

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik || Quarterly

2018, Vol. 7, Nr 2, 25–52

ISSN 2084-4212
eISSN 2450-839X

Spis treści/Content

PRACE ORYGINALNE || ORIGINAL PAPERS

- Ocena zadowolenia wśród osób stosujących soczewki kontaktowe**
Assessment of satisfaction among people using contact lenses
Marta Mańska, Barbara Wagner-Łosieczko, Marta Wleklik 27
- Acute coronary syndrome: are patients and family members aware of the symptoms of attack?**
Ostry zespół wieńcowy: czy pacjenci i członkowie rodzin są świadomi wystąpienia objawów ostrego zespołu wieńcowego?
Jeki Refialdinata, Kumboyono Kumboyono, Tititn Andri Wihastuti, Septi Dewi Rachmawati, Aditya Nuraminudin Aziz 31
- Ocena stylów myślenia wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego**
Assessment of modes of thinking among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Warmian-Masurian and Lublin Voivodeships
Olga Szpanka, Joanna Gotlib 35

PRACE POGLĄDOWE || REVIEWS

- Dystrofia mięśniowa Duchenne'a – rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem**
Duchenne muscular dystrophy – the role of the nurse in taking care of the patient
Danuta Pulik, Patrycja Polańska, Roksana Gil, Katarzyna Mika, Justyna Spodzieja, Aleksandra Gałka, Ewa Poleska, Eleonora Mess 41
- Czym jest racjonowanie opieki pielęgniarskiej?**
What is rationing of nursing care?
Izabella Uchmanowicz, Joanna Gotlib 46

PRACE KAZUISTYCZNE || CASE REPORTS

- Opieka nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym**
Caring for the patient with multiple sclerosis
Monika Michalak, Paulina Hydzik, Dagmara Waliszewska 48

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

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

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

Komitet Naukowy || Scientific Committee

Komitet Naukowy || Scientific Committee:

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

Redakcja || Editors

Redaktor naczelny || Editor-in-Chief:

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

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

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Wrocław)

Sekretarz Redakcji || Editorial Secretary:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska (Wrocław)

Redaktor językowy || Polish Language Editor:

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,
wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny || Statistical Editor:

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

Redaktor języka angielskiego || English Language Editor:

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni || Subject Editors:

Pielęgniarstwo internistyczne || Internal medicine nursing:

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

Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne ||

Neurology and neurosurgery nursing:

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

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

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

Pielęgniarstwo epidemiologiczne || Epidemiology in nursing:

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

Socjologia medycyny || Medical Sociology:

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

Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnictwo ||

Gynecological and obstetrical nursing:

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

Adres redakcji || Editorial Office

Adres redakcji || Editorial office:

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

Wydawca || Publisher:

Na zlecenie ECKP Wrocław || On behalf ECKP Wrocław

WYDAWNICTWO
Continuo

Wydawnictwo Continuo || Continuo Publishing House

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

Tel.: 71 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.continuo.pl

Prenumerata na rok 2018 || Subscription for 2018:

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

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

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

Reklamy || Ads:

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

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności ||

Editors are not responsible for advertisements content

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Nakład: 500 egzemplarzy || Print: 500 copies

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

OCENA ZADOWOLENIA WŚRÓD OSÓB STOSUJĄCYCH SOCZEWKI KONTAKTOWE

Assessment of satisfaction among people using contact lenses

Marta Mańska¹, Barbara Wagner-Łosieczko², Marta Wleklik³

¹ Specjalistyczny Ośrodek Okulistyczny we Wrocławiu

² Wrocławskie Eye Laser Center we Wrocławiu

³ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: marta.wleklik@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Pierwszą soczewkę kontaktową stworzył F.A. Muller w 1887 roku. Obecnie soczewki kontaktowe są najpopularniejszą metodą korekcji wad wzroku, dostępną dla każdej grupy wiekowej. Stosowanie soczewek jednodniowych jest rekomendowane przez okulistów jako jeden z najbardziej wygodnych i najzdrowszych typów korekcji kontaktowej. Stworzono je, by poprawić jakość życia osób z wadami wzroku. Identyfikacja czynników, które mogą przyczynić się do uczucia dyskomfortu w trakcie użytkowania soczewek kontaktowych, a także ich modyfikowanie jest istotne z punktu widzenia jakości życia, ale również z uwagi na aspekt ekonomiczny.

Cel pracy. Ocena satysfakcji osób użytkujących soczewki kontaktowe w życiu codziennym.

Materiał i metody. Do badania włączono 102 osoby zgłaszające się na konsultację medyczną w ośrodku okulistycznym. Do zebrania danych wykorzystano kwestionariusz własnego autorstwa, składający się z 4 pytań socjodemograficznych oraz 20 pytań odnoszących się do poczucia zadowolenia, a także użytkowania soczewek w życiu codziennym. Za istotne statystycznie w wynikach przyjęto wartości $p < 0,05$.

Wyniki. W badaniu wzięły udział 102 osoby, w tym 63 kobiety i 39 mężczyzn. Najwięcej osób (47%) było w przedziale wiekowym 18–25 lat. 65% badanej grupy zadeklarowało zadowolenie z użytkowania soczewek kontaktowych. Największa liczba pacjentów stosuje soczewki miesięczne (41%). Większość uważa, że użytkowane soczewki są odpowiednio dobrane (61%). Odnotowano, że wysoki poziom satysfakcji związany jest z materiałem, z którego wykonane są soczewki kontaktowe ($r = 0,518295$; $p < 0,05$), odpowiednim doborem soczewek ($r = 0,795047$; $p < 0,05$), doborem soczewek przez lekarza okulistę ($r = 0,775176$; $p < 0,05$), przestrzeganiem zaleceń producenta dotyczących czasu noszenia soczewek ($r = 0,750783$; $p < 0,05$), z posiadaniem informacji na temat stosowania soczewek, które były udzielone przez lekarza lub pielęgniarkę ($r = 0,561181$; $p < 0,05$).

Wnioski. 1. Pacjenci odczuwają satysfakcję ze stosowania soczewek kontaktowych. 2. Czynnikiami pozytywnie wpływającymi na satysfakcję są: materiał soczewek, dobór soczewek przez lekarza okulistę, przestrzeganie zaleceń producenta, edukacja prowadzona przez pielęgniarkę lub lekarza. 3. Czynniki negatywnie wpływającymi są: utrzymywanie soczewek w nocy, konieczność codziennego zakładania/ściągnięcia soczewek oraz potrzeba okresowego zakładania okularów.

Słowa kluczowe: soczewki kontaktowe, jakość życia, okulistyka.

SUMMARY

Background. The first contact lens was created by F.A. Muller in 1887. Currently, contact lenses are the most popular method of correcting vision defects, available for every age group. The use of one-day lenses is recommended by ophthalmologists as one of the most comfortable and healthiest types of contact correction. They were created to improve the quality of life of people with visual impairments. Identification of factors that may contribute to the feeling of discomfort in the use of contact lenses, as well as their modification is important from the point of view of quality of life but also due to the economic aspect.

Objectives. Evaluation of the satisfaction of people using contact lenses in everyday life.

Material and methods. 102 people were enrolled in the study for a medical consultation in an eye center. To collect the data, a questionnaire of its own was used, consisting of four socio-demographic questions and 20 questions referring to the sense of contentment and the use of lenses in everyday life. The p values < 0.05 were assumed to be statistically significant in the results.

Results. 102 people participated in the study, including 63 women and 39 men. Most people (47%) were between 18 and 25 years of age. 65% of the study group declared satisfaction with the use of contact lenses. The largest number of patients use monthly lenses (41%). The majority declared that the lenses used are properly selected (61%). It has been noted that the high level of satisfaction is related to the material from which the contact lenses are made ($r = 0.518295$; $p < 0.05$), the appropriate choice of lenses ($r = 0.795047$; $p < 0.05$), the choice of lenses by ophthalmologist ($r = 0.775176$; $p < 0.05$), observing the manufacturer's instructions regarding the wearing time of the lenses ($r = 0.750783$; $p < 0.05$), with information on the use of lenses that were provided by doctor or nurse ($r = 0.561181$; $p < 0.05$).

Conclusions. 1. Patients feel satisfaction with the use of contact lenses. 2. Factors that positively influence the satisfaction are: the material of the lenses, the choice of the ophthalmologist, compliance with the manufacturer's instructions, education by a nurse or a doctor. 3. Negative influencing factors are: keeping the lenses at night, the necessity of the daily putting on/removing of the lenses and the need for periodic attaching of the glasses.

Key words: contact lenses, quality of life, ophthalmology.

WSTĘP

Historia korekcji wad wzroku na powierzchni oka sięga czasów renesansu, kiedy to Leonardo da Vinci poszukiwał rozwiązania problemów ze wzrokiem wśród mieszkańców Włoch. Do XIX wieku była to jedynie idea. Pierwszą soczewkę kontaktową stworzył F.A. Muller w 1887 roku. Rozwój technologii doprowadził na przestrzeni lat do wprowadzenia soczewek twardych, a następnie miękkich o różnej konstrukcji z możliwością wymiany rocznej, kwartalnej, miesięcznej, dwutygodniowej czy też jednodniowej [1–4]. Obecnie soczewki kontaktowe są najpopularniejszą metodą korekcji wad wzroku, dostępną dla każdej grupy wiekowej [5]. Szacuje się, że 140 milionów osób na świecie korzysta z soczewek kontaktowych. Stosowanie socze-

wek jednodniowych jest rekomendowane przez okulistów jako jeden z najbardziej wygodnych i najzdrowszych typów korekcji kontaktowej. Soczewki kontaktowe stworzono, by polepszyć jakość życia osób z wadą wzroku, które nie chcą nosić okularów, bądź cierpią na różnego rodzaju schorzenia rogówkowe. Używa się ich również w celach opatrunkowych. Niestety nawet najnowsze technologie, materiały, zawodzą, gdy zaprzestaje się odpowiedniej pielęgnacji i zapomina o przestrzeganiu właściwych zasad. Nieprzestrzeganie zaleceń jest najczęstszym czynnikiem porzucenia soczewek kontaktowych oraz obniżenia jakości życia badanych. Do powikłań będących najczęściej skutkiem nieprawidłowego użytkowania soczewek zalicza się suchość oczu, niedotlenienie rogówki, brodawkowe zapalenie spojówki, bakteryjne oraz naciekowe zapalenie rogówki [6–9]. Ze wzglę-

du na ogromną liczbę użytkowników soczewek kontaktowych identyfikacja czynników, które mogą przyczynić się do uczucia dyskomfortu w trakcie ich użytkowania, a także ich modyfikowanie jest istotne z punktu widzenia jakości życia, ale również z uwagi na aspekt ekonomiczny [5]. Należy jednak pamiętać, że wśród czynników mogących wywoływać dyskomfort podczas stosowania soczewek kontaktowych mogą znajdować się również te niemodyfikowalne, związane z płcią, oddziaływaniem czynników środowiskowych, charakterem pracy czy współistnieniem cukrzycy. Kompleksowa opieka nad pacjentem, polegająca na odpowiednim doborze leczenia korekcyjnego przy użyciu soczewek, jak i właściwa edukacja, prowadzona przez specjalistów z dziedziny okulistyki, są najważniejsze w minimalizowaniu dyskomfortu i powikłań. Systematyczna ocena jakości życia, w tym zadowolenia, satysfakcji ze stosowania soczewek kontaktowych w życiu codziennym, jest przydatna w optymalizacji leczenia korekcyjnego oraz jego indywidualizacji w odniesieniu do potrzeb [10–11].

CEL PRACY

Celem badania była ocena satysfakcji osób użytkujących soczewki kontaktowe w życiu codziennym.

MATERIAŁ I METODY

Do badania włączono 102 osoby, które zgłosiły się do ośrodka okulistycznego w celu przeprowadzenia rutynowej konsultacji medycznej. Na potrzeby niniejszego badania stworzono kwestionariusz pozwalający na ocenę satysfakcji związanej z użytkowaniem soczewek kontaktowych. Narzędzie badawcze składało się z dwóch części. Pierwsza część, zawierająca 4 pytania, pozwoliła na stworzenie charakterystyki społeczno-demograficznej badanej grupy (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania). Druga część (20 pytań) określała typ stosowanych soczewek, satysfakcję badanej grupy, zasady ich stosowania oraz funkcjonowanie pacjentów w życiu codziennym.

Badanie miało charakter anonimowy. Osoby badane po uprzednim otrzymaniu informacji o zasadach badania oraz możliwości rezygnacji na każdym etapie udzieliły pisemną zgodę na uczestnictwo. Analizie statystycznej poddano wszystkie pytania z zastosowanego kwestionariusza. W celu realizacji celu badania skorelowano pytanie numer 5, bezpośrednio odnoszące się do oceny satysfakcji z użytkowania soczewek kontaktowych z pozostałymi pytaniami kwestionariusza. Za istotne statystycznie przyjęto p -value < 0,05.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 102 osoby, w tym 63 kobiety i 39 mężczyzn. Najwięcej osób (47%) było w przedziale wiekowym 18–25 lat, 35% osób było pomiędzy 26. a 35. rokiem życia, 18% była powyżej 35. roku życia. Blisko połowa ankietowanych miała wykształcenie wyższe (47%). Najwięcej osób zamieszkiwało miasto – 76%. Charakterystykę socjodemograficzną badanej grupy zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Nr	Zmienna socjodemograficzna	n = 102	%
1.	Płeć		
	Kobieta	63	62
	Mężczyzna	39	38
2.	Wiek (lat)		
	26–25	48	47
	26–35	36	35
	Powyżej 35	18	18
3.	Wykształcenie		
	Podstawowe/gimnazjalne	11	11
	Zawodowe	8	8
	Średnie	35	34
	Wyższe	48	47
4.	Miejsce zamieszkania		
	Miasto	78	76
	Wieś	24	24

Nr – numer pytania z kwestionariusza; n – liczebność.

65% grupy badanej zadeklarowało zadowolenie z użytkowania soczewek kontaktowych. Najwięcej osób stosuje soczewki kontaktowe firmy Johnson & Johnson (43%). Najczęściej stosowanym typem soczewek były soczewki sferyczne (56%). W odniesieniu do materiału, z którego są wykonane soczewki kontaktowe, liczba pacjentów była porównywalna, przy czym 29% nie ma wiedzy na ten temat. Największa liczba pacjentów stosuje soczewki miesięczne (41%), najmniejsza – soczewki trzymiesięczne (1%). Większość pacjentów uważa, że używane soczewki kontaktowe są odpowiednio dobrane (61%), w większości przez okulistę (65%) oraz używane zgodnie z zaleceniami producenta (63%). Najwięcej pacjentów odpowiedziało, że odczuwa w związku ze stosowaniem soczewek objawy charakteryzujące się zaczerwieniem (64%), bólem i pieczeniem (44%), uczuciem piasku przed oczami (30%). Pacjenci uważają, że soczewki są wygodniejsze niż okulary (89%), a codzienne zakładanie/ściągnięcie soczewek kontaktowych nie sprawia im kłopotu (69%). Szczegółową ocenę satysfakcji z użytkowania soczewek w grupie badanej zestawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Ocena satysfakcji z użytkowania soczewek kontaktowych w badanej grupie

Nr	Treść pytania	n = 102	%
5.	Czy jest Pani/Pan zadowolona/y ze stosowania soczewek kontaktowych?		
	Tak	66	65
	Nie	36	35
6.	Jakiej firmy stosuje Pani/Pan soczewki kontaktowe?		
	Johnson & Johnson	44	43
	Alcon	9	9
	Bausch+Lomb	18	18
	Cooper Vision	15	15
	Inne	16	16
	Nie wiem	10	10
7.	Jakiej konstrukcji stosuje Pani/Pan soczewki kontaktowe?		
	Sferyczne	57	56
	Toryczne	38	38
	Multifokalne	5	5
	Inne	1	1
8.	Jaki typ soczewek kontaktowych Pani/Pan stosuje?		
	Jednodniowe	29	29
	Dwutygodniowe	30	30
	Miesięczne	41	41
	Trzymiesięczne	1	1
9.	Z jakiego materiału stosuje Pani/Pan soczewki?		
	Hydrożelowe	37	36
	Silikonowo-hydrożelowe	35	34
	Nie wiem	30	29
10.	Czy uważa Pani/Pan, że soczewki kontaktowe zostały odpowiednio dobrane?		
	Tak	62	61
	Nie	15	15
	Nie wiem	25	25
11.	Jakiego płynu do soczewek kontaktowych Pani/Pan używa?		
	Płyn polecony przez specjalistę	29	28
	Płyn, który został przeze mnie sprawdzony	26	25
	Płyn polecony przez znajomych	6	6
	Płyn, który jest najdroższy	1	1
	Płyn, który jest najtańszy	15	15
	Płyn będący w promocji	8	8
	Nie zwracam na to uwagi	17	17
12.	Czy przechowuje Pani/Pan soczewki w roztworze soli fizjologicznej?		
	Tak	17	17
	Nie	65	64
	Nie wiem	20	20
13.	Czy korzysta Pani/Pan z soczewek wskazanych przez okulistę?		
	Tak	66	65
	Nie	36	35

14.	Czy użytkuje Pani /Pan soczewki zgodnie z zaleceniami producenta?		
	Tak	64	63
	Nie	36	35
	Nie wiem	2	2
*15.	*Jakie objawy odczuwa Pani/Pan w związku ze stosowaniem soczewek?		
	Ból i pieczenie	44	
	Niedotlenienie oczu (wrastanie naczyń)	14	
	Nietolerancja na środki pielęgnacyjne	4	
	Uczucie piasku pod powiekami	30	
	Zaczerwienienie	64	
16.	Jak często występują powyższe objawy?		
	Bardzo często	18	18
	Często	33	33
	Przynajmniej raz w roku	26	26
	Rzadziej niż raz w roku	22	22
17.	Czy z powyższymi objawami zgłasza się Pani/Pan do lekarza?		
	Tak	34	34
	Nie, czekam aż same ustąpią	30	30
	Nie, stosuję własne sposoby	36	36
18.	Czy zdarza się Pani/Panu zapomnieć o ściągnięciu soczewek przed snem?		
	Tak	44	43
	Nie	58	57
19.	Czy Pani/Pana zdaniem soczewki są wygodniejsze niż okulary?		
	Tak	91	89
	Nie	8	8
	Nie wiem	3	3
20.	Czy często zakłada Pani/Pan okulary z powodu dyskomfortu związanego ze stosowaniem soczewek?		
	Codziennie	31	30
	Sporadycznie	41	40
	Nigdy	30	30
21.	Co skłoniło Panią/Pana do noszenia soczewek?		
	Estetyka	39	38
	Ze względu na sport	26	25
	Wygoda	22	22
	Praca	14	14
	Inne	1	1
22.	Czy codzienne zakładanie/ściągnięcie soczewek sprawia Pani/Panu trudność?		
	Tak	32	31
	Nie	70	69
23.	Kto nauczył Panią/Pana zakładania/ściągnięcia soczewek?		
	Lekarz	31	30
	Na podstawie filmu instruktażowego	15	15
	W salonie optycznym	11	11
	Pielęgniarka	35	34
	Znajomi	10	10
24.	Skąd ma Pani/Pan wiedzę na temat noszenia i pielęgnacji soczewek?		
	Książki, Internet, prasa	26	26
	Lekarz	20	20
	W salonie optycznym	7	7
	Pielęgniarka	34	34
	Rodzina, znajomi	14	14

* W pytaniu możliwe było udzielenie > 1 odpowiedzi; Nr – numer pytania z kwestionariusza; n – liczebność.

W tabeli 3 odnotowano istotne statystyczne, tj. $p < 0,05$, korelacje między satysfakcją a pytaniami z kwestionariusza. Odnotowano, że wysoki poziom satysfakcji związany jest z materiałem, z którego wykonane są soczewki kontaktowe, odpowiednim doбором soczewek, doбором soczewek przez lekarza okulistę, z przestrzeganiem zaleceń producenta dotyczących czasu noszenia soczewek, z posiadaniem informacji na temat stosowania soczewek, które były udzielone przez lekarza lub pielęgniarkę.

Poziom satysfakcji nisko korelował z zapominaniem o ściągnięciu soczewek kontaktowych na noc, z koniecznością zakładania okularów na skutek dyskomfortu związanego z noszeniem so-

czewek kontaktowych czy koniecznością codziennego zakładania/ściągnięcia soczewek.

Tabela 3. Korelacje między zadowoleniem ze stosowania soczewek a pytaniami kwestionariusza

Nr	Czy jest Pani/Pan zadowolona/y ze stosowania soczewek kontaktowych? współczynniki korelacji (r) $p < 0,05$
9.	0,518295
10.	0,795047
13.	0,775176
14.	0,750783
18.	-0,788238
20.	-0,559559
22.	-0,865422
24.	0,561181

Nr – numer pytania w kwestionariuszu; r – współczynnik korelacji.

DYSKUSJA

W niniejszym badaniu oceniono satysfakcję z użytkowania soczewek kontaktowych. Dostępne w literaturze dane dotyczą zwykle oceny jakości życia u osób z wadami wzroku o różnej etiologii, ze względu na możliwość występowania powikłań, bądź przy okazji wprowadzenia na coraz bardziej bogaty rynek soczewek, które z uwagi na dążenie do ich odpowiedniego doboru są wciąż udoskonalane [12–14]. W pracy własnej nie zapytano użytkowników o przyczynę wady wzroku. Ponadto w ocenie zadowolenia zastosowano kwestionariusz własny. Pseudovis i wsp. zbadali właściwości psychometryczne narzędzia specyficznego, mającego służyć do oceny wpływu użytkowania soczewek kontaktowych na jakość życia [10]. W badaniu Morgana, podobnie jak w badaniu własnym, ukazano podobny odsetek pacjentów, którzy użytkują soczewki kontaktowe silikonowo-hydrożelowe [17]. Jak pokazują badania, większość użytkowników soczewek kontaktowych kieruje się przy wyborze względami zdrowotnymi, a nie względami czasowymi, czy atrakcyjną ofertą pod względem cenowym. Większość pacjentów jest w stanie zapłacić większą cenę za soczewki kontaktowe, które mają przynieść określone korzyści [15]. W pracy własnej wysoki odsetek pacjentów zadeklarował zadowolenie z korekcji kontaktowej. W grupie młodych osób z wadą wzroku „poczucie swobody”, „poczucie pewności siebie”, „poczucie atrakcyjności” i „ukrycie własnych niedoskonałości” powoduje wzrost zainteresowania soczewkami kontaktowymi. W grupie osób zadowolonych przestrzegane były podstawowe zasady użytkowania, takie jak stosowanie soczewek o mocy i konstrukcji ściśle wskazanych przez okulistę, stosowanie się do zaleceń producenta dotyczących czasu eksploatacji soczewek, pamięć o ściągnięciu soczewek przed snem, co jak pokazują badania bezpośrednio obniża ryzyko wystąpienia skutków niedostatecznej ilości powietrza [16]. Pacjenci, którzy stosują się do zaleceń nie muszą zbyt często zakładać okularów z powodu dyskomfortu powstałego za pośrednictwem długiego noszenia soczewek kontaktowych w ciągu dnia. Jeżeli natomiast sporadycznie praktykują wymianę soczewek na okulary, to robią to z rozsądku i w ramach przestrzegania zaleceń medycznych. W grupie osób niezadowolonych z soczewek większość nie korzystała z soczewek przepisanych przez okulistę. Można zatem przypuszczać, że doboru dokonano samodzielnie, bez konsultacji w gabinecie okulisty. Konsekwencją takiego działania jest wciąż wysoki odsetek użytkowników soczewek, którzy nie znają podstawowych zasad pielęgnowania, bądź je bagatelizują z powodu braku właściwych informacji, które są przekazywane przez lekarza i/lub pielęgniarkę podczas edukacji prowadzonej w trakcie doboru. Osoby te najczęściej nie przestrzegają również zaleceń producenta związanych z czasem eksploatacji soczewek. Potwierdzają to badania własne, jak i innych autorów [17, 18]. Najczęściej wymienianym powodem takiego postępowania jest niepamięć dnia, w którym założyły się soczewkę, ekonomia, argument, że soczewka dwutygodniowa doskonale spisuje się

po trzech, czterech tygodniach użytkowania [17]. Pacjenci często nie są świadomi, jak bardzo te zaniechania wpływają na ich komfort, jakość widzenia, a w efekcie na jakość życia, kiedy to kumulują się objawy dyskomfortu mogące prowadzić do poważnych powikłań [19].

W pracy własnej grupa badana najczęściej deklaruwała występowanie objawów dyskomfortu w postaci bólu, pieczenia, zaczerwienienia. W badaniu dotyczącym oceny doświadczeń podczas stosowania soczewek przez cały dzień pacjenci najczęściej zgłaszali objawy związane ze zmęczeniem oczu, suchością oczu, podrażnieniami. Obniżenie komfortu i zadowolenia było w tym badaniu porównywalne dla użytkowników soczewek jednodniowych, jak i planowej wymiany po okresie miesięcznego stosowania [20]. Pod soczewkami kontaktowymi zachodzi bardzo mała wymiana filmu łzowego, a jest on konieczny dla zachowania zdrowej powierzchni oka. Stąd nawilżanie oka preparatami z zewnątrz ma duże znaczenie w osiąganiu satysfakcji i zapobieganiu powikłaniom. Grupa osób niezadowolonych w badaniu własnym często stosuje roztwór soli fizjologicznej do przechowywania soczewek kontaktowych o terminie dwutygodniowym lub dłuższym. Jest to bardzo duży błąd higieniczny naruszający prawidłowe zasady pielęgnacji. Właściwa pielęgnacja polega na używaniu rekomendowanych środków pielęgnacyjnych, codziennej zmianie płynu w pojemniku na nowy, zanurzenia soczewki oraz

zamykania pojemnika, które powinno być szczelne [17]. Idealny system pielęgnacji soczewek powinien po ich zdjęciu wyeliminować wszystkie depozyty, również bakteryjne, z powierzchni soczewki kontaktowej i zapobiegać tworzeniu się osadów ze składników filmu łzowego oraz kolonizacji bakterii podczas noszenia soczewek [21]. Doniesienia o ciągłym nieprzestrzeganiu zaleceń przy okazji stosowania korekcji kontaktowej pokazują potrzebę korygowania złych nawyków, aktualizacji standardów higienicznych i prowadzenia właściwej edukacji przez profesjonalistów z dziedziny okulistyki i optyki.

WNIOSKI

1. Pacjenci odczuwają satysfakcję ze stosowania soczewek kontaktowych w życiu codziennym.
2. Czynniki pozytywnie wpływającymi na satysfakcję są: materiał soczewek, dobór soczewek przez lekarza okulistę, przestrzeganie zaleceń producenta soczewek, edukacja prowadzona przez pielęgniarkę lub lekarza.
3. Na satysfakcję z użytkowania soczewek negatywny wpływ ma utrzymanie soczewek w nocy, konieczność codziennego zakładania/ściągania soczewek, potrzeba okresowego zakładania okularów.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Gasson A, Morris JA. *Contact lens, manual a practical guide to fitting*. Edinburgh: Elsevier; 2010: 103–118.
2. Giles T, Perez-Gomez I, Hudson C. Nowe granice w jednodniowych soczewkach kontaktowych. *Optyka* 2014; 2(27): 60–62.
3. Sulley A, Osborn Lorenz K, Jubin P. Łatwość zakładania i zdejmowania: niedoceniany element w udanym użytkowaniu soczewek kontaktowych. *Optyka* 2014; 2(27): 61–63.
4. Lievens CW. Na powierzchni: soczewki silikonowo-hydrożelowe i osady lipidowe. *Optyka* 2015; 2(33): 54–55.
5. Morgan P. Trends in UK contact lens prescribing. *Optician* 2008; 235(6155): 18–19.
6. Dart JK, Radford CF, Minassian D, et al. Risk factors for microbial keratitis with contemporary contact lenses: a case-control study. *Ophthalmology* 2008; 115(10): 1647–1662.
7. Barr J. Naciekowe zapalenie rogówki wczoraj i dziś. *Optyka* 2012; 5(18): 55–56.
8. Szczotka-Flynn L, Lass JH, Sethi A, et al. Risk factors for corneal infiltrative events during continuous wear of silicone hydrogel contact lenses. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2010; 51(11): 5421–5430.
9. Kislán KP, Hom MM. Corneal infiltrates with multipurpose solutions and contact lens combinations. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2010; 51(13): 3424.
10. Pesudovs K, Garamendi E, Elliott DB. The contact lens impact on quality of life (CLIQ) questionnaire: development and validation. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2006; 47(7): 2789–2796.
11. Young G. Why one million contact lens wearers dropped out. *Cont Lens Anterior Eye* 2004; 27(2): 83–85.
12. Ozek D, Kemer OE, Bayraktar N. Hydro cone lens visual performance and impact on quality of life in irregular corneas. *Cont Lens Anterior Eye* 2016; 39(6): 458–460.
13. Picot C, Gauthier AS, Campolmi N, et al. Quality of life in patients wearing scleral lenses. *J Fr Ophthalmol* 2015; 38(7): 615–619.
14. Yildiz EH, Erdurmuş M, Elibil ES, et al. Contact lens impact on quality of life in keratoconus patients: rigid gas permeable versus soft silicone-hydrogel keratoconus lenses. *Int J Ophthalmol* 2015; 18(5): 1074–1077.
15. Aslam A. What drives vision correction purchases? *Optician* 2014; 247(6458): 16–20.
16. Gasson A, Morris JA. *Contact lens, manual a practical guide to fitting*. Edinburgh: Elsevier; 2010: 261–274.
17. Morgan P. Contact lens compliance and reducing the risk of keratitis. *Optica* 2007; 6: 20–25.
18. Dumbelton K, Woods C, Jones L, et al. Patient and practitioner compliance with silicone hydrogel and daily disposable lens replacement in the United States. *Eye Contact Lens* 2009; 35(4): 164–171.
19. Dumbelton K, Woods C, Jondes L, et al. Comfort and vision with silicone hydrogel lenses: effect of compliance. *Optom Vis Sci* 2010; 87(6): 421–425.
20. Mathews K, Daigle B, Alford J, et al. Exploring variability in soft contact lens performance throughout the day. *Optician* 2015; 251(6543): 32–34.
21. Woźniak PA. Oddziaływanie płynów do pielęgnacji soczewek kontaktowych na stan powierzchni oka u pacjenta kontaktologicznego. *Ophthatherapy* 2016; 2(10): 146–150.

Adres do korespondencji:

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

Praca wpłynęła do redakcji: 15.04.2018 r.

Po recenzji: 10.05.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 20.05.2018 r.

ACUTE CORONARY SYNDROME: ARE PATIENTS AND FAMILY MEMBERS AWARE OF THE SYMPTOMS OF ATTACK?

Ostry zespół wieńcowy: czy pacjenci i członkowie rodzin są świadomi wystąpienia objawów ostrego zespołu wieńcowego?

Jeki Refialdinata¹, Kumboyono Kumboyono², Tititn Andri Wihastuti²,
Septi Dewi Rachmawati², Aditya Nuraminudin Aziz¹

¹ Student of the Master of Nursing Program, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya, Indonesia

² Lecturer of the Master of Nursing Program, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya, Indonesia

adres do korespondencji: abu_hilmi.fk@ub.ac.id, publikasikoe@gmail.com

SUMMARY

Background. A delay is a cause of management failure in patients with Acute Coronary Syndromes (ACS). A delay occurs because the patients and family members do not know the symptoms of ACS.

Objectives. The aim of the study was to explore the perception of patients and family members in recognizing the symptoms of Acute Coronary Syndrome (ACS) attack at the scene.

Material and methods. This study is a qualitative with a descriptive phenomenology that was done through in-depth interviews involving sixteen participants (including, patients with ACS and family members). Data analysis was done by triangulation of data sources.

Results. The theme obtained is a mistake in recognizing the symptoms of the disease. This theme is formed from the subtheme of misunderstanding of symptoms and sees the symptoms of other diseases one previously suffered from such as asthma, ulcer, and stroke.

Conclusions. Participants are unaware of the incidence of ACS attacks that result in delays in finding appropriate assistance to health workers or facilities. The results show the importance of public education about the various symptoms of ACS, and on how to distinguish it from similar symptoms of other diseases, potential threats, and the impact if appropriate treatment is not immediately given.

Key words: acute coronary syndrome, awareness, heart attack, phenomenology.

STRESZCZENIE

Wstęp. Opóźnienie jest przyczyną niepowodzenia w leczeniu pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi (*Acute Coronary Syndrome – ACS*). Opóźnienie występuje, ponieważ pacjenci i członkowie ich rodzin nie znają objawów wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego.

Cel pracy. Odkrycie sposobu postrzegania pacjentów i członków ich rodzin w rozpoznawaniu objawów ACS na miejscu zdarzenia.

Materiał i metody. Badanie to ma charakter jakościowy i zawiera opisową fenomenologię, która została przeprowadzona na podstawie dogłębnych wywiadów z udziałem szesnastu uczestników (w tym pacjentów z ACS i członków ich rodzin). Analizę danych przeprowadzono metodą triangulacji źródeł danych.

Wyniki. Uzyskane dane wskazują na błędy występujące w rozpoznawaniu objawów choroby. Zjawisko to powstaje w wyniku niezrozumienia symptomów i błędnego postrzegania objawów innych chorób, które występowały wcześniej – astmy oskrzelowej, odleżyn i udaru mózgu.

Wnioski. Uczestnicy badania nie są świadomi występowania objawów ostrego zespołu wieńcowego, co powoduje opóźnienia w uzyskaniu odpowiedniej pomocy od pracowników lub jednostek ochrony zdrowia. Wyniki wskazują na znaczenie edukacji publicznej w zakresie różnych objawów ACS oraz na temat tego, w jaki sposób odróżnić je od podobnych objawów innych chorób, ale także potencjalnych zagrożeń wynikających z opóźnień, jeśli odpowiednie leczenie nie jest udzielone natychmiastowo.

Słowa kluczowe: ostry zespół wieńcowy, świadomość, atak serca, fenomenologia.

BACKGROUND

Acute Coronary Syndrome (ACS) is a life-threatening condition [1, 2]. ACS is the leading cause of sudden death [3, 4]. The deaths are caused by delays in obtaining reperfusion [1, 5], which to obtain optimal results should be performed within the first hours (< 120 minutes) of symptom onset [6–8].

Prehospital delay time ranged from 15 minutes to 10 days [9] and 1.6 to 12.9 h [10]. In Indonesia, 80% of patients with ACS arrived to the hospital admission more than 12 hours from onset of infarction [11]. The majority of ACS patients' delay in achieving health care is associated with a lack of knowledge of symptoms [10, 12].

Leslie et al. [13] explained that in all cases where the delay is more than one hour, the main reason is the thought that the symptoms are not serious and will soon disappear. However, research conducted by Leslie et al. does not explain what the patients think so they experience delays in getting health services.

Individuals who have had a myocardial infarction directly or indirectly have better awareness of the symptoms of ACS than those who do not [14]. Furthermore, when a person has good

awareness, he or she will also have a better attitude and belief about the symptoms [15]. Thus, they will make various efforts to avoid delays in obtaining health services.

Thureson et al. [16] described that the majority of patients when experiencing ACS preferred to contact family members rather than directly request an ambulance. Based on this, this study intends to explore the patients' perception and family members related to ACS symptoms. The results of this study are expected to provide awareness of the symptoms of ACS as early as possible to the community.

MATERIAL AND METHODS

Study design

The study used a descriptive phenomenology qualitative research design. The focus of this study is on the subjective experience of participants on the perception of patients and family members related to ACS symptoms. The descriptive phenomenology approach requires the researcher to put aside all previous experience and knowledge, so that there is an understanding of the phenomenon under study [17, 18].

Study setting and participants

The study was conducted in Turen Public Health Center, Malang, East Java, Indonesia. Based on the results of a national survey in 2013, there were 883,447 people suffering from coronary heart disease, with the highest estimated number in West Java Province (160,182 people) and East Java (144,279 people) [19]. Malang City, which is part of East Java province, has 1311 incidents until July 2017, and 39 of them are in Turen Public Health Center of the 39 Public Health Centers (Malang Demographic Survey 2017).

The participants in this study and have achieved data saturation sixteen people (including, eight ACS patients and eight family members) in Turen Public Health Center, Malang, East Java, Indonesia [20]. A family member is the person whom the patient contacts when experiencing ACS. The patients were selected from the population using a purposive sampling approach [21] based on inclusion criteria, including having a history of ACS attack for the first time, recorded as a patient at the Public Health Center. The consent to participate in the research was evidenced by the signing of an informed consent by the participants.

Data collection

This study has obtained the ethical approval from the UB Medical Faculty (Number 216/EC/KEPK/06/2017). The study was conducted in four (4) months from September to December 2017.

The study was conducted by a team of researchers led by a nursing specialist in a nursing community. Prior to the data collection process, participants got an explanation of the research objectives and procedures. The absence of a relationship between researchers and participants required the researchers to hold 2 to 3 meetings at participants' home. This was done to ensure participants to be willing to share their experiences about ACS openly and honestly. The interview process for patients and family members was done at different times, and not interviewed simultaneously. It was done to avoid bias results in the study.

Data collection was done by in-depth interviewing. The interview process was done face-to-face at participants' house - the interview was held personal. The interview took between 27 minutes to 40 minutes. The statements submitted by the participants were recorded in an audio (MP3) format. The results were kept confidential.

Data analysis

The data were the statements expressed by the participants during the interview. Data analysis used triangulation method of data sources to identify the category, subtheme, and theme meaning of participant experience. The categories of the same meaning are arranged to form subthemes, then subthemes of similar meanings are arranged into a theme. Data analysis was done manually using thematic method [22]. First, we got ourselves familiar with the data by reading repeatedly the results of interviews. Then, coding was done by making categories of keywords and answering the purpose of research. The next step was searching for themes, organizing categories according to their groups for subthemes and themes. Reviewing the theme followed the process as we examined conformity of the theme and category. After that, we defined and named the themes, as to come to the essence of each theme. The last was making a report or writing the research results after being associated with the existing literature [23].

FINDINGS

There are sixteen participants, consisting of eight ACS patients and eight family members whom the patient contacts when experiencing ACS in Turen Public Health Center, Malang, East Java, Indonesia. The characteristics of participants are presented in Table 1.

Table 1. Participants characteristics

Characteristics	Category	Number of participants (n = 16)
ACS Patients		
Sex	male	3
	female	5
Age (years)	41-50	2
	51-60	5
	> 60	1
Highest Level of Education	Junior High School	3
	Senior High School	3
	Bachelor degree	2
ACS type	STEMI*	2
	NSTEMI**	3
	unstable angina	3
Family members		
Sex	male	3
	female	5
Age (years)	< 30	3
	31-40	2
	41-50	2
	51-60	1
Highest Level of Education	Senior High School	5
	Diploma	1
	Bachelor degree	2

* STEMI - ST Elevation Myocardial Infarction;

** NSTEMI - Non ST Elevation Myocardial Infarction.

The themes obtained from the data analysis of the sixteen participants are as follows. First, they have mistaken the ACS symptoms with other symptoms. This means the inability of participants to recognize ACS symptoms when they first experience a heart attack, and before getting an explanation from a health worker (doctor). This theme has two subthemes namely the lack of knowledge related to the symptoms of ACS and their perception, i.e. believing the symptoms of ACS as the symptoms of previously suffered diseases such as asthma, ulcer, and stroke.

The first subtheme of the lack of knowledge related to the symptoms of ACS shows the difficulties of participants in recognizing the symptoms of ACS experienced. Here are the participants' statements:

At first I am feeling... What do you call it? Every time, I often experience cold sweat and then such my heart beats fast and pain here (put the hand on the chest). The left side feels painful. I do not know if this is a heart attack, this happens almost every week. Constant pain, then cold sweat, and then I feel like my body is so weak (Patient Number 3).

I did not feel anything before. Then, suddenly I felt such pain in here (holding the chest to the left), like there were needles on it. Then after I read, it is indeed a sign of coronary heart attack. There was cold sweat as well (Patient Number 5).

At first, I felt my stomach bloated, hard to breath and I felt pain in the chest, the pain even goes through the chest to my back. I did not know what to do or what it was; my family asked me to have the medicated oil, and then at 8 o'clock (night) I could not stand the pain and my family took to the hospital (Patient Number 6).

I do not know if I have a coronary heart disease. My chest is so painful. The doctor said I had to have a heart record and it turned out I was exposed to the coronary heart disease. It should be treated and I must take continuous medication (Patient Number 8).

Mother often told me that her heart is often pounding, sometimes pain in the chest. I did not know if it is heart disease symptoms. I said maybe mom is less drink or less rest. However,

because it is often complained by my mother and worse, so I recommend to see a doctor. From the doctor was just knowing if my mother was exposed to coronary heart disease, immediately told to take care (Family Member Number 3).

Before the heart attack, my wife was often dizzy, sometimes that night often ask the children to massage the hands and around the neck. I think it may be because she is fatigued, my wife is a teacher. Said a doctor, such symptoms because the heart can (Family Member Number 5).

At first my mother was asleep, late afternoon. Calling me, tell me to get medicate oil. I do not think anything, my mother often uses medicated oil. A few hours later, my mother complained hard to breathe, I am confused, so asked for help to neighbours to take my mother to the hospital (Family Member Number 6).

I knew my mother had been exposed heart attack at the hospital after being examined. I think maybe my mother was cold, fatigue, my mother does work in the shop, said I was dizzy, then she vomits. I was afraid of anything happening to her so I brought her to the hospital. I know that her heart was troubled in the hospital (Family Member Number 7).

Before she was taken to the hospital, my mother was complaining that her chest was warm, I did not know; ... I give drinking water, have a break. A few hours later, she said her chest felt narrow, so check. The doctor said there is a problem in the heart and should be monitored at the hospital (Family Member Number 8).

The participants' statements above indicate that they are not aware that the symptoms experienced are heart attacks. They experience confusion in interpreting the symptoms. It can be seen from sentences, like "I do not know if this is a heart attack", "I am confused", "I do not think anything" and "I do not know if I have a coronary heart disease", explaining that they never get an introduction to symptoms of the coronary heart attack.

Another subtheme of mistake in recognizing the symptoms of ACS is their perception, i.e. believing their symptoms as the symptoms of previously suffered diseases such as asthma, ulcer, and stroke. This subtheme implies that the first time participants got a heart attack, they did not interpret the symptoms as ACS. This can be seen from the following participants' statements:

... chest was so painful, like being stabbed with a sharp knife and it went through the chest to my back; ... I was breathless and I found sleeping difficult, I thought it was asthma or maybe something was wrong with my lungs; I could not lie down, just sit; ... I have asthma because my father also suffers from it (Patient Number 1).

... I took medication for ulcer for a week as I do suffer from ulcer; ... I suffered from nausea, and I lost my appetite, I could not eat anything; then my family called a health worker. I got an injection and medicine as well for my ulcer, but my condition did not improve; then my family took me to Malang; ... The doctor said it was heart attack; I had to ask for a referral to the Turen Health Center; then I knew it was a heart attack (Patient Number 2).

First my chest felt like burning; I did not understand, took medicine; ... sometimes at night, noon, or morning, often at night. I often wake up at midnight; I did not know it was the heart attack symptoms, and I thought it was stroke symptoms (Patient Number 4).

I was working at that time. I felt something painful in my chest; I thought it was ulcerated. After the x-ray, I knew it was my heart. Other organs were good, it has been just my heart. (Patient Number 7).

One week before went to public health centre, my husband often said that his chest is painful, ... creeping backward, his breath was sometimes short, he said; ... asking for massage, is sleep can not supine, but sitting. I think what asthma, because

my husband has asthma since long time; ... then by my brother was treated at home given infusion, said it is a lung infection. The night of Friday infusion was trouble, home of my brother is far, asked me to take my husband to public health centre. From a public health refers to Kepanjen hospital. In Kepanjen, the doctor said my husband has coronary heart disease (Family Member Number 1).

My father got medication from the nurse near here, given the medicine. The nurse said that stomach acid of my father increased. A few days there was no improvement, vomiting, nausea continued, breathless, finally taken to the doctor. The doctor asks for a referral letter from the public health center; ... said it should be treated in the hospital, possibility his heart there is a constriction (Family Member Number 2).

Before experienced heart attack, my husband had suffered a stroke since 5 years ago. Before knowing, having heart disease, the night often said that his chest is heavy, asking to take warm drinking water, then his hands say it often tingling asking to massage. I think what might be the impact of a stroke, when the Monday night it is an accident, ask to be escorted to the hospital, said pain in the chest is hard (Family Member Number 4).

The above participants' statements reveal that when experiencing ACS symptoms during a heart attack, they perceive the symptoms as the symptoms of asthma, ulcer, and the effects of stroke. The statements can be seen in the sentences, such as "I thought it was asthma", then the expression "I took medication for ulcer". The phrases indicate that the symptoms experienced by the participants are interpreted as a symptom of the disease that they previously had experienced.

DISCUSSION

The results show that there has been a failure in recognizing the ACS symptoms during the first attack by patients and family members. This can be seen from participants' misunderstanding and mistake in interpreting the symptoms of ACS. Some participants perceive that the symptoms they experience are symptoms of recurrence of diseases such as asthma, ulcer, and stroke, and not a health condition that requires immediate treatment.

The findings in the study support the results of previous research conducted by Ribeiro et al. [24]. They explain that the majority of patients (62.6%) do not perceive the symptoms as ACS before the explanation from the doctor, and the majority (58%) who perceive the symptoms as the symptoms of ACS have had a history of previous ischaemic heart disease [24]. Patients who have had previous ACS have a shorter delay time than those without experience [25].

Failure of family members to recognize symptoms and threats ACS illustrate how people perceive ACS. The findings in the study support the results of previous research conducted by Intas et al. [26]. They explain that there is no general public able to answer all questions about the signs and symptoms of a proper heart attack. The same is also expressed by Whitaker et al. [14] that knowledge of the symptoms of myocardial infarction in the general population is still in the less category. Based on this, one of the efforts to increase public knowledge about ACS is by providing health education. Darsin Singh et al. [27] find that educational programs conducted by health professionals are able to improve the level of knowledge, attitudes and beliefs about ACS. It means that people who have received information about ACS will easily recognize the symptoms of ACS experienced by their family members, and will have an impact on decision making to seek immediate care, so delays can be minimized.

Mistakes in interpreting ACS will have an impact on delay in seeking treatment [9]. Patients who do not have a good awareness of the symptoms of ACS will attempt to treat themselves and wait for symptoms to disappear [28]. Meanwhile, individuals who recognize the symptoms in the heart will decide to seek treatment immediately, so the delay is reduced [16, 25, 29].

Patients with ACS will clearly benefit if they receive timely treatment. The reperfusion action provides highly optimized results if performed in the first hours after onset. However, in the context of the relationship between patient and health care, delays are a major cause of treatment failure [30], and high mortality in hospitals [31].

CONCLUSIONS

The results of this study reveal that delays in seeking health care at the time of the first heart attack, caused by the failure of the participants to recognize ACS symptoms and its threat to life. Participants interpret the symptoms of ACS as a symptom of another disease they suffered previously. This suggests that the im-

portance of educating the introduction of ACS symptoms to the community, which includes topics on the difference between ACS symptoms and other diseases such as asthma, ulcer, and stroke. Then, health professionals also must educate them about potential threats if they are late for treatment at the time of experiencing the symptoms, so that mortality due to ACS can be lowered.

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to send our gratitude to the Faculty of Medicine Universitas Brawijaya.

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

Conflicts of interest: The authors declare no conflicts of interest.

REFERENCES

- Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. *Circulation* 2014; 130(25): e344-e426, doi: 10.1161/CIR.0000000000000134.
- Khoshchreh M, Groves EM, Tehrani D, et al. Changes in mortality on weekend versus weekday admissions for acute coronary syndrome in the United States over the past decade. *Int J Cardiol* 2016; 210: 164–172, doi: 10.1016/j.ijcard.2016.02.087.
- Nofal HK, Abdulmohsen M, Khamis AH. Incidence and causes of sudden death in a university hospital in eastern Saudi Arabia. *East Mediterr Health J* 2011; 17(9): 665–670.
- Deo R, Albert CM. Sudden cardiac death epidemiology and genetics of sudden cardiac death. *Circulation* 2012; 125: 620–637, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.023838.
- Mega JL, Morrow DA. ST-Elevation myocardial infarction: management. In: Mann DL, Zipes DP, Libby P, et al., eds. *Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012: 1095–1143.
- Boersma E, Maas ACP, Deckers JW, et al. Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. *Lancet* 1996; 348: 771–775.
- Lassen JF, Bøtker HE, Terkelsen CJ. Timely and optimal treatment of patients with STEMI. *Nat Rev Cardiol* 2012; 10(1): 41–48, doi: 10.1038/nrcardio.2012.156.
- Darawad MW, Alfasfos N, Saleh Z, et al. Predictors of delay in seeking treatment by Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Int Emerg Nurs* 2016; 26: 20–25, doi: 10.1016/j.ienj.2015.09.003.
- Koc S, Durna Z, Akin S. Interpretation of symptoms as a cause of delays in patients with acute myocardial infarction, Istanbul. *East Mediterr Health J* 2017; 23(4): 287–294.
- Wechkunanukul K, Grantham H, Clark RA. Global review of delay time in seeking medical care for chest pain: an integrative literature review. *Aust Crit Care* 2016; 30(1): 13–20, doi: 10.1016/j.aucc.2016.04.002.
- Dharma S, Juzar DA, Firdaus I, et al. Acute myocardial infarction system of care in the third world. *Neth Heart J* 2012; 20: 254–259, doi: 10.1007/s12471-012-0259-9.
- Khan MS, Jafary FH, Faruqui AM, et al. High prevalence of lack of knowledge of symptoms of acute myocardial infarction in Pakistan and its contribution to delayed presentation to the hospital. *BMC Public Health* 2007; 7: 1–8, doi: 10.1186/1471-2458-7-284.
- Leslie WS, Urie A, Hooper J, et al. Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. *Heart* 2000; 84: 137–141, doi: 10.1136/heart.84.2.137.
- Whitaker S, Baldwin T, Tahir M, et al. Public knowledge of the symptoms of myocardial infarction: a street survey in Birmingham, England. *Fam Pract* 2012; 29: 168–173, doi: 10.1093/fampra/cmr079.
- O'Brien F, O'Donnell S, McKee G, et al. Knowledge, attitudes, and beliefs about acute coronary syndrome in patients diagnosed with ACS: an Irish cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013; 12(2): 201–208, doi: 10.1177/1474515112446544.
- Thureson M, Lindahl B, Svensson L, et al. Thoughts, actions, and factors associated with prehospital delay in patients with acute coronary syndrome. *Heart Lung* 2007; 39(6): 398–409, doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.02.001.
- Reiners GM. Understanding the differences between Husserl's (descriptive) and Heidegger's (interpretive) phenomenological research. *J Nurs Care* 2012; 1(5): 1–3, doi: 10.4172/2167-1168.1000119.
- Padilla-Díaz M. Phenomenology in educational qualitative research: philosophy as science or philosophical science? *Int J Educ Excell* 2015; 1(2): 101–110.
- Ministry of Health of the Republic of Indonesia. Infodatin: heart health situation [Internet]. Republic of Indonesia: Data and information Center of Ministry of Health; 2014. Available from URL: <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf>.
- Gentles SJ, Charles C, Ploeg J, et al. Sampling in qualitative research: insights from an overview of the methods literature. *Qual Rep* 2015; 20(11): 1772–1789.
- Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011: 90.
- Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implication for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci* 2013; 15(3): 398–405, doi: 10.1111/nhs.12048.
- Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *Psychologist* 2013; 26(2): 120–123.
- Ribeiro V, Melão F, Rodrigues JD, et al. Perception of illness symptoms in patients with acute coronary syndrome: a need to improve. *Rev Port Cardiol* 2014; 33(9): 519–523, doi: 10.1016/j.repc.2013.09.017.
- Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, et al. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital-delay. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009; 8(1): 26–33, doi: 10.1016/j.ejcnurse.2008.05.001.
- Intas G, Tsolakoglou J, Stergiannis P, et al. Do Greek citizens have minimum knowledge about heart attack? A survey. *Health Science Journal* 2015; 9(55): 1–6.
- Darsin Singh SK, Ahmad A, Rahmat N, et al. Nurse-led intervention on knowledge, attitude and beliefs towards acute coronary syndrome. *Nurs Crit Care* 2016; 1–6, doi: 10.1111/nicc.12240.
- Rasmussen C-H, Munck A, Kragstrup J, et al. Patient delay from onset of chest pain suggesting acute coronary syndrome to hospital admission. *Scand Cardiovasc J* 2003; 37(4): 183–186.
- Ottesen MM, Dixon U, Torp-Pedersen C, et al. Prehospital delay in acute coronary syndrome: an analysis of the components of delay. *Int J Cardiol* 2004; 96: 97–103, doi: 10.1016/j.ijcard.2003.04.059.
- Joob B, Wiwanitkit V. Acute chest pain: what about the time before visiting to the physician? *J Acute Dis* 2013; 2(4): 330–331, doi: 10.1016/S2221-6189(13)60154-7.
- Rivero F, Bastante T, Cuesta J, et al. Factors associated with delays in seeking medical attention in patients with ST-segment elevation acute coronary syndrome. *Rev Esp Cardiol* 2015; 69(3): 279–285, doi: 10.1016/j.rec.2015.07.029.

Address for correspondence:

Kumboyo Kumboyo, MN
 abu_hilmi.fk@ub.ac.id / publikasikoe@gmail.com
 Tel: +6281805004106; Fax: +62 0341 564755

Received: 20.04.2018

Revised: 30.04.2018

Accepted: 05.05.2018

OCENA STYLÓW MYŚLENIA WŚRÓD POŁOŻNYCH ZATRUDNIONYCH W WYBRANYCH SZPITALACH NA TERENIE WOJEWÓDZTW: MAZOWIECKIEGO, PODLASKIEGO, WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO I LUBELSKIEGO

Assessment of modes of thinking among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Warmian-Masurian and Lublin Voivodeships

Olga Szpanka¹, Joanna Gotlib²

¹ Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Szpital Powiatowy Gajda-Med w Pułtusk

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

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

STRESZCZENIE

Wstęp. Praca w zawodzie medycznym wymaga odpowiedzialności, zaangażowania i ogromnej odporności na warunki stresogenne. Położne w swoim zawodzie obcują zarówno z początkiem nowego życia, jak i ze śmiercią. Reakcje są różnorodne. Stosunek do pracy i zachowania w pracy różnią się w zależności od wieku, czasu pracy, ale głównie od stylu myślenia i poglądów położnych. W literaturze bardzo trudno jest znaleźć informacje na temat stylu myślenia pracowników służby zdrowia, jest to temat istotny w środowisku współpracowników i rodziców, dlatego jest tematem nowatorskim.

Cel pracy. Ocena stylów myślenia wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego.

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

Metody. Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe zostały przeprowadzone w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Do badań wykorzystano Kwestionariusz Oceny Stylów Myślenia (REI-40). Kwestionariusz ankiety rozdawany był respondentkom osobiście przez autorów badania.

Wyniki. Położne uczestniczące w badaniu cechowały się średnim nasileniem komponenty logicznej oraz zaangażowania sfery logicznej. Te dwa wymiary oznaczają, że biorące udział w badaniu respondentki cechowały się nie tylko średnim nasileniem deklarowanych zdolności do myślenia logicznego i analitycznego, ale także przeciętnym wykorzystaniem tego stylu myślenia w swojej pracy. Podobne wyniki odnotowano w odniesieniu do komponentu emocjonalnego oraz zaangażowania sfery emocjonalnej. Scharakteryzowano położne uczestniczące w badaniu pod względem dwóch stylów myślenia: analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC) oraz intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI). Analizowana grupa respondentek cechowała się średnim nasileniem obydwu stylów myślenia. Nie zaobserwowano, aby któryś z tych stylów dominował w omawianej grupie badanych osób. Wykazano, że około 30% respondentek cechowało się wysokim nasileniem analityczno-racjonalnego stylu myślenia, a około 33% wykazywało wysokie nasilenie intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia. Przeprowadzona analiza wykazała, że około 39% badanych położnych cechowała się wysokim nasileniem analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC) oraz intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI). Przy zastosowaniu analiz zależności wykazano istotną zależność między

SUMMARY

Background. Responsibility, commitment, and enhanced resistance to stress are necessary for practising a medical profession. Midwives assist both birthing and dying processes. Their reactions vary. An attitude towards work and behaviour at workplace differ by age and job tenure, but mainly by modes of thinking and views represented by midwives. It is hard to find any data on modes of thinking of health professionals in the literature. However, the issue is important for co-workers and parents, hence this is a novel study.

Objectives. The study aimed to assess modes of thinking among midwives employed in selected hospitals in Masovian, Podlasie, Warmian-Masurian and Lublin Voivodeships.

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

Methods. A voluntary and anonymous questionnaire study was conducted among midwives employed in six healthcare entities in Central and Eastern Poland. The Rational Experiential Inventory (REI-40) was used in the study. The questionnaire was personally handed out to study participants by the present author.

Results. Midwives participating in the study had medium levels of rationality and rational engagement. The two dimensions mean that study participants not only had a medium level of rational and analytical thinking, but they also did not exceed the average when it comes to using this thinking style at work. Similar results were found with reference to the experientiality and experiential engagement. Midwives participating in the study were assessed in terms of two modes of thinking: analytical-rational (NFC) and intuitive-experiential (FI). The respondents had a medium level of both modes of thinking concerned. None of the styles were observed to be dominant among the study group. It was demonstrated that approximately 30% of respondents scored high on analytical-rational thinking and about 33% of all scored high on intuitive-experiential thinking. The analysis showed that approximately 39% of midwives participating in the study scored high on analytical-rational thinking (NFC) and intuitive-experiential thinking (FI). Correlation analyses found a significant link between the level of analytical-rational thinking (NFC) and the level of intuitive-experiential thinking (FI).

Conclusions. Midwives participating in the study had medium levels of both rational-analytical thinking (NFC) and intuitive-experiential thinking (FI). This may suggest that, depending on their present situation,

nasileniem analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC) a nasileniem intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI).

Wnioski. Analizowana grupa położnych cechowała się średnim nasileniem zarówno analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC), jak i intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI). Sugerować to może, że położne w zależności od sytuacji, w jakiej aktualnie się znajdują, mogą wykorzystać ten styl, który jest bardziej efektywny, daje lepsze możliwości adaptacyjne w pracy klinicznej. Jednakże wymaga to dalszych badań weryfikacyjnych.

Słowa kluczowe: kompetencje społeczne, kompetencje komunikacyjne, położne, style myślenia.

WSTĘP

Podstawowym elementem pracy położnej jest opieka nad kobietą, zarówno ciężarną, położnicą, jak i w okresie senu. Kobieta w każdym okresie swojego życia oczekuje wsparcia, informacji i pomocy od osoby, którą darzy zaufaniem. Wymaga zapewnienia holistycznej opieki i wsparcia [1, 2].

Zadowolenie pacjentki ze sprawowanej nad nią opieki wynika m.in. z wykształcenia, jakie posiada, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, posiadanej liczby dzieci, aktywności zawodowej, ale przede wszystkim od przebiegu ciąży, porodu i przeżyć związanych z porodem, rodzajem porodu i czasem przebywania na oddziale położniczym [3–5].

W związku z tym na położnej spoczywa ogromna odpowiedzialność wynikająca z wykonywanego zawodu, jest to zawód stresogenny i obciążający psychicznie. Istotnie ważne są staż i czas pracy, atmosfera oraz sukcesy w życiu prywatnym, ale przeważający jest styl myślenia położnej, który przekłada się na podejście położnej do sytuacji, w której znalazła się pacjentka, jej współczucie i wsparcie [6, 7].

Styl myślenia to mechanizm określający szybkość, typ reakcji oraz naturalny sposób rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji. Według Cognitive-Experiential Self-Theory są dwa rodzaje stylów przetwarzania informacji: racjonalne i doświadczone. W związku z tym osoba może cechować się dużym nasileniem obydwu tych stylów. Jednakże zastosowanie któregoś ze stylów uwarunkowane może być specyfiką sytuacji, w jakiej znajduje się dana osoba [8].

Zachowanie położnej w jej miejscu pracy ściśle wiąże się z tym, czy przeważa myślenie racjonalne, czy kieruje się doświadczeniem w swoim postępowaniu. Tym samym przekłada się to na odczucia pacjentki będącej pod opieką.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena stylów myślenia wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego.

W nawiązaniu do celu głównego pracy sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest nasilenie analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC) oraz intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI) u położnych?
2. Jaki jest procent położnych, które charakteryzują się wysokim lub bardzo wysokim nasileniem NFC oraz FI?
3. Jaki jest procent położnych, które charakteryzują się niskim lub bardzo niskim nasileniem NFC oraz FI?
4. Czy wiek położnych wykazuje związek z nasileniem analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC) lub intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI)?

MATERIAŁ

W badaniach udział wzięły łącznie 153 położne (100% kobiet) zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Średnia wieku w badanej grupie kobiet wyniosła 46,84 lata (SD: 12,44; min: 24 lata; maks: 61 lat; mediana: 50; modalna: 52). Zdecydowana większość badanych kobiet to mężatki ($n = 125$, 81%), panny stanowiły tylko 16%

midwives may choose the style that is more effective that provides them with increased adaptability in their practice. However, further research is needed for verification of the findings.

Key words: social competence, communication competence, midwives, modes of thinking.

badanych ($n = 26$). Większość badanych ($n = 102$, 66%) mieszkała w miastach do 100 tys. mieszkańców. 32 osoby zadeklarowały, że mieszkają na wsi ($n = 32$, 2%). Tylko 13 osób badanych zamieszkiwało miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców, a 5 osób badanych – miasto powyżej 500 tys. mieszkańców.

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

Większość badanych ($n = 92$, 60%) miała wykształcenie średnie medyczne, 20% (32 osoby) ukończyło studia I stopnia, 19% ($n = 30$) – studia magisterskie. Żadna z badanych położnych nie miała stopnia doktora.

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

Odsetek zwrotu ankiet

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

METODY

Dobrowolne i anonimowe badania ankietowe zostały przeprowadzone w grupie położnych zatrudnionych w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej. Kwestionariusz ankiety rozdawany był respondentkom osobiście przez autorów badania.

Do badań wykorzystano Kwestionariusz Oceny Stylów Myślenia (REI-40) [6]. Ankieta składała się z 40 stwierdzeń dotyczących stylów myślenia ankietowanych, w tym: racjonalnego myślenia, zaangażowania oraz doświadczenia. Stwierdzenia te oceniane były przez respondentów w pięciostopniowej skali Likerta: od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało stwierdzenie, z którym ankietowany całkowicie się nie zgadza lub stwierdzenie jest całkowicie nie trafne, a 5 oznacza stwierdzenie, z którym ankietowany zdecydowanie się zgadza lub stwierdzenie jest całkowicie trafne.

W kwestionariuszu oceniano 4 domeny, w skład których wchodzi: komponenta logiczna emocjonalna oraz zaangażowanie sfery logicznej i emocjonalnej. Komponenta logiczna to zdolność myślenia logicznego i analitycznego, a zaangażowanie sfery logicznej odnosi się do myślenia w sposób analityczny. Komponenta emocjonalna odnosi się do zaufania do wrażeń intuicyjnych i uczuć, a zaangażowanie sfery emocjonalnej odnosi się do polegania na uczuciach i intuicjach w podejmowaniu decyzji. Racjonalność i doświadczenie uzyskuje się przez zsumowanie ich odpowiedniej zdolności i wyników.

Kwestionariusz Oceny Stylów Myślenia REI-40 zawierał również 9 pytań dotyczących danych socjodemograficznych respondentek biorących udział w badaniu: płeć, wiek (rok urodzenia), stan cywilny, miejsce stałego zamieszkania, rodzaj ukończonej szkoły, wykształcenie, staż pracy, forma zatrudnienia oraz zajmowane stanowisko.

Analiza uzyskanych wyników

Kwestionariusz REI-40 (Kwestionariusz Postaw Logiczno-Empirycznych) zawiera 40 stwierdzeń. 19 stwierdzeń to stwierdzenia z odwrotną skalą (4, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 22, 25, 27, 29, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39). Stwierdzenia te zostały przekodowane przed wykonaniem zliczenia wyników badania.

Kwestionariusz REI-40 składa się z 4 podskal: 1. Umiejętności logiczne, 2. Postawa logiczna, 3. Umiejętności emocjonalne, 4. Postawa emocjonalna. Ocenia w badanej grupie dwa style myślenia: 1) REI-R – analityczno-racjonalny styl myślenia oraz 2) REI-E – intuicyjno-empiryczny styl myślenia.

Analiza statystyczna uzyskanych wyników

W pracy wykorzystano metody statystyki opisowej, uzyskane w badaniach dane przedstawiono z użyciem m.in. takich statystyk, jak liczby i odsetek udzielonych odpowiedzi.

Opinia Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Autorzy niniejszej pracy nie uzyskali zgody Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na przeprowadzenie prezentowanych badań ze względu na fakt, że według komunikatu Komisji Bioetycznej WUM: „Komisja nie wydaje opinii w sprawie badań ankietowych, retrospektywnych i innych nieinwazyjnych badań naukowych” [9].

WYNIKI

Położne uczestniczące w badaniu cechowały się średnim nasileniem komponenty logicznej (*Rational Ability*) oraz zaangażowania sfery logicznej (*Rational Engagement*). Te dwa wymiary oznaczają, że biorące udział w badaniu respondentki cechowały się nie tylko średnim nasileniem deklarowanych zdolności do myślenia logicznego i analitycznego, ale także przeciętnym wykorzystaniem tego stylu myślenia w swojej pracy (tab. 1). Podobne wyniki odnotowano w odniesieniu do komponentu emocjonalnego (*Experiential Ability*) oraz zaangażowania sfery emocjonalnej (*Experiential Engagement*) (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka położnych pod względem nasilenia analizowanych komponentów stylów myślenia ($n = 153$)

Komponent stylu myślenia	Średnia	Mediana*	SD
Komponenta logiczna	3,42	3,40	0,42
Zaangażowanie sfery logicznej	3,10	3,10	0,39
Komponenta emocjonalna	3,26	3,20	0,37
Zaangażowanie sfery emocjonalnej	3,08	3,10	0,43

* – im wynik bliżej wartości 5,0, tym większe nasilenie danej cechy (silniejszy wpływ na styl podejmowania decyzji); SD – odchylenie standardowe.

W dalszej kolejności scharakteryzowano położne uczestniczące w badaniu pod względem dwóch stylów myślenia: analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC) oraz intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI). Analizowana grupa respondentek cechowała się średnim nasileniem obydwu analizowanych

stylów myślenia. Nie zaobserwowano, aby któryś z tych stylów dominował w omawianej grupie badanych osób (tab. 2).

Tabela 2. Charakterystyka położnych pod względem stylów myślenia ($n = 153$)

Styl myślenia	Średnia	Mediana	SD	Min	Maks	CV
NFC (Analityczno-racjonalny styl myślenia)	64,3	64,0	5,82	47,0	77,0	9,1%
FI (Intuicyjno-doświadczeniowy styl myślenia)	64,2	65,0	5,42	51,0	80,0	8,4%

W celu dokładniejszej analizy nasilenia stosowanych przez analizowaną grupę położnych stylów myślenia dokonano standaryzacji wyników surowych na skalę stenową. W skali stenowej wyróżnia się następujące rodzaje wyników: bardzo niskie (sten 1), niskie (steny 2–3), przeciętne (steny 4–6), wysokie (steny 7–8) oraz bardzo wysokie (steny 9–10). Zaprezentowana analiza wykazała, że około 30% respondentek cechowała się wysokim nasileniem analityczno-racjonalnego stylu myślenia oraz około 33% wykazywała wysokie nasilenie intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (tab. 3).

Tabela 3. Charakterystyka położnych pod względem stopnia nasilenia analizowanych stylów myślenia ($n = 153$)

Wyniki	NFC (Analityczno-racjonalny styl myślenia)		FI (Intuicyjno-doświadczeniowy styl myślenia)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Bardzo niskie	3	1,9	4	2,5
Niskie	21	13,3	17	10,8
Przeciętne	86	54,8	84	53,6
Wysokie	39	24,9	41	26,1
Bardzo wysokie	8	5,1	11	6,8

Przeprowadzona analiza wykazała, że około 39% badanych położnych cechowała się wysokim nasileniem analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC) oraz intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI). Podobny procent ankietowanych cechował się niskim nasileniem obydwu analizowanych stylów myślenia. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 4. Przy zastosowaniu analiz zależności wykazano istotną zależność między nasileniem analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC) a nasileniem intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI) (współczynniki gamma Goodmana-Kruskala = 0,614).

Tabela 4. Charakterystyka położnych pod względem stopnia nasilenia analizowanych stylów myślenia ($n = 153$)

NFC (Analityczno-racjonalny styl myślenia)	FI (Intuicyjno-doświadczeniowy styl myślenia)		
	niski (sten 1-3)	średni (sten 4-7)	wysoki (sten 8-10)
Niski (sten 1-3)	38,10% ($n = 8$)	13,64% ($n = 15$)	3,85% ($n = 1$)
Średni (sten 4-7)	57,14% ($n = 12$)	75,45% ($n = 83$)	57,69% ($n = 15$)
Wysoki (sten 8-10)	4,76% ($n = 1$)	10,91% ($n = 12$)	38,46% ($n = 10$)

n – liczba respondentek.

Tabela 5. Charakterystyka stylów myślenia położnych w kontekście ich wieku ($n = 153$)

Sten	Grupa wiekowa		
	< 41 lat	41-50 lat	> 50 lat
NFC (Analityczno-racjonalny styl myślenia)			
Niski (sten 1-3)	0,00% ($n = 0$)	43,48% ($n = 10$)	56,52% ($n = 13$)
Średni (sten 4-7)	8,74% ($n = 9$)	50,49% ($n = 52$)	40,78% ($n = 42$)
Wysoki (sten 8-10)	13,04% ($n = 3$)	43,48% ($n = 10$)	43,48% ($n = 10$)
FI (Intuicyjno-doświadczeniowy styl myślenia)			
Niski (sten 1-3)	0,00% ($n = 0$)	38,10% ($n = 8$)	61,90% ($n = 13$)
Średni (sten 4-7)	7,69% ($n = 8$)	53,85% ($n = 56$)	38,46% ($n = 40$)
Wysoki (sten 8-10)	16,67% ($n = 4$)	33,33% ($n = 8$)	50,00% ($n = 12$)

n – liczba respondentek.

W przeprowadzonym badaniu nie wykazano także związku między wiekiem położnych a nasileniem intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI) (wartość współczynnika gamma Goodmana-Kruskala = -0,178). Podobny brak związku odnotowano w przypadku analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC) (wartość współczynnika gamma Goodmana-Kruskala = -0,188). Szczegółową charakterystykę preferowanego stylu myślenia w odniesieniu do wieku badanych położnych zaprezentowano w tabeli 5.

DYSKUSJA

Ludzie różnią się między sobą sposobem przetwarzania informacji, wpływa to na sposób, w jaki postrzegają świat, jakie podejmują decyzje oraz w jaki sposób rozwiązują swoje problemy. Odpowiedzialne za to są czynniki osobowe i sytuacyjne [10, 11]. Celem pracy szwedzkich studentów Björklund i Bäckström było zbadanie właściwości psychometrycznych nowej wersji REI-40, która być może jest miarą indywidualnych różnic w stylach przetwarzania [8]. Pacini i Epstein opracowali wersję testu dla zmierzenia racjonalnego i emocjonalnego myślenia z podskala: Zdolność i zaangażowanie. W badaniach oceniono REI-40 pod względem jego właściwości psychometrycznych. Stwierdzono, że hipotetyczna struktura czynników była wspierana w analizie czynnikowej, wiarygodność była zadowalająca dla wszystkich czynników, czynniki wykazywały korelację z innymi cechami osobowości, a test został pokazany, aby przewidzieć wydajność w powiązonym zadaniu. Wnioskując, obecna wersja testu ma zadowalające właściwości psychometryczne i może być wykorzystana w obecnej postaci, będzie użytecznym narzędziem badawczym do wychwytywania indywidualnych różnic w przetwarzaniu informacji [12].

Nowa wersja REI, która mierzy logiczne i emocjonalne style myślenia, została przetestowana i zatwierdzona w dwóch badaniach. W pierwszej grupie pokazano, że oba style myślenia są niezależne i różnie powiązane z szeroką gamą zmiennych, zgodnie z przewidywaniami z poznawczo-emocjonalnej self-theory (CEST, Epstein 1994). Racjonalność była w znacznym stopniu związana z dostosowaniem, siłą ego i samokontrolą, a Doświadczenie było w znacznym stopniu związane z pozytywnymi relacjami międzyludzkimi i ekspresyjnością emocjonalną. W badaniu 2, Racjonalność była związana z unikaniem nieoptymalnych tendencji reagowania, zgodnie z wynikami samokontroli grupy 1. Nowy wskaźnik REI stanowi znaczącą poprawę w zakresie pomiaru racjonalnych i emocjonalnych stylów myślenia, a także mierzy aspekty osobowości, poza już ustalonym testem osobowości [13-15].

Wyniki pracy sugerują, że istnieje silna tendencja do angażowania się w heurystyczne przetwarzanie, które jest spójne dla poszczególnych różnic w racjonalnych i emocjonalnych stylach myślenia. Wysoki poziom racjonalności kontroluje tendencję do przetwarzania w sposób emocjonalny. Reakcja na wzrost zależy od różnic w stylach myślenia, zarówno racjonalnego, jaki i emocjonalnego. Ważną funkcją adaptacyjną racjonalnego przetwarzania jest kontrolowanie wpływu przetwarzania emocjonalnego, szczególnie u osób o silnych skłonnościach empirycznych. Rezultat jest taki, że racjonalność jest ważniejsza w określeniu niezależnie od tego, czy odpowiedź emocjonalna jest dokonywana w paradygmacie RB [8].

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że położne cechowały się średnim nasileniem zarówno w intuicyjno-doświadczeniowym stylu myślenia (FI), jak i analityczno-racjonalnym stylu myślenia (NFC). Innymi słowy, w omawianej grupie położnych nie dominował ani racjonalny, ani intuicyjny styl myślenia.

Brak dominacji jednego stylu myślenia nad drugim jest zgodny z zaprezentowanym przez Epsteina (1994) modelem CEST (*Cognitive-Experiential Self-Theory*). Zgodnie z CEST, zarówno racjonalnym, jak i intuicyjnym, styl myślenia należy traktować jako dwa równoległe uzupełniające się style myślenia. Dominacja jednego nad drugim może być uzależniona od aktualnie panujących warunków, w jakich znalazła się dana osoba. Zdaniem

Epsteina, racjonalności i intuicyjności w myśleniu nie należy traktować jako krańców tego samego wymiaru, ale jako dwa równoległe względem siebie wymiary. W przypadku analizowanej grupy położnych zaobserwowano przeciętne nasilenie omawianych stylów myślenia. Może to sugerować większe możliwości adaptacyjne do nowej sytuacji, w jakiej mogą się znaleźć położne w swojej pracy klinicznej. W sytuacji braku efektywności jednego ze stylów myślenia położna może zastosować drugi. Daje to większe możliwości adekwatnej reakcji niż w sytuacji dominacji jednego stylu myślenia [16, 17].

Ahanchian i Hassanian [18] podkreślają, że style myślenia mogą mieć duże znaczenie w kontekście umiejętności rozwiązywania problemów, które stanowią jedne z kluczowych umiejętności w pracy klinicznej z pacjentem. Jest to związane z faktem podejmowania adekwatnych decyzji nie tylko w stanach nagłych, ale także umożliwiają profesjonalne podejście do pacjenta. Jednakże w badaniach, Ahanchian i Hassanian nie udało się jednoznacznie ustalić, jaki styl myślenia dominuje wśród studentów pielęgniarstwa. Nasilenie stylów myślenia było bardzo zróżnicowane i żadne z tych stylów nie dominowało w kwestii umiejętności rozwiązywania problemów. Dodatkowo, w badaniach Dowding i wsp. [19] oraz Hammond i wsp. [20] wykazano, że umiejętność podejmowania odpowiednich decyzji (ang. *decision making*) oscylowała w granicach od stylu myślenia analitycznego do intuicyjnego. Tym samym omawiani badacze podkreślili, że zarówno styl analityczny, jak i intuicyjny może być tak samo skuteczny. Niemniej jednak niektórzy badacze (Björk, Hamilton [21]) wskazują na większe znaczenie praktyczne analitycznego stylu myślenia w kontekście podejmowania decyzji w porównaniu do stylu intuicyjnego.

Brak znaczącej dominacji jednego z omawianych stylów myślenia może być wyjaśniony faktem, iż preferowany przez jednostkę styl myślenia nie jest predyspozycją stałą. Może on się zmieniać pod wpływem nie tylko czynników indywidualnych (np. wiek osób badanych), ale także pod wpływem czynników zewnętrznych (np. związanych ze stażem pracy czy nabywaniem nowych kompetencji zawodowych) [5, 22].

Należy zaznaczyć, że w badaniach wykazano, iż wraz ze stażem pracy zmienia się preferowany i stosowany w praktyce klinicznej styl myślenia. Na przykład, Björk i Hamilton [21] w badaniach z udziałem 2095 pielęgniarzek w czterech szpitalach w Norwegii zauważyli, że wraz ze stażem pracy w danej placówce pielęgniarki częściej stosowały intuicyjny styl myślenia, a nie racjonalny. Podobne obserwacje zostały także odnotowane przez Lauri i wsp. [23]. Omawiani badacze analizowali grupę składającą się z 236 zarejestrowanych pielęgniarzek pracujących na oddziałach geriatrycznych oraz 233 pielęgniarzek pracujących na innych oddziałach, m.in. chirurgicznych w Kanadzie, Finlandii, Szwecji, Szwajcarii i Stanach Zjednoczonych. Związek między stażem pracy a intuicyjnym stylem myślenia odnotowany był także w pracach zaprezentowanych m.in. przez Benner [24], Benner i wsp. [25, 26]. Należy mieć jednak na uwadze, że istnieją badania, które nie potwierdziły tej zależności, np. Lauri i wsp. [27] oraz Lauri i Salanterä [28]. W związku z powyższym kluczowe znaczenie miałyby wprowadzenie obserwacji zmiany nasilenia omawianych stylów myślenia w czasie. Umożliwiłoby to zweryfikowanie hipotezy dotyczącej związku między stażem pracy w danej placówce a dominacją stylu intuicyjnego. W prezentowanym badaniu średni czas stażu pracy w badanej grupie wyniósł 24,56 lat (SD: 10,16); przy czym najkrótszy odnotowany staż wyniósł 6 miesięcy, a najdłuższy – 39 lat. Być może tak duża rozbieżność w długości stażu pracy wpływała na uzyskanie rezultaty badań własnych.

W literaturze podkreśla się również, że dominacja intuicyjnego stylu myślenia może wynikać także z poziomu wykształcenia. Pielęgniarki, które podejmują dalsze działania mające na celu zwiększenie kompetencji zawodowych, cechują się intuicyjnym stylem myślenia. Dalsza edukacja wiązała się również z percepcją bardziej intuicyjnego podejmowania decyzji wśród norweskich pielęgniarzek (Björk, Hamilton [21]). Niestety badania

w tym zakresie nie są jednoznaczne. Istnieją badania, które nie potwierdziły tej zależności (Hoffman i wsp. [29]). Mimo to Lauri i wsp. [23] stwierdzili, że pielęgniarki z wyższym wykształceniem cechują się bardziej intuicyjnym stylem myślenia niż pielęgniarki z niższym wykształceniem. Należy jednak zaznaczyć, że próba zweryfikowania tej zależności jest stosunkowo trudna, ponieważ nabywanie odpowiednich kompetencji jest procesem rozłożonym w czasie. W związku z tym istnieje wiele zmiennych zakłócających (w tym także zmienne demograficzne) [13–15].

Należy zaznaczyć, że omawiana w badaniach własnych grupa położnych cechowała się dość dużą różnorodnością pod względem profilu wykształcenia. Największa grupa badanych ukończyła 2,5-letnią medyczną szkołę zawodową, 13 badanych ukończyło 2-letnią medyczną szkołę zawodową. 18 badanych (11%) ukończyło studia pomostowe I stopnia i kontynuowało kształcenie na studiach magisterskich uzyskując dyplom magistra położnictwa. Najmniejsza grupa badanych – zaledwie 5 osób – ukończyła studia jednolite magisterskie (studia 5-letnie). Dodatkowo należy podkreślić, że większość badanych miała wykształcenie średnie medyczne, 20% ukończyło studia I stopnia, a 19% – studia magisterskie. Żadna z badanych położnych nie miała stopnia doktora.

Ważną obserwacją wynikającą z prezentowanego badania było odnotowanie położnych, które cechowały się wysokim nasileniem obydwu analizowanych stylów myślenia, tj. intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI) oraz analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC), jak również odnotowanie położnych, które cechowały się niskim nasileniem obydwu tych stylów myślenia [14]. Jednakże te grupy były stosunkowo mało liczne, aby pozwolić na bardziej szczegółowe charakterystyki [30, 31].

W prezentowanym badaniu nie wykazano zależności między wiekiem a preferowanym stylem myślenia (analityczno-racjonalnym, jak i intuicyjno-doświadczeniowym stylem myślenia). W związku z tym można przypuszczać, że zmienna demograficzna, jaką jest wiek, nie ma kluczowego znaczenia w kontekście preferowanego stylu myślenia [15, 30].

Prezentowane badanie nie jest pozbawione ograniczeń, które należy wziąć pod uwagę przy interpretowaniu prezentowanych wyników. Przede wszystkim prezentowane wyniki są badaniami przekrojowymi. Nie można powiedzieć o zmianie nasilenia analizowanych stylów myślenia w czasie. Dodatkowo dobór próby był celowy, co mogło w znaczący sposób wpłynąć na uzyskane wyniki.

Mimo tych ograniczeń prezentowane badanie dostarcza ciekawych informacji na temat stylów myślenia wśród położnych. Zdecydowana większość badań w tym zakresie dotyczy pielęgniarek. Dodatkowo w badaniu uczestniczyły położne zatrudnione w sześciu podmiotach opieki zdrowotnej na terenie Polski środkowo-wschodniej.

WNIOSKI

Analizowana grupa położnych cechowała się średnim nasileniem zarówno analityczno-racjonalnego stylu myślenia (NFC), jak i intuicyjno-doświadczeniowego stylu myślenia (FI). Sugerować to może, że położne w zależności od sytuacji, w jakiej aktualnie się znajdują, mogą wykorzystać ten styl, który jest bardziej efektywny, daje lepsze możliwości adaptacyjne w pracy klinicznej. Jednakże wymaga to dalszych badań weryfikacyjnych.

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

BIBLIOGRAFIA

- Homer CS, Passant L, Brodie PM, et al. The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery* 2009; 25(6): 673–681.
- Bałanda A, Iwanowicz-Palus G, Makara-Studzińska M. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
- Marks ADG, O'Neill G, Hine DW. Role of affect, expectancies and dual processes of cognition in predicting adult cigarette smoking. *Aust J Psychol* 2008; 60(3): 160–167, doi: 10.1080/00049530701656273.
- Wong K, Kwong J, Ng C. When thinking rationally increases biases: the role of rational thinking style in escalation of commitment. *Applied Psychology – An International Review* 2008; 57(2): 246–271, doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00309.x.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*; 2013; doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2
- Chmal Z, Janowska Z. Elastyczne formy zatrudnienia i wynagrodzenia. Szanse i zagrożenia. *Pr Nauk Univ Ekon Wroc* 2012; 248(1): 158–167.
- Curtis P, Ball L, Kirkham M. Why do midwives leave? (Not) being the kind of midwife you want to be. *BJM* 2006; 14(1): 27–31.
- Björklund F, Bäckström M. Individual differences in processing styles: validity of the Rational-Experiential Inventory. *Scand J Psychol* 2008; 49(5): 439–446.
- Opinia Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Dostępna na URL: <http://komisja-bioetyczna.wum.edu.pl/content/szczegolnyC3%B3wC5%82owe-informacje-oraz-wzory-dokument%C3%B3w; data pobrania: 26.09.2014>. 23.
- Novak TP, Hoffman DL. The fit of thinking style and situation: new measures of situation-specific experiential and rational cognition. *J Consum Res* 2009; 36(1): 56–72, doi: 10.1086/596026.
- Witteman C, van den Bercken J, Claes L, et al. Assessing rational and intuitive thinking styles. *Eur J Psychol Assess* 2009; 25(1): 39–47, doi: 10.1027/1015-5759.25.1.39.
- Pacini R, Epstein S. The relation of rational and experiential information processing styles to personality, basic beliefs, and the ratio-bias phenomenon. *J Pers Soc Psychol* 1999; 76(6): 972–987, doi: 10.1037/0022-3514.76.6.972.
- Epstein S. The self-concept revisited or a theory of a theory. *Am Psychol* 1973; 28(5): 404–416, doi: 10.1037/h0034679.
- Epstein S, Pacini R, Denes-Raj V, et al. *Individual differences in heuristic processing*. Boston: University of Massachusetts; 1995.
- Epstein S, Pacini R, Denes-Raj V, et al. Individual differences in intuitive-experiential and analytical-rational thinking styles. *J Pers Soc Psychol* 1996; 71(2): 390–405, doi:10.1037/0022-3514.71.2.390.
- Tarkka MT, Paunonen M, Laippala P. Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. *Scand J Caring Sci* 2000; 14(3), doi: 10.1111/j.1471-6712.2000.tb00582.x.
- Butler J, Abrams B, Parker J. Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1407–1413.
- Ahanchian M, Hassanian Z. Relationship between thinking and problem solving styles in nursing students. *JNE* 2013; 2(3): 38–48.
- Dowding D, Spilsbury K, Thompson C, et al. The decision making of heart failure specialist nurses in clinical practice. *J Clin Nurs* 2009; 18(9): 1313–1324.
- Hammond KR, Hamm RM, Grassia J, et al. *Direct comparison of the efficacy of intuitive and analytical cognition in expert judgment*. In: Goldstein W, Hogarth RM, ed. *Research on judgment and decision making*. New York: Cambridge University Press; 1997.
- Björk IT, Hamilton GA. Clinical decision making of nurses working in hospital settings. *Nurs Res Pract* 2011, doi:10.1155/2011/524918.
- Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW, et al. Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. *Medical J Aust* 1995; 163(6): 289–293.
- Lauri S, Salanterä S, Chalmers K, et al. An exploratory study of clinical decision-making in five countries. *J Nurs Scholarsh* 2001; 33(1): 83–90.
- Benner P. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park (CA): Addison-Wesley Publishing; 1984.
- Benner P, Tanner C, Chesla C. From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *ANS Adv Nurs Sci* 1992; 14(3): 13–28.
- Benner P, Tanner CA, Chesla C. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer; 1996.
- Lauri S, Salanterä S, Callister LC, et al. Decision making of nurses practicing in intensive care in Canada, Finland, Northern Ireland, Switzerland, and the United States. *Heart Lung* 1998; 27(2): 133–142.
- Lauri S, Salanterä S. Decision-making models in different fields of nursing. *Res Nurs Health* 1998; 21(5): 443–452.
- Hoffman K, Donoghue J, Duffield C. Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. *J Adv Nurs* 2004; 45(1): 53–62.

30. Norris P, Pacini R, Epstein S. *The Rational-Experiential Inventory, short form*. Amherst: University of Massachusetts; 1998.
31. Gunnell JJ, Ceci SJ. When emotionality trumps reason: a study of in-

dividual processing style and juror bias. *Behav Sci Law* 2010; 28(6): 850–877, doi: 10.1002/bsl.939.

Adres do korespondencji:

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

Praca wpłynęła do redakcji: 15.04.2018 r.

Po recenzji: 15.05.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 28.05.2018 r.

DYSTROFIA MIĘŚNIOWA DUCHENNE’A – ROLA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM

Duchenne muscular dystrophy – the role of the nurse in taking care of the patient

Danuta Pulik¹, Patrycja Polańska¹, Roksana Gil¹, Katarzyna Mika¹, Justyna Spodzieja¹, Aleksandra Gałka¹, Ewa Poleska¹, Eleonora Mess²

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu (student)

²Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: eleonora.mess@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Jednymi z najczęściej występujących chorób mięśniowych są dystrofie. Jest to grupa schorzeń, w których proces zwyrodnieniowy przebiega wewnątrz włókien mięśniowych mięśni poprzecznie prążkowanych oraz tkanki łącznej, a charakteryzuje się zanikiem masy mięśniowej oraz postępującym osłabieniem mięśni szkieletowych, z zachowaniem czucia. Jedną z najczęściej spotykanych form jest dystrofia mięśniowa Duchenne’a, będąca schorzeniem allelicznym i dotycząca głównie osób płci męskiej. Może być przekazywana drogą dziedziczenia genetycznego lub powstawać *de novo*. Początek choroby przypada na 3., 4. r.ż. Charakterystyczne jest wystąpienie manewru Gowersa oraz kaczkowy chód, a także szereg innych objawów. W diagnostyce choroby wykorzystuje się m.in. badania biochemiczne krwi, badania genetyczne, biopsję oraz elektrokardiografię. W leczeniu dystrofii mięśniowej Duchenne’a stosuje się fizjoterapię, farmakoterapię oraz związaną z przyjmowaniem leków dietę bogatobiałkową oraz niskowęglowodanową. W związku z wystąpieniem choroby pojawiają się również istotne problemy w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej, wymagające konsultacji oraz opieki personelu medycznego wielu specjalizacji. Istotną rolę pełni pielęgniarka, która jako osoba wykwalifikowana powinna posiadać niezbędną wiedzę dotyczącą tej jednostki chorobowej oraz zapewnić opiekę bio-psycho-społeczną zarówno dziecku, jak i jego rodzicom na każdym etapie rozwoju schorzenia. Dlatego ważne jest zaznajomienie personelu pielęgniarstwa z tą jednostką chorobową oraz przygotowanie do opieki nad pacjentem.

Słowa kluczowe: dystrofia mięśniowa, DMD, problemy, opieka pielęgniarska.

SUMMARY

Dystrophies are one of the most common muscle diseases. It is a group of diseases where the degenerative process is inside the muscle fibers of the striated muscle and connective tissue. It relies on the loss of muscle mass and the progressive weakening of skeletal muscles. Duchenne dystrophy is one of the most common dystrophies. It is an allelic disease and it mainly affects men. It can be hereditary or due to a new mutation. It starts in 3–4 years of age. There is a Gower sign, awkward manner of walking, stepping, or running and many other symptoms. For diagnosis are used among others: biochemical blood tests, genetic tests, muscle biopsies and electrocardiography. Physiotherapy, pharmacotherapy, a high-protein and low-carbohydrate diet are used in the treatment of Duchenne muscular dystrophy. Due to the disease physical problems appears. They require consultation and care of medical staff of many specialties. There are also psychological and social problems. Nurse as a qualified person should have the necessary knowledge about this disease and provides biopsychosocial care to the child and his parents at every stage of the disease. It is important to familiarize nurses with this disease and preparing them for patient care.

Key words: muscular dystrophy, DMD, problems, nursing care.

WSTĘP

Najczęściej występującymi chorobami układu mięśniowego są uwarunkowane genetycznie, przewlekłe, postępujące i mające złe rokowanie dystrofie mięśniowe. Termin „dystrofia” pochodzi ze starogreckich słów *DYS* – źle oraz *TROPHEI* – odżywiony [1]. Powszechnie używane określenie *muscular dystrophy* (MD) pochodzi z języka angielskiego.

Wyrażenie „dystrofia mięśniowa” określa grupę schorzeń, w których proces zwyrodnieniowy przebiega wewnątrz włókien mięśniowych mięśni poprzecznie prążkowanych oraz tkanki łącznej [2]. Charakterystyczną cechą zachodzących zmian jest zanik masy mięśniowej oraz postępujące osłabienie mięśni szkieletowych, których funkcjonowanie podlega kontroli chorego. Patologiczny proces nie powoduje zaburzeń czucia.

Występująca od urodzenia miopatia o zróżnicowanym przebiegu klinicznym, z przykurczami, widocznymi zmianami w badaniu histopatologicznym mięśni oraz brakiem odruchów ścięgnistych została określona po raz pierwszy w 1908 r. przez Howarda terminem wrodzonej dystrofii mięśniowej [3].

Do najczęściej spotykanych form dystrofii należy dystrofia mięśniowa Duchenne’a (DMD), będąca schorzeniem allelicznym, czyli wynikającym z mutacji tego samego genu i zaliczanym do dystrofinopatii [4]. Opisana została po raz pierwszy przez fran-

cuskiego neurologa Duchenne’a oraz w Anglii przez Mayrona w 1861 r. [5]. Od niedawna na całym świecie w dniu 7. września corocznie obchodzony jest Światowy Dzień Świadomości Dystrofii Duchenne’a.

W laboratorium Kunkla w 1987 r. roku został zidentyfikowany gen, którego mutacja jest odpowiedzialna za wystąpienie dystrofii, a następnie białko, zwane dystrofina, stabilizujące cytoszkielet w błonie komórki mięśniowej. Dystrofina bierze również udział w mechanizmie skurczu i rozkurczu mięśnia, tworząc most między środowiskiem zewnątrzkomórkowym a wewnątrzkomórkowymi białkami, ułatwia w ten sposób przez błonowy transport jonów i utrzymuje prawidłową homeostazę wapnia w komórkach [5]. Wraz z innymi białkami łączy również włókna aktynowe z błoną komórkową, umożliwiając w ten sposób przewodzenie sygnałów w komórkach. Brak dystrofiny prowadzi do uszkodzenia błony komórkowej i zaniku komórek mięśniowych.

Ze względu na sposób dziedziczenia choroba ta dotyczy głównie chłopców. Występowanie DMD określa się jako 1 przypadek na 3500 narodzonych chłopców. Istnieją jednak przypadki jej występowania u dziewczynek z zespołem Turnera lub w przypadku translokacji chromosomu X [6].

Zmutowany gen znajduje się na chromosomie X i jest dziedziczony w sposób recesywny, sprzężony z tym chromosomem.

W przypadku gdy matka jest nosicielką, czyli nie wykazuje cech charakterystycznych dla rozwoju tej choroby, ryzyko, że jej syn będzie chory, wynosi 50%. Istnieje również możliwość, iż jej córka będzie nosicielką, ryzyko w tym przypadku także wynosi 50% [5]. Opisane zostały przypadki, gdzie mutacja powstała *de novo* – stanowią one jedną trzecią wszystkich zachorowań [1, 7, 8].

OBRAZ KLINICZNY

Dystrofia mięśniowa Duchenne'a jest chorobą o charakterze postępującym bez okresów remisji. Objawy kliniczne pojawiają się zazwyczaj w pierwszej dekadzie życia (2.–4. r.ż.), a czasami nieco później, ale wtedy choroba postępuje szybko. Noworodki początkowo nie wykazują żadnych objawów, tylko w nielicznych przypadkach występuje hipotonia, czyli stan zmniejszonego napięcia mięśniowego [3]. Gdy dziecko zaczyna chodzić, pojawiają się trudności ze wstawaniem z pozycji leżącej. Dziecko wstając z tej pozycji stopniowo podpira się o podłogę, następnie prostuje, wspinając się po sobie (manewr Gowersa) [9]. U dziecka z tym schorzeniem obserwuje się chodzenie na palcach, kołysanie w biodrach, chód kaczkowaty. Chore dziecko częściej od swych rówieśników upada podczas chodzenia po płaskim podłożu, szybciej się męczy i skarży na bóle nóg.



Fotografia 1. Manewr Gowersa

Źródło: Parent Project Muscular Dystrophy. *Signs of Duchenne*. Dostępny na URL: www.parentprojectmd.org [cyt. 08.04.2018].

Oslabienie i zanik mięśni przebiega symetrycznie. Proces patologiczny na początku choroby obejmuje mięśnie obręczy miedniczej, następnie obręczy barkowej. Wraz z postępowaniem choroby niekorzystnym zmianom w budowie i funkcjonowaniu ulegają najczęściej mięśnie: biodrowo-łędźwiowy, czworogłowy uda, zębaty przedni, piersiowy i najszerszy grzbietu. W zaawansowanym stadium choroby widoczny jest symetryczny zanik barków i ramion, pośladków i ud, a łopatki są skrzydłowate [5]. Zwykle zaobserwować można przerost mięśni łydek, a niekiedy mogą uwydatnić się mięśnie obszerne ud. Następuje również

osłabienie odruchów głębokich, głównie kolanowych, aż do ich zaniku. Pod koniec pierwszej dekady życia człowieka widoczny jest przykurcz ścięgna Achillesa, powodujący utratę zdolności samodzielnego chodzenia [10]. Po unieruchomieniu chorego powstają przykurcze w stawach biodrowych, kolanowych, łokciowych oraz innych.

Lordoza lędźwiowa ulega pogłębieniu oraz nasila się skolioza (skrzywienie kręgosłupa), co pociąga za sobą skrzywienie klatki piersiowej i osłabienie mięśni oddechowych. W efekcie tych wszystkich zmian dochodzi do rozwoju postępującej niewydolności oddechowej i zaburzeń krążenia [11]. Chłopcy cierpiący na tę chorobę są albo bardzo szczupli, albo bardzo otyli, co maskuje zanik mięśni [12].

W celu postawienia diagnozy wykonuje się następujące badania:

- biochemiczne krwi,
- genetyczne (DNA),
- elektromiograficzne (EMG),
- zapis EKG,
- zapis Holtera EKG,
- zapis ECHO serca,
- badanie morfologiczne wycinka mięśniowego [11].

Stężenie kinazy keratynowej (CK lub CPK) w surowicy krwi jest najbardziej czułym wskaźnikiem uszkodzenia mięśnia. Wysoka aktywność enzymu przewyższająca 200-krotnie prawidłową wartość utrzymuje się do około 10. r.ż. dziecka [3]. Zwiększone CK występuje też u nosicieli tej choroby, a prawidłowe wartości nie wykluczają nosicielstwa. Najdokładniejszym badaniem pomocnym w rozpoznawaniu chorób mięśni i ich różnicowaniu jest badanie mikroskopowe wycinka mięśnia. W obrazie mikroskopowym mięśnie są blade, widoczne jest postępujące zwyrodnienie i obecność różnego rodzaju włókien, wykazujących zmiany strukturalne (zeszklwienie, zatarcie poprzecznego prążkowania i ujednolicenie struktury). Wraz z postępowaniem choroby coraz więcej włókien mięśniowych ulega zanikowi, a na ich miejsce rozrasta się tkanka łączna i następuje przyrost tkanki tłuszczowej [5, 10]. Pewne rozpoznanie dystrofii Duchenne'a możliwe jest dzięki jakościowemu i ilościowemu opisowi badania dystrofiny. Leczenie przyczyn dystrofii mięśniowej jest niemożliwe, można jedynie przedłużyć i poprawić jakość życia chorego. Najbardziej skutecznym lekiem są kortykosteroidy, które hamują proces zapalny w mięśniach, a w rezultacie zwiększa się ich masa, poprawia sprawność ruchowa oraz pojemność oddechowa płuc chorego [13]. Niestety przy długotrwałym stosowaniu tych leków mogą pojawić się skutki uboczne (nadmierny przyrost wagi ciała, pogłębienie zmniejszenia zawartości masy tkanek kostnych, co prowadzi do złamań kości) [14].

PROBLEMY FIZYCZNE

Ze względu na uogólniony charakter dystrofii mięśniowej Duchenne'a chory w miarę postępu choroby doświadcza problemów wynikających z zaburzeń pracy najważniejszych układów organizmu, w tym krwionośnego, pokarmowego i oddechowego. Wymaga zatem indywidualnej, specjalistycznej opieki, której zadaniem jest wczesne wykrywanie objawów i zapewnienie możliwie najlepszego stanu pacjenta.

Opieka kardiologiczna obejmuje przede wszystkim zapobieganie, wczesne rozpoznawanie i leczenie kardiomiopatii. U chorych z DMD często rozwijają się zaburzenia rytmu w postaci tachykardii i zaburzeń czynności skurczowej mięśnia sercowego. W konsekwencji prowadzi to do pogłębiającej się duszności wysiłkowej, osłabienia i pogorszenia sprawności fizycznej. W zaawansowanym stadium choroby mogą wystąpić symptomy, takie jak: napadowa duszność nocna i zastój nad polami płucnymi, świadczące o niewydolności lewokomorowej, a w przypadku prawokomorowej: obrzęki, przesieki w jamach ciała, przepełnienie żył szyjnych, powiększenie wątroby i śledziony. W przypadku kardiomiopatii rozstrzeniowej, prowadzącej do nieodwracalnej dysfunkcji mięśnia sercowego, możliwa jest jedynie poprawa jakości życia chorego [15, 16]. Ze względu na zmiany

degeneracyjne w obrębie mięśni i unieruchomienie, znaczącym problemem u chorych jest zagrożenie zakrzepowo-zatorowe. Natomiast długotrwała terapia glikokortykosteroidami prowadzi do powikłań, takich jak: otyłość, nadciśnienie tętnicze i przerost mięśnia sercowego [17].

Problemy fizyczne w zakresie układu pokarmowego obejmują refluks żołądkowo-przełykowy, zaparcia, rozdęcie żołądka i jelit, które w znacznym stopniu pogarszają jakość życia chorego. Zarówno w ich następstwie, jak i wskutek unieruchomienia, zaburzeń w układzie oddechowym i krążenia, może rozwinąć się stan niedożywienia. Podstawą zapobiegania niedożywieniu jest zapewnienie właściwej, zbilansowanej diety, suplementacji witamin i minerałów, w szczególności wapnia i witaminy D oraz odpowiedniej podaży białka. Stosowanie glikokortykosterydów może wpływać na nadmierny przyrost wagi u pacjentów z DMD. Niezmiernie ważna jest zatem regularna ocena masy ciała i BMI oraz utrzymanie tych wskaźników między 10. a 85. percentylem.

W zaawansowanym stadium choroby, wraz z osłabieniem mięśni gardła, może rozwinąć się dysfagia. Zbyt późno rozpoznana prowadzi do powikłań w postaci zakrzuszenia bądź zachłystowego zapalenia płuc. Nasilone zaburzenia połykania i niemożność zapewnienia choremu odpowiedniego odżywienia i nawodnienia drogą doustną są wskazaniem do wprowadzenia żywienia dojelitowego przez gastrostomię odżywczą [1].

W miarę postępu choroby pogarsza się funkcja mięśni oddechowych, czego skutkiem są postępujące zaburzenia oddychania, zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych, nieskuteczny kaszel. Aby wcześniej móc wykryć nieprawidłowości, należy co najmniej raz w roku przeprowadzać badanie spirometryczne z pomiarem pojemności życiowej płuc, a także regularne, nieinwazyjne pomiary pulsoksymetrem. W początkowym stadium o zaburzeniach oddechowych mogą świadczyć częstsze i dłuższe trwające infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych, senność i zmęczenie. U chorego pojawia się płytki oddech, uczucie kołatania serca, trudności z dokończaniem zdań. Problemy z oddychaniem zaczynają się w nocy, chory często się budzi i ma trudności w zasypianiu. Z czasem duszność nasila się także w ciągu dnia. W przewlekłej niewydolności oddechowej konieczne staje się zapewnienie wentylacji wspomaganej początkowo metodą nieinwazyjną, a jeżeli ta metoda nie wystarcza, wykonuje się tracheostomię. W przypadku zastosowania terapii tlenem należy monitorować poziom gazów w krwi, aby zapobiec gromadzeniu się dwutlenku węgla w organizmie na skutek obniżenia napędu oddechowego. W celu ochrony pacjenta przed infekcjami zaleca się corocznie szczepienia przeciw grypie oraz pneumokokowemu zapaleniu płuc [5, 16, 18].

Interwencje chirurgiczne u pacjentów z BMD ze względu na zwiększone ryzyko powikłań należy przeprowadzać w szpitalach o wysokim stopniu referencyjności, a przed zabiegiem konieczna jest wnikliwa ocena stanu układu oddechowego i serca. Nie należy stosować sukcynylocholinylu i gazów anestetycznych, gdyż mogą one doprowadzić do hipertermii złośliwej lub hiperkaliemi – bezpośrednio zagrażających życiu [17].

Niezwykle ważną rolę w leczeniu dystrofii mięśniowej pełnią odpowiednio wcześniej podjęte i regularnie prowadzone działania rehabilitacyjne, które mogą wpłynąć znacząco na poprawę jakości życia pacjenta i opóźnić postęp choroby. Ich celem jest utrzymanie zakresu ruchu i symetrii w stawach, zapobieganie przykurczom, odleżynom oraz trwałym zniekształceniom kończyn. Ćwiczenia powinny być prowadzone przynajmniej 2–3 razy w tygodniu oraz dostosowane indywidualnie do każdego pacjenta po przeprowadzeniu wcześniejszych, dokładnych badań. Badania należy powtarzać okresowo w celu korygowania planu rehabilitacji. Z czasem konieczne jest zapewnienie choremu sprzętu rehabilitacyjnego w postaci: ortez, łusek, wózka elektrycznego, pionizatorów [16].

PROBLEMY PSYCHICZNE

Choroba powoduje u dziecka zaburzenie dobrego samopoczucia. Żle wpływa to na jego rozwój psychoruchowy, pozbawia go

radości i bez troski kojarzonej z okresem dzieciństwa. Przewlekłe chore dziecko ma poczucie utraty bezpieczeństwa, które może objawiać się lękiem, przygnębieniem lub gniewem [19].

Chcąc udzielić mu pomocy, należy posiadać wiedzę o mechanizmach obronnych, które ułatwiają przystosowanie się do choroby przewlekłej. Należą do nich: racjonalizacja, kompensacja, przewartościowanie oraz zaprzeczanie. Gdy jednak mechanizmy te utrzymują się zbyt długo, mogą utrudniać adaptację dziecka do choroby i leczenia. Istnieje również grupa mechanizmów obronnych, które wpływają niekorzystnie na przystosowanie do choroby. Są to: zachowania agresywne, regresja, rezygnacja, tłumienie oraz fantazjowanie [17].

Choroba dziecka jest również ciężkim doświadczeniem dla jego rodziców oraz rodzeństwa. W przypadku dystrofii mięśniowej dodatkowym obciążeniem psychologicznym jest fakt, że choroba ta ma charakter dziedziczny. Może wywoływać to konfliktowe sytuacje w rodzinie, wyzwalając w jej członkach poczucie winy i frustrację. Problemy psychiczne dotyczą szczególnie rodzeństwa chłopców chorujących na DMD. Ich sytuacja życiowa jest silnie obciążająca emocjonalnie. Z drugiej strony można u nich zaobserwować szybszy rozwój osobowy. Odczuwają oni potrzebę zaangażowania się w opiekę chorego [17].

Rodzina dziecka niepełnosprawnego powinna współpracować z sobą, wykazywać zrozumienie dla chorego dziecka, znajdować pozytywne cechy zaistniałej sytuacji. Ich zachowanie ma ogromny wpływ na dziecko, które zmaga się z chorobą przewlekłą. Postawy rodziców w stosunku do chorego dziecka można podzielić na:

- postawę nadopiekuńczą – rodzice chcą za wszelką cenę wynagrodzić dziecku cierpienie związane z chorobą;
- postawę pozornej akceptacji – rodzice starają się wspierać swoje dziecko, lecz robią to tylko pozornie. W rzeczywistości przerzucają opiekę nad swoim dzieckiem na inne osoby bądź instytucje;
- postawę nadmiernie wymagającą – rodzice wymagają od dziecka rzeczy, które są ponad jego możliwości;
- postawę akceptacji – jest ona prawidłowa. Rodzice akceptują swoje chore dziecko takim, jakie ono jest. Dbają o jego poczucie bezpieczeństwa i zadowolenie z siebie.

Odpowiednia postawa opiekunów dziecka ma za zadanie zapewnić mu właściwe warunki rozwoju, pomimo choroby. Bardzo istotna jest akceptacja i wzmocnienie wiary dziecka w jego możliwości. Stawiane mu zadania powinny być dopasowane do jego ograniczeń, będących skutkiem choroby [17, 20].

WSPARCIE SPOŁECZNE

Zdiagnozowanie przewlekłej, śmiertelnej choroby u dziecka całkowicie zmienia życie codzienne osób z najbliższego otoczenia. Konieczność szczególnej opieki nad chorym członkiem rodziny często jest związana z ograniczeniem dochodów. Sytuacja ta jest wynikiem rezygnacji z pracy zawodowej co najmniej jednego z rodziców oraz wysokich kosztów leczenia. To z kolei może się przyczynić do pogorszenia sytuacji materialnej i społecznej. Członkowie rodziny narażeni są na długotrwałe odczuwanie silnych emocji. W związku z tym ważne jest zapewnienie wsparcia różnych służb dla całej rodziny, m.in. opieki medycznej, pomocy socjalnej, a w szczególności psycho-pedagogicznej [21]. Pojęcie wsparcia z 1982 r. określa, iż: „Jest to pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych” [22].

Główne rodzaje wsparcia to:

- wsparcie emocjonalne – obejmuje wysłuchanie i zrozumienie nadawcy. Działanie to ma na celu zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa i akceptacji. Umożliwia wzmocnienie więzi społecznej oraz poprawia zdrowie psychiczne osoby chorej i rodziny [21];
- wsparcie informacyjne – polega na udzielaniu niezbędnych informacji oraz odpowiedzi na pytania [22]. Głównie obejmuje pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalno-bytowych i prawnych, możliwościach uzyskania pomocy fundacji bądź wsparcia przez państwo [21];

- wsparcie materialne – obejmuje konkretne wsparcie rzeczowe [22];
- wsparcie rehabilitacyjne – obejmuje pomoc w zakresie zaopatrzenia dziecka w niezbędny sprzęt rehabilitacyjny. Polega także na przystosowaniu miejsca zamieszkania do aktualnych potrzeb. Niezbędne jest wsparcie specjalistów oraz zaangażowanie członków rodziny w rehabilitację chorego w warunkach domowych [21].

Wsparcie może mieć charakter formalny, jest ono udzielane przez instytucje i specjalistów oraz nieformalny. Ta forma natomiast angażuje krewnych, przyjaciół, wolontariuszy oraz grupy wsparcia. Odznacza się występowaniem związków emocjonalnych i uczuciowych między obiema stronami. Polega na wymianie doświadczeń, wzajemnej pomocy oraz zaspokojeniu potrzeby przynależności [21].

Istnieje wiele grup wsparcia, wśród nich znajdują się organizacje zrzeszające rodziny dzieci chorych na DMD. Jedną z nich jest Fundacja *Parent Project Muscular Dystrophy*. Została założona w 2009 r. przez rodziców chłopców cierpiących na to schorzenie. Główną misją fundacji jest zgromadzenie rodzin zmagających się z dystrofią mięśniową oraz wspólne rozwiązywanie codziennych problemów [23]. Kolejną grupą wsparcia jest pozarządowa organizacja o zasięgu ogólnokrajowym – Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo-Mięśniowych założone w 1988 r., które zrzesza ponad 1200 osób. Głównym celem tej organizacji jest poprawienie sytuacji ludzi chorujących na schorzenia nerwowo-mięśniowe [24].

Udzielanie wzajemnej pomocy wszystkim członkom rodziny przez specjalistów i organizacje, a także wsparcie materialne i finansowe jest niezbędne w długotrwałym procesie leczenia chorego dziecka. Zaangażowanie grupy osób ułatwia udzielanie pomocy przez zapobieganie wystąpienia nadmiernego obciążenia fizycznego i psychicznego jednostki [21, 25, 26].

ROLA PIELEŃNIARKI

- Edukacja rodziny i pacjenta w zakresie istoty choroby, przyczyn, leczenia, rokowania, postępowania w stanach nagłych.
- Zapewnienie pacjentowi pomocy przy wykonywaniu czynności dnia codziennego, a w przypadku postępu choroby nawet w podstawowych czynnościach.
- Obserwacja pacjenta dotycząca występowania nadmiernej męczliwości mięśni podczas wysiłku, pory dnia, kiedy najczęściej występuje, i czynników nasilających objawy zmęczenia (infekcje, aktywność, stres).
- Wykonywanie z pacjentem usprawniających ćwiczeń ogólnoustrojowych, wzmacniających, izometrycznych, czynnych, biernych, oddechowych w zależności od etapu i nasilenia choroby.
- Zapobieganie zadławieniu się pacjenta podczas spożywania posiłków przez ocenę zdolności chorego w połykaniu pożywienia, karmienie w pozycji wysokiej lub półwysokiej, pozostawienie pacjenta w takiej pozycji przez co najmniej 30 minut po posiłku i obserwowanie jego zachowania.
- Dobranie konsystencji pokarmu i sposobu karmienia do drogi podawania pokarmu (żywność doustna, przez zgłębnyk, gastrostomię, pozajelitowo), częste podawanie małych porcji ciepłych pokarmów.
- Wykonywanie toalety jamy ustnej rano, wieczorem i po każdym posiłku.
- Obserwacja pacjenta dotycząca wystąpienia możliwych powikłań oddechowych i krążeniowych przez obserwację, kontrolę tętna, temperatury, ciśnienia, saturacji, ocenę żreń i świadomości.
- Utrzymanie drożności dróg oddechowych przez stosowanie opukiwania klatki piersiowej, oklepywania, wykonywania ćwiczeń oddechowych, ułożenie pacjenta w pozycji drenażowej, opróżnienie ze śliny i wydzieliny z drzewa oskrzelowego.
- Wsparcie i motywowanie chorego do kontynuacji wykonywania ćwiczeń, nauki, utrzymania kontaktu ze znajomymi, rówieśnikami.
- Poinformowanie rodziny, jak należy dostosować mieszkanie

do potrzeb chorego (stosowanie dywanów antypoślizgowych zamontowanych na stałe, wyeliminowanie progów, zamontowanie uchwytów w łazience, zakup sprzętu i specjalistycznego łóżka w zależności od sytuacji finansowej rodziny, zagwarantowanie pełnego siedziska pod prysznic lub w wannie) [21].

- Przekazanie informacji na temat istniejących grup wsparcia (Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo-Mięśniowych, Fundacji Parent Project Muscular Dystrophy) oraz możliwościach pomocy finansowej [27–30].

PODSUMOWANIE

Najczęściej występującymi chorobami układu mięśniowego są dystrofie mięśniowe. Termin „dystrofia” w języku starogreckim oznacza „źle odżywiony”. Choroba ta należy do grupy schorzeń, w których proces zwyrodnieniowy przebiega wewnątrz włókien mięśniowych mięśni poprzecznie prążkowanych oraz tkanki łącznej. Charakteryzuje się zanikiem masy mięśniowej oraz postępującym osłabieniem mięśni szkieletowych, których funkcjonowanie jest zależne od woli, w obszarze tym nie występują zaburzenia czucia. Po raz pierwszy została określona w 1908 r. przez Howarda terminem wrodzonej dystrofii mięśniowej.

Do najczęściej spotykanych form dystrofii należy dystrofia mięśniowa Duchenne'a, opisana przez francuskiego neurologa Duchenne'a oraz w Anglii przez Mayrona w 1861 r. Odpowiedzialna za jej wystąpienie jest mutacja genu, a w konsekwencji niedobór białka dystrofiny. Ze względu na sposób dziedziczenia choroba ta dotyczy głównie chłopców.

Dystrofia mięśniowa Duchenne'a jest chorobą o charakterze postępującym. Objawy kliniczne pojawiają się zazwyczaj w początku pierwszej dekady życia (2.–4. r.ż.). U dziecka z tym schorzeniem obserwuje się chodzenie na palcach, kołysanie w biodrach, chód kaczkowaty, częstsze upadki podczas chodzenia po płaskim podłożu, szybszą męczliwość, osłabienie i zanik mięśni przebiegający symetrycznie, zajmując na początku mięśnie obręczy miednicznej, a w następnej kolejności obręczy barkowej. W zaawansowanym stadium choroby widoczny jest symetryczny zanik barków i ramion, pośladków i ud, a łopatki są skrzydłowate. Zwykle zaobserwować można przerost mięśni łydek, następuje również osłabienie odruchów głębokich. Po unieruchomieniu chorego powstają przykurcze w stawach biodrowych, kolano-owych, łokciowych oraz innych. Następnie dochodzi do rozwoju postępującej niewydolności oddechowej i zaburzeń krążenia.

Stężenie kinazy kreatynowej (CK lub CPK) w surowicy krwi jest najbardziej czułym wskaźnikiem uszkodzenia mięśnia. Najdokładniejszym badaniem pomocnym w rozpoznaniu chorób mięśni i ich różnicowaniu jest badanie mikroskopowe wycinka mięśnia. Wraz z postępowaniem choroby coraz więcej włókien mięśniowych ulega zanikowi, a na ich miejsce rozrasta się tkanka łączna i następuje przyrost tkanki tłuszczowej. Pewne rozpoznanie dystrofii Duchenne'a możliwe jest dzięki jakościowemu i ilościowemu opisowi badania dystrofiny.

Niemożliwe jest leczenie przyczyn dystrofii mięśniowej, można jedynie przedłużyć i poprawić jakość życia chorego. Najbardziej skutecznym lekiem są kortykosteroidy, które hamują proces zapalny w mięśniu, ale niestety mają niekorzystne dla chorego działanie uboczne.

Ze względu na postępujący charakter choroby Duchenne'a pacjent zmaga się z licznymi problemami wynikającymi z pogorszenia funkcjonowania wielu układów organizmu. Szczególnie istotnym zadaniem zespołu terapeutycznego jest wczesne rozpoznawanie trudności w oddychaniu, zaburzeń rytmu serca, objawów niewydolności prawokomorowej i lewokomorowej, a także dysfagii. Równie ważne jest zapobieganie powikłaniom w postaci niedożywienia, zakrzepicy i zapalenia płuc. Odpowiednio podjęte interwencje i leczenie oraz wdrożenie działań rehabilitacyjnych od najmłodszych lat może w znacznym stopniu opóźnić rozwój choroby, złagodzić jej objawy, a tym samym poprawić komfort życia pacjenta i jego bliskich.

Choroba dziecka wpływa na zaburzenie dobrostanu psychicznego zarówno jego, jak i rodziny. Istotne jest wypracowanie

prawidłowych mechanizmów obronnych, które pomogą dziecku poradzić sobie z chorobą. Rodzice powinni wyrażać akceptację w stosunku do swojego chorego dziecka, wzmacniać jego wiarę w siebie i w swoje możliwości.

Ważnym aspektem w leczeniu DMD jest wsparcie społeczne. Ułatwia ono zmagania z codziennymi trudnościami, które wynikają z wystąpienia przewlekłej, postępującej choroby u dziecka. Rozbudowany schemat pomocy formalnej znacznie poprawia komfort życia chorej osoby, rodziny oraz osób z najbliższego otoczenia. Wzrost poziomu wiedzy wśród społeczeństwa przyczynia się do zwiększenia zakresu pomocy nieformalnej.

Rola pielęgniarki w przypadku pacjentów z dystrofią mięśniową jest bardzo istotna. Pielęgniarka przede wszystkim pełni rolę edukacyjną. Pacjent, a także jego rodzina powinni być poinformowani o istocie choroby, przyczynach, leczeniu, rokowaniu, grupach wsparcia oraz możliwości uzyskania pomocy finansowej. Ważnym aspektem jest przekazanie informacji rodzinie, jak należy przygotować mieszkanie dla chorego, na co zwrócić szczególną uwagę, jaki sprzęt i typ łóżka będzie wymagany dla poprawy zdrowia, sprawności i komfortu pacjenta. Powinna ona także pełnić rolę opiekuńczą względem chorego. Bardzo ważna jest obserwacja pacjenta dotycząca występowania obja-

wów zagrażających życiu, takich jak: zadławienie się, możliwe powikłania oddechowe i krążeniowe czy pomiar podstawowych parametrów życiowych. Obowiązkiem pielęgniarki jest pomoc pacjentowi przy złożonych, a w miarę postępu choroby, podstawowych czynnościach dnia codziennego, zachęcanie oraz nadzorowanie pacjenta przy wykonywaniu ćwiczeń ogólnoustrojowych i oddechowych, zapewnienie choremu możliwie jak najlepszemu komfortu i opieki. Ważne jest zapewnienie pacjentowi wsparcia oraz motywowanie go do nauki, rehabilitacji i podtrzymywania kontaktów interpersonalnych.

WNIOSKI

Dystrofia mięśniowa Duchenne'a jest chorobą rzadką, a liczba dostępnych informacji w zakresie opieki nad pacjentem z tym schorzeniem niewielka. Posiadana przez pielęgniarki wiedza oraz ich rola w zakresie sprawowanej nad chorym i jego rodziną opieki jest istotna. Opiekunowie dziecka wymagają wszechstronnej pomocy nie tylko medycznej, ale również finansowej, edukacyjnej czy wsparcia społecznego. Niniejsza praca może posłużyć jako źródło podstawowej wiedzy na temat choroby oraz metod postępowania na różnych etapach jej rozwoju.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Strugalska-Cynowska MH. *Dystrofia mięśniowa*. Warszawa: Towarzystwo Zwalczenia Chorób Mięśni; 2003. Dostępny na URL: <http://www.fgzs.org/pobierz/dystrofia.doc> [cyt. 07.04.2018].
- Pawelczyk M, Borkowska P. *Usprawnianie w chorobach nerwowo-mięśniowych. Dystrofie mięśniowe*. Dostępny na URL: <http://docs5.chomikuj.pl/257467320,0,0,Dystrofie-mi%4%99%5%9Bniowe.doc> [cyt. 07.04.2018].
- Szmidt-Sałkowska E, Dorobek M. Nowe poglądy na patogenezę dystrofii mięśniowych postępujących (DMP): dystrofinopatii, nukleopopatii, dystrofii obręczowo-kończynowych i dystrofii twarzowo-łopatkowo-ramieniowej. *Dystrofinopatie. Pol Prz Neurol* 2006; 2(3): 117–124.
- Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
- Hausmanowa-Pietrusiewicz I, red. *Choroby nerwowo-mięśniowe*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005: 35–46.
- Kaciński M, red. *Neuropediatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007: 359–366.
- Kostera-Pruszczyk A. Dystrofia mięśniowa Duchenne'a. Komentarz do artykułu. *Pediatr Dypł* 2007; 11(4): 53–54.
- Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo-mięśniowych. *O PTChNM*. Dostępny na URL: www.ptchnm.org.pl [cyt. 07.04.2018].
- Bushby K, Finkel R, Birnkrant DJ, et al. The diagnosis and management of Duchenne Muscular Dystrophy, part 1: diagnosis, pharmacological and psychosocial management. *Lancet Neurology* 2010; 9(1): 77–93, doi: 10.1016/S1474-4422(09)70271-6.
- Prusiński A. *Neurologia praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998: 452–454.
- Adamkiewicz B, Głabiński A, Klimek A. *Neurologia dla studentów wydziału pielęgniarstwa*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2010: 153–154.
- Bushby K, Finkel R, Birnkrant DJ, et al. The diagnosis and management of Duchenne Muscular Dystrophy, part 2: implementation of multidisciplinary care. *Lancet Neurology* 2010; 9(2): 177–189, doi: 10.1016/S1474-4422(09)70272-8.
- Smogorzewska EM, Weinberg KI. Postępy w leczeniu dystrofii mięśniowej Duchenne'a. *Med Wieku Rozw* 2004; 8(1): 25–32.
- Durka M. Dystrofie mięśniowe z dominującym osłabieniem dosiebnych mięśni kończyn – dystrofia mięśniowa Duchenne'a/Beckera, dystrofia mięśniowa kończynowo-obręczowa, choroba Bethlema. *Aktual Neurol* 2003; 3(2): 143–148.
- Sinkiewicz W, Drózd J, Dubiel JS, i wsp. Rekomendacje Zespołu Roboczego Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii, dotyczące opieki kardiologicznej nad chorymi z dystrofią mięśniową Duchenne'a i Beckera oraz przewencji kardiomiopatii u kobiet, nosicielek mutacji DMD/BMD (matek i sióstr chorych z dystrofinopatią). *Kardiol Pol* 2007; 65(2): 223–228.
- Kijowski S. Fizjoterapia jako alternatywa w postępującej dystrofii mięśniowej. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2012; 3: 379–385.
- Kostera-Pruszczyk A, Radwańska A, Ryniewicz B. *Dystrofie mięśniowe*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016.
- Szreter T, red. *Intensywna terapia dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002.
- Faber K. *Psychologiczne aspekty funkcjonowania dziecka przewlekłe chorego w rodzinie, szkole, przedszkolu*. Dostępny na URL: <http://poradniapp-lipsko.pl/porady-instruktaze/psychologiczne-aspekty-funkcjonowania-dziecka-przewlekle-chorego/> [cyt. 07.04.2018].
- Dubiel J, Rokicki W, Skierska A. Psychologiczna charakterystyka dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a. *Prz Lek* 2002; 59(10): 811–814.
- Pulik D. *Hierarchia problemów pielęgnacyjnych u chorych z dystrofią mięśniową*. Praca Dyplomowa. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; 2013.
- Kram M. *Dziecko niepełnosprawne w środowisku domowym i szkolnym. Wybrane problemy zdrowotne*. Bydgoszcz: Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. L. Rydgiera w Bydgoszczy; 2014.
- Parent Project Muscular Dystrophy. *O nas*. Dostępny na URL: <http://www.parentproject.org.pl/index.php/o-nas-9> [cyt. 07.04.2018].
- Binnebesel J, Bohdan Z, Krakowiak P, i wsp. *Przewlekłe chore dziecko w domu. Poradnik dla rodziny i opiekunów*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna; 2012: 194–248.
- Dubiel J, Rokicki W, Skierska A. Psychologiczna charakterystyka dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a. *Prz Lek* 2002; 59(10): 811–814.
- Maciarz A. *Dziecko przewlekłe chore. Opieka i wsparcie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”; 2006.
- Cepuch G, Perek M, red. *Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
- Cepuch G, Krzczowska B, Perek M, i wsp. *Modele pielęgnowania dziecka przewlekłe chorego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
- Jabłońska R, Ślusarz R, red. *Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2012: 92–106.
- Krakowiak P, Krzyżanowski D, Modlińska A. *Przewlekłe chore w domu*. Gdańsk: Fundacja Lubię Pomagać; 2011.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Eleonora Mess
Zakład Onkologii i Opieki Paliatywnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784-18-43
E-mail: eleonora.mess@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 20.04.2018 r.

Po recenzji: 02.05.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 10.05.2018 r.

CZYM JEST RACJONOWANIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ?

What is rationing of nursing care?

Izabella Uchmanowicz¹, Joanna Gotlib²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

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

STRESZCZENIE

Racjonowanie opieki pielęgniarstwa ma miejsce wówczas, gdy dostępne zasoby są niewystarczające do zapewnienia wszystkim pacjentom wymaganej opieki. Wśród przyczyn tego zjawiska wymienić można redukcję zatrudnienia, zwiększone zapotrzebowanie na opiekę ze względu na nowe technologie, nowe opcje leczenia, czy wyższy poziom wiedzy pacjentów, co zwiększa nakłady czasu i pracy ponoszone przez pracowników opieki. Prezentowane omówienie wskazuje na potrzebę zwrócenia uwagi na problemy dotyczące niedoborów kadrowych w pielęgniarstwie i wynikające z nich konsekwencje.

Słowa kluczowe: racjonowanie opieki pielęgniarstwa, omijanie opieki, normy zatrudnienia.

SUMMARY

Rationing of nursing care occurs when nurses providing care perceive that resources are insufficient to provide necessary services to all of the patients. Among the reasons for this phenomenon can be mentioned the reduction of employment, increased demand for care due to new technologies, new treatment options, or a higher level of patients' knowledge, which increases the time and work expenditure of health care providers. The presented discussion indicates the need to pay more attention to the problems related to limited nursing staff numbers and the resulting consequences.

Key words: rationing of nursing care, care avoidance, employment standards.

Pojęcie utraty czy racjonowania opieki pielęgniarstwa (*Missed Nursing Care*) zostało po raz pierwszy zidentyfikowane w 2006 r. przez amerykańską pielęgniarkę Beatrice J. Kalisch i wsp. [1]. Koncepcja *Missed Nursing Care* jest błędem pominięcia i odnosi się do każdego aspektu wymaganej opieki nad pacjentem, która została pominięta, w części lub w całości. Oznacza to, że niektóre elementy opieki pielęgniarstwa są wykonywane z opóźnieniem, a tylko część udaje się sukcesywnie zakończyć [2, 3].

Racjonowanie opieki pielęgniarstwa ma miejsce wówczas, gdy dostępne zasoby są niewystarczające do zapewnienia wszystkim pacjentom wymaganej opieki. Wśród przyczyn tego zjawiska wymienić można redukcję zatrudnienia, zwiększone zapotrzebowanie na opiekę ze względu na nowe technologie, nowe opcje leczenia, czy wyższy poziom wiedzy pacjentów, co zwiększa nakłady czasu i pracy ponoszone przez pracowników opieki. Racjonowanie opieki pielęgniarstwa może mieć miejsce również w związku z określonymi postawami pielęgniarek, ich osądem klinicznym i wiedzą, stosowanymi w procesie przydzielania zasobów, oraz z poszerzaniem zakresu wartości związanych z opieką w społeczeństwie. Skutkiem tego może być niezaspokojenie podstawowych potrzeb pacjentów, a nawet naruszenie praw człowieka o charakterze dyskryminacji [4].

Uważa się, że problem ten występuje na całym świecie i bezpośrednio zagraża bezpieczeństwu pacjenta we wszystkich krajach i kulturach [2, 5]. Mając na uwadze zmagania systemu ochrony zdrowia z globalnym brakiem pielęgniarek, brak opieki lub jej pominięcie jest powszechnym zagrożeniem, mogącym prowadzić do niebezpiecznych błędów medycznych.

Racjonowanie czy reglamentowanie opieki pielęgniarstwa to częściowe wykonanie lub brak wykonania wszystkich niezbędnych czynności pielęgniarstwa w trakcie dyżuru, najczęściej z powodu niedoborów kadrowych. Do elementów, które na to wpływają wymienia się czas, zasoby personelu oraz różnice w umiejętnościach zawodowych [6]. Zgodnie z koncepcją racjonowania opieki pielęgniarstwa opracowanej przez Schubert i wsp. [7], czynności pielęgniarstwa obejmują działania rozpoznawcze, prowadzenie terapii, prewencję, rehabilitację i wsparcie emocjonalne. Wszystkie wyżej wymienione działania są traktowane jako równoważne, umożliwiające osiągnię-

cie pożądaných i oczekiwanych przez pacjentów wyników. Racjonowanie opieki pielęgniarstwa następuje w relacji pacjent–pielęgniarka i wynika m.in. z doświadczenia zawodowego pielęgniarki, dokonanej przez pielęgniarkę oceny klinicznej i diagnozy pielęgniarstwa.

Wpływ na proces racjonowania opieki ma szereg zmiennych, dotyczących samego pacjenta, pielęgniarki, jak również środowiska pracy, zasobów organizacyjnych czy filozofii opieki. Wszystkie wymienione elementy wpływają na model opieki. Model utraty opieki czy braku ciągłości opieki zaproponowany przez Kalisch i wsp. [5] podkreśla, że niedobory w opiece pielęgniarstwa są wynikiem czynników zewnętrznych, które kreują środowisko oraz styl pracy i nie są zależne od pielęgniarek. Według koncepcji Kalisch na środowisko pracy składają się również dostępne zasoby w postaci środków potrzebnych do sprawowania profesjonalnej opieki nad pacjentem oraz zakłócenia w komunikacji w ramach organizacji. Obecnie, coraz częściej mówi się o związku między racjonowaniem opieki pielęgniarstwa a zadowoleniem i wynikami leczenia pacjenta, ale ten temat nadal nie jest dobrze poznany [2].

Badania naukowe potwierdzają, że istnieje związek między racjonowaniem opieki pielęgniarstwa i negatywnymi wynikami leczenia, do których należą: zwiększona śmiertelność, upadki w trakcie pobytu w szpitalu, niska jakość opieki, wystąpienie odleżyn i wystąpienie zakażeń szpitalnych [3, 8–10]. Zadowolenie pacjentów jest ogólnie akceptowane jako kluczowy wskaźnik jakości i skuteczności opieki oraz ważny element opieki zdrowotnej opartej na faktach i wydaje się być szczególnie wrażliwy na racjonowanie. Teoretycznie zadowolenie pacjenta związane jest z opieką pielęgniarstwa oraz środowiskiem organizacyjnym. Szereg czynników związanych z organizacją zostało opisanych w literaturze przedmiotu jako utrudniające pielęgniarstwu osiągnięcie lepszych wyników w kompetentnej opiece opartej na dowodach naukowych [1, 7]. Do czynników utrudniających opiekę ze strony organizacji należą złe warunki pracy, duże obciążenia pracą, brak uczestnictwa w podejmowaniu decyzji klinicznych oraz ograniczone możliwości rozwoju kariery zawodowej [8, 10–12]. Jones i wsp. [13] opublikowali pracę, w której omówili trzy koncepcje dotyczące racjonowania opieki

opisane przez kilka zespołów badawczych. Sochalski i wsp. [14] zaproponowali teorię opieki niedokończoną.

Badacze proponują, aby oceniać zależność między czynnikami organizacyjnymi, o których pisano wcześniej, a poziomem jakości opieki i bezpieczeństwem pacjentów. Wszystkie wymienione koncepcje podkreślają problem w identyfikowaniu zadań i aktywności w trakcie pracy, które zostają pominięte, kiedy brakuje personelu, a zapewnienie prawidłowej opieki staje się niemożliwe [15].

Niedawno powstało kilka narzędzi, którymi można dokonać oceny racjonowania opieki pielęgniarskiej, ale do tej pory nie było narzędzia polskiego. Obecnie dwa narzędzia są w trakcie polskiej adaptacji: BERNCA i PIRNCA [16, 17]. Najlepiej znany, kwestionariusz BERNCA, został stworzony przez Schubert i wsp. [16] i pozwala na zmierzenie poziomu racjonowania opieki w szpitalach. Kalisch i Williams zaproponowali kwestionariusz nazwany MISSCARE [18], który oprócz omijania opieki ocenia również jej powody. Trzeba po raz kolejny podkreślić, że najważniejszymi czynnikami pomijania czy racjonowania opieki są braki personelu pielęgniarskiego oraz brak dobrej współpracy w zespołach pielęgniarskich.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w Polsce [19] opracowała w 2015 r. prognozę dotyczącą liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w latach 2016–2030, z której

wynika, że systematycznie będzie się zwiększać liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych posiadających uprawnienia emerytalne, zwiększeniu ulegnie średni wiek pielęgniarek i położnych pracujących w systemie ochrony zdrowia, nastąpi brak prostej zastępowalności pokoleniowej pielęgniarek i położnych spowodowany drastyczną różnicą między liczbą ponad 100 tys. osób nabywających uprawnienia emerytalne a liczbą osób nabywających uprawnienia do wykonywania zawodu. Zmniejszeniu ulegnie wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1000 mieszkańców. Powyższe dane wskazują, że będziemy mieć do czynienia z nasilającymi się niedoborami pielęgniarek. W obliczu tych wyzwań problem racjonowania opieki staje się niezwykle ważny i warty podkreślenia [2]. Na nowoczesny model opieki nad pacjentem składa się stałe pogłębianie wiedzy medycznej, dążenie do profesjonalizmu i stosowanie światowych standardów zapewniających bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu. Obecne, minimalne normy zatrudnienia personelu nie gwarantują pożądanego poziomu jakości usług medycznych i realizacji przyjętych standardów postępowania.

Źródło finansowania: Praca jest wynikiem realizacji projektu badawczego „RANCARE Rationing – Missed Nursing Care: an International and Multi-dimensional Problem” współfinansowanego przez Unię Europejską i realizowanego w ramach Europejskiego Programu Współpracy w dziedzinie badań naukowo-technicznych – Akcja COST CA15208 – Cooperation in Science and Technology w Programie Ramowym Horyzont 2020.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.



COST is supported by the EU Framework Programme Horizon 2020

BIBLIOGRAFIA

- Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2006; 21: 306–315.
- Uchmanowicz I. Missed nursing care – what went wrong? *Cent Eur J Nurs Midwifery* 2017; 8: 609, doi: 10.15452/CEJNM.2017.08.0008.
- Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: missed nursing care. *West J Nurs Res* 2014; 36: 875–890.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* 2008; 20: 227–237.
- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2009; 65: 1509–1517.
- Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals – a cross sectional study. *Int J Nurs Stud* 2013; 50: 230–239.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* 2008; 20: 227–237.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nurs Outlook* 2002; 50: 187–194.
- Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 175–182.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987–1993.
- Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *J Nurs Scholarsh* 1998; 30: 315–321.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346: 1715–1722.
- Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review. *Int J Nurs Stud* 2015; 52: 1121–1137.
- Sochalski J, Estabrooks CA, Humphrey CK. Nurse staffing and patient outcomes: evolution of an international study. *Can J Nurs Res* 2015; 41: 320–339.
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf* 2014; 23: 126–135.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res* 2007; 56: 416–424.
- Jones TL. Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) instrument. *Nurs Forum* 2014; 49: 77–87.
- Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm* 2009; 39: 211–219.
- Raport Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 2017.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Izabella Uchmanowicz, prof. nadzw.
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 13
E-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 10.05.2018 r.

Po recenzji: 24.05.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 26.05.2018 r.

OPIEKA NAD PACJENTEM ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

Caring for the patient with multiple sclerosis

Monika Michalak, Paulina Hydzik, Dagmara Waliszewska

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

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

STRESZCZENIE

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą oraz postępującą chorobą ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzującą się występowaniem rozsianych ognisk demielinizacji obejmujących mózg oraz rdzeń kręgowy. W pracy wykorzystano studium indywidualnego przypadku, z wykorzystaniem procesu pielęgnowania, w którym zawarto najistotniejsze problemy pielęgnacyjne.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, opieka pielęgniarska, plan opieki.

SUMMARY

Multiple Sclerosis is a chronic and progressive disease of the central nervous system, that is characterized by presence of disseminated demyelination in brain and spinal cord. The study presents an individual case of study with the use of the nursing process, which consists the most significant care problems

Key words: multiple sclerosis, nursing care, care plan.

WSTĘP

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex* – SM) jest przewlekłą oraz postępującą chorobą ośrodkowego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w wyniku której dochodzi do pojawienia się rozsianych ognisk demielinizacji obejmujących mózg oraz rdzeń kręgowy. Najczęstszą zachorowalność na SM obserwuje się u osób w wieku między 20. a 40. rokiem życia, a jej etiologia nie została poznana do dnia dzisiejszego [1].

Za determinanty powstania, a następnie rozwoju stwardnienia rozsianego, uważa się czynniki genetyczne (warunkują typ i nasilenie objawów), środowiskowe (zakażenia, zanieczyszczenia) oraz sposób, w jaki powstaje złożona reakcja autoimmunologiczna organizmu [2, 3]. Wyniki badań epidemiologicznych wykazały, iż największą liczbę chorych odnotowuje się w strefie o klimacie chłodnym/umiarkowanym [3].

W stwardnieniu rozsianym wyróżniamy cztery typy przebiegu klinicznego. Postać rzutowo-remisyjna występuje u zdecydowanej większości chorych. Charakteryzuje się występowaniem rzutów z różną częstością i natężeniem, a następnie powraca do stanu remisji. Postać ta może rozwinąć się w typ wtórnie postępujący, w którym zauważa się wyraźną progresję choroby po okresie rzutowo-remisyjnym. Przebieg postępująco-rzutowy ma tendencje progresywne, a więc zarówno podczas rzutów, jak i w okresach między nimi, chory wyraźnie i silnie odczuwa wszelkie dolegliwości [2]. Symptomatologia stwardnienia rozsianego jest zróżnicowana ze względu na zmiany patologiczne. Najczęstszymi objawami są: niedowłady spastyczne kończyn, zaburzenia koordynacji, czucia czy też pozagałkowe zapalenia nerwu wzrokowego [4]. Potwierdzenie wystąpienia SM przeprowadza się za pomocą rezonansu magnetycznego (uwidacznia ogniska demielinizacji oraz obniżenie poziomu N-acetylo-asparaginy, badania płynu mózgowo-rdzeniowego oraz potencjałów wywołanych [5]. Wszystkie postaci stwardnienia rozsianego wymagają leczenia objawowego oraz immunomodulującego [6].

STUDIUM PRZYPADKU

Pacjentka A.H., lat 50. Rozpoznanie: stwardnienie rozsiane, postać rzutowo-remisyjna. Proces pielęgnowania został zrealizowany w Klinice Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu w dniach od 6 do 14 stycznia 2017 r.

Chora zgłosiła się do poradni neurologicznej z powodu wystę-

powania przewlekłych zawrotów głowy, ciągłego uczucia zmęczenia oraz trudności w zachowaniu równowagi. Wykonano badania oraz diagnostykę obrazową. Wyniki wykazały ogniska uszkodzenia mieliny, obniżenie poziomu N-acetylo-asparaginy, podwyższone stężenie immunoglobulin IgG oraz obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Z wywiadu wynika, iż chora w przeszłości wykonywała pracę fizyczną, była narażona na częste sytuacje stresogenne. Około 30. roku życia zaczęły pojawiać się pierwsze symptomy SM. Od momentu zachorowania u pacjentki wystąpiły 4 rzuty choroby. Obecnie pacjentka przebywa w okresie remisji; zmiana diety, wizyty fizjoterapeuty, wykonywanie masażu przez opiekunów, omijanie wyższych temperatur oraz podejmowanie – przystosowanego do możliwości chorej – wysiłku fizycznego przynoszą poprawę w jej funkcjonowaniu.

PROCES PIELEGNOWANIA

1. Diagnostyka pielęgniarska

Ograniczenia w sprawowaniu samoopieki wynikające z nasilenia objawów neurologicznych, ograniczonej sprawności i obniżonej tolerancji na wysiłek fizyczny.

Cel działań pielęgniarskich:

- pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych i higienicznych;
- zapobieganie całkowitemu unieruchomieniu;
- zapewnienie komfortu pacjentce.

Plan działań [2, 8, 9, 11]:

- dokonanie oceny poziomu samodzielności, możliwości i ograniczeń pacjentki w wykonywaniu niezbędnych czynności;
- zaplanowanie kolejności wykonywania czynności przy asyście pielęgniarki;
- zapewnienie niezbędnej pomocy dostosowanej do stanu zdrowia chorej przy wykonywaniu podstawowych czynności (toaleta ciała, ubieranie, przygotowywanie posiłków, jedzenie, poruszanie się);
- współpraca z rodziną pacjentki, przeprowadzenie niezbędnej edukacji na temat opieki, pielęgnacji, przekazanie wskazówek ułatwiających sprawowanie opieki nad chorą.

Uzasadnienie podjętych działań [9, 11]

Ograniczenia w samoopiece niosą za sobą wiele poważnych konsekwencji wśród chorych na stwardnienie rozsiane. W związku z osłabieniem, ograniczoną sprawnością i szybkim męczeniem się pacjentki podjęto działania pielęgniarskie mające na celu właściwe wykonanie czynności pielęgnacyjnych oraz higienicznych. W wyniku tego nie tylko zwiększono bezpieczeństwo, ale również uległo poprawie samopoczucie pacjentki.

2. Diagnoza pielęgnarska
Trudności w poruszaniu się spowodowane osłabieniem mięśni kończyn dolnych oraz zaburzeniami równowagi.
Cel działań pielęgnarskich:
<ul style="list-style-type: none"> - zwiększenie samodzielności w poruszaniu się; - zniwelowanie zaburzeń wpływających na motorykę; - zapewnienie bezpieczeństwa.
Plan działań [2, 8, 11]:
<ul style="list-style-type: none"> - ustalenie zaburzeń będących przyczyną trudności w poruszaniu się pacjentki; - obserwacja sprawności ruchowej pacjentki, która umożliwi zaplanowanie rodzaju i zakresu pomocy niezbędnej do poruszania się; - zachęcanie do wykorzystywania ćwiczeń zleconych przez fizjoterapeutę; - nadzór oraz zapewnienie ciągłej asekuracji w trakcie poruszania się; - instruktaż posługiwania się sprzętem ortopedycznym.
Uzasadnienie podjętych działań [2, 11]
Trudności w poruszaniu się stanowiły znaczne ograniczenia dla pacjentki. Poruszanie się chorej z pomocą przebiega bez zarzutu. Dopasowanie potrzeb do sytuacji chorej (maty antypoślizgowe, stabilizujące obuwie, zamontowanie drabinek, poręczy i uchwytów w domu ułatwiły wykonywanie codziennych czynności oraz zwiększyły bezpieczeństwo). Zapewnienie sprzętu ortopedycznego ułatwiło przemieszczanie się.
3. Diagnoza pielęgnarska
Ograniczenia w funkcjonowaniu wywołane spastycznością mięśni.
Cel działań pielęgnarskich:
<ul style="list-style-type: none"> - zniwelowanie pojawiających się spastyczności.
Plan działań [2, 8, 9]:
<ul style="list-style-type: none"> - stosowanie pozycji minimalizujących spastyczność (układanie pacjentki na boku lub brzuchu, unikanie pozostawiania pacjentki w pozycji na plecach); - wykorzystywanie środków pomocniczych (wałki, poduszki); - wykonywanie masażu, chłodnych okładów; - uczęszczanie na basen, terapie zajęciowe; - eliminacja czynników nasilających zjawisko spastyczności (unikanie wysokiej temperatury, infekcji); - unikanie gwałtowności w poruszaniu się; - podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim.
Uzasadnienie podjętych działań [2, 9]
Ze względu na pojawienie się wzmożonego napięcia mięśniowego kończyn dolnych dochodziło do utrudnień w wykonywaniu ruchów. Dlatego też, aby zwiększyć niezależność pacjentki, należało skupić się na działaniach prowadzących do poprawy funkcji fizycznych za pomocą ćwiczeń oraz zaleceń pielęgnacyjnych.
4. Diagnoza pielęgnarska
Obniżony nastrój oraz poczucia osamotnienia i izolacji spowodowane chorobą.
Cel działań pielęgnarskich:
<ul style="list-style-type: none"> - zminimalizowanie obciążenia psychicznego, poczucia osamotnienia i izolacji.
Plan działań [10, 12]:
<ul style="list-style-type: none"> - zwrócenie uwagi na stan psychiczny pacjentki; - zapewnienie wsparcia; - przeprowadzenie komfortowej dla pacjentki rozmowy; - umożliwienie swobodnego wyrażania uczuć, obaw; - podawanie leków przeciwdepresyjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim; - w przypadku długotrwałego utrzymywania się obniżonego nastroju, zaproponowanie spotkania z psychologiem, grupami wsparcia; - motywowanie do podejmowania czynności przynoszących satysfakcję i odprężenie.
Uzasadnienie podjętych działań [10, 12]
Nasilenie dolegliwości psychologicznych doprowadziło do znacznego obniżenia poziomu jakości życia pacjentki. Podjęcie wyznaczonych działań pielęgnarskich miały na celu mobilizację pacjentki do podjęcia czynności, dzięki którym możliwa będzie poprawa jej stanu psychospołecznego.

DYSKUSJA

SM to choroba, która najczęściej dotyka osoby w okresie największej aktywności zawodowej, w związku z czym stanowi poważny problem natury społecznej. Początek choroby zazwyczaj ma miejsce między 20. a 40. rokiem życia i jest częstą przyczyną długotrwałej niezdolności do pracy. Ponadto problem dwukrotnie częściej dotyka kobiet niż mężczyzn. SM dotyczy przede wszystkim ludzi rasy białej. Ryzyko wystąpienia choroby zależy między innymi od zamieszkiwanej szerokości geograficznej. Zdecydowanie największe jest w krajach o klimacie umiarkowanym i chłodnym. W Polsce współczynnik ryzyka zachorowania ocenia się jako dość wysoki [7]. U pacjentki, której dotyczy prezentowany w pracy proces pielęgnowania, stwardnienie rozsiane zdiagnozowano w wieku 39 lat. Kobieta pochodzi z Polski i jest przedstawicielką rasy białej, a więc jej przypadek pokrywa się z prezentowanymi informacjami na temat zachorowalności. Według Jaracz i Kozubskiego, istnieje wiele problemów pielęgnacyjnych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, które związane są między innymi z zaburzeniami koordynacji, zawrotami głowy, występowaniem spastyczności mięśni, znużeniem i zmęczeniem. Należy jednak zwrócić uwagę na indywidualny przebieg każdego z przypadków oraz różnorodność objawów SM [2]. Pierwszoplanowym problemem okazał się znaczny deficyt samodzielności chorej. Wynikało to z ograniczeń spowodowanych nasileniami objawów neurologicznych, w konsekwencji doszło do postępującego zaniku zdolności do wykonywania codziennych czynności. Według Skalskiej-Izdebskiej i wsp. progresja choroby powoduje utratę zdolności do samoobsługi. W wyniku tego jednym z najważniejszych działań pielęgnarskich było zminimalizowanie ograniczeń i poszerzenie zdolności do samoobsługi. Stworzenie odpowiednich warunków, udzielenie wsparcia, zapewnienie pomocy i zgodne z aktualnymi wytycznymi edukowanie, umożliwiły podwyższenie jakości życia i wydolności samoobsługowej pacjentki [11].

Jak piszą Pasek i wsp., do wieloogniskowych objawów stwardnienia rozsianego należą zaburzenia w motoryce. Na początku choroby pacjent odczuwa osłabienie mięśni. Później pojawia się spastyczność (wzmożone napięcie mięśniowe), która utrudnia lub uniemożliwia wykonywanie poszczególnych ruchów [9]. W tym przypadku postęp niewydolności ruchowej stanowił jeden z pierwszych objawów choroby. Trudności w poruszaniu się ograniczyły samodzielność chorej. Zgodnie ze źródłem w tym przypadku dochodziło do okresowych zaburzeń równowagi.

Stwardnienie rozsiane, oprócz sprawności fizycznej, wpływa znamienne na sferę psychiczną chorych. Według Florkowskiego i wsp. u około 75% pacjentów rozpoznano różne zaburzenia psychiczne, współistniejące z objawami somatycznymi. Epizody depresyjne pojawiają się u chorych na SM dwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej, a ryzyko suicydalne jest od 2 do 7 razy wyższe. Ukierunkowanie pacjentów na zaakceptowanie choroby i pokazanie praktycznych sposobów radzenia sobie z jej objawami przynosi natychmiastową poprawę w ogólnym funkcjonowaniu [12].

W omawianym przypadku po przebyciu pierwszego rzutu choroby doszło do potrzeby wdrożenia leczenia przeciwdepresyjnego. Strach przed ryzykiem wystąpienia kolejnego rzutu i zaostrenia objawów potęgował uczucie niepewności i osłabiał stan funkcjonalny chorej. Zapewnienie wsparcia psychicznego i zachęcenie do skorzystania z pomocy specjalisty poprawiły stan emocjonalny pacjentki.

Rola pielęgniarstwa polega na indywidualnym i holistycznym podejściu do pacjenta ze stwardnieniem rozsianym. Wykonane interwencje wpłynęły znacząco na poprawę stanu zdrowia, a w konsekwencji podniosły jakość życia chorego. Pielęgniarka pomaga w zniwelowaniu trudności oraz dyskomfortów wynikających z objawów choroby.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Prusiński A. *Neurologia praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007: 309.
2. Jaracz K, Kozubski W. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 249–264.
3. Rosiak L, Zagożdżon P. Czynniki środowiskowe w epidemiologii stwardnienia rozsianego. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(4): 627–631.
4. Selmaj K. Stwardnienie rozsiane – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby. *Pol Prz Neurol* 2005; 1(3): 99–105.
5. Kazibutowska Z. Diagnostyka, rokowanie i leczenie w stwardnieniu rozsianym w kontekście zagadnień rehabilitacji. *Pol Prz Neurol* 2008; 4(Supl. A): 46–47.
6. Bartosik-Psujek H. Aktualne zasady terapii stwardnienia rozsianego. *Aktual Neurol* 2009; 9(2): 126–131.
7. Guzik A, Kwolek A. Częstość występowania i rozmieszczenia stwardnienia rozsianego w Polsce i na świecie. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2015; 1: 55–62.
8. Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
9. Pasek J, Opara J, Pasek T, i wsp. Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym – wyzwania współczesnej medycyny. *Aktual Neurol* 2009; 9(4): 273–275.
10. Palasik W. Zespół zmęczenia, depresja i zaburzenia funkcji poznawczych – podstawowe czynniki zmieniające jakość życia chorych ze stwardnieniem rozsianym. *Aktual Neurol* 2009; 9(4): 268–270.
11. Skalska-Izdebska R, Bojczuk T, Hołys E. Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane. *Young Sport Science of Ukraine* 2011; 3: 277–282.
12. Florkowski A, Chmielewski H, Gałęcki P. Zaburzenia psychiczne w stwardnieniu rozsianym. *Aktual Neurol* 2009; 9(4): 264–266.

Adres do korespondencji:

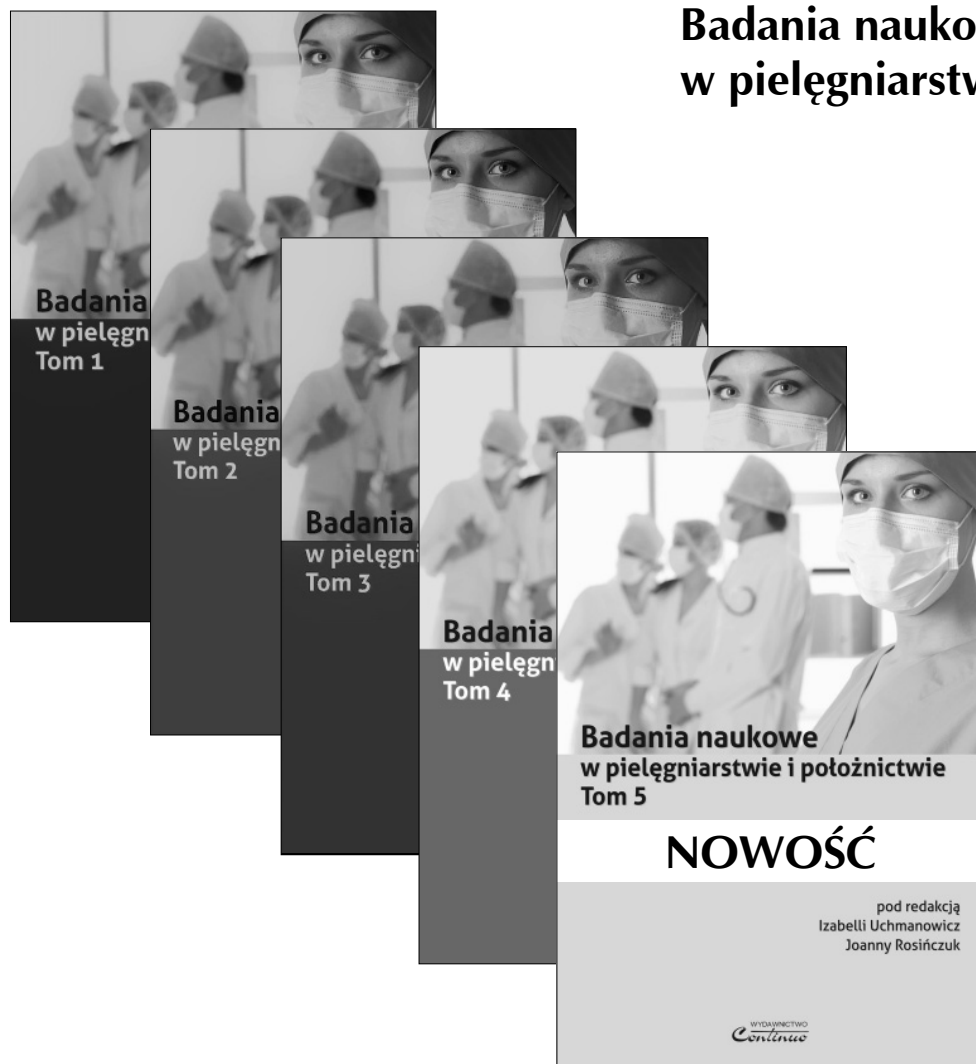
Monika Michalak
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 665 214 904
E-mail: monika.michalak@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.04.2018 r.

Po recenzji: 28.04.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 30.04.2018 r.

Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie



Tom 1

2014, B5, 404 strony
cena 69 zł

Tom 2

2015, B5, 484 strony
cena 75 zł

Tom 3

2016, B5, 536 stron
cena 80 zł

Tom 4

2017, B5, 544 strony
cena 80 zł

Tom 5

2018, B5, 430 stron
cena 75 zł

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

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

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

zamowienia@continuo.pl
www.continuo.pl

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC

INFORMACJE OGÓLNE

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

ZASADY RECENZOWANIA PRAC

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

KONFLIKT INTERESÓW

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

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

OCHRONA DANYCH PACJENTÓW

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

WYMAGANIA ETYCZNE

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

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

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

PRAWA AUTORSKIE

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

INFORMACJE SZCZEGÓLOWE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU PRZESYLANIE PRAC DO REDAKCJI

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

WERSJA ELEKTRONICZNA PRAC

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

MASZYNOPIS

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

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

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

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

STRESZCZENIE

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

UKŁAD PRACY

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

TABELA

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

RYCINY

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

SKRÓTY I SYMBOLE

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

PIŚMIENNICTWO

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

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