali dotyczącej wiedzy na temat znajomości terminologii związanej z badaniami naukowymi (r_c – 0,59–0,85). Autorzy badania odnotowali także zmiany postaw ankietowanych studentów wobec znaczenia EBP w położnictwie po ukończeniu kursu na bardziej pozytywne (*M* przed: 2,8–3,2 *vs. M* po: 4,1–4,2). Zdaniem Autorów wynika to z niedostatecznego poziomu wiedzy i niskiej świadomości istnienia EBP w nowoczesnym położnictwie, które po zapoznaniu z materiałami i ćwiczeniami zawartymi w kursie e-learningowym uległo zdecydowanemu odwróceniu i wpłynęło na zmianę postaw studentów. Podobną sytuację zaobserwowano w odniesieniu do samokształcenia i przyszłych planów ankietowanych związanych z włączeniem EBP do praktyki zawodowej – przed przystąpieniem do kursu zdecydowana większość wyraziła co do tego neutralne podejście (*M* przed: 3,2–3,8), jednak po kursie plany te uległy zmianie (*M* po: 4,2–4,3) i studenci wyrazili chęć podnoszenia poziomu wiedzy i rozwoju własnych umiejętności w zakresie dostępu i oceny dowodów naukowych istotnych dla położniczej praktyki zawodowej. Pokrewne wyniki dotyczące skuteczności kształcenia e-learningowego uzyskał Panczyk i wsp. [12], porównując wyniki zaliczenia e-learningowego obejmującego łącznie 40 pytań problemowych wśród 262 studentów kształcących się w ramach studiów II stopnia na kierunku Pielęgniarstwo na WUM w roku akademickim 2013/14 i 2014/15. W wyniku oceny osiągniętych efektów kształcenia przez studentów z dwóch kolejnych roczników wykazano, że stopień zróżnicowania punktacji dla obu roczników był bardzo podobny (*M* 2013/14 ± 34,2 *vs. M* 2014/15 ± 32,4) [12]. Podobne wyniki uzyskali również inni badacze, odnosząc sukces w kształceniu e-kursami przyszłych specjalistów nauk o zdrowiu [7, 8, 11, 17]. Przedstawione dowody na skuteczność procesu dydaktycznego opartego na narzędziach e-learningowych takich jak powyższy kurs online dowodzą, że kształcenie e-learningowe z dziedziny EBP gwarantuje zdobycie przez studentów położnictwa niezbędnych kompetencji w tym zakresie.

Oferta edukacyjna polskich i europejskich uniwersytetów medycznych, w tym także WUM, z roku na rok powiększa się [16]. Powstają nie tylko nowe placówki naukowe, ale także otwierane są coraz to nowe kierunki studiów. Warto pamiętać, że w stale powiększającej się ofercie edukacyjnej przeznaczonej dla pielęgniarek i położnych, szeroko rozumiana edukacja medyczna pełni szczególną rolę. Przygotowuje bowiem przyszłe pielęgniarki i położne do pracy w sektorze ochrony zdrowia, którego celem nadrzędnym jest ratowanie ludzkiego zdrowia i życia ludzkiego. Po drugie, należy pamiętać, że absolwenci tego kierunku studiów zasilają szeregi grupy społecznej, która ze względu na duży stopień profesjonalizmu cieszy się wysokim zaufaniem społecznym. Ogromne znaczenie sztuki lekarskiej zarówno dla całego społeczeństwa, jak też dla zdrowia i życia poszczególnych jego obywateli sprawia, że jest to bezsprzecznie dziedzina wiedzy o wyjątkowym charakterze [16].

Badania porównujące e-learning do tradycyjnych metod nauczania wśród studentów i czynnych zawodowo specjalistów nauk o zdrowiu w Europie i na świecie wskazują, że metoda ta posiada szereg zalet edukacyjnych [11]. W szczególności zwraca się uwagę na możliwość indywidualnego tempa nauki i dostosowania stylu uczenia się do preferencji studenta [12]. Uważa się również, że korzystanie z komputerów – w przeciwieństwie do stosowania tylko tradycyjnych metod nauczania – prowadzi do zwiększenia wiedzy i poziomu zrozumienia omawianych zjawisk oraz procesów. E-kursy oferują również możliwość poznania pewnych istotnych umiejętności, szczególnie związanych z krytyczną analizą i niezależnym rozwiązywaniem problemów [12]. Sami studenci, zarówno w Polsce jak i na świecie, są również zainteresowani taką metodą kształcenia [18, 19]. W badaniach przeprowadzonych przez Oskędrę i wsp. wśród studentów pielęgniarstwa studiów stacjonarnych I i II stopnia wykazano znaczące zainteresowanie podnoszeniem swoich umiejętności zawodowych przez wykorzystanie narzędzi e-learningowych, podobnie do studentów pielęgniarstwa w Stanach Zjednoczonych [17, 18].

Według amerykańskiego raportu *Health Professions Education: a Bridge to Quality*, EBP jest jednym z pięciu podstawowych kompetencji, które powinny być rozwijane i utrzymywane przez cały okres pracy zawodowej przez wszystkich pracowników służby zdrowia [12]. Z badań przeprowadzonych w USA wynika, że większość pielęgniarek nie korzysta z dostępnych dowodów naukowych w swojej praktyce (58%). Ponadto 82% badanej grupy nigdy nie korzystało z zasobów bibliotecznych w szpitalu, a 58% nigdy nie poszukiwało publikacji w takich bazach danych, jak PubMed/Medline [12]. Wyniki polskich badań, które obejmowały ocenę wiedzy wśród różnych grup pielęgniarek i położnych dotyczących EBP, wskazywały na niewystarczający poziom przygotowania zarówno w teorii, jak i w praktyce [1–5].

Powyższe wyniki badań polskich i światowych naukowców prowokują do podjęcia pilnych działań na rzecz podniesienia jakości kształcenia w dziedzinie EBP zarówno wśród studentów w trakcie kształcenia przeddyplomowego, jak i już wśród czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Studenci, którzy ukończyli studia na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym i nabyli wiedzę i umiejętności w ramach przedmiotu „Badania naukowe w położnictwie – metodologia badań naukowych", oczekują od współpracowników umiejętności niezbędnych w krytycznej analizie różnych źródeł informacji naukowych, a także umiejętności rozwiązywania problemów [12]. Kompetencje te są niezbędne podczas podejmowania decyzji w codziennej praktyce klinicznej. Niestety tradycyjna metoda nauczania koncentruje uwagę studentów na głównej roli nauczyciela–wykładowcy, nie sprzyjając rozwijaniu kluczowych kompetencji związanych z EBP [20].

Biorąc pod uwagę specyficzny charakter nauk medycznych, z pewnością niemożliwe byłoby wykształcenie dobrej pielęgniarki i położnej jedynie na podstawie materiałów dydaktycznych zawartych w ofercie e-learningowej. Jak się okazuje, w niektórych przypadkach zbytnie akcentowanie elektronicznych metod nauczania doprowadzić może do utrwalania wśród studentów niewłaściwych postaw wobec uczenia się, braku umiejętności współpracy w zespole oraz zaburzeń aktywnej i świadomej komunikacji [16]. Jednocześnie bilans dodatnich i ujemnych aspektów elektronicznej edukacji wypada jednak na jej zdecydowaną korzyść. Korzystanie z elektronicznej edukacji wydaje się być koniecznym rozwiązaniem w świecie, w którym coraz więcej dziedzin ludzkiego życia coraz bardziej uzależnionych jest od technologii informacyjno-komunikacyjnych [16]. Wydaje się, że najbardziej optymalnym rozwiązaniem możliwym do zastosowania w edukacji pielęgniarek i położnych jest odpowiedni podział oferty edukacyjnej na tę realizowaną w formie tradycyjnej i tę realizowaną jako e-learning (tzw. *blended learning*), łącząc w sobie najlepsze rozwiązania e-nauczania z najważniejszymi aspektami tradycyjnego kształcenia, takimi jak zdobywanie doświadczenia i umiejętności klinicznych przez studentów w ramach kontaktu z pacjentem.

OGRANICZENIA

Ograniczeniem prezentowanych wyników badań może być mała i zbyt jednorodna grupa uczestników nie wybieranych losowo. Kolejnym aspektem jest ocena efektów krótkoterminowych z uwzględnieniem 45-dniowej przerwy między badaniem przed i po ukończeniu kursu, choć jak wskazują światowe badania analiza długoterminowego przebiegu byłaby prawdopodobnie powiązana z wpływem innych niekontrolowanych czynników na wyniki końcowe [8]. Dodatkowo wykorzystany kwestionariusz EBP^{2}Q opiera się na samoocenie wiedzy i umiejętności, w przeciwieństwie do obserwacji lub pomiaru obiektywnego. Jednak Taheri i wsp. [21] wykazali pozytywną korelację między kompetencją EBP w samoocenie studenta i w obiektywnej ocenie za pomocą odpowiednich narzędzi. Celem obiektywizacji wyników należy kontynuować badania w większej i zróżnicowanej populacji specjalistów nauk o zdrowiu w Polsce.

Wnioski

1. Kształcenie z wykorzystaniem ustrukturyzowanego kursu e-learningowego w zakresie EBP jest skuteczną metodą nauczania wśród studentów WUM.
2. Należy rozważyć korzyści wynikające z zastosowania narzędzi e-learningowych przy planowaniu treści kształcenia na WUM aby dokonać standaryzacji materiałów dydaktycznych.
3. Celem obiektywizacji wyników należy kontynuować badania w większej i zróżnicowanej populacji specjalistów nauk o zdrowiu w Polsce.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Bibliografia

1. Belowska J, Panczyk M, Zarzeka A, i wsp. Staż pracy a wiedza i postawy personelu pielęgniarskiego przystępującego do egzaminów specjalizacyjnych, organizowanych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wobec Evidence-Based Practice. *Pielęg Pol* 2016; 3: 340–346.
2. 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.
3. Belowska J, Panczyk M, Gotlib J. Wiedza i postawy położnych wobec wykorzystywania wyników badań naukowych w codziennej praktyce klinicznej: badanie focusowe. *J Publ Health Nurs Med Rescue* 2015; 1: 9–16.
4. 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.
5. 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. *Przeds Zarz* 2014; XV(12): 143–163.
6. Gotlib J, Belowska J, Panczyk M, i wsp. Evidence-based Medicine i Evidence-based Nursing Practice – przegląd polskiego piśmiennictwa naukowego. *Probl Pielęg* 2014; 22(2): 223–227.
7. Spiva L, Hart PL, Patrick S, et al. Effectiveness of an Evidence-Based Practice Nurse Mentor Training Program. *Worldviews Evid Based Nurs* 2017; doi: 10.1111/wvn.12219.
8. Ramos-Morcillo A, Fernandez-Salazar S, Ruzafa-Martinez M, et al. Effectiveness of a Brief, Basic Evidence-Based Practice Course for Clinical Nurses. *Worldviews Evid Based Nurs* 2015; 12(14): 199–207.
9. Panczyk M, Woynarowska-Sołdan M, Belowska J, i wsp. Analiza porównawcza przebiegu kształcenia e-learningowego studentów pielęgniarstwa w zakresie rzetelności w badaniach naukowych. *Pielęg XXI* w 2015; 4(53): 63–68.
10. Feng J, Chang Y, Chang H, et al. Systematic review of effectiveness of situated e-learning on medical and nursing education. *Worldviews Evid Based Nurs* 2013; 10(3): 174–183.
11. Hadley J, Kulier R, Zamora J, et al. Effectiveness of an e-learning course in Evidence-Based Medicine for foundation (internship) training. *J R Soc Med* 2010; 103: 288–294.
12. Panczyk M, Belowska J, Zarzeka A, et al. Evaluation of learning outcomes at the Nursing Department in the field of Evidence-Based Medicine with the use of an e-learning Moodle™ platform. *Nurs Topics* 2015; 23(3): 306–313.
13. Gotlib J, Panczyk M. Kształcenie przez Internet w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym – doświadczenia własne. *Med Dydak Wychow* 2013; 45(5): 30–34.
14. Panczyk M, Belowska J, Zarzeka A, et al. Validation study of the Polish version of the Evidence-Based Practice Profile Questionnaire. *BMC Medical Education* 2017; 17(38): 1–9.
15. 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.
16. Pawlak P, Strzelecki W. E-learning a medycyna. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica* 2010; 605(25): 97–111.
17. Zelenikova R, Beach M, Dianxu R, et al. Faculty perception of the effectiveness of EBP courses for graduate nursing students. *Worldviews Evid Based Nurs* 2014; 11(6): 401–413.
18. Oskędra I, Zych B, Kózka M. *Zapotrzebowanie studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych I i II stopnia na kształcenie w systemie distance learning*. Materiały konferencyjne V Mezinarodni Sympozium Osetrovatelsvi. Ostrawa 2006.
19. Bodys-Cupak I, Majda A, Zalewska-Puchała J. E-learning jako innowacyjna metoda nauczania studentów pielęgniarstwa. *Pielęg XXI* w 2014; 4(49): 11–17.
20. Johnson N, List-Ivankovic J, Eboh WO, et al. Research and evidence based practice: using a blended approach to teaching and learning in undergraduate nurse education. *Nurse Educ Pract* 2010; 10: 43–47.
21. Taheri H, Mirmohamadsadeghi M, Adibi I, et al. Evidence-based medicine (EBM) for undergraduate medical students. *Ann Acad Med* 2008; 38(9): 764–768.

Adres do korespondencji:
Mgr Jarosława Belowska
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Żwirki i Wigury 81
02-091 Warszawa
Tel.: 22 57 20 490
E-mail: jaroslawa.belowska@wum.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 23.03.2017 r.
Po recenzji: 12.04.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 15.04.2017 r.

Dolegliwości ciążowe – stan wiedzy ciężarnych i rola edukacyjna położnych

Pregnancy issues – level of knowledge of pregnant women and educational role of midwifes

Katarzyna Żelazko[1], Marta Kamińska[2], Anna Jaros[3], Monika Przestrzelska[4], Małgorzata Pałczyńska[4]

[1] Zakład Ginekologii, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
[2] Studentka Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
[3] Zakład Położnictwa Praktycznego, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
[4] Zakład Położnictwa, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

STRESZCZENIE

Wstęp. W Polsce każda ubezpieczona kobieta ma prawo do wyboru swojej położnej środowiskowej. Podczas opieki nad ciężarną do zadań położnej należy nie tylko wykonywanie działań medycznych. Pełni ona rolę edukatorki, pomaga kobietom w rozwiązywaniu trudnych, jak i błahych spraw, a także jest wsparciem psychicznym dla nich. Osoba pełniąca opiekę nad ciężarną ma obowiązek skierowania jej do położnej podstawowej opieki zdrowotnej między 21. a 26. tygodniem ciąży. Spotkania edukacyjne z położną mogą odbywać się 1 raz w tygodniu w okresie od 21. do 31. tygodnia ciąży oraz 2 razy w tygodniu od 32. tygodnia ciąży aż do rozwiązania. Ich celem jest wytłumaczenie fizjologii ciąży, pomoc przy radzeniu sobie z dolegliwościami ciążowymi, przygotowanie kobiety do macierzyństwa i porodu.
Cel pracy. Sprawdzenie, jakie dolegliwości ciążowe są najczęstsze, czy ciężarne posiadają wiedzę na ich temat i z jakich źródeł informacji korzystają oraz określenie roli edukacyjnej położnej.
Materiał i metody. Przeprowadzono anonimowe ankiety wśród ciężarnych w III trymestrze ciąży w oddziale szpitalnym oraz w przychodniach/poradniach ginekologiczno-położniczych. W badaniu udział wzięło 100 respondentek.
Wyniki i wnioski. Najwięcej dolegliwości występuje w III trymestrze ciąży. Najczęściej występującą przypadłością w czasie ciąży jest częstsze niż przed ciążą oddawanie moczu, a najbardziej uciążliwą – poranne nudności i wymioty. Duży wpływ na wiedzę miały wiek i poziom wykształcenia. Najwięcej ciężarnych jako źródło wiedzy o fizjologii ciąży wybrało lekarza oraz Internet, a 74% badanych udałoby się do położnej, aby poszerzyć swoją wiedzę na ten temat. Jednak ze spotkania edukacyjnego z położną skorzystało tylko 9% badanych, a 18% nie wiedziało o takiej możliwości.
Słowa kluczowe: dolegliwości ciążowe, fizjologia ciąży, rola edukacyjna położnej.

SUMMARY

Background. Every insured woman in Poland has the right to choose her midwife. There are not only medical actions in midwife's duties during pregnancy care. She has a role of an educator, helps women in solving both: difficult and trivial problems, and is a mental support for them as well. A person which takes care of a pregnant woman has an obligation to send her to basic health care midwife between 21. and 26. pregnancy week. Educational meetings with midwife can take place once a week in a period from 21. to 31. pregnancy week and twice a week from 32. week, until delivery. Their purpose is to explain the physiology of pregnancy, to help dealing with pregnancy issues and to prepare woman to motherhood and delivery.
Objectives. The purpose of this study is to determine, which pregnancy issues are most common, whether pregnant women have knowledge about them and what sources of information they use, and also to define an educational role of the midwife.
Material and methods. There were polls made among women in the third semester of pregnancy at the hospital ward and health centres/ /gynecological and obstetric clinics. A hundred respondents took part in the survey.
Results and conclusions. Most of pregnancy issues occur in the third trimester of pregnancy. The most common one during pregnancy is a frequent urination which is more frequent than before pregnancy, and the most onerous one – morning sickness and vomiting. Respondents' age and educational level had a great influence over their knowledge. The majority of pregnant women chose a doctor and Internet as a source of knowledge about the physiology of pregnancy, and 74% of them would go to the midwife to broaden their knowledge on this subject. However, only 9% of the respondents took advantage of educational meetings with midwives, and 18% did not know about this possibility.
Key words: pregnancy issues, physiology of pregnancy, midwife's educational role.

Wstęp

Rola położnej jest niewątpliwie kojarzona z kobietą, bardzo często niestety tylko z rodzącą w sali porodowej. Niewiele osób wie, że położna jest członkiem zespołu interdyscyplinarnego, że może być również doradcą czy edukatorką, mało kto zna jej kompetencje. Zajmuje ona główne miejsce w opiece położniczo-ginekologicznej, nie tylko szpitalnej. Opieka nad kobietą na każdym etapie jej życia, w każdym wieku – dojrzewającą nastolatką, planującą poczęcie, ciężarną, rodzącą, położnicą, w menopauzie, z dolegliwościami ginekologiczno-onkologicznymi, zdrową i chorą, młodą i starą, nad jej dzieckiem od poczęcia, noworodkiem, niemowlęciem do 2. miesiąca życia, nad jej partnerem – są to zadania położnej. Zgodnie z polskim prawem kobieta ubezpieczona może wybrać sobie jedną położną podstawowej opieki zdrowotnej. W ramach jej świadczeń jest profilaktyka, promocja zdrowia, działalność edukacyjno-zdrowotna nie tylko kobiet, ale całej rodziny, nauka metod planowania rodziny, opieka przedkoncepcyjna nad ciężarną i jej dzieckiem, edukacja związana z przygotowaniem do porodu i pielęgnowania noworodka, opieka nad położnicą, doradztwo laktacyjne. Działania medyczne to nie jedyne obowiązki położnej. Oprócz tego powinna być ona wsparciem psychicznym dla kobiety, osobą, do której można się zwrócić o pomoc i poradę zarówno w trudnych, jak i błahych sprawach [1–3].

Głównym tematem pracy jest rola położnej podczas opieki nad kobietą ciężarną. Osoba prowadząca ciążę ma obowiązek skierować ciężarną do położnej podstawowej opieki zdrowotnej między 21. a 26. tygodniem ciąży. Spotkania edukacyjne z położną mogą odbywać się 1 raz w tygodniu w okresie od 21. do 31. tygodnia ciąży oraz 2 razy w tygodniu od 32. tygodnia

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

ciąży aż do rozwiązania. Położna wraz z ciężarną ustalają plan edukacji dotyczący fizjologii ciąży, stylu życia ciężarnej, minimalizacji dolegliwości ciążowych, zagrożeń, przygotowania do porodu, macierzyństwa i połogu. Plan edukacji, zgodnie z prawem, jest dołączany do dokumentacji ciężarnej [1]. Zadaniem położnej jest służenie swoją wiedzą i doświadczeniem, bycie wsparciem, zapewnienie kobiecie poczucia bezpieczeństwa. Celem edukacji ciężarnych jest zmniejszenie ich lęku oraz obaw w trudnym okresie przed- i okołoporodowym, a także podniesienie ich kompetencji rodzicielskich [3].

Cel pracy

Celem pracy było ukazanie edukacyjnej roli położnej, jaką odgrywa dla kobiety w ciąży, sprawdzenie zapotrzebowania na profesjonalne doradztwo oraz wsparcie wśród ciężarnych, a także ocena wiedzy na temat możliwości uzyskania porady u wybranej położnej podstawowej opieki zdrowotnej w okresie przedporodowym.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone na podstawie opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu nr KB – 69/2014 z dnia 13.02.2014 r. Projekt przeprowadzono na podstawie ankiety własnego autorstwa.

W badaniu wzięło udział 100 respondentek. Dane respondentek pozostały anonimowe. Ankietę przeprowadzono w okresie od lutego do kwietnia 2014 r., Wśród ciężarnych w III trymestrze ciąży przebywających na terenie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej i w Poradni Ginekologiczno-Położniczej w Kępnie, a także w Praktyce Lekarskiej Vimed w Obornikach Śląskich.

Najwięcej ankietowanych kobiet było w wieku 26–30 lat – 41%, powyżej 30. roku życia było 35% respondentek, w przedziale wiekowym 18–25 lat było 22% ankietowanych, a najmniej – 2% miało poniżej 18 lat.

W badanej grupie było 47% kobiet z wykształceniem wyższym, 34% kobiet z wykształceniem średnim. 16% ankietowanych miało wykształcenie zawodowe, a najmniej – 3% wykształcenie podstawowe.

Zdecydowana większość ciężarnych – 64%, przebywała na zwolnieniu lekarskim. 13% spośród badanych było aktywnych zawodowo. Nie pracowało 23% respondentek. Pierwiastki stanowiły 57% , a wieloródki – 43% ankietowanych ciężarnych.

Najczęściej występujące dolegliwości podczas ciąży

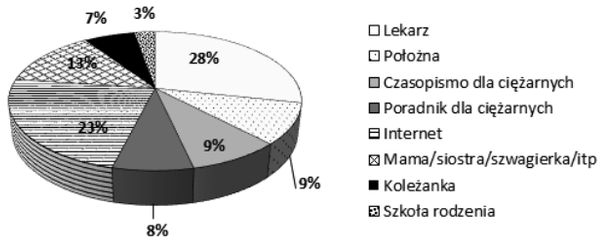
Najczęściej występującymi dolegliwościami w czasie I trymestru ciąży wśród ankietowanych były: senność, poranne nudności i wymioty, osłabienie, częstsze niż przed ciążą oddawanie moczu. Najrzadziej występującą dolegliwością w I trymestrze ciąży były wahania nastrojów.

Wśród najczęściej występujących dolegliwości w czasie II trymestru ciąży wymieniono: częstsze niż przed ciążą oddawanie moczu, zgagę/odbijanie. Wielokrotnie ciężarne skarżyły się też na wahania nastroju. Podczas II trymestru powszechne były również senność i świąd powłok brzusznych.

W III trymestrze ciąży najbardziej powszechną dolegliwością było częstsze niż przed ciążą oddawanie moczu, bóle okolicy krzyżowo-lędźwiowej. Wielokrotnie ciężarne skarżyły się też na zgagę/odbijanie, świąd powłok brzusznych i trudności w oddychaniu. Każda z respondentek mogła wpisać 2 przypadłości, które były dla niej najtrudniejsze do zniesienia. Ankietowane uznały, że najbardziej uciążliwą dolegliwością są poranne nudności/wymioty – 29 wskazań. Drugą z kolei uciążliwą dolegliwością jest zgaga/odbijanie – 22 wybory. Dla 17 kobiet trudny do zniesienia był ból pleców, a dla 14 – częstsze niż przed ciążą oddawanie moczu. Inne kłopotliwe przypadłości to: trudności w oddychaniu i ból brzucha – po 8 zaznaczeń, zmęczenie/osłabienie i senność – po 7 zaznaczeń. Zaparcia i bezsenność wymieniło po 6 kobiet. Po 4 respondentki wybrały skurcze w łydkach, a także obrzęki rąk, nóg i twarzy. Dla trzech ciężarnych uciążliwe były hemoroidy oraz zawroty głowy. Najmniej uciążliwe – po jednym wskazaniu – wahania nastroju, próchnica, rozkojarzenie, niedokrwistość, świąd powłok brzusznych oraz wzdęcia.

Źródła wiedzy na temat radzenia sobie z ciążowymi dolegliwościami

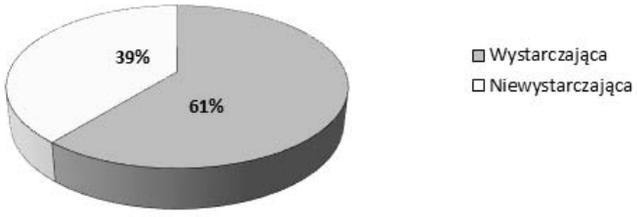
Każda ankietowana mogła zaznaczyć 3 źródła informacji. Największa część respondentek, aby poszerzyć wiedzę na temat dolegliwości ciążowych, korzystała z porady lekarza – 28% oraz z Internetu – 23%. Mamę/siostrę/szwagierkę/itp. jako źródło informacji wskazało 13% kobiet. Z porady położnej i z czasopism skorzystało po 9% ciężarnych. 8% kobiet czytało poradniki dla ciężarnych. Koleżanki radziło się 7% ankietowanych, a najmniej – 3% – uzyskało informacje o dolegliwościach ciążowych w szkole rodzenia (ryc. 1).



Rycina 1. Źródła informacji na temat dolegliwości ciążowych

Samoocena wiedzy na temat fizjologii ciąży i dolegliwości ciążowych według respondentek

61% badanych kobiet uważa, że posiada wystarczającą wiedzę na temat fizjologii ciąży i dolegliwości ciążowych, natomiast 39% respondentek sądzi, że powinna pogłębić swoją wiedzę (ryc. 2).



Rycina 2. Samoocena wiedzy na temat fizjologii ciąży i dolegliwości ciążowych według respondentek

Chęć poszerzenia swojej wiedzy położniczej u położnej w poradni podstawowej opieki zdrowotnej

Ponad połowa badanych kobiet (56%) zgłosiłaby się do położnej, aby poszerzyć swoją wiedzę o fizjologii ciąży i dolegliwościach ciążowych, bo uważa ją za osobę kompetentną. 17% ciężarnych zostało poinformowanych przez położną o chęci pomocy im w radzeniu sobie z trudnościami i wątpliwościami w czasie ciąży. 1% respondentek zgłosiłoby się do położnej po radę, bo nie wie do kogo się zwrócić. 18% ankietowanych nie wiedziało o takiej możliwości, 8% wolało skorzystać z innego źródła informacji. Żadna ciężarna nie uznała położnej jako osoby niekompetentnej.

Dyskusja

Dolegliwości ciążowe bardzo często są przyczyną złego samopoczucia i dyskomfortu w ciąży. Z przeprowadzonych badań wynika, że najwięcej przypadłości występuje podczas III trymestru ciąży. Duża część ankietowanych ciężarnych skarży się na częste oddawanie moczu, a najbardziej uciążliwą, według respondentek, dolegliwością są poranne nudności i wymioty, a także zgaga i odbijanie. Można im zapobiegać przez prawidłową dietę i zdrowy tryb życia.

Z badań opisanych przez Anissę Hamid-Sowińską [4] wynika, że dolegliwościami często występującymi i uciążliwymi w czasie ciąży są bóle kręgosłupa, obrzęki kończyn oraz zmęczenie się

i osłabienie organizmu. Również z własnych przeprowadzonych badań ankietowych można wywnioskować, że bóle pleców oraz zmęczenie są dolegliwościami, które dokuczają wielu ciężarnym. Aż 64% ankietowanych znajduje się na zwolnieniu lekarskim. Według Hamid-Sowińskiej, bóle krzyżowe są jedną z najczęstszych przyczyn zwolnień lekarskich wśród ciężarnych. Można im zapobiegać przez regularną aktywność fizyczną (3–5 razy w tygodniu, co najmniej 30 min.). Autorka tekstu pisze też, że u kobiet ćwiczących w czasie ciąży bóle kręgosłupa występują rzadziej niż u kobiet niećwiczących [4].

Respondentki na pytania ankietowe sprawdzające ich wiedzę na temat dolegliwości ciążowych w większości odpowiadały prawidłowo i wykazały się znajomością tej tematyki. Duży wpływ na poprawność odpowiedzi miały wiek i poziom wykształcenia. Ciężarne powyżej 20. roku życia oraz posiadające wykształcenie wyższe lub średnie radziły sobie lepiej niż ich młodsze koleżanki z wykształceniem zawodowym lub podstawowym. Przeszłość położnicza nie miała dużego oddziaływania na udzielane przez respondentki odpowiedzi, dlatego nie zostały uwzględnione przy ocenie wiedzy respondentek.

Ewa Janiuk [3] w artykule *Wpływ edukacji zdrowotnej ciężarnej na dobrostan dziecka* uważa, że do położnej trafiają kobiety inteligentne, które są najbardziej dociekliwe i zainteresowane edukacją przedporodową – wyszukają informacje w Internecie, ulotkach, od znajomych, a ciężarne z grupy mniej wykształconych, o niskim statusie socjoekonomicznym, którym pomoc jest najbardziej potrzebna, nie wiedzą, gdzie jej szukać. Światowa Organizacja Zdrowia promuje system opieki, w którym położna sprawuje opiekę nad ciężarną i jej dzieckiem – prowadzi ciążę, poród i połóg oraz edukację przedporodową. Taką rolę położnej popiera również Międzynarodowa Federacja Ginekologów i Położników (FIGO). Dzięki temu kobiety mają ułatwiony dostęp do świadczeń medycznych [2]. W Polsce nieliczne położne prowadzą samodzielną praktykę. Przeważnie gabinety położnych znajdują się w dużych miastach, a kobiety z mniejszych miejscowości nie mają możliwości skorzystania z ich usług. Nie spełnia to oczekiwań ciężarnych. Opieka położnicza nie jest powszechnie dostępna [5]. Każda ciężarna między 21. a 26. tygodniem ciąży powinna być skierowana do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką [6]. Przy zapisywaniu się do lekarza rodzinnego kobieta składa deklarację wyboru położnej. Jednak większość kobiet nie wie, że może skorzystać z jej pomocy, nie ma z nią kontaktu i najczęściej w pierwszej kolejności udaje się do ginekologa. A przecież zdrowie dziecka jest determinowane zdrowiem rodziców (szczególnie matki) przed oraz w momencie jego poczęcia. Bardzo ważna jest edukacja rodziców i promocja zdrowia – nauka prawidłowego żywienia i zachowań w ciąży, przygotowanie do porodu, karmienia piersią, opieki nad noworodkiem, odpowiedź na wiele pytań i wątpliwości ciężarnych. Rola położnej – edukatorki jest często pomijana [2]. W badaniach własnych położną jako osobę kompetentną w zakresie edukacji przedporodowej uznało 56% ankietowanych, jednak w czasie ciąży z porady edukacyjnej u położnej skorzystało tylko 9% spośród 100 ankietowanych, a 18% badanych ciężarnych nie wiedziało o takiej możliwości. 61% respondentek uznaje swoją wiedzę na temat fizjologii ciąży jako wystarczającą, a 39% kobiet potrzebuje jej uzupełnienia. Najchętniej ciężarne czerpią informacje o dolegliwościach ciążowych od lekarza (28%) lub z internetu (23%).

Również Monika Jodłowska-Sowińska w artykule *Oczekiwania kobiet ciężarnych XXI wieku* przedstawia internet jako główne źródło informacji z zakresu położnictwa. W badaniach autorki większość ankietowanych (98%) oceniła informacje zdobyte w czasie ciąży jako przydatne podczas porodu [5]. Zatem edukacja przedporodowa jest uznana przez same ciężarne za bardzo ważny etap przygotowań do rodzicielstwa i wiele kobiet potrzebuje profesjonalnego doradztwa położniczego.

Wyniki

1. Położna jest postrzegana przez ciężarne jako osoba kompetentna (56% ankietowanych) i 74% kobiet chętnie zwróciłoby się do niej, aby poszerzyć swoją wiedzę położniczą.
2. 18% ciężarnych nie wie o przysługującej im od 21. tygodnia ciąży możliwości uczestnictwa w spotkaniach edukacyjnych z położnymi podstawowej opieki zdrowotnej, 17% ankietowanych korzystało z edukacji okołoporodowej prowadzonej przez położną.
3. Rola edukacyjna położnej jest w Polsce niedoceniana. Głównym źródłem wiedzy, z którego czerpią ciężarne jest Internet, a z personelu medycznego – lekarz. Bardzo rzadko ciężarne korzystają ze spotkań edukacyjnych z położną (9% badanych). Osoby sprawujące opiekę nad ciężarnymi to głównie lekarze ginekolodzy–położnicy, którzy nie kierują swoich podopiecznych do położnych podstawowej opieki zdrowotnej, a kobiety spotykają się z położną środowiskową dopiero po porodzie.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Bibliografia

1. Iwanowicz-Palus G, Krysa J, Bień A. Rola położnej rodzinnej w Polsce. *MONZ* 2013; XIX(3): 272–278.
2. Iwanowicz-Palus G, Stadnicka G, Bień A. Organizacja opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej determinantą zdrowia i rodziny w społeczeństwie. *MONZ* 2013; XIX(3): 313–318.
3. Janiuk E. *Wpływ edukacji zdrowotnej ciężarnej na dobrostan dziecka.* W: Lichtenberg-Kokoszka E, Janiuk E, red. *Ciąża i narodziny fundamentem przyszłości dziecka. Zagadnienie interdyscyplinarne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls" 2012: 21–39.
4. Hamid-Sowińska A. *Aktywność fizyczna w czasie ciąży.* W: Brębborowicz GH, red. *Położnictwo.* T. I. *Fizjologia ciąży.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 203.
5. Jodłowska-Sowińska M. Oczekiwania kobiet ciężarnych XXI wieku. *Położ Nauka Prakt* 2010; IX(1): 48–51.
6. Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 20 września 2012 r. W sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

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

Praca wpłynęła do redakcji: 12.03.2017 r.
Po recenzji: 18.03.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 20.03.2017 r.

Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w opiece nad pacjentem po embolizacji tętniaka kompleksu tętnicy łączącej przedniej (ACoA)

Application of the International Classification for Nursing Practise (ICNP®) in the care of the patient after anterior communicating artery (ACoA) aneurysm embolization

Agnieszka Jeł[1], Ilona Baszkiewicz[2], Tomasz Ramuś[1]

[1] *Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kiniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu*
[2] *Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Kiniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu*

adres do korespondencji: agnieszka-jel@wp.pl

STRESZCZENIE

W pracy zamieszczono propozycję planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po embolizacji tętniaka kompleksu tętnicy łączącej przedniej z krwawieniem podpajęczynówkowym opracowanego na podstawie indywidualnego studium przypadku za pomocą wskaźników jakości wyników opieki pielęgniarskiej według C-HOBIC. Proces pielęgnowania opiera się na terminologii klasyfikacji ICNP® – Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej.

Słowa kluczowe: embolizacja tętniaka, krwawienie podpajęczynówkowe, Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

SUMMARY

In the presented paper a plan of the care of the patient after anterior communicating artery (ACoA) aneurysm embolisation with subdural haemorrhage was propsed, based on an individual case study using C-HOBIC nursing performance quality indicators. The developed nursing care plan was based on the terminology of ICNP® – the International Classification for Nursing Practise.

Key words: aneurysm embolization, subdural haemorrhage, the International Classification for Nursing Practise ICNP®.

Wstęp

Za pioniera w wykrywaniu tętniaków naczyń mózgowych uważa się Egaza Moniza, który jako pierwszy w roku 1927 wykonał angiografię mózgową. Ze względu na fakt, iż stosowany wtedy środek cieniujący o nazwie Thorotrast miał wysoki wskaźnik karcynogenny oraz złą jakość aparatów rentgenowskich badanie to nie było popularne. Statystyki szacują, iż zachorowalność na tętniaki wewnątrzczaszkowe występuje u około 0,5–3,2% populacji. Obecnie za czynniki predysponujące do ryzyka zarówno tworzenia się, jak i pęknięcia tętniaków wewnątrzczaszkowych przyjmuje się płeć żeńską, nadciśnienie tętnicze, wiek, nikotynizm, nadużywanie alkoholu, wielotorbielowatość nerek oraz występowanie tętniaków w rodzinie. Aż w 88% tętniaki wewnątrzczaszkowe ujawniają się przez krwawienie podpajęczynówkowe (SAH), w około 8% daje objawy przypominające guza mózgu, natomiast 4% to przypadkowe wykrycia [1, 2]. Do najczęstszych objawów klinicznych krwawienia podpajęczynówkowego zalicza się nagły, silny ból głowy, który narasta w przeciągu kilku sekund, zaburzenia świadomości, wymioty, sztywność karku, rzadko napad padaczkowy. Do głównych metod diagnostycznych przy podejrzeniu tętniaków wewnątrzczaszkowych należy tomografia komputerowa bez podania środka cieniującego. Szacuje się, że jej czułość w pierwszej dobie krwawienia podpajęczynówkowego wynosi około 91%, w kolejnych dobach spada do 84–79%, natomiast po upływie okresu tygodnia – tylko 50%. Obecnie główną metodą leczenia chorych z tętniakami wewnątrzczaszkowymi jest embolizacja za pomocą spiral. Na rokowanie chorych ma wpływ stan kliniczny pacjenta przy przyjęciu, jego wiek, jak i rozległość krwawienia. W celu oceny stanu klinicznego pacjenta podczas przyjęcia do podstawowych parametrów, które ocenia zespół lekarski, należą: stopień nasilenia bólu głowy, stan świadomości (skala Glasgow), występowanie objawów neurologicznych oraz zespołu oponowego [3].

W pracy został zaproponowany siedmioosiowy model opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po przebytej embolizacji tętniaka kompleksu tętnicy łączącej na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej. Na siedmioosiowy model osi składa się przedmiot, ocena, środki, działanie, czas, lokalizacja oraz klient. ICNP® to system ujednoliconego języka pielęgniarskiego, który pozwala na wprowadzenie standaryzacji dokumentacji pielęgniarskiej. Tak pozyskane i opracowane informacje zapewniają wprowadzenie spójnej, rzeczowej i jednolitej komunikacji w ramach dyscypliny, jaką jest pielęgniarstwo. Umożliwia to zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentem bez rozbieżności stosowanych metod w poszczególnych placówkach medycznych [4, 5].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie najważniejszych problemów związanych z opieką pielęgniarską nad pacjentem po przebytym zabiegu embolizacji tętniaka wewnątrzczaszkowego.

Materiał i metody

W celu opracowania proponowanego modelu procesu pielęgnowania w indywidualnym studium przypadku pacjenta po embolizacji tętniaka wykorzystano metodę IDI (*individual in-depth interview* – indywidualny wywiad pogłębiony). Dodatkowo wykonano pomiary podstawowych parametrów życiowych oraz przeanalizowano dokumentację medyczną pacjenta. Proces pielęgnowania prowadzono w jednym z wrocławskich szpitali. Do

© *Copyright by Wydawnictwo Continuo*

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

opracowania planu opieki wykorzystano terminologię Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® [6, 7].

Studium przypadku

Pacjent: mężczyzna, lat 65.

Rozpoznanie: Tętniak kompleksu tętnicy łączącej przedniej (ACoA).

65-letni mężczyzna przywieziony na Szpitalny Oddział Ratunkowy przez Zespół Ratownictwa Medycznego. W godzinach porannych uskarżał się na silny ból głowy z kilkuminutową utratą przytomności. Po dowiezieniu do szpitala utrzymuje się ból głowy o umiarkowanym nasileniu, w wywiadzie nikotynizm, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość.

Przy przyjęciu przytomny, w pełnym kontakcie logicznym, zorientowany auto- i allopsychicznie. GCS 15. Źrenice równe, wąskie, symetryczne, reaktywne. Objawy oponowe ujemne. Bez zaburzeń w obrębie nerwów czaszkowych. W badaniu orientacyjnym wzrok i słuch prawidłowe. Bez niedowładu. Siła i napięcie mięśniowe prawidłowe. Bez zaburzeń czucia. Próby móżdżkowe ujemne. Objawy korzeniowe i piramidowe ujemne. Bez zaburzeń czynności zwieraczy. W wykonanym TK głowy wykryto cechy masywnego krwawienia podpajęczego w zbiornikach podstawy mózgowia. W angio-TK widoczny tętniak kompleksu ACoA, wielkości 8 x 4 mm. U pacjenta wykonano embolizację tętniaka za pomocą spiral. Po zabiegu został przekazany do oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie kontynuowano analgosedację i respiratoroterapię, krwawe monitorowanie hemodynamiczne oraz pomiary oksymetrii mózgowej.

Następnie hospitalizowany 16. dobę. Przytomny, w logicznym kontakcie słownym. Z utrzymującym się osłabieniem siły mięśniowej kończyn górnych i dolnych, mocniej po stronie prawej. Na oddechu własnym, wspomaganym tlenoterapią bierną przez maskę tlenową. Odkrztusza duże ilości śluzowo-ropnej plwociny. Krążeniowo wydolny, pod kontrolą badań hemodynamicznych. Akcja serca miarowa, bradykardia około 42–48 uderzeń na minutę. Wymaga pomocy przy spożywaniu posiłków i czynnościach samopielęgnujących. Zacewnikowany w celu prowadzenia godzinowego bilansu płynów. W skali Waterlow oceniany na 23 punkty. Rana pooperacyjna bez cech zapalnych.

Zastosowane leczenie

Nitrendypina 2 x 20 mg, Helicid 40 mg, Dexaven 2 x 4 mg, Ramipril 5 mg, Nimotop 4 x 1 tabl., Lacidofil 3 x 2 kaps., Tulip 20 mg, Vit. D_3 2000 j., Fraxiparyna 0,6 ml, Hydroksyzyna 25 mg, Paracetamol 3 x 1 g, wankomycyna 3 x 1 g, Ciprofloksacyna 2 x 400 mg.

Przedmiot opieki: pacjent [10014132]

Diagnoza 1: Ból ustępujący [10027917] **Osąd:** dotkliwy/a/e [10025877]	
Interwencje	**Środki/narzędzia**
Monitorowanie bólu [10038929]	Usługi pielęgniarskie [10013380] Narzędzie do oceny [10002832] Kwestionariusz [10016229]
Analgezja kontrolowana przez pacjenta [10032227] Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]	Analgetyk [10002279]
Wprowadzenie terapii odwracania uwagi [10039348]	Technika odwracania uwagi [10006102] Technika relaksacyjna [110016700] Technika uspokajania [10003839] Opieka terapeuty zajęciowego [10013604]
Ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem [10034053]	Usługa w zakresie leczenia bólu [10024799] Wprowadzenie walidacji terapii [10039382]
Diagnoza/wynik: kontrolowanie bólu [10025831]	

Diagnoza 2: Zaburzona funkcja układu oddechowego [10023362] **Osąd:** umiarkowane/y/a [10025865]	
Interwencje	**Środki/narzędzia**
Monitorowanie statusu (wydolności) oddychania [10012196] Monitorowanie saturacji krwi tlenem za pomocą pulsoksymetru [10002383]	Pulsoksymetr [10032551] Kardiomonitor [10003873] Rytm oddechowy [10016915]
Fizjoterapia klatki piersiowej [10046477]	Usługa fizjoterapeuty [10012300] Ćwiczenia oddechowe [10004221] Technika oddychania lub kasłania [10003666]
Terapia oddechowa [10027154]	Tlenoterapia [10013921] Maska tlenowa [10013909] Nebulizator [10012469]
Zachęcanie do stosowania techniki oddychania lub odkasływania [10006834] Nauczanie o ćwiczeniach [10040125]	Materiał instruktażowy [10010395] Odkrztuszanie [10007362] Usługi pielęgniarskie [10013380]
Diagnoza/wynik: efektywna funkcja układu oddechowego [10028160]	

Diagnoza 3: Cukrzyca [10005876]. Zaburzona funkcja układu regulacyjnego [10023358] **Osąd:** stan rzeczywisty [10000420]	
Interwencje	**Środki/narzędzia**
Monitorowanie stężenia glukozy w krwi [10032034]	Urządzenie monitorujące [10012177]
Raportowanie wyników testu [10016839]	Wynik labolatoryjny [10011074] Komputer [10004906]
Podawanie insuliny [10030417]	Technika iniekcji podskórnej [10024090] Technika aseptyczna [10002639] Insulina [10010400] Strzykawka [10019399] Igła [10012509]
Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	Usługi pielęgniarskie [10013380] Narzędzie do oceny [10002832]
Diagnoza/wynik: prawidłowa odpowiedź na lek [10028670]. Prawidłowy poziom glukozy w krwi [10033685]	

Diagnoza 4: Infekcja dróg moczowych [10029915] **Osąd:** Ryzyko infekcji [10015133]	
Interwencje	**Środki/narzędzia**
Reżim pielęgnacji cewnika urologicznego [10033283] Prewencja przed kontaminacją [10005055]	Dezynfekowanie [10006044] Technika aseptyczna [10002639] Roztwór [10018499] Specyfik [10002639]
Monitorowanie oznak i objawów infekcji [10012203]	Usługi pielęgniarskie [10013380] Narzędzie do oceny [10002832] Urządzenie monitorujące [10012177]
Administrowanie lekami w celach profilaktycznych [10001827]	Antybiotyk [10002383]
Ewalucja statusu układu moczowo-płciowego [10034011]	Narzędzie do oceny [10002832]
Diagnoza/wynik: bez infekcji [10028945]	

Diagnoza 5: Ryzyko odleżyny [10027337] **Osąd:** umiarkowane/y/a [10025865]	
Interwencje	**Środki/narzędzia**
Ocenianie ryzyka odleżyny [10030710]	Kwestionariusz [10016229] Narzędzie do oceny [10002832]
Zapobieganie odleżynom [10040224]	Środki pomocnicze [10019157] Kółko powietrzne [10002088] Materac przeciwodleżynowy [10041560]
Leczenie skóry [10033922]	Prewencja odleżyny [10040194] Krem [10005357] Płyn do nacierania [10011365]
Ocenianie integralności skóry [10033922]	Usługi pielęgniarskie [10013380] Tkanka ciała [10003524]
Diagnoza/wynik: bez odleżyny [10029065]. Poprawiona integralność skóry [10028517]	

Diagnoza 6: Deficyt samoopieki [10023410]. Zaburzona zdolność wykonywania higieny [10000987]. Zaburzone samodzielnie karmienie [1000973]. Problem emocjonalny [10029839] **Osąd:** częściowy/a/e [10014081]	
Interwencje	**Środki/narzędzia**
Ocenianie potrzeb [10033368]	Usługi pielęgniarskie [10013380] Narzędzie do oceny [10002832]
Wzmacnianie umiejętności [10026436] Promowanie samoopieki [10026347]	Ćwiczenie [10007315] Promowanie [10015801] Motywowanie [10012242] Wprowadzenie walidacji terapii [10039382]
Utrzymywanie godności i prywatności [10011527]	Prywatność [10015758]
Asystowanie w czynnościach higienicznych [10023531] Pielęgnacja skóry [10032757]	Urządzenie do kąpieli [10003147] Woda [10020957] Mydło [10018358] Krem [10005352] Szczoteczka do zębów [10019853]
Asystowanie w czynnościach toaletowych [10023531]	Basen sanitarny [10003199] Kaczka na mocz [10020497]
Asystowanie w jedzeniu i piciu [10037269]	Nóż [10011019] Widelec [10008193] Łyżka [10018667]
Promowanie higieny [10032477]	Promocja zdrowia [10008776] Materiał do czytania [10016433]
Ocenianie strachu przed byciem ciężarem dla innych [10026254]	Kwestionariusz [10016229] Usługi medyczne [10011850]
Diagnoza/wynik: zmniejszający się niepokój [10027858]. Gotowość do prawidłowej samoopieki [10025250]	

Diagnoza 7: Nadwaga [10027300]. Brak wiedzy o reżimie diety [10021939]. Zaburzona zdolność do radzenia sobie z reżimem diety [10022592]. Nadużywanie tytoniu [10022247]. Brak wiedzy o chorobie [10021994] **Osąd:** stan rzeczywisty [10000420]	
Interwencje	**Środki/narzędzia**
Nauczanie o utrzymaniu prawidłowej masy ciała [10033001] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10019462]	Zachowanie prozdrowotne [10008782] Terapia żywieniowa [10013442]
Współdziałanie z dietetykiem [10040435]	Dietetyk [10040426]
Nauczanie o rzucaniu palenia [10038647]	Materiał do czytania [10016433] Materiał instruktażowy [10010395]
Dostarczenie leczenia wspomagającego zaprzestanie palenia [10041086]	Terapia w rzucaniu palenia [10032774]
Diagnoza/wynik: Wiedza o reżimie diety [10023772]. Przestrzeganie zaleceń reżimu diety [10030159]. Gotowość do rzucenia palenia [10038610]	

Diagnoza 8: Deficyt wiedzy o ćwiczeniach [10000420]. Zaburzona zdolność do radzenia sobie z reżimem ćwiczeń [10022603] **Osąd:** stan rzeczywisty [10000420]	
Interwencje	**Środki/narzędzia**
Ewaluacja zaburzeń mięśniowo-szkieletowych [10034030]	Narzędznie do oceny [10002734] Wprowadzenie walidacji terapii [10039382]
Nauczanie o ćwiczeniach [10040125] Nauczanie o rehabilitacji [10033017]	Rola wykonywanych ćwiczeń fizycznych [10007304] Technika ćwiczenia mięśni lub stawów [10012300] Materiał do czytania [10016433] Materiał instruktażowy [10010395] Czynne ruchy stawów [10000393] Bierne ruchy stawów [10014109]
Wzmacnianie techniki wykonywania ćwiczeń mięśni lub stawów [10036512]	Ćwiczenie [10007315] Urządzenie do terapii wspomagającej [10002878] Urządzenie uruchamiające [10012131] Usługa fizjoterapeuty [10014567]
Promowanie ćwiczeń [10040834]	Promowanie [10015801] Motywowanie [10012242]
Diagnoza/wynik: gotowość do zdolności do radzenia sobie z reżimem [10001448]	

Podsumowanie

Pacjent przebywający w oddziale intensywnej terapii po zabiegu embolizacji tętniaka wewnątrzczaszkowego ma w stopniu znacznym ograniczoną samodzielność związaną z deficytami neurologicznymi. Opieka pielęgniarska prowadzona nad takim pacjentem powinna skupiać się na zapewnieniu mu pomocy podczas wykonywania czynności związanych z codziennym życiem oraz w zaspokojeniu wszelkich potrzeb fizjologicznych. Całość opieki powinna opierać się na założeniach holistycznych. Zastosowanie modelu pielęgnowania opierającego się na Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej® zapewnia personelowi medycznemu standaryzację opieki, która posłuży do długotrwałego procesu leczenia umożliwiając jednolitość oraz spójność, początkowo od diagnozy, przez wybrane techniki i modele pielęgnowania, na ocenie działań kończąc. Dzięki temu eliminuje się rozbieżności związane z praktykami wprowadzanymi przez indywidualne osoby wchodzące w skład zespołu pielęgniarskiego [8].

ICNP® powstało jako odpowiedź Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, która zrzesza przedstawicieli 135 krajów. Sama idea stworzenia jednolitego systemu klasyfikacji pielęgniarskiej powstała już w roku 1989. Jej celem jest przede wszystkim uporządkowanie terminologii specjalistycznej, która umożliwia precyzyjność działań pielęgniarskich na podstawie zgromadzonego wywiadu, jak i obserwacji pacjenta. ICNP® to dzisiaj międzynarodowy standard dla terminologii pielęgniarskiej wchodzący w skład infrastruktury informacyjnej na trzech płaszczyznach, tj.: opieki, praktyki oraz polityki zdrowotnej [9, 10]. Celem wspólnym poszczególnych płaszczyzn jest ulepszanie opieki zdrowotnej na całym świecie.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Bibliografia

1. Dyszkiewicz S, Danielewicz B, Czepko R. Leczenie operacyjne chorych z pękniętymi tętniakami dalszego odcinka tętnicy mózgu przedniej. *Prz Lek* 2004; 61(5): 482–485.
2. Whitfield P, Thomas E, Summers F. *Urazy głowy.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013.
3. Ząbek M. *Krwawienie podpajęczynówkowe.* W: Ząbek M, red. *Zarys neurochirurgii.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1999.
4. Kisilowska M. *Założenia i istota ICNP®.* W: Górajek-Jóźwik J, red. *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007.
5. Górajek-Jóźwik J. *Diagnoza pielęgniarska.* W: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. *Podstawy pielęgniarstwa*. T. I. *Założenia teoretyczne*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004.
6. Górajek-Jóźwik J, Gaworska-Krzemińska A, Glińska J, i wsp., red. *Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®. Wersja 1.0.* Lublin: Wydawnictwo Makmed; 2009.
7. Brosowska B, Dobrowolska B, Gaworska-Krzemińska A, i wsp., red. *Współpraca z pacjentami i ich rodzinami – w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Katalog pojęć ICNP®.* Lublin: Wydawnictwo Makmed; 2010.
8. Andrzejewska L. Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską u chorych po operacyjnym leczeniu tętniaka naczyń mózgowych. *Pielęg Chir Angiol* 2008; 2(3): 120–121.
9. Pielęgniarstwo Środowiskowe. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej, katalog [cyt. 04.04.2017]. Dostępny na URL: http://www.telenrscare.umed.pl/pliki/Katalog-ICNP-Piel%C4%99gniarstwo-%C5%9Arodowiskowe1.pdf.
10. International Classification for Nursing Practice (ICNP®), katalog [cyt. 04.04.2017]. Dostępny na URL: http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html.

Adres do korespondencji:
Agnieszka Jeł
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław
Tel.: 724 343 103
E-mail: agnieszka-jel@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.03.2017 r.
Po recenzji: 06.04.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 10.04.2017 r.

Szanowni Państwo!
Drogie Koleżanki i Koledzy!

Mamy zaszczyt zaprosić Państwa do uczestnictwa w Konferencji Naukowo-Szkoleniowej pt.:

WIELOWYMIAROWE ASPEKTY OPIEKI NAD PACJENTEM NEUROLOGICZNYM I NEUROCHIRURGICZNYM

W ramach Konferencji odbędzie się
VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Neurologicznych (PTPN).

Organizatorzy:
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Neurologicznych

UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

PTPN
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Neurologicznych

Termin:
22-23 września 2017 roku

Miejsce:
Centrum Naukowej Informacji Medycznej
ul. Karola Marcinkowskiego 2-6, 50-368 Wrocław

Szczegóły:
www.neuro.umed.wroc.pl

Do szybkiego zobaczenia we Wrocławiu!

Przewodnicząca Komitetu Naukowego
dr hab. n. med. Joanna Rosińczuk, prof. nadzw. UM

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
dr n. o zdr. Aleksandra Kołtuniuk

Inwazyjna choroba pneumokokowa – zapobieganie

Invasive pneumococcal disease – prevention

Natalia Świątoniowska[1], Agnieszka Maj[1], Anna Rozensztrauch[2]

[1] *Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*
[2] *Katedra Pediatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*

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

STRESZCZENIE

Szczepienia ochronne od kilkudziesięciu lat stanowią racjonalny i najbardziej skuteczny sposób w walce z groźnymi chorobami zakaźnymi. Badania oceniające skuteczność programów powszechnych szczepień przeciw pneumokokom mogą indukować efekt ochrony zbiorowiskowej. Szczególne znaczenie w dążeniu do budowania odporności populacji ma stan wiedzy rodziców na temat szczepień. Pielęgniarka jako pracownik medyczny stanowi źródło informacji i rzetelnej wiedzy na temat szczepień. Celem pracy było zaprezentowanie aktualnej wiedzy na temat szczepień ochronnych jako profilaktyki zakażeń *Streptococcus pneumoniae* u dzieci.

Słowa kluczowe: inwazyjna choroba pneumokokowa, *Streptococcus pneumoniae*, szczepienia ochronne.

SUMMARY

Vaccination has been the most rational and effective method of combating serious infectious diseases for many decades now. According to many researchers the effectiveness of pneumococcal vaccination programs can induce „community immunity" protection effects. Parent's knowledge about vaccination is particulary important to build immunity of the population. A nurse as a medical professional is a source of knowledge about vaccination. The aim of the study was to present current knowledge about vaccination as a method of prevention against *Streptococcus pneumoniae* infection in children.

Key words: Invasive pneumococcal disease, *Streptococcus pneumoniae*, vaccination.

Wstęp

Zakażenia *Streptococcus pneumoniae* zaliczane są do głównych przyczyn zachorowalności i umieralności wśród dzieci na całym świecie. Według danych światowych zakażenia tą bakterią stanowią przyczynę około 1,6 mln zgonów rocznie na świecie [1].

Na zachorowanie szczególnie narażone są dzieci do 2. roku życia (przede wszystkim wcześniaki) oraz osoby starsze powyżej 65. roku życia. Wysoka zachorowalność wśród dzieci spowodowana jest niedojrzałym układem immunologicznym [2]. U osób starszych czynnikiem ryzyka jest współistnienie chorób przewlekłych, jak również ograniczona sprawność fizyczna.

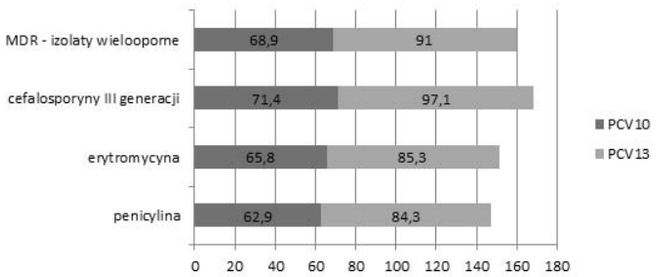
Patogeny *S. pneumoniae* nie mają zwierzęcych rezerwuarów. Kolonizują głównie błonę śluzową gardła i nosa. Do najważniejszych przyczyn zasiedlania układu oddechowego przez *S. pneumoniae* należą częste wirusowe zakażenia górnych dróg oddechowych, kontakt ze starszym rodzeństwem, narażenie na dym tytoniowy oraz brak karmienia piersią w okresie niemowlęcym. Bakterie te mogą być również izolowane z płynu mózgowo-rdzeniowego u 11–20% dzieci. O przenoszeniu pneumokoków w środowisku decyduje duża częstość ich nosicielstwa, przebywanie dzieci w dużych skupiskach (żłobki, przedszkola, placówki opiekuńczo-wychowawcze), a także stosowanie antybiotyków, które sprzyjają uodparnianiu się jego szczepów [3].

Obecnie wyróżniono 93 typy serologiczne pneumokoka, które mogą wywołać choroby inwazyjne, takie jak: zapalenie płuc, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz posocznicę. Mogą być również przyczyną nieinwazyjnych zakażeń, w tym zapalenia ucha środkowego, zaostrzenia w przebiegu przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc.

25–50% dzieci w żłobkach jest nosicielami *S. pneumoniae*, podczas gdy osoby dorosłe stanowią jedynie 5%. Około połowa wszystkich zachorowań spowodowana jest serotypami 3 (12%), 8 i 9 (po około 8%), 6B (7%) oraz 4 i 23F (po 5,5%) [4].

Według danych WHO z 2008 r. zakażenia pneumokokowe odpowiadały za około 476 tys. przypadków zgonów dzieci poniżej 5. roku życia na świecie. Analiza przypadków z roku 2015 wykazała wzrost współczynnika śmiertelności z powodu Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (IChP) w grupie 2-latków w stosunku do roku poprzedniego (3,1% *vs*. 5,3%). W 2014 r. zejście śmiertelne było powodowane najczęściej zakażeniem patogenem o serotypie 3, a także 14 i 19F, podczas, gdy w 2015 r. były to patogeny: 3, 19F i 22F. W badaniu zostały ujęte jedynie zgony z powodu potwierdzonego zakażenia *S. pneumoniae* [5].

Poważne problemy w leczeniu IChP związane są z opornością *S. pneumoniae* na leki przeciwbakteryjne. Obecnie przeważają szczepy wielooporne, niewrażliwe na penicylinę, β-laktamy, tetracykliny, linkozamidy, makrolidy, kotrimoksazol i chloramfenikol. Coraz częściej zawodzą cefalosporyny III generacji, a także meropenem. Ogranicza to znacznie możliwości terapeutyczne oraz obniża powodzenie terapii [6].



Rycina 1. Odsetek pokrycia szczepionkowego izolatów niewrażliwych na wybrane leki przeciwbakteryjne i MDR w 2015 r. Raport Krajowego Ośrodka Referencyjnego KOROUN z 2015 r. – ww.koroun.edu.pl
Źródło: Opracowanie własne.

Dla lepszej kontroli zmienności bakterii wywołujących IChP w Polsce powołano w 1997 r. Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego (KORUN). Jego zadaniem jest monitorowanie etiologii zakażeń inwazyjnych, w tym także charakterystyki molekularnej, serologicznej i wzorów lekooporności [7]. Drugim ważnym systemem rejestracji przypadków IChP jest system obowiązkowy, nadzorowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP–PZH), który rejestruje zakażenia pneumokokowe na podstawie zgłoszeń przesłanych ze szpitali do stacji sanitarno-epidemiologicznej [8].

© *Copyright by Wydawnictwo Continuo*

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Raport ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*) z 2015 r. z badania prowadzonego w 27 krajach Europy podkreślił systematyczny spadek zachorowań na IChP wśród dzieci poniżej 5. roku życia w latach 2008–2012. Ponadto od 2010 r. serotypy 7F, 19A, 1 i 3 są najczęstszymi patogenami powodującymi IChP. Pierwsze trzy najczęściej stwierdzane były u dzieci poniżej 5. roku życia. Jednak możliwość pojawienia się nowych serotypów bakterii wymaga stałego monitorowania, zwłaszcza pod kątem skutecznej interwencji wakcynologicznej [9].

Problemem występującym w Polsce jest niedoszacowanie zachorowalności na *S. pneumoniae.* Dlatego też eksperci mówią o wykrywalności IChP, a nie o zapadalności. Z badań prowadzonych przez KOROUN jasno wynika, że z roku na rok spada wykrywalność IChP u dzieci w Polsce, jednakże wyniki te rozkładają się nierównomiernie – w zależności od województwa oraz przedziału czasu. Może to świadczyć o znacznym niedoszacowaniu danych. Przyczyną tego zjawiska może być również fakt, iż w Polsce rzadko kiedy określa się czynnik etiologiczny zapalenia płuc.

Dla odmiany do 2000 r. w USA rejestrowano 17 tys. przypadków IChP ogółem, a śmiertelność wśród nich wynosiła około 40 tys. osób. Natomiast zachorowalność u dzieci między 12. a 23. miesiącem życia utrzymywała się na poziomie 202,5/100 tys. [10–12]. W 2007 r. liczba zachorowań uległa zmniejszeniu do 40,5/100 tys. w grupie dzieci poniżej 12. miesiąca życia i 31,2/100 tys. u dzieci między 12. a 23. miesiącem życia. Fakt ten może wynikać z wprowadzenia w USA obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko *S. pneumoniae* w 2000 r. [3, 13].

Szczepienia ochronne jako forma profilaktyki zdrowotnej

W Polsce dostępne są dwa typy szczepionek przeciw *S. pneumoniae* – skoniungowane, podawane dzieciom do momentu ukończenia 2. roku życia, oraz polisacharydowe, stosowane po 2. roku życia u osób z grup ryzyka. Szczepionki skoniungowane mają na celu stymulację niedojrzałego układu odpornościowego dziecka oraz ochronę przed najczęstszymi typami *S. pneumoniae* wywołującymi choroby inwazyjne (10 lub 13 typ). Celem podawania szczepionek polisacharydowych jest ochrona przed zakażeniem 23 typami *S. pneumoniae*, które w Polsce powodują około 80% zakażeń inwazyjnych [14].

PCV10 (10-walentna skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom) w swoim składzie zawiera 10 antygenów serotypów (1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 16C, 19F, 23F), a także białko D bezotoczkowego szczepu *H. influenzae*. Dodatkowo obecne toksoid tężcowy i błoniczy pełnią rolę białka nośnikowego. Skład preparatu PCV13 (13-walentna skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom) pokrywa się ze składem szczepionki PCV10. Dodatkowo zawiera szczepy 3, 6A oraz 19A [15].

Krajem, który jako pierwszy wprowadził powszechny obowiązek szczepień dzieci przeciw *S.pneumoniae* preparatem PCV10 była Brazylia. Badania przeprowadzone w tym kraju wykazały, iż zaszczepienie jedną dawką PCV10 zapobiega IChP.

W badaniach Boulianne i wsp. wykazano wysoką skuteczność szczepionek PCV10 i PCV13 w zapobieganiu zakażeniom pneumokokowym u dzieci w wieku 2–59 miesięcy. Nie wykazano istotnej zależności między liczbą dawek a rodzajem szczepionki – zastosowanie powyżej 2 dawek dawało podobne wyniki. Ponadto odsetek dzieci niezaszczepionych, które chorowały na IChP oraz dzieci potencjalnie zdrowych, stanowił odpowiednio: 16 i 19% [16].

Bakterie z gatunku *S. pneumoniae* po raz pierwszy zostały wyizolowane i zidentyfikowane przez francuskiego naukowca Ludwika Pasteura w 1881 r. Do tej pory jednak nie udało się otrzymać szczepionki, która nadałaby odporność na wszystkie znane serotypy tego patogenu [15]. Wśród wielu dostępnych preparatów największe znaczenie mają szczepionki koniugowane – poliwalentne.

Szczepionki polisacharydowe są zalecane przede wszystkim do zaszczepienia osób dorosłych oraz dzieci w wieku powyżej 2 lat z grupy ryzyka. W przypadku dzieci poniżej 2. roku życia preparaty te są nieskuteczne z uwagi na ich niedojrzały system immunologiczny [15].

Wprowadzenie w Polsce obowiązkowych szczepień przeciw pneumokokom w 1. roku życia w populacji dzieci urodzonych po 31 grudnia 2016 r. do Programu Szczepień Ochronnych (PSO) na rok 2017 jest niewątpliwie ważnym krokiem w kierunku ochrony populacji przed zakażeniem *S. pneumoniae* [17].

W PSO na 2016 r. szczepienia przeciw pneumokokom były obowiązkowe jedynie dla osób wybranych z grup ryzyka. Należały do nich:

1. Dzieci od 2. miesiąca życia do ukończenia 5. roku życia:
   - z wyciekiem płynu mózgowo-rdzeniowego (po urazie lub w wyniku wady ośrodkowego układu nerwowego),
   - zakażone HIV,
   - przed planowanym przeszczepieniem lub po przeszczepieniu szpiku, narządów wewnętrznych lub implantu ślimakowego.
2. Dzieci od 2. miesiąca życia do ukończenia 5. roku życia:
   - z przewlekłą chorobą serca,
   - z chorobą immunologiczno-hematologiczną (w tym małopłytkowością idiopatyczną, sferocytozą wrodzoną, ostrą białaczką, chłoniakiem),
   - z wrodzonym brakiem śledziony lub jej dysfunkcją albo po splenektomii,
   - z przewlekłą niewydolnością nerek i nawracającym zespołem nerczycowym,
   - z pierwotnymi zaburzeniami odporności lub w wyniku leczenia immunosupresyjnego,
   - chorujące na choroby metaboliczne, w tym na cukrzycę,
   - chorujące na przewlekłe choroby płuc, w tym na astmę.
3. Dzieci od 2. miesiąca życia do ukończenia 12. miesiąca życia urodzone przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży lub z urodzeniową masą ciała poniżej 2500 g [18].

Z analizy danych dotyczących szczepień przeciw pneumokokom przeprowadzonej przez E. Kuchara wynika, że dzięki szczepieniom nastąpił spadek liczby zachorowań na IChP wśród dzieci poniżej 2. roku życia [19].

Bezpieczeństwo szczepień

Bezpieczeństwo szczepień ochronnych zostało potwierdzone wieloma badaniami [20–25]. Szczepionki przeciw pneumokokom nie powodują poważnych niepożądanych odczynów poszczepiennych. U niektórych zaszczepionych dzieci w ciągu 1–3 dni po szczepieniu występują łagodne, przemijające odczyny poszczepienne. Najczęściej są to reakcje miejscowe – zaczerwienie, ból, obrzęk. Rzadko u dziecka obserwuje się częsty płacz, brak apetytu, złe samopoczucie czy też gorączkę poniżej 39°C, a bardzo rzadko, bo mniej niż u 5%, gorączkę powyżej 39°C [26].

Tabela 1. Częstość występowania NOP u dzieci zaszczepionych przeciw *S. pneumoniae*

Rodzaj reakcji	Częstość występowania
Gorączka powyżej 39°C	0,01 do 0,1
Wymioty i biegunka	0,001 do 0,01
Reakcje anafilaktyczne (wysypka, obrzęki, duszność)	0,0001 do 0,001
Drgawki i epizody hipotensyjno-hiporeaktywne	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WHO.

Podsumowanie

Reasumując, analiza dostępnej literatury potwierdziła skuteczność szczepień przeciw *S. pneumoniae* w zapobieganiu IChP. Raporty statystyczne wskazują na obniżenie zachorowalności i umieralności na IChP w krajach objętych programem obowiązkowych szczepień ochronnych. Dotyczy to nie tylko osób zaszczepionych, ale całej populacji.

W Polsce duży problem stanowi określenie zachorowalności na IChP. Wynika to z braku określania czynnika etiologicznego zachorowań. Jest to istotne w określeniu stanu zdrowia populacji. Problem ten wymaga dalszej obserwacji.

Z dotychczasowych badań wynika, że zastosowanie szczepionek jest najbardziej efektywne u dzieci poniżej 2. roku życia. IChP charakteryzuje się ciężkim przebiegiem oraz wysokim ryzykiem zgonu u dzieci zwłaszcza do 5. roku życia. Ponadto dzieci chorujące na inwazyjną chorobę pneumokokową wymagają hospitalizacji, opieki oraz antybiotykoterapii. Niepokojący jest fakt, iż istnieje coraz więcej szczepów opornych na leki przeciwbakteryjne, co powoduje trudności w leczeniu IChP, jak również obniża skuteczność terapii. Odpowiednia kwalifikacja do leczenia, jak również czerpanie wiedzy na temat *S. pneumoniae* ze sprawdzonych źródeł, pozwala skutecznie zapobiegać zachorowaniom na IChP.

Pielęgniarka jako niezależny pracownik ochrony zdrowia stanowi wiarygodne dla rodziców i pacjentów źródło informacji na temat szczepień. Przez bezpośredni kontakt rozumie obawy swoich podopiecznych oraz ma możliwość odniesienia się do nich. Powinna zapewnić rodziców, że uodpornienie uzyskane dzięki szczepieniu jest bezpieczne dla ich dziecka. Przechorowanie może prowadzić do poważnych powikłań, a szczepiąc swoje dziecko wpływają na tzw. odporność populacyjną, czyli chronić mogą również pośrednie osoby, które z różnych przyczyn medycznych nie można zaszczepić. Rodzice często zaniepokojeni są płaczem dziecka podczas szczepienia. Pielęgniarka powinna umieć pomóc rodzicom. Poprosić ich, aby przytulili dziecko, niemowlętom karmionym piersią podać pierś w momencie szczepienia, a w przypadku starszego dziecka spróbować odwrócić jego uwagę.

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

Bibliografia

1. Murray C, Lopez A. The global burden of disease. A comprehensive assesment of mortality and disability from diseases, injures and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, M. A. Harvard University Press 1966. [cyt. 27.03.2017]. Dostępny na URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf.
2. Bręborowicz A, Szczawińska-Popłonyk A. Szczepienia ochronne w profilaktyce zakażeń układu oddechowego u dzieci. *Terapia* 2012; 2: 18–26.
3. Bednarek A. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych u dzieci – znaczenie pielęgniarskiej edukacji wakcynologicznej. *Pielęg XXI w* 2014; 3(48): 43–48.
4. Rudkowski Z. *Zakażenia wywołane przez pneumokoki.* W: Kubicka K, Kawalec W, red. *Pediatria.* T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
5. Bernatowska E, Gierczyński J, Jackowska T, i wsp. Rok 2016 – Szczepienia ochronne przeciwko *Streptococcus pneumoniae* u dzieci. Raport grupy na rzecz programu szczepień ochronnych w Polsce [cyt. 27.03.2017]. Dostępny na URL: http://parasoldlazycia.org/dla-mediow/grupa-na-rzecz-programu-szczepien-ochronnych/rok-2016-szczepienia-ochronne-przeciwko-streptococcus-pneumoniae-u-dzieci/.
6. Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego [cyt. 27.03.2017]. Dostępny na URL: http://www.antybiotyki.edu.pl/pdf/rekomendacje-ukl-nerwowy_2011.pdf.
7. Jackowska T, Pawlik K. Analiza zakażeń inwazyjnych szczepami otoczkowymi w latach 2000–2013 – obserwacje własne. *Post Nauk Med* 2014; 9: 638–643.
8. Skoczyńska A. Epidemiologia inwazyjnej choroby pneumokokowej. *Szczepienia* 2017; 1(21): 71–73.
9. Alderson MR. Status of research and development of pediatric vaccines for *Streptococcus pneumonia* [cited 27.03.2017]. Avaliable from URL: http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.03.107.
10. Patrzałek M, Goryński P, Albrecht P. Indirect population impact of universal PCV7 vaccination of children in a 2+1 schedule on the incidence of Kielce, Poland. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2012; 31: 3023–3028.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Invasive Pneumococcal Disease in Youg Children Before Licensure of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine United States, 2007. *Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59(9): 253–257.
12. Black S, Eskola J, Whitney C, et al. *Pneumococcal conjugate vaccine and pneumococcal common protein vaccines.* In: Plotkin S, Orenstein W, Offit P. *Vaccines.* Fifth Edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008: 486–491.
13. Albrecht P, Patrzałek M, Kotowska M, i wsp. Kliniczne i praktyczne efekty szczepień koniugowaną szczepionką pneumokokową w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej, zapaleniom płuc i ucha środkowego u dzieci w świetle doświadczeń polskich i światowych. *Ped Pol* 2009; 84(1): 3–12.
14. Http://www.who.int/immunization/topics/pneumococcal_disease/en/ [cyt. 21.03.2017].
15. Jatulewicz I, Nogawka A. Typy szczepionek i skuteczność szczepień ochronnych wykorzystywanych w profilaktyce zakażeń *Streptococcus pneumoniae. Chemistry Environment, Biotechnology* 2012; 15: 19–26.
16. Deceuninck G, De Serres G, Boulianne N, et al. Effectiveness of three pneumococcal conjugate vaccines to prevent invasive pneumococcal disease in Quebec, Canada. *Vaccine* 2015; 33(23): 2684–2689.
17. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2016, poz. 1866).
18. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 4 stycznia 2017 roku w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2017 [cyt. 27.03.2017]. Dostępny na URL: http://gis.gov.pl/images/ep/so/pso_2017_-_nowelizacja.pdf.
19. Https://szczepieniapneumoihib.wordpress.com/dr-kuchar-i-pneumokoki-cz-ii-chorobypneumokokowe/.
20. Bermal N, Szenborn L, Chrobot A, et al. The 10-valent pneumococcal non-typeable Haemophilus influenzae protein D conjugate vaccine (PCV10) coadministered with DTPw-HBV/Hib and poliovirus vaccines: assessment of immunogenicity. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 2009; 28: 89–96.
21. Vesikari T, Wysocki J, Chevallier B. Safety and reactogenicity of the 10-valent pneumococcal nontypeable Haemophilus influenzae protein D conjugate vaccine (PHiD-CV) when coadministered with routine childhood vaccines. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 2009; 28:109–118.
22. Ruiz-Palacios GM, Guerrero ML, Hernández-Delgado L, et al. Immunogenicity, reactogenicity and safety of the 10-valent pneumococcal nontypeable *Haemophilus influenzae* protein D conjugate vaccine (PHiD-CV) in Mexican infants. *Hum Vaccin* 2011; 7: 1137–1145.
23. Grimprel E, Laudat F, Patterson S. Immunogenicity and safety of a 13-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV13) when given as a toddler dose to children immunized with PCV7 as infants. *Vaccine* 2011; 29: 9675–9683.
24. Nunes MC, Madhi SA. Review on the immunogenicity and safety of PCV-13 in infants and toddlers. *Expert Review of Vaccines* 2011; 10: 951–980.
25. Kieninger DM Kueper K, Steul K, et al. Safety, tolerability, and immunologic noninferiority of a 13-valent pneumococcal conjugate vaccine compared to a 7-valent pneumococcal conjugate vaccine given with routine pediatric vaccinations in Germany. *Vaccine* 2010; 28: 4192–4203.
26. Http://pediatria.mp.pl/szczepieniaochronne/64435,szczepienie-przeciwko-pneumokokom [cyt. 27.03.2017].

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

Praca wpłynęła do Redakcji: 02.04.2017 r.
Po recenzji: 15.04.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 16.04.2017 r.

Przebieg ciąży u pacjentki z grupy wysokiego ryzyka położniczego

Pregnancy course in patient at high-risk pregnancy

Kinga Gajewska[1], Monika Przestrzelska[2], Zdzisława Knihinicka-Mercik[2]

[1] *Studentka kierunku Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*
[2] *Zakład Położnictwa, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Poród przedwczesny to ukończenie ciąży między 22. a 37. tygodniem. W Polsce dotyczy około 7% wszystkich porodów. Ze względu na fakt, iż stanowi główną przyczynę umieralności okołoporodowej noworodków jest jednym z najważniejszych problemów współczesnej medycyny perinatalnej i wymaga wieloetapowych działań w specjalistycznych ośrodkach.
Cel pracy. Omówienie specyfiki opieki nad pacjentką z grupy wysokiego ryzyka położniczego, wskazanie problemów pielęgnacyjnych oraz sposobów ich rozwiązywania, a także przedstawienie wpływu określonych powikłań w przebiegu ciąży na stan psychiczny kobiety.
Materiał i metody. Jako narzędzie zastosowano proces pielęgnowania indywidualnego przypadku. Technikami badawczymi służącymi zebraniu informacji były: analiza dokumentacji medycznej, nieustrukturyzowany wywiad oraz jawna obserwacja.
Wnioski. Pacjentkę w ciąży wysokiego ryzyka należy objąć holistyczną opieką. Postępowanie – poza działaniami medycznymi skoncentrowanymi na dobrostanie matki i płodu – polega na udzielaniu wsparcia psychicznego, budowaniu zaufania i dobrej komunikacji.
Słowa kluczowe: poród przedwczesny, lęk, wsparcie, opieka, położna.

SUMMARY

Background. Premature labour is the completion of pregnancy between 22nd and 37th complete weeks of gestation. The preterm birth rate in Poland is about 7%. Because of the fact that it is the leading cause of death among infants, it is the most important problem of contemporary perinatal medicine and requires composite actions.
Objectives. The aim is to present the specifics of care over the women at risk of having premature labour, to define the nursing problems and solving methods, and to present the influence of complications identified during pregnancy on women and their mental health stage.
Material and methods. The work describes the individual case of nursing care of the patient. All the informations were collected by analysis of the medical records, interview with patient and direct observation.
Conclusions. Patient at risk of having premature delivery needs holistic care. The treatment of women who are about to go into premature labour – except for medical actions concentrated on mothers and foetus health – consists of mental health support, trust and proper communication.
Key words: premature delivery, anxiety, support, care, midwife.

Wstęp

Poród przedwczesny jest jednym z najczęstszych powikłań występujących w przebiegu ciąży oraz główną przyczyną umieralności okołoporodowej noworodków, dlatego zapobieganie jego wystąpieniu stanowi jedno z najważniejszych wyzwań medycyny perinatalnej.

Zgodnie z definicją WHO (World Health Organization) poród przedwczesny to ukończenie ciąży między 22. a 37. tygodniem. Częstość występowania w Polsce wynosi około 7% (dane GUS z 2015 r.).

Wyróżnia się trzy zasadnicze grupy przyczyn: wystąpienie samoistnej czynności skurczowej, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego oraz ukończenie ciąży z przyczyn medycznych ze względu na wysokie ryzyko powikłań u matki lub płodu.

Głównym celem postępowania medycznego w przypadku porodu przedwczesnego jest hamowanie czynności skurczowej, aby umożliwić transfer matki i płodu do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, stymulację dojrzewania układu oddechowego za pomocą glikokortykosteroidów oraz profilaktykę wewnątrzczaszkowego krwawienia, a także wybór optymalnej metody zakończenia ciąży.

Pacjentki z grupy wysokiego ryzyka wymagają szczególnej opieki ze strony położnej, która – poza działaniami medycznymi obejmującymi ocenę stanu ogólnego i położniczego kobiety oraz dobrostanu płodu – powinna dbać o dobre samopoczucie podopiecznej. Niezwykle ważne jest przygotowanie do licznych zabiegów i badań diagnostycznych podczas hospitalizacji oraz zbudowanie poczucia bezpieczeństwa. Pobyt w szpitalu należy także wykorzystać na edukację zdrowotną w zakresie stylu życia w ciąży, przygotowanie do porodu, połogu i opieki nad noworodkiem oraz przekazywanie pozytywnych emocji i wsparcia [1].

Cel pracy

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na specyfikę opieki nad pacjentką z grupy wysokiego ryzyka położniczego, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych oraz ukazanie wpływu ciąży wysokiego ryzyka na stan psychiczny kobiety.

Materiał i metody

Przedmiotem badań jest proces pielęgnowania pacjentki z grupy wysokiego ryzyka położniczego zagrożonej porodem przedwczesnym.

W pracy wykorzystano model opieki stworzony przez Dorotheę Orem, którego głównym założeniem jest fakt, że człowiek posiada naturalną zdolność do zapewnienia sobie samemu opieki zmierzającej do ochrony zdrowia, życia i dobrego samopoczucia.

Opis przypadku

Podmiotem opieki była kobieta w drugiej ciąży. Para po nieudanych próbach starania się o dziecko przeszła badania w kierunku niepłodności. Po farmakologicznej stymulacji owulacji pacjentka przeszła 4 inseminacje, dwie pierwsze – nieudane, dwie kolejne – udane. Trudności w zajściu w ciążę zmusiły kobietę do częstego kontaktu z przedstawicielami zawodów medycznych. Jak sama podkreśla, spotkała się z brakiem profesjonalizmu: wielokrotnie pozbawiano ją dostępu do informacji o swoim stanie zdrowia, traktowano przedmiotowo, bezosobowo.

Pierwsza ciąża w 2014 r. (również na skutek inseminacji) została zakończona w 19 hbd + 5 dni porodem drogami natury z powodu niewydolności cieśniowo-szyjkowej. Płód płci męskiej urodził się martwy. Ze względu na brak wsparcia i empatii ze strony personelu medycznego oraz warunki, w jakich doszło do

© *Copyright by Wydawnictwo Continuo*

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

poronienia, każdy kolejny pobyt w szpitalu kojarzy się pacjentce z upokorzeniem, bólem i cierpieniem, co skutkuje zupełnym brakiem zaufania do przedstawicieli ochrony zdrowia. Brak odpowiednich warunków do przeżycia żałoby po stracie ciąży na tak wczesnym etapie, brak przestrzeni do wyrażania emocji, znacznie zwiększył poziom lęku odczuwanego przez kobietę w obecnej ciąży.

Podczas wizyt kontrolnych w ciąży zdiagnozowano u pacjentki nadciśnienie. Z powodu rozpoznania kobieta odczuwała silny lęk o zdrowie płodu oraz poczucie winy wynikające z ryzyka wystąpienia niebezpiecznych powikłań związanych z jej własną chorobą.

Pacjentka cierpiała na otyłość I stopnia. W ciąży przestrzegała zalecanych limitów przyrostu masy ciała (do 6,8 kg). Odżywiała się regularnie (4–5 posiłków dziennie), posiłki komponowała zgodnie z zaleceniami żywienia dla kobiet ciężarnych.

W przebiegu ciąży pacjentka była kilkakrotnie hospitalizowana. W 16. tygodniu z powodu znacznie skróconej szyjki założono szew metodą McDonalda. Po zabiegu lekarz poinformował pacjentkę, że cytuję: „prawdopodobnie podczas zakładania szwu przebił pęcherz płodowy, więc jutro się okaże, czy ciąża jest nadal żywa". Sposób, w jaki przekazano tę informację, spotęgował w pacjentce lęk, znacznie obniżył poczucie bezpieczeństwa oraz poziom zaufania do wiedzy i umiejętności lekarza. W 29. tygodniu kobieta została skierowana do szpitala z powodu niepowściągliwych wymiotów ciężarnych. Po zastosowanej płynoterapii i poprawie stanu ogólnego pacjentkę wypisano do domu. W 31. tygodniu ciąży pacjentka zgłosiła się do szpitala z powodu silnego bólu w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Ze względu na pojedyncze skurcze macicy w zapisie kardiotokograficznym zastosowano reżim łóżkowy oraz tokolizę za pomocą siarczanu magnezu oraz sterydoterapię betametazonem. W trakcie pobytu w szpitalu zaobserwowano u pacjentki pogorszenie stanu psychicznego – była przygnębiona, zmartwiona, niespokojna, pełna obaw o zdrowie dziecka. Ze względu na brak informacji dotyczących rokowania w stosunku do dalszego przebiegu ciąży oraz przedmiotowego traktowania cytuję „jak inkubator" po ustąpieniu dolegliwości pacjentka wypisała się ze szpitala na własne żądanie.

Problemy pielęgnacyjne

Problemy opisywanej pacjentki dotyczyły w większości sfery psychicznej. Na pierwszy plan wysunął się permanentny **lęk o życie i zdrowie płodu.** Sposób przeżywania ciąży w dużej mierze zależy od zachowania i reakcji personelu medycznego, dlatego pacjentce w ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym należy udzielić wsparcia przez okazywanie zainteresowania, cierpliwe słuchanie, wzbudzanie optymizmu oraz podtrzymywanie nadziei w powodzenie dalszego przebiegu ciąży. Warto umożliwić kobiecie wysłuchanie akcji serca płodu oraz poinformować o innych metodach oceny jego dobrostanu, np. codziennym liczeniu ruchów, co uspokaja i dodatkowo umacnia tworzenie się więzi z nienarodzonym dzieckiem.

Kolejnym problemem, który występował w przebiegu ciąży, był **lęk przed pobytem w szpitalu** wynikający głównie z **braku zaufania do przedstawicieli ochrony zdrowia.** Konieczność hospitalizacji, a więc rozłąka z rodziną, pobyt w obcym miejscu, ograniczenie codziennej aktywności i konieczność obciążenia domowymi obowiązkami członków rodziny, trudności w komunikacji z personelem medycznym stają się przyczyną przewlekłego stresu. Aby wzbudzić zaufanie, podczas przyjęcia na oddział, położna powinna osobiście przywitać pacjentkę, przedstawić się podając swoją funkcję oraz czas pracy, zapoznać z topografią i regulaminem oddziału, kartą praw pacjenta oraz panującymi zwyczajami: godzinami posiłków, obchodów lekarskich, badań, odwiedzin, a także wyjaśnić sposoby wzywania pomocy w sytuacjach niepokojących [2]. Warto zadbać o dobrą komunikację z pacjentką. Wsparcie informacyjne oraz rzetelne wyjaśnienia dotyczące obecnej sytuacji utwierdzają kobietę w przekonaniu o zaangażowaniu i prowadzeniu przez personel medyczny działań zmierzających do zachowania dobrostanu płodu, a dodatkowo budują zaufanie i poczucie bezpieczeństwa. W rozmowie trzeba używać zrozumiałego języka, dostosowanego do możliwości poznawczych pacjentki oraz wielokrotnie upewniać się, czy pacjentka rozumie przekazywane jej informacje. Poza treścią werbalnych komunikatów warto zwrócić uwagę na wybór miejsca do rozmowy, które powinno zapewnić niezbędną intymność, sprzyjać uzewnętrznianiu myśli i uczuć. Dzięki takiemu wsparciu emocjonalnemu oraz wartościującemu pacjentka jest rozluźniona, spokojna, czuje się, że jest pod właściwą opieką.

U opisywanej pacjentki pojawiło się także **poczucie winy i obniżenie poczucia własnej wartości** z powodu niemożności zakończenia ciąży w terminie porodu. Szczególnie traumatyzującym wydarzeniem była strata poprzedniej ciąży, która w przypadku opisywanej pacjentki spowodowała duże poczucie odpowiedzialności za donoszenie kolejnej. Każdy stan zagrożenia pacjentka traktowała jako osobistą porażkę, co nasilało złość w stosunku do własnego ciała oraz pretensje o nieprawidłowe podejście do ciąży. Podobne problemy, jak u analizowanej pacjentki, zauważyła Starzyńska i wsp., która podkreśla, że ciąża po doświadczeniu poronienia przeżywana jest „bez radości i przyjemności" [3]. Położna powinna przeprowadzić z pacjentką spokojną rozmowę w atmosferze sprzyjającej wyrażaniu emocji, obaw, bez oceniania oraz kreowanie i wzmacnianie pozytywnych przeżyć, prób nawiązywania relacji z nienarodzonym dzieckiem.

Dyskusja

Istotne zadanie w procesie leczenia przypisuje się kondycji emocjonalnej pacjentki. Kobiety, które podejmują walkę o utrzymanie ciąży, są zdyscyplinowane, zmotywowane i stosują się do zaleceń, mają większe szanse na donoszenie ciąży ze względu na skuteczny – dzięki współpracy – proces leczenia [4]. Badania potwierdzają, że u kobiet przeżywających negatywne emocje w przebiegu ciąży częściej pojawiają się powikłania i dolegliwości ciążowe o dużym nasileniu [5].

Lęk towarzyszy wielu kobietom ciężarnym. Niepokój, strach, niepewność odczuwało 21% kobiet badanych przez Bajurnę i wsp. [6]. Z analizy przeprowadzonej przez Sulimę i wsp. wynika, że kobiety w ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym cechuje szczególnie wysoki poziom lęku [7]. Z badań przeprowadzonych przez Rutkowską i wsp. porównujących poziom odczuwanego lęku u kobiet w ciąży fizjologicznej oraz wysokiego ryzyka położniczego wynika, że pacjentki hospitalizowane z powodu określonych powikłań odczuwają wyższy poziom lęku w stosunku do tych w prawidłowej ciąży [8]. Wynika on nie tylko z bezpośredniego zagrożenia ciąży, ale także z osamotnienia, izolacji od rodziny i znajomych, konieczności rezygnacji z dotychczasowych obowiązków i zadań [9].

Niewiele kobiet otrzymuje potrzebne wsparcie ze strony lekarza, który – zapominając o korzystnym wpływie wzajemnego zrozumienia i zaufania na dobrostan fizyczny i psychiczny przyszłej matki – koncentruje się wyłącznie na medycznych aspektach prowadzenia ciąży. W takiej sytuacji szczególnego znaczenia nabiera rola położnej, która – znając zasady właściwej komunikacji – powinna współpracować z pacjentką oraz jej rodziną, prowadzić edukację w zakresie przebiegu ciąży, przygotowania do zabiegów diagnostycznych, terapeutycznych i leczniczych, przygotowania do porodu, udzielać niezbędnego wsparcia emocjonalnego i pomagać w rozwiązywaniu aktualnych problemów [1].

Z badań nad komunikacją wynika, że aż 2/3 z nich odbywa się w sposób niewerbalny [1], dlatego niezwykle ważna w pracy położnej jest umiejętność okazywania zainteresowania, wysłuchania i zrozumienia problemów pacjentki. Ważny dla hospitalizowanego pacjenta jest również kontakt z rodziną i znajomymi, którzy stanowią ogniwo łączności ze światem zewnętrznym, udzielają wsparcia emocjonalnego, okazują troskę sprzyjając poczuciu bezpieczeństwa [10].

Każdą pacjentkę w ciąży wysokiego ryzyka położniczego należy poinformować o możliwości skorzystania z porady psychologa.

Wnioski

Dla zapewnienia optymalnej opieki ciężarnej z grupy wysokiego ryzyka położniczego niezbędne jest holistyczne podejście. Rola położnej w opiece nad pacjentką zagrożoną porodem przedwczesnym – poza działaniami medycznymi – polega na przekazywaniu rzetelnych i wyczerpujących informacji, co znacznie podnosi poziom zaufania i poczucie bezpieczeństwa. Z powodu wysokiego poziomu lęku, kobieta wymaga szczególnego wsparcia emocjonalnego, wartościującego i instrumentalnego.

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

Bibliografia

1. Mazurkiewicz B, Cieślak-Osik B. Rola położnej na oddziale patologii ciąży. *Położ Nauka Prakt* 2010; 1(9): 52–56.
2. Mach A, Nowacka A, Dmoch-Gajzlerska E. Rola i zadania położnej w opiece nad ciężarną zagrożoną poronieniem. *Położ Nauka Prakt* 2014; 2(26): 32–38.
3. Starzyńska J, Rabiej M, Dmoch-Gajzlerska E. Ciąża u kobiety obciążonej doświadczeniem poronienia – studium przypadku. *Położ Nauka Prakt* 2016; 4(36): 56–59.
4. Jodłowska-Sowińska M. Rola położnej w opiece nad kobietą roniącą. *Położ Nauka Prakt* 2011; 3(15): 42–47.
5. Zalewska K, Sztyber B. Nawiązywanie kontaktu z dzieckiem i jego wizualizacja w życiu wewnątrzmacicznym. *Położ Nauka Prakt* 2010; 3(11): 44–49.
6. Bajurna B, Galęba A, Szwarc A, et al. Anxiety and fear that accompany women in pregnancy and in postpartum period. *Hygeia Public Health* 2014; 49(3): 543–548.
7. Sulima M, Makara-Studzińska M, Lewicka M, et al. Analysis of the severity of anxiety in a group od pregnant women hospitalized for threatened premature birth. *Pol Ann Med* 2014; 2: 114–119.
8. Rutkowska A, Rolińska A, Kwaśniewski W, i wsp. Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Curr Prob Psychiatry* 2011; 12(1): 56–59.
9. Rutkowska A, Rolińska A, Kwaśniewski W, i wsp. Style radzenia sobie ze stresem u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Curr Prob Psychiatry* 2010; 11(4): 328–333.
10. Dembek B. Kiedy pobyt w szpitalu staje się trudny. *Mag Pielęg Położ* 2012; 5: 32–33.

Adres do korespondencji:
Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa
Katedra Ginekologii i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 608 509 727
E-mail: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.04.2017 r.
Po recenzji: 18.04.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 19.04.2017 r.

Opieka nad ciężarną z guzem mózgu

Caring for the pregnant woman with brain tumor

Agnieszka Sebzda[1], Monika Przestrzelska[2], Małgorzata Pałczyńska[2]

[1] *Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*
[2] *Katedra Ginekologii i Położnictwa, Zakład Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Ciąża nie predysponuje do pojawienia się guza pierwotnego mózgu, jednakże podczas ciąży może dojść do przyspieszenia procesu nowotworowego.
Cel pracy. Zwrócenie uwagi na problemy fizyczne, psychiczne i społeczne pacjentki, u której zdiagnozowano guza mózgu w 5. miesiącu ciąży.
Materiał i metody. Przedmiotem badań jest proces pielęgnowania, który został opisany przy użyciu następujących metod: obserwacja pacjentki, wnikliwa analiza dokumentacji medycznej oraz rozmowa z lekarzem specjalistą.
Wnioski. Pacjentka zgłosiła się do lekarza neurologa w 5. miesiącu ciąży z objawami niedowładu kończyny górnej i dolnej po prawej stronie ciała oraz towarzyszącym niedowładem prawej połowy twarzy. Wyniki badań diagnostycznych wykazały guza mózgu. Na podstawie danych dotyczących choroby oraz wywiadu z pacjentką i obserwacji wyłoniono problemy pielęgnacyjne, które obejmują zarówno sferę fizyczną, psychiczną, społeczną, jak i emocjonalną ciężarnej. W wyniku zaistniałej choroby podjęto decyzję o rozwiązaniu ciąży przez cięcie cesarskie, w momencie, kiedy płód osiągnie dojrzałość do samodzielnego życia. Wsparcie społeczne ze strony rodziny, osób bliskich, a także pielęgniarki/położnej, edukacja, pozwalają na lepszą współpracę i zaangażowanie pacjentki w proces leczenia.
Słowa kluczowe: ciężarna, guz mózgu, opieka, wsparcie, cięcie cesarskie.

SUMMARY

Background. Pregnancy does not affect directly the origin of glioblastoma, nevertheless it may influence the process of its spread and speed it up.
Objectives. The goal of thesis is to point out the physical, mental and social problems of the patient who was diagnosed with brain tumor in fifth month of pregnancy. Subject of the study is nursing process described using following methods: patient observation, scrupulous medical documentation anlysis and conversation with the doctor.
Material and methods. Fifht months preganant patient reported to neurologist with symptoms of right side limbs and right side of the face paresis.
Conclusions. Test results revealed tumor in midbrain and thalamus on the left side with moderate edema zone of contiguous structures. Basing on the data concerning the disease and the interview with the patient nursing problems were emerged. The problems concerned physical, mental, social and emotional aspects. As a result of the desease there was made a decision to end the pregnancy with cesarean section as soon as the fetus will be able to function independently. Social support of family, friends, nurse/midwife and education make it easier to cooperate and the patient can get involved in treatment more easily.
Key words: pregnant, brain tumor, care, support, cesarean section.

Wstęp

Opieka nad pacjentką w ciąży wiąże się między innymi z zapewnieniem ciężarnej wsparcia psychicznego, niezbędnego podczas badań kontrolnych, w okresie okołoporodowym, podczas porodu oraz w okresie połogu. Większość kobiet w ciąży przeżywa lęk i stres, zwłaszcza jeżeli jest to pierwsza ciąża. Dodatkowo znalezienie się w traumatycznej sytuacji, jaką jest choroba, sprzyja występowaniu stresu przewlekłego, który niewątpliwie źle wpływa na organizm ciężarnej, a także płodu. Wsparcie emocjonalne i społeczne udzielane ciężarnej przez osoby bliskie, a także pielęgniarkę/położną zależy od indywidualnych potrzeb pacjentki oraz sprawia, że pacjentka mimo długotrwałego pobytu w szpitalu jest zadowolona z opieki.

Cel pracy

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na problemy fizyczne, psychiczne i społeczne pacjentki, u której zdiagnozowano guza mózgu w 5. miesiącu ciąży oraz przedstawienie istotnej roli pielęgniarki i położnej w codziennym kontakcie z pacjentką.

Materiał i metody

Przedmiotem badań jest proces pielęgnowania, który został opisany przy użyciu następujących metod: obserwacja pacjentki, wnikliwa analiza dokumentacji medycznej oraz rozmowa z lekarzem specjalistą. Praca została napisana w oparciu o model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem, dotyczy samoopieki, deficytu samoopieki i systemów pielęgnowania.

Opis przypadku

Pacjentka w 5. miesiącu pierwszej ciąży zgłosiła się do lekarza – neurologa z powodu niepokojących objawów drętwienia i osłabienia prawej kończyny górnej i dolnej oraz drętwienia prawej połowy twarzy. Była wówczas przytomna i w pełnym kontakcie słownym. Zostało wykonane badanie neurologiczne. W ocenie klinicznej przebieg ciąży był fizjologiczny, nie zidentyfikowano zaburzeń dobrostanu płodu ani wykładników zagrożenia porodem przedwczesnym. Skrupulatnie przeprowadzone badanie neurologiczne wykazało porażenie nerwu czaszkowego VII, objawiające się upośledzonymi ruchami dowolnymi, mimicznymi twarzy, brakiem marszczenia czoła po stronie porażonej, asymetrią ust widoczną po stronie prawej. Badanie wykazało również niezborność, nasilenie ruchów i dodatni odruch Babińskiego w kończynie dolnej prawej. Lekarz zlecił wykonanie rezonansu magnetycznego (MRI). Wpływ tego badania na rozwijający się organizm dziecka wciąż nie został ustalony, nie wykazano również oddziaływania teratogennego tego badania na płód [1]. Niemniej jednak badanie to jest niezbędne w diagnostyce stanu ciężarnej. Rezonans magnetyczny zobrazował guza w śródmózgowiu oraz wzgórzu po lewej stronie. Pacjentka została skierowana do ośrodka posiadającego zabezpieczenie położnicze i neurochirurgiczne z zaleceniem przyjmowania leków przeciwobrzękowych, w dawce bezpiecznej dla zachowania dobrostanu płodu. W kolejnych dobach pobytu w szpitalu, z uwagi na lokalizację guza oraz nasilanie się objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu i nadciśnienia śródczaszkowego, została zakwalifikowana do pilnego rozwiązania ciąży drogą cięcia cesarskiego w 33. hbd. W chwili przyjęcia na oddział stan ciężarnej był stabilny, ciśnienie tętnicze krwi i tętno prawidłowe, przeprowadzone badania KTG i USG wykazały prawidłowy stan płodu.

Problemy pielęgnacyjne

Problemy pielęgnacyjne u pacjentki w ciąży z guzem mózgu obejmują zarówno sferę biologiczno-fizyczną, jak i psychiczną.

© *Copyright by Wydawnictwo Continuo*
ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

W związku z tym pacjentka powinna być objęta kompleksową opieką lekarską, pielęgniarską, położniczą, rehabilitacyjną oraz psychologiczną.

Istotnym problemem w analizowanym stanie klinicznym był **dyskomfort** oraz **utrudnione spożywanie pokarmów i napojów spowodowane niedowładem prawej strony twarzy**, wynikającym z porażenia nerwu czaszkowego (VII) po prawej stronie. Mięśnie po stronie zdrowej kurczą się, powodując przesunięcie na tę stronę mięśni porażonych. W tym wypadku konieczne jest natychmiastowe podjęcie działań przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii. Regularne masaże twarzy zmniejszają napięcie, trening mięśni twarzy, rozgrzewanie ich przez okłady, przyczyniają się do ich usprawniania i znoszenia niedowładu. Pozbawiony unerwienia mięsień zanika, ze względu na to konieczne jest utrzymanie jak największej, zdolnej do skurczu masy mięśniowej, aż do momentu, kiedy nastąpi pełne unerwienie. Na zapobieganie rozciąganiu mięśni strony chorej przez mięśnie strony zdrowej wpływa zastosowanie przylepca, taśmy bądź oklejanie nerwu taśmami *kinesiology taping* w celu podtrzymania opadającego kącika ust [2]. Edukacyjna rola pielęgniarki/położnej ma na celu przedstawienie zasad prawidłowego odżywiania w ciąży oraz zapobieganie niedożywieniu pacjentki, które może być spowodowane obniżoną chęcią jedzenia, w wyniku utrudnień w jego przyjmowaniu.

Ograniczone poruszanie oraz **utrudniona samopielęgnacja** spowodowane są niedowładem prawej (dominującej) ręki i nogi. To ucisk na neuron ruchowy ośrodkowy znajdujący się po lewej stronie mózgu. Obecność guza, w tej lokalizacji, to istotny problem pielęgnacyjny dla pacjentki. W usprawnianiu chorej główną rolę, ale we współpracy z pielęgniarka/położną, pełni specjalista fizjoterapii, który właściwie dobiera stosowne ćwiczenia. Istotny jest fakt, że każdy wysiłek pacjentki zwiększa ryzyko podwyższenia się ciśnienia śródczaszkowego, co nasila niepożądane objawy, dlatego wszystkie ćwiczenia muszą być właściwie dobrane, a stan pacjentki podczas ich wykonywania wnikliwie oceniany [1]. Położna pracująca w oddziale patologii ciąży ściśle kontroluje samopielęgnację pacjentki, uczestniczy w codziennych czynnościach wymagających wysiłku chorej, zapobiegając tym samym jej upadkom i niepożądanemu nadmiernemu wysiłkowi. Z uwagi na stan pacjentki współpracuje z pielęgniarką neurologiczną. Zadaniem pielęgniarki/położnej jest przestrzeganie chorej przed nadmiernym parciem na stolec, a w razie zaparć ustalenie przyczyny trudności, edukacja pacjentki w kierunku zalecanej diety. Niezwykle ważna jest obserwacja pod kątem wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego [3]. W przypadku nieskutecznej diety zadaniem pielęgniarki/położnej jest poinformowanie lekarza i podanie zgodnie ze zleceniem łagodnych środków przeczyszczających lub preparatów rozluźniających stolec.

Kolejnym zidentyfikowanym problemem pielęgnacyjnym u ciężarnej było **złe samopoczucie spowodowane napadowymi bólami głowy**, które wynikają ze wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego oraz długotrwałego lęku i stresu. Znajomość przyczyny bólu, jego wpływu na organizm pozwala na efektywną współpracę z chorą [4]. Ważne jest poinformowanie pacjentki o konieczności zgłaszania zaobserwowanych dolegliwości, gdyż występuje wysokie ryzyko utraty świadomości, wzrostu ciśnienia tętniczego krwi w wyniku zaistnienia potencjalnego napadu padaczkowego. Napad padaczkowy jest istotną przyczyną zagrożenia życia i zdrowia ciężarnej oraz płodu, przez możliwość niekontrolowanego upadku i doznania urazu. Może być to przyczyną wystąpienia porodu przedwczesnego, a także niedotlenienia płodu [1]. Zadaniem pielęgniarki/położnej jest zapewnienie warunków ciszy, spokoju oraz wygodnego ułożenia w łóżku, a także podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim. Istotne znaczenie ma również rozmowa z pacjentką na temat przyczyny bólu i zastosowanych metod jego łagodzenia. Takie postępowanie jest wyrazem poszanowania autonomii i godności pacjentki. To istotny element współpracy w czasie terapii z uwagi na to, że na każde podejmowane działanie terapeutyczne pacjent musi wyrazić zgodę, a zrozumienie powagi problemu zdecydowanie to ułatwia [5].

Istotny wpływ na ciężarną wywarł **lęk i stres wynikający z obecnej choroby**, **hospitalizacji, obawy o stan ciąży oraz decyzji o wykonaniu cięcia cesarskiego**. Najbliżej chorej przebywającej w szpitalu jest pielęgniarka/położna. Niewątpliwie ważne jest aktywne słuchanie i zapewnienie, że ciężarnej zostanie udzielona właściwa i profesjonalna pomoc. Wzmocni to poczucie bezpieczeństwa, a tym samym obniży lęk. Wsparcie jest konieczne ze względu na jego pozytywny wpływ na zdrowie. W przypadku ciężarnej źródłem wsparcia będzie nie tylko najbliższa rodzina, ale niewątpliwie też pielęgniarka/położna. Dobry kontakt z otoczeniem pozwala lepiej funkcjonować nie tylko biologicznie, ale przede wszystkim w aspekcie psycho-społecznym [6]. Ważne jest, aby pacjentka poznała istotę i cele podejmowanych przez personel medyczny działań, zrozumiała chorobę, jej przyczyny i następstwa. Ma ona prawo do pełnej i rzetelnej informacji o jej stanie zdrowia oraz planowanych działaniach leczniczych. Zadaniem pielęgniarki/położnej jest współpraca z pacjentką w realizacji zadań poprawiających jej stan zdrowia i samopoczucie. Nie powinna zapominać, że pacjentka ma prawo sama decydować o tym, jakiego leczenia się podejmie i czy podejmie się leczenia w ogóle [7]. Niezbędna jest współpraca członków rodziny pacjentki z profesjonalistami wchodzącymi w skład zespołu terapeutycznego [7]. Pielęgniarka we współpracy z położną kontrolują również stan płodu wykonując badania KTG, oceniając pracę jego serca i ruchy. Konieczne są również konsultacje lekarskie pozwalające ściśle kontrolować stan zdrowia zarówno ciężarnej, jak i płodu.

Dyskusja

Ciąża nie predysponuje do pojawienia się guza pierwotnego mózgu, niemniej jednak podczas ciąży może dojść do przyspieszenia istniejącego już procesu nowotworowego. Wpływ na to mogą mieć hormony wydzielane w ciąży oraz zależność samego guza od hormonów [1]. Według Markwitza i Brębrowicza [8] zwiększona tolerancja immunologiczna w wyniku zahamowania naturalnej odpowiedzi limfocytów przez hormony, takie jak: estrogeny, glikokortykosteroidy, gonadotropina kosmówkowa, alfa-fetoproteiny, może ułatwić rozprzestrzenianie się nowotworu. Ma to związek z wydzielaniem w I trymestrze ciąży płodowego czynnika immunosupresyjnego przez trofoblast. Jednym z hormonów mogących sygnalizować rozwój nowotworu jest według badań ludzka gonadotropina kosmówkowa – hCG, wydzielana nie tylko podczas ciąży. Przypuszcza się, że gonadotropina kosmówkowa wydzielana przez nowotwory jest odpowiedzialna za zatrzymanie procesów dążących do śmierci komórek nowotworowych [9]. Przyczynami wzrostu częstości występowania nowotworów w ciąży może być według wielu teorii zwiększający się wiek kobiet zachodzących w pierwszą ciążę oraz wzrost ryzyka wystąpienia nowotworu złośliwego wraz z wiekiem [10]. Okres ciąży jest ważnym czasem w życiu kobiety, w którym dochodzi do wielu zmian fizjologicznych organizmu. Biorąc pod uwagę fakt, że jest to pierwsza ciąża, pacjentka odczuwała lęk związany z przyszłym macierzyństwem i niepokój o to, czy sprosta oczekiwaniom własnym oraz męża. Dodatkowe pojawienie się choroby u przyszłej matki w 5. miesiącu ciąży wzmaga u niej negatywne emocje, które odczuwane długotrwale mogą doprowadzić do wystąpienia przewlekłego stresu działającego negatywnie nie tylko na ciężarną, ale także na jej nienarodzone dziecko – dochodzi do atrofii powstałych już neuronów oraz zmian w komórkach gleju mózgu dziecka [11]. Według Jośko-Ochojskiej [12] dzieje się tak ze względu na kontakt i bezpośredni wpływ hormonów i neuroprzekaźników wydzielanych przez matkę na mózg dziecka. Skutkiem tego może być wystąpienie zaburzeń lękowych, chorób psychicznych u dziecka, w późniejszym życiu. Nasilenie lęku u kobiety spodziewającej się dziecka powoduje zmianę stężenia kortyzolu w płynie owodniowym, co może wywołać zaburzenia poznawcze i językowe u jej dziecka w późniejszym okresie życia. Lęk może przyczynić się także do wystąpienia porodu przedwczesnego. Ze względu na szereg negatywnych następstw stresu i lęku w okresie ciąży należy podjąć wszelkie działania mające na celu zmniejszenie tych emocji, aby nie dopuścić u ciężarnej do rozwoju depresji, mającej negatywny wpływ na nienarodzo-

ne jeszcze dziecko [12]. Nawiązanie dobrego kontaktu z chorą, pozytywny stosunek do jej osoby i rozmowa mogą przyczynić się do zwiększenia jej poczucia bezpieczeństwa, zmniejszenia lęku, stresu i napięcia psychicznego [13]. Wsparcie społeczne jest niezbędne w walce ze stresem i lękiem w okresie ciąży, jak i bezpośrednio po urodzeniu się dziecka.

Wnioski

Profilaktyczne działania pielęgniarskie/położnicze pozwalają zapobiegać potencjalnym niebezpiecznym zdarzeniom zagrażającym życiu zarówno matki, jak i płodu. Współpraca zespołu terapeutycznego w leczeniu niedowładu oraz objawów wynikających z choroby efektywnie działają na proces przywracania sprawności i poprawę samopoczucia pacjentki. Wsparcie ze strony rodziny, osób bliskich, a także pielęgniarki/położnej, edukacja, pozwalają na lepszą współpracę i zaangażowanie pacjentki w proces leczenia.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Bibliografia

1. Bręborowicz G, Kozubski W, red. *Choroby układu nerwowego u kobiet w ciąży.* Gdańsk: Via Medica; 2011.
2. Walowska J. Propozycja rehabilitacji porażonego nerwu twarzowego. *Rehabil Prakt* 2014; 6: 27–28.
3. Słupska-Kartaczowska M. Wybrane problemy pielęgnacyjne chorego z guzem mózgu. *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy* 2015; 15(2): 63–77.
4. Kowalewska M.: *Ból u dorosłych.* W: Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 213–217.
5. Wons A. *Stres i radzenie sobie ze stresem*. W: Trzcieniecka-Green A, red. *Psychologia – podręcznik dla studentów kierunków medycznych.* Kraków: Universitas; 2012: 359–400.
6. Tałaj A, Suchorzewska J. Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Probl Pielęg* 2007; 15: 32–38.
7. Kawalec E, Malinowska-Lipień I. *Zaburzenia funkcjonowania rodziny w sytuacji choroby.* W: Kózka M, Płaszewska- Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 295–303.
8. Markwitz W, Bręborowicz GH. *Nowotwory.* W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i ginekologia.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 265–272.
9. Głodek A, Kubiczak M, Urbaniak P, i wsp. Ludzka gonadotropina kosmówkowa – znany hormon o nieznanych funkcjach. *Ginekol Pol* 2012; 83: 766–771.
10. Pentheroudakis G. Cancer and pregnancy. *Ann Oncol* 2008; 19(Suppl. 5): 38–39.
11. Rutkowska A, Rolińska A, Kwaśniewski W, i wsp. Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Curr Probl Psychiatry* 2011; 12: 56–59.
12. Jośko-Ochojska J. *Wpływ dramatycznych przeżyć i lęków matki ciężarnej na losy jej dziecka.* W: Jośko-Ochojska J, red. *Lęk – nieodłączny towarzysz człowieka od poczęcia aż do śmierci.* Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny; 2013: 11–35.
13. Ociepka A. *Komunikacja z pacjentem.* W: Trzcieniecka-Green A, red. *Psychologia – podręcznik dla studentów kierunków medycznych.* Kraków: Universitas; 2012: 329–355.

Adres do korespondencji:
Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa
Katedra Ginekologii i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 608 509 727
E-mail: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 09.04.2017 r.
Po recenzji: 16.04.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 17.04.2017 r.

Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem ze spodziectwem

Application of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) in the nursing care of patients with hypospadias

Alicja Targos[1], Jagoda Trzebuniak[1], Daniel Tenerowicz[2], Anna Rozensztrauch[3], Izabella Uchmanowicz[4]

[1] *Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*
[2] *Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu*
[3] *Zakład Neonatologii, Katedra Pediatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*
[4] *Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu*

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

STRESZCZENIE

Spodziectwo jest niedorozwojem obwodowego odcinka cewki moczowej, w wyniku czego ujście cewki nie znajduje się w dołku łódkowatym na szczycie żołędzi, a na dolnej powierzchni żołędzi. Leczenie chirurgiczne ma na celu zapewnienie prawidłowej funkcji cewki oraz nadanie prąciu prawidłowego kształtu. W pracy został przedstawiony proces pielęgnowania dziecka po zabiegu operacyjnym plastyki prącia na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®).

Słowa kluczowe: spodziectwo, opieka pielęgniarska, Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

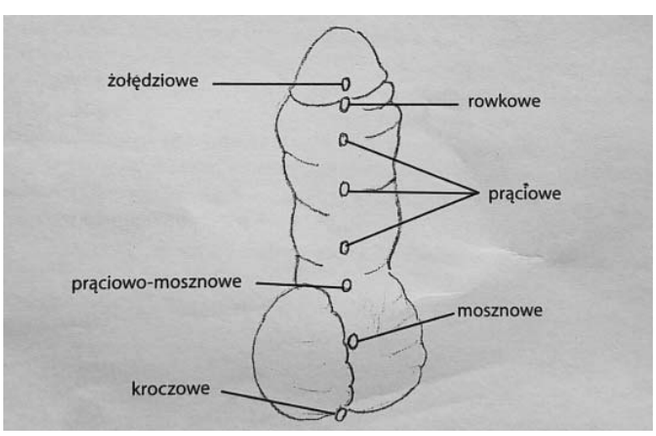
SUMMARY

Hypospadias is an underdevelopment/hypoplasia of the peripheral urethra, resulting in placing the ostium of the coil not in the bow hole at the top of the glans, but on the lower surface of the glans. Surgical treatment is intended to ensure proper coil function and to give the penis the correct shape. The paper presents the process of nursing a child after surgical treatment of penile plastic surgery based on the International Classification for Nursing Practice (ICNP®).

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

Wstęp

Spodziectwo (*hypospadiasis*) jest jedną z najczęstszych wad wrodzonych układu moczowo-płciowego u chłopców. Charakteryzuje się niedorozwojem obwodowego odcinka cewki moczowej, w następstwie czego ujście cewki moczowej znajduje się na spodniej (brzusznej) powierzchni żołędzi, prącia lub też w kącie prąciowo-mosznowym, w obrębie moszny lub na kroczu. Rowkowa i żołędziowa postać spodziectwa spotykana jest najczęściej (ryc. 1) [1, 2].



Rycina 1. Podział spodziectwa z uwzględnieniem umiejscowienia cewki moczowej (wg [3])

Wadliwemu rozwojowi cewki moczowej w większości przypadków towarzyszy haczykowate zagięcie prącia ku stronie brzusznej, wywołane przerostem pasm łącznotkankowych, tzw. struną (*chordą*). Charakterystyczny nadmiar napletka na grzbietowej stronie prącia upodabnia się kształtem do kapturka, z obecnością dwu fałdów skórnych, określanych przez niektórych autorów jako „psie uszy", przy jednoczesnym braku napletka na powierzchni spodniej prącia (ryc. 2) [3].

Rycina 2. Spodziectwo – nadmiar napletka po stronie grzbietowej, ujście zewnętrzne cewki moczowej u podstawy prącia (wg [3])

Najczęstszymi wadami towarzyszącymi spodziectwu są niezstąpione jądra oraz przepukliny pachwinowe. Obserwuje się również wady serca. U każdego noworodka z potwierdzonym spodziectwem należy wykluczyć współistnienie zespołu adrenogenitalnego, zespołu Reifensteina, niecałkowitego oraz prawdziwego obojnactwa. Niektórzy autorzy traktują spodziectwo jako formę interseksualizmu, szczególnie jeśli towarzyszy mu wnętrostwo [3]. W ciężkich postaciach spodziectwa noworodki wkrótce po urodzeniu wymagają kompleksowej genetycznej (oznaczenie kariotypu) i hormonalnej oceny. Dodatkowo wykonuje się badania obrazowe i endoskopowe.

© *Copyright by Wydawnictwo Continuo*

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Częstość występowania spodziectwa ocenia się na 1:250 do 1:300 żywo urodzonych chłopców. Wada ta częściej występuje u osobników rasy białej niż czarnej oraz chłopców pochodzenia żydowskiego [4]. Wielu autorów [3, 5, 6] podkreśla dziedziczny charakter czynnika etiologicznego w spodziectwie. Wcześniactwo, predyspozycje genetyczne, czynniki środowiskowe oraz zaburzenia w równowadze androgenowej to najczęściej wymieniane czynniki ryzyka tej wady.

Wszystkie postaci spodziectwa wymagają leczenia chirurgicznego. Zabieg operacyjny powinien być przeprowadzony na tyle wcześnie, aby proces leczenia zakończył się przed ukończeniem 2. roku życia, tzn. przed wykształceniem u dziecka świadomości odrębności płci. Wada ma niewątpliwie istotny wpływ na psychospołeczny rozwój dziecka. Problemy psychologiczne wśród chłopców są szczególnie uciążliwe w wieku dojrzewania i nierzadko prowadzą do powstania trudnych do usunięcia kompleksów, depresji, a nawet samobójstw.

Celem leczenia operacyjnego jest wydłużenie i wyprostowanie penisa oraz odtworzenie ciągłości cewki moczowej zapewniającej jej prawidłowe funkcjonowanie. Zabieg operacyjny może mieć charakter wieloetapowy lub jednoczasowy. W leczeniu wieloetapowym, w pierwszej kolejności wykonuje się zabiegi mające na celu wyprostowanie prącia, kolejnym etapem są zabiegi wytwórcze cewki moczowej. Biorąc pod uwagę dobro dziecka, najbardziej korzystne jest leczenie jednoetapowe.

Powikłania po zabiegu operacyjnym:
Wczesne:
- krwawienie śródoperacyjne,
- zakażenie rany operacyjnej,
- obrzęk,
- zwężenie ujścia cewki moczowej,
- rozejście brzegów rany operacyjnej,
- nieprzyjęcie się wolnego uszypułowanego płata,
- zapalenie pęcherza moczowego,
- zatkanie cewnika.

Późne:
- przetoki cewkowo-skórne,
- zwężenie ujścia cewki moczowej,
- uchyłki w obrębie nowo wytworzonej cewki,
- deformacja żołędzi [3].

Studium przypadku

Pacjent lat 5. Rozpoznanie: spodziectwo żołędziowe.

Pacjent zgłosił się do poradni urologicznej z powodu nieprawidłowego kształtu członka. Podczas badania fizykalnego lekarz stwierdził rozdwojenie napletka, brak wędzidełka napletka, kształt prącia zakrzywiony. Z wywiadu wynika, iż pacjent w wieku niemowlęcym oddawał mocz pod siebie oraz, że jego strumień moczu jest cienki i osiąga duże odległości. Wykonano pacjentowi USG jamy brzusznej, cystoskopię w celu potwierdzenia zwężenia cewki moczowej oraz badanie kariotypowe. Lekarz skierował pacjenta do szpitala.

Pacjent przyjęty do szpitala w trybie planowym przebywa na oddziale chirurgii dziecięcej zerową dobę po zabiegu pierwszego etapu rekonstrukcji spodziectwa. Skarży się na dolegliwości bólowe podbrzusza i krocza oraz zaparcia. Na zlecenie lekarza przyjmuje leki przeciwbólowe, przeciwinfekcyjne i antycholinergiczne. Układ psycho-motoryczny pacjenta rozwija się prawidłowo, jest w kontakcie logiczno-słownym.

Chłopiec pochodzi z rodziny wielodzietnej. Mieszka z obojgiem rodziców, którzy są jego prawnymi opiekunami. Jest pod stałą kontrolą poradni urologicznej. Rodzice regularnie kontaktują się z lekarzem prowadzącym.

Ponieważ pacjent ma 5 lat, jest niesamodzielny w czynnościach samoobsługowych. U rodziców pacjenta występuje duży deficyt wiedzy. Zarówno mama, jak i tata są skupieni na efekcie kosmetycznym zabiegu operacyjnego, a nie poprawie jakości życia.

Przebyte szczepienia:
- WZW B,
- Polio IPV/OPV,
- Pneumokoki.

Morfologia z krwi żylnej:
- WBC – 4,85,
- RBC – 4,39,
- HGB – 12,1,
- HCT – 34,9,
- MCV – 79,5,
- MCH – 27,6.

Biochemia:
- Żelazo – 60,62 ug/dl,
- Glukoza – 90/20 mg/dl,
- CRP – 0,47 mg/l.

Zastosowane leczenie:
- Gentamycyna 0,5%,
- Paracetamol 20 mg,
- Neostygmina 0,25 mg,
- Fruragina 50 mg,
- PWE 60 ml/h.

Proces pielęgnowania

Plan opieki 1

Diagnoza: Zaburzony proces układu moczowego [10001359], L: pęcherz moczowy [10020360], T: teraźniejszość [10015581], przyszłość [100008299]	
Interwencje (I)	**Środki/Narzędzia (M)**
Cewnikowanie pęcherza [10015581]	chirurg [10019190]
Pielęgnacja cewnika moczowego [10033277]	usługi pielęgniarskie [10013333]
Administrowanie lekiem i roztworem [10001804]	lekarz [10014522], lek [1001866]
Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522]
Nauczanie opiekuna czynności toaletowych [10033093]	usługi edukacyjne [1006562], matka [10027257], ojciec [10027261]
Ewaulacja dróg i drenów [10034076]	usługi pielęgniarskie [10013333], współdziałanie z lekarzem [10023565]
Zachęcanie do odpoczynku [10041415]	technika uspokajania [10003839], pielęgniarka [10013333]
Wynik	kontrolowanie [10005142], udzielanie wskazówek na przyszłość [10002401]

Plan opieki 2

Diagnoza: Ból ostry [10000454], L: ciało [100003388], penis [10014243], T: południe [10001955]	
Interwencje (I)	**Środki/Narzędzia (M)**
Monitorowanie bólu [10038929]	usługi pielęgniarskie [10013380], narzędzie do oceny [10002832]
Administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]	pielęgniarka [10013333], współdziałanie z lekarzem [10023565], lek [10011866], technika podawania leku [10006322]
Wstrzykiwanie [10010266]	usługa w zakresie leczenia bólu [10024799]
Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	pielęgniarka [10013333], obserwacja [2002926], lekarz [10014522]
Wspieranie [10019142]	pielęgniarka [10013333], materiał instruktażowy [10010395]
Nauczanie rodziny o reżimie terapii [10024656]	usługa edukacyjna [10006572], materiał do czytania [10016433]
Wynik	ból ustępujący [10027917]

Plan opieki 3

Diagnoza: Zaparcie [10000567], L: element układu pokarmowego [10008345], T: okres pooperacyjny [10027242]	
Interwencje (I)	**Środki/Narzędzia (M)**
Zarządzanie oddawaniem stolca [10031782]	lekarz [10014522], pielęgniarka [10013333], lek [10011866]
Współdziałanie w terapii płynami [10030948]	usługi pielęgniarskie [10013380]
Administrowanie lekiem i roztworem [100001794]	lekarz [10014522], pielęgniarka [10013333], technika podawania leku [10006322]
Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]	pielęgniarka [10013333], obserwacja [2002926], lekarz [10014522]
Promowanie schematu wypróżnień [10037689]	pielęgniarka [10013333], współdziałanie z lekarzem [10023565], schemat wypróżnień [100041637]
Asystowanie w higienie [10030821]	usługi pielęgniarskie [10013380], opiekun [10003958], mydło [10018358], woda [10020957]
Promowanie higieny [10032477]	usługa edukacyjna [10013380], rodzic [10014023], pacjent [10014132]
Wynik	prawidłowe wypróżnienie [10028403]

Plan opieki 4

Diagnoza: Ryzyko infekcji [10015263] rany chirurgicznej [10023148], L: ciało [100003388], oddział szpitalny [10009133], T: teraźniejszość [10015581], okres pooperacyjny [10027242]	
Interwencje (I)	**Środki/Narzędzia (M)**
Asystowanie dziecku w czynnościach toaletowych [10045964]	usługi pielęgniarskie [10013380], rodzic [10014023], urządzenie do higieny osobistej [10008537]
Ewaulacja ryzyka zakażenia po operacji [10034048]	pielęgniarka [10013333], współdziałanie z lekarzem [10023565], maść [10013670], narzędzie do oceny [1002832]
Monitorowanie gojenia rany [10042936]	obserwacja [20029265], narzędzie do oceny [1002832]
Monitorowanie objawów przedmiotowych i podmiotowych infekcji [10012203]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], kontrola objawów [100258820], narzędzie do oceny [1002832]
Ocenianie ryzyka ekspozycji na zakażenie [10044013]	narzędzie do oceny [1002832]
Pielęgnacja rany chirurgicznej [10032863]	usługi pielęgniarskie [10013380]
Wynik	prawidłowa perfuzja rany [10033853]

Plan opieki 5

Diagnoza: Deficyt samoopieki [10023410]	
Interwencje (I)	**Środki/Narzędzia (M)**
Ewaluacja planu opieki [10031252]	usługi pielęgniarskie [10013380]
Asystowanie w samoopiece [10035763]	pielęgniarka [10013333], matka [10027257], ojciec [10027261]
Asystowanie w higienie [10030821]	urządzenie do higieny osobistej [10008537], pielęgniarka [10013333], matka [10027257], ojciec [10027261]
Wzmacnianie samodzielności [10022537]	usługi pielęgniarskie [10013380]
Ocenianie samodzielności [10024280]	narzędzie do oceny [10002832]
Wynik	stan rzeczywisty [10000420], prawidłowy rozwój dziecka [10030222]

Plan opieki 6

Diagnoza: Brak wiedzy o chorobie [1002194], K: rodzina [10007554]	
Interwencje (I)	**Środki/Narzędzia (M)**
Edukowanie [10006564]	pielęgniarka [10013333], współdziałanie z lekarzem [10023565], materiał dydaktyczny [10011251]
Wyjaśnianie [10007370]	lekarz [10014522], pielęgniarka [10013333], usługa edukacji zdrowotnej [10039459]
Instruowanie [10010376]	lekarz [10014522], pielęgniarka [10013333], materiał instruktażowy [10010395]
Nauczanie o reżimie terapeutycznym [10021994]	lekarz [10014522], pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [10002832]
Ewaulacja reżimu terapii [10031912]	pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [10002832]
Wynik	wiedza o chorobie [10023826]

Plan opieki 7

Diagnoza: Przeciążenie stresem [10021742]	
Interwencje (I)	**Środki/Narzędzia (M)**
Ocenianie stresu opiekuna [10024222]	pielęgniarka [10013333], narzędzie do oceny [10002832]
Promowanie statusu psychologicznego [10032505]	pielęgniarka [10013333], materiał instruktażowy [10010395], terapeuta zajęciowy [10026628]
Wspieranie opiekuna [10024570]	pielęgniarka [10013333], terapeuta zajęciowy [10026628]
Wynik	prawidłowy status psychologiczny [10038430]

Plan opieki 8

Diagnoza: Ryzyko infekcji [10015263], cewnik urologiczny [10020373] L: droga moczowodowa [10020341], ciało [100003388], T: teraźniejszość [10015581], okres pooperacyjny [10027242]	
Interwencje (I)	**Środki/Narzędzia (M)**
Pielęgnacja cewnika urologicznego [10033277]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380]
Monitorowanie objawów przedmiotowych i podmiotowych infekcji [10012203]	pielęgniarka [10013333], lekarz [10014522], kontrola objawów [100258820], narzędzie do oceny [1002832]
Ocenianie ryzyka ekspozycji na zakażenie [10044013]	narzędzie do oceny [1002832]
Nauczanie o pielęgnacji cewnika urologicznego [10045257]	pielęgniarka [10013333], usługa edukacji zdrowotnej [10039459], matka [10027257], ojciec [10027261]
Wynik	brak infekcji [10028945]

Plan opieki 9

Diagnoza: Zaburzona zdolność radzenia sobie z cewnikiem moczowym [10029609], L: ciało [100003388], T: okres pooperacyjny [10027242]	
Interwencje (I)	**Środki/Narzędzia (M)**
Wspieranie zdolności zarządzania reżimem [10032800]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], rodzic [10014023]

Dodawanie otuchy [10016480]	pielęgniarka [10013333], rodzic [10014023]
Zarządzanie niepokojem [10031711]	pielęgniarka [10013333], współdziałanie z lekarzem [10023565]
Zachęcanie do odpoczynku [10041415]	pielęgniarka [10013333], usługi pielęgniarskie [10013380], rodzic [10014023]
Wynik	poprawiony [1002692]

Podsumowanie

Celem opieki nad pacjentem po rekonstrukcji spodziectwa jest opieka pooperacyjna mająca na celu minimalizowanie czynników zakażenia oraz asystowanie opiekunowi w czynnościach pielęgnacyjnych nad pacjentem. Znaczącym aspektem jest redukcja stresu i niepokoju występującego u dziecka.

Spożytkowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w praktyce pozwala na skrupulatne określenie diagnoz i interwencji pielęgniarskich oraz dostosowanie ich do stanu zdrowia pacjenta z dokładną lokalizacją i czasem zdarzenia. Ustandaryzowanie klasyfikacji ICNP® w codziennej pracy będzie owocowało w przyszłości możliwością dokonania naukowej analizy efektów działań pielęgniarskich.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Bibliografia

1. Orkiszewski M. A standarized classification of hypospadiasis. *J Pediatr Urol* 2012; 8: 410–414.
2. Urbanowicz W. *Spodziectwo.* W: Czernik J, red. *Chirurgia dziecięca.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 725–741.
3. Chłódek M. *Spodziectwo.* W: Czernik J, red. *Powikłania w chirurgii dziecięcej.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 321–331.
4. Bellinger MF. Embriology of male external genital. *Urol Clin North Am* 1981; 8: 375–382.
5. Albers N, Ulrichs C, Gluer S. Etiologic classification of severe hypospadiasis. *J Pediatr* 1997; 131: 386.
6. Kalfa N, Sultan C, Baskin LS. Hypospadias: etiology and current. *Urol Clin North Am* 2010; 37(2): 159–166.
7. van der Zanden LF, van Rooij IA, Feitz WF, et al. Aetiology of hypospadias: a systematic review of genes and environment. *Hum Reprod Update* 2012; 18(3): 260–283.

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

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.02.2017 r.
Po recenzji: 20.03.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 03.04.2017 r.

Projekt badawczy "RANCARE – Missed Nursing Care: an International and Multidimensional Problem" – COST Action CA15208

Research project "RANCARE – Missed Nursing Care: an International and Multidimensional Problem" – COST Action CA15208

Joanna Gotlib, Izabella Uchmanowicz

W dniach 22–23 lutego 2017 roku w Limassol na Cyprze odbyło się spotkanie inaugurujące Projekt badawczy „*RANCARE Rationing – Missed Nursing Care: an International and Multidimensional Problem*" współfinansowany przez Unię Europejską i realizowany w ramach Europejskiego Programu Współpracy w dziedzinie badań naukowo-technicznych – Akcja COST CA15208 – *Cooperation in Science and Technology* w Programie Ramowym Horyzont 2020.

W Projekcie RANCARE udział bierze 84 przedstawicieli (*Management Committee Members*) z 27 krajów świata: Belgii, Bośni i Hercegowiny, Chorwacji, Cypru, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Islandii, Irlandii, Izraela, Litwy, Łotwy, Macedonii, Niemiec, Norwegii, Polski, Portugalii, Rumunii, Słowacji, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii oraz Włoch.

W Projekcie biorą również udział obserwatorzy (*Management Committee Observer*) z Australii, USA, Kanady i Nowej Zelandii jako krajów partnerskich (*COST International Partner Countries*).

Kierownikiem Projektu jest Prof. Evridiki Papastavrou reprezentująca Department of Nursing, Cyprus University of Technology, a jego Głównym Koordynatorem Prof. Panayiota Andreou (Department of Nursing, Cyprus University of Technology). Projekt RANCARE będzie trwał 3 lata i zostanie zakończony we wrześniu 2019 roku.

Przedstawicielkami Polski w Projekcie RANCARE są: dr hab. n. o zdr. Izabella Uchmanowicz z Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib reprezentująca Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Głównym celem Projektu jest podjęcie dyskusji na temat wpływu niewystarczającej w większości krajów świata obsady pielęgniarskiej na praktykę pielęgniarską: jakość opieki i bezpieczeństwo pacjenta, jak również konsekwencji braku wystarczającej opieki pielęgniarskiej dla rozwoju zawodowego pielęgniarek.

Cel ten ma zostać osiągnięty przez pogłębianie współpracy między przedstawicielami z różnych krajów świata reprezentujących różne dziedziny wiedzy: pielęgniarek, lekarzy, specjalistów zdrowia publicznego, ale również etyków oraz specjalistów w obszarze badań naukowych w naukach o zdrowiu.

W Projekcie wskazano 8 obszarów (*Research Coordination)*, w których prowadzone będą badania i analizy:

1) wypracowanie wspólnej definicji pojęcia racjonowania opieki pielęgniarskiej,
2) wskazanie najważniejszych czynników związanych z systemem racjonowania opieki pielęgniarskiej oraz wskazanie nowych kierunków badań w tych obszarze,
3) wskazanie obszarów do dyskusji na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz jego miejsca w programach kształcenia na kierunku pielęgniarstwo,
4) wskazanie obszarów do dyskusji na temat etycznego wymiaru racjonowania opieki pielęgniarskiej,
5) analiza i wskazanie najważniejszych kompetencji wymaganych do kształcenia w zakresie podejmowania decyzji i ustalania priorytetów w opiece pielęgniarskiej,
6) analiza i wskazanie metod oceny i sposobów badania racjonowanej opieki pielęgniarskiej,
7) wskazanie interwencji pielęgniarskich opartych na dowodach naukowych,
8) rozpowszechnienie wyników badań w grupie interesariuszy zewnętrznych reprezentujących różne kraje: pielęgniarskich organizacji zawodowych i naukowych, stowarzyszeń pacjentów, kadry zarządzającej szpitalami i innymi placówkami ochrony zdrowia.

Celem Projektu będzie również budowanie potencjału (*Capacity Building*) w 4 obszarach:

1) tworzenia sieci współpracy i wspierania wymiany wiedzy oraz upowszechniania dobrych praktyk na poziomie europejskim i międzynarodowym,
2) budowania platformy do opracowania wspólnego programu badań,
3) rozwoju młodych naukowców (ESRs – *Early Stage Researchers*),

© *Copyright by Wydawnictwo Continuo*

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

4) tworzenia potencjału naukowego, edukacyjnego i klinicznego umożliwiającego rozwijanie innowacyjnych rozwiązań w kształceniu studentów pielęgniarstwa oraz personelu pielęgniarskiego.

Współpraca w ramach Projektu RANCARE będzie odbywała się w czterech Grupach Roboczych: Grupa 1. „*Conceptualisation of rationing and research methodology*", której przewodniczy Profesor Walter Sermeus z Leuven Institute of Healthcare Management and Policy (Belgia), Grupa 2. „*Evidence-based interventions and intervention design*", której przewodniczy Dr Maria Schubert z Uniwersytetu w Bazylei (Szwajcaria), Grupa 3. „*The ethical dimension of rationing of nursing care*", której przewodniczy Prof. Riitta Suhonen z Uniwersytetu w Turku (Finlandia) oraz Grupa 4. „*Educational issues and Training"*, której przewodniczy Profesor Olga Riklikiene z Lithuanian University of Health Sciences (Litwa).

W ramach Projektu RANCARE zorganizowana została również Grupa Horyzontalna: *Training Schools Committee*, w ramach której w różnych krajach biorących udział w Projekcie organizowane będą szkolenia, szkoły letnie oraz wizyty naukowe (*Short Term Scientific Missions*) przede wszystkim dla młodych naukowców. Przewodniczącą Zespołu została wybrana dr hab. Izabella Uchmanowicz.

Zarówno dr hab. n. o zdr. Izabella Uchmanowicz, jak i dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib będą brały udział w pracach Grupy Roboczej *Educational issues and Training* (WG4) oraz Grupy Horyzontalnej *Training Schools Committee*.

Podczas spotkania inauguracyjnego na Cyprze odbyła się również pierwsza konferencja naukowa *„The challenges of nursing care rationing"*. Podczas konferencji przedstawiono najważniejsze zagadnienia związane z racjonowaniem opieki pielęgniarskiej w różnych systemach opieki zdrowotnej na świecie: najczęściej występujące problemy oraz dobre praktyki. Przedstawiono również szczegółowo plan i założenia badań, które prowadzone będą w czasie trwania Projektu we wszystkich grupach roboczych.

Kolejne spotkanie w ramach Projektu badawczego RANCARE odbędzie się w dniach 10–11 października 2017 roku w Pradze.

Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib

Prodziekan ds. Oddziału Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik Zakładu Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dr hab. n. o zdr. Izabella Uchmanowicz

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

Fot. 1. Uczestnicy Projektu RANCARE, 22 luty 2017 r., Limassol, Cypr

Fot. 2. Uczestnicy Projektu RANCARE podczas konferencji „The challenges of nursing care rationing", 23 luty 2017 r., Limassol, Cypr

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 trafiać 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 szczegółowe – zgłaszanie prac do druku Przesyłanie prac do Redakcji

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

Wersja elektroniczna prac

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

Maszynopis

1. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna być większa niż 16 stron, a kazuistycznych – 8 stron maszynopisu, łącznie z piśmiennictwem, rycinami, tabelami i streszczeniami (standardowa strona – 1800 znaków).
2. Prace powinny być pisane na papierze formatu A4, z zachowaniem podwójnych odstępów między wierszami, pismem wielkości 12 punktów (np. Arial, Times New Roman). Z lewej strony należy zachować margines szerokości 2 cm, z prawej margines szerokości 3 cm.
3. Propozycje wyróżnień należy zaznaczyć w tekście pismem półgrubym (bold).
4. Na prawym marginesie należy zaznaczyć ołówkiem miejsce druku tabel i rycin.
5. Na pierwszej stronie należy podać:
   - tytuł pracy w języku polskim i angielskim,
   - skrócony (maksymalnie 10 słów) tytuł pracy w języku polskim i angielskim (żywa pagina),
   - pełne imię i nazwisko Autora (Autorów) pracy. Przy pracach wieloośrodkowych prosimy o przypisanie Autorów do ośrodków, z których pochodzą,
   - pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego pochodzi praca (w wersji oficjalnie ustalonej); w przypadku prac oryginalnych i redakcyjnych – w wersji angielskiej,
   - adres, na jaki Autor życzy sobie otrzymywać korespondencję (służbowy lub prywatny) wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem, oraz (obligatoryjnie) numer telefonu i adres poczty elektronicznej. Jednocześnie Autor wyraża zgodę na publikację przedstawionych danych adresowych (jeżeli Autor wyrazi takie życzenie, numer telefonu nie będzie publikowany),
   - słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, zgodne z aktualną listą Medical Subject Heading (MeSH) (od 3 do 5). Jeżeli odpowiednie terminy MeSH nie są jeszcze dostępne dla ostatnio wprowadzonych pojęć, można używać ogólnie używanych określeń.

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

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

Streszczenie

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

Układ pracy

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

Tabele

Tabele należy 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 do rodzaju pracy. Tabele powinny być ponumerowane cyframi rzymskimi.

Ryciny

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

Skróty i symbole

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

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/ljiweb.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., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy oraz rok wydania. Przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) opatruje się adnotacją „red." („ed.(s)" w pracach angielskojęzycznych):

- Iverson C, Flanagin A, Fontanarosa PB, i wsp. American Medical Association manual of style. 9 wyd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998.

Przy cytowaniu rozdziałów książek należy podać: nazwisko(a) autora(ów) rozdziału wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al." w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp." w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „W:" nazwisko(a) autora(ów) lub redaktora książki wraz z inicjałami imienia, tytuł książki; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy, rok wydania i numery pierwszej i ostatniej strony poprzedzone literą „p.":

- Chosia M. Patomorfologia zastawki aorty. W: Szwed H, red. Zwężenie 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.