

Redaktor naczelny:

dr n. med. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

Z-ca redaktora naczelnego:

dr hab. prof. nadzw. Joanna Rosińczuk (Wrocław)

Sekretarz Redakcji:

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

Komitet Naukowy:

prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)

prof. Sabina De Geest (Basel, Szwajcaria)

dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Wrocław)

dr hab. prof. nadzw. Tomasz Szydełko (Wrocław)

dr hab. prof. nadzw. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)

dr hab. prof. nadzw. Dorota Zyśko (Wrocław)

dr hab. n. med. Krystyna Górna (Poznań)

dr n. med. Sylwia Krzemińska (Wrocław)

dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)

dr n. med. Jakub Trnka (Wrocław)

dr n. med. Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)

dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)

dr n. o zdr. Jolanta Grzebieluch (Wrocław)

dr Diane Carroll (Boston, USA)

dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)

dr Eleni Kletsou (Ateny, Grecja)

dr Monica Parry (Toronto, Canada)

mgr Stanisław Manulik (Wrocław)

Redaktor językowy:

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,

wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny:

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

Redaktor języka angielskiego:

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni:

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i w intensywnej

opiece:

dr n. med. Sylwia Krzemińska, s.krzeminska@wp.pl

Zarządzanie w pielęgniarstwie, organizacja pracy

w pielęgniarstwie:

dr n. med. Ewa Kuriata, ewakuriata@wp.pl

Pielęgniarstwo kardiologiczne:

dr n. med. Izabella Uchmanowicz,

izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne:

dr hab. prof. nadzw. Joanna Rosińczuk,

joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska

opieka długoterminowa:

dr n. med. Dominik Krzyżanowski,

dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo epidemiologiczne:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska,

beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

Socjologia medycyny:

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

Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnictwo:

dr n. med. Monika Przestrzelska,

monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Adres redakcji:

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław

Tel.: 783-371-474; Fax: 71 750-30-67

e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

Wydawca:

Na zlecenie ECKP we Wrocławiu

WYDAWNICTWO

Continuo

Wydawnictwo Continuo

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

Tel.: 71 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.continuo.pl

Prenumerata:

w 2015 r. cena rocznika dla Instytucji: 80 zł,

dla odbiorców indywidualnych: 40 zł

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

Reklamy:

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

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności.

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

ISSN 2084-4212

Nakład 500 egz.

Spis treści/Content:

ARTYKUŁ REDAKCYJNY

- Wskaźnik słabowitości Tilburga – proste narzędzie badawcze do identyfikacji pacjentów z zespołem kruchości** 82
Marta Wleklik, Izabella Uchmanowicz

PRACE ORYGINALNE

- Zależność między akceptacją choroby a poziomem lęku i depresji u pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego** 85
Ewelina Kozera
- Prowadzenie samokontroli przez pacjentów z cukrzycą** 89
Katarzyna Łągoda, Urszula Andrejczyk, Grażyna Jurkowska
- Wpływ ISO 9001 oraz modelu EFQM na poprawę wydajności szpitali: przegląd systematyczny** 94
Stanisław K. Manulik, Ewa Manulik, Bartosz Uchmanowicz

PRACE POGLĄDOWE

- Opatrunki specjalistyczne w praktyce pielęgniarstwie** 99
Izabela Kuberka, Aleksandra Kołtuniuk, Aleksandra Pytel, Joanna Rosińczuk
- Otyłość i odchudzanie. O roli mediów w promowaniu zdrowego stylu życia** 102
Irena Wolska-Zogata

PRACE KAZUISTYCZNE

- Specyfika opieki położniczej nad ciężarną zakwalifikowaną do innowacyjnych badań prenatalnych** 106
Paulina Mostyńska, Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik

EDITORIAL PAPERS

- Tilburg Frailty Indicator – simple research tool to identify patients with Frailty Syndrome** 82
Marta Wleklik, Izabella Uchmanowicz

ORIGINAL PAPERS

- The relationship between the acceptance of the disease, and the level of anxiety and depression in patients with breast cancer** 85
Ewelina Kozera
- Conducting self-control in patients with diabetes mellitus** 89
Katarzyna Łągoda, Urszula Andrejczyk, Grażyna Jurkowska
- The effect of the International Organization for Standardization (ISO) ISO 9001 standard and the European foundation for quality management (EFQM) model on improving hospital performance** 94
Stanisław K. Manulik, Ewa Manulik, Bartosz Uchmanowicz

REVIEWS

- Specialized dressings in nursing practice** 99
Izabela Kuberka, Aleksandra Kołtuniuk, Aleksandra Pytel, Joanna Rosińczuk
- Obesity vs weight loss. The role of the media in promoting a healthy lifestyle** 102
Irena Wolska-Zogata

CASE STUDIES

- Characteristics of obstetric's care provided to pregnant woman qualified for invasive prenatal tests** 106
Paulina Mostyńska, Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik

WSKAŹNIK SŁABOWITOŚCI TILBURGA – PROSTE NARZĘDZIE BADAWCZE DO IDENTYFIKACJI PACJENTÓW Z ZESPOŁEM KRUCHOŚCI

Tilburg Frailty Indicator – simple research tool to identify patients with Frailty Syndrome

Marta Wleklik, Izabella Uchmanowicz

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

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

STRESZCZENIE

Koncepcja zespołu kruchości, zwanego inaczej „zespołem słabości”, „zespołem wątłości”, „zespołem wyczerpania rezerw”, staje się powszechna w kontekście dokonujących się, dynamicznych zmian w strukturze wiekowej populacji. Nawet 65% osób w wieku podeszłym narażonych jest na wystąpienie niepożądanych zdarzeń medycznych, związanych z zespołem słabości, stąd przyszłe strategie działania powinny koncentrować się na identyfikacji tego problemu u osób w wieku podeszłym i chorych przewlekle. Wskaźnik słabowitości Tilburga (TFI) jest jedynym, standaryzowanym narzędziem badawczym, zaadaptowanym do warunków polskich, które pozwala w sposób globalny ocenić zespół kruchości. Kwestionariusz TFI spełnia podstawowe własności psychometryczne i jest prostym narzędziem do zastosowania w codziennej praktyce klinicznej.

Słowa kluczowe: zespół kruchości, starzenie, narzędzia badawcze.

SUMMARY

The concept of frailty, sometimes also termed „weakness”, „fragility”, or „reserve decrease”, gains popularity due to the ongoing dynamic changes in population age structure. As many as 65% of elderly individuals are at risk of adverse medical events related to frailty. Therefore, future management strategies should focus on identifying this syndrome in elderly and chronically ill patients. The Tilburg Frailty Indicator (TFI) is the only standardized research instrument adapted for use in Polish populations that allows a global assessment of frailty. The TFI has the essential psychometric properties and is a simple instrument that can be used in everyday clinical practice.

Key words: frailty syndrome, aging, research tools.

Zespół kruchości jest obecnie jednym z największych wyzwań dla przedstawicieli systemu ochrony zdrowia. Dotyczy to w szczególności społeczeństw starzejących się, w których dynamiczne zmiany w strukturze wiekowej populacji wymagają wprowadzenia wielokierunkowych działań, dedykowanych szczególnie dla osób w wieku podeszłym i chorych przewlekle [1–3].

O koncepcji zespołu słabości dyskutowano już w latach 80. ubiegłego wieku, następnie Linda Fried stworzyła fenotyp kruchości oparty na pięciu komponentach [4] (utrata masy ciała, zmęczenie, osłabienie, spowolnienie, zmniejszenie aktywności fizycznej), wciąż jednak brakowało w literaturze naukowej właściwej definicji. W 2013 r. powstał konsensus 6 międzynarodowych towarzystw, w którym zdefiniowano zespół kruchości jako [3]: „Wieloprzyczynowy zespół kliniczny, charakteryzujący się zmniejszeniem siły, wytrzymałości i redukcją w zakresie procesów fizjologicznych, zwiększający podatność jednostki na rozwój zależności od innych i/lub śmierć”.

Zespół kruchości występuje u 14% osób w wieku podeszłym, jednakże u blisko połowy odnotowuje się występowanie stanu określanego jako *pre-frail*, który poprzedza wystąpienie zespołu słabości [5]. Oznacza to, że niemal 65% osób w wieku podeszłym jest narażona na wystąpienie niepożądanych zdarzeń medycznych związanych z zespołem słabości [5]. W literaturze naukowej wśród konsekwencji zespołu słabości wymienia się zwiększenie chorobowości, niepełnosprawności, śmiertelności, izolację społeczną, instytucjonalizację czy obniżenie jakości życia.

Koncepcja zespołu kruchości ma pomóc przedstawicielom systemu ochrony zdrowia między innymi w prewencji zespołu, identyfikacji heterogenicznych problemów osób starszych oraz w wdrażaniu działań ograniczających występowanie niekorzystnych konsekwencji medycznych u osób dotkniętych zespołem słabości [1–5].

Do oceny zespołu słabości powstało wiele standaryzowanych narzędzi badawczych, wśród nich znajduje się tzw. wskaźnik słabowitości Tilburga (ang. *Tilburg Frailty Indicator*), jedyne narzędzie badawcze zaadaptowane do warunków polskich przez dr n. med. Izabellę Uchmanowicz z zespołem [2, 6]. Autorem wersji oryginalnej jest dr Robbert JJ Gobbens [7]. Jest to narzędzie pozwalające w sposób globalny i rzetelny ocenić zespół kruchości. Ponadto w przeciwieństwie do innych narzędzi uwzględnia oprócz dysfunkcji fizycznych także determinantę psychiczną i społeczną.

TFI składa się z dwóch części. Pierwsza dotyczy charakterystyki socjodemograficznej (płeć, wiek, stan cywilny, kraj pochodzenia, poziom wykształcenia oraz dochód miesięczny). Druga część odnosi się do cech kruchości i zawiera 15 pytań składających się na trzy domeny [2]:

- **domena fizyczna** (0–8 punktów): osiem pytań dotyczących zdrowia fizycznego, niezamierzonej utraty masy ciała, trudności w chodzeniu, równowagi, zaburzeń słuchu, zaburzeń widzenia, siły w rękach, zmęczenia fizycznego;
- **domena psychologiczna** (0–4 punktów): cztery pytania związane ze zdolnościami poznawczymi, objawami depresji, lęku i radzeniem sobie;
- **domena społeczna** (0–3 punktów): trzy pytania dotyczące życia w samotności, stosunków społecznych i wsparcia społecznego.

Jedenaście pozycji w drugiej części kwestionariusza posiada dwie kategorie odpowiedzi („tak” lub „nie”), pozostałe pozycje mają trzy kategorie odpowiedzi („tak”, „nie”, „czasami”). Za odpowiedź „tak” i „czasami” przydziela się 1 punkt, natomiast za odpowiedź „nie” – 0 punktów. Całkowity wynik może mieścić się w przedziale od 0 do 15 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższy wskaźnik słabości. Zespół kruchości rozpoznaje się przy wyniku TFI $\geq 5,13$.

Kwestionariusz spełnia podstawowe własności psychometryczne. Współczynniki α -Cronbach świadczący o spójności wewnętrznej walidowanego do warunków polskich narzędzia wynosi 0,72. Jest to wartość zbliżona do oryginalnej, holenderskiej wersji kwestionariusza. Kwestionariusz TFI jest prostym narzędziem do zastosowania w codziennej praktyce klinicznej, wypełnienie zajmuje mniej niż 15 minut i nie wymaga bezpośredniego kontaktu z badanym.

Z uwagi na częste współwystępowanie zespołu kruchości z chorobami sercowo-naczyniowymi (15–50%) kwestionariusz ten jest powszechnie stosowany w niewydolności serca, ostrych zespołach wieńcowych, nadciśnieniu tętniczym czy migotaniu przedsionków [8].

Zespół kruchości jest istotnym czynnikiem rozwoju powikłań u osób w wieku podeszłym i chorych przewlekle, dlatego przyszłe

strategie działania powinny koncentrować się na identyfikacji tego problemu także w cukrzycy, niewydolności nerek, przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, reumatoidalnym zapaleniu stawów, chorobach nowotworowych czy w ocenie ryzyka okołoperacyjnego.

Zespół kruchości można oceniać w korelacji z danymi socjodemograficznymi i klinicznymi oraz jakością życia, compliance i adherence, zdolnością do samokontroli i samoopieki czy akceptacją choroby [9]. Badania kwestionariuszowe, w tym ocena zespołu kruchości, są jedną z metod gromadzenia danych o podmiocie opieki, które pozwalają na postawienie właściwej diagnozy pielęgniarstwa i zaplanowanie interwencji pielęgniarstwa, adekwatnych do potrzeb pacjenta.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Wskaźnik Słabowitości Tilburg (TFI)*

Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA.

Wskaźnik Słabowitości Tilburg: właściwości psychometryczne. *J Am Med Dir Assoc* 2010; 11(5):344-355.

Część A Determinanty słabowitości

1. Jakiej jesteś płci? 0 mężczyzna 0 kobieta
2. Ile masz lat? lata/lat
3. Jaki jest twój stan cywilny? 0 żonaty/mężatka/mieszkam z partnerem
0 niezonaty/niezamężna
0 w separacji/rozwódziona/a
0 wdowa/wdowiec
4. W jakim kraju się urodziłeś? 0 Polska
0 Inny, (podaj kraj)
5. Jakie posiadasz wykształcenie?
0 żadne lub podstawowe 0 średnie
0 wyższe zawodowe lub wyższe
6. Do której kategorii zalicza się miesięczny dochód netto w twoim gospodarstwie domowym?
0 600 PLN lub mniej
0 601 - 900 PLN
0 901 - 1200 PLN
0 1201 - 1500 PLN
0 1501 - 1800 PLN
0 1801 - 2100 PLN
0 2101 PLN lub więcej
7. Ogólnie rzecz biorąc, jak oceniasz swój styl życia pod kątem zdrowia?
0 zdrowy
0 ani zdrowy, ani niezdrowy
0 niezdrowy
8. Czy masz dwie lub więcej chorób i/lub chroniczne zaburzenia? 0 tak 0 nie
9. Czy doświadczyłeś jednego lub więcej z następujących zdarzeń w ciągu ostatniego roku?
- śmierć ukochanej osoby 0 tak 0 nie
- ciężka choroba u siebie 0 tak 0 nie
- ciężka choroba u ukochanej osoby 0 tak 0 nie
- rozwód lub koniec ważnego związku 0 tak 0 nie
- wypadek samochodowy 0 tak 0 nie
- przestępstwo 0 tak 0 nie
10. Czy jesteś zadowolony ze swego środowiska domowego? 0 tak 0 nie

Część B Składniki słabowitości**B1 Składniki fizyczne**

11. Czy czujesz się zdrowy fizycznie? 0 tak 0 nie
12. Czy ostatnio straciłeś sporo na wadze, mimo że nie chciałeś? 0 tak 0 nie
(„sporo” to 6 kg lub więcej na przestrzeni ostatnich sześciu miesięcy lub 3 kg w przeciagu ostatniego miesiąca)

Czy na co dzień doświadczasz trudności z powodu:

13. trudności w chodzeniu? 0 tak 0 nie
14. trudności w utrzymaniu równowagi? 0 tak 0 nie
15. słabego słuchu? 0 tak 0 nie
16. słabego wzroku? 0 tak 0 nie
17. braku siły w dłoniach? 0 tak 0 nie
18. fizycznego zmęczenia? 0 tak 0 nie

B2 Składniki psychologiczne

19. Czy masz problemy z pamięcią? 0 tak 0 czasami 0 nie
20. Czy zdarzył Ci się spadek nastroju na przestrzeni ostatniego miesiąca? 0 tak 0 czasami 0 nie
21. Czy odczuwałeś zdenerwowanie lub podniecenie nie na przestrzeni ostatniego miesiąca? 0 tak 0 czasami 0
22. Czy umiesz sobie dobrze radzić z problemami? 0 tak 0 nie

B3 Składniki społeczne

23. Czy mieszkasz sam? 0 tak 0 nie
24. Czy zdarza Ci się tęsknić za towarzystwem innych osób? 0 tak 0 czasami 0 nie
25. Czy otrzymujesz wystarczająco dużo wsparcia od innych? 0 tak 0 nie

* Wskaźnik TFI został przetłumaczony na angielski za pomocą tłumaczenia wstecznego.

BIBLIOGRAFIA

- Uchmanowicz I, Lisiak M, Wontor R, et al. Frailty in patients with acute coronary syndrome: comparison between tools for comprehensive geriatric assessment and the Tilburg Frailty Indicator. *Clin Interv Aging* 2015; 10: 521–529.
- Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Łoboz-Rudnicka M, et al. Cross-cultural adaptation and reliability testing of the Tilburg Frailty Indicator for optimizing care of Polish patients with frailty syndrome. *Clin Interv Aging* 2014; 9: 997–1001.
- Morley JE, Vellas B, van Kan GA, et al. Frailty consensus: a call to action. *JAMDA* 2013; 14(6): 392–397.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: 46–56.
- Chen AM. Frailty and cardiovascular disease: potential role of gait speed in surgical risk stratification in older adults. *J Geriatric Cardiol* 2015; 12: 44–56.
- Uchmanowicz I, Lisiak M, Jankowska-Polańska B. Narzędzia badawcze stosowane w ocenie zespołu kruchości. *Gerontol Pol* 2014; 22(1): 1–8.
- Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, et al. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc* 2010; 11: 344–355.
- Uchmanowicz I, Kuśnierz M, Wlekklik M, i wsp. Zależność między zespołem kruchości a częstością hospitalizacji w niewydolności serca. *Wsp Piel Ochr Zdr* 2015; 4(3): 63–67.
- Uchmanowicz I, Wlekklik M, Gobbens RJ. Frailty syndrome and self-care ability in elderly patients with heart failure. *Clin Interv Aging* 2015; 18(10): 871–877.

Adres do korespondencji:

Mgr Marta Wlekklik
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-617 Wrocław
Tel.: 71 784 18 24
E-mail: marta.wlekklik@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.09.2015 r.
Po recenzji: 27.10.2015 r.
Zaakceptowano do druku: 08.11.2015 r.

ZALEŻNOŚĆ MIĘDZY AKCEPTACJĄ CHOROBY A POZIOMEM LĘKU I DEPRESJI U PACJENTEK Z NOWOTWOREM GRUCZOŁU PIERSIOWEGO

The relationship between the acceptance of the disease, and the level of anxiety and depression in patients with breast cancer

Ewelina Kozera

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

adres do korespondencji: e.kozera91@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Nowotwór gruczołu piersiowego diagnozuje się każdego roku u bardzo dużej liczby kobiet. Czas adaptacji, powrót do równowagi fizycznej i emocjonalnej trwają długo. Większość pacjentek odczuwa szereg negatywnych emocji: poczucie zagrożenia, niepokoju, przewrażliwienie, nadpobudliwość, irytację, a nawet depresję. Oddziałuje to na cały proces terapeutyczny, w tym na proces przystosowania się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.

Cel pracy. Ocena zależności między akceptacją choroby a poziomem lęku i depresji u pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego.

Materiał i metody. Do badania włączono 100 kobiet powyżej 60. roku życia ze zdiagnozowanym nowotworem gruczołu piersiowego. Do zebrania materiału badawczego zastosowano: ankietę socjodemograficzną i kliniczną własnego autorstwa, standaryzowany kwestionariusz AIS do oceny akceptacji choroby oraz standaryzowany kwestionariusz HADS-M do oceny lęku i depresji. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki. Średni poziom akceptacji choroby w badanej grupie wyniósł $M = 14,5$ ($SD = 5,5$). Wśród badanych osób 79% posiadało niski poziom akceptacji choroby, osoby ze średnim poziomem akceptacji choroby stanowiły 19%, a wysoki poziom akceptacji choroby posiadało 2% badanych. Średni poziom lęku badanych osób wyniósł $M = 11,52$ ($SD = 2,56$). Średni poziom depresji badanych osób wyniósł $M = 10,32$ ($SD = 2,1$). Analizy korelacji wykazały, że im badane osoby posiadały wyższy poziom na skali akceptacji choroby, tym miały niższy poziom lęku ($r = -0,41$; $p < 0,001$) i depresji ($r = -0,24$; $p = 0,015$).

Wnioski. 1. Kobiety z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego w niskim stopniu akceptują swoją chorobę. 2. Wśród kobiet z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego występują objawy wskazujące na lęk i depresję. 3. Im wyższy poziom akceptacji choroby, tym niższy poziom lęku i depresji wśród kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego.

Słowa kluczowe: nowotwór gruczołu piersiowego, akceptacja choroby, lęk, depresja.

SUMMARY

Background. Every year, a great number of women are diagnosed with breast cancer. Adaptation to the diagnosis and return to physical and emotional balance require a long time. Most patients experience a range of negative emotions: insecurity, anxiety, oversensitivity, excitability, irritability, or even depression. This affects the entire treatment process, including the process of adapting to limitations imposed by the illness.

Objectives. To assess the relationship between acceptance of illness and anxiety and depression in patients with breast cancer.

Material and methods. The study included 100 women over the age of 60, diagnosed with breast cancer. Study material was gathered using: a socio-demographic and clinical questionnaire developed by the authors, the standardized AIS questionnaire evaluating acceptance of illness, and the standardized HADS-M questionnaire evaluating anxiety and depression. Correlations and differences at $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Results. Mean acceptance of illness score in the study group was $M = 14.5$ ($SD = 5.5$). Acceptance of illness was low in 79% of patients, moderate in 19%, and high in 2%. Mean anxiety level in the study group was $M = 11.52$ ($SD = 2.56$). Mean depression level in the study group was $M = 10.32$ ($SD = 2.1$). Correlation analyses showed that patients with higher acceptance of illness scores had lower levels of anxiety ($r = -0.41$; $p < 0.001$) and depression ($r = -0.24$; $p = 0.015$).

Conclusions. 1. Women with breast cancer have poor acceptance of their illness. 2. Women with breast cancer show signs of anxiety and depression. 3. The higher was the breast cancer patients' acceptance of illness, the lower were their anxiety and depression levels.

Key words: breast cancer, acceptance of illness, anxiety, depression.

WSTĘP

Nowotwór gruczołu piersiowego diagnozuje się każdego roku u bardzo dużej liczby kobiet. Po raku płuca jest to jeden z najczęściej występujących nowotworów na świecie. Pojawia się zwykle po menopauzie i dotyka głównie kobiet po 50. roku życia. Choć za jego rozwój odpowiada wiele czynników, prawdopodobieństwo zachorowania u młodszych kobiet jest równie wysokie. Fundamentalnym elementem, który w istotny sposób wpływa na szansę wyleczenia, jest zdiagnozowanie nowotworu we wczesnym stadium rozwoju, wówczas rokowania są dobre.

Rozpoznanie choroby nowotworowej wywołuje poczucie zagrożenia życia, silny lęk, niepewność. Diagnoza budzi w chorym groźbę, powodując, że czuje się on napiętnowany, izolowany społecznie. Nowotwór gruczołu piersiowego odbierany jest przez kobiety jako traumatyczne doświadczenie. Czas adaptacji, powrót do równowagi fizycznej i emocjonalnej trwają długo. Większość pacjentek odczuwa szereg negatywnych emocji: po-

czucie zagrożenia, niepokoju, przewrażliwienie, nadpobudliwość, irytację, a nawet depresję. Oddziałuje to na cały proces przystosowania się do choroby, tym samym powstrzymując powrót do zdrowia psychicznego i fizycznego.

Obecnie w osiąganiu optymalnych wyników leczenia istotną część stanowią nie tylko badania kliniczne, ale także ocena sfery psychicznej pacjenta. W praktyce do samooceny stanu psychicznego czy społecznego pacjenta skorzystać można z szeregu standaryzowanych kwestionariuszy, przeznaczonych do oceny jakości życia, w tym do oceny występowania objawów depresyjnych, poziomu zaadaptowania do choroby czy braku wsparcia społecznego.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena zależności między akceptacją choroby a poziomem lęku i depresji u pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone wśród 100 kobiet powyżej 60. roku życia ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową gruczołu piersiowego, hospitalizowanych w oddziale Radioterapii I, Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Badania trwały od grudnia 2013 do stycznia 2014 r. Do zebrania materiału badawczego zastosowano:

- ankietę własnego autorstwa, charakteryzującą grupę badawczą pod względem socjodemograficznym i klinicznym;
- standaryzowaną skalę do oceny akceptacji choroby AIS (ang. *Acceptance Illness Scale*) – autorstwa Felton i wsp. w polskiej adaptacji Juczyńskiego [1]. Kwestionariusz zawiera osiem stwierdzeń opisujących konsekwencję złego stanu zdrowia: kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, ograniczenia w wykonywaniu ulubionych zajęć, poczucie nieprzydatności, poczucie zależności, poczucie bycia ciężarem dla bliskich, obniżone poczucie własnej wartości, ograniczenie samowystarczalności, poczucie zakłopotania chorobą wśród innych osób. Skala AIS pozwala na określenie ogólnej akceptacji choroby, a także na osobną interpretację wyników uzyskanych w poszczególnych stwierdzeniach. Pacjenci ustosunkowują się do każdego z powyższych stwierdzeń zaznaczając odpowiedź na 5-stopniowej skali Likerta. Maksymalny wynik, jaki można uzyskać (40 punktów), świadczy o akceptacji choroby, najniższy natomiast (8 punktów) oznacza złe przystosowanie do choroby;
- standaryzowany kwestionariusz do oceny poziomu lęku i depresji, HADS-M (ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale Zigmonda and Snaitha*) [2]. Kwestionariusz zawiera 3 podskale: lęku, depresji i agresji. Umożliwia ocenę występowania tych objawów u pacjentów hospitalizowanych z powodów somatycznych. W skali HADS-M występuje 16 pytań, a każde z nich ma 4 możliwe odpowiedzi (m in.: większość czasu, sporo czasu, od czasu do czasu, wcale/zdecydowanie tak, zwykle, często, wcale nie). Wyniki interpretowane są następująco: 0–7 punktów – bez zaburzeń depresyjnych, 8–10 punktów – objawy depresyjne graniczne, 11–21 punktów – wyraźne objawy depresyjne. Analogicznie interpretuje się podskalę lęku.

Analizę statystyczną przeprowadzono stosując program SPSS dla Windows 7.0. Dla wszystkich parametrów ilościowych (mierzalnych) wyznaczono podstawowe statystyki opisowe ($M \pm SD$, Me) oraz sprawdzono zgodność ich rozkładu z rozkładem normalnym. Do analizy związków wykorzystano współczynnik korelacji r -Pearsona. Za poziom istotności statystycznej przyjęto p -value $< 0,05$.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 100 pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego powyżej 60. roku życia. W tabeli 1 i 2 przedstawiono dane społeczno-demograficzne i kliniczne badanych osób.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna grupy badanej

Charakterystyka socjodemograficzna	Liczebność	% ogółu
Wiek		
60–65 lat	35	35
65–70 lat	27	27
70–75 lat	25	25
75 lat i więcej	13	13
Wykształcenie		
Podstawowe	22	22
Średnie	43	43
Wyższe lub zawodowe	35	35
Zamieszkanie		
Wieś	57	57
Miasto	43	43

Stan cywilny		
Mężatka/mieszkam z partnerem	61	61
Niezamężna	14	14
W separacji/rozwidzona	8	8
Wdowa	17	17
Kraj urodzenia		
Polska	100	100
Inny	0	0
Miesięczny dochód		
600 PLN lub mniej	5	5
601–900 PLN	12	12
901–1200 PLN	48	48
1201–1500 PLN	24	24
1501–1800 PLN	9	9
1801–2100 PLN	2	2
2101 PLN lub więcej	0	0
Dwie lub więcej chorób lub choroby chroniczne		
Tak	83	83
Nie	17	17

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna grupy badanej

Charakterystyka kliniczna	Liczebność	% ogółu
Czas od zachorowania		
Mniej niż rok	41	41
1–3 lata	31	31
3–6 lat	17	17
6 lat i więcej	11	11
Stosowane leczenie		
Zabieg operacyjny	75	75
Chemioterapia	75	75
Radioterapia	100	100
Powikłania po leczeniu		
Zabieg operacyjny	50	50
Chemioterapia	72	72
Radioterapia	77	77
Powikłania po zabiegu operacyjnym		
Gorączka	26	26
Oznaki infekcji	41	41
Zwiększone wydzielanie płynu	51	51
Rozejście się szwów	34	34
Drętwienie i/lub martwica skóry	21	21
Reoperacja	20	20
Opuchnięcie kończyny górnej	66	66
Powikłania po chemioterapii		
Ostre (natychmiastowe) – nudności/wymioty/reakcja uczuleniowa	59	59
Wczesne (4–6 tyg. po leczeniu) – uszkodzenie szpiku kostnego/wypadanie włosów/zapalenie błon śluzowych	70	70
Opóźnione (do kilkunastu tygodni po chemioterapii) – uszkodzenie nerek/płuc/serca	43	43
Późne (kilka miesięcy/lat po chemioterapii) – uszkodzenie układu rozrodczego/nowotwory wtórne	22	22
Powikłania po radioterapii		
Odczyn I°	17	17
Odczyn II°	40	40
Odczyn III°	41	41
Świąd/łuszczenie skóry	64	64

Wśród badanych osób 35% było w wieku 60–65 lat, 27% w wieku 65–70 lat, 25% w wieku 70–75 lat, 12% w wieku powyżej 75. roku życia. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 43%, osoby z wykształceniem wyższym lub zawodowym stanowiły 35%, a wykształcenie podstawowe po-

siadało 22% badanych. Ponad połowa mieszkała na terenach wiejskich – 57%, osoby mieszkające w miastach stanowiły 43% badanych. Większość osób miała partnera/męża – 61%, osoby owdowiałe stanowiły 17%, kobiety niezamężne stanowiły 14%, a w separacji było 8% badanych osób. Wszystkie osoby pochodziły z Polski. Blisko połowa posiadała miesięczny dochód na poziomie 901–1200 zł; osoby z dochodem 1201–1500 zł stanowiły 24% badanych. Zdecydowana większość osób (83%) posiadała dwie lub więcej choroby lub choroby chroniczne.

Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety chorujące mniej niż rok – 41%, osoby chorujące od 1 roku do 3 lat stanowiły 31% badanych, osoby chorujące od 3 do 6 lat stanowiły 17%, a osoby chorujące powyżej 6 lat stanowiły 11% badanych osób. U wszystkich badanych zastosowano radioterapię (100%), osoby po zabiegu operacyjnym stanowiły 75%, podobnie u 75% zastosowano chemioterapię. Badane z powikłaniami po radioterapii stanowiły 77%, powikłania po chemioterapii wystąpiły u 72%, a powikłania po zabiegu operacyjnym wystąpiły u połowy respondentek. Najczęstszymi powikłaniami po zabiegu operacyjnym było opuchnięcie kończyny górnej – 66%, zwiększone wydzielanie płynu – 51%, oznaki infekcji – 41%. Najczęstszymi powikłaniami po chemioterapii były wczesne uszkodzenia szpiku kostnego/wypadanie włosów/zapalenie błon śluzowych – 70%, ostre nudności/wymioty/reakcja uczuleniowa – 59%, opóźnione uszkodzenie nerek/płuc/serca – 43%. Najczęstszymi powikłaniami po radioterapii był świąd/łuszczenie się skóry – 64%, odczyn III – 41%, odczyn II – 40%.

W tabeli 3 przedstawiono statystyki opisowe dla pytań kwestionariusza AIS. Wśród twierdzeń kwestionariusza akceptacji choroby badane osoby najmniej zgadzały się z twierdzeniem, że czują się niepotrzebne ($M = 2,5$) oraz że choroba sprawia, że są ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół ($M = 2$), że mają kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę ($M = 2$). Średni ogólny poziom akceptacji choroby badanych osób wyniósł $M = 14,5$ ($SD = 5,5$). Wśród badanych 79% posiadało niski poziom akceptacji choroby, osoby ze średnim poziomem akceptacji choroby stanowiły 19%, a wysoki poziom akceptacji choroby posiadało 2% respondentek.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla kwestionariusza AIS

AIS	M [SD]	Me [Kw. I–Kw. III]
1.	2,04 [0,88]	2 [1–2]
2.	1,73 [0,96]	1 [1–2]
3.	2,53 [1,08]	3 [2–3]
4.	1,58 [0,96]	1 [1–2]
5.	2,02 [0,78]	2 [2–2]
6.	1,57 [1,02]	1 [1–2]
7.	1,56 [0,95]	1 [1–2]
8.	1,46 [0,74]	1 [1–2]
Poziom AIS	14,49 [5,51]	12,5 [11–17]
Niski	79	79,00
Średni	19	19,00
Wysoki	2	2,00

AIS (ang. *Acceptance Illness Scale*) – akceptacja choroby; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Kw. – kwartył; 1 – przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez chorobę; 2 – uniemożliwienie wykonywania ulubionych zajęć; 3 – poczucie nieprzydatności; 4 – poczucie zależności od innych osób; 5 – poczucie bycia ciężarem dla najbliższych; 6 – obniżenie poczucia własnej wartości; 7 – ograniczenie samowystarczalności; 8 – poczucie zakłopotania wśród innych spowodowane przebywaniem z osobą chorą.

W tabeli 4 przedstawiono statystyki opisowe dla pytań kwestionariusza HADS-M. Średni ogólny poziom lęku badanych osób wyniósł $M = 11,52$ ($SD = 2,56$). Średni ogólny poziom depresji wyniósł $M = 10,32$ ($SD = 2,1$).

Analizy korelacji r-Pearsona między skalą kwestionariusza lęku i depresji (HADS-M) a ogólnym poziomem akceptacji choroby (AIS) przedstawiono w tabeli 5. Analizy korelacji wykazały, że im badane osoby posiadały wyższy poziom skali akceptacji choroby, tym posiadały niższy poziom lęku i depresji.

Tabela 4. Statystyki opisowe dla kwestionariusza HADS-M

HADS-M	M [SD]	Me [Kw. I–Kw. III]
Ogólny poziom lęku	11,52 [2,56]	12 [10–13]
Ogólny poziom depresji	10,32 [2,1]	10 [9–12]

HADS-M (ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale Zigmunda and Snath*); M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Kw. – kwartył.

Tabela 5. Współczynniki korelacji pomiędzy poziomem lęku i depresji, a akceptacją choroby

Zmienna	Lęk		Depresja	
	r-Pearsona	p-value	r-Pearsona	p-value
Ogólny poziom AIS	-0,41	< 0,001	-0,24	0,015

AIS (ang. *Acceptance Illness Scale*) – akceptacja choroby; r-Pearson – współczynnik korelacji Pearsona; p-value – współczynnik istotności statystycznej.

DYSKUSJA

Choroba nowotworowa gruczołu piersiowego obarcza pacjentki w znacznym stopniu klinicznie, ale także narusza ich funkcjonowanie psychiczne i społeczne. Występującym trudnościom z zaakceptowaniem swojego stanu zdrowia towarzyszą często negatywne emocje w znaczącym stopniu obniżające jakość życia.

W niniejszym badaniu zastosowano standaryzowane narzędzia badawcze do oceny poziomu akceptacji choroby oraz lęku i depresji u kobiet leczonych z powodu nowotworu gruczołu piersiowego na oddziale Radioterapii. Grupa badana w większości oceniła, że choroba, która została u nich zdiagnozowana, jest ciężka. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety, które chorują mniej niż rok oraz zamieszkują na terenach wiejskich.

Obecnie akceptacja choroby uznawana jest za niezależny predyktor obniżenia jakości życia w wielu chorobach przewlekłych [3, 4]. Poziom akceptacji choroby może być natomiast determinowany przez szereg czynników socjodemograficznych, jak i klinicznych. W badaniu Pawlik [2] poziom akceptacji choroby nie był zależny od miejsca zamieszkania, natomiast odmienne wyniki przedstawili Balsa i wsp. [5].

Z badań własnych wynika, że pacjentki są zadowolone ze swojego środowiska rodzinnego, otrzymują wsparcie społeczne od rodziny i przyjaciół. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Pawlik i Kaczmarek-Borowskiej [2], Nowickiego [6], Bulsy i wsp. [5], Chwałczyńskiej i Woźniewskiego [7]. Jednakże w doniesieniach de Walden-Gałuszko [8] i Zegarskiego [9] odnotowano ograniczenie kontaktów społecznych z powodu choroby nowotworowej piersi wśród pacjentek.

Wykazano natomiast, że stan psychiczny grupy badanej ulega zmianie, pacjentki stają się bardziej nerwowe, rozdrażnione, co analogicznie pokazała Chwałczyńska i Woźniewski [7] oraz Balsa i wsp. [5]. Wśród chorych kobiet na nowotwór gruczołu piersiowego obserwuje się również spadek efektywności w pracy [9]. Wśród badanych osób poziom akceptacji choroby, podobnie jak w pracy Łuczyk i wsp. [10] był niski we wszystkich pytaniach. Odnotowano także występowanie objawów świadczących o wysokim poziomie lęku i depresji. Wykazano statystycznie istotny wpływ między poziomem akceptacji choroby a poziomem lęku i depresji. Do badania własnego włączono kobiety powyżej 60. roku życia, a według Majkovic i wsp. [11] kobiety w podeszłym wieku silniej reagują lękiem i depresją. Co więcej, kobiety z nowotworem piersi i wpołistniejącymi objawami depresji odczuwają istotnie gorszą jakość życia [10].

Ocena akceptacji choroby jest niezbędna w wyodrębnianiu grup pacjentów wymagających zintensyfikowanych działań terapeutycznych w procesie przystosowania się do choroby. Konieczność obejmowania specjalistyczną, ciągłą opieką pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego uzasadnia potrzebę stworzenia wielodyscyplinarnych programów, które w dalszej perspektywie przyczyniłyby się do zminimalizowania negatywnego wpływu tego schorzenia na jakość życia.

WNIOSKI

1. Kobiety z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego w niskim stopniu akceptują swoją chorobę.
2. Wśród kobiet z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego występują objawy wskazujące na lęk i depresję.

3. Im wyższy poziom akceptacji choroby, tym niższy poziom lęku i depresji wśród kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Felton BJ, Revenson TA, Hionrichsen GA (adaptacja Juczyński Z). *Skala akceptacji choroby ALS*. W: Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009: 162–166.
2. Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. *Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii*. Rzeszów: Uniwersytet Rzeszowski; 2013.
3. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, i wsp. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek* 2007; 5(6): 224–227.
4. Obieglo M, Uchmanowicz I, Wleklik M, et al. The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015; 8: 1–7.
5. Bulsa M, Rzepa T, i wsp. Stan psychiczny kobiet po mastektomii. Doniesienie z badań. *Post Psych Neurol* 2002; 11: 55–70.
6. Nowicki A, Kwasińska E, i wsp. *Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”*. Szczecin: Pomorska Akademia Medyczna; 2009: 3, 55, 81–85.
7. Chwałczyńska A, Woźniewski M. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiad Lek* 2004; LVII: 5–6.
8. De Walden-Gałuszko K. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994.
9. Zegarski W. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ-BR23. *J Oncology* 2010; 6: 532–535.
10. Łuczyk R, Owsik E, Łuczyk M, i wsp. Występowanie i wpływ zaburzeń depresyjnych na jakość życia kobiet po mastektomii. *J Health Sci* 2014; 4(10): 137–150.
11. Majkowicz M, Zdun-Ryżewska A. Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatr Prakt Klin* 2009; 2(2): 100–114.

Adres do korespondencji:

Mgr Ewelina Kozera
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirszfelda 12
53-413 Wrocław
Tel.: 721 358 032
E-mail: e.kozera91@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 01.10.2015 r.

Po recenzji: 22.11.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 01.12.2015 r.

PROWADZENIE SAMOKONTROLI PRZEZ PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ

Conducting self-control in patients with diabetes mellitus

Katarzyna Łagoda¹, Urszula Andrejczyk², Grażyna Jurkowska³

¹ Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Klinika Pediatryczna Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

³ Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

adres do korespondencji: katarzyna.lagoda@umb.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Cukrzyca stanowi istotny problem zdrowotny i ekonomiczny na świecie. Oprócz leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego ważnym elementem leczenia cukrzycy jest samokontrola. Do elementów samokontroli w cukrzycy należą m.in.: oznaczanie stężenia glukozy w krwi oraz acetonu i glukozy w moczu, kontrola masy ciała, ocena stanu stóp, badanie dna oka, systematyczne określanie wyrównania cukrzycy na podstawie poziomu Hb_{A1C}.

Cel pracy. Określenie poziomu wiedzy pacjentów na temat cukrzycy i jej wczesnych powikłań oraz ocena umiejętności właściwego postępowania pacjentów w przypadku wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii. Określono także oczekiwania pacjentów w zakresie edukacji zdrowotnej na temat samokontroli.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów z cukrzycą typu 1 (42%) i 2 (58%) w wieku 18–75 lat, hospitalizowanych w Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Badania przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, składającego się z 70 pytań.

Wyniki. Codzienną, systematyczną kontrolę glikemii prowadzi 36% badanych. Większość pacjentów prawidłowo określiło definicję hipoglikemii i hiperglikemii oraz ich przyczyny i objawy. Pacjenci znają kryteria wyrównania metabolicznego cukrzycy: prawidłowe wartości glikemii na czczo (88%) i Hb_{A1C} (72%). Prawie połowa ankietowanych oceniła swój poziom wiedzy na temat samokontroli jako dostateczny, 22% – jako dobry, a 18% – jako bardzo dobry. Umiejętność postępowania w hiperglikemii zależy od wieku, typu cukrzycy i czasu trwania choroby. Właściwe działania w przypadku wystąpienia objawów hiperglikemii podejmowali pacjenci z cukrzycą typu 1 niezależnie od czasu trwania choroby oraz pacjenci z cukrzycą typu 2 trwającą ponad 10 lat.

Wnioski. 1. Wśród pacjentów z cukrzycą istnieje duże zapotrzebowanie na edukację zdrowotną. 2. Ustawiczne szkolenia chorych z cukrzycą mogą przyczynić się do lepszej kontroli metabolicznej cukrzycy i pośrednio zmniejszyć liczbę wczesnych i późnych powikłań. Ponadto szkolenia pacjentów mogą istotnie wpłynąć na umiejętność rozpoznawania objawów wczesnych powikłań cukrzycy przez chorych oraz na umiejętność podejmowania właściwego postępowania w takich przypadkach.

Słowa kluczowe: samokontrola, cukrzyca, edukacja.

SUMMARY

Background. Diabetes is a significant global health and economic issue. An essential role in diabetes management is played not only by pharmaceutical and non-pharmaceutical treatment, but also by patients' self-control. Self-control in diabetes includes such actions as: testing glucose levels in blood and glucose and acetone levels in urine, body weight control, foot examinations, ophthalmoscopic examinations, and regular checks of diabetes control based on Hb_{A1C} levels.

Objectives. The purpose of the study was to evaluate patients' knowledge on diabetes and its early complications, as well as their ability to properly manage any hypo- or hyperglycemic states. Patients' expectations regarding health education on self-control were also investigated.

Material and methods. The study included 100 patients with type 1 (42%) and type 2 (58%) diabetes, aged 18–75, hospitalized at the Department of Endocrinology, Diabetology and Internal Medicine of the University Hospital in Białystok. The study was performed using a questionnaire developed by the author, comprising 70 questions.

Results. 36% of the studied patients regularly checked their glucose levels on a daily basis. Most patients were capable of providing a correct definition of hypoglycemia and hyperglycemia, together with their causes and symptoms. Patients knew the criteria for metabolic control of diabetes: normal levels of fasting glucose (88%) and Hb_{A1C} (72%). Nearly half of the patients reported having satisfactory knowledge on diabetes self-control; 22% reported good knowledge, and 18% – very good knowledge. The ability to manage hyperglycemia depends on age, type of diabetes, and duration of diabetes. Proper actions were undertaken in response to the occurrence of hyperglycemic symptoms by patients with type 1 diabetes, regardless of its duration, and patients with type 2 diabetes lasting for 10 years or more.

Conclusions. 1. Patients with diabetes have a considerable need for health education. 2. Continuing education of diabetes patients may contribute to better metabolic control of diabetes, indirectly reducing the number of early and late complications. Additionally, patient education may significantly contribute to their capability of recognizing the symptoms of early diabetes complications and of managing them.

Key words: self-control, diabetes, education.

WSTĘP

Cukrzyca jest coraz większym problemem zdrowotnym wśród ludności całego świata. Jest przykładem przewlekłej choroby społecznej, w leczeniu której ogromną rolę odgrywa sam pacjent. Mianem „cukrzyca” określa się każde przewlekłe zaburzenie metabolizmu objawiające się w sposób powtarzalny: hiperglikemią na czczo oraz glikozurią, hiperglikemią po posiłkach oraz glikozurią lub przy prawidłowej wartości glikemii na czczo, po podaniu doustnym 75g glukozy, uzyskuje się wartości glikemii znacznie wyższe niż wartości charakterystyczne dla osób zdrowych [1].

Każdy pacjent, u którego rozpoznano cukrzycę, musi przejść szkolenie na temat własnej choroby. Leczenie pozaszpitalne bez odpowiedniego przygotowania nie jest możliwe, gdyż za-

groza zdrowiu i życiu pacjenta. Edukacja w cukrzycy musi być procesem ciągłym i stale powtarzanym. W leczeniu cukrzycy dużą rolę ma do odegrania sam pacjent. Jest to bowiem choroba wymagająca ciągłego pogłębiania wiedzy i pracy nad sobą. Pacjenci muszą nauczyć się panować nad swoją chorobą. Aby to osiągnąć, potrzebują wielu informacji umożliwiających poznanie istoty choroby. Potrzebują również treningu określonych umiejętności praktycznych – sposobu podawania insuliny, oznaczania poziomu glikemii. To daje pacjentom podstawę do prowadzenia samokontroli i podejmowania samodzielnych decyzji związanych z leczeniem i postępowaniem w przypadku hipo- czy hiperglikemii [2, 3].

Każda osoba z cukrzycą powinna być zapoznana z podstawowymi zagadnieniami dotyczącymi samokontroli, np.:

- dlaczego należy kontrolować poziom glikemii,
- jak wpłynąć na właściwe wyrównanie metaboliczne cukrzyca przez stosowanie diety, aktywność fizyczną, modyfikację dawek insuliny,
- w jaki sposób sprawdzać skuteczność leczenia za pomocą domowych testów,
- jak rozpoznawać objawy hipoglikemii i hiperglikemii, jak im zapobiegać,
- co należy zrobić w przypadku wystąpienia dodatkowej choroby,
- jak nie dopuścić do powstania późnych powikłań cukrzyca - uszkodzenia wzroku, nerek, nerwów, stóp,
- w jaki sposób korygować dawki insuliny,
- jak często wykonywać badania kontrolne u specjalistów (kardiologa, neurologa, diabetologa) [3, 4].

Niezwykle ważne jest prowadzenie przez pacjentów „Dzienniczka samokontroli”, który umożliwia kontrolę leczenia. Pacjent powinien systematycznie zapisywać nie tylko wyniki pomiaru glikemii, ale również pomiar ciśnienia tętniczego, masy ciała, epizody hipoglikemii i hiperglikemii, błędy dietetyczne, niepokojące dolegliwości, złe samopoczucie i dodatkowo przyjmowane leki. Rzetelne zapisywanie obserwacji i wyników badań pozwala pacjentowi na samodzielną modyfikację dawek leków hipoglikemizujących czy insuliny w zależności od aktualnego poziomu glikemii [1, 2].

Oprócz rozpoznawania i postępowania w przypadku nagłych stanów - hipoglikemii i hiperglikemii - pacjent powinien podjąć właściwe działania w innych nietypowych sytuacjach, takich jak: choroba przebiegająca z infekcją, silny stres, długa podróż. Samokontrola stwarza warunki do sprawnej współpracy pacjenta z lekarzem i pielęgniarką, ma zasadnicze znaczenie dla polepszenia wyników leczenia i zapobiegania powikłaniom [1-3].

CEL PRACY

Celem pracy były:

- 1) określenie poziomu wiedzy pacjentów na temat cukrzyca i jej wczesnych powikłań,
- 2) ocena umiejętności właściwego postępowania pacjentów w przypadku wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii,
- 3) ocena oczekiwań pacjentów w zakresie edukacji zdrowotnej na temat cukrzyca.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami ankietowymi zostało objętych 100 losowo wybranych pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2 w wieku 18-75 lat, hospitalizowanych w Klinice Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku lub będących pod opieką Poradni Diabetologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. Narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa, składająca się z 70 pytań. Pierwsza część ankiety (35 pytań) dotyczyła oceny stanu zdrowia i aktualnych problemów zdrowotnych związanych z cukrzycą. Druga część składała się z 35 pytań wielokrotnego wyboru, dotyczących oceny wiedzy pacjenta na temat własnej choroby, profilaktyki wczesnych powikłań cukrzyca, postępowania w przypadku wystąpienia ostrych powikłań cukrzyca, oceny własnego poziomu wiedzy przez pacjentów i oczekiwań w zakresie edukacji zdrowotnej.

Wyniki badań zostały poddane analizie ilościowej i statystycznej za pomocą testu χ^2 Pearsona. Uzyskanie poziomu istotności w teście χ^2 Pearsona poniżej 0,05 pozwala na odrzucenie hipotezy niezależności zmiennych i stwierdzenie, że zależność jest istotna statystycznie.

WYNIKI

Większość respondentów stanowili mężczyźni - 58%. Wśród badanej grupy 59% miało rozpoznaną cukrzycę typu 2, natomiast pozostałych 41% cukrzycę typu 1. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 18-30 lat (27%) (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Dane demograficzne		n	%
Przedział wieku	18-31 lat	27	27
	31-40 lat	8	8
	41-50 lat	17	17
	51-60 lat	21	21
	61-70 lat	16	16
	powyżej 70	11	11
Stan cywilny	panna/kawaler	23	23
	mężatka/zonaty	56	56
	wdowa/wdowiec	14	14
	rozwódka/rozwodnik	7	7
Miejsce zamieszkania	miasto > 100 tys. mieszkańców	39	39
	miasto < 100 tys. mieszkańców	36	36
	wieś	25	25
Wykształcenie	podstawowe	21	21
	średnie	46	46
	zawodowe	24	24
	wyższe	9	9
Źródło utrzymania	praca zawodowa	37	37
	emerytura	36	36
	renta	12	12
	zasiłek dla bezrobotnych	5	5
	brak dochodów	9	9
Sytuacja społeczna	mieszka z rodziną	77	77
	mieszka samotnie, ale utrzymuje kontakt z rodziną	18	18
	mieszka w domu pomocy społecznej	3	3
	mieszka samotnie i nie utrzymuje kontaktu z rodziną	2	2

Najliczniejszą grupę ankietowanych stanowiły osoby, u których choroba trwała od 6 miesięcy do 5 lat - 54 (54%) osoby. U 1/4 pacjentów choroba rozwinęła się od 6 do 10 lat wstecz, u 18 (18%) osób chorobę rozpoznano od 11 do 20 lat temu, a u 2 (2%) osób choroba trwa dłużej niż 21 lat. Ponad połowa ankietowanych leczona była za pomocą różnych metod insulinoterapii. Szczegółowe dane dotyczące metod leczenia cukrzyca wśród ankietowanych prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Metoda leczenia cukrzyca wśród ankietowanych

Metoda leczenia cukrzyca	n	%*
Dieta cukrzycowa	42	42
Dieta i wysiłek fizyczny	4	4
Leki doustne raz dziennie	5	5
Leki doustne 2 razy dziennie	32	32
Leki doustne 3 razy dziennie	5	5
Insulina raz dziennie	2	2
Insulina 2 razy dziennie	14	14
Insulina 3 razy dziennie	17	17
Insulina 4 razy dziennie	22	22

* - % nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielali więcej niż jednej odpowiedzi.

Większość ankietowanych (89%) leczyło się w poradni diabetologicznej, a pozostałych 11% korzystało wyłącznie z porad lekarza rodzinnego. Orzeczenie o niepełnosprawności posiadało 16% badanych. Na podstawie wskaźnika BMI u 41% osób stwierdzono nadwagę (BMI 25-29,5 kg/m²), u 25 - otyłość (BMI > 29 kg/m²). Prawidłowe wartości BMI (18-24,5 kg/m²) miało około 1/3 ankietowanych. Prawie 1/4 ankietowanych paliło papierosy, 35% badanych nigdy nie paliło papierosów, natomiast 39% osób przyznało, że paliło papierosy w przeszłości.

Znaczna większość ankietowanych (91%) posiadała glukometr i nakłuwacz oraz potrafiła je obsługiwać. Kontrolę glikemii kil-

ka razy dziennie prowadziło 36% pacjentów. Do kontrolowania poziomu glikemii tylko przed wizytą u lekarza przyznało się 7% pacjentów. Natomiast od czasu do czasu pomiar glikemii wykonywało 32% badanych. Żadnych pomiarów glikemii nie wykonywało 6% chorych.

Z analizy statystycznej wynika, że częstość pomiaru glikemii zależała od: wieku, płci, typu cukrzycy, czasu trwania choroby i liczby odbytych szkoleń na temat choroby. Osoby starsze, tj. powyżej 60. roku życia, mierzyły poziom glikemii istotnie rzadziej w porównaniu z osobami młodszymi. Istotnie częściej poziom glikemii mierzyły kobiety ($p = 0324$), pacjenci z cukrzycą typu 1 ($p < 001$), osoby uczestniczące w szkoleniach na temat cukrzycy powyżej 15 razy ($p = 0051$) oraz pacjenci z cukrzycą trwającą powyżej 10 lat ($p < 001$).

Na pytanie o prowadzenie dzienniczka samokontroli 45% badanych odpowiedziało, że regularnie prowadzi samoobserwację i notuje wyniki samokontroli w dzienniczku, natomiast 38% stwierdziło, że obserwację prowadzi nieregularnie. Dzienniczków samokontroli nigdy nie prowadziło 17% badanych.

Znaczna większość osób (68%) wśród ankietowanych to pacjenci, którzy w szkoleniach na temat cukrzycy uczestniczyli do pięciu razy. Aż 25% badanych deklaruowało, że uczestniczyli w szkoleniach 6–10 razy, natomiast pozostałych 7% pacjentów uczestniczyło więcej niż 10 razy.

Epizody hipoglikemii zaobserwowało u siebie 66 ankietowanych (66%), natomiast pozostałe 34 (34%) osoby twierdziły, że nigdy nie wystąpiło u nich niedocukrzenie.

Prawie wszyscy badani – 99% udzielili prawidłowej odpowiedzi na pytanie o definicję hipoglikemii. Tylko jedna osoba nie знаła odpowiedzi na to pytanie. Na pytanie o częstość występowania hipoglikemii największa grupa osób (39%) odpowiedziała, że epizody hipoglikemii występują raz w tygodniu. Duża grupa ankietowanych – 38% nie potrafi określić częstości występowania hipoglikemii, ponieważ nie odczuwa żadnych niepokojących objawów niedocukrzenia. Częste niedocukrzenia, kilkakrotnie w ciągu dnia występowały u 8% ankietowanych.

W przypadku wystąpienia hipoglikemii w ankietowanej grupie 92 osoby (92%) spożyłyby dodatkowy posiłek. Natomiast 6 osób (6%) stwierdziło, że w przypadku wystąpienia niedocukrzenia należy podać leki przeciwcukrzycowe. Dwie osoby nie udzieliły odpowiedzi na postawione pytanie, co sugeruje brak wiedzy na temat zasad postępowania w przypadku wystąpienia hipoglikemii. 1 osoba stwierdziła, że w przypadku wystąpienia niedocukrzenia podała by insulinę.

Z analizy statystycznej wynika, że umiejętność postępowania podczas hipoglikemii zależała od typu cukrzycy. Natomiast nie zależała od płci ($p = 0,817$) i wieku ($p = 042$). Pacjenci z cukrzycą typu 1 posiadali większe umiejętności prawidłowego postępowania w czasie hipoglikemii ($p = 076$) niż pacjenci z cukrzycą typu 2.

Znaczna większość ankietowanych prawidłowo zdefiniowała termin „hiperglikemia” – 95%, 4 osoby twierdziły, że hiperglikemia polega na wystąpieniu zbyt wysokiego poziomu glukozy w moczu. Na postawione pytanie nie udzieliły odpowiedzi 2 osoby. Głównymi przyczynami hiperglikemii według ankietowanych są: zbyt duży posiłek i zbyt mały wysiłek fizyczny – takiej odpowiedzi udzieliło 81% ankietowanych. Spośród innych przyczyn badani wymieniali: zbyt małą dawkę insuliny (55%), niesystematyczne przyjmowanie leków (52%), dodatkową chorobę infekcyjną (47%). Tylko 3 osoby nie potrafiły udzielić odpowiedzi na postawione pytanie.

Ponad połowa (57%) badanych podała, że hiperglikemia występowała u nich raz w tygodniu. Częste hiperglikemie, zdarzające się kilkakrotnie w ciągu dnia, występowały u 11% badanych osób, natomiast codziennie – u 32% badanych.

Większość badanych (61%) uważała, że w przypadku wystąpienia hiperglikemii należy podać dodatkową dawkę insuliny,

a podanie leków przeciwcukrzycowych uznało za słuszne 50%. Niepokojący jest fakt, że aż 4 osoby uznały, że w przypadku przecukrzenia należy spożyć dodatkowy posiłek, a jedna osoba stwierdziła, że należy podać glukagon.

Z analizy statystycznej zebranych danych wynika, że umiejętność postępowania w czasie hiperglikemii zależała od: wieku, typu cukrzycy i czasu trwania choroby. Istotnie częściej wiedzę na temat właściwego postępowania w przypadku wystąpienia objawów hiperglikemii posiadali pacjenci z cukrzycą typu 1 ($p < 001$) i pacjenci z cukrzycą trwającą powyżej 10 lat ($p < 001$). Natomiast nie stwierdzono istotnych różnic ze względu na płeć ($p = 0,496$).

W przypadku wystąpienia biegunki i wymiotów większość ankietowanych uważała, że należy skontaktować się z lekarzem – takiej odpowiedzi udzieliło 89% osób. Według 50% badanych ważne jest również częste mierzenie poziomu glikemii i picie większej ilości płynów – tak odpowiedziało 31%. Natomiast 30% osób uznało, że w takiej sytuacji należy zmniejszyć dawki insuliny.

Znaczna większość badanych (88%) zna wartości prawidłowego poziomu glikemii na czczo. Tylko jedna osoba nie znała odpowiedzi na to pytanie, a 10 osób uznało, że prawidłowy poziom glikemii na czczo to 60–80 mg%.

Na pytanie o poziom glukozy w moczu 81 osób odpowiedziało, że w moczu nie powinno być glukozy. Odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 18% osób spośród badanej grupy. Wśród ankietowanych 74% pacjentów prawidłowo zdefiniowało pojęcie hemoglobiny glikowanej. Takiej wiedzy nie posiadało pozostałych 26% chorych. Prawidłowe wartości stężenia hemoglobiny glikowanej znało 72% osób. Brak wiedzy w tym zakresie stwierdzono u 28% chorych – osoby te nie udzieliły żadnej odpowiedzi na postawione pytanie.

W badanej grupie 95% pacjentów znało zasady postępowania przed planowanym wysiłkiem fizycznym. Jednak 12 osób (12%) uważa, że przed zwiększonym wysiłkiem należy podać dodatkową dawkę insuliny. Odpowiedzi na postawione pytanie nie udzieliły 3 osoby.

W opinii ankietowanych systematyczny i regularny wysiłek fizyczny pozwala utrzymać właściwą masę ciała – takiej odpowiedzi udzieliło 85% osób. Aż 7 osób sądzi, że wysiłek fizyczny może zastąpić podanie insuliny. Odpowiedzi na to pytanie nie udzieliło 9 osób.

Większość ankietowanych prawidłowo wymieniło czynniki wpływające korzystnie na wyrównanie metaboliczne cukrzycy. Większość ankietowanych (72%) uznało, że można je osiągnąć przez regularne stosowanie leków i utrzymywanie właściwej diety, 34% osób stwierdziło, że nie należy spożywać węglowodanów prostych. Natomiast 3 osoby uważają, że unikanie wysiłku fizycznego pozwoli im na zapewnienie wyrównania metabolicznego cukrzycy.

Na pytanie o główne elementy samokontroli w cukrzycy uzyskano wiele odpowiedzi. Znaczna większość ankietowanych odpowiedziała, że jest to mierzenie poziomu glikemii – 93%. Regularny pomiar masy ciała uznało za istotny 27%, a częstą kontrolę stóp wskazało 24% pacjentów. Ważnymi elementami samokontroli według respondentów są również: badanie obecności cukru w moczu (6%) oraz badanie obecności acetonu w moczu (5%). W badanej grupie 3 osoby nie potrafiły podać żadnego elementu samokontroli. Szczegółowe dane na ten temat prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Znajomość elementów samokontroli wśród ankietowanych

Elementy samokontroli	n*	%*
Mierzenie poziomu glikemii w krwi	93	93
Pomiar masy ciała	27	27
Kontrola stóp	24	24
Kontrola ciśnienia tętniczego	11	11
Utrzymywanie właściwej diety	10	10

Badanie obecności cukru w moczu	6	6
Badanie obecności acetonu w moczu	5	5
Regulowanie dawek insuliny	5	5
Badanie dna oka	4	4
Prowadzenie zeszytu samokontroli	4	4
Właściwy wysiłek fizyczny	3	3
Obserwacja samopoczucia	1	1
Brak odpowiedzi	3	3

* - % nie sumują się, ponieważ ankietowani udzielali więcej niż jednej odpowiedzi.

Na pytanie o samoocenę wiedzy dotyczącej choroby 45% osób odpowiedziało, że jest ona dostateczna, 22% oceniło swoją wiedzę jako dobrą, a 18% - jako bardzo dobrą. Tylko 15 pacjentów (15%) określiło swój poziom wiedzy na temat choroby jako niedostateczny.

Z analizy statystycznej wynika, że istnieje zależność statystyczna między oceną własnego poziomu wiedzy na temat choroby a czasem trwania choroby, wiekiem, typem cukrzycy oraz liczbą szkoleń na temat choroby. Wraz z wiekiem pacjenci istotnie niżej oceniali poziom swojej wiedzy na temat choroby ($p < 001$). Osoby z cukrzycą typu 1 oceniły wyżej swój poziom wiedzy niż pacjenci z cukrzycą typu 2. Im większa liczba odbytych szkoleń, tym lepiej pacjenci oceniają swój poziom wiedzy. Im dłużej trwa choroba, tym lepiej pacjenci oceniają poziom swojej wiedzy ($p < 001$). Nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie poziomu wiedzy na temat choroby w zależności od płci ankietowanych.

Poproszono ankietowanych, aby określili, w jakim zakresie poziom ich wiedzy na temat choroby jest wystarczający. Najniżej pacjenci ocenili poziom swojej wiedzy na temat zasad stosowania glukagonu (70%) oraz zasad prowadzenia samokontroli (61%). Szczegółowe dane na ten temat przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Wystarczający zakres wiedzy na temat choroby w opinii badanych

Zakres wiedzy	Tak		Nie		Nie wiem	
	n	%	n	%	n	%
Przyczyny hipoglikemii	60	60	39	39	1	1
Objawy hipoglikemii	57	57	42	42	1	1
Postępowanie podczas hipoglikemii	55	55	44	44	1	1
Przyczyny hiperglikemii	59	59	40	40	1	1
Objawy hiperglikemii	57	57	41	41	2	2
Postępowanie podczas hiperglikemii	53	53	45	45	2	2
Zasady diety cukrzycowej	61	61	35	35	4	4
Zasady właściwego wysiłku fizycznego	52	52	46	46	2	2
Zasady insulinoterapii	38	38	59	59	3	3
Zasady stosowania glukagonu	30	30	70	70	0	0
Zasady prowadzenia samokontroli	38	38	61	61	1	1

Głównym źródłem wiedzy ankietowanych pacjentów o cukrzycę były ulotki (94%). Duża grupa osób czerpała swoją wiedzę z książek - 46 osób (46%), tyle samo osób z czasopism niemedycznych. Internet był źródłem wiedzy o chorobie dla 25% ankietowanych. Programy telewizyjne i radiowe były źródłem wiedzy dla 16% osób, tyle samo osób deklaroowało uzyskiwanie informacji z czasopism medycznych.

Ankietowani pacjenci wykazali duże zainteresowanie szkoleniami dotyczącymi cukrzycy. Najwięcej osób (74%) chciałyby poszerzyć swoją wiedzę na temat ostrych powikłań choroby, 71% ankietowanych - na temat diety cukrzycowej, a 66% pacjentów na temat późnych powikłań cukrzycy. Nieco mniej osób chciałyby uzyskać dodatkowe informacje na temat zasad samokontroli - 64%. Natomiast 37% badanych osób jest zainteresowanych szkoleniem dotyczącym podawania insuliny.

DYSKUSJA

Cukrzyca jest chorobą bardzo powszechną, której częstość występowania ciągle wzrasta, a w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat obserwuje się szczególnie wzrost zachorowań. Skutkiem tej choroby są między innymi odległe powikłania naczyniowe, które z kolei powodują zwiększoną śmiertelność. W nowoczesnej terapii cukrzycy należy zwrócić uwagę głównie na modyfikację stylu życia. Kompleksowe leczenie powinno być sprawowane przez zorganizowany zespółowy system opieki diabetologicznej, który jest dobrze skoordynowany, wyszkolony i posiada odpowiednią motywację. Zasady opieki diabetologicznej powinny obejmować utrzymanie dobrej kontroli glikemii, przy zachowaniu jak najlepszej jakości życia, wykrywanie i leczenie powikłań, stałą edukację i wsparcie psychiczne. Prawidłowo prowadzona edukacja pacjentów odgrywa niezwykle istotną rolę w uzyskiwaniu wyrównania metabolicznego cukrzycy. Edukacja powinna być procesem ciągłym, zorganizowanym, przemyślanym i dokładnie przygotowanym. O jej zakresie trzeba decydować indywidualnie, biorąc pod uwagę postawę pacjenta, jego umiejętności i oczekiwania [1-4].

Zgodnie z teorią samoopieki według Dorothy Orem, człowiek podejmujący działanie w ramach samoopieki musi posiadać niezbędną wiedzę i umiejętności. Edukacja terapeutyczna w cukrzycy pozwala na wykorzystanie aktywnej roli chorego w procesie leczenia. Warunkiem skutecznego nauczania jest uświadomienie jego rezultatów. Dlatego stałym elementem każdego programu edukacyjnego jest ocena poziomu wiedzy pacjenta. Większość badaczy jest zgodna co do tego, że przeszkolenie chorych w zakresie samokontroli powoduje wzrost poziomu ich wiedzy i umiejętności w tym zakresie oraz wywiera korzystny wpływ na kształtowanie się zachowań zdrowotnych [5-7].

W przeprowadzonych badaniach zastosowano 4-stopniową skalę samooceny wiedzy pacjentów. Stwierdzono, że aż 45% ankietowanych ocenia poziom swojej wiedzy jako dostateczny, 22% ocenia jako dobry, 18% - jako bardzo dobry. Natomiast najmniej osób, bo 15%, ocenia swój poziom wiedzy jako niedostateczny.

Mirowska przeprowadziła analizę 8 badań opublikowanych w latach 2003-2008 na temat edukacji zdrowotnej w procesie pielęgowania pacjentów z cukrzycą. We wszystkich analizowanych badaniach wykazano, że poziom wiedzy pacjentów na temat cukrzycy był niezadowalający, pacjenci mieli świadomość niskiego poziomu własnej wiedzy o chorobie, a informacje o cukrzycy otrzymywali zazwyczaj od lekarzy i bardzo rzadko od pielęgniarek [8-16].

Chociaż opracowano różne modele kształcenia pacjentów, to jednak szkolenia grupowe nie mogą w pełni zastąpić szkoleń indywidualnych prowadzonych przez odpowiednio przygotowany personel. Niezbędnym elementem skuteczności tego rodzaju terapii jest nie tylko przekazywanie wiedzy teoretycznej, lecz systematycznie powtarzanie i ćwiczenie elementów praktycznych (iniekcje insuliny, samokontrola glikemii, gimnastyka stóp), jak również indywidualna rozmowa z pacjentem i odpowiedź na jego pytania i wątpliwości [2-4].

Edukacja jest podstawą, na której opiera się możliwość wykorzystania osiągnięć naukowych i technicznych do realizacji skutecznego leczenia. Mimo że pacjenci mają świadomość, jak ważne jest przestrzeganie zaleceń lekarza i poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie, często nie stosują się do tych zaleceń. W badanej grupie aż 26% ankietowanych pali papierosy a 50% spożywa alkohol od czasu do czasu. W ostatnich latach zalecenia dietetyczne dla chorych na cukrzycę zostały znacznie uproszczone, a główny nacisk położono na dietę ubogą w tłuszcze i węglowodany proste, mimo to 44% badanych twierdzi, że zna zasady diety cukrzycowej, ale nie potrafi się do nich dostosować. Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach Glińska i wsp. [17]. Dowiedli oni ponadto, że tylko niewielki odsetek pacjentów potrafi prawidłowo samodzielnie ułożyć swój jadłospis uwzględniając zapotrzebowanie kaloryczne i liczbę wymienników węglowodanowych.

Z przeprowadzonych badań wynika, że pacjenci wykazują dobrą znajomość zagrożeń związanych z powikłaniami cukrzycy.

Największa była świadomość niebezpieczeństw dotyczących powikłań ocznych (98%) i zespołu stopy cukrzycowej (95%). W nieco mniejszym stopniu chorzy zdawali sobie sprawę, że miażdżycy, choroby nerek i układu nerwowego mogą mieć związek z cukrzycą. Większość ankietowanych pacjentów prawidłowo definiuje hipoglikemię oraz hiperglikemię, potrafi rozpoznać objawy oraz podać przyczyny ostrych powikłań cukrzycy. Niestety tylko połowa potrafi prawidłowo określić działanie glukagonu oraz podać wskazania do jego zastosowania. Większość pacjentów, tj. około 70%, potrafi prawidłowo zdefiniować hemoglobinę glikowaną oraz podać prawidłowe wartości glukozy w surowicy krwi na czczo oraz wartości Hb_{A1C}. Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach Majkowska i wsp. [9].

Oznaczenia stężenia glukozy w krwi są w praktyce najważniejszym wskaźnikiem służącym do oceny stanu wyrównania cukrzycy. Badania Pacyka i Grzeszczaka [18] dowiodły, że jedynie 25% pacjentów regularnie korzysta z glukometru i prowadzi samokontrolę, a aż 31% badanych nie posiada podstawowej wiedzy na temat postępującego charakteru cukrzycy, zagrożeń związanych z nieodwracalnością jej powikłań oraz nie znało celów leczenia cukrzycy.

Wiele badań dowodzi, że pacjenci wykazują znajomość objawów hipoglikemii i hiperglikemii, natomiast nie potrafią podać istoty wczesnych powikłań i sposobów zapobiegania tym powikłaniom. Według Glińskiej i współautorów respondenci zwracają przede wszystkim uwagę na właściwy dobór i obliczanie dawek insuliny, mniej uwagi poświęcają regularnym posiłkom i przyjęciu dodatkowej porcji węglowodanów przed wykonaniem dodatkowej pracy [17].

Badania kliniczne, takie jak Badania nad Kontrolą i Powikłaniami Cukrzycy (*The Diabetes Control and Complication Trial – DCCT*) dowiodły, że w leczeniu cukrzycy korzystne jest, zwłaszcza jako działanie prewencyjne w stosunku do naczyniowych i neurologicznych powikłań późnych, osiągnięcie ścisłej kontroli glikemii.

W badaniach wykazano mniejszy odsetek występowania neuropatii, retinopatii i nefropatii cukrzycowej u pacjentów z prawidłowymi poziomami glikemii. A jednocześnie program badawczy DCCT dowodzi, że intensywna terapia cukrzycy wiąże się z trzykrotnie niższym ryzykiem wystąpienia incydentów hipoglikemii i śpiączki hipoglikemicznej. Głównym zagrożeniem wynikającym z wystąpienia hipoglikemii jest uszkodzenie funkcji mózgu. Dlatego utrzymanie prawidłowego stężenia glukozy w krwi decyduje o prawidłowym funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego. Nawracające stany hipoglikemiczne i śpiączki hipoglikemiczne powodują powstawanie objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu. Zmiany te mogą się sumować pod postacią organicznych i psychoemocjonalnych zaburzeń, które można określić mianem encefalopatii pohipoglikemicznej [19].

Opieka diabetologiczna powinna obejmować spójny plan leczenia chorych, wykorzystujący możliwości lekarzy rodzinnych, diabetologów, pielęgniarek, dietetyków i samego pacjenta. Mimo szerokiego dostępu do różnych źródeł wiedzy – książek, broszur, Internetu – większość badań potwierdza potrzebę poszerzenia wiedzy przez pacjentów. Pacjenci twierdzą, że zbyt niski stan wiedzy na temat cukrzycy obniża jakość ich życia, zmniejsza poczucie bezpieczeństwa i utrudnia życie [1].

WNIOSKI

1. Wśród pacjentów z cukrzycą istnieje duże zapotrzebowanie na edukację zdrowotną.
2. Ustawiczne szkolenia chorych z cukrzycą mogą przyczynić się do lepszej kontroli metabolicznej cukrzycy i pośrednio zmniejszyć liczbę wczesnych i późnych powikłań. Ponadto szkolenia pacjentów mogą istotnie wpłynąć na umiejętność rozpoznawania objawów wczesnych powikłań cukrzycy przez chorych oraz na umiejętność podejmowania właściwego postępowania w takich przypadkach.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetol Klin* 2015; 4(supl. A): 1–73.
2. Boratyn-Dubiel L, Chmiel Z. Znaczenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów z cukrzycą. *Zdr Publ* 2010; 120(3): 316–323.
3. Bernas M, Szczeklik-Kumala Z. Znaczenie edukacji terapeutycznej w leczeniu chorych na cukrzycę. *Przew Lek* 2009; 2: 84–89.
4. Uchmanowicz I, Kubera-Jaroszewicz K. *Edukacja diabetologiczna. Standard opieki pielęgnacyjnej chorego na cukrzycę*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2012.
5. Araszkiwicz A, Piasecka D, Wierusz-Wysocka B. Ocena wiedzy pacjentów z typem 2 cukrzycy na temat przewlekłych powikłań choroby. *Now Lek* 2012; 81(2): 158–163.
6. Kobus G, Łagoda K, Sawicka J, i wsp. Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u osób z cukrzycą i rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca kierowanych na koronarografię – ocena wiedzy pacjentów. *Przł Kardiadiabetol* 2010; 5(3, 4): 151–158.
7. Łagoda K, Kamińska K, Kobus G i wsp. Ocena wiedzy pacjentów na temat profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej. *Przł Kardiadiabetol* 2009; 4(2): 64–70.
8. Mirowska M. Poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą oraz udział pielęgniarek w edukacji diabetologicznej. *Probl Pielęg* 2010; 18(3): 316–322.
9. Majkowska L, Tejchman K, Ślózowski P, i wsp. Ocena poziomu edukacji chorych na cukrzycę typu 2 w Szczecinie i okolicach. *Diabetol Dośw Klin* 2003; 3: 501–508.
10. Gawor A, Bełkowska-Kosycarz B, Lewandowska J. Przygotowanie

11. Karakiewicz B, Mroczek B, Rotter I, i wsp. Znaczenie edukacji zdrowotnej w pracy z pacjentem z cukrzycą typu 2. *Ann UMCS Sect D* 2004; LIX(supl. XIV): 449–455.
12. Krystoń-Serafin M, Jankowiak B, Krajewska-Kułak E, i wsp. Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2 jako niezbędny element terapii. *Diabetol Prakt* 2005; 6: 7–14.
13. Wilczewska L, Książek J, Piotrkowska R, i wsp. Edukacja zdrowotna w procesie pielęgnowania pacjentów z cukrzycą. *Ann UMCS, Sectio D* 2005; LX(supl. XVI): 221–224.
14. Przeorska-Najgebauer T, Janusz-Jenczeń M, Hornik B, i wsp. Udział chorego na cukrzycę w procesie leczenia. *Ann UMCS Sect D* 2005; LX(supl. XVI): 410–413.
15. Nowakowska H, Mędrzycka-Dąbrowska W, Leoniuk K, i wsp. Wpływ edukacji na zmianę zachowań prozdrowotnych chorych z cukrzycą typu 2. *Ann UMCS Sect D* 2005; LX(supl. XVI): 101–104.
16. Bąk E, Kadłubowska M, Fraś M. Wpływ samokontroli w cukrzycy na czas powstawania neuropatii cukrzycowej. *Probl Pielęg* 2009; 17: 105–109.
17. Glińska J, Kaźmierczak J, Lewandowska M, i wsp. Poziom wiedzy chorych na cukrzycę typu 2 dotyczący powikłań późnych – edukacja pacjenta. *Probl Pielęg* 2011; 19(4): 454–462.
18. Pacyk G, Grzeszczak W. Wpływ grupowej edukacji na stan psychoemocjonalny chorych na cukrzycę typu 2 leczonych w poradni rejonowej i diabetologicznej. *Diabetol Pol* 2001; 8: 193–196.
19. Stanowisko American Diabetes Association. Znaczenie badania Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetol Prakt* 2002; 3(supl. A): A33–A36.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Katarzyna Łagoda
Zakład Medycyny Klinicznej UMB
Centrum Dydaktyczno-Naukowe
ul. Szpitalna 37, pok. 316
15-295 Białystok
Tel.: 85 686 50 62
E-mail: katarzyna.lagoda@umb.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.11.2015 r.
Po recenzji: 13.11.2015 r.
Zaakceptowano do druku: 29.11.2015 r.

WPLYW ISO 9001 ORAZ MODELU EFQM NA POPRAWĘ WYDAJNOŚCI SZPITALI: PRZEGLĄD SYSTEMATYCZNY

The effect of the International Organization for Standardization (ISO) ISO 9001 standard and the European foundation for quality management (EFQM) model on improving hospital performance

Stanisław K. Manulik¹, Ewa Manulik², Bartosz Uchmanowicz³

¹ Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu; NZOZ „Przychodnia Kosmonautów” Sp. z o.o. we Wrocławiu

² Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu; Medicover Sp. z o.o. CM Strzegomska we Wrocławiu

³ Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu; Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

adres do korespondencji: s.manulik@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Niniejsze badanie miało na celu ocenę wpływu międzynarodowego standardu ISO 9001 i Modelu Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością (EFQM) na poprawę wyników w szpitalu

Cel pracy. Ocena wpływu ISO 9001 oraz modelu EFQM na poprawę wydajności funkcjonowania szpitala.

Materiał i metody. Zostały przeszukane bazy danych: PubMed, Embase i Cochrane Library. Ponadto, Elsevier i Springer przeszukano jako głównych wydawców w dziedzinie nauk medycznych. Zostały włączone badania empiryczne z każdego projektu, w którym używano ISO 9001 lub modelu EFQM do poprawy jakości opieki zdrowotnej. Dane zebrano i zestawiano w arkuszu ekstrakcji danych, który został specjalnie zaprojektowany do tego badania. Zebrane dane zawierają nazwiska autorów, kraj, rok publikacji, interwencji, cele poprawy, ustawienia, długości programu, projektu badania i wyników.

Wyniki. Siedem z 125 badań, które były pobierane, spełniało kryteria włączenia. W trzech badaniach oceniano zastosowanie modelu EFQM oraz w czterech badaniach oceniano zastosowanie normy ISO 9001. Dzięki zastosowaniu modelu EFQM wzrósł stopień satysfakcji pacjentów i zmniejszył się średniej długości pobyt, skrócił się średni czas oczekiwana na przyjęcie do oddziałów chirurgicznych oraz zmniejszyła się liczba ponownych przyjęć nagłych. Zastosowanie standardu ISO 9001 przyczyniło się również do wzrostu stopnia zadowolenia pacjentów i bezpieczeństwa pacjentów, ponadto zaobserwowano zwiększenie efektywności kosztowej, poprawę procesu przyjęć do szpitala oraz zmniejszenie odsetka nieplanowanych rehospitalizacji.

Wnioski. Generalnie brak jest twardej i wysokiej jakości dowodów empirycznych dotyczących wpływu ISO 9001 i modelu EFQM na dostarczanie przez szpitale wysokiej jakości opieki. Jednak ograniczone dowody wskazują, że ISO 9001 oraz model EFQM może poprawić wydajność w szpitalu.

Słowa kluczowe: szpitale, Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna, Europejska Fundacja Zarządzania Jakością, świadczenie usług medycznych, przegląd systematyczny.

SUMMARY

Background. This study aimed to explore the effect of the International Organization for Standardization (ISO) ISO 9001 standard and the European foundation for quality management (EFQM) model on improving hospital performance.

Objectives. This study was designed to assess the impact of the international standard ISO 9001 and the Model of the European Foundation for Quality Management (EFQM) to improve earnings in the hospital.

Material and methods. PubMed, Embase and the Cochrane Library databases were searched. In addition, Elsevier and Springer searched as major publishers in the field of medical sciences. They were included in empirical studies of each project, which uses the ISO 9001 or EFQM model to improve quality of care. Data were collected and compiled data extraction sheet, which has been specially designed for this study. The data collected included the names of authors, country, year of publication, intervention, aims to improve, setting the length of the program, the study design and results.

Results. Seven of the 125 studies, which were taken met the inclusion criteria. Three studies examined the use of the EFQM model and in four studies examined the use of ISO 9001. By applying the EFQM model has increased the degree of patient satisfaction and decreased average length of stay has shortened the average waiting time for admission to the surgical wards and reduced the number of emergency readmissions. Application of the standard ISO 9001 also contributed to the increase in the degree of patient satisfaction and patient safety also has been observed to increase cost efficiency, process improvement admissions to hospital, and to reduce the percentage of unplanned readmission.

Conclusions. Generally, there is no hard and high-quality empirical evidence on the impact of ISO 9001 and the EFQM model to deliver the high-quality care hospitals. However, limited evidence shows that ISO 9001 and the EFQM model can improve the efficiency in the hospital.

Key words: hospitals, International Organization for Standardization, European Foundation for Quality Management, provision of medical services, a systematic review.

WSTĘP

Rosną obawy dotyczące jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Systemy zarządzania jakością są szeroko stosowane w opiece zdrowotnej [1–3]. W wielu oddziałach szpitalnych zastosowano system zarządzania jakością w celu poprawy efektywności i jakości usług zdrowotnych [4, 5]. Jeden z powszechnie stosowanych standardów, który jest używany w ochronie zdrowia, to wymagania określone przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną (ISO) – dokładnie międzynarodowa norma ISO 9001. ISO powstała w 1947 r. w celu zapewnienia standaryzacji do specyfikacji technicznych dla produktów będących przedmiotem obrotu na rynku międzynarodowym. Ro-

dzina norm systemu zarządzania jakością ISO 9001 może być stosowana do każdego typu organizacji mającej na celu poprawę jakości wytwarzania swoich towarów lub usług. Standard ten reprezentuje międzynarodowe porozumienie w sprawie wyników zarządzania wytwarzaniem towarów i usług, co pomaga zapewnić, że pracownicy nieustannie dostarczają produkt lub usługę, która spełnia wymagania jakościowe klientów organizacji, stale zwiększa wydajność organizacji i poprawę satysfakcji klientów [6–8].

Kolejnym międzynarodowym modelem, który jest używany do prowadzenia procesów poprawy jakości jest Model Doskonałości Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością (EFQM).

EFQM powstał w 1988 r. za zgodą Komisji Europejskiej. Model Doskonałości EFQM jest wielowymiarowym modelem opartym na ośmiu pojęciach doskonałości. Model ten został dobrze przyjęty w sektorze publicznym w Europie w ostatnich latach. Jego nienormatywne ramy opierają się na dziewięciu kryteriach [9]. Pięć kryteriów odnosi się do „Potencjału” (przywództwa, ludzi, polityki i strategii, partnerstwa i zasobów oraz procesów) natomiast cztery pozostałe odnoszą się do „wyników” (wyników osób, klientów, społeczeństwa i kluczowych wyników działalności) [10]. Model Doskonałości EFQM jest cennym narzędziem, które może pomóc organizacjom rozpoznać braki zarządzania jakością oraz monitorować ich poprawę. Podkreśla ideę samooceny oraz wykrywania słabych i mocnych stron korzystając z zasad przewodnich kryteriów. Ramy te są szeroko wykorzystywane w przemyśle, jak również w dziedzinie opieki zdrowotnej [11, 12].

Istnieje kilka systematycznych przeglądów dotyczących wpływu metod poprawy jakości w opiece zdrowotnej. Niektóre z opublikowanych oceniały skuteczność Six Sigma i Lean Six Sigma [13–15]. Inne wskazywały na szerszą poprawę jakości całego systemu (QI) [16] i podkreślały ich zależność od kontekstu: charakter, stopień nakładania się modeli i potrzebę skutecznej metody wdrażania w organizacji zgodnie ze specyfiką i infrastrukturą [17, 18]. Inni badali literaturę poszukując oceny skuteczności metod QI, takich jak cykl: PDCA (Plan-Do-Check-Act), Statistical Process Control (SPC), lub poprawy jakości statystycznej (CQI): Total Quality Management (TQM), Six Sigma, i Lean Six Sigma, w poprawie jakości opieki nad pacjentami w oddziale chirurgii [19].

MATERIAŁ I METODY

Dokonano przeglądu baz: PubMed (od 1994 r. do września 2013 r.), Embase przez Scopus (od 1997 r. do września 2013 r.) oraz Cochrane Library (wydanie 3, 2013). Ponadto przeszukano publikacje głównych wydawców w dziedzinie nauk medycznych – Elsevier (od 1996 r. do września 2013 r.) i Springera (od 1945 r. do września 2013 r.).

Warunki wyszukiwania zostały opracowane na pokrycie haseł: szpital, poprawa wydajności, jak również nazwy i synonimy ISO 9001 lub Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej, EFQM lub Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością. Te warunki to: „szpital”, „wydajność szpitala”, „poprawa jakości”, „zarządzanie jakością” i każdym z następujących terminów: „ISO 9001”, „Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna”, „EFQM”, „Europejska Fundacja Zarządzania Jakością” w tytule lub abstrakcie.

Do badań własnych włączone zostały badania empiryczne z każdego projektu, który używał ISO 9001 lub modelu EFQM w celu poprawy działania szpitala. Badania, w których odniesiono się do korzystania z interwencji, takich jak ISO 9001 lub modelu EFQM, a w których oceniano wpływ tej interwencji na wyniki w szpitalu w danym okresie, zostały uwzględnione. Teoretyczne badania, listy, opinie, audyty i recenzje zostały wyłączone. Badania, w których oceniano postrzeganie lekarzy i pielęgniarek o ISO 9001 lub modelu EFQM również zostały wyłączone z tego opracowania. Wykluczono także wszelakiego rodzaju raporty z samooceny szpitali.

Wszystkie dokumenty, które zostały pobrane ze strategii wyszukiwania, zostały zaimportowane do bazy danych EndNote. Ich tytuły, streszczenia i, w razie potrzeby, pełne teksty były następnie skanowane przez badacza i sprawdzane przez członków zespołu badawczego pod względem kryteriów włączenia. Statystyczną metodą stosowaną do tej analizy był współczynnik kappa Cohena, który został obliczony jako 0,7.

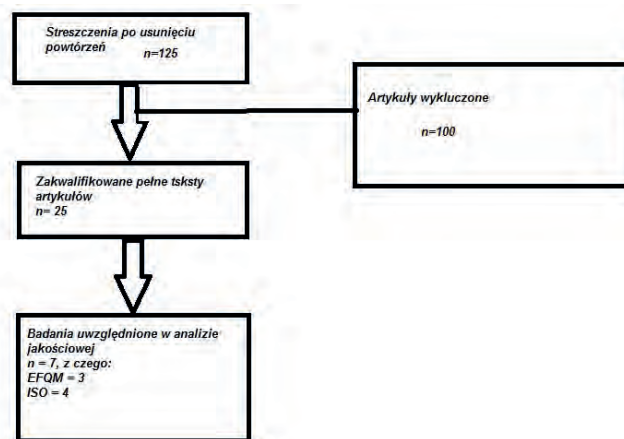
Dane zebrano i zestawiano w arkuszu ekstrakcji danych, który został specjalnie zaprojektowany do tego badania. Zebrane dane zawierają: nazwiska autorów, kraj, rok publikacji, interwencji, stopień poprawy jakości, ustawienia, długości programu, projektu badania i studia efektów.

Ocena jakości w badaniach nieeksperymentalnych nie została dobrze rozwinięta [20]. Tym samym, kombinacja dostępnego

nazewnictwa została użyta do zaprojektowania listy kryteriów, które zostały zastosowane do oceny jakości zawartych badań [20, 21]. Zredagowane kryteria zostały wykorzystane do oceny jakości włączonych badań: adekwatność opisu metod, adekwatność metod badawczych do przedmiotu badań, jakość zbierania danych, jakość analizy danych i jakość prezentacji danych.

WYNIKI

Na podstawie opisowej syntezy wyników przeprowadzono rozważenie na temat ryzyka błędów i jakości badań. Strategia wyszukiwania przyniosła 125 prac. Po usunięciu duplikatów, 100 z tych badań zostało wyłączonych po sprawdzeniu tytułów i streszczenia. Pełne teksty 25 badań zostały sprawdzone, a siedem z nich spełniało kryteria włączenia (ryc. 1).



Rycina 1. Podsumowanie strategii wyboru materiału

Spośród wybranych badań trzy dotyczyły modelu EFQM, a cztery były związane z normą ISO 9001 (tab. 1). Trzy badania zostały przeprowadzone w Hiszpanii, a po jednym w: Wielkiej Brytanii, Niemczech, Holandii i Izraelu. Dwa badania zostały opublikowane po 2010 r. Pięć badań było empirycznych; jedno miało charakter ankietowy, a jedno badanie to obserwacja. W czterech artykułach odnotowano dłuższy niż dwa lata okres badań; wszystkie badania przeprowadzono w szpitalu [22–26].

Trzy badania dotyczyły stopnia zadowolenia pacjentów. Sanchez i wsp. [22] poinformowali, że wskaźnik zadowolenia pacjenta wzrósł do 96,2% i 93,1%, odpowiednio w przychodniach i w oddziale ratunkowym w czteroletnim okresie monitorowania; jednak wskaźnik zadowolenia spadł w wśród hospitalizowanych po zastosowaniu modelu EFQM. Rodriguez-Cerrillo i wsp. [25] również wskazali, że zadowolenie pacjentów wzrosło z 92% w 2008 r. do 98,8% w 2010 r. po stosowaniu norm ISO 9001. Vitner i wsp. [26] także odnotowali poprawę satysfakcji z usługi w zakresie między 4,8 i 5 (na skali od 1 do 5), w 66% pozycji w badaniu pacjentów po wdrożeniu normy ISO 9001. Dodatkowo trzy badania dotyczyły średniej długości pobytu w szpitalu. Sanchez i wsp. [22] wykazali, że wdrożenie wytycznych EFQM spowodowało zmniejszenie średniej długości pobytu w szpitalu z 6,1 dni w 2000 r. do 5,9 dni w 2003 r. w szpitalach o profilu chirurgicznym w czteroletnim okresie obserwacji. Vallejo i wsp. [24] również zaobserwowali na podstawie trzyletniej obserwacji zmniejszenie średniej długości pobytu w szpitalu z 14,8 w 2003 r. do 13,8 dni w 2005 r. po wprowadzeniu standardu EFQM. Rodriguez-Cerrillo i wsp. [25] nie odnotowali żadnych zmian w średniej długości pobytów w szpitalu w trzyletniej obserwacji po wdrożeniu ISO 9001.

Dwa badania dotyczyły średniego czasu oczekiwania na usługę medyczną. Sanchez i wsp. [22] odnotowali skrócenie czasu oczekiwania do oddziału chirurgicznego [22]. Średni czas oczekiwania zmniejszył się z 57,1 dni w 2000 r. do 53,8 dni w 2003 r. po użyciu modelu EFQM. Vallejo i wsp. [24] stwierdzili zmniejszenie wskaźnika świadczeń medycznych, które miały opóźnienia w sprawozdawczości z 1,0 w 2003 r. do 0,0 w 2005 r. po wdrożeniu modelu EFQM – dzięki czemu, wykonanie świadczeń było sprawozdawane w wymaganych terminach.

Tabela 1. Podsumowanie strategii wyboru materiału

Autor	Rok	Państwo	Miejsce i czas trwania badania	Metoda	Zakres	Cel badania	Wyniki
Sanchez i wsp. [22]	2005	Hiszpania	Szpital w latach 1995–2003	Obserwacja	EFQM model	Ocena jakości, sprawiedliwości, efektywności	Satysfakcja pacjentów wzrosła, średni czas pobytu w oddziale chirurgicznym uległ skróceniu, średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału chirurgicznego uległ skróceniu
Leigh i wsp. [23]	2005	Wielka Brytania	Szpital w latach 2002–2004	Ankieta	EFQM model	Ocena kwalifikacji personelu pielęgniarskiego	Zaufanie do nowoprzyjętych pielęgniarek w ocenie pacjentów wzrosło; pacjenci także lepiej oceniają ich kompetencje
Vallejo i wsp. [24]	2007	Hiszpania	Szpital psychiatryczny w latach 2003–2005	Badanie empiryczne	EFQM model	Ocena jakości	Spadła średnia długość pobytu w szpitalu oraz zmniejszył się średni odsetek rehospitalizacji
Rodriguez-Cerrillo i wsp. [25]	2012	Hiszpania	Szpital w latach 2007–2008	Badanie empiryczne	ISO 9001	Ocena satysfakcji pacjenta, czasu pobytu, częstości rehospitalizacji	Satysfakcja pacjentów wzrosła, zmalał odsetek nieplanowanych rehospitalizacji
Vitner i wsp. [26]	2011	Izrael	Szpital NICU w latach 2006–2007	Badanie empiryczne	ISO 9001	Ocena jakości usług medycznych i administracyjnych	Wydajność procesów oraz satysfakcja z obsługi wzrosła
Beholz i wsp. [27]	2005	Niemcy	Szpital w latach 2000–2003	Badanie empiryczne	ISO 9001	Ocena kosztów i zadowolenia pacjenta	Ograniczenie kosztów procesów następują bez strat w jakości leczenia i nie mają negatywnego wpływu na satysfakcję pacjentów
van den Heuvel i wsp. [28]	2005	Holandia	Szpital w latach 1998–2001	Badanie empiryczne	ISO 9001	Ocena wpływu na poprawę systemu	Nastąpiła poprawa bezpieczeństwa pacjentów oraz istotna poprawa systemu zarządzania

Ponadto dwa badania dotyczyły interwencyjnej rehospitalizacji. Vallejo i wsp. [24] stwierdzili na podstawie 3-letniej obserwacji, że ponowna nieplanowana hospitalizacja została obniżona z 20 w 2003 r. do 12 w 2005 r. po wdrożeniu modelu EFQM. Rodriguez-Cerrillo i wsp. [25] wskazali, że procent nieplanowanych rehospitalizacji zmniejszył się z 7% do 3% po wdrożeniu ISO 9001.

Wreszcie dwa badania dotyczyły oceny procesu przyjęcia do szpitala. Vallejo i wsp. [24] wykazali na podstawie trzyletniej obserwacji, że liczba przyjęć do szpitala psychiatrycznego wzrosła z 282 w 2003 r. do 297 w 2005 r. po wdrożeniu modelu EFQM. Vitner i wsp. [26] stwierdzili, że wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych wzrósł do 78% w okresie 19 miesięcy po wdrożeniu ISO 9001.

Leigh i wsp. [23] zaobserwowali, że zaufanie, kompetencje i zachowanie nowo przyjętych pielęgniarek ulega poprawie, a liczba pielęgniarek rezygnująca z pracy w ciągu pierwszych 18 miesięcy ich zatrudnienia zmniejszyła się po wdrożeniu modelu EFQM (nastąpiła poprawa warunków pracy).

Sanchez i wsp. [22] zauważyli na podstawie czteroletniej obserwacji, że czas trwania podstawowej konsultacji medycznej wzrósł z 7,4 minut w 2000 r. do 8,5 minut w 2003 r. Ponadto po zastosowaniu modelu EFQM odsetek pacjentów oczekujących krócej niż miesiąc do specjalistycznej opieki zmniejszył się z 63,1% w 2000 r. do 61,1% w 2003 r., częstość rehospitalizacji pacjentów z powodu zakażeń zmniejszyła się z 6,7% w 2000 r. do 6,6% w 2003 r., a odsetek wykrytych nowotworów minimalnie inwazyjnych na początku programu wykrywania raka piersi zmniejszył się z 43,3% w 2000 r. do 40,9% w 2003 r.

Natomiast van den Heuvel i wsp. [28] poinformowali, że po wdrożeniu standardu ISO 9001 bezpieczeństwo pacjentów wzrosło z 38% w 1998 r. do 63% w 2001 r., a tempo poprawy systemu zarządzania wzrosło o 58% w 2001 r.

Beholz i Konertz [27] zauważyli, że koszty wyrobów medycznych spadły o 187,36 € od 2001 do 2003 r., co stanowi spadek o 6,1%; i od 2001 do 2002 r. łączna wartość oszczędności w zakresie kosztów bezwzględnych wynosiła 35,2% w usługach laboratoryjnych. Wskaźnik 32-dniowej śmiertelności dla wszystkich operacji wykazały nieznaczny wzrost w 2001 r. osiągając 4,2%. W 2002 i 2003 r. śmiertelność w szpitalu zmniejszyła się do 3,7%. Po wdrożeniu ISO 9001 rozpoczęto badania satysfakcji

personelu z pracy. Do kierownictwa placówki wracała informacja dotycząca satysfakcji współpracowników; z oceny opartej na kwestionariuszu satysfakcji współpracujących kardiologów zaobserwowano ciągły wzrost poziomu zadowolenia z pracy z 57,1% w 2001 r. do 65,4% w 2002 r. i 70,6% w 2003 r.

WNIOSKI

Model EFQM oraz norma ISO 9001 stają się najbardziej zalecanymi metodami i wytycznymi dla tworzenia i kontynuowania dobrej jakości usług klinicznych; jednak doszło do dyskusji na temat zalet i wad tych modeli [29, 30]. Modele te są z powodzeniem stosowane do różnych aspektów działania w szpitalu. W artykule przedstawiono przeprowadzone badania, w których oceniano standard ISO 9001 oraz model EFQM w celu oceny dowodów z literatury dotyczących zastosowania tych modeli w zarządzaniu szpitalem. Poszukiwano w głównych bazach danych w dziedzinie nauk medycznych i czyniono starania wyselekcjonowania artykułów obejmujących główne wyniki, w celu zbadania skuteczności tych modeli.

Wyniki pokazały, że przy użyciu modelu EFQM oraz ISO 9001 w szpitalach dochodziło do poprawy wskaźnika zadowolenia; w ambulatoriach i oddziałach ratunkowych – zmniejszenia średniej długości pobytu, zmniejszenia średniego czasu oczekiwania na usługę oraz spadek ponownych przyjęć nagłych, zmniejszenie odsetka nieplanowanych rehospitalizacji, poprawę zaufania, kompetencji oraz fluktuacji kadr pielęgniarskich; zaobserwowano zmniejszenie liczby pielęgniarek zwalnianych się w ciągu pierwszych 18 miesięcy od dnia zatrudnienia w związku z zauważalną poprawą warunków pracy. Ponadto na podstawie przeprowadzonych badań zauważono również wpływ omawianych modeli na zmniejszenie częstości ponownego przyjmowania do szpitala pacjentów w epizodzie zakażenia, zmniejszenie występowania awarii sprzętu medycznego (zero porażki), poprawę wydajności dostawców zewnętrznych, przestrzeganie umów w 97% przypadków. Ponadto zaobserwowano poprawę procesów związanych z przyjęciem pacjenta, wzrost bezpieczeństwa pacjenta i poprawę systemu zarządzania. Badania dowiodły wpływ zastosowania przedmiotowych modeli na zmniejszenie kosztów artykułów medycznych oraz usług laboratoryjnych, a także na spadek wskaźnika 32-dniowej śmiertelności dla wszystkich operacji, jak również stały wzrost z satysfakcji współpracowników.

Istnieje wiele ograniczeń postrzegania jakości usług szpitala przez pryzmat wdrożonego ISO 9001 oraz modelu EFQM. Tylko kilka badań spełniało wszystkie kryteria włączenia do każdego modelu. Większość badań obejmowało szpitale, które wykorzystywały te modele i stwierdzano, że mogą one być skutecznie wykorzystywane bez oceny ich wyników, albo przedstawiano wyłącznie samoocenę zamiast projektować badanie, mające sprawdzić skuteczność tych modeli. Wiele modeli wymaga zauważalnej poprawy jakości gromadzenia danych, a personel także musi być przeszkolony w zakresie wdrażania modelu; większość modeli wymaga także pewnej analizy statystycznej. Oczywiście w przypadku korzystania z tych modeli można doprowadzić do znacznych oszczędności, jest to dobry powód do inwestowania w szkolenia pracowników i technologię, celem wsparcia procesu.

Pięć badań miało charakter badań empirycznych i wskazane wyniki przed i po zastosowaniu ISO 9001 oraz modelu EFQM są bardziej wiarygodne niż wyniki badań z projektu badania ankietowego lub obserwacji. W badaniach obserwacyjnych nie można uzyskać obiektywnych wyników wpływu przedmiotowych modeli na poprawę jakości. Z drugiej strony, w konstrukcji

badania, wyniki mogą być subiektywne. Badania z randomizacją (RCT) są niezbędne do wskazania korzyści i potencjalnych wad korzystania z tych modeli. Przeszukano główne bazy danych w dziedzinie nauk medycznych. Autorzy niniejszej pracy nie mogą zagwarantować, że udało się znaleźć wszystkie stosowne dokumenty w tej dziedzinie. Jest to ograniczenie każdego przeglądu systematycznego. Przywołane badania wykazały, że poprawa jakości następuje po wdrożeniu omawianych modeli. Wyniki badań są ograniczone, a efektów nie można przewidzieć z dużą pewnością, więc wyniki powinny być interpretowane i stosowane z dużą ostrożnością.

Generalnie brak jest solidnej i wysokiej jakości dowodów empirycznych dotyczących wpływu ISO 9001 i modelu EFQM na jakość i wydajność szpitali. Jednak ograniczone dowody wskazują, że do pewnego stopnia ISO 9001 i model EFQM może poprawić wydajność w szpitalu. Ponadto nie znaleziono dowodów na niezalecanie wdrażania ISO 9001 i modelu EFQM celem poprawy wydajności szpitala.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989; 320(1): 53–56. doi: 10.1056/NEJM198901053200110.
- Van Harten WH. *The design and construction of a quality management system in rehabilitation*. Enschede: University of Twente; 1997.
- Pot JW, Van Harten WH, Seydel ER, et al. Development of a needs assessment system in rehabilitation. *Int J Rehabil Res* 1999; 22(3): 155–159.
- Moller J, Sonntag HG. Systematic analysis and controlling of health care organisations lead to numerical health care improvements. *Health Manpower Manage* 1998; 24(4–5): 178–182.
- Van Harten WH, Casparie TF, Fisscher OA. The evaluation of the introduction of a quality management system: a process-oriented case study in a large rehabilitation hospital. *Health Policy* 2002; 60(1): 17–37.
- Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(3): 169–175.
- Rissanen V. Quality system based on the standard SFS-EN ISO 9002 in Kuopio University Hospital. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000; 13(6–7): 266–272.
- International Organization for Standardization. ISO 9001: 2000, Quality Management Systems-Requirements. Geneva: ISO [cited 6.10.2015] Available from URL: http://www.iso.org/iso/catalogue_detail?csnumber=21823.
- European Foundation for Quality Management. *EFQM Excellence Model*. Public and voluntary Sector. Brussels; 2003.
- Stahr H, Bulman B, Stead M. *The excellence model in the health sector: sharing good practice*. United Kingdom: Kingsham Press; 2000.
- Gene-Badia J, Jodar-Sola G, Peguero-Rodriguez E, et al. The EFQM excellence model is useful for primary health care teams. *Fam Pract* 2001; 18(4): 407–409.
- Parente S, Loureiro R. Total quality management in healthcare. The European Foundation for Quality Management Model. *Acta Med Port* 1998; 11(11): 979–988.
- DelliFraine JL, Langabeer JR, Nembhard IM. Assessing the evidence of Six Sigma and Lean in the health care industry. *Qual Manag Health Care* 2010; 19(3): 211–225.
- Thor J, Lundberg J, Ask J, et al. Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic review. *Qual Saf Health Care* 2007; 16(5): 387–399.
- Vest JR, Gamm LD. A critical review of the research literature on Six Sigma, Lean and StuderGroup's Hardwiring Excellence in the United States: the need to demonstrate and communicate the effectiveness of transformation strategies in healthcare. *Implement Sci* 2009; 4: 35.
- Schouten LM, Hulscher ME, van Everdingen JJ, et al. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ* 2008; 336(7659): 1491–1494.
- Ovretveit J. *Does Improving Quality Save Money? A Review of Evidence of which Improvements to Quality Reduce Costs to Health Service Providers*. London: The Health Foundation; 2009.
- Powell AE, Rushmer RK, Davies HT. *A systematic narrative review of quality improvement models in health care*. Glasgow: NHS Quality Improvement Scotland; 2009.
- Nicolay CR, Purkayastha S, Greenhalgh A, et al. Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. *Br J Surg* 2012; 99(3): 324–335.
- Centre for Reviews and Dissemination. University of York; 2009 [cited 6.10.2015]. Available from URL: http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/systematic_reviews.pdf.
- Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, et al. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technol Assess* 2005; 9(19): 1–143.
- Sanchez E, Letona J, Gonzalez R, et al. A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(1): 58–65.
- Leigh JA, Douglas CH, Lee K, et al. A case study of a preceptorship programme in an acute NHS Trust-using the European Foundation for Quality Management tool to support clinical practice development. *J Nurs Manag* 2005; 13(6): 508–518.
- Vallejo P, Ruiz-Sancho A, Dominguez M, et al. Improving quality at the hospital psychiatric ward level through the use of the EFQM model. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(2): 74–79.
- Rodriguez-Cerrillo M, Fernandez-Diaz E, Inurrieta-Romero A, et al. Implementation of a quality management system according to 9001 standard in a hospital in the home unit: changes and achievements. *Int J Health Care Qual Assur* 2012; 25(6): 498–508.
- Vitner G, Nadir E, Feldman M, et al. ISO 9001 in a neonatal intensive care unit (NICU). *Int J Health Care Qual Assur* 2011; 24(8): 644–653.
- Beholz S, Konertz W. Improvement in cost-effectiveness and customer satisfaction by a quality management system according to EN ISO 9001:2000. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2005; 4(6): 569–573.
- Van den Heuvel J, Koning L, Bogers AJ, et al. An ISO 9001 quality management system in a hospital: bureaucracy or just benefits? *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18(4–5): 361–369.
- Levett JM. Implementing an ISO 9001 quality management system in a multispecialty clinic. *Physician Exec* 2005; 31(6): 46–51.
- George C, Cooper F, Douglas A. Implementing the EFQM excellence model in a local authority. *Manag Auditing J* 2003; 18(2): 122–127.

Adres do korespondencji:

Dr n. o zdr. Stanisław K. Manulik
Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu
ul. Nowowiejska 69
50-340 Wrocław
Tel.: 71 321 11 54
E-mail: s.manulik@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.10.2015 r.

Po recenzji: 02.12.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 05.12.2015 r.

OPATRUNKI SPECJALISTYCZNE W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ

Specialized dressings in nursing practice

Izabela Kuberka, Aleksandra Kołtuniuk, Aleksandra Pytel, Joanna Rosińczuk

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

adres do korespondencji: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Powstanie rany (gdy dochodzi do przerwania anatomicznej ciągłości tkanek lub ich uszkodzenie pod wpływem czynnika uszkodzającego) wymaga zastosowania opatrunku, który będzie sprzyjał właściwemu procesowi gojenia. Bogata gama opatrunków specjalistycznych, o różnicowanych właściwościach fizykochemicznych, dostępnych na rynku może stwarzać duży problem w ich właściwym doborze, w zależności od rodzaju rany. Znajomość dostępnych obecnie na rynku grup opatrunków pozwoli na bardziej swobodny i skuteczny ich dobór, tym samym przyczyniając się do szybszego i efektywniejszego przebiegu procesu gojenia.

Celem pracy jest prezentacja i omówienie dostępnych na polskim rynku rodzajów opatrunków specjalistycznych oraz ukazanie możliwości ich zastosowania w zależności od typu rany z uwzględnieniem ran trudno gojących się.

Słowa kluczowe: opatrunki specjalistyczne, leczenie ran, wiedza.

SUMMARY

Wound appearance (the break of anatomical tissue continuity or damage due to mechanical agent) requires the use of a dressing that will promote proper healing processes. A wide range of specialized dressings, with different physicochemical properties that are available on the market can pose a serious problem in their proper selection, depending on the type of wound. The awareness of dressings types currently available on the market will allow for a more free and effective selection, thereby contributing to faster and more efficient recovery.

The aim of the paper is to present and discuss the types of specialized dressings available on the Polish market and demonstrate their applicability depending on the type of wounds including the wounds difficult to heal.

Key words: specialized dressings, wound healing, knowledge.

WSTĘP

W literaturze można znaleźć całą gamę informacji dotyczących zastosowania opatrunków specjalistycznych w leczeniu ran nie tylko przewlekłych, również ran pooperacyjnych. Przy wyborze opatrunku specjalistycznego należy kierować się jego skutecznością w leczeniu konkretnego typu rany, tzn., czy jego zastosowanie wpłynie na wyeliminowanie miejscowej infekcji, czy będzie niwelował doświadczenia bólowe, czy wpłynie na skrócenie czasu leczenia.

Doświadczenia wielu ośrodków zajmujących się leczeniem ran przewlekłych wykazały, iż mimo stosunkowo wysokich kosztów leczenia opatrunkami specjalistycznymi, w dłuższym okresie koszty całkowite leczenia osoby z raną przewlekłą są zdecydowanie niższe, gdyż skraca się czas leczenia, czas niezdolności do pracy, ogranicza się możliwość wystąpienia powikłań, których leczenie generuje kolejne koszty.

Jednym z warunków skutecznej pomocy pacjentom z raną przewlekłą jest jednak dobra znajomość grup opatrunków specjalistycznych, jak również znajomość ograniczeń związanych z ich zastosowaniem, jakie niekiedy pojawiają się w praktyce. Przed zastosowaniem opatrunku należy zapoznać się z jego budową i składem, aby zapobiec wystąpieniu np. reakcji uczuleniowej na materiał opatrunkowy lub środek przeciwbakteryjny zawarty w opatrunku.

Umiejętność oceny rany oraz znajomość cech opatrunków pozwala na bardziej trafną decyzję o jego wyborze w zależności od typu rany. Należy również pamiętać, iż skuteczność zastosowanego opatrunku zależy od właściwej pielęgnacji rany oraz systematycznego postępowania zgodnie ze strategią TIME [1].

Celem niniejszej pracy jest prezentacja i omówienie dostępnych na polskim rynku rodzajów opatrunków specjalistycznych oraz ukazanie możliwości ich zastosowania w zależności od typu rany z uwzględnieniem ran trudno gojących się.

Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, dotyczącymi postępowania z raną zagrożoną ryzykiem infekcji

oraz z raną objętą procesem infekcji przy wyborze opatrunku, należy uwzględnić kilka warunków:

- charakterystykę miejscową rany,
- ilość wysięku – opatrunek powinien utrzymywać balans wilgoci w ranie i jednocześnie chronić ją przed niekorzystnym działaniem wysięku,
- charakterystykę produktu leczniczego – opatrunek specjalistyczny musi być tak dobrany, aby na każdym etapie gojenia spełniał swoją funkcję [2].

RODZAJE OPATRUNKÓW SPECJALISTYCZNYCH

Pojawienie się w latach 80. XX w. na rynku „nowoczesnych” specjalistycznych opatrunków poskutkowało stworzeniem nowych metod pielęgnowania ran przewlekłych. W dobie terapii wilgotnej ran tradycyjny model leczenia nie spełnia więc już swojej roli. Obecnie opatrunki specjalistyczne podzielono w zależności od materiału, z jakiego są zbudowane, uwzględniając jego właściwości przeciwbólowe, przeciwdrobnoustrojowe, hydrofobowość czy łatwą absorpcję wysięku [1–3].

BŁONY POLIURETANOWE PÓLPRZEPUSZCZALNE

Opatrunki zawierające polimery syntetyczne, cechujące się w większości przypadków paroprzepuszczalnością, pozwalają na wymianę gazową utrzymując przy tym ochronę rany przed zainfekowaniem bakteriami ze środowiska zewnętrznego. Pozytywną cechą opatrunku jest również ochrona przed maceracją skóry, np. podczas kąpieli, czy przy pojawiającym się problemie inkontynencji. Ze względu na swoją ciekłą strukturę i przezroczystość pozwalają na ocenę rany oraz skóry pod opatrunkiem bez konieczności jego usunięcia. Jednak ważnym aspektem przed dokonaniem zaopatrzenia rany tymże opatrunkiem jest ocena wysięku, gdyż ze względu na małą zdolność absorpcji nie można zastosować go na ranę z wysiękiem. Natomiast doskonale sprawdzi się jako opatrunek wtórny przy zaopatrywaniu ran powstających w miejscach trudnych do zabezpieczenia lub w uszczelnieniu opatrunków podciśnieniowych [4].

OPATRUNKI HYDROŻELOWE

Dwie postaci tych opatrunków (płytki i żel amorficzny) pozwalają na zaopatrywanie ran w różnych fazach gojenia. Opatrunki te to nierozpuszczalne polimery metakrylatu składające się głównie z wody (> 90%), z dodatkami organicznymi, takimi jak pektyna i skrobia, lub środki żelujące, zależnie od wyrobu producenta. Mają zdolność uwadniania tkanek i praktycznie zaraz po nałożeniu stwarzają wilgotne środowisko. Ze względu jednak na małą zdolność pochłaniania wysięku zalecane są do ran słabo sączących lub z małym wysiękiem [4–6].

OPATRUNKI PIANKOWE POLIURETANOWE

Mimo wyglądu nie jest to struktura zwykłej gąbki. Gąbki poliuretanowe są zbudowane z miękkiej elastycznej i hydrofilnej pianki poliuretanowej o nierównej, komórkowej powierzchni. Powierzchnie mogą być powlekane np. silikonem lub poddawane obróbce cieplnej. Taka struktura pozwala na pochłonięcie dziesięciokrotnie więcej wysięku niż wynosi ich ciężar własny. Z tego powodu przeznaczone są do ran o średnim i dużym wysięku. Utrzymują balans wilgoci oraz pobudzają do ziarninowania [3, 5, 6].

OPATRUNKI HYDROKOLOIDOWE

Opatrunki te zbudowane są z hydrokolidów zawieszonych w macierzy polimerowej, np. z karboksymetylocelulozy. Mają zdolność pochłaniania oraz żelowania w połączeniu z wysiękiem dzięki zawartości żelatyny i pektyny. W ranie stwarzają korzystne, kwaśne pH powodując wzmoczony napływ granulocytów wielojądrowych, hamujących wzrost bakterii, a hipoksja wytworzona pod opatrunkiem pobudza angiogenezę. Przeznaczone są głównie do ran o małym lub średnim wysięku. Stosowane w ranach powierzchownych, otarciach, zapobiegają powstawaniu strupa. Ze względu na stwarzanie warunków okluzji nie jest wskazane stosowanie opatrunku hydrokolidowego w ranach z jawnym zakażeniem [4, 6].

OPATRUNKI ALGINIANOWE

Alginiany otrzymuje się z soli sodowych i wapniowych kwasu algininowego (kwasu D-mannurowego i kwasu L-glukuronowego), który pozyskuje się z glonów morskich (głównie brunatnic). Mechanizm działania w ranie można wytłumaczyć zdolnością wymiany jonów sodu i wapnia między opatrunkiem a raną. Opatrunki te mają duże właściwości absorpcyjne, przeznaczone są do ran ze średnim lub dużym wysiękiem, pochłaniają 10 ml/1 g wagi opatrunku. W połączeniu z wysiękiem zmieniają swoją strukturę w miękki żel, dopasowujący się do kształtu oraz wypełniający dno rany. Mają również zastosowanie do ran krwawiących, ponieważ uwalnianie wapnia z opatrunku sprzyja uzyskaniu hemostazy [5, 7].

OPATRUNKI HYDROWŁÓKNISTE

Produkowane są w postaci płytek lub taśm do ran głębokich i wymagających opatrunku wtórnego. Opatrunki te zbudowane są z karboksymetylocelulozy sodowej CMC. Mają zdolność „zamykania” wysięku w strukturze opatrunku, pochłaniając go w sposób pionowy i chroniąc tym samym ranę przed maceracją i drażnieniem skóry wokół niej. Przeznaczone do ran ze średnim i dużym wysiękiem oraz ran zainfekowanych ze względu na możliwość izolowania bakterii w strukturze opatrunku [4, 7].

DEKSTRANOMERY

Zbudowane z polisacharydów w postaci małych kulistych ziarenek o dużej chłonności, dlatego przeznaczone są do ran ze

średnim lub dużym wysiękiem. Wymagają założenia opatrunku wtórnego. Natomiast podczas zmiany konieczne jest dokładne wypłukanie rany płynem lawaseptycznym. Zmian takich opatrunków dokonuje się co 24 do 48 godzin. Dostępne są w postaci granulatu lub pasty, niektóre wzbogacone o ośrodek antyseptyczny [4, 8].

ŚRODKI ENZYMATYCZNE

Stosowane są w celu oczyszczenia rany z tkanek martwiczych. Enzymy proteolityczne zawierają np. kolagenazy, peptydazy mające zdolność rozpuszczania martwicy, lecz przeciwnie działaniem do ich stosowania jest nadwrażliwość, np. na kolagenazę. Nie należy łączyć tego typu opatrunków ze środkami antyseptycznymi zawierającymi metale ciężkie i mydło, ponieważ substancje te mogą osłabić działanie kolagenazy [5].

NOWE KIERUNKI W ZAOPATRYWANIU RAN TRUDNO GOJĄCYCH SIĘ

Ponieważ proces gojenia ran przewlekłych ciągle stanowi duże wyzwanie dla współczesnej medycyny, nadal poszukuje się nowych metod ich leczenia. O poszukiwaniu naturalnych metod w leczeniu ran świadczy chociażby fakt coraz większej popularności metod biochirurgicznych. Larwy muchy, dzięki enzymom proteolitycznym, potrafią oczyścić ranę w ciągu 2–3 dni, dzięki czemu zyskujemy na czasie i proces oczyszczania skracamy do minimum. Kolejnym naturalnym opatrunkiem jest opatrunek lniany zbudowany z transgenicznego lnu, mający potencjał antyoksydacyjny (np. lignany, pektyny i celuloza, kwas ferulowy, wanilinowy) i przeciwzapalny (kanabidiol). Ponadto w literaturze opisywane jest zastosowanie owocu melonowca zawierającego enzymy proteolityczne – *carrica papia* i wykorzystaniu jego właściwości w oczyszczaniu ran. Opatrunki miodowe, choć nie należą do nowych metod leczenia ran, również wykazują korzystny wpływ na proces gojenia, gdyż potwierdzono ich działanie przeciwbakteryjne oraz antyoksydacyjne [9]. Obecnie biotechnolodzy dostarczają nam ciekawych informacji dotyczących pokrywania ubytków skórnych żywymi substytutami skóry wyhodowanymi w laboratorium. Do produkcji substytutu skóry wykorzystywane są metody inżynierii tkankowej łącząc żywe komórki tkanki łącznej i naskórka z rusztowaniem złożonym z kolagenu lub materiału syntetycznego. Położenie substytutu skóry przyspiesza znacznie zagojenie rany oszczędzając czas i energię [10].

PODSUMOWANIE

Mimo postępów w medycynie problem występowania ran, szczególnie przewlekłych, nadal stanowi poważne wyzwanie dla członków zespołu terapeutycznego. Ze względu na mnogość dostępnych obecnie na rynku opatrunków specjalistycznych osoby zajmujące się leczeniem ran powinny posiadać szeroką wiedzę zarówno dotyczącą mechanizmów, jakie odpowiadają za proces gojenia rany, jak również właściwości i zastosowania specjalistycznych opatrunków w zależności od rodzaju rany. Dlatego też celowe jest ciągle szkolenie i podnoszenie kwalifikacji personelu pielęgniarstwa odpowiedzialnego za opiekę i pielęgnację pacjenta z różnego rodzaju ranami.

Lecząc i pielęgnując pacjenta z raną, należy również pamiętać o holistycznym ujęciu jego potrzeb, gdyż na proces gojenia rany wpływ ma wiele czynników np. stopień niedożywienia, czy choroby współistniejące.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Mrozikiewicz-Rakowska B, Jawień A, Sopata M, i wsp. Organizacja opieki nad chorymi z zespołem stopy cukrzycowej. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. *Leczenie Ran* 2015; 12(3): 83–112.
- Jawień A, Bartoszewicz M, Przondo-Mordarska A, i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji. *Leczenie Ran* 2012; 9(3): 59–75.
- Grobelski B, Kassassir SA, Pasiak Z. Zastosowanie opatrunków aktywnych w praktyce klinicznej. *Ortop Traumatol Rehab* 2010; 12(2): 175–182.
- Jagielski D, Jagielska A. Wykaz grup opatrunków specjalistycznych stosowanych w opiece paliatywnej. *Med Paliat Prakt* 2008; 2(2): 48–52.
- Burda K, Metelska J, Nowakowska E. Rana odleżynowa – pielęgnacja, leczenie miejscowe, opatrunki specjalistyczne. *Zakażenia* 2009; 3: 80–86.

6. Dissemmond J, Augustin M, Eming SA, et al. Modern wound care – practical aspects of non-interventional topical treatment of patients with chronic wounds. *J Dtsch Dermatol Ges* 2014; 12(7): 541–554.
7. Gist S, Tio-Matos I, Falzgraf S, et al. Wound care in the geriatric client. *Clin Interv Aging* 2009; 4: 269–287.
8. Szewczyk MT, Jawień A, Cwajda J, i wsp. Miejscowe leczenie owrzodzeń żylnych – zasady doboru opatrunków. *Zakażenia* 2005; 1: 80–88.
9. Rusak A, Rybak Z. Nowe kierunki badań związane z gojeniem przewlekłych ran. *Polim Med* 2013; 43(3): 199–204.
10. Cieślak K, Witkowski W, Drukała J, i wsp. Biotechnologiczne opatrunki i żywe substytuty skóry – przegląd i współczesne możliwości zastosowania. *Leczenie Ran* 2005; 2(3): 71–83.

Adres do korespondencji:

Dr hab. Joanna Rosińczuk, prof. nadzw.
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 39
E-mail: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.09.2015 r.

Po recenzji: 12.11.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 28.11.2015 r.

OTYŁOŚĆ I ODCHUDZANIE. O ROLI MEDIÓW W PROMOWANIU ZDROWEGO STYLU ŻYCIA

Obesity vs weight loss. The role of the media in promoting a healthy lifestyle

Irena Wolska-Zogata

Institut Socjologii, Uniwersytet Wrocławski

adres do korespondencji: irena.wolska-zogata@uwr.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Biorąc pod uwagę rosnący w społeczeństwie problem nadwagi i otyłości, autorka podejmuje się udzielenia odpowiedzi na pytanie o rolę mediów w upowszechnianiu zdrowego stylu życia, a także sposobu wykorzystywania mediów przez odbiorców, tak indywidualnych, jak i instytucjonalnych. Istotną kwestią jest rola internetu, jako medium z jednej strony wykorzystywanym przez użytkowników do poszukiwania wiedzy, z drugiej – jako medium, dzięki któremu można dotrzeć z przekazem komercyjnym do precyzyjnie wyodrębnionego konsumenta.

Materiał i metody. Podstawą artykułu jest literatura przedmiotowa oraz wyniki niezależnych badań społecznych w zakresie określonych zachowań Polaków, jak również analiza aktywności internautów w mediach społecznościowych.

Wyniki. Media tradycyjne, masowe, nie stanowią źródła wiedzy z zakresu zachowań zdrowotnych. Lukę w wiedzy instytucjonalnej wypełniają media społecznościowe. Za podstawowe uwarunkowania zachowań Polaków związanych ze zdrowym stylem życia autorka uznaje cechy społeczno-demograficzne.

Wnioski. W ostatnich latach obserwujemy wzrost zainteresowania Polaków kwestiami zdrowia, w tym szczególnie różnymi dietami oraz zdrowym stylem życia. Odbiór tej wiedzy jest zróżnicowany ze względu na cechy społeczno-demograficzne. Brak zainteresowania nadawców mediów tradycyjnych tematem nadwagi/otyłości i programów promujących zdrowy tryb życia rekompensują internet i media społecznościowe. Należy mieć na uwadze, że nadmiar informacji na temat otyłości nie zwiększa wiedzy, ale wprowadza szum informacyjny, rozpowszechniając także wiedzę nieprawdziwą. Poza wiedzą ekspercką i ogłoszeniami komercyjnymi w mediach społecznościowych funkcjonują równoległe treści amatorskie.

Słowa kluczowe: media, media społecznościowe, zdrowie, dieta, otyłość.

SUMMARY

Background. The article has illustrative. Given the growing problem of overweight and obesity, the author undertakes to reply to a question about the role of the media in promoting a healthy lifestyle, but also how the use of the media by the audience, so individual and institutional. The important point is the role of the Internet as a medium, on the one hand, used by users to seek out knowledge, on the other hand, as a medium, through which you can reach with a commercial message to precisely separate consumer.

Material and methods. The basis of the article is this literature and the results of the independent social research in terms of specific behaviors of Poles, as well as the analysis of the activity of Internet users in social media.

Results. Traditional mass media do not constitute a source of knowledge of health behaviour. A gap in institutional knowledge comply with social media. For the basic determinants of behaviour of Poles related to healthy life styles, the author recognises the socio-demographic characteristics.

Conclusions. In recent years, we are seeing increased interest in health issues of the Poles, especially diets and healthy lifestyles. Consumption of this knowledge is diverse due to the socio-demographic characteristics. Lack of interest in traditional media broadcasters Overweight and programs that promote a healthy lifestyle, compensate the internet and social media. It should be noted that the excess of information on obesity does not increase knowledge, but brings the noise, also distributing knowledge. Outside expertise, commercial announcements, social media operate in parallel content amateur.

Key words: media, social media, health, diet, obesity

WSTĘP

Zarządzanie swoim zdrowiem wynika zarówno z subiektywnych przekonań (coraz lepiej wykształcone i zamożne społeczeństwo), jak również z obiektywnych wymogów sformułowanych w dyrektywie unijnej [1].

Cechą współczesnych społeczeństw zachodnich, w tym Polski, jest proces indywidualizacji. Oczekiwania stawiane jednostkom nie wymagają od nich podporządkowania się wspólnym interesom i wartościom. Głównym celem jednostki staje się samorealizacja [2], rozumiana jako wypełnianie obowiązków wobec samego siebie, w co wpisuje się także troska o zdrowie. Moralny obowiązek troszczenia się o swoje zdrowie jest wynikiem rozpowszechnienia wiedzy medycznej, mówiącej o tym, że stan zdrowia i zapadalność na określone choroby w dużej mierze zależy od indywidualnych praktyk zdrowotnych oraz prowadzonego stylu życia.

Tymczasem, jak donosi WHO, w Europie otyłość osiągnęła rozmiary epidemii, a w ostatnich dwóch dziesięcioleciach występowanie otyłości potroiło się. Jak wynika z danych Światowej Organizacji Zdrowia, aż 59% mieszkańców Europy ma nadwagę lub jest otyłych. Lekarze ostrzegają, że młode pokolenie będzie żyć krócej niż ich dziadkowie. Dorośli chorują na otyłość dziesięć razy częściej niż dzieci, ale w Europejskim Regionie WHO

nadwaga jest najpowszechniejszym problemem zdrowotnym wieku dziecięcego. Szacuje się, że w Polsce już 22% dzieci i młodzieży gimnazjalnej cierpi na nadmierną masę ciała [3].

W większości krajów europejskich otyłość dotyka częściej środowiska najuboższe, charakteryzujące się niższym wykształceniem, dochodem, ograniczonym dostępem do opieki zdrowotnej. Otyłość jest wyrazem nierówności, ale jednocześnie je pogłębia. Wybór stylu życia, czyli racjonalnego odżywiania się, aktywności fizycznej podlega wpływom strukturalnym, społecznym, organizacyjnym, finansowym itp. [4]. Jednocześnie najwięcej osób otyłych żyje w krajach zamożnych, które charakteryzuje duża przepaść między bogatymi i biednymi [3].

Do ważnych przyczyn otyłości należą nawyki żywieniowe, które uległy znacznym zmianom. Wzrost produkcji żywności, a co jest z tym związane – spadek ich cen, przyczynił się do zwiększonego spożycia tłuszczów, cukru, pszenicy, przy jednoczesnym spadku spożycia warzyw i owoców. Z ankiety przeprowadzonej przez Europejskie Biuro WHO wynika, że **zaledwie 30% chłopców i 37% dziewcząt w wieku od 13 do 15 lat spożywa owoce każdego dnia**. Jak wynika z danych GUS, a opracowanych przez Instytut Żywności i Żywienia, statystyczny Polak zjada dziennie jedynie 250 gramów warzyw i owoców, tj. połowę mniej niż powinien [5].

PROZDROWOTNE ZACHOWANIA POLAKÓW

Polska znajduje się na 7. miejscu wśród krajów Unii Europejskiej pod względem otyłości i nadwagi. Badania przeprowadzone w Polsce w 2014 r. przez Herbalife Global Consumer & Distributor Insights wykazały, że aż 42% Polaków ma nadwagę, a 80% z nich zdaje sobie z tego sprawę i deklaruje chęć zmiany stylu życia na zdrowszy. Niestety brak natychmiastowych efektów często prowadzi do sięgania po suplementy diety wspomagające odchudzanie. Producent suplementów, który przeprowadził powyższe badania, ujawnił, że 64% całej sprzedaży stanowią suplementy kontrolujące wagę, a wzrost sprzedaży rok do roku zwiększa się o 2–3% [6]. Dynamiczniej, bo o około 10% rok do roku, rośnie sprzedaż zamienników posiłków.

W 2006 r. na pytanie, czy kiedykolwiek stosował Pan/Pani dietę odchudzającą 45,7% kobiet oraz 15,2% mężczyzn odpowiedziało twierdząco [7]. Aż 49,9% kobiet zadeklarowało, że chciałyby schudnąć, w porównaniu do 23,1% mężczyzn, przy czym u kobiet chęć utraty wagi maleje z wiekiem, a wśród mężczyzn – odwrotnie – rośnie z wiekiem [7].

W 2014 r. CBOS zapytał Polaków, czy w ostatnim roku zrezygnowali lub ograniczyli spożywanie jakichś produktów. Twierdząco na pytanie odpowiedziało 26% ankietowanych, ale tylko 18% w dalszym ciągu ograniczało ich spożycie. Analiza cech społeczno-demograficznych wykazała, że są to przede wszystkim osoby młode, dobrze wykształcone, mieszkające w dużych miastach, pracujące na stanowiskach kierowniczych, będące w związkach nieformalnych. Najczęściej eliminowali ze swojej diety cukier, słodczyce i tłuszcze. Motywowała ich do diety chęć schudnięcia (36%), zdrowego odżywiania się, poprawy samopoczucia, kondycji (35%) oraz dolegliwości i choroby (34%) [8].

Strategiczne działania podejmowane w celu walki z nadwagą i otyłością skoncentrowane są z jednej strony na promowaniu ograniczenia spożycia tłuszczów i cukru, a zwiększenie spożycia owoców i warzyw, z drugiej – na promowaniu zwiększenia poziomu aktywności fizycznej. Zmiana zachowań wymaga aktywnego uczestnictwa w tym procesie wielu podmiotów tak sektora publicznego, jak i przedsiębiorców prywatnych. Z zachęcania ludzi do zdrowego odżywiania się i aktywności fizycznej płyną ogromne korzyści, które wykraczają poza sferę zdrowia, obejmując inne dziedziny gospodarki i rozwoju krajów. Olbrzymią rolę w promowaniu zdrowego stylu życia pełnią media, reprezentując z jednej strony typ wiedzy eksperckiej, z drugiej – rozporoszonej [9].

ZDROWIE W MEDIACH

Według Brian'a McNair, media odgrywają kluczową rolę nie tylko przekazując i interpretując określone wydarzenia, ale także ułatwiając ich subiektywne postrzeganie [10]. Siła mediów polega na przyciąganiu uwagi społeczeństwa i kierowaniu jej na obiekty wyselekcjonowane przez siebie na informacyjnym monopolu, na kształtowaniu opinii społecznej przez selekcję i obróbkę treści [11]. Nadawcy tworzą tym samym wiedzę, a media stają się jej przekąźnikami. O sile mediów decyduje ich wszechobecność oraz kumulacja i jednokierunkowość oddziaływania.

Definiując wiedzę ze względu na źródło możemy wyróżnić wiedzę ekspercką i rozproszoną. Pierwszy typ, wiedzy eksperckiej, to model wiedzy skupionej w niewielu ośrodkach, kontrolowanej i przekazywanej przez obdarzonych instytucjonalnym autorytetem nadawców, którzy biorą odpowiedzialność za przekazywane przez siebie treści. Związany jest głównie z mediami masowymi. Za sprawą internetu rozwinął się model wiedzy rozproszonej. Jak zauważa Marta Juza, „internet i inne media interaktywne stają się platformą, na której w procesie interakcji dokonuje się (...) organizowanie potocznej wiedzy o świecie oraz formułowanie intersubiektywnych konstruktów służących interpretacji rzeczywistości” [9].

Media, tak tradycyjne, jak i nowe media, mogą stanowić ważne źródło informacji na temat zdrowia. Ale z danych Instytutu Monitorowania Mediów wynika, że w okresie od 1 do 31 stycznia 2012 r. „zdrowie i służba zdrowia” zajęły dopiero piętnaste,

ostatnie miejsce, w rankingu poruszanych w mediach tematów. Jednocześnie temat bardziej dotyczył służby zdrowia niż zdrowia.

Badania, których celem było poznanie preferencji konsumenta mediów co do ich zawartości, ujawniły, że radio i telewizja w ogóle nie służą badanym czytelnikom za źródło wiedzy o zdrowiu. Dla badanych konsumentów najważniejszym źródłem treści związanych ze zdrowiem, a zakwalifikowanych do porad praktycznych, są tygodniki. Ale już w magazynach zdrowie znalazło się dopiero na trzecim miejscu, po wiedzy o świecie i informacjach z życia gwiazd [12]. Gdzie zatem Polacy poszukują informacji o zdrowiu?

Gemius zapytał internautów o to, skąd czerpią wiedzę na temat zdrowia. Dość oczywistą odpowiedzią było wskazanie internetu. Spośród nich aż 53% szukało informacji na temat diety [13]. Według badania Megapanel PBI/Gemius, w ciągu 5 lat, od 2005 roku do 2010 r., liczba osób odwiedzających serwisy internetowe poświęcone zdrowiu zwiększyła się prawie pięciokrotnie (z 1,8 mln w 2005 r. do 8,2 mln odwiedzających w 2010 r.). Rozpatrując te dane w kategoriach zasięgu, można stwierdzić, że o ile w 2005 r. na serwisy z tej kategorii zaglądał co piąty internauta, to w 2010 r. już co drugi [13]. Do najpopularniejszych witryn o zdrowiu w 2010 r. w kolejności, należały: zdrowie.onet.pl; medonet.pl; zdrowieifitness.wp.pl; biomedical.pl.

W ciągu kolejnych czterech lat liczba zainteresowanych zdrowiem internautów już tak dynamicznie nie rosła. Według badań Gemius, w 2014 r. czterech na dziesięciu internautów (8,8 mln) odwiedziło strony o tematyce medycyно-zdrowotnej. Częściej (prawie pięciokrotnie częściej) internauci poszukiwali treści związanych z profilaktyką i zdrowym stylem życia niż konkretną chorobą. 1,5 mln odwiedziło portale branżowe, adresowane do pracowników służby zdrowia, zawierające najnowsze doniesienia naukowe, materiały szkoleniowe, komentarze ekspertów itp. Medycyna konwencjonalna skupia wśród internautów większą uwagę niż medycyna niekonwencjonalna (głównie sposoby diagnozowania i leczenia chorób, opisem leków). Treści na temat medycyny konwencjonalnej poszukiwało 800 tys. użytkowników internetu.

Tradycyjnie zdrowie cieszy się większą popularnością wśród kobiet niż mężczyzn, osób powyżej 55. roku życia, z wykształceniem co najmniej średnim maturalnym, z dużych miast, urzędników, pracowników administracji, specjalistów i osób wykonujących wolny zawód [14].

Z kolei strony poświęcone odchudzaniu, dietom, fitnessowi odwiedziło w 2013 r. 1,2 mln internautów. 64% z nich stanowiły kobiety, osoby młode (31%) z wykształceniem co najmniej niepełnym wyższym i wyższym (47%), mieszkańcy wsi (28%) i małych miast (19%), a także województwa mazowieckiego [15].

SZLACHETNI AMATORZY

Instytut Monitorowania Mediów (IMM) prześledził aktywność internautów w temacie odchudzania. Według IMM, w grudniu 2015 r. w internecie pojawiło się ponad 85 tys. wzmianek dotyczących odchudzania, z czego prawie połowa ukazała się na Facebooku. 65 tysięcy stanowiły wpisy unikatowych użytkowników dotyczące postanowień noworocznych.

Gdybyśmy potraktowali natężenie wpisów związanych z odchudzaniem jako wskaźnik zachowań żywieniowych, to można sformułować hipotezę, że podlega ono sezonowości. W czasie świąt Polacy nie liczą kalorii, w tym czasie informacji w mediach społecznościowych pojawiło się znacznie mniej. Tuż przed sylwestrem, w dniach 28–31 grudnia 2015 r. było ich już 12 tysięcy, na początku nowego roku takich wpisów było już 19,5 tysiąca. Jedną piątą wpisów dotyczyła ćwiczeń, treningów, fitnessu. Interaktywność nowych mediów oraz możliwość śledzenia uwagi internautów stwarza bardzo dobre warunki dla działań marketingowych.

Do serwisów społecznościowych, w których pojawiło się najwięcej dyskusji na temat odchudzania, należał Facebook i Twit-

ter, ale także portal 4gym.pl, zapytaj.onet.pl oraz sfd.pl. Na Instagramie pojawiło się około 3000 wzmianek odnoszących się do bycia fit. Dominowały zdjęcia zdrowych posiłków oraz wysportowanych sylwetek, czy ćwiczeń na siłowni. Jedną piątą wątków, które się ukazały, dotyczyło fitnessu i ćwiczeń, które pozwolą osiągnąć pożądaną sylwetkę, pozostałe 80% dotyczyło jednak diet [16].

Warto odpowiedzieć na pytanie, kim są użytkownicy mediów społecznościowych? Internet staje się podstawowym medium, szczególnie wśród młodych ludzi. Wśród aktywnych internautów najpopularniejszym medium jest YouTube (92%) oraz Facebook (85%), w dalszej kolejności (po 66%) TVN i Polsat [17]. Według danych Gemiusa, użytkownicy Facebooka odpowiadają większości cech społeczno-demograficznych użytkowników całego polskiego internetu, z wyjątkiem płci. Na Facebooku obserwujemy większy udział kobiet, wykształcenie odgrywa niewielką rolę, chociaż dominują osoby o wykształceniu średnim i gimnazjalnym. 40% wszystkich aktywnych użytkowników stanowią studenci, uczniowie, emeryci i renciści oraz przedstawiciele wolnych zawodów. Do najbardziej aktywnych należą osoby z przedziału wieku 15–24 lata, stanowią drugą grupę pod względem wielkości. Mieszkańcy wsi i małych miast stanowią 60% użytkowników serwisu, natomiast dużych miast stanowią nieco mniej niż jedną piątą [18].

Rozwijające się technologie komunikowania doprowadziły do wyłonienia się nowej kategorii komunikatorów „dobrze poinformowanych”, których Keen nazywa *szlachetnymi amatorami*. Są to ludzie niebędący profesjonalistami, ale najczęściej udzielający porad – amator-hobbysta, posiadający, lub nie, szeroką wiedzę, osoba, która nie utrzymuje się z realizacji swoich zainteresowań, laik bez referencji potwierdzających jego wiedzę [19].

Analiza wpisów na temat odchudzania w mediach społecznościowych pokazuje rosnące znaczenie szlachetnych amatorów. Równoległe do wpisów – zapytań, jak schudnąć skutecznie, pojawiają się wpisy „doświadczonych”, także oferujące sprzedaż leków czy suplementów diety: „Witam Moi Drodzy mam do zaoferowania kapsułki, po których sama straciłam sporo kilogramów. Jeśli macie problem z wagą, to z pełną odpowiedzialnością je Wam rekomenduję. Gdybyście szukali dodatkowych porad o tym produkcie i jego działaniu piszcie na priv. Z chęcią pomogę. Pozdrawiam serdecznie”. „Posiadam do sprzedania suplementy, po których sama sporo schudłam. Jeżeli macie problem z ilością kg, to w 100% je Wam rekomenduję. Gdybyście potrzebowali [20].

Szczególną rolę *szlachetnych amatorów* odgrywają w temacie odchudzania YouTuberzy. Temat „odchudzanie” daje około 45 tysięcy wyników, a temat „jak schudłam” – 22 tysięcy wyników¹. Wśród filmów „Jak schudłam” najwięcej wyświetleń 1 285 330 ma film „Jak schudłam 26 kilogramów”. Bohaterka filmu przez 40 minut opowiada o swoich zmaganiach z nadwagą, dietach, aktywności fizycznej, chwilach słabości. Warto zaznaczyć, że filmów zatytułowanych „jak schudłam... kilogramów” jest około 11 tysięcy.

Kategoria „jak schudnąć”, a także „jak schudnąć z Ewą Chodakowską” to 21 tysięcy wyników. W tej kategorii publikowane są filmy amatorów, ale przede wszystkim profesjonalnych trenerów bądź osób zajmujących się komercyjnie dietami. Autonomiczny kanał na YouTube „Odchudzanie bez kitu” ma 33 581

subskrybentów. Sama Ewa Chodakowska to prawie 41 tysięcy filmów, z czego tylko jeden film miał 9 mln wyświetleń. Ewa Chodakowska stała się marką, jej fanpage ma 1,7 mln polubień, dlatego zabiegają o nią producenci zarówno gadżetów sportowo-biznesowych, jak i produktów spożywczych. Każdy film połączony jest z reklamą (product placement).

Liczba zamieszczonych komentarzy pod poszczególnym filmami nie odzwierciedla ani liczby wyświetleń, ani polubień. Analiza komentarzy ma jednak wartość poznawczą, pozwala sformułować hipotezę dotyczącą osób śledzących przedmiotowe filmy. Wśród komentujących jest istotny odsetek nastolatków co (w kontekście odchudzania, drastycznych diet, typu: jak schudnąć 5 kg w 5 dni) wydaje się istotnym problemem medycznym. Trzeba jednak przyznać, że autorzy filmów przestrzegają młodych subskrybentów przed stosowaniem takich diet, a zachęcają do ruchu i diet eliminujących, np. cukier. Najważniejszą funkcją, jaką pełnią autorzy filmów, jest funkcja inspirująco-motywuująca.

WNIOSKI

Otyłość i nadwaga stały się problemem cywilizacyjnym, obejmującym coraz młodsze roczniki. Jednocześnie to właśnie młodzi, dobrze wykształceni Polacy na eksponowanych stanowiskach podejmują najczęściej działania zmierzające do kontroli wagi, potwierdzając tym samym tezę, o wpływie cech społeczno-demograficznych na problem nadwagi i otyłości. Dane na temat sprzedaży suplementów, deklaracji o odchudzaniu, czy wzrost zainteresowania aktywnością fizyczną świadczą o wzroście świadomości Polaków w zakresie dbania o zdrowie. Wskaźnikiem nowego trendu jest także natężenie i dynamika aktywności internautów w mediach społecznościowych w temacie zdrowia i dbania o sylwetkę. Nowe media dają możliwość nie tylko szukania motywacji i wsparcia w dążeniu do upragnionej sylwetki, ale przyczyniają się także do rozwoju profesjonalnych i amatorskich liderów opinii.

Paradoksalnie, mimo globalnie rosnącej konsumpcji mediów liczba odbiorców pojedynczych kanałów maleje, a w ślad za tym zmniejszają się również zyski nadawców. Dlatego rozwój mediów i technologii komunikowania się sprzyja znacząco specjalistom od marketingu. Komercjalizacja starych i nowych mediów sprzeczna jest do tworzenia określonego popytu na produkty, ale nie przez reklamowanie, ale stosowanie nowych technik perswazji [21]. W mediach promuje się wzory zachowań, które są pożądane gospodarczo [22]. Promowanie szczupłej sylwetki to możliwość wykreowania potrzeb na dobra komplementarne². Analiza zawartości filmów wykazała, że poza wartością motywacyjną niosą one także przekaz reklamowy. Większość filmów zawiera lokowanie produktu.

Zainteresowanie internautów odchudzaniem nie umknęło uwadze producentów zdrowej żywności, sprzętu sportowego, trenerów personalnych i innych specjalistów. Za internautami podążyli producenci zdrowej żywności, sprzętu sportowego, trenerzy personalni. Według eksperta IMM, ci ostatni prześcigali się w internecie i mediach społecznościowych w promowaniu swoich usług [20].

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013*. Brussels, 23.10.2007 [cited 10.09.2011]. Available from URL: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf.
2. Taranowicz I. *Zdrowie i sposoby radzenia sobie z jego zagrożeniami*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum; 2010.
3. 10 faktów na temat otyłości, które należy poznać [cyt. 28.01.2016]

Dostępny na URL: <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=92>.

4. Wolska-Zogata I. Promocja i profilaktyka zdrowia a działania zdrowotne Polaków. *Wsp Piel Ochr Zdr* 2011; 1(1): 12–15.
5. Nowe zalecenia specjalistów zapowiedzią żywieniowej rewolucji [cyt. 28.01.2016]. Dostępny na URL: <https://portal.abczdrowie.pl/nadchodzi-zywieniowa-rewolucja>.

¹ Pewną ciekawostką jest fakt, że temat „otyłość” to tylko około 6,5 tysiąca wyników, kilka razy mniej, niż odchudzanie, ale też z mniejszą liczbą odsłon.

² Szczególnie często wykorzystywana technika w mediach społecznościowych, blogach, Facebooku, YouTube. Ewa Chodakowska w każdym filmie treningowym reklamuje co najmniej jeden produkt komercyjny, poprawiający efekty ćwiczeń.

6. Polacy stawiają na zdrowy styl życia. Sprzedaż artykułów związanych z kontrolą wagi rośnie o ok. 10 proc. rocznie [cyt. 20.01.2016]. Dostępny na URL: http://www.biznes.newseria.pl/news/polacy-stawiaja_na_zdrowy,p411096863.
7. Waga i nadwaga Polaków. Raport [cyt. 20.01.2016]. Dostępny na URL: http://www.estymator.com.pl/WYNIKI/WAGA_I_NADWAGA_POLAKOW__raport.pdf.
8. Diety Polaków [cyt. 20.01.2016]. Dostępny na URL: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_113_14.PDF.
9. Juza M. Wiedza ekspercka a mądrość zbiorowa w komunikacji internetowej. *Studia Socjologiczne* 2007; 3(186): 37–38.
10. McNair B. *Wprowadzenie do komunikowania politycznego*. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa; 1995: 33.
11. Jastrzębski J. *Ani pierwsza ani czwarta*. W: Sokołowski M, red. *Media w Polsce. Pierwsza władza I V R P?* Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2007.
12. Dekodowanie odbiorców [cyt. 18.12.2013]. Dostępny na URL: <http://pbc.pl/badanie/items/90.html>.
13. Serwisy o zdrowiu odwiedza 42 proc. polskich internautów [cyt. 20.11.2014]. Dostępny na URL: <http://www.wirtualnedia.pl/artykul/serwisy-o-zdrowiu-odwiedza-42-proc-polskich-internautow-infografika>.
14. Polacy wolą zapobiegać niż leczyć? 18.11.2014 [cyt. 20.01.2016]. Dostępny na URL: <https://www.gemius.pl/wszystkie-artykuly-aktualnosci/polacy-wola-zapobiegac-niz-leczyc.html>.
15. Czas na dietę, odchudzanie i fitness w sieci, 12.06.2013 [cyt. 18.01.2016]. Dostępny na URL: <https://www.gemius.pl/wszystkie-artykuly-aktualnosci/czas-na-diete-odchudzanie-i-fitness-w-sieci.html>.
16. Polscy internauci wolą video w internecie niż telewizji [cyt. 20.01.2016]. Dostępny na URL: <http://www.wirtualnedia.pl/artykul/polscy-internauci-wola-wideo-w-internecie-niz-w-telewizji>.
17. *Odchudzanie – dieta czy fitness?* [cyt. 20.01.2016]. Dostępny na URL: http://www.imm.com.pl/dla_mediow#/details/1d1bd52be-a8af957a428980ada978292.
18. Media społecznościowe jako kanały komunikacji – charakterystyka użytkowników [cyt. 20.01.2016]. Dostępny na URL: <http://www.gemius.pl/reklamodawcy-aktualnosci/media-spolecznosciowe-jako-kanały-komunikacji-charakterystyka-uzytkownikow.html>.
19. Keen A. *Kult amatora – jak internet niszczy kulturę*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2007.
20. *IMM: Odchudzanie – dieta czy fitness?* Dostępny na URL: www.imm.com.pl.
21. Rossiter J, Percy L. *Advertising, communications and promotion management*. New York: Irwin McGraw-Hill; 1997: 672.
22. Nieć M. Pisma opinii i czasopisma life style – dwie koncepcje rynkowego dziennikarstwa (analiza Polityki, Wprost, Elle, Playboya i Twojego Stylu). *Zesz Prasozn* 2010; LIII(1–2): 7–29.

Adres do korespondencji:

Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata
 Zakład Socjologii Ogólnej
 Instytut Socjologii
 Uniwersytet Wrocławski
 ul. Koszarowa 3
 51-149 Wrocław
 Tel.: 71 37 55 108
 E-mail: irena.wolska-zogata@uwr.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 05.10.2015 r.

Po recenzji: 23.11.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 29.01.2016 r.

SPECYFIKA OPIEKI POŁOŻNICZEJ NAD CIĘŻARNĄ ZAKWALIFIKOWANĄ DO INWAZYJNYCH BADAŃ PRENATALNYCH

Characteristics of obstetric's care provided to pregnant woman qualified for invasive prenatal tests

Paulina Mostyńska¹, Monika Przestrzelska², Zdzisława Knihinicka-Mercik²

¹ Studentka kierunku Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra Ginekologii i Położnictwa, Zakład Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

STRESZCZENIE

Badania prenatalne są obecnie zagadnieniem, z którym spotyka się niemal każda para oczekująca dziecka. Chęć udziału w nich jest zagadnieniem indywidualnym. Ich wykonanie nie powinno być z góry narzucone lub ograniczone. Postępowanie zgodnie z prawami pacjenta jest konieczne, aby diagnostyka odpowiadała na potrzeby społeczeństwa i służyła mu w właściwy sposób. Celem pracy jest skupienie uwagi na opiece udzielanej ciężarnej, które uczestniczą w badaniach prenatalnych i stwierdzono u nich wskazania do kontynuowania badań z wykorzystaniem metod inwazyjnych. Praca powstała na podstawie analizy indywidualnego przypadku. Z wywiadu z pacjentką, obserwacji oraz analizy dokumentacji wyodrębniono główne problemy towarzyszące opisywanej ciężarnej. Kobieta została zakwalifikowana do amniopunkcji z powodu ryzyka skorygowanego powyżej 1:300, obliczonego na podstawie testu PAPP-A w 13. tygodniu ciąży. W niniejszej pracy dokonano analizy problemów biologicznych, psychicznych i społecznych, które towarzyszyły kobiecie w czasie ciąży. Omówiono kategorie problemów dotyczące sfery psychicznej pacjentki, wyjaśniając wspierającą i edukacyjną rolę położnej. Zaproponowane działania służą przede wszystkim poprawie poziomu opieki nad ciężarną oraz zwiększeniu jej komfortu psychicznego, szczególnie podczas udziału w badaniach prenatalnych. Zagadnienie jest podejmowane głównie przez psychologów prokreacji. Konieczne jest uaktualnianie wiedzy położnych w dziedzinie diagnostyki prenatalnej, ponieważ problem jest wciąż w marginalny sposób traktowany przez środowisko medyczne. Powinno to ulec zmianie, jeśli ma się na celu otoczenie pacjentki całościową opieką, w której wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego współpracują ze sobą.

Słowa kluczowe: diagnostyka prenatalna, ciąża, płód.

SUMMARY

Nowadays prenatal diagnosis is an issue that concerns almost every couple expecting a baby. Desire for the participation in this screening is an individual issue. Prenatal examination should not be imposed or limited. Acting with accordance to patient's rights is necessary for prenatal diagnosis to cater for the society needs and to serve the society in the right way. The objective in this article is focusing attention on the care given to pregnant women participating in prenatal diagnosis and with indication for continuing diagnosis with invasive methods. This paper presents a case study. Based on the interview with the patient, patient's observation and analysis of documentation, the main problems were selected. These problems were experienced by the pregnant patient who was qualified for the amniocentesis because of the 1:300 risk score estimated in PAPP-A test in 13. week of pregnancy. The interview, observations and documentations were used for creating the care process which is the essential research tool in this case study. This article analyses biological, psychological and social problems which occur during this patient's pregnancy. The paper discusses categories of problems concerning the patient's psychological sphere, explaining the supportive and educational role of midwife. Proposed activities improve level of the pregnant women's care and increase comfort of patients participating in the screening. The issue is undertaken mainly by psychologists of the procreation. Updating midwife's knowledge in the topic of the prenatal diagnosis is necessary, because this issue is still marginally discussed in the medical community. It should change, if the midwives want to surround women with holistic care where all team members are cooperating with each other.

Key words: prenatal diagnosis, pregnancy, fetus.

WSTĘP

Obecnie rodzice przygotowując się do narodzin dziecka, stoją przed wieloma dylematami. W Polsce dąży się do umożliwienia bezpłatnego udziału w badaniach prenatalnych wszystkim ciężarnym. Stanowi to wyzwanie dla personelu medycznego, gdyż wzrasta wieloaspektowość opieki sprawowanej nad kobietą w czasie ciąży. Na optymalne przeprowadzanie procesu diagnostyki prenatalnej składa się nie tylko wysoka jakość badań wykonywanych zgodnie z wytycznymi FMF (*Fetal Medicine Foundation*) i rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, ale równie ważne jest postępowanie zgodne z prawami pacjenta. Należy zwrócić uwagę, iż pacjentka posiada prawo do informacji, wyrażenia zgody bądź odmówienia korzystania z proponowanych jej świadczeń zdrowotnych. Postępowanie według praw pacjenta jest szczególnie ważne, gdyż wynik badań może się wiązać z przedwczesnym zakończeniem ciąży. Udzielając rodzicom informacji o możliwości udziału w bada-

niach prenatalnych, konieczne jest uwzględnienie ich indywidualnych potrzeb, które są zdeterminowane przez różne czynniki, np. poziom wiedzy, doświadczenia, przekonania. Należy zrozumieć niekwestionowane miejsce rodziców w procesie diagnostyki prenatalnej. W procesie diagnostyki partnerzy powinni zostać otoczeni opieką ze strony wszystkich członków zespołu terapeutycznego – położnej, ginekologa, genetyka, psychologa. Pomoc ostatniego z nich może się okazać konieczna już podczas pierwszego badania.

CEL PRACY

Celem pracy jest skupienie uwagi na opiece, jaką są objęte kobiety ciężarne, u dzieci których stwierdzono wysokie ryzyko obecności wad genetycznych, oraz określenie wpływu diagnostyki prenatalnej na budowanie więzi rodziców z dzieckiem prenatalnym.

MATERIAŁ I METODY

Powstały proces pielęgnowania stanowi główne narzędzie badawcze w metodzie indywidualnych przypadków w pielęgniarstwie.

Streszczenie pracy zostało ogłoszone w ramach VII Konferencji Naukowej „Działania położnej na rzecz kobiety” zorganizowanej przez SKN UM we Wrocławiu 20.10.2015 r.

gniarstwie. Opierając się na danej metodzie, opisano przypadek ciężarnej kobiety, u dziecka której na podstawie testu PAPP-A stwierdzono podwyższone ryzyko wystąpienia trisomii 18. pary chromosomów. Przedstawienie sytuacji analizowanego przypadku u kobiety zwraca uwagę na deficyty występujące w opiece nad wybraną grupą pacjentów.

Tworząc proces pielęgnowania, obrano model opieki psychodynamicznej według koncepcji Hildegard Peplau, która zwracała uwagę na funkcję wspierającą osoby sprawującej opiekę nad pacjentem. Zgodnie z tą teorią, zadaniem położnej jest umacnianie u pielęgnowanej kobiety własnych możliwości i przekonań tak, aby potrafiła podejmować świadome decyzje dotyczące samoopieki. Należy pamiętać, iż ciężarna uczestnicząca w Programie Badań Przesiewowych (PBP) niejednokrotnie stoi przed wieloma dylematami. Rolą położnej jest edukacja, a następnie wspieranie partnerów w podjętych decyzjach.

OPIS PRZYPADKU

Podmiotem opieki była kobieta ciężarna. Kiedy dowiedziała się o II ciąży była bardzo szczęśliwa i pozytywnie nastawiona do nowej sytuacji. Podczas I wizyty u ginekologa, kiedy stwierdzono obecność ciąży, została poinformowana, że ze względu na wiek, powyżej 35. roku życia, kwalifikuje się do bezpłatnego udziału w PBP. Ciężarna była zadowolona z propozycji badań, ponieważ podczas poprzedniej ciąży nikt jej nie udzielił informacji o takiej możliwości. Wyraziła chęć udziału w badaniach prenatalnych. Po pierwszym badaniu – nieinwazyjnym – lekarz nie udzielał jej żadnych informacji, co sprawiło, że była zdenerwowana i zniecierpliwiona. Po wprowadzeniu uzyskanych wyników do systemu wygenerowanego przez FMF ryzyko skorygowane kwalifikowało ciężarną do oceny kariotypu. Kobieta nie potrafiła zrozumieć informacji, które przekazywał jej lekarz. Dowiedziała się od położnej, że ryzyko obecności letalnej wady u dziecka jest ogromne. Kobieta relacjonuje, iż członkowie personelu zgodnie zalecili poddanie się amniopunkcji, która dałaby podstawy do przerwania ciąży w przypadku potwierdzenia wady genetycznej. Ciężarna w obawie przed ryzykiem powikłań po zabiegu inwazyjnym nie zdecydowała się na pobranie płynu owodniowego. Postanowiła oczekiwać na badanie połówkowe z dokładną oceną anatomii płodu, na które zgłosiła się w 20. tygodniu ciąży. Okres między badaniami wspomina jako pełen stresu i niepokoju, żyła w obawie o stan zdrowotny dziecka. Twierdzi, że walczyła ze sobą i powstrzymywała się przed kontaktowaniem z dzieckiem, w obawie przed jego stratą. Podczas kolejnego badania ultrasonograficznego lekarz ocenił wszystkie struktury jako prawidłowe, co wyraźnie uspokoiło matkę. Kobieta urodziła zdrowego, donoszonego chłopca.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE

Problemy występujące u pacjentki dotyczyły różnych aspektów jej życia. Tworząc proces pielęgnowania, niedopuszczalne było skupienie się wyłącznie na optymalizacji deficytów biologicznych. Większość z nich ujawniała się w sferze emocjonalnej ciężarnej i miała charakter przewlekły. Stąd też konieczne było objęcie jej długoterminową opieką. Poniżej przedstawiono wybrane problemy, które uporządkowano w sposób hierarchiczny.

Na pierwszy plan wysunął się **lęk o dobrostan dziecka**. Według Selyego, ciąża może stanowić stresor fizyczny dla organizmu. Jednak dysponuje on mechanizmami adaptacyjnymi, które pozwalają mu utrzymać stan homeostazy [1]. Niepokój o stan dziecka jest naturalny dla kobiety ciężarnej. Kiedy jednak na skutek niedoinformowania, braku kompetentnej pomocy lub niskiego poziomu wiedzy przeradza się w chroniczny stres, wzrasta ryzyko wystąpienia patologii perinatalnych, np. porodu przedwczesnego [2]. Pożądane działania personelu medycznego, mające na celu zmniejszenie odczuwanego lęku, to przede wszystkim udzielanie konsultacji w sposób zrozumiały. Położna informuje ciężarną skierowaną na badania prenatalne o prawie do uzyskania wyczerpującej informacji na ich temat od lekarza prowadzącego – celu, interpretacji uzyskanego wyniku, zasadności wykonania. Zachęca kobietę do szczerej rozmowy z lekarzem. Może to stanowić istotny czynnik uspokajający dla

pacjentki. Powoduje wzrost poczucia bezpieczeństwa i zaangażowania w opiekę. W przypadku występowania utrzymującego się lęku należy zaoferować kobiecie wsparcie psychologa. Może się ono okazać przydatne już na tym etapie diagnostyki.

Kolejnym problemem, który zdominował pierwsze miesiące ciąży, była **trudność w budowaniu więzi z dzieckiem prenatalnym**. Według wspomnień kobiety, występowała u niej obawa przed okazywaniem dziecku czułych zachowań i pielęgnowaniem ich relacji. Według Bielawskiej-Batorowicz [2], ciąża to czas, który służy realizacji przez kobietę kilku zadań. Odbywa się to na poziomie podświadomości. Matka stara się przede wszystkim zapewnić sobie i dziecku poczucie bezpieczeństwa, aby mogło się ono rozwijać w warunkach optymalnych, z ograniczoną liczbą czynników stresogennych. Ciężarna stanowi jedyne znane dziecku środowisko, jest spójnikiem łączącym je ze światem zewnętrznym, a także od wczesnych tygodni prawidłowo przebiegającej ciąży wraz z partnerem zaczyna budować więź z dzieckiem prenatalnym [3]. Pojęcie to wprowadził psychiatra dziecięcy, prof. Peter G. Fedor-Freybergh, który stwierdził, że dziecku już w życiu wewnątrzmacicznym przysługują wszelkie cechy i prawa istoty ludzkiej. Więź emocjonalna występuje dzięki takim czynnikom, jak: uznanie dziecka za odrębną istotę, tworzenie obrazu „dziecka wyobrazonego”, czyli potomka o preferowanych przez rodziców cechach [2, 4], oraz prowadzenie rozmów z dzieckiem. Aby pomóc rodzicom w budowaniu więzi, położna może przedstawić im model dzieciotygodniowego płodu, omówić kolejne etapy rozwoju wewnątrzmacicznego dziecka. Warto, aby zachęciła partnera do towarzyszenia ciężarnej podczas badania USG. Pomieszczenie musi być przystosowane do obecności osoby towarzyszącej. Zadaniem położnej jest także zachęcanie partnerów do podejmowania bezpośredniego kontaktu z dzieckiem, np. dotykanie brzucha czy też malowanie postaci syna na powłokach skórnych.

Istotnym problemem okazał się także **brak poczucia bezpieczeństwa podczas I badania prenatalnego**. Jak głosi teoria Masłowa, odczuwanie bezpieczeństwa należy do potrzeb niższego rzędu, których funkcją jest stabilizacja, ich zapewnienie warunkuje możliwość uzupełniania deficytów w zakresie potrzeb wyższego rzędu. Podstawową zasadą dla członków zespołu terapeutycznego powinno być zapewnienie ciężarnej intymnych i komfortowych warunków w czasie wykonywania badań. Poza tym zorganizowany specjalista wzbudza większe zaufanie u ciężarnej, co rzutuje na odczuwany przez nią poziom bezpieczeństwa. Położna zachęca pacjentkę do wyrażania swoich potrzeb oraz zadawania pytań. Deficyt wiedzy pacjentki był jednym z czynników, który pogłębiał u niej brak poczucia bezpieczeństwa. Sytuacja, w której znalazła się kobieta, była dla niej nowa. Istotne, aby położna miała świadomość, jak ważne jest zdobycie zaufania osoby, nad którą sprawuje opiekę.

U opisywanej pacjentki pojawiła się także **trudność w podjęciu decyzji o wykonaniu amniopunkcji**. Ciężarna przyznała, że odczuwała potrzebę upewnienia się, że dziecko nie jest obciążone zespołem Edwardsa, jednak po rozmowie z mężem i otrzymaniu informacji o możliwych powikłaniach amniopunkcji zrezygnowała z dalszej diagnostyki. Należy zwrócić uwagę, iż stosunek rodziców do inwazyjnych badań prenatalnych jest zdeterminowany przez wiele czynników: ich poziom wiedzy medycznej, światopogląd, osobowości, cech charakteru i wielu innych [5]. Do odmowy udziału w amniopunkcji może skłaniać kobietę obawa przed bólem w czasie badania, strach przed zranieniem dziecka, a także ryzyko utraty ciąży na skutek przeprowadzenia zabiegu. Natomiast na wycofanie się z udziału w dalszych etapach diagnostyki może wpływać np. strach przed koniecznością podjęcia decyzji co do dalszych losów ciąży w przypadku stwierdzenia wady letalnej u potomka [6]. W żadnym wypadku członkowie personelu medycznego nie powinni podejmować decyzji za partnerów, nawet jeśli są przez nich o to proszeni. Położna i lekarz bez względu na wybór rodziców otaczają ich należyta i adekwatna do potrzeb opieką. Wysłuchują ich dylematów, a podjęte decyzje traktują z szacunkiem.

DYSKUSJA

Imponujący postęp w dziedzinie diagnostyki prenatalnej implikował konieczność wprowadzenia zmian w obowiązujących algorytmach opieki nad kobietą ciężarną. W 2009 r. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało rekomendacje opierając się na standardach obowiązujących na świecie, m.in. wytycznych FMF. Dokument opracowany przez czołowych specjalistów ginekologii w Polsce powstał z uwzględnieniem obowiązujących zaleceń PTG dotyczących prowadzenia ciąży, wykonywania badań ultrasonograficznych, diagnozowania i podejmowania terapii płodu. Jak wynika z badań, wykrywalność mutacji chromosomowych wynosi obecnie ponad 75% [7]. Celem członków towarzystwa jest ograniczenie odsetka wyników fałszywie dodatnich do 5%. Aby osiągnąć to zamierzenie oraz zagwarantować ciągły wzrost jakości badań, wprowadzono coroczne audyty i zalecono korzystanie z programów obliczających ryzyko genetyczne zatwierdzonych przez FMF [7]. Wymienione działania mają także służyć maksymalnemu ograniczeniu wykonywania inwazyjnych badań prenatalnych, z którymi wiąże się ryzyko poronienia. Według danych zawartych w Programie Badań Prenatalnych z 2004 r., ryzyko powikłań w przypadku amniopunkcji zawiera się w przedziale 0,5–1% [8].

Omawiając problematykę diagnostyki prenatalnej, warto zwrócić uwagę, jak silne emocje wywołują one u kobiet biorących w nich udział. *Cambridge Prenatal Screening Study* to program badawczy, w którym wzięły udział ciężarne we wczesnej ciąży z dziewięciu szpitali południowo-wschodniej Anglii [9]. Do oceny niepokoju kobiet związanego z ich doświadczeniami dotyczącymi diagnostyki prenatalnej posłużono się skalami EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) oraz STAI (*Spielberger State – Trait Anxiety Inventory*), która składa się z części „State”, określającej aktualne odczucia badanej osoby, oraz „Trait”, odnoszącej się do tego, jak bardzo strachliwa jest w życiu. Skale „State” oraz EPDS zostały wykorzystane po 35. tygodniu ciąży oraz w okresie poporodowym. Badania z użyciem „Trait” wykonano między 12. a 16. tygodniem ciąży. Otrzymane wyniki wskazały na znaczną korelację lęku towarzyszącego kobietom w związku z udziałem w diagnostyce prenatalnej z wysokimi wskaźnikami uzyskanymi w EPDS.

Obserwując pacjentkę po udziale w teście PAPP-A, pojawił się problem z nawiązywaniem przez nią relacji z dzieckiem. Obawa przed podejrzeniem letalnej wady u syna i cierpieniem wywołanym ewentualną śmiercią płodu mogła powstrzymać matkę przed kontaktowaniem się z nim. Czub w swojej pracy [10] zwraca uwagę na znaczenie tworzenia więzi matki z dzieckiem. Ich wzajemna relacja, której początków upatruje się już w okresie zarodkowym, pozwala kontynuować rozwój emocjonalny oraz społeczny dziecka w życiu pozamacicznym. W 1969 r. Bowlby wysnuł teorię przywiązania. Jednym z jej elementów było twierdzenie, że więź dziecka z opiekunem – matką kształtuje się do 1. roku życia, a jej charakter rzutuje na relacje społeczne w późniejszych okresach życia [10]. Bielawska-Batorowicz stwierdza, na podstawie badań [2], że powstanie więzi o dużym natężeniu w czasie ciąży warunkuje pozytywny stosunek do dziecka po urodzeniu.

Barbara Katz-Rothman jest autorką koncepcji „próbnej ciąży”, kiedy to kobieta ogranicza relację z dzieckiem w obawie przed konsekwencjami decyzji związanej z niepomyślnym wynikiem badania. Jej myśl rozwinął w 1989 r. Kolker (wg [11]), który wnioskując z faktu, że automatycznie po uzyskaniu negatywnego wyniku badania diagnostycznego wzrasta natężenie więzi matki z płodem, zauważył, że amniopunkcja wiąże się dla ciężarnej z dużym poziomem stresu, a czas oczekiwania na rezultat wzmacnia poczucie niepewności. Autorzy są zgodni co do potrzeby monitorowania wpływu świadomości wyniku fałszywie dodatniego testu PAPP-A na sferę psychiczną ciężarnej. W innych badaniach Farranta (wg [11]), zaobserwowano, że wysoki poziom lęku powstały na skutek otrzymania niepomyślniej informacji nie ustępował nawet wtedy, kiedy specjalista po upływie określonego czasu starał się skorygować i wyjaśnić rzeczywisty stan rzeczy. Na podobny aspekt badań prenatalnych Merkel zwrócił uwagę już w 1986 r. Na podstawie obserwacji stwierdził, że natężenie więzi emocjonalnej z płodem jest odwrotnie proporcjonalne do poziomu lęku i stresu, towarzyszącego rodzicom. Natomiast wzrost siły owej więzi koreluje ze wzrostem poczucia własnej wartości partnerów, akceptacją społeczną, a także jakością ich wzajemnych relacji (wg [2]).

Baston i Hall w swojej publikacji zwracają uwagę na fakt, iż według NMC (*Nursing and Midwifery Council*) obowiązkiem położnych jest ciągłe uaktualnianie wiedzy na temat zmieniających się procedur medycznych [12]. Jak podaje NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), zadaniem położnej jest ocena dobrostanu psychicznego ciężarnej i upewnienie się, że kobieta czuje się bezpiecznie w środowisku domowym. Podczas wizyty pacjentka jest zachęcana do przedstawienia swoich problemów. Zachowanie i język ciała w czasie rozmowy podlegają obserwacji. Jeśli istnieje taka potrzeba, położna udziela informacji w sprawie kontaktu z psychologiem. Jednocześnie autorki podkreśliły, że powinna ona działać w granicach swoich zawodowych kwalifikacji i kompetencji oraz ustawy o zawodzie [12].

WNIOSKI

Optymalne warunki przeprowadzania diagnostyki prenatalnej zależą od wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Rola położnej w opiece nad pacjentką/rodziną z grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia wady genetycznej u dziecka jest wspierająca i edukacyjna. Wiedza na ten temat diagnostyki prenatalnej powinna być przekazywana pacjentce/rodzicom w sposób zrozumiały. Przeprowadzanie diagnostyki prenatalnej powinno przebiegać z poszanowaniem praw drugiego człowieka – pacjentki, płodu, personelu. Decyzja o udziale w diagnostyce prenatalnej może być zależna od sfery psychicznej, przekonań, czynników osobniczych pacjentki/rodziców, dlatego może budzić u nich wiele dylematów.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych auterek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Szymona-Pałkowska K. *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2005.
2. Bielawska-Batorowicz E. *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk; 2006: 111–181.
3. Fedor-Freybergh PG. *Dziecko prenatalne. Psychosomatyczna specyfika okresu prenatalnego i perinatalnego jako środowiska życia dziecka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2014.
4. Łukasik R, Woś H. Różne formy kontaktu rodziców z dzieckiem przed narodzeniem. *Probl Pielęg* 2013; 21(1): 137–140.
5. Kornas-Biela D. *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 1996.
6. Bięń A, Pilewska-Kozak AB. *Diagnostyka prenatalna*. W: Makara-Studzinska M, Iwanowicz-Palus G, red. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PZWL; 2009: 177–183.
7. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w zakresie diagnostyki prenatalnej. *Ginekol Pol* 2009; 80: 390–393.
8. Zespół do spraw opracowania programu badań prenatalnych w Polsce. Program badań prenatalnych [cyt. 20.02.2015]. Dostępny na URL: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/ppz_prenatalnych_2004.pdf.
9. Green JM. *What is the EPDS measuring and how should we use it in research?* In: Henshaw C, Elliott S, Cox J, eds. *Screening for perinatal depression*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2005: 141–145.
10. Czub M. Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. *Forum Oświat* 2003; 2(29): 31–49.
11. Abramsky L, Chappelle J, red. *Diagnostyka prenatalna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996.
12. Baston H, Hall J. *Monitorowanie dobrostanu emocjonalnego kobiety w ciąży. Przedporodowe badania przesiewowe dotyczące nieprawidłowości płodu*. W: Kaleta M, red. wyd. pol. *Przed porodem*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011: 68–83, 100–115.

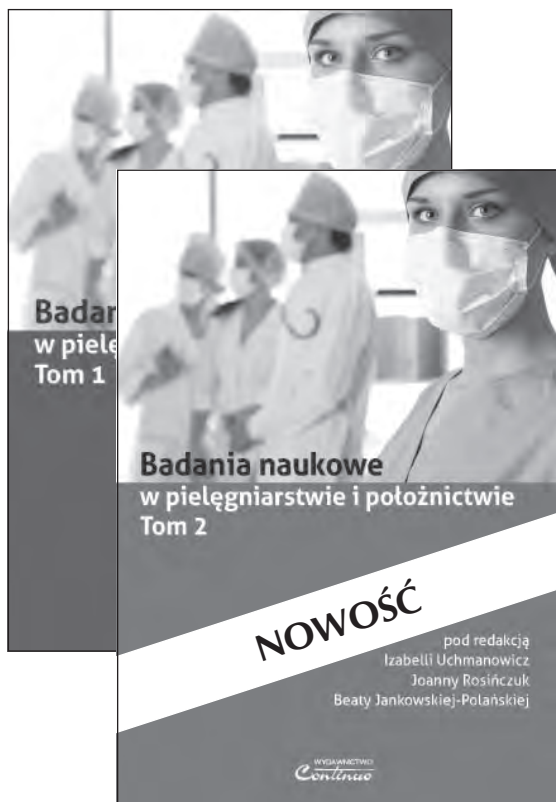
Adres do korespondencji:

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

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.11.2015 r.

Po recenzji: 27.11.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 29.11.2015 r.



Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie

pod red.
Izabelli Uchmanowicz, Joanny Rosińczuk,
Beaty Jankowskiej-Polańskiej

Tom 1

2014, B5, 404 strony
cena 69 zł

Tom 2

2015, B5, 484 strony
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, tom 2 z 41 rozdziałów. Autorzy zdobyli swoje doświadczenia w praktyce pielęgniarstwie lub położnictwie, a dodatkowo pogłębili je pracą naukowo-badawczą oraz podczas pełnienia funkcji nauczyciela akademickiego.

Monografia adresowana jest 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



13 maja 2016 r., Wrocław

III KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA
„BADANIA NAUKOWE W PIELĘGNIARSTWIE I POŁOŻNICTWIE”

KONFERENCJA JEST NIEODPŁATNA

Udział w konferencji obejmuje:

- udział w sesjach naukowych,
- materiały z Konferencji,
- otrzymanie certyfikatu,
- poczęstunek w przerwach kawowych.

Zapraszamy do nadsyłania prac.

Nadsyłane prace (spełniające warunki publikacji naukowej) będą publikowane w recenzowanej monografii:

„Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie”
(monografia pod redakcją Izabelli Uchmanowicz, Joanny Rosińczuk
oraz Beaty Jankowskiej-Polańskiej)

www.pip.umed.wroc.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 wpływy 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 pracą do druku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

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

PRAWA AUTORSKIE

Jeżeli Autorzy nie zastrzegą inaczej w momencie zgłoszenia pracy, Wydawca nabywa na zasadzie 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 SZCZEGÓLNE – 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 łącznie z adresem Redakcji w dwóch egzemplarzach (które nie podlegają zwrotowi do Autorów) zgodnie 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.

MASZYNOPSIS

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

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

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

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

STRESZCZENIE

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

UKŁAD PRACY

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

TABELE

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

RYCINY

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

SKRÓTY I SYMBOLE

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

PIŚMIENICTWO

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach i rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach 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, zgodnie z konwencją Vancouver/ICMJE, stosowaną m.in. przez MEDLINE: <http://www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/vancouver.html>. Przy opisach bibliograficznych artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (bez kropek, zgodny z aktualną listą czasopism indeksowanych w Index Medicus, dostępną m.in. pod adresem <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/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, rok wydania, miasto i nazwę wydawcy oraz rok wydania. Przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) opatruje się adnotacją „red.” („ed.(s)”) w pracach angielskojęzycznych);
- Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, i wsp. American Medical Association manual of style. 9 wyd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. Przy cytowaniu rozdziałów książek należy podać: nazwisko(a) autora(ów) rozdziału wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „W:” nazwisko(a) autora(ów) lub redaktora książki wraz z inicjałami imienia, tytuł książki; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy, rok wydania i numery pierwszej i ostatniej strony poprzedzone literą „p.”; Chosia M. Patomorfologia zastawki aorty. W: Szwed H, red. Zewnętrzne 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.