

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Poznan University of Medical Sciences



Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

Nr 4 (78)
12/2020

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 5,0
Index Copernicus Value (ICV) – 71,74



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Skrót tytułu czasopisma/Abbreviated title:

Piel Pol.

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

eISSN 2450-0755

Korekta/Proofreading:

Barbara Grabowska-Fudala

Grażyna Dromirecka

Korekta tekstów w j. ang./Language editor:

Agata Dolacińska-Śróda

Skład komputerowy/Desktop publishing:

Beata Łakomiak

Projekt okładki/Cover project:

Bartłomiej Wąsiel

Sprzedaż/Distribution and subscription:

Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

tel. (phone)/fax: +48 61 854 74 14

e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

Redakcja deklaruje, że wersja papierowa

„Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną (referencyjną)

Editorial Staff declares that printed version

of ‘Polish Nursing’ is the original version (reference)

Zasady etyczne

„Pielęgniarstwo Polskie” stosuje zasady etyczne i procedury zalecane przez COPE (Committee on Publication Ethics), zawarte w Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers, Authors dostępne na stronie internetowej COPE: <https://publicationethics.org/resources/guidelines>

Ethical guidelines

‘Polish Nursing’ applies the ethical principles and procedures recommended by COPE (Committee on Conduct Ethics), contained in the Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers and Authors available on the COPE website: <https://publicationethics.org/resources/guidelines>



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 4,2. Ark. druk. 6,5.

Format A4. Zam. nr 149/20.

Druk ukończono w grudniu 2020.

PIELEGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING



KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny

prof. dr hab. Krystyna Jaracz

Zastępcy Redaktora Naczelnego

dr hab. Krystyna Górna, prof. UM

dr hab. Danuta Dyk

prof. dr hab. Małgorzata Kotwicka

RADA NAUKOWA

prof. Vincenzo Antonelli

dr hab. Grażyna Bączyk

prof. Merita Berisha

mgr Regina Bisikiewicz

prof. Antonio Cicchella

prof. Susumu Eguchi

dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska

dr Barbara Grabowska-Fudala

dr hab. Elżbieta Grochans

dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka

prof. Lotte Kaba-Schönstein

doc. Helena Kadučáková

mag. Karin Klas

prof. Christina Koehlen

dr hab. Maria Kózka

dr Halyna Krytska

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Joanna Lewko

prof. Mária Machalová

dr hab. Ludmiła Marcinowicz

prof. dr hab. Ewa Mojs

dr Jana Nemcová

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz

dr hab. Beata Pięta prof. UM

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk

Silvia Scelsi

prof. dr hab. Maria T. Szewczyk

prof. dr hab. Arkadii Shulhai

dr hab. Robert Ślusarz

dr hab. Dorota Talarska

dr hab. Monika Urbaniak prof. UM

dr Frans Vergeer

dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka

dr Katarína Žiaková

Sekretarz Naukowy

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

Sekretarz Redakcji

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

University of Prishtina (Kosowo)

European Association of Service Providers for
Persons with Disabilities (EASPD)

University of Bologna (Włochy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University
(Japonia)

Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)

Hochschule Esslingen (Niemcy)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego
w Tarnopolu (Ukraina)

Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Prešovská Univerzita (Słowacja)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Polska)

Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department,
Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Włochy)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego
w Tarnopolu (Ukraina)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Fontys Hogescholen (Holandia)

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

ADRES REDAKCJI

Pielęgniarstwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 67, fax: 61 861 22 66

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

mgr Katarzyna Gołębiewska
dr Katarzyna Plagens-Rotman
dr Joanna Stanisławska
dr Renata Wójcik

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska
dr hab. Grażyna Bączyk
dr Benedykt Bober
prof. Antonio Cicchella
dr Justyna Cwajda-Białasik
dr Józefa Czarnecka
dr Grażyna Czerwiak
dr hab. Joanna Gotlib
dr Grażyna Iwanowicz-Palus
doc. Helena Kadučáková
Douglas Kemerer
dr Ewa Kobos
dr Halina Król
dr Urszula Kwapisz
dr Włodzimierz Łojewski
prof. Mária Machalová
prof. Anders Møller Jensen
prof. dr hab. Henryk Mruk
dr Jana Nemcová
dr inż. Iwona Nowakowska
dr Jan Nowomiejski
dr Piotr Pagórski
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk
dr hab. Beata Pięta prof. UM
dr Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
dr Zofia Sienkiewicz
dr Beata Skokowska
dr Ewa Szykiewicz
dr hab. Dorota Talarska
dr hab. Monika Urbaniak prof. UM
dr Aleksandra Zielińska
dr Katarína Žiaková
prof. Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)
University of Bologna (Włochy)
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
Katoľická Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Prešovská Univerzita (Słowacja)
VIA University College Denmark (Dania)
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
University Medical Center Rotterdam (Holandia)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING



EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Krystyna Jaracz

Vice Editor-in-Chief

Krystyna Górna

Danuta Dyk

Małgorzata Kotwicka

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli

Grażyna Bączyk

Merita Berisha

Regina Bisikiewicz

Antonio Cicchella

Susumu Eguchi

Aleksandra Gaworska-Krzemińska

Barbara Grabowska-Fudala

Elżbieta Grochans

Aleksandra Gutysz-Wojnicka

Lotte Kaba-Schönstein

Helena Kadučáková

Karin Klas

Christina Koehlen

Maria Kózka

Halyna Krytska

Anna Ksykiewicz-Dorota

Joanna Lewko

Mária Machalová

Ludmiła Marcinowicz

Ewa Mojs

Jana Nemcová

Grażyna Nowak-Starz

Beata Pięta

Hildebrand Ptak

Joanna Rosińczuk

Silvia Scelsi

Maria T. Szewczyk

Arkadii Shulhai

Robert Ślusarz

Dorota Talarska

Monika Urbaniak

Frans Vergeer

Ewa Wilczek-Rużyczka

Katarína Žiaková

Scientific Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

Editorial Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Italy)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

University of Prishtina (Kosowo)

European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)

University of Bologna (Italy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japan)

Medical University of Gdańsk (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)

University of Warmia and Mazury in Olsztyn (Poland)

Hochschule Esslingen (Germany)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)

Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)

Evangelische Hochschule Berlin (Germany)

Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)

Ternopil State Medical University (Ukraine)

Medical University of Lublin (Poland)

Medical University of Białystok (Poland)

Prešovská Univerzita (Slovakia)

Medical University of Białystok (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Comenius University in Bratislava (Slovakia)

Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Evangelische Hochschule Berlin (Germany)

Wrocław Medical University (Poland)

Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department, Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Italy)

Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)

Ternopil State Medical University (Ukraine)

Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Fontys Hogescholen (Holland)

Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University (Poland)

Comenius University in Bratislava (Slovakia)

EDITOR'S ADDRESS

Polish Nursing

The Faculty of Health Sciences

Poznan University of Medical Sciences

11 Smoluchowskiego Str., 60-179 Poznań, Poland

phone: +48 61 861 22 67, fax: +48 61 861 22 66

e-mail: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielegniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

Katarzyna Gołębiowska
Katarzyna Plagens-Rotman
Joanna Stanisławska
Renata Wójcik

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)

THE LIST OF THE REVIEWERS

Agnieszka Bańkowska
Grażyna Bączyk
Benedykt Bobier
Antonio Cicchella
Justyna Cwajda-Białasik
Józefa Czarnecka
Grażyna Czerwiak
Joanna Gotlib
Grażyna Iwanowicz-Palus
Helena Kadučáková
Douglas Kemerer
Ewa Kobos
Halina Król
Urszula Kwapisz
Włodzimierz Łojewski
Mária Machalová
Anders Møller Jensen
Henryk Mruk
Jana Nemcová
Iwona Nowakowska
Jan Nowomiejski
Piotr Pagórski
Mariola Pawlaczyk
Beata Pięta
Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
Zofia Sienkiewicz
Beata Skokowska
Ewa Szykiewicz
Dorota Talarska
Monika Urbaniak
Aleksandra Zielińska
Katarína Žiaková
Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Seaside Rehabilitation Centre (Poland)
University of Bologna (Italy)
Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University in Toruń
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Medical University of Warsaw (Poland)
Medical University of Lublin (Poland)
Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Prešovská Univerzita (Slovakia)
VIA University College Denmark (Denmark)
Poznan University of Economics (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
University Medical Center Rotterdam (Holland)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

SPIS TREŚCI

Od redaktora	201
ARTYKUŁ WPROWADZAJĄCY	
<i>Kinga Kołodziej, Katarzyna Jarek, Małgorzata Murzyn, Jakub Kuźniar</i> Uwarunkowania zachowań samobójczych dzieci i młodzieży	203
PRACE ORYGINALNE	
<i>Anna Gawęda, Jolanta Kamińska, Genowefa Wawoczna, Ewa Tobor, Dorota Ogonowska</i> Ból pooperacyjny w opinii pacjenta	209
<i>Aleksandra Bitenc-Jasiejko, Katarzyna Kordus, Katarzyna Beata Głodowska</i> Zastosowanie pedobarografii przez kadry pielęgniarские oraz specjalistów leczenia ran – możliwości i ograniczenia	217
<i>Anna Żeruń, Tomasz Piątek</i> Wiedza studentów na temat mastektomii i wybranych metod rekonstrukcji piersi u pacjentek po mastektomii	225
PRACA POGLĄDOWA	
<i>Agnieszka Araszkiewicz, Katarzyna Plagens-Rotman</i> Opieka okołoporodowa we współczesnym położnictwie	231
PRACA KAZUISTYCZNA	
<i>Paulina Landowska, Hanna Grabowska</i> Proces pielęgnowania pacjenta z przewlekłym zapaleniem trzustki w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®	235
INFORMACJE	
Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2019	240
Wskazówki dla autorów	241

CONTENTS

Editor's note	202
INTRODUCTORY ARTICLE	
<i>Kinga Kołodziej, Katarzyna Jarek, Małgorzata Murzyn, Jakub Kuźniar</i> Determinants of suicidal behaviours in children and adolescents	203
ORIGINAL PAPERS	
<i>Anna Gawęda, Jolanta Kamińska, Genowefa Wawoczna, Ewa Tobor, Dorota Ogonowska</i> Postoperative pain in the patient's opinion	209
<i>Aleksandra Bitenc-Jasiejko, Katarzyna Kordus, Katarzyna Beata Głodowska</i> Use of pedobarography by nursing staff and wound care specialists – possibilities and limitations	217
<i>Anna Żeruć, Tomasz Piątek</i> Knowledge of students about mastectomy and selected methods of breast reconstruction in patients after mastectomy	225
REVIEW PAPER	
<i>Agnieszka Araszkiewicz, Katarzyna Plagens-Rotman</i> Perinatal care in the current obstetrics	231
CASE STUDY	
<i>Paulina Landowska, Hanna Grabowska</i> Nursing care of a patient with chronic pancreatitis using ICNP®	235
INFORMATION	
Reviewers of 'Polish Nursing' in 2019.	240
Guidance for authors	241

OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

w imieniu Komitetu Redakcyjnego mamy przyjemność zarekomendować kolejny numer „Pielęgniarstwa Polskiego”, który zawiera 3 prace oryginalne, 2 artykuły poglądowe i 1 opis przypadku. Prace te są poświęcone różnym praktycznym i teoretycznym aspektom pielęgniarstwa.

W szczególności chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na kilka artykułów. Pierwszy z nich to praca Aleksandry Bitenc-Jasiejko i wsp. na temat pedobarografii, metody diagnostycznej umożliwiającej pomiar nacisku między powierzchnią podeszwy stopy a powierzchnią podparcia podczas wszystkich faz chodu. Metoda ta ma szerokie zastosowanie, m.in. we wczesnym wykrywaniu i leczeniu zmian degeneracyjnych w obrębie stopy, szczególnie u pacjentów z cukrzycą, chorobami układu krążenia i neuropatiami. Kolejny artykuł to praca dotycząca zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży, będących poważnym, narastającym problemem zdrowia publicznego w Polsce. Ponadto chcielibyśmy zachęcić Państwa do zapoznania się z opisem przypadku zatytułowanym „Proces pielęgnowania pacjenta z przewlekłym zapaleniem trzustki w ujęciu międzynarodowej klasyfikacji praktyki pielęgniarstwa ICNP[®]”, pokazującym zastosowanie klasyfikacji ICNP w realiach klinicznych.

Mamy nadzieję, że wszystkie prace wzbudzą zainteresowanie wśród personelu medycznego, badaczy, studentów kierunków medycznych i przedstawicieli innych, pokrewnych dziedzin.

Życzymy Państwu przyjemnej lektury, co jak sądzimy, może choć na chwilę pomóc oderwać się od trudnych problemów związanych z pandemią koronawirusa.

Jednocześnie pragniemy serdecznie podziękować wszystkim Autorom i Recenzentom za ich pracę i bezcenny wkład w rozwój naszego czasopisma.

Jak zawsze gorąco zachęcamy do zgłaszania prac oryginalnych, poglądowych i opisów przypadku w celu ich publikacji w Pielęgniarstwie Polskim. Manuskrypty można przysyłać drogą elektroniczną poprzez panel redakcyjny, dostępny na oficjalnej stronie internetowej czasopisma: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>.

Jako że zbliżają się Święta, składamy Państwu serdeczne życzenia spokojnych świąt Bożego Narodzenia oraz dużo zdrowia w nadchodzącym Nowym 2021 Roku.

*Prof. dr hab. Krystyna Jaracz
Redaktor Naczelna*

*Dr Barbara Grabowska-Fudala
Sekretarz Naukowy*

■ EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

on behalf of the Editorial Board, we are pleased to recommend you the next issue of the 'Polish Nursing'. It contains three original papers, two reviews and 1 case study. The articles are devoted to various practical and theoretical aspects of nursing.

In particular, we would like to draw your attention to a few papers. The first, authored by Aleksandra Bitenc-Jasiejko et al., deals with pedobarography, which is a diagnostic method that enables measurement of pressure between the foot and the floor through all stages of the gait. It may be employed in a wide range of *applications*, including early detection of changes in foot structure resulting from degradation of tissues, especially in patients with diabetes, circulatory disorders, and neuropathies. The next paper, by Kinga Kołodziej et al., is devoted to suicidal behaviours in children and adolescents, which is a serious and growing problem of public health in Poland. Furthermore, we encourage you to read the case study titled 'Nursing care of a patient with chronic pancreatitis using ICNP®', authored by Paulina Landowska and Hanna Grabowska, showing an *application* of the International Classification of Nursing Practice ICNP® in 'a real' clinical environment.

We hope that all papers will find their readership among health professionals, researchers, students of medical universities, as well as representatives of other related fields.

We wish you a pleasant reading, which we believe, maybe some kind of relief during this challenging time of the coronavirus pandemic.

At the same time, we would like to thank all the Authors and Reviewers for their valuable work and contributions to the development of our journal. As always, we kindly encourage you to submit original articles, reviews and case reports for publication in the 'Polish Nursing'.

Manuscripts can be submitted online, through the editorial system available at the official journal website at <http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/>.

As Christmas time is coming, we *wish you* a peaceful Christmas and good health in the New Year 2021.

*Professor Krystyna Jaracz
Editor in Chief*

*Barbara Grabowska-Fudala, PhD
Scientific Secretary*

■ UWARUNKOWANIA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH DZIECI I MŁODZIEŻY

DETERMINANTS OF SUICIDAL BEHAVIOURS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Kinga Kołodziej^{1, a}, Katarzyna Jarek^{1, b}, Małgorzata Murzyn^{2, c}, Jakub Kuźniar^{3, d}

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum w Krakowie

² Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie

³ Wydział Lekarski, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

^a <https://orcid.org/0000-0001-6780-8686>

^b <https://orcid.org/0000-0001-8027-4906>

^c <https://orcid.org/0000-0001-7978-4829>

^d <https://orcid.org/0000-0002-8793-3334>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.22>

STRESZCZENIE

Podejmowanie prób samobójczych u dzieci i młodzieży stanowi obecnie istotny problem w społeczeństwie. Zachowania suicydalne nie są uzależnione od jednego bezpośredniego powodu, lecz od wielu złożonych czynników na poziomie indywidualnym, rodzinnym, społecznym, a także sytuacji życiowej oraz własnych mechanizmów obronnych. Podczas gdy podejmowanie prób samobójczych u dzieci jest stosunkowo rzadkie, to statystyki wśród młodzieży, przez cały okres dojrzewania, mają tendencję wzrostową. W Polsce w 2018 roku grupa osób podejmujących zachowania suicydalne w wieku 7–18 lat to 6,9%, w tym 1,9% zakończonych zgonem. Trafna identyfikacja uwarunkowań samobójstw wśród osób w wieku rozwojowym to kluczowy czynnik decydujący o prowadzeniu ukierunkowanych i skutecznych działań profilaktycznych, a także ulepszeniu wczesnej diagnostyki i wdrożeniu odpowiednich działań terapeutycznych.

SŁOWA KLUCZOWE: samobójstwa dzieci, samobójstwa młodocianych, depresja.

ABSTRACT

Suicide attempts in children and adolescents constitute an important problem in society today. Suicidal behaviour does not depend on one direct cause, but on many complex factors at individual, family, social, life situation and self-defence levels. While suicide attempts in children are relatively rare, statistics among young people tend to increase throughout adolescence. In 2018, the group of persons undertaking suicidal behaviors at the age of 7–18 in Poland reached 6.9%, including 1.9% resulting in death. Accurate identification of suicide determinants among people at developmental age is a key factor determining the conduct of targeted and effective preventive measures, as well as the improvement of early diagnosis and implementation of appropriate therapeutic measures.

KEYWORDS: child suicide, juvenile suicide, depression.

Wprowadzenie

Prowadzone na przestrzeni ostatnich lat badania nad samobójstwami pozwoliły na sformułowanie wniosku, iż zachowania suicydalne obejmują szeroką gamę zachowań o charakterze autodestrukcyjnym, które są wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, socjologicznymi i środowiskowymi [1]. Pomimo tego, że śmierć dotyka jednostek, to ma ona także wymiar społeczny, a samobójstwa są wskaźnikiem integracji oraz dezintegracji społeczeństwa [2].

Celem pracy była analiza uwarunkowań towarzyszących podejmowaniu prób samobójczych wśród

dzieci i młodzieży. Przedmiotem rozważań były podstawowe definicje oraz statystyki dotyczące samobójstw, a także najczęstsze motywy podejmowania zachowań suicydalnych przez wyżej wymienioną grupę wiekową. W artykule przedstawiono również najważniejsze zagadnienia dotyczące profilaktyki zjawiska.

Zagadnienia dotyczące samobójstw

Klasyczna definicja samobójstwa została przedstawiona przez Émile'a Durkheima i została określona jako „każdy przypadek śmierci będący wynikiem bezpośredniego lub pośredniego, negatywnego lub pozytywnego

działania, wykonanego przez samą ofiarę, która wie, jaki będzie rezultat tego działania”. Definicja Durkheima cechuje się znaczną pojemnością znaczeniową, co sprawia, że jest obarczona wadami – nie uwzględnia przyczyn zamachów suicydalnych, a także zachowań autodestrukcyjnych, które nie muszą być związane z celowym zamiarem śmierci [3, 4].

Samobójstwa, czyli zamachy samobójcze, dzielą się na podstawowe grupy: samobójstwa dokonane, kończące się odebraniem sobie życia oraz niedokonane (usiłowane), niekończące się śmiercią, z uwagi na wystąpienie okoliczności umożliwiających odratowanie lub przeprowadzenie zamachu w sposób, który zapewni odratowanie. Do samobójstw usiłowanych zaliczane są także tzw. próby samobójcze, których liczba jest większa od samobójstw dokonanych. Znacznie częściej podejmują je ludzie w młodszym wieku, w większości kobiety. Podkreśla się, że próby samobójcze są zazwyczaj przejawem wołania o pomoc innych osób [5, 6].

Zenomena Płużek wyróżniła trzy typy samobójstw, uzależniając je od intencji towarzyszących człowiekowi przy ich podejmowaniu. Pierwszym z wyodrębnionych typów jest „samobójstwo prawdziwe”, które jest przejawem agresji skierowanej na własną osobę bądź zorientowanej „na zewnątrz”. Osoba czuje się mało wartościowa, winna za swoje porażki, za cel ma odebranie sobie życia. Drugi typ to „samobójstwo rzekome”, gdzie sprawcy nie wyrażają jednoznacznie chęci odebrania sobie życia, lecz śmierć jest dla nich ucieczką od trudności, których nie mogą lub nie chcą pokonać. Rzadko towarzyszące są myśli na temat sensu życia, dominuje koncentracja na własnych trudnościach, które usilnie chce się pokonać. „Samobójstwo rzekome” często jest wynikiem depresji, poczucia winy bądź rezygnacji, wiąże się z obniżeniem mechanizmów obronnych. Z „samobójstwem demonstratywnym” mamy do czynienia, gdy sprawca prezentuje obojętną postawę wobec życia i śmierci, a zamach suicydalny ma służyć zwróceniu na siebie uwagi lub jest przejawem szantażu. Człowiek, poprzez tego typu akt samobójczy, wyraża także swoją wrogość do innych, których wini za własne porażki. „Samobójstwo demonstratywne” ma związek z bezradnością, brakiem umiejętności nawiązania kontaktu z osobami w bliskim otoczeniu [7, 8].

Epidemiologia zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży

Zgodnie z raportem opublikowanym przez polską Policję w 2018 r. w całym kraju popełnionych zostało 11 167 zamachów samobójczych, z czego 8364 dotyczyło mężczyzn, a 2803 kobiet. 5182 zamachy zakończyły się zgonem, z czego śmierć poniosło 4471 mężczyzn i 711 kobiet. Podczas gdy podejmowanie prób

samobójczych u dzieci jest stosunkowo rzadkie, to statystyki wśród młodzieży, przez cały okres dojrzewania, mają tendencję wzrostową. W 2018 r. w grupie wiekowej od 0 do 6 lat nie została podjęta żadna próba samobójcza, natomiast w przedziale wiekowym 7 do 12 lat podjętych zostało ich 26. W tym samym roku 746 osób w przedziale wiekowym 13 do 18 lat dokonało zamachu samobójczego. Zamachy zakończone zgonem najczęściej spowodowane były powieszeniem się, skokiem z wysokości oraz rzuceniem się pod pojazd w ruchu. Najczęstszym potwierdzonym powodem popełnienia samobójstwa była choroba lub zaburzenie psychiczne oraz nieporozumienia bądź przemoc w rodzinie [9].

Uwarunkowania zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży

1. Do społecznych czynników ryzyka zalicza się:

Czynniki związane z rodziną

Erwin Ringel wyróżnił trzy grupy czynników, które podnoszą ryzyko zamachu samobójczego: konflikty pomiędzy rodzicami, zbyt mało przekazywanej miłości oraz miłość cechująca się zaborczością [10]. Zgodnie ze stanowiskiem Jerzego Dierżanowskiego najbardziej traumatyczną dla dziecka jest rozwód rodziców. Według autora atmosfera nieustannych kłótni prowadzi do utraty zaufania, zmniejszenia poczucia bezpieczeństwa oraz osłabienia więzi emocjonalnej między rodzicami i dzieckiem. Dziecko sytuacji tego typu odbiera w kategoriach subiektywnych, co powoduje, że czuje się niekochane, mało wartościowe, odrzucone, w szczególności kiedy musi opowiedzieć się po jednej ze stron konfliktu [11]. Młodociani wychowywani przez jednego rodzica mogą być zarówno obciążeni nadmiernymi wymaganiami bądź doświadczać opieki rodzicielskiej w niewielkim stopniu. Rodzice mogą wykazywać dwie odmienne postawy wychowawcze: nadmiernie wymagającą lub nadmiernie opiekuńczą. Opiekunowie, którzy nie radzą sobie z wypełnieniem codziennych czynności, stawiają dzieciom wymagania, które przekraczają ich możliwości psychofizyczne. Rezultatem takiego działania jest obwinianie potomka za niespełnienie oczekiwań, co powoduje niechęć do rodzica czy brak wiary we własne siły. Rodzice, którzy mają tendencję do wykazywania postawy nadmiernie opiekuńczej, chcąc wynagrodzić dziecku sytuację rodzinną, cechującą się uległością oraz akceptacją niewłaściwych zachowań. Taka postawa skutkuje ograniczeniem autonomii dziecka oraz jego kontaktów społecznych, prowadząc do niezaradności życiowej, co może być przyczyną odbierania przez potomka otoczenia jako zagrażającego [12]. Najczęściej występujące relacje w rodzinach, w których doszło do wystąpienia zamachów samo-

bójczych, to: nadmiernie zaangażowana, kontrolująca, krytyczna matka, przy niezaangażowanym ojcu [13]. Wyniki badań Makary-Studzińskiej wskazują, że uczucie emocjonalnego odrzucenia przez rodziców ma największy wpływ na podejmowanie prób samobójczych przez młodzież. Równie istotne czynniki związane z rodziną, predysponujące do wykonania zamachu na swoje życie, to konflikty z rodzicami, śmierć jednego lub obojga z nich, a także choroba alkoholowa dotycząca zarówno matki, jak i ojca [14].

Czynniki związane ze środowiskiem szkolnym

Sytuacjami sprzyjającymi kształtowaniu się myśli samobójczych mogą być częste konflikty z nauczycielami, rówieśnikami, częste zmiany szkół, trudności w przyswajaniu wiedzy lub brak osiągnięć w nauce. Powodują one negatywne nastawienie do szkoły oraz jej środowiska. Wysokie wymagania nauczycieli, bez odpowiedniego wsparcia, bezosobowe relacje z nauczycielami, przemoc, brak zajęć rozwijających zainteresowania uczniów zwiększają ryzyko podjęcia próby [15]. Dominującym czynnikiem, ściśle związanym z porażkami szkolnymi uczniów, które mają wpływ na podejmowanie zamachu samobójczego, jest odrzucenie przez rówieśników [14].

2. Do psychologicznych czynników ryzyka należą:

Wydarzenia traumatyczne

Ryzyko podjęcia zamachu samobójczego rośnie wraz z liczbą niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie. Zaliczają się do nich: przemoc wobec matki, rozwód bądź separacja rodziców, choroby psychiczne w rodzinie, pobyt w więzieniu członka rodziny, doświadczenie przemocy fizycznej, a także śmierć rodzica. U osób, które doświadczyły nadużycia emocjonalnego, fizycznego czy seksualnego, ryzyko popełnienia samobójstwa jest o 2–5 razy większe niż u innych [16]. Wśród rodzin, w których jeden z jej członków popełnił samobójstwo, obciążenie wystąpienia zamachu samobójczego jest większe [17].

Dzieci, które doświadczyły molestowania seksualnego, mają trudności w kontaktach z ludźmi, są wobec nich nieufne, czują lęk wobec partnerów seksualnych w późniejszym wieku [18]. Skutki molestowania manifestują się odmiennie w różnych grupach wiekowych. Wśród dzieci przedszkolnych (od 0 do 6. roku życia) najczęstsze to: niepokój, PTSD, nieodpowiednie zachowania seksualne. U dzieci szkolnych (od 7. do 12. roku życia) najczęściej stwierdzono: lęk, agresję, koszmary, problemy szkolne i zachowania regresywne. U nastolatków (od 13. do 18. roku życia) dominowały: depresja, wycofanie, samouszkodzenia, tendencje samobójcze [19].

Traumatyczne wydarzenia wpływają negatywnie na dalsze życie młodych osób, w szczególności gdy nie mogą one liczyć na wsparcie bliskich [13]. Szczególnie traumatyczne wydarzenie, powodujące uczucie zagrożenia, strach i bezradność, może prowadzić do wystąpienia zespołu stresu pourazowego (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD), który manifestuje się lękiem, nawracającym przeżywaniem urazu, niepokojem, obniżonym nastrojem, odrętwieniem, a także agresją [16].

Umiejętności życiowe

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia umiejętności życiowe to zdolności do pozytywnego zachowania oraz przystosowania, które pozwalają jednostce radzić sobie z wyzwaniami. Składają się na nie między innymi: zdolność podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów, krytyczne i kreatywne myślenie, skuteczne komunikowanie się oraz radzenie sobie ze stresem i emocjami. Niewykształcenie umiejętności życiowych u dzieci i młodzieży szkolnej może prowadzić do trudności jednostki w samodzielnym rozwiązywaniu problemów, co przekłada się na wzrost liczby podejmowanych prób samobójczych [17, 20].

Cechy osobowości

Ryzyko popełnienia zamachu samobójczego jest znacznie większe u osób, które przejawiają określone cechy osobowościowe i charakterologiczne. Zaliczają się do nich między innymi: labilność emocjonalna czy nadmierna autoanaliza. Podkreślanie przez młodzież skrajnych opinii i sądów może przyczynić się do odrzucenia i poczucia bycia niezrozumiałym. Z wysokim ryzykiem samobójczym związana jest również nadmierna wrogość i agresja oraz impulsywność zachowania, a także drażliwość [13, 21].

3. Czynniki ryzyka samobójstw stanowią również choroby psychiczne i uzależnienia:

Choroby i zaburzenia psychiczne

U ponad 90% nieletnich ofiar samobójstw stwierdzono chociaż jedno schorzenie psychiczne, najczęściej z grupy zaburzeń afektywnych, psychotycznych, osobowościowych i lękowych [22]. Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym, które stwierdza się przy okolicznościach zamachu samobójczego [16]. Plany samobójcze dzieci dotkniętych depresją rzadziej prowadzą do śmierci niż w grupie młodzieży. W starszej grupie wiekowej częściej dochodzi do negatywnej oceny siebie, otaczającego świata czy przyszłości. Wśród adolescentów ryzyko podjęcia zamachu samobójczego jest wysokie, w szczególności u dziewcząt [23, 24].

Zaburzenia odżywiania stanowią duży problem zarówno medyczny, jak i społeczny [25]. Zamachy samobójcze u osób dotkniętych anoreksją nie należą do rzadkości. Około 17% osób zmagających się z tą chorobą próbowało popełnić samobójstwo [26]. W zaburzeniach odżywiania o charakterze „objadania się”, takich jak bulimia, próby samobójcze stanowiły odsetek 27% [27].

Analiza literatury wskazuje, że na zwiększenie ryzyka zamachu samobójczego u młodzieży z objawami ze spektrum zaburzeń afektywnych składa się: nasilenie epizodu chorobowego (w szczególności depresji), występowanie nastroju mieszanego, obciążony wywiad rodzinny (w kierunku zaburzeń afektywnych oraz podejmowanych prób samobójczych), a także impulsywność, zachowania autoagresywne oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Wczesna profilaktyka i prawidłowa identyfikacja czynników ryzyka u dzieci i młodzieży z ryzykiem choroby aktywnej dwubiegunowej może znacząco wpłynąć na trafną diagnostykę i interwencje terapeutyczne [28].

Uzależnienia

Powszechnym zjawiskiem życia społecznego staje się problematyka uzależnień. Alkohol jest najczęściej używaną przez młodzież substancją psychoaktywną. W Polsce, jak i w innych krajach europejskich, odnotowuje się zmiany w zakresie spożywania alkoholu [29]. Obniża się wiek inicjacji alkoholowej, zwiększa się ilość spożywanego alkoholu przez dziewczęta, przyjmowane trunki są mocniejsze i często łączone z substancjami psychoaktywnymi. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zalicza samobójstwa jako negatywne konsekwencje spożywania alkoholu przez młodocianych [30]. Ryzyko popełnienia samobójstwa przez młodocianych spożywających alkohol jest 3–9 razy większe niż u innych [31].

Specyfika używania substancji psychoaktywnych, w szczególności narkotyków, wykazuje w ostatnich latach dużą dynamikę. Różnorodność środków, jak i metod ich przyjmowania może działać zachęcająco na osobę zażywającą [32]. Najczęstszymi substancjami przyjmowanymi przez polską młodzież są: marihuana, leki uspokajające i nasenne, dopalacze, a także różne substancje wziewne [29].

Wspólnym mianownikiem dla nadużywania substancji psychoaktywnych są konsekwencje zdrowotne i rozwojowe, do których należą: utrudnione funkcjonowanie w rolach społecznych, konflikty z prawem, okresowa izolacja i wykluczenie społeczne, zakłócenie rozwoju osobistego, co sprzyja powstawaniu problemów psychicznych, które prowadzą do zaburzeń nastroju, depresji, a także myśli i prób samobójczych [29].

Sposoby zapobiegania i profilaktyka samobójstw

Zapobieganie samobójstwom powinno obejmować szeroką profilaktykę zaburzeń i zachowań ryzykownych. Skuteczność działań jest zależna od wielu czynników, lecz w największej mierze od zakresu odbiorców, których to wsparcie obejmuje [13]. Profilaktyka samobójstw obejmuje pięć poziomów działań zapobiegawczych:

Poziom I – najogólniejszy – działania obejmują całe społeczeństwo. Mają na celu umacnianie postaw akceptujących życie oraz nabywanie postaw antysuicydalnych, a także rozwój umiejętności rozwiązywania problemów.

Poziom II – dotyczą oddziaływania w populacji, która potencjalnie może być zagrożona wystąpieniem postaw presuicydalnych. Grupa zostaje wyselekcjonowana na podstawie społecznego diagnozowania.

Poziom III – oddziaływanie na określoną jednostkę instytucjonalnie i pozainstytucjonalnie.

Poziom IV – oddziaływanie w sytuacji suicydalnej, która służy przywróceniu jednostce, która dokonała zamachu samobójczego, motywacji do dalszego życia.

Poziom V – oddziaływanie postsuicydalne obejmujące osobę, która próbowała popełnić samobójstwo oraz jej rodzinę [33].

Czynniki, które chronią przed podjęciem zamachu samobójczego można podzielić na: 1) Czynniki rodzinne oraz ważne wydarzenia życiowe; 2) Czynniki poznawcze i osobowościowe (umiejętności społeczne, wiara w siebie, korzystanie z pomocy w sytuacjach trudnych, otwartość na nowe doświadczenia); 3) Czynniki społeczno-kulturowe (zaangażowanie w życie społeczne, uczestnictwo w życiu religijnym, dobre kontakty z rówieśnikami, nauczycielami); 4) Czynniki związane ze zdrowiem psychicznym (wysoki poziom psychicznej odporności, dobre radzenie sobie ze stresem) [34].

Skuteczność działań zależy od etapu, na jakim zostało wykryte zagrożenie. Profilaktyka presuicydalna i oddziaływania postsuicydalne powinny być prowadzone na wielu płaszczyznach i obejmować rolę rodziny, szkoły, systemu ochrony zdrowia, służb mundurowych, a także administracji rządowej i samorządowej [35].

W prewencji samobójstw u dzieci i młodzieży znaczącą rolę odgrywa szkoła, która w dużej mierze jest miejscem kształtującym jednostkę. W niej profilaktyka zachowań suicydalnych powinna obejmować trzy poziomy: 1) Promocję zdrowia i profilaktykę uniwersalną – obejmuje wszystkich uczniów, rodziców oraz nauczycieli. Zakłada szkolenia pracowników szkoły w zakresie potrzeb rozwojowych dzieci, kreowanie wspierającego środowiska w szkole, podnoszenie samooceny uczniów, a także wskazanie im osób, do których mogą się zwrócić po poradę i pomoc. Profilaktyka podstawowa

wa nie koncentruje się na samobójstwach. Kreowanie pozytywnego klimatu i uczenie umiejętności psychologicznych zapobiega różnym zachowaniom ryzykownym. 2) Profilaktykę selektywną – adresowana jest do grup zwiększonego ryzyka (uczniowie z problemami zdrowotnymi, ekonomicznymi, rodzinnymi, trudnościami w nauce, źle adaptujący się). Koncentruje się na zbieraniu informacji o potrzebach i trudnościach uczniów, pomocy w nauce, udzielaniu wsparcia i motywacji. 3) Profilaktykę wskazującą – dla uczniów z grup wysokiego ryzyka (po zamachu samobójczym, zażywających substancje psychoaktywne). Zakłada stałą obserwację przez przeszkolonych pracowników, udzielanie wsparcia przez nauczycieli, opiekę szkolnego specjalisty, kierowanie ucznia do specjalistów w lokalnym środowisku [36].

Rodzina jako środowisko, w którym od najmłodszych lat kreują się istotne umiejętności, ma kluczowe znaczenie dla prawidłowego rozwoju i w zapobieganiu nieadekwatnym postawom. Zachowania ryzykowne, których przejawy widać w okresie dojrzewania, mają swój początek już w bardzo młodym wieku. Reakcja na wczesnym etapie rozwoju dziecka daje duże szanse na zahamowanie trudności. Rodzice nie powinni być obojętni na zmianę zachowań dziecka, lecz poświęcać mu dużą ilość czasu na rozmowy i wspólne rozwiązywanie problemów. W celu wykrycia jednostki pragnącej targnąć się na swoje życie rola rodziców może być znacząca, ponieważ, będąc świadomymi obserwatorami, mogą oni w odpowiednim czasie udać się po pomoc specjalisty [35, 37].

Pomoc postsuicydalna, czyli ta nakierowana na zapobieganie nawrotom prób samobójczych u jednostek w przeszłości je podejmujących, powinna być skupiona na osobie, która próbowała odebrać sobie życie, a także na jej rodzinie. Światowa Organizacja Zdrowia corocznie wydaje poradnik, który opisuje kwestie rozpowszechniania informacji dotyczących samobójstw, w celu zmniejszenia liczby popełnionych zamachów określanych mianem „efektu Wertera”. Zjawisko to definiowane jest jako wzrost odsetka samobójstw dokonywanych przez młodych ludzi wskutek nagłośnienia przypadków innych samobójstw. Do form pomocy postsuicydalnej należy także tworzenie samopomocowych grup wsparcia, które mogą być przydatne w powrocie do codziennego życia. System opieki postsuicydalnej obejmuje działania lekarzy, psychologów, pracowników socjalnych, duchownych, a także wielu innych służb. Pomoc postsuicydalna powinna gwarantować łatwy dostęp do terapii oraz wsparcia psychologicznego [13, 35, 36].

Podsumowanie

Na problem samobójstw u dzieci i młodzieży należy patrzeć wielowymiarowo, łączyć wiedzę z różnych dzie-

dzin. Konieczne jest jej nieustanne poszerzanie, aby lepiej zrozumieć jakie czynniki prowadzą do podejmowania decyzji o zakończeniu życia przez młodocianych. Zwiększenie świadomości społeczeństwa dotyczącej uwarunkowań samobójstw może wpłynąć na zmniejszenie ilości zamachów poprzez wczesną identyfikację problemów jednostki przez najbliższe otoczenie. Profilaktyka zachowań ryzykownych, w tym samobójstw, powinna być zadaniem priorytetowym dla wielu placówek, organizacji i służb.

Piśmiennictwo

1. Kosiba B, Przybyszewska W, Sołtyszewski I. Wybrane aspekty zachowań samobójczych. *JoMS*. 2017; 1(11): 83–111.
2. Czabański A, Mariański J. Problematyka samobójstw w ujęciu Marii Jarosz. *TiM*. 2018; 2(24): 225–241.
3. Durkheim E. Samobójstwo. Sułek A. [wyd.] Logika analizy socjologicznej, wybór tekstów. Warszawa 1979.
4. Kuberska-Przekwas K. Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna. *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy. Nauki Społeczne. Wyższa Szkoła Informatyki i Ekonomii Towarzystwa Wiedzy Powszechnej*. 2014; 9: 51–69.
5. Korzeniowski L, Pużyński S. [red.] Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. Warszawa 1961.
6. Makara-Studzińska M. Wybrane zagadnienia z problematyki suicydologii. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*. 2001; 17(26): 219–230.
7. Płużek Z. Psychologiczny aspekt samobójstw. Wydawnictwo „Znak”. Kraków 1972.
8. Raniszewska-Wyrwa A. Problem samobójstw w perspektywie psychiatrycznej i psychologicznej. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica*. 2010; 14: 45–62.
9. Polska Policja. Zamachy samobójcze od 2017 roku. Statystyka.
10. Rigel E. Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie. Wydawnictwo Glob. Szczecin 1987.
11. Dzierżanowski J. Psychospołeczna sytuacja dziecka w małżeństwach rozwodzących się. W: D. Krok, P. Landwójtowicz [red.]. *Rodzina w nurcie społecznych przemian*. Opole 2010.
12. Gawda K. Rodzina z jednym rodzicem jako środowisko wychowawcze. *Teol. Cółow*. 2018; 3(43): 141–152.
13. Rządowska M. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży – charakterystyka ryzyka i profilaktyka. *Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały*. 2016; 1(18): 161–179.
14. Makara-Studzińska M. Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14–18 lat. *Psychiatria*. 2013; 2(10): 76–83.
15. Greenberg T, Velting D, Shaffer D. Youth suicide risk and preventions: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42(4): 386–405.
16. Dąbkowska M. Traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie jako czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego i dorosłości. *Psychiatr. Psychol. Klin*. 2006; 6(4): 203–210.
17. Kielan A, Olejniczak D. Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2018; 17(3): 9–26.
18. Włodarczyk J. Wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie a konsekwencje w życiu dorosłym. Raport z badań. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Warszawa 2016.

19. Beisert M, Izdebska A. Wykorzystanie seksualne dzieci. Dziecko krzywdzone. 2012; 2(39): 48–66.
20. World Health Organization. Division of Mental Health. Life skills education for children and adolescents in schools. Genewa 1997.
21. Penkowska M. Dziecko po próbie samobójczej wstępna analiza badań przeprowadzonych w Klinice Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. Prof. T. Bili-kiewicza GUM. Zdrowie i Dobrostan. 2014; 3: 109–116.
22. Namysłowska I. [red.] Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011.
23. Kalinowska S, Nitsch K, Duda P, Trzeźniowska-Drukała B, Samochowiec J. Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. 2013; 59(1): 32–36.
24. Kołodziejek M. Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna. Psychoterapia. 2008; 145(2): 15–33.
25. Bator E, Bronkowska M, Ślepecki D, Biernat J. Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie. Now Lek. 2011; 80(3): 184–191.
26. Bulik CM, Thornton L, Poyastro Pinheiro A, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H et al. Suicide Attempts in Anorexia Nervosa. Psychosom Med. 2008; 70: 378–383.
27. Forcano L, Fernandez-Aranda F, Alvarez-Moya E, Bulik C, Granero R, Gratacos M et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates. European Psychiatry. 2009; 24: 91–97.
28. Rajewska-Rager A, Lepczyńska N, Sibilski P. Czynniki ryzyka samobójstw u dzieci i młodzieży ze spektrum choroby i chorobą afektywną dwubiegunową o wczesnym początku. Psychiatr. Pol. 2015; 49(3): 477–488.
29. Ostaszewski K. Używanie substancji psychoaktywnych jako przejaw zachowań ryzykownych młodzieży szkolnej. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. 2017; 16(1): 132–145.
30. Banach M, Kowalewski I. Alkoholizm wśród młodzieży. Kompendium wiedzy dla pedagogów i pracowników społecznych. Wydanie I. Wydawnictwo Scriptum. Kraków 2014.
31. Kusiak K, Szewczyk L, Włoszczak-Szubda A. Czynniki biopsychospołeczne a częstość występowania alkoholu wśród młodzieży. Studia i Prace Pedagogiczne. 2017; 4: 99–135.
32. Motyka M. Dynamika zjawiska narkomanii: nowe populacje zażywających narkotyki. Probl. Hig. Epidemiol. 2013; 94(3): 435–445.
33. Hołyst B. Suicydologia. LexisNexis. Warszawa 2012.
34. Brodnyak W. Ramowy Program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012–2015. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2012.
35. Bąbik A, Olejniczak D. Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. 2014; 13(2): 2014.
36. Szymańska J. Zapobieganie samobójstwom wśród dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców. Wydanie III. Warszawa 2012.
37. Malicka-Gorzelańczyk H. Opinie młodzieży o samobójstwie. Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego. Bydgoszcz 2002.

Artykuł przyjęty do redakcji: 18.11.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 01.04.2020.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Kinga Kołodziej

ul. Michałowskiego 12

31-126 Kraków

tel.: 12 632 48 81

e-mail: kingakolodziej1@gmail.com

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

BÓL POOPERACYJNY W OPINII PACJENTA

POSTOPERATIVE PAIN IN THE PATIENT'S OPINION

Anna Gawęda^{1, a}, Jolanta Kamińska^{2, b}, Genowefa Wawoczna^{3, c}, Ewa Tobor^{4, d},
Dorota Ogonowska^{2, e}

¹ Wydział Opieki Zdrowotnej, Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej

² Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Nowy Sącz

³ Absolwent, Wydział Opieki Zdrowotnej, Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej

⁴ Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa, Opole

^a <https://orcid.org/0000-0003-3498-8902>

^b <https://orcid.org/0000-0002-1297-3454>

^c <https://orcid.org/0000-0003-1548-6624>

^d <https://orcid.org/0000-0001-5879-8754>

^e <https://orcid.org/0000-0001-7637-324X>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.23>

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroba i związane z nią leczenie operacyjne oraz towarzyszący mu ból to zdarzenie szczególnie trudne. Uśmierzanie bólu to kwestia priorytetowa w leczeniu pooperacyjnym, wzmacnianiu wysiłków człowieka chorego do walki o swoje zdrowie.

Cel. Celem pracy było poznanie stopnia natężenia bólu oraz jego charakteru u pacjenta w sytuacji pooperacyjnej.

Materiał i metoda. Badanie przeprowadzono wśród 189 osób po zabiegach operacyjnych. W badaniu materiał badawczy pozyskano metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz anonimowej ankiety badający poznanie poziomu i istoty bólu u pacjenta w sytuacji pooperacyjnej.

Wyniki. Pooperacyjny ból uwarunkowany był chorobą, czynnikami społecznymi, umiejscowieniem i rozległością, powikłaniami, czasem trwania dolegliwości oraz wcześniejszymi doświadczeniami. Operowani chorzy określili charakter swego bólu jako kłujący, ostry i nawracający. Objawami towarzyszącymi bólom pooperacyjnym według respondentów najczęściej były nudności i wymioty. Na ból pacjenci reagowali przyspieszonym tętnem, reakcją nerwową, wzmożonym napięciem mięśni i podwyższonym ciśnieniem krwi oraz ograniczeniem aktywności ruchowej. W opinii badanych chorych ból zaburzał ich sen i obniżał nastrój.

Wnioski. Zjawisko bólu pooperacyjnego w przeprowadzonym badaniu wskazuje na konieczność stałego monitorowania i wdrażania standardów minimalizacji bólu po zabiegach operacyjnych. Przeprowadzone badanie wskazuje na ciągłą potrzebę edukacji, informowania oraz wsparcia chorych w sytuacji pooperacyjnej.

SŁOWA KLUCZOWE: ból pooperacyjny, pacjent, pielęgniarka.

ABSTRACT

Introduction. Disease and surgical treatment and the accompanying pain is a particularly difficult event. Relief of the pain is a priority issue in post-operative treatment, strengthening the efforts of a sick person to fight for the health.

Aim. The aim of the study was to find out the degree of pain intensity and its character in the patient.

Material and methods. The study was conducted among 189 people after surgical procedures. In the study, the research material was obtained by means of a diagnostic survey. The research tool was a questionnaire examining the cognition of level and essence of the pain in a patient in a post-operative situation.

Results. The postoperative pain was conditioned by the sickness, social factors, localization and extent, complications, duration of afflictions and previous experiences. Operated sick people defined the nature of their pain as piercing, sharp and recurrent. Symptoms associated with postoperative pain, according to respondents, were mostly nausea and vomiting. Patients responded to pain with the accelerated pulse, nervous reaction, increased tonus and high blood pressure, as well as limited physical activity. In the opinion of the examined sick people, the pain disturbed their sleep and lowered the mood.

Conclusions. The phenomenon of the post-operative pain in the conducted study indicates the need for constant monitoring and implementation of the pain minimization standards after surgical procedures. The conducted study indicates a continuous need for education, information and support for sick people in the postoperative situation.

KEYWORDS: postoperative pain, patient, nurse.

Wprowadzenie

Według definicji Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu (International Association Study of Pain, IASP) ból jest to nieprzyjemne doświadczenie czuciowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane jako takie uszkodzenie [1]. Zjawisko to jest wielowymiarowe i subiektywne, które każdy człowiek doznaje i opisuje różnie [2, 3]. W organizmie człowieka ból spełnia funkcję: ostrzegawczą, ochronną i przystosowawczą.

Doznania bólowe można podzielić klinicznie na ból ostry i przewlekły. Pierwszy typ bólu związany jest z uszkodzeniem ciała lub chorobą. Pełni funkcję ostrzegawczą, a czas trwania i siła zależą od obszaru uszkodzenia lub natężenia choroby. Ostry typ bólu powstaje w przebiegu nagłego zdarzenia, urazu, zapalenia, w okresie okołoperacyjnym lub w migrenach [4]. Drugi typ bólu określany jest przewlekłym, jeśli dolegliwości utrzymują się dłużej niż trzy miesiące lub nawracają, albo utrzymują się po wygojeniu uszkodzenia tkanek [5]. Chorzy cierpiący przewlekłe z powodu bólu, zależnie od czasu trwania i natężenia dolegliwości, skarżą się na pogorszenie jakości życia. Występują u nich zaburzenia fizjologiczne, psychologiczne i społeczne. U chorych często pojawia się przygnębienie, niepokój, drażliwość i zdenerwowanie. Występować mogą zaburzenia snu i łaknienia, zmniejsza się aktywność ruchowa i obniża próg bólowy. Przewlekły ból uznawany jest za odrębną jednostkę chorobową i wymaga wielokierunkowego leczenia [3].

Reakcja pacjenta na ból niesie ze sobą aspekt psychologiczny, reakcję hormonalną, mięśniową, wegetatywną. Niedostatecznie kontrolowany i źle leczony ból może prowadzić do pogorszenia zdrowia [6].

Wielu autorów wskazuje, iż ból pooperacyjny jest „samoograniczającym się zjawiskiem”, który swą najwyższą intensywność osiąga w pierwszych dwóch dobach po zabiegu i stopniowo zmniejsza się w kolejnych dniach. Operacje dokonywane w nadbrzuszu, okolicy krocza oraz torakotomie wskazywane są jako zabiegi niosące doznanie bólu o najwyższym i bardzo dokuczliwym stopniu. Miejsce zabiegu, zakres operacji, stopień urazu tkanek, wybór i kierunek cięcia to składowe wpływające również na poziom odczucia bólowego u pacjenta [3, 7, 8]. Nasilenie bólu pooperacyjnego powodują również objawy dodatkowe, jak np. wymioty, nudności czy kaszel. Zmiana pozycji ciała, podjęcie aktywności oraz wykonywane zabiegi: zmiany opatrunku, usunięcie drenu także wzmagają dolegliwości bólowe [7]. Leczenie bólu okołoperacyjnego jest istotnym elementem uzyskania sukcesu w leczeniu osoby chorej. Wczesne i skuteczne uśmierzanie bólu przyspiesza gojenie się rany pooperacyjnej, zmniejsza ilość powikłań

oraz zapobiega przekształceniu się w ból przetrwały, przewlekły. Działanie przeciwbólowe w okresie pooperacyjnym ułatwia podjęcie przez pacjenta aktywności i rehabilitacji, powoduje szybszy powrót do zdrowia, skraca pobyt w szpitalu, minimalizuje całkowite koszty leczenia oraz przyspiesza powrót do aktywności zawodowej. Leczenie bólu po zabiegu operacyjnym ma przynieść ulgę w cierpieniu oraz zahamować „kaskadę procesów patofizjologicznych”, doprowadzających do utrwalenia bólu i przedłużenia choroby i leczenia, a także do niechcianych powikłań [7].

Cel pracy

Głównym celem było poznanie stopnia natężenia bólu oraz jego charakteru u pacjenta w sytuacji pooperacyjnej. Cele szczegółowe: ocena natężenia bólu w okresie pooperacyjnym; ocena uwarunkowań bólu pooperacyjnego; poznanie oczekiwań badanych, co do rodzaju wsparcia ze strony personelu medycznego.

Materiał

Badanie zostało przeprowadzone na oddziałach: chirurgicznym, ginekologicznym, ortopedycznym, okulistycznym i otolaryngologicznym na terenie jednego ze szpitali miejskich Górnego Śląska. Badaniem zostali objęci pacjenci po zabiegach operacyjnych; przebadano 189 osób.

Metoda badawcza

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był kwestionariusz anonimowej, autorskiej ankiety dla pacjentów po zabiegu operacyjnym, zawierający 40 pytań. Wśród pacjentów rozprawdzono 200 kwestionariuszy. Dalszej analizie poddano 189 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankiety.

Analizy statystyczne

Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistics 21,0. Uzyskane dane poddano analizie opisowej, graficznej oraz statystycznej. Do analiz statystycznych wykorzystano test chi kwadrat, test t Studenta oraz test analizy wariancji ANOVA. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

Charakterystyka grupy badanej

Wśród badanych ponad połowę stanowiły kobiety ($n = \dots$, 58%). Wiek badanych osób kształtował się między 23 a 83 lata. Najlicniejsza grupa badanych osób posiadała wykształcenie średnie ($n = 86$; 45,5%). Ponad połowa ogółu ankietowanych pacjentów to osoby czyn-

ne zawodowo. Niezatrudnieni stanowili prawie 28% (n = 82) ogółu badanych, z którego ponad 16% (n = 31) stanowili emeryci, a ponad 7% (n = 14) renciści. Ponad połowa badanych (n = 110; 58,2%) to mieszkańcy dużych miast przekraczających liczbę 100 000 mieszkańców.

Natężenie bólu w okresie pooperacyjnym

Na doznania bólowe po zabiegu operacyjnym ma wpływ rodzaj wykonanego zabiegu, rodzaj znieczulenia oraz tryb przyjęcia do szpitala. Największą grupą badanej populacji byli chorzy po zabiegu chirurgicznym (n = 53; 28%). Prawie równolicznymi grupami ankietowanych byli pacjenci oddziału laryngologicznego (n = 41; 21,7%) i ortopedycznego (n = 42; 22%). Mniej licznymi grupami były pacjentki po zabiegu ginekologicznym (n = 27; 14,3%) i pacjenci po operacji okulistycznej (n = 26; 14%). Pacjenci po zabiegu operacyjnym określali natężenie bólu w skali od 0 do 10. Rozpiętość oceny bólu wynosiła od 2 do 8, średnia natężenia bólu wynosiła 5,8. W znieczuleniu ogólnym operowanych było 36,5% badanych (n = 69), w znieczuleniu podpajęczynówkowym prawie jedna trzecia badanych (n = 61; 32,3%), w miejscowym 26,5% (n = 50), a w regionalnym 4,7% (n = 9) badanych. Zdecydowana większość badanych przyjęta została do szpitala w trybie planowanym (n = 158; 83,6%). Pozostali respondenci przyjęci byli w trybie pilnym (n = 31; 16,4%). Ponad połowa ankietowanych osób (n = 103; 54,5%) określiła swoje doznania bólowe występujące po operacji jako miejscowe. Mniejsza grupa badanych (n = 62; 32,8%) wskazała na ból rozlany. Na rozległość doznań bólowych jako ograniczone wskazało 4,2% (n = 8) badanych, a uogólnione 8,5% (n = 16). Najliczniejsza grupa badanych osób określiła swój charakter bólu jako kłujący (Tabela 1).

Tabela 1. Charakter bólu w opinii ankietowanych

Table 1. The nature of the pain of the respondents

Charakter bólu/ The nature of pain	N = 189					
	K = 110	%	M = 79	%	Razem/ Together	%
Tępy/ A dull	28	14,81	7	3,70	35	18,52
Ostry/ Sharp	57	30,16	51	26,98	108	57,14
Kłujący/ Stabbing pain	68	35,98	66	34,92	134	70,90
Gniotący/ Crushing	26	13,76	2	1,06	28	14,81
Pulsujący/ Throbbing pain	15	7,94	19	10,05	34	17,99
Promieniujący/ Radiating	15	7,94	8	4,23	23	12,17
Inny (jaki?) piekący/ Other (what?) Burning pain	9	4,76	0	0,00	9	4,76

* Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

W opinii większości respondentów ich ból w okresie pooperacyjnym miał charakter nawracający (n = 146; 77,25) (Tabela 2).

Tabela 2. Zmienność bólu w opinii pacjentów

Table 2. The variability of the pain of the patients

Zmienność doznania bólu/ Variability of pain sensation	N = 189					
	K = 110	%	M = 79	%	Razem/ Together	%
Ciągły/ Constant pain	11	5,82	6	3,17	17	8,99
Przerywany/ Intermittent pain	6	3,17	7	3,71	13	6,88
Napadowy/ Paroxysmal pain	1	0,53	0	0	1	0,53
Nawracający/ Recurrent pain	86	45,51	60	31,75	146	77,25
O zmiennym natężeniu/ Pain of varying intensity	6	3,17	6	3,17	12	6,35
Razem/ Total	110	58,20	79	41,80	189	100

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

W opinii ponad połowy (n = 109; 57,67%) badanych pacjentów ból najsilniejszy był w pierwszej dobie po zabiegu. Jedna czwarta pacjentów (n = 49; 25,93%) za najbardziej dokuczliwy uznała ból w drugiej dobie po zabiegu operacyjnym. Dla 15,87% (n = 30) badanych najsilniejszy był ból bezpośrednio po zabiegu w zerowej dobie, natomiast jedna osoba (0,53%) wskazała trzecią dobę jako dzień najsilniejszego bólu po wykonanej operacji. W większości przypadków (n = 161; 85,2%) bólowi pooperacyjnemu towarzyszyły inne objawy. Najczęściej były to nudności (n = 108) 57,5% i wymioty (n = 73; 38,6%). Skurcze występowały u 11,1% (n = 21) badanych, zaburzenia oddychania u 9% (n = 17), a omdlenia u 3,7% (n = 7) badanych. Jako „inne” badania najczęściej wymieniali tępe bóle w klatce piersiowej, osłabienie, bóle głowy, karku i szyi, problemy z oddychaniem, bóle pachwiny (n = 68; 36%). Pytanie o objawy towarzyszące było pytaniem wielokrotnego wyboru. U większości badanych (n = 149; 78,8%) ból powodował znaczne ograniczenie aktywności ruchowej. U 43% (n = 81) badanych ból miał duży wpływ na odpoczynek sen, u ponad połowy (n = 104; 55%) nieznacznie zaburzał sen. Jedynie u 2% (n = 4) ankietowanych ból nie powodował zaburzeń snu. U prawie wszystkich badanych ból pooperacyjny spowodował znaczne (n = 38; 20,1%) lub nieznaczne obniżenie nastroju (n = 146; 77,25%). W sytuacji bólu pooperacyjnego badani w większości reagowali najczęściej przyśpieszeniem tętna (n = 157; 83,07%), reakcją nerwową (n = 117; 61,9%), wzmoż-

niem napięcia mięśniowego (n = 113; 59,79%) i/lub podwyższeniem ciśnienia tętniczego krwi (n = 103; 54,5%) (pytanie wielokrotnego wyboru). Większość badanych osób odczuwała intensyfikację bólu podczas ruchu (n = 136; 72%) i zmiany pozycji (n = 117; 62%). W mniejszym stopniu natężenie bólu wzmacniał u badanych kaszel (n = 47; 25%) i głębszy oddech (n = 34; 18%). Pytanie o sytuację nasilającą ból pooperacyjny było pytaniem wielokrotnego wyboru. Podawane środki przeciwbólowe w opinii badanych przyniosły ulgę w umiarkowanym stopniu u ponad połowy ankietowanych (n = 112; 59,3%), niewielkie obniżenie bólu nastąpiło u 34,9% badanych (n = 66). Znaczną ulgę po podaniu środków przeciwbólowych odczuło zaledwie 5% badanych (n = 10; 5,3%). Brak zniesienia odczucia bólu wskazała tylko jedna badana (n = 1; 0,5%). Większość ankietowanych (n = 136; 72%) w okresie okołoperacyjnym prosiła o dodatkową dawkę leków minimalizujących ból. Niestety większość badanych, poza lekami przeciwbólowymi, nie zna innych sposobów łagodzenia bólu (n = 133; 70,4%). Większość badanych została poinformowana o stosowanym w szpitalu leczeniu przeciwbólowym (n = 150; 79,4%), pozostali badani (n = 39; 20,6%) nie wiedzieli, czy byli informowani o postępowaniu przeciwbólowym. Większość badanych o leczeniu przeciwbólowym została poinformowana przez lekarza anestezjologa (n = 170; 89,95%) oraz pielęgniarkę (n = 134; 70,9%). O postępowaniu przeciwbólowym informował badanych również lekarz danego oddziału (n = 88; 46,56%). Pytanie o osobę informującą o postępowaniu p/bólowym było pytaniem wielokrotnego wyboru. W opinii 77,25% (n = 146) badanych po zabiegu operacyjnym było u nich wykonane badanie natężenia bólu. Brak dokonywania pomiaru bólu wskazało 8,46% (n = 16) respondentów, natomiast 14,29% (n = 27) badanych nie pamiętało, czy miało wykonany pomiar natężenia bólu. Ponad połowa (n = 107; 56,61%) badanej populacji chorych wskazała, że pomiarów bólu dokonywano dwukrotnie w ciągu doby. Trzy razy dziennie pomiaru dokonano w przypadku 15,34% (n = 29) respondentów. Raz dziennie badanie natężenia poziomu bólu wykonano w 14,29% (n = 27) badanych pacjentów. U pięciu osób (2,65%) pomiaru intensywności dokonano wielokrotnie, natomiast 11,11% (n = 21) badanych nie pamięta ilości pomiarów natężenia bólu lub deklaruje, że nie wykonywano u nich takiego pomiaru. Od personelu pielęgniarskiego większość pacjentów po zabiegu operacyjnym oczekuje

sumiennego i delikatnego wykonywania zabiegów oraz pomocy w minimalizowaniu bólu. Pomoc w samoopiece i samopielęgnacji to czynnik wsparcia ważny dla ponad 70% ankietowanych (**Tabela 3**).

Tabela 3. Oczekiwane wsparcie ze strony pielęgniarek
Table 3. Expected support from nurses

Oczekiwane wsparcie ze strony pielęgniarek/ <i>Expected support from nurses</i>	N = 189					
	K = 110	%	M = 79	%	Razem/ Together	%
W zabiegach pielęgnacyjnych/ <i>In the care treatments</i>	22	11,64	14	7,41	36	19,05
W sumiennym i delikatnym wykonywaniu zabiegów/ <i>In conscientious and gentle treatment</i>	106	56,08	78	41,27	184	97,35
W minimalizowaniu bólu/ <i>In minimizing pain</i>	107	56,61	77	40,74	184	97,35
W ułożeniu/ <i>In the patient's position</i>	14	7,41	11	5,82	25	13,23
W pionizacji i uruchamianiu/ <i>In the upright position and starting the patient</i>	32	16,93	37	19,58	69	36,51
W przyswajaniu wiedzy/ <i>In acquiring knowledge</i>	5	2,65	2	1,06	7	3,70
W samoopiece i samopielęgnacji związanej ze schorzeniem/ <i>In self-care and self-care associated with the disease</i>	86	45,50	47	24,87	133	70,37
W kontakcie z rodziną/ <i>In contact with family</i>	1	0,53	0	0,00	1	0,53

* Procenty nie sumują się do 100, ponieważ respondenci mieli możliwość podania więcej niż jednej odpowiedzi

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analizując natężenie bólu u pacjentów, wzięto pod uwagę takie czynniki, jak: wiek, płeć, wykształcenie, zatrudnienie badanych oraz formy wsparcia udzielanego przez personel pielęgniarski podczas pobytu pacjentów na oddziale. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy wiekiem ankietowanych a ich poziomem odczucia natężenia bólu. Z tabeli 4 wynika, że osoby najstarsze odczuwały wyższe nasilenie bólu w porównaniu z osobami w młodszych grupach wiekowych, zwłaszcza w grupie wiekowej od 20 do 40 lat (**Tabela 4**).

Tabela 4. Natężenie bólu z uwzględnieniem wieku pacjentów
Table 4. The intensity of pain, including the age of the patients

Natężenie bólu a wiek/ The intensity of pain and age	N	Średnia/ Average	Odchylenie standardowe/ Standard deviation	Błąd standardowy/ Standard error	Minimum/ Minimum	Maksimum/ Maximum	F	Istotność/ Statistical significance
20–30	14	5,7143	1,68379	0,45001	2,00	7,00	8,781	0,000
31–40	43	5,1860	1,20031	0,18305	3,00	7,00		
41–50	54	6,2407	0,79941	0,10879	4,00	7,00		
51–60	30	5,9333	0,82768	0,15111	5,00	7,00		
61–70	26	5,8462	0,61269	0,12016	5,00	7,00		
71–80	18	6,0000	0,00000	0,00000	6,00	6,00		
81–90	4	8,0000	0,00000	0,00000	8,00	8,00		
Razem/Total	189	5,8730	1,04920	0,07632	2,00	8,00		

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 5. Natężenie bólu a wykształcenie pacjentów
Table 5. The intensity of pain and education of the patients

Natężenie bólu a wykształcenie/ The intensity of pain and education	N	Średnia/ Average	Odchylenie standardowe/ Standard deviation	Błąd standardowy/ Standard error	Minimum/ Minimum	Maksimum/ Maximum	F	Istotność/ Statistical significance
Podstawowe/ Basic	2	7,0000	0,00000	0,00000	7,00	7,00	4,147	0,000
Zasadnicze zawodowe/ Vocational	40	6,4750	1,03744	0,16403	5,00	8,00		
Średnie zawodowe/ Secondary vocational	84	5,6905	1,25128	0,13653	2,00	7,00		
Średnie ogólne/ General secondary	2	6,0000	0,00000	0,00000	6,00	6,00		
Wyższe zawodowe/ Higher vocational	9	5,4444	0,52705	0,17568	5,00	6,00		
Licencjat/ Bachelor's degree	30	6,0000	0,00000	0,00000	6,00	6,00		
Inżynier/Engineer	2	6,0000	0,00000	0,00000	6,00	6,00		
Wyższe magisterskie/ Master's degree	20	5,3000	0,47016	0,10513	5,00	6,00		
Razem/Total	189	5,8730	1,04920	0,07632	2,00	8,00		

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza statystyczna wykazała również istotną zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich poziomem odczucia natężenia bólu. Pacjenci z wykształceniem podstawowym i zawodowym wykazali wyższy stopień natężenia bólu pooperacyjnego (**Tabela 5**).

Nie wykazano natomiast zależności statystycznie istotnej pomiędzy płcią badanych (**Tabela 6**), zatrudnieniem (**Tabela 7**) oraz różnymi formami wsparcia udzielanego przez personel pielęgniarski (**Tabela 8**) a stopniem natężenia bólu.

Tabela 6. Natężenie bólu a płeć pacjentów*Table 6. The intensity of pain and the gender of patients*

Natężenie bólu a płeć/ <i>The intensity of pain and the gender</i>		N	Średnia/ <i>Average</i>	Odchylenie standardowe/ <i>Standard deviation</i>	t	p
Proszę określić natężenie Pani/ Pana odczucia bólu/ <i>Please, specify the intensity of your pain sensation</i>	Kobieta/ <i>Female</i>	110	6,0545	1,03902	0,879	0,350
	Mężczyzna/ <i>Male</i>	79	5,6203	1,01658		

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Tabela 7. Natężenie bólu a zatrudnienie pacjentów*Table 7. The intensity of pain and employment of patients*

Natężenie bólu a zatrudnienie/ <i>The intensity of pain and employment</i>	N	Średnia/ <i>Average</i>	Odchylenie standardowe/ <i>Standard deviation</i>	Minimum/ <i>Minimum</i>	Maksimum/ <i>Maximum</i>	F	Istotność/ <i>Statistical significance</i>
Zatrudniony na czas określony/ <i>Employed for a definite period</i>	25	7,1000	0,25400	7,00	7,00	2,217	0,145
Zatrudniony na czas nieokreślony/ <i>Employed for an indefinite period</i>	109	6,2500	1,03744	5,00	8,00		
Zatrudniony na umowę zlecenie/ <i>Employed on contract work</i>	1	5,1105	0,25800	2,00	7,00		
Kontrakt/ <i>Contract</i>	2	6,2100	1,40000	6,00	6,00		
Niepracujący/ <i>Not employed</i>	3	5,0444	0,52705	5,00	6,00		
Gospodyni domowa/ <i>Housewife</i>	3	6,6600	0,33400	6,00	6,00		
Emeryt/ka/ <i>Pensioner</i>	31	5,0300	0,14000	6,00	6,00		
Rencista/ka/ <i>Pensioner</i>	14	4,9000	0,47016	5,00	6,00		
Bezrobotny/ <i>Unemployed</i>	1	5,1000	0,24000				
Razem/ <i>Total</i>	189	5,8730	1,04920	2,00	8,00		

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Tabela 8. Natężenie bólu pacjentów a wsparcie personelu pielęgniarstwa*Table 8. The intensity of pain of the patients and the support of nursing staff*

Natężenie bólu a wsparcie personelu/ <i>The intensity of pain and the support of nursing staff</i>	N	Średnia/ <i>Average</i>	Odchylenie standardowe/ <i>Standard deviation</i>	F	p
W zabiegach pielęgnacyjnych/ <i>In the care treatments</i>	36	5,8800	0,35400	1,488	0,589
W sumiennym i delikatnym wykonywaniu zabiegów/ <i>In conscientious and gentle treatment</i>	184	6,4900	1,23744		
W minimalizowaniu bólu/ <i>In minimizing pain</i>	184	6,1105	0,14800		
W ułożeniu/ <i>In the patient's position</i>	25	6,8500	1,25000		
W pionizacji i uruchamianiu/ <i>In the upright position and starting the patient</i>	69	5,1244	0,52705		
W przyswajaniu wiedzy/ <i>In acquiring knowledge</i>	7	5,0200	0,33400		
W samoopiece i samopielęgnacji związanej ze schorzeniem/ <i>In self-care and self-care associated with the disease</i>	133	4,9900	0,14000		
W kontakcie z rodziną/ <i>In contact with family</i>	1	5,2800	0,47016		
Razem/ <i>Total</i>	639	5,8730	1,04920		

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

Ból jest nieodłącznym, wielowymiarowym zjawiskiem, przenikającym każdą sferę naszego życia i organizmu. Ból związany z chorobą, hospitalizacją i leczeniem operacyjnym to doznanie specyficzne i bardzo trudne dla pacjenta. Schorzenie leczone operacyjnie wiąże się z zagrożeniem życia, bólem i cierpieniem. Czas okołoperacyjny wypełniony jest obawami, lękami o przyszłość i sprawność chorego. Udzielenie pomocy i wsparcia w tym okresie nabiera szczególnego znaczenia.

Z badań własnych wynika, iż subiektywne doznanie bólu u pacjentów po zabiegu operacyjnym mieściło się na średnim poziomie. Wielu autorów badających zjawisko bólu pooperacyjnego również potwierdza takie wyniki [9, 10].

Zjawisko bólu pooperacyjnego uwarunkowane jest wieloma składowymi, między innymi: rodzajem schorzenia, wykonanym zabiegiem operacyjnym oraz znieczuleniem. Różnorodność schorzeń, tryb przyjęcia do szpitala, rodzaj wykonanych zabiegów i dokonanego znieczulenia zróżnicowała populację badanych osób i ich umiejscowienie bólu. W opinii badanych pacjentów ból po zabiegu operacyjnym najsilniej odczuwany był w dwóch pierwszych dobach. Takie odczucia po zabiegach operacyjnych potwierdzają również inni autorzy [11, 12]. W badaniu własnym uwzględniono czynniki społeczne, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, zatrudnienie oraz miejsce zamieszkania chorych w ocenie bólu po zabiegu operacyjnym. Dziki Ł. i wsp. [13] wskazują, iż im osoby starsze, tym bardziej jest obniżony próg bólowy i niższe natężenie bólu, co nie miało odzwierciedlenia w badaniu własnym. W badaniu własnym zaistniała zależność pomiędzy wiekiem a stopniem natężenia bólu. Wraz z wiekiem u badanych osób stwierdzono większe natężenie bólu. Wynik ten może sugerować nakładanie się kilku schorzeń współistniejących podczas leczenia zabiegowego.

W badaniu własnym ujawniono nieco większe natężenie bólu u kobiet w porównaniu z mężczyznami, choć nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności. Zależność pomiędzy płcią a natężeniem bólu potwierdza literatura przedmiotu [13].

W badaniu własnym wykazano statystycznie istotną zależność pomiędzy wykształceniem a poziomem odczucia natężenia bólu. Pacjenci z wykształceniem podstawowym i zawodowym wykazali wyższe natężenie bólu pooperacyjnego. Zależność między wykształceniem a natężeniem bólu przewlekłego wykazały również badania przeprowadzone przez Rzepkę I. oraz Wordliczka J. [14]. W badaniach własnych nie zaobser-

wowano zależności statystycznie istotnych w przypadku innych czynników społeczno-demograficznych.

W badaniach Baczewskiej B. i wsp. na temat opinii dotyczących charakteru bólu respondenci określali ból jako dokuczliwe, przykre, kłujące i świdrujące zjawisko [10]. W badaniach własnych ankietowani określali ból jako kłujący i ostry oraz nawracający. Wielu autorów literatury przedmiotu wskazuje na miejscowe doznanie bólu po zabiegu operacyjnym w miejscu rany lub wyjścia drenów [12, 15]. W badaniu własnym chorzy również ocenili swój ból jako doznanie miejscowe.

Uzyskane wyniki badań własnych ujawniły występowanie objawów towarzyszących bólowi, takich jak wymioty i nudności. Reakcje respondentów na ból objawiały się przyspieszonym tętnem, reakcją nerwową, wzmożonym napięciem mięśni i podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi oraz ograniczeniem aktywności ruchowej. Wśród ankietowanych ból zaburzał ilość i jakość snu, wpływając również na obniżenie nastroju. Podobne wyniki dotyczące jakości snu uzyskała Boryga M. i Włoszczak-Szubda A. [16] oraz Jakubów P. i wsp. [12].

Kolejnym aspektem badania bólu pooperacyjnego było jego najsilniejsze odczucie. W przeprowadzonym badaniu własnym chorzy zgłaszali najsilniejsze odczucia bólowe w pierwszej dobie po zabiegu, co potwierdzają również badania innych autorów [12, 15, 16].

W badaniach Prochowicz D. i wsp. [15] przedstawiono dużą skuteczność i zadowolenie badanych z zastosowanego leczenia przeciwbólowego. Uzyskane wyniki badań własnych ujawniły umiarkowaną ulgę w leczeniu minimalizującym ból oraz niewystarczające obniżenie natężenia bólu i konieczność przyjmowania dodatkowych dawek leków przeciwbólowych przez chorych. Wskazują one na potrzebę dokładnego monitorowania stopnia natężenia bólu oraz konieczność zweryfikowania postępowania przeciwbólowego.

Badania Jurczak A. i wsp. [17] wskazują na potrzebę wsparcia informacyjnego pacjentów w czasie okołoperacyjnym. Inni autorzy literatury przedmiotu również wyrażali konieczność udzielenia pomocy w minimalizowaniu bólu, w sumiennym i delikatnym wykonywaniu zabiegów [18].

Podsumowując przeprowadzone badanie, należy zauważyć, iż ból towarzyszący pacjentom po zabiegu operacyjnym jest odczuciem fizjologicznym. Oznacza to, że konieczna jest stała obserwacja i wdrażanie standardów dotyczących minimalizowania bólu. W dalszym ciągu pacjenci zgłaszają większą potrzebę komunikacji i pozyskania informacji oraz wsparcia w sytuacji pooperacyjnej.

Wnioski

1. Średnie natężenie bólu pooperacyjnego w badanej populacji nie przekraczało 6 w dziesięciostopniowej skali oceny poziomu natężenia bólu.
2. U osób starszych oraz osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym stwierdzano większe natężenie bólu pooperacyjnego.
3. Istnieje ciągła potrzeba edukacji oraz wsparcia pacjentów po zabiegu operacyjnym.

Piśmiennictwo

1. Hilgier M. Ból przewlekły – problem medyczny i społeczny. *Przewodnik Lekarza*, 2002; 5, 1/2: 6–11.
2. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN; 2008.
3. Wordliczek J, Dobrogowski J. *Leczenie bólu*. Warszawa: PZWL; 2011.
4. Kocot-Kępska M, Dobrogowski J. Rodzaje bólu. W: Andres J, Dobrogowski J. (red.) *Neurologia, znieczulenie regionalne i terapia bólu*. J. Kraków: Ośrodek Regionalny CEEA; 2011.
5. Weinert M. (red) Kubler A. *Anestezjologia*. Wrocław: Urban & Partner; 2008.
6. Rupniewska-Ładyko A. Terapia bólu pooperacyjnego. W: Krajewska-Kułak E, Rolka H, Jankowiak B. (red.) *Standardy anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej*. Warszawa: PZWL; 2014.
7. Suchorzewski M. Ból i jego leczenie. W: Wołowicka L, Dyk D (red). *Anestezjologia i Intensywna Opieka. Klinika i Pielęgniarstwo*. Warszawa: PZWL; 2008.
8. Wordliczek J. Ból pooperacyjny. W: Wordliczek J, Dobrogowski J (Red.). *Ból ostry*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
9. Rybicka A. Czy nadzór pielęgniarski ma wpływ na ryzyko miejscowych powikłań krwotocznych, odczuwanie bólu i komfort chorego po chirurgicznym udrożnieniu tętnic szyjnych? *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2017; 11 (2): 68–72.
10. Baczewska B, Kropornicka B, Drozd C, Olszak C. Ocena bólu, lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej W: Majchrzak-Kłokocka E, Szelga R. (Red). *Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie*. *Pielęgniarstwo bez granic*. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk; 2013.
11. Grochans E, Hyrcza V, Kuczyńska M, Szkup-Jabłońska M, Jurczak A, Rotter I, Zaremba-Pechmann L, Karakiewicz B.

Subiektywna ocena bólu pooperacyjnego u pacjentów po wybranych zabiegach chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 2: 82–87.

12. Jakubów P, Sewastianowicz A, Kalinowska W, Dubowski M, Juszczyk G, Hirnle T. Ocena zachowań bólowych pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2017; 11: 138–151.
13. Dzikowski Ł, Glińska J, Borowiak E, Krzemińska M, Dzikowski A. Czynniki determinujące kontrolę bólu u chorych po zabiegach kardiochirurgicznych *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2017; 11(1): 26–31.
14. Repka I, Wordliczek J. Wpływ czynników demograficzno-społecznych na natężenie bólu, jakość życia oraz jej poszczególne składowe wśród chorych z bólem przewlekłym. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21(3): 348–359.
15. Prochowicz D, Krajewska-Kułak E, Trochimowicz L. Skala bólu pooperacyjnego w percepcji pacjentów Oddziału Urologii Onkologicznej i Ogólnej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2014; 4: 170–179.
16. Boryga M, Włoszczak-Szubzda A. Szpital bez bólu. Realizacja programu w opiniach pacjentów oddziałów zabiegowych *Aspekty Zdrowia i Choroby* 2016; 1, 2: 7–22.
17. Jurczak A, Kuryk A, B, Kotwas A, Pawlik J, Celewicz A, Szkup M, Grochans E. Ocena jakości opieki pielęgnacyjnej w zakresie bólu pooperacyjnego. *Fam Med Primary Care Rev* 2015; 17,2: 107–110.
18. Kapała W, Skrobisz J. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych. *Now Lek* 2006; 75, 4: 351–358.

Artykuł przyjęty do redakcji: 11.10.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 31.03.2020.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Anna Gawęda
ul. Królowej Jadwigi 18
41-704 Ruda Śląska
tel. 32 240 71 10
e-mail: agaweda@wsnsrs.edu.pl
Wydział Opieki Zdrowotnej, Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych
w Rudzie Śląskiej

ZASTOSOWANIE PEDOBAROGRAFII PRZEZ KADRY PIELĘGNIARSKIE ORAZ SPECJALISTÓW LECZENIA RAN – MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA

USE OF PEDOBAROGRAPHY BY NURSING STAFF AND WOUND CARE SPECIALISTS – POSSIBILITIES AND LIMITATIONS

Aleksandra Bitenc-Jasiejk^{1, 2, a}, Katarzyna Kordus^{1, b}, Katarzyna Beata Głodowska^{3, c}

¹ Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. Kazimierzy Milanowskiej w Poznaniu

² NZOZ Spondylus

³ Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^a <https://orcid.org/0000-0002-3720-0300>

^b <https://orcid.org/0000-0001-8060-9315>

^c <https://orcid.org/0000-0001-8887-3364>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.24>

STRESZCZENIE

Wstęp. Pedobarografia stanowi ważną procedurę diagnostyczną, mającą zastosowanie w profilaktyce i leczeniu zmian powstających w wyniku wzmożonego nacisku. Szczególnie szerokie zastosowanie znalazła ona w procedurach profilaktyki ran w części podeszwowej stopy. Służy ona również wczesnemu wykrywaniu zmian w budowie stopy, do których dochodzi w wyniku degradacji tkanek, w szczególności u pacjentów z cukrzycą, zaburzeniami krążenia oraz neuropatią.

Cel. Celem pracy było wskazanie kierunków zastosowań pedobarografii w procedurach profilaktyki i leczenia zmian przeciążeniowych, przy jednoczesnym wskazaniu czynników sprzyjających i ograniczających jej zastosowanie przez kadry pielęgniarskie oraz specjalistów leczenia ran w Polsce.

Materiał i metody. W niniejszym opracowaniu dokonano jakościowej analizy dokumentów normatywnych funduszu świadczeń gwarantowanych, standardów kształcenia kadr pielęgniarskich oraz innych przepisów oraz dokumentów normalizujących kształcenie kadr pielęgniarskich.

Wyniki. Analiza jakościowa efektów kształcenia kadr pielęgniarskich wskazuje możliwość wdrożenia treści pozwalających na kształcenie wiedzy i umiejętności z zakresu pedobarografii. Dotyczy to zarówno realizacji programów nauczania szkolnictwa wyższego, jak i w obszarze kształcenia kadr poprzez kształcenie podyplomowe.

Wnioski. 1) Standardy kształcenia oraz efekty kształcenia realizowane podczas kursów specjalistycznych w kształceniu podyplomowym korelują z kierunkami zastosowań pedobarografii. 2) Pedobarografia widnieje w wykazie procedur funduszu świadczeń gwarantowanych oraz jest rekomendowana w procesie profilaktyki, edukacji oraz leczenia zespołu stopy cukrzycowej. 3) Zasadnym jest włączenie kadr pielęgniarskich, które w zakresie czynności zawodowych realizują zadania związane z profilaktyką, edukacją i leczeniem zespołu stopy cukrzycowej oraz ran w części podeszwowej stopy powstałych w wyniku wzmożonego nacisku.

ABSTRACT

Introduction. Pedobarography is a very important diagnostic procedure. It is applicable to the prevention and treatment of changes arising as a result of increased pressure. In particular, it is widely used as a part of procedures preventing plantar foot wounds. It also facilitates early detection of changes in foot structure resulting from degradation of tissues, especially in patients with diabetes, circulatory disorders, and neuropathy.

Aim. The aim of the study was to indicate the directions of pedobarography applications in the prophylaxis and treatment of overload changes while indicating the factors favouring and limiting its use by nursing staff and wound care specialists in Poland.

Material and methods. In this study, a qualitative analysis of the normative documents of the guaranteed benefits fund, standards for the education of nursing staff and other provisions and documents normalizing the education of nursing staff has been made.

Results. A qualitative analysis of the effects of nursing staff education indicates the possibility of implementing content that allows the education of knowledge and skills in the field of pedobarography. This applies to both the implementation of higher education curricula and in the area of personnel training through specialized courses (i.e. postgraduate education).

Conclusions. 1) Educational standards and learning outcomes implemented during specialist courses in postgraduate education correlate with the directions of pedobarography applications. 2) Pedobarography appears in the list of guaranteed benefits fund procedures and is recommended in the prevention, education and treatment of diabetic foot syndrome. 3) It is justified to include nursing staff who perform tasks related to the prevention, education and treatment of diabetic foot syndrome and plantar wounds resulting from increased pressure.

4) Realizacja procedury przez personel nielekarski sprzyjać będzie dostępności do usługi. Przemawiają za tym również aspekty ekonomiczne, na które mają wpływ krótki czas badania, jak i koszt samego badania oraz pedobarografu.

SŁOWA KLUCZOWE: pedobarografia, owrzodzenia, rany przewlekłe, neuroosteoartropatia Charcota.

4) The implementation of the procedure by non-medical staff will promote access to the service. This is also supported by economic aspects, which are influenced by both the short duration of the examination and the cost of the examination itself and the pedobarograph.

KEYWORDS: pedobarography, ulceration, chronic wounds, Charcot neuro-osteoarthropathy.

Wprowadzenie

Pedobarografia (ang. pedobarography) to badanie umożliwiające pomiar rozkładu nacisku na stopy pomiędzy ich częścią podeszwową a podłożem, zarówno podczas stania (tzw. analiza statyczna), jak i chodu (tzw. analiza dynamiczna) [1]. Słowo pedobarografia składa się z trzech składowych: – stopa (gr. podos, łac. pes, pedis), – bar (gr. baros – jednostka ciśnienia w układzie jednostek CGS, tłum. z greckiego oznacza ciężar), – „grafia” (ang. „graphy”), czyli graficzna prezentacja danych w odniesieniu do stóp oraz ciężaru (nacisku).

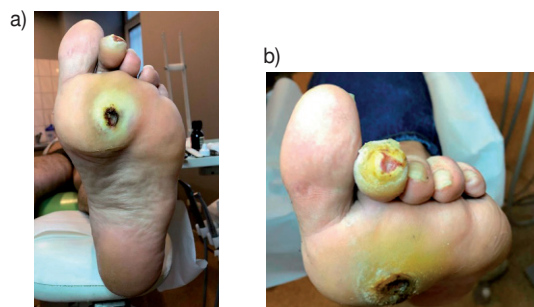
Na proces powstawania nieurazowych mikrouszkodzeń kostno-stawowych, złamań degradacyjnych duży wpływ mają choroby, w przebiegu charakteryzujące się zaburzeniami czucia. Długotrwały (przewlekły) stan zapalny powstający w wyniku wzmożonego nacisku powoduje w pierwszej kolejności zmiany w obrębie tkanek miękkich. Jest to problem przyczynowo-skutkowy nie tylko w obszarze zmian ortopedycznych. Wadliwa migracja nacisku w obrębie stóp stanowi bowiem znaczący problem u osób z chorobami neuropatycznymi, szczególnie u pacjentów z cukrzycą. Długo trwająca hiperglikemia (szczególnie w okresie przed jej wykryciem i ustabilizowaniem poziomu glukozy) jest jedną z przyczyn degradacji tkanek układu mięśniowo-szkieletowego [2].

Zmiany przeciążeniowe w obrębie stóp w początkowej fazie objawiają się w postaci modzeli, odcisków, rogowacenia naskórka itp., a w konsekwencji u osób z zaburzeniami czucia lub/i w przebiegu cukrzycy mogą być przyczyną powstania rany przeciążeniowej [3–4]. Związek wzmożonego nacisku z problemami niegojących się ran przeciążeniowych, a w konsekwencji powstających procesów zakaźnych i martwiczych w obrębie kończyny dolnej, nierzadko prowadzących do amputacji, stanowi ważny aspekt w kontekście procedur wczesnego wykrywania i profilaktyki [5]. Ze względu na poważne skutki chorób diabetologicznych i/lub neuropatycznych dokonano klasyfikacji owrzodzeń powstających w przebiegu tych chorób, wskazując zmiany przeciążeniowe jako te, w których niezbędne jest stosowanie odrębnych procedur diagnostycznych, prewencyjnych oraz leczenia [6].

Pedobarografia służy ocenie nacisków stopy (reakcji sił podłoża na stopy) podczas stania oraz chodu. Pozwala również na wyznaczenie istotnych parametrów stopy związanych z wadami lub/i deformacjami, które sprzyjają zwiększonej dystrybucji nacisku.

Dzięki pedobarografii uzyskać można m.in.: wynik badania wysklepienia stóp (**Rycina 2**), wynik badania kątów odwiedzenia stóp oraz proporcji stopy (**Rycina 3**); wynik badania rozkładu nacisku na stopy w ocenie statycznej i dynamicznej, w tym maksymalnego, średniego oraz wydłużonego w czasie nacisku (**Rycina 4**); wynik badania progresji stopy (**Rycina 5**).

Rzeczywisty obraz stóp, których wyniki badań wskazano powyżej, prezentuje **Rycina 1a, b**.



Rycina 1a, b. Rzeczywisty obraz stóp przedstawiający rany przeciążeniowe

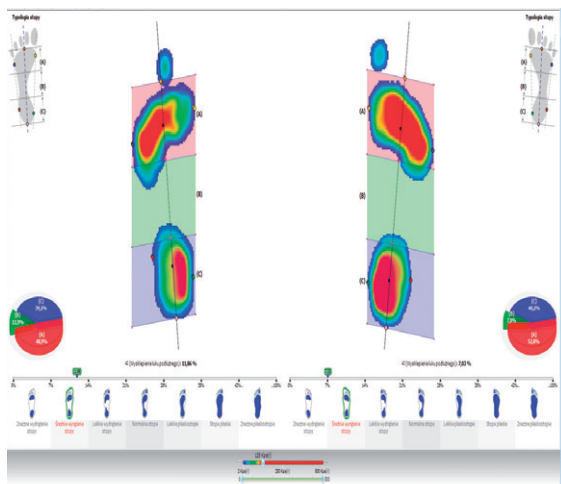
Figure 1a, b. Real feet picture showing overload wounds

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Obraz stopy pacjenta wskazuje na ranę przeciążeniową w okolicach drugiego stawu śródstopno-paliczkowego oraz palca II. Taki stan może mieć związek ze znacznym obciążeniem przodostopia.

Wynik wskazuje wysokie sklepienie u pacjenta (tzw. stopę wydrążoną); tuk nie pełni funkcji podporowej, co wpływa na przeciążenie przodostopia. Wynik ten potwierdzają wartości punktowego nacisku, wykonanego za pomocą pedobarografii (**Rycina 3**), wskazujące, iż w stopie zmienionej chorobowo największy nacisk, zarówno średni, jak i maksymalny znajduje się w obrębie drugiego stawu śródstopno-paliczkowego. Dużą aktywność wykazuje również palec II.

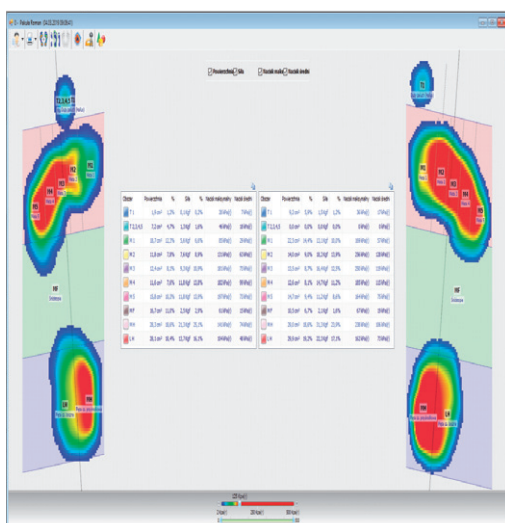


Rycina 2. Wynik badania pedobarograficznego przedstawiający stopień wysklepienia stóp

Figure 2. Pedobarographic result showing the degree of arched feet

Źródło: opracowanie własne, BIOMECH STUDIO 2.0

Source: author's own analysis, BIOMECH STUDIO 2.0



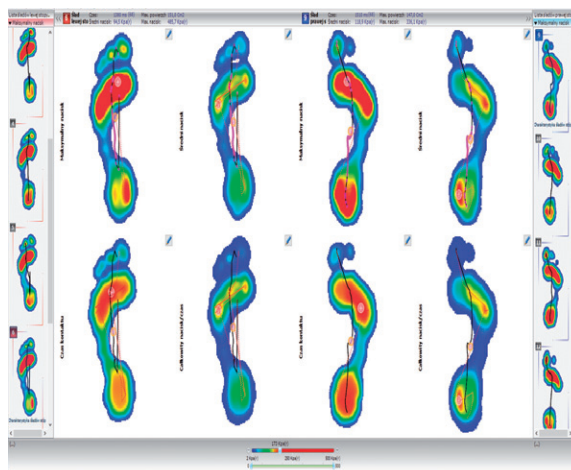
Rycina 3. Wynik badania rozkładu nacisku na stopy w ocenie statycznej i dynamicznej, w tym maksymalnego, średniego oraz wydłużonego w czasie nacisku

Figure 3. Results of the static and dynamic assessment of foot pressure distribution, including maximum, mean, and long-term pressure

Źródło: opracowanie własne, BIOMECH STUDIO 2.0

Source: author's own analysis, BIOMECH STUDIO 2.0

Wyniki wzmożonego nacisku oraz wydłużonego czasu kontaktu uzyskano również w badaniu chodu, wykonanym za pomocą pedobarografu. **Rycina 4** przedstawia krzywą przetaczania stopy (cienka czerwona linia). Opisany przypadek potwierdza także literatura przedmiotu, w której autorzy podkreślają zależność wzmożonego nacisku oraz wydłużonego czasu kontaktu podczas chodu z powstawaniem ran przewlekłych.



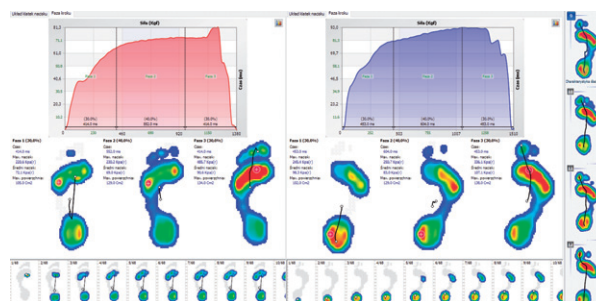
Rycina 4. Wynik badania progresji stopy

Figure 4. Results of the foot progression test

Źródło: opracowanie własne, BIOMECH STUDIO 2.0

Source: author's own analysis, BIOMECH STUDIO 2.0

Wzmożony nacisk na przodostopie potwierdza również wykres faz progresji stopy, zaprezentowany na **Rycinie 5**.



Rycina 5. Wynik badania faz progresji stopy

Figure 5. Results of foot progression phases

Źródło: opracowanie własne, BIOMECH STUDIO 2.0

Source: author's own analysis, BIOMECH STUDIO 2.0

Piśmiennictwo zagraniczne wskazuje, że pedobarografia jest szeroko stosowana w diagnostyce zmian przeciążeniowych w obrębie stopy cukrzycowej i neuropatycznej. W opracowaniach naukowo-badawczych wielokrotnie podkreślano jej rolę w działaniach medycznych ukierunkowanych na profilaktykę ran powstających w wyniku wzmożonego nacisku. Jako metoda diagnostyczna zastosowana została do analiz związków przyczynowo-skutkowych wadliwej migracji nacisków na stopach z powstawaniem ran w części podeszwy stopy u osób z cukrzycą oraz w przebiegu zmian neuropatycznych [7–9]. Analizowano również obszary najczęściej przeciążanych miejsc w obrębie stopy w grupie populacyjnej osób chorych na cukrzycę [10], co ma znaczenie w działaniach ukierunkowanych na

proces odciążania i korekcji stóp, w celu eliminacji skutków wadliwej migracji nacisku. Wnioskowano również o odwrotnej proporcjonalności między grubością tkanki tłuszczowej w części podeszwowej stopy a zwiększonym naciskiem na stopy. Obszar ten stanowi podstawę do działań ukierunkowanych na profilaktykę powstawania zmian w miejscach, gdzie grubość tkanki tłuszczowej jest niska [11]. W pracach naukowo-badawczych analizowano również zaburzenia rozkładu obciążeń na stopach u osób, u których dokonano częściowej resekcji tkanki martwiczej lub wykonano amputacje w przebiegu owrzodzeń i martwicy [12]. Takie działania mają szczególne znaczenie w procesie planowania rekonwalescencji oraz wdrożenia działań zapobiegających pogłębieniu stanu degradacyjnego tkanek. Wskazano związki atrofii mięśni (w przebiegu obwodowej neuropatii czuciowej) i powstawania owrzodzeń. W konsekwencji rekomendowano konieczność wdrożenia działań rehabilitacyjnych ukierunkowanych na wzmocnienie struktur mięśniowych oraz eliminację zagrożeń niestabilności więzadeł i stawów (profilaktyka mikrourazów i złamań; staw Charkota) [13]. Poprzez zastosowanie pedobarografii wskazano również rolę pomiaru nacisku w procesie projektowania i doboru wkładek odciążających (badania populacyjne wskazujące znaczne obniżenie objawów klinicznych polineuropatii cukrzycowej u pacjentów z cukrzycą) [14].

W powyższych opracowaniach wskazano wybrane aspekty zastosowania pedobarografii wśród specjalistów zagranicznych, a w szczególności w działaniach ukierunkowanych na ocenę wpływu wadliwej dystrybucji nacisku na powstawanie ran przeciążeniowych. W polskich publikacjach naukowych również odnajdujemy prace dotyczące problematyki wzmożonego nacisku na stopy u pacjentów diabetologicznych, jest ich jednak zdecydowanie mniej niż naukowych opracowań zagranicznych. Polscy specjaliści poprzez zastosowanie pedobarografii wykazali obszary największych przeciążeń na stopach u pacjentów z cukrzycą typu 2, rekomendując konieczność odciążania u tych osób głów kości śródstopia oraz szczególną prewencję w obrębie 3 i 4 głów kości śródstopia u pacjentów z cukrzycą typu 2 z powikłaną neuropatią ruchową i czuciową. Autorzy wskazali istotnie różniące się wyniki pacjentów z cukrzycą typu 2 od chorych na cukrzycę typu 1 oraz osób zdrowych [15]. Polskie piśmiennictwo badawczo-naukowe rekomenduje również zastosowanie pedobarografii w diagnostyce dystrybucji nacisków u pacjentów z cukrzycą, ze współistniejącymi zmianami ortopedycznymi w przebiegu artropatii i neuropatii Charkota [16]. Określa również charakterystyczne objawy skórne, zniekształcenia stóp oraz najczęściej pojawiające się zaburzenia funkcji stopy w przebiegu ze-

społu stopy cukrzycowej neuropatycznej, odnosząc je do dystrybucji nacisków [17].

W problematyce diabetologicznej oraz chirurgicznej, związanej ze zmianami zachodzącymi w przebiegu cukrzycy, pedobarografia znajduje szerokie spektrum zastosowania w działaniach ukierunkowanych na diagnostykę oraz ocenę efektów terapii. Równie istotnym zadaniem w tym zakresie staje się również proces odciążenia miejsc zagrożonych zmianami degradacyjnymi tkanek. Pedobarografia znajduje szerokie zastosowanie w procesie projektowania zaopatrzenia ortopedycznego, w tym w szczególności do projektowania ortopedycznych wkładek indywidualnych stosowanych w diabetologii [1], chorobach reumatoidalnych [18–19] i innych chorobach stóp [20], projektowania i dopasowania ortez odciążających [21–22] oraz obuwia ortopedycznego i sportowego [23], w ocenie wpływu obuwia na zespoły bólowe w obrębie stopy [24], zastosowanie ortez silikonowych we wzmożonym napięciu w obrębie palców [25].

W projektowaniu obuwia, indywidualnych wkładek ortopedycznych oraz protez poamputacyjnych uzupełniających stopę zastosowanie znajduje pedobarografia realizowana poprzez system wkładek z aktywnymi czujnikami [26–29].

Pedobarografia została wpisana na listę świadczeń gwarantowanych pod nr 99.9951. Nie określono jednak szczegółowych procedur jej realizacji [30, 31]. Niemniej ujęta jest również w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu, w: „Kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem z cukrzycą (KAOS – cukrzyca)” [32], głównie ze względu na fakt jej ścisłego powiązania z profilaktyką zespołu stopy cukrzycowej. „Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2019” Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego wskazują konieczność prowadzenia badań stóp, określając szczegółowo czynności, jakie powinny się znaleźć w zakresie tego badania [33]. W zaleceniach PTD wskazano m.in. konieczność zaopatrzenia „chorej” stopy w czasowy but odciążający i but wyrównawczy na zdrową stopę oraz wkładki terapeutyczne. Nie wskazano jednak procedury diagnostycznej służącej ocenie nacisku, który jest główną determinantą powstawania zmian przeciążeniowych. W zaleceniach PTD z roku 2019 pominięto pedobarografię, która wskazywana była w zaleceniach z lat 2016–2018 w dziale *personel lekarski, pielęgniarki prowadzące edukację lub edukatorów, dietetyków* [34–36]. To swoista niekonsekwencja w zakresie zalecanych usług medycznych, w stosunku do ich realizacji. Nie wskazano bowiem specjalistów, którzy mieli by realizować usługi z zakresu usuwania zmian przeciążeniowych oraz projektowania i wykonywania indywidualnego zaopatrzenia ortopedyczne-

go spełniającego rolę odciążenia. Zważywszy na fakt, iż szereg kompetencji z obszaru profilaktyki, edukacji oraz leczenia ran w części podeszwowej stopy realizowane jest przez kadry pielęgniarskie, istotną kwestią jest analiza procesu kształcenia w tym zakresie. Tym bardziej, że szerszemu zastosowaniu tej nieinwazyjnej i nie wysoce specjalistycznej metody sprzyjają przepisy dotyczące funduszu świadczeń gwarantowanych oraz rekomendacje.

Cel

Celem pracy było wskazanie kierunków zastosowań pedobarografii w procedurach profilaktyki i leczenia zmian przeciążeniowych, przy jednoczesnym wskazaniu czynników sprzyjających i ograniczających jej zastosowanie przez kadry pielęgniarskie oraz specjalistów leczenia ran w Polsce.

Materiał i metody

W niniejszym opracowaniu dokonano analizy dokumentów normatywnych w obszarze funduszu świadczeń gwarantowanych oraz standardy kształcenia kadr pielęgniarskich.

Analiza jakościowa przepisów oraz dokumentów normalizujących kształcenie kadr pielęgniarskich:

- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dn. 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego [37],
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, 1579, 2020 [38],
- Program kursu specjalistycznego: Leczenie ran dla pielęgniarek z dn. 19 sierpnia 2015 r. [39],
- Program kursu specjalistycznego: Wywiad i badanie fizyczne dla pielęgniarek i położnych z dn. 14 grudnia 2016 r. [40],
- Program kursu specjalistycznego: Edukator w Cukrzycy dla pielęgniarek i położnych z dn. 14 grudnia 2016 r. [41],
- Program kursu specjalistycznego: Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą dla pielęgniarek i położnych z dn. 19 sierpnia 2016 r. [42].

Wyniki badań

W ramach analizy jakościowej standardów kształcenia kadry pielęgniarskiej analizowano efekty kształcenia powiązane merytorycznie z funkcjonalnościami oraz obszarami zastosowania diagnostyki pedobarograficznej. W dziale pierwszym, tj. *Nauki morfologiczne*,

obszar *Umiejętności A.U5* wskazano, że absolwent potrafi „*A.U5. współuczestniczyć w doborze metod diagnostycznych w poszczególnych stanach klinicznych z wykorzystaniem wiedzy z zakresu biochemii i biofizyki*”. Umiejętność koreluje z zastosowaniem pedobarografii, gdyż wprost służy ona ocenie parametrów biofizycznych, zarówno podczas stania, jak i podczas chodu. Pedobarografia pozwala na ocenę parametrów przestrzenno-czasowych, badanie dystrybucji nacisku, siły, badanie równowagi oraz ocenę wad stóp. Tym samym pedobarografia służy badaniu fizykalnemu w szeroko rozumianej ocenie narządu ruchu, lokomocji oraz równowagi, co bezpośrednio koreluje z efektami kształcenia wskazanymi również w dziale *Nauki w zakresie podstaw opieki pielęgniarskiej*, tj.:

- a) Wiedza – zna i rozumie: *metody i techniki kompleksowego badania przedmiotowego* oraz potrafi (C.W33), *znaczenie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego w formułowaniu oceny stanu zdrowia pacjenta dla potrzeb opieki pielęgniarskiej* (C.W34);
- b) Umiejętności – potrafi: *gromadzić informacje metodą wywiadu, obserwacji, pomiarów bezpośrednich i pośrednich (skale), analizy dokumentacji (w tym analizy badań diagnostycznych), badania fizykalnego w celu rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i sformułowania diagnozy pielęgniarskiej* (C.U2); *wykorzystywać techniki badania fizykalnego do oceny fizjologicznych i patologicznych funkcji (...) układu mięśniowo-szkieletowego i układu nerwowego oraz dokumentować wyniki badania fizykalnego i wykorzystywać je do oceny stanu zdrowia pacjenta* (C.U45), *przeprowadzać kompleksowe badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta, dokumentować wyniki badania oraz dokonywać ich analizy dla potrzeb opieki pielęgniarskiej* (C.U45).

Pedobarografia jest metodą diagnostyki posturalnej, która znajduje zastosowanie w różnych dyscyplinach medycyny. W związku z tym wiedza w zakresie jej zastosowania służyć będzie również współpracy interdyscyplinarnej w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem. Bezpośrednie odniesienia z obszaru wiedzy dotyczą celów kształcenia:

- a) wiedzy z zakresu podstaw opieki pielęgniarskiej – cel: *zna i rozumie udział pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym w procesie promowania zdrowia, profilaktyki, diagnozowania, leczenia i rehabilitacji* (C.W11);
- b) umiejętności z zakresu opieki specjalistycznej – cel: *potrafi wystawiać skierowania na wykonywanie określonych badań diagnostycznych* (D.U13).

Efekty kształcenia zestawione dla kadry pielęgniarskiej, z funkcjonalnościami i zastosowaniem pedobarografii wskazują, że istnieją standardy kształcenia,

w których badanie służyć będzie realizacji celów edukacyjnych. W obszarze kształcenia kadr pielęgniarskich rozwijane są również kompetencje realizowane poprzez kształcenie specjalistyczne w oparciu o:

- Art. 67 *Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, która to reguluje możliwość uzyskania przez pielęgniarki i położne „wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych” [38],
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych* [39].

Niniejsze dokumenty normatywne określają warunki uzyskiwania przez kadrę pielęgniarską i położnych specjalistycznej wiedzy i umiejętności w udzielanych świadczeniach pielęgnacyjnych. Analiza jakościowa programów kształcenia tychże kursów wykazała, że niektóre z nich związane są z kompetencjami z obszaru diagnostycznego oraz profilaktyki i leczenia chorób przeciążeniowych [40–43]. Należą do nich: „Wywiad i badanie fizyczne dla pielęgniarek i położnych” (KURS I), „Edukator w Cukrzycy dla pielęgniarek i położnych” (KURS II), „Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą dla pielęgniarek i położnych” (KURS III), „Leczenie ran” (KURS IV).

Podczas walidacji dokumentów analizowano i zestawiano kursy specjalistyczne, związane z kompetencjami kadr pielęgniarskich i położnych, z efektami kształcenia w zakresie wiedzy oraz umiejętności.

Cele kształcenia kursu „Leczenie ran”, które w szczególności dotyczą obszaru zespołu stopy cukrzycowej, ściśle korelują z kierunkami zastosowania pedobarografii jako metody służącej wykrywaniu wad stóp oraz wadliwej dystrybucji nacisków:

- I. Wiedza: W30. omawia metabolizm komórki w sytuacji ucisku; W31. różnicuje ucisk, siłę kompresji i siły ścinające jako przyczyny odleżyn; W32. charakteryzuje udogodnienia zmniejszające ucisk chorego; W52. wymienia metody diagnostyczne w zespole stopy cukrzycowej”.
- II. Umiejętności – potrafi: U56. rozpoznać czynniki predysponujące do wystąpienia zespołu stopy cukrzycowej; U57. przygotować chorego ze stopą cukrzycową do badań diagnostycznych; U58. odciążyć kończynę od ucisku; U59. ocenić zmiany na stopie cukrzycowej; U60. rozpoznać powikłania zespołu stopy cukrzycowej; U61. nauczyć chorego samokontroli i pielęgnacji stóp.

Kurs specjalistyczny dla kadr pielęgniarskich „Leczenie ran” wskazuje efekty kształcenia, które bezpośrednio korelują z badaniem pedobarograficznym, mającym

zastosowanie w diagnostyce i terapii ran przeciążeniowych (W52). Wiedza i umiejętności kadr medycznych, realizujących zadania z tego zakresu, mogą w konsekwencji decydować o skuteczności leczenia chorób wynikających ze wzmożonego nacisku. Kompetencje kadr, w aspekcie leczenia ran, dotyczą również metod odciążania poprzez indywidualne wkładki ortopedyczne, obuwie ortopedyczne oraz zaopatrzenie pozabiegowe (odciążenia). Takie efekty kształcenia kursu „Leczenie ran” określono dla przeciążeniowych zmian, jakimi są odleżyny (W31, W32). Odciążenia stosowane w obrębie części podeszwowej stopy stanowią istotny aspekt profilaktyki i leczenia ran przeciążeniowych w obrębie stopy cukrzycowej [44–46]. W efektach kształcenia kursu wskazano szereg kompetencji z zakresu profilaktyki i leczenia zespołu stopy cukrzycowej. Nie wskazano jednak wprost pedobarografii jako metody diagnostycznej dedykowanej realizacji tych celów. Umiejętności w zakresie efektu U56 pozwalają na włączenie do kursu leczenia ran treści związanych z prowadzeniem badania pedobarograficznego. Umożliwiłoby to kadrze pielęgniarskiej, poza czynnościami kierowania zespołem interdyscyplinarnym (U57), przeprowadzenie samodzielnie badania rozkładu nacisku na stopach u osób leczonych oraz z grupy ryzyka. Efekt kształcenia U58 wskazuje na realizację zadań związanych z odciążeniem kończyny, co stanowi podstawę do rekomendowania uzupełnienia treści kształcenia o aspekty związane z zastosowaniem odciążeń, indywidualnych wkładek ortopedycznych oraz obuwia ortopedycznego [41]. Zadania te realizowane są również na podstawie pomiarów uzyskanych z pedobarografu.

Efekt U61 określa kompetencje z zakresu pedagogizacji pacjenta w obszarze samopielęgnacji stóp. W programie kursu nie wskazano jednak kompetencji z zakresu usuwania zmian hiperkeratotycznych, stanowiących częstą przyczynę powstawania ran przeciążeniowych w obrębie stopy. Zważywszy na fakt, iż w programie „Leczenie ran” wskazano, że 10% (20h) czasu trwania kursu jest do decyzji organizatora, istnieje możliwość wdrożenia treści służących skutecznej realizacji efektów kształcenia [41].

W kursie specjalistycznym „Wywiad i badanie fizyczne dla pielęgniarek i położnych” określono kompetencje z obszaru badania przedmiotowego i podmiotowego, w tym również te, które związane są z badaniem równowagi, co wprost realizowane jest przez badanie pedobarograficzne (wraz oceną istotnych parametrów budowy stopy). W szczególności są to:

- a) Wiedza: omawia zasady i sposób badania fizycznego oraz oceny objawów ze strony układu nerwowego, w tym: nerwów czaszkowych, czucia, równowagi i koordynacji ruchowej, odruchów powierzchownych

i głębokich, objawów oponowych, objawów korzeniowych (W27), analizuje zakres informacji subiektywnych o stanie zdrowia pacjenta, objawach patologicznych, pochodzących z zaburzonych funkcji układów i części ciała (W29).

- b) Umiejętności – potrafi: wykorzystać metody badania fizykalnego do oceny układu mięśniowo-szkieletowego, układu nerwowego, w tym nerwów czaszkowych, czucia, siły mięśniowej, równowagi, i koordynacji ruchowej oraz odruchów.

Program nauczania kursu „Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych” trwa 100 godzin i nie określono w nim możliwości procentowej ilości godzin, które mogą ulec zmianie, jak ma to miejsce w większości kursów specjalistycznych. Na podstawie tej informacji należy wnioskować, iż wszelkie zmiany w obszarze programu kursu wymagają zmiany w obowiązujących przepisach i rozporządzeniach.

Mając na uwadze fakt istotności profilaktyki chorób oraz zapobiegania powikłaniom chorób, nasuwa się wniosek, że w kursach specjalistycznych ukierunkowanych na edukację pacjentów z cukrzycą powinny znaleźć się zadania eliminujące zagrożenie zespołem stopy cukrzycowej. Niestety w kursie „Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą dla pielęgniarek i położnych” nie wskazano efektów kształcenia w zakresie edukacji i profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej [42]. W kursie specjalistycznym „Edukator w Cukrzycy dla pielęgniarek i położnych” efekty kształcenia wskazują kompetencje związane z problematyką samopielęgnacji stóp chorych na cukrzycę, tj. *potrafi prowadzić edukację chorego w zakresie zapobiegania przewlekłym powikłaniom cukrzycy (U35) oraz prowadzić edukację chorego w zakresie zapobiegania przewlekłym powikłaniom cukrzycy*. Cel kształcenia dotyczący profilaktyki chorób stóp i paznokci określono w obszarze wiedza (W45) [40].

Zważywszy na fakt, iż problematyka stopy cukrzycowej, ran przeciążeniowych oraz zmian neuropatycznych obejmuje szeroki zakres działań prewencyjnych i leczniczych, zasadnym jest wdrożenie działań profilaktycznych już na poziomie edukacyjnej współpracy z pacjentem.

Podsumowanie

Powyższa analiza jakościowa efektów kształcenia kadr pielęgniarskich wskazuje możliwość wdrożenia treści pozwalających na kształcenie wiedzy i umiejętności z zakresu pedobarografii. Dotyczy to zarówno realizacji programów nauczania szkolnictwa wyższego, jak i w obszarze kształcenia kadr poprzez kursy specjalistyczne, tj. kształcenia podyplomowego.

Wnioski

1. Standardy kształcenia oraz jego efekty realizowane podczas kursów specjalistycznych w kształceniu podyplomowym korelują z kierunkami zastosowań pedobarografii.
2. Pedobarografia widnieje w wykazie procedur funduszu świadczeń gwarantowanych oraz jest rekomendowana w procesie profilaktyki, edukacji oraz leczenia zespołu stopy cukrzycowej; nie wskazano jednak szczegółów realizowanej procedury.
3. Zasadnym jest włączenie kadr pielęgniarskich, które w zakresie czynności zawodowych realizują zadania związane z profilaktyką, edukacją i leczeniem zespołu stopy cukrzycowej oraz ran w części podeszwowej stopy powstałych w wyniku wzmożonego nacisku.
4. Realizacja procedury przez kadry pielęgniarskie sprzyjać będzie dostępności do usługi. Przemawiają za tym również aspekty ekonomiczne, na które ma wpływ krótki czas badania, koszt samego badania oraz pedobarografu.

Piśmiennictwo

1. Ashry HR, Lavery LA, Murdoch DP et al. Effectiveness of diabetic insoles to reduce foot pressures; *Foot Ankle Surg.* 1997; 36: 268–271.
2. Wilkinson HN, Hardman MJ. Wound senescence: A functional link between diabetes and ageing?, *Exp Dermatol.*, 2020 Feb 3.
3. Freeman DB. Corns and calluses resulting from mechanical hyperkeratosis. *Am Fam Physician.* 2002; 65(11): 2277–80.
4. Young MJ, Cavanagh PR, Thomas G et al. The effect of callus removal on dynamic plantar foot pressures in diabetic patients. *Diabetic Medicine.* 1997; 9: 55–57.
5. Klenerman L, Wood B. *The Human Foot: A Companion to Medical Studies*; Berlin, Springer 2006.
6. Deschamps K, Matricali GA, Desmet D, Roosen P et. al. Efficacy measures associated to a plantar pressure based classification system in diabetic foot medicine; *Gait Posture.* 2016; 49: 168–175.
7. Boulton AJ. Pressure and the diabetic foot: clinical science and offloading techniques; *Am j Surg.* 2004; 187(5A): 17–24.
8. Prabhu KG, Patil KM, Srinivasan S. Diabetic feet at risk: a new method of analysis of walking foot pressure images at different levels of neuropathy for early detection of plantar ulcers; *Med Biol Eng Comput.* 2001; 39: 288–293.
9. Veves A, Boulton AJ. The optical pedobarograph; *Clinical Podiatry Medicine Surgery.* 1993, 10(3): 463–470.
10. Fawzy OA, Arafa AI, El Wakeel MA, Kareem SHA. Plantar Pressure as a Risk Assessment Tool for Diabetic Foot Ulceration in Egyptian Patients with Diabetes; *Clin Med Insights Endocrinol Diabetes.* 2014, 7: 31–39.
11. Abouaisha F, van Schie CH, Griffiths GD, Young RJ, Boulton AJ. Plantar tissue thickness is related to peak plantar pressure in the high-risk diabetic foot; *Diabetes Care.* 2001, 24(7): 1270–1274.

12. Patel VG, Wieman TJ. Effect of metatarsal head resection for diabetic foot ulcers on the dynamic plantar pressure distribution; *Am J Surg*, 1994, 167: 297–301.
13. Kwon OY, Mueller MJ. Walking patterns used to reduce forefoot plantar pressures in people with diabetic neuropathies; *Phys Ther*, 2001, 81; 2: 828–835.
14. Skopljak A, Sukalo A, Batic-Mujanovic O, Muftić M. Assessment of Diabetic Polyneuropathy and Plantar Pressure in Patients with Diabetes Mellitus in Prevention of Diabetic Foot; *Med Arch*, 2014; 68; 6: 389–393.
15. Kobliak T, Sieradzki J, Mirkiewicz-Sieradzka B, Gryz E et al. Rozkład nacisków na podszwawą powierzchnię strony stopy u osób zdrowych oraz u chorych na cukrzycę typu 1 i 2; *Diabetologia Praktyczna*, 2001, 2; 1: 71–78.
16. Friedlein J, Lorkowski J, Wilk R, Hładki W. Neuroartropatia Charcota – etiologia, diagnostyka i leczenie; *Ostry dyżur*, 2015, Tom VIII, 3, 82–85.
17. Tatoń J. Profilaktyka zespołu stopy cukrzycowej oparta na patofizjologii, *Medycyna Metaboliczna*, 2014, tom XVIII, nr 4, 76–82.
18. Carl HD, Putz C, Weseloh G, Forst R, Swoboda B. Insoles for the rheumatic foot. A clinical and pedobarographic analysis; *Orthopade*, 2006, 35(11): 1176–1182.
19. Jackson L, Binning J, Potter J. Plantar pressures in rheumatoid arthritis using prefabricated metatarsal padding. *American Podiatric Association*, 2004, 94: 239–245.
20. Świderska-Karlikowska K. Wpływ zastosowania wkładek ortopedycznych na parametry statyczne i dynamiczne postawy ciała u osób z zespołem Mortona, *Akademia Wychowania Fizycznego*, rozp. doktorska, Wrocław, 2016.
21. Iliou K, Paraskevas G, Kanavaros P, Barbouti A, Vrettakos A et al. Relationship between pedographic analysis and the Manchester scale in hallux valgus; *Acta Orthop Traumatol Turc*, 2015, 1: 49.
22. Young MJ, Cavanagh PR, Thomas G et al. The effect of callus removal on dynamic plantar foot pressures in diabetic patients. *Diabetic Medicine*, 1997; 9: 55–57.
23. Kluger AK, Carl HD, Jendrissek A, Swoboda B, Hotfiel T. Introduction of a neutral shoe to assess reference values for dynamic pedobarography; *Biomed Tech*, 2014; 59(3): 213–217.
24. Sullivan J, Pappas E, Adams R, Crosbie J, Burns J. Determinants of footwear difficulties in people with plantar heel pain; *Foot Ankle Surg*, 2015, 8: 40.
25. Illgner U, Budny T, Hoyer M, Wetz HH. Clinical acceptance, reasons for rejection, and reduction of in-shoe peak pressure with interdigital silicone orthoses; *J Am Podiatr Med Assoc*, 2014, 104; 1: 30–33.
26. Geil MD, Lay A. Plantar foot pressure responses to changes during dynamic trans-tibial prosthetic alignment in a clinical setting; *Prosthet Orthot Int*, 2004, 28: 105–114.
27. Hellstrand TU, Zügner R, Lisovskaja V, Karlsson J, Hagberg K, Tranberg R. Comparison of plantar pressure in three types of insole given to patients with diabetes at risk of developing foot ulcers – A two-year, randomized trial; *J Clin Transl Endocrinol*. 2014, 24(4), 121–132.
28. Hurst B, Branthwaite H, Greenhalgh A, Chockalingam N. Medical-grade footwear: the impact of fit and comfort, *Foot Ankle Surg*, 2017, 1, 10: 2.
29. Ramanathan AK, Kiran P, Arnold GP, Wang W, Abboud RJ. Repeatability of the Pedar-X® in-shoe pressure measuring system, *Foot Ankle Surg*, 2010 Jun., 16; 2: 70–3.
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, *Dz.U.* 2016. 357; data prze-gładu: 2017-03-19.
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, *Dziennik Ustaw RP*, Warszawa 2 grudnia 2013r., zał. 2s. 102, poz. 19; data przeglądu: 2017-03-19.
32. Zarządzenie nr 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 4 listopada 2011r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, załącznik nr 3 cz. c „Kompleksowa ambulatoryjna opieka nad pacjentem z cukrzycą (KAOS – cukrzyca)”.
33. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2019; *Diabetologia Praktyczna* 2019, 5; 1, 55.
34. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016; *Diabetologia Kliniczna* 2016, tom 5, supl. A, A10.
35. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2017; *Diabetologia Praktyczna* 2017, tom 3, supl. A, A12.
36. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2018; *Diabetologia Praktyczna* 2018, 4; 1; 14.
37. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dn. 26 lipca 2019 r. dla w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego;
38. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, *Dz.U.* z 2016 r. poz. 1251, 1579, 2020 w: <http://isap.sejm.gov.pl/>.
39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych *Dz.U.* 2016 poz. 1761.
40. Program kursu „Edukator w cukrzycy”, [w:] <http://ckppip.edu.pl/>.
41. Program kursu „Leczenie ran”, [w:] <http://ckppip.edu.pl/>.
42. Program kursu „Opieka nad dziećmi z cukrzycą”, [w:] <http://ckppip.edu.pl/>.
43. Program kursu „Wywiad i badanie fizykalne”, [w:] <http://ckppip.edu.pl/>.
44. Boulton AJ. Pressure and the diabetic foot: clinical science and offloading techniques; *American Journal Surgery*, 2004; 187; 5A: 17–24.
45. Prabhu KG, Patil KM, Srinivasan S. Diabetic feet at risk: a new method of analysis of walking foot pressure images at different levels of neuropathy for early detection of plantar ulcers; *Medical & Biological Engineering & Computing*, 2001; 39: 288–293.
46. van Schie CH. A review of the biomechanics of the diabetic foot, *The International Journal Lower Extremity Wounds*, 2005 Sep., 4; 3: 160–70.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.12.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 21.05.2020.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Kordus
ul. Grabowa 22
61-473 Poznań
tel. 61 832 77 67
mail.: k.kordus@wseit.edu.pl
Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. prof. Kazimierza Milanowskiego
w Poznaniu

WIEDZA STUDENTÓW NA TEMAT MASTEKTOMII I WYBRANYCH METOD REKONSTRUKCJI PIERSI U PACJENTEK PO MASTEKTOMII

KNOWLEDGE OF STUDENTS ABOUT MASTECTOMY AND SELECTED METHODS OF BREAST RECONSTRUCTION IN PATIENTS AFTER MASTECTOMY

Anna Żeruń^{1, a}, Tomasz Piątek^{2, b}

¹ studentka, kierunek Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozastrojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

^a <https://orcid.org/0000-0002-1862-7448>

^b <https://orcid.org/0000-0001-5052-6690>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.25>

STRESZCZENIE

Wstęp. Utrzymująca się w Polsce tendencja wzrostowa zachorowalności na raka piersi wpłynęła na rozwój onkoplastyki. Jest to szczególnie ważne dla pacjentek po radykalnej mastektomii. Metody rekonstrukcji piersi są permanentnie poprawiane i udoskonalane. W związku z tym obecna i przyszła kadra medyczna powinna posiadać wiedzę na temat zabiegów odtworczych piersi.

Cel. Celem badania było poznanie poziomu wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat mastektomii i wybranych metod rekonstrukcji piersi u pacjentek po mastektomii oraz porównanie wiedzy studentów obu tych kierunków.

Materiał i metody. Badaniem objęto dogodnościową grupę studentów kierunków pielęgniarstwo ($n = 106$) i położnictwo ($n = 102$) studiów I i II stopnia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Do oceny poziomu wiedzy użyto autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki. Wiedza studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo na temat wybranych metod rekonstrukcji piersi u pacjentek po mastektomii jest na takim samym poziomie. Niezależnie od wybranego kierunku studenci prezentują wyższy poziom wiedzy na temat mastektomii aniżeli na temat rekonstrukcji piersi.

Wnioski. Wiedza studentów obu kierunków z zakresu rekonstrukcji piersi jest na niskim poziomie. Istnieje potrzeba uzupełnienia przedmiotowej wiedzy na ten temat w trakcie kształcenia przed- i podyplomowego.

SŁOWA KLUCZOWE: pierś, mastektomia, mammoplastyka, studenci, wiedza.

ABSTRACT

Introduction. The upward trend in the incidence of breast cancer in Poland has affected the development of oncoplastic surgery. This is especially important for patients after a radical mastectomy. Breast reconstruction methods are permanently corrected and improved. Therefore, current and future medical staff should have knowledge about breast restorative procedures.

Aim. The purpose of this study was to assess and compare the levels of knowledge of nursing and obstetrics students of the Medical University of Warsaw about mastectomy and selected methods of breast reconstruction after mastectomy.

Material and methods. The study included a convenience sample of nursing ($n = 106$) and obstetrics ($n = 102$) students of 1st and 2nd-degree studies at the Medical University of Warsaw. The author's questionnaire was used to assess the level of knowledge.

Results. The knowledge of nursing and midwifery students on selected methods of breast reconstruction in patients after a mastectomy is at the same level. Regardless of the chosen field of study, students present a higher level of knowledge about mastectomy than breast reconstruction.

Conclusions. The knowledge of students of both faculties about breast reconstruction is at a low level. There is a need to supplement a subject knowledge during the pre-diploma and post-diploma education.

KEYWORDS: breast, mastectomy, mammoplasty, students, knowledge.

Wprowadzenie

Zgodnie z danymi statystycznymi w Polsce z roku na rok wzrasta ilość osób dotkniętych rakiem piersi. Jest to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet

(18 615 zachorowań w 2016 roku; 22,8% ogółu zachorowań na nowotwory złośliwe) [1]. Wedle prognoz Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów do 2025 roku liczba zachorowań zwiększy się. Będzie to w różnym

stopniu dotyczyło przedstawicielek wszystkich grup wiekowych, nie tylko tych w okresie okołomenopauzalnym [2].

Leczenie zależne jest od stadium choroby. Powinno uwzględniać aspekty, takie jak typ histologiczny, stopień zaawansowania guza, złośliwość raka, obecność i lokalizacja przerzutów, przebyte i współistniejące choroby, jak również stan sprawności i preferencje chorej. Przy tworzeniu i wdrażaniu w życie indywidualnego planu opieki współpracować powinno wielu specjalistów. Wśród nich wyróżnić można przedstawicieli takich dziedzin, jak: radiologia, radioterapia onkologiczna, onkologia kliniczna, chirurgia onkologiczna, patologia, chirurgia plastyczna, rehabilitacja czy psychoonkologia [3]. Przed rozpoczęciem właściwej terapii pacjentka powinna zostać powiadomiona w sposób zrozumiały o wszystkich możliwych do wybrania w jej przypadku sposobach leczenia. Informacje te powinny obejmować nie tylko kwestie usunięcia guza, lecz także dostępne metody odtwórcze wraz z przejrzystym opisem wad i zalet z nimi związanych. Udział pacjentki w planowaniu leczenia powinien zwiększyć jej poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie, poprawić współpracę z personelem medycznym, zmniejszyć poczucie strachu przed nieznanym oraz pomóc wyzbyć się nierealnych oczekiwań względem możliwych do osiągnięcia efektów estetycznych [4]. Do metod leczenia raka piersi zaliczane są zarówno zabiegi oszczędzające, jak i amputacja. Mimo przeważającej na świecie tendencji do stosowania terapii oszczędzającej, w Polsce z powodu opóźnionej wykrywalności nowotworu piersi wciąż wiele kobiet poddawanych jest mastektomii radykalnej [5]. Obok metod leczniczych rozwinęły się także zabiegi odtwórcze. W nowoczesnej medycynie rekonstrukcja piersi stanowi standard, z którego przy braku przeciwwskazań powinna mieć szansę skorzystać każda chora [3]. Takie integralne podejście do leczenia wraz z rozwojem onkoplastyki wpłynęło na samą technikę amputacji piersi, która zaczęła ewoluować w kierunku podskórnego usunięcia guza z równoczesnym bądź planowanym odtworzeniem wyniosłości piersi [6].

Biorąc pod uwagę czas przeprowadzenia rekonstrukcji względem wykonania mastektomii, wyróżnić można trzy tryby zabiegu: jednoczasowy, odroczony lub ich połączenie. Wybór sposobu zależy między innymi od wyniku badania histopatologicznego, planowanego adjuwantowego leczenia onkologicznego (przede wszystkim radioterapii) czy też przeciwwskazań ze strony pacjentki do przedłużonego znieczulenia ogólnego. Zważywszy na rodzaj wykorzystanych tkanek metody odtwórcze obejmują wykorzystanie tkanek własnych pacjentki (uszypułowane i wolne płaty skórno-mięśniowe) lub użycie wszczepów z tworzyw sztucznych

(ekspander i proteza bądź ekspanderoproteza) [4, 5]. Stosowane są także techniki mieszane [7]. Efekt końcowy nie zawsze jest satysfakcjonujący. W związku z tym dla poprawy efektu estetycznego niejednokrotnie konieczne jest wykonanie dodatkowej operacji. Asymetrię piersi niweluje się podczas zabiegu onkoplastycznego w obrębie piersi kontralateralnej. Celem takiego działania jest przede wszystkim poprawa jakości życia pacjentki, choć z usunięcia części miększu piersi zdrowej wynika też inna korzyść – zmniejszenie ryzyka pojawienia się tam w przyszłości niezależnego, metachronicznego nowotworu [8].

Oprócz potrzeby przeprowadzenia symetryzacji piersi, z zabiegami rekonstrukcyjnymi wiązą się liczne powikłania. Ich liczba, jak i charakter w istotny sposób związane są z wybraną metodą odtworzenia piersi. Znaczący wpływ mają tu również czynniki, takie jak: wiek pacjentki, otyłość, zaburzenia w tkance skórnej, palenie papierosów, choroby współistniejące (w tym: cukrzyca, miażdżyca, wrodzone i nabyte zespoły upośledzenia odporności, przewlekła niewydolność nerek), przebyte zabiegi w obrębie jamy brzusznej, chemio- i radioterapia, przewlekłe stosowanie leków sterydowych, jak również doświadczenie chirurga [7, 9].

Współcześnie w kulturze istnieje pewien kanon piękna odnoszący się między innymi do wyglądu kobiecego ciała. Piers uznawana jest za symbol atrakcyjności oraz macierzyństwa. Z uwagi na to jakiegokolwiek zmiany w jej wyglądzie skutkują obniżeniem samooceny i poczuciem wstydu. Badacze określają ten syndrom jako „kompleks połowy kobiet”. Warto podkreślić, iż negatywne konsekwencje zabiegów oszczędzających, jak i amputacji odnoszą się nie tylko do intymnej sfery życia, lecz wpływają na całościowe postrzeganie swojej osoby i wywołują trudności psychospołeczne [10, 11]. W związku z powyższym onkoplastyka odgrywa bardzo ważną rolę w nowoczesnym podejściu do leczenia. Badania wskazują, iż rekonstrukcja piersi wywołuje korzystny wpływ na stan psychologiczny chorych [12]. Chociaż zaobserwować można systematyczny wzrost liczby kobiet korzystających z możliwości leczenia onkoplastycznego, wciąż znaczna część chorych nie decyduje się na zabieg odtworzenia piersi. W Polsce, mimo refundacji finansowych ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, tylko około 6% kobiet decyduje się na skorzystanie z możliwości rekonstrukcji [12, 13].

W związku z prognozowanym w najbliższych latach wzrostem zachorowań na raka piersi, a także nieustannym rozwojem onkoplastyki istnieje potrzeba przeprowadzenia badania wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo – przyszłych pracowników ochrony zdrowia – na temat mastektomii i wybranych metod rekonstrukcji piersi. Otrzymane wyniki mogą być

przydatne dla dyrekcji szpitali onkologicznych, jak również dla osób odpowiedzialnych za tworzenie programów kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego dla pielęgniarek i położnych.

Cel pracy

Celem badania było poznanie poziomu wiedzy studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na temat wybranych metod rekonstrukcji piersi u pacjentek po mastektomii oraz porównanie poziomu wiedzy studentów obu tych kierunków.

Tworząc kwestionariusz ankiety, skupiono się na uzyskaniu odpowiedzi na kilka zagadnień: „Czym jest mastektomia i kogo może dotyczyć ten zabieg?”, „Na czym polega rekonstrukcja piersi?, a także „Jakie są sposoby odtworzenia wyniosłości piersi oraz kto może poddać się temu zabiegowi?”.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w okresie od kwietnia do października 2019 roku na dogodnościowej grupie studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Udział w badaniu był dobrowolny, a respondenci zostali powiadomieni o anonimowości ankiety. Ostateczną grupę stanowiło 208 osób, w tym 106 studentów pielęgniarstwa i 102 studentów położnictwa. Charakterystyka badanej grupy została przedstawiona w **tabeli 1**.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Skupiono się na uzyskaniu odpowiedzi na kilka zagadnień: „Czym jest mastektomia i kogo może dotyczyć ten zabieg?”, „Na czym polega rekonstrukcja piersi?, a także „Jakie są sposoby odtworzenia wyniosłości piersi oraz kto może poddać się temu zabiegowi?”.

Kwestionariusz składał się z kilku części. Pierwsza z nich informowała o celowości przeprowadzenia badania. W kolejnej części znajdowały się 22 pytania zamknięte: 6 dotyczących mastektomii oraz 16 dotyczących rekonstrukcji piersi. Pytania dotyczące mastektomii koncentrowały się na definicji i rodzajach zabiegu. Na część o metodach odtwórczych składały się między innymi pytania o to, czym jest rekonstrukcja, jakie rodzaje zabiegu wyróżniamy, jakie są wskazania oraz przeciwwskazania do jego przeprowadzenia, a także możliwe powikłania po zabiegu. Kilka punktów ankiety dotyczyło również zagadnień, takich jak ekspander, implant oraz wolne i uszypułowane płaty skórno-mięśniowe. Poniżej przedstawiono kolejne pytania:

1) Co to jest mastektomia? 2) Kto może zostać poddany mastektomii? 3) Jakie rodzaje mastektomii wyróżniamy? 4) Czy mastektomia może zostać przeprowadzona jako zabieg profilaktyczny? 5) Pacjentka poddana została prawostronnej mastektomii. W jakiej pozycji po przebytym zabiegu powinna być ułożona ręka pacjentki po stronie operowanej? 6) Co ma na celu właściwe ułożenie kończyny górnej po stronie operowanej u pacjentki po przebytej mastektomii? 7) Co to jest rekonstrukcja piersi? 8) Jakie rodzaje rekonstrukcji piersi wyróżniamy? 9) Jakie metody rekonstrukcji piersi wyróżniamy? 10) Czy możliwe jest przeprowadzenie rekonstrukcji piersi u pacjentki, która zastała poddana mastektomii 15 lat wcześniej? 11) Zaznacz wskazania do rekonstrukcji piersi (pytanie wielokrotnego wyboru). 12) Zaznacz przeciwwskazania do rekonstrukcji piersi (pytanie wielokrotnego wyboru). 13) Zaznacz możliwe powikłania po zabiegu rekonstrukcji piersi (pytanie wielokrotnego wyboru). 14) Co to jest przykurcz torebkowy? 15) Jaki rodzaj znieczulenia stosowany jest do przeprowadzenia zabiegu rekonstrukcji piersi? 16) Co to jest ekspander? 17) Czym wypełnia się ekspander? 18) Po jakim czasie należy wymienić implant użyty do rekonstrukcji piersi? 19) Co to jest płat TRAM (ang. transverse rectus abdominis myocutaneous flap)? 20) Co to jest płat LD (łac. latissimus dorsi)? 21) Co to jest płat uszypułowany? 22) Co to jest symetryzacja piersi?

Nie obliczano dla każdego badanego punktacji całkowitej za całość testu. Przyjęto trzy kategorie poziomu wiedzy studentów: poziom niski (0–50% poprawnych odpowiedzi), poziom umiarkowany (< 50–75%), poziom wysoki (< 75–100%). Porównano poziom wiedzy badanych na temat mastektomii, jak i rekonstrukcji piersi.

Na końcu kwestionariusza umieszczona była metryczka umożliwiająca zebranie danych socjodemograficznych. Zawierała ona pytania o takie kwestie, jak: płeć, wiek, kierunek, stopień i rok studiów, ukończone wcześniej studia medyczne, miejsce pracy, staż pracy w zawodzie.

Badania zostały przeprowadzone za zgodą Komisji Bioetycznej przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym nr AKB/E/146/2019.

Analizy statystyczne

Różnice między grupami niepowiązanymi badano testem nieparametrycznym *U* Manna-Whitneya, a zależności między zmiennymi powiązanymi za pomocą testu *Z* Wilcoxa. Przyjęto poziom $p = 0,05$ jako próg istotności statystycznej. Analizy zebranych danych dokonano w programie SPSS wersja 21.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej
Tabele 1. Characteristic of the study group

Cecha/ Feature	Charakterystyka/ Characteristics	Liczba respondentów/ Number of respondents	%
Płeć/Sex	Kobieta/Woman	205	98,6
	Męczyzna/Man	3	1,4
Wiek/Age	18–19	46	22,1
	20–21	73	35,1
	22–23	69	33,2
	24 i więcej/24 and more	20	9,6
	Pielęgniarstwo/Nursing	106	51
Kierunek studiów/Field of study	Położnictwo/Midwifery	102	49
	I°	146	70,2
Stopień i tryb studiów/Degree of study and study mode	II° (stacjonarne)/(full-time)	59	28,4
	II° (niestacjonarne)/(extramural)	3	1,4
	Pierwszy/First	87	41,8
Rok studiów/Year of study	Drugi/Second	35	16,8
	Trzeci/Third	23	11,1
	Pierwszy mgr/First of Master's degree	51	24,5
	Drugi mgr/Second of Master's degree	12	5,8
Praca w zawodzie/Work in the profession	Tak/Yes	36	17,3
	Nie/No	172	82,7
Staż pracy w zawodzie/Seniority in the profession	0–5 lat/0–5 years	35	16,8
	6 lat i więcej/6 years and more	1	0,5

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wyniki

Poziom wiedzy studentów pielęgniarstwa z zakresu mastektomii oceniono jako umiarkowany (71,07%), a z zakresu rekonstrukcji piersi jako niski (40,42%). Podobny poziom wiedzy prezentowali studenci położnictwa – umiarkowany z zakresu mastektomii (67,65%) i niski z zakresu rekonstrukcji piersi (41,55%). Wyniki dotyczące rozkładów odpowiedzi na poszczególne pytania przedstawiają **ryciny 1 i 2**.

W analizie danych wzięto pod uwagę zależność pomiędzy przeciętnym poziomem wiedzy (uzyskanej punktacji) a poziomem studiów. Wykazano istotne różnice pomiędzy studentami studiów magisterskich i licencjackich ($U = 3517$; $p = 0,04$).

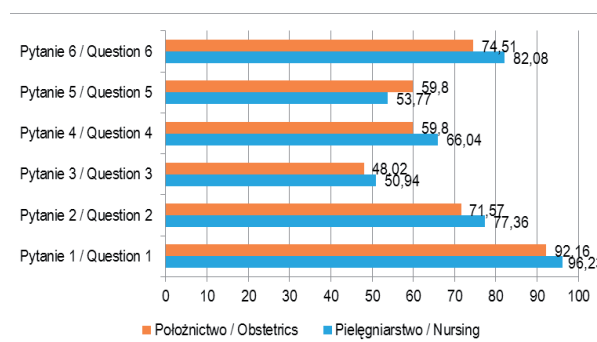
Badani na studiach magisterskich wykazywali wyższy poziom wiedzy o mastektomii (średnia ranga równa 116,39) niż badani na studiach licencjackich (średnia ranga 97,59). Sprawdzone także, czy kwestia aktywności zawodowej ma związek z poziomem ich wiedzy, jednak tu zależności nie stwierdzono ($U = 2695,5$; $p = 0,22$).

Porównano również poziom wiedzy studentów o mastektomii względem poziomu wiedzy o wybranych metodach rekonstrukcji piersi. Poziom wiedzy o mastektomii był wyższy (średnia ranga równa 111,74) niż poziom wiedzy o metodach rekonstrukcji piersi (średnia ranga 40,05) ($Z = -11,54$; $p < 0,001$).

Przeanalizowano tę zależność także w podgrupach wyznaczonych przez kierunek studiów. Pośród badanych z kierunku pielęgniarstwo wiedza o mastektomii była wyższa niż wiedza o metodach rekonstrukcji

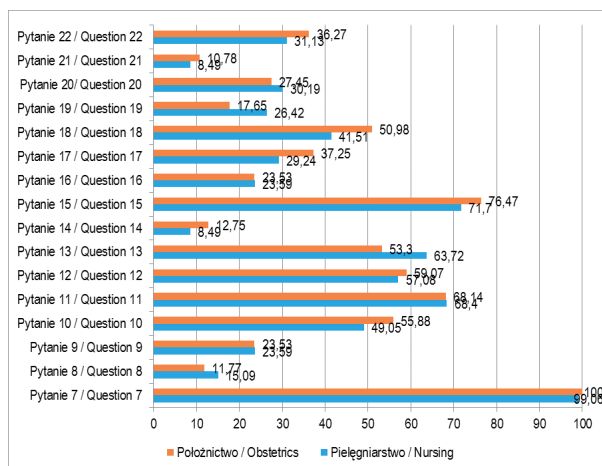
($Z = -8,46$; $p < 0,001$; średnia ranga wiedzy o mastektomii 58,08; o rekonstrukcji piersi 13,91). Podobne zróżnicowanie odnotowano wśród studiujących położnictwo ($Z = -7,79$; $p < 0,001$; średnia ranga wiedzy o mastektomii 53,91; o rekonstrukcji piersi 29,3).

W badaniu nie wykazano natomiast istotnej różnicy poziomu wiedzy na temat rekonstrukcji piersi po mastektomii pomiędzy studentami pielęgniarstwa i położnictwa ($p = 0,8$). Analizy pokazały ponadto, iż żadna z grup nie wyróżniała się pod względem znajomości wskazań ($U = 4688,5$; $p = 0,085$) i przeciwwskazań ($U = 5234$; $p = 0,69$) do przeprowadzenia zabiegu odtwórczego.



Rycina 1. Poprawność odpowiedzi studentów na pytania dotyczące mastektomii
Figure 1. The correctness of students' answers to questions about mastectomy

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis



Rycina 2. Poprawność odpowiedzi studentów na pytania dotyczące rekonstrukcji piersi

Figure 1. The correctness of students' answers to questions about breast reconstruction

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

W literaturze polskiej i światowej są publikacje prezentujące wiedzę pacjentów na temat rekonstrukcji piersi, zakresu pomocy udzielanej pacjentkom po przebytej mastektomii przez personel pielęgniarski, motywów wpływających na decyzję poddania się bądź rezygnacji z operacji, jak również oceny jakości życia kobiet w zależności od zastosowanego leczenia [11, 13, 15]. Nie ma natomiast prac badających poziom wiedzy studentów studiów medycznych na temat mastektomii i wybranych metod rekonstrukcji piersi po mastektomii. Biorąc pod uwagę potrzebę takich badań podjęto się niniejszego badania właśnie w populacji studentów pielęgniarstwa i położnictwa.

W badaniu wykazano istotne różnice pomiędzy poziomem wiedzy studentów studiów magisterskich i licencjackich. Ci pierwsi wykazali się wyższym poziomem wiedzy na temat mastektomii w porównaniu ze studentami studiów licencjackich.

Wyniki ankiety pokazały także, iż zarówno studenci pielęgniarstwa, jak i położnictwa prezentują wyższy poziom wiedzy na temat mastektomii w porównaniu z wiadomościami z zakresu rekonstrukcji piersi. Poziom wiedzy studentów obu kierunków z zakresu mastektomii oceniono jako umiarkowany (pielęgniarstwo – 71,07%, położnictwo – 67,65%), natomiast z zakresu rekonstrukcji piersi jako niski (pielęgniarstwo – 40,42%, położnictwo – 41,55%). Mastektomia to zabieg bardziej ogólny i znany, częściej poruszany w toku studiów, między innymi podczas zajęć z chirurgii czy onkologii. Użyte przez studentów wyniki świadczą o dość dobrej znajomości tego zagadnienia. Z kolei onkoplastyka to

dziedzina specyficzna, którą bliżej poznać można raczej podczas szkolenia specjalizacyjnego aniżeli w trakcie studiów I i II stopnia. Nie dziwi więc fakt, iż poziom wiedzy studentów na ten temat jest niższy.

Dla pacjentek okres otrzymania diagnozy, przebycia operacji amputacji piersi oraz poddania się jednoczesowej bądź odroczonej rekonstrukcji wiąże się z dużym stresem. Autorzy różnych badań wskazują na szczególne potrzeby chorych w tym trudnym czasie. Pacjentki wymagają pomocy nie tylko ze strony *stricto* medycznej, lecz także, a może przede wszystkim, wsparcia psychicznego. Kluczową rolę w zapewnieniu odpowiedniej opieki pełnią pielęgniarki i położne. Mając częsty i bezpośredni kontakt z pacjentką, mogą reagować na ich stany emocjonalne, umożliwić kontakt z rodziną i bliskimi, jak również zapewnić dostęp do grup wsparcia. Stanowią też cenne źródło informacji co do przebiegu leczenia i rekonwalescencji. Analizy wcześniejszych badań wskazują, iż pacjentki, które są lepiej poinformowane w zakresie swojej choroby oraz mają świadomość możliwości kontaktu z pracownikiem ochrony zdrowia, czują się spokojniejsze i lepiej przechodzą proces rekonwalescencji [16]. Wynika z tego, iż lepsze zrozumienie potrzeb pacjentek, które przeżyły operację odtwórczą piersi, może pomóc w całościowej poprawie opieki zapewnionej chorej.

Badania dowodzą, iż poddanie się operacji odtwórczej piersi przyczynia się do poprawy stanu psychicznego chorych i akceptacji wyglądu swojego ciała [12]. Wiele kobiet jednak odczuwa niezadowolenie z przebiegu tego zabiegu. Główną przyczyną jest nieodpowiednie przygotowanie chorej do zabiegu przez personel medyczny. Brak wiadomości w zakresie całościowej opieki, możliwych powikłań, użyteczności masażu, wielkości blizn i możliwości nawrotu choroby jest dla pacjentek niezwykle stresujący i skutkuje powstawaniem nieadekwatnych oczekiwań co do zabiegu i przewidywanych efektów. Pacjentki są zaskoczone długim czasem rekonwalescencji, towarzyszącymi dolegliwościami bólowymi, ograniczeniem ruchomości odtworzonej piersi, brakiem naturalności i poczuciem sztuczności w dotyku, jak również dużą ilością blizn [17].

Aby zminimalizować liczbę chorych niezadowolonych z efektów przebytej operacji, ważne jest zapewnienie pacjentkom dostępu do rzetelnych źródeł informacji na temat metod odtwórczych. Badania wskazują, iż poziom wiedzy posiadanej przez pacjentkę jest jednym z czynników odgrywających ważną rolę w procesie podejmowania decyzji o poddaniu się operacji odtwórczej piersi [18]. Z uwagi na różnorodność i specyfikę rekonstrukcji piersi personel medyczny powinien posiadać odpowiedni zasób wiedzy, aby właściwie przedstawić zarówno możliwości, jak i zagrożenia płynące z tego

typu zabiegu. Co więcej, odpowiednie przygotowanie pacjentki i personelu zapewni efektywną współpracę w okresie przed- i pooperacyjnym oraz pozwoli uniknąć niektórych powikłań.

Znacząca grupa respondentów w niniejszym badaniu (82,7%) to osoby, które nie podjęły jeszcze pracy w zawodzie. Mają zatem jeszcze czas, aby niedostatek wiedzy uzupełnić w trakcie studiów. Wyniki niniejszego badania mogą być użyteczne dla kadry dydaktycznej kierunków pielęgniarstwo i położnictwo w doborze treści kształcenia w ramach programów studiów. Mogą być też przydatne dla autorów programów kształcenia podyplomowego.

Wnioski

1. Poziom wiedzy studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z zakresu mastektomii jest umiarkowany.
2. Poziom wiedzy studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z zakresu rekonstrukcji piersi jest niski.
3. Należałoby rozważyć szersze uwzględnienie zagadnień z zakresu rekonstrukcji piersi w programach kształcenia na studiach I i II stopnia.

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U, Czaderny K, Ciuba A, Olasek P, Didkowaska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Warszawa 2018; 33–64.
2. Didkowaska J, Wojciechowska U. Nowotwory piersi w Polsce i Europie – populacyjny punkt widzenia. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2013; 63(2): 111–118.
3. Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B, Duchnowska R, Jeziorski A, Olszewski W, Senkus-Konefka E, Tchórzewska-Korba H, Wysocki P. Breast cancer. *Oncol Pract Clin*. 2018; 14: 225–250.
4. Jankau J, Skokowski J, Renkielska A. Znaczenie czasu rekonstrukcji piersi po mastektomii. *Forum Med. Rodz.* 2011; 5(3): 210–216.
5. Rykała J, Zieliński T, Kruk-Jeromin J. Odroczone, dwuetapowa rekonstrukcja piersi z użyciem wszczepów. *Leczenie Ran* 2010; 7(1–2): 5–12.
6. Bocian A, Kurzych K, Budner M, Kędzierawski P, Maliszewski D, Jasnowski P. Onkoloplastyka – nowa filozofia chirurgicznego leczenia raka piersi. *Chirurgia Plastyczna i Oparzenia* 2015; 3(3): 129–139.
7. Jankau J, Renkielska A. Powikłania związane z zabiegiem rekonstrukcji piersi. *Forum Med. Rodz.* 2011; 5(3): 302–309.
8. Tarkowski R, Hap A, Bojarowski T. Rak gruczołu piersiowego znaleziony przypadkowo podczas symetryzacji piersi towarzyszącej rekonstrukcji. www.przypadkimedyczne.pl, 12.10.2019r. 15: 20.
9. Pałubicka A, Wekwejt M, Świeczko-Żurek B, Zieliński J. Powikłania po rekonstrukcji piersi: problem zakażeń i strategii prewencyjnej – przegląd literatury. *Chirurgia Plastyczna i Oparzenia* 2017; 5(3): 89–97.
10. Salmeri-Brandt A, Przybyła-Basista H. Obraz ciała a samoocena kobiet z rakiem piersi – rola akceptacji ciała. *Psychoonkologia* 2018; 22(1): 1–10.
11. Brandt A, Przybyła-Basista H. Decyzja o rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii – motywy, objawy, percepcja efektów. *Psychoonkologia* 2016; 20(1): 17–26.
12. Kozakiewicz B, Chądzyńska M. Operacje odtwórcze piersi powód lęku i rezygnacji. *Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis* 2019; 2(22): 58–65.
13. Mazurek E. Amazońskie dylematy. Powody rezygnacji kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi z zabiegu rekonstrukcji piersi. *Psychoonkologia* 2014; 3: 97–105.
14. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 21 sierpnia 2019r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. 2019 poz. 1573).
15. Jankau J, Trus-Urbańska M, Renkielska A. Zmiana jakości życia po zabiegu rekonstrukcji piersi. *Forum Med. Rodz.* 2011, 5(5): 414–419.
16. Carr T, Groot G, Cochran D, Vancoughnet M, Holtslander L. Exploring women's Support Needs After Breast Reconstruction Surgery. *Cancer Nurs.* 2019, 42(2): E1-E9.
17. Carr T, Groot G, Cochran D, Holtslander L. Patient Information Needs and Breast Reconstruction After Mastectomy. *Cancer Nurs.* 2019, 42(3): 229–241.
18. Mazurek E. Znaczenie wiedzy w podejmowaniu decyzji o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji piersi przez kobiety leczone z powodu raka piersi. *Onkol. Pol.* 2012; 15(4): 166–170.

Artykuł przyjęty do redakcji: 12.05.2020.

Artykuł przyjęty do publikacji: 07.07.2020.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Anna Żeruń
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel: (0-22) 57 20 599
e-mail: anna.zerun@gmail.com
Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

OPIEKA OKOŁOPORODOWA WE WSPÓŁCZESNYM POŁOŻNICTWIE

PERINATAL CARE IN THE CURRENT OBSTETRICS

Agnieszka Araszkiewicz^{1, a}, Katarzyna Plagens-Rotman^{2, b}

¹ Szkoła Rodzenia „Położna z Sercem” w Poznaniu

² Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie

^a <https://orcid.org/0000-0001-9464-7195>

^b <https://orcid.org/0000-0001-7646-7430>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.26>

STRESZCZENIE

Wprowadzony 1 stycznia 2019 roku nowy standard opieki okołoporodowej niesie korzyści nie tylko dla samej kobiety, ale przynosi również znamienne zyski i zadania dla personelu medycznego. Zapewnia odpowiednią oraz jednakową organizację pracy przy jednoczesnym zagwarantowaniu bezpieczeństwa pacjentkom oraz personelowi, który postępuje według przyjętych standardów. Ponadto znacznie podnosi rangę zawodu położnej, wskazując jej miejsce w strukturze opieki nad ciążą fizjologiczną, porodem, połogiem oraz opieką nad noworodkiem.

Celem pracy było przedstawienie najciekawszych i najważniejszych aspektów, jakie przedstawiono w obowiązującym standardzie postępowania z kobietą ciężarną oraz rodzącą.

Zawód położnej jest zawodem samodzielnym podejmującym działania promujące aktywny poród, niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego, a tym samym dążenie do ograniczenia medykacji.

SŁOWA KLUCZOWE: standard, położna, opieka okołoporodowa.

ABSTRACT

Introduced on 1st of January 2019, the new standard of the perinatal care brings benefits not only for the woman herself, but also significant profits and tasks for the medical personnel. It provides an appropriate and uniform work organization while guaranteeing the safety of the patients and the personnel who follow the accepted standards. In addition, it significantly raises the importance of the midwife's profession, indicating its place in the structure of care for physiological pregnancy, a childbirth, a puerperium and a newborn.

The purpose of the work was to present the most interesting and important aspects that were presented in the current standard of dealing with pregnant and delivery women.

The midwife's profession is an independent profession undertaking activities promoting active delivery, non-pharmacological methods of alleviating delivery pain and thus striving to reduce medicalisation.

KEYWORDS: standard, midwife, perinatal care.

Wstęp

Zawód położnej jest uznany jako samodzielny. Położna udziela świadczeń zdrowotnych kobietom na przestrzeni poszczególnych okresów ich życia, najczęściej jednak sprawuje ona opiekę nad ciężarnymi, rodzącymi i położnicami [1].

Nowe spojrzenie na opiekę położnej w trakcie okresu okołoporodowego umożliwia Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, który ma na celu zapewnienie kobiecie dostępu do najlepszej i jednakowej dla każdej pacjentki opieki w okresie ciąży, porodu i połogu [1–2]. Aby ułatwić realizację standardu stworzono wzory postępowania, które służą podejmowaniu świadomych decyzji przez przyszłych rodziców oraz zapewnią dostępność do opieki na naj-

wyższym możliwym poziomie. Standardy te zapewniają jednakowy schemat postępowania w każdym podmiocie wykonującym działalność leczniczą w zakresie opieki okołoporodowej oraz są podstawą do działań lekarzy i położnych sprawujących opiekę nad kobietą i jej dzieckiem. Przede wszystkim umożliwiają osiągnięcie dobrostanu matki oraz dziecka przy minimalnym korzystaniu z interwencji medycznych. Jak wskazuje ustawa: „Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu i laktacji wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu lub laktacji, w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnej, nadciśnienia tętniczego i innych powikłań ciąży, lub poród zabiegowy, oznacza, że ciąża, poród lub laktacja wymagają zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza standard” [1].

Celem pracy było przedstawienie najciekawszych i najważniejszych aspektów, jakie przedstawiono w obowiązującym standardzie postępowania z kobietą ciężarną oraz rodzącą.

Posiłki w trakcie porodu

Jedną z ważniejszych kwestii w trakcie porodu jest możliwość przyjmowania posiłku przez rodzącą. W myśl nowych standardów „decyzję o możliwości spożywania posiłków przez rodzącą podejmuje osoba sprawująca opiekę nad rodzącą” [1, 3]. W związku z tym rekomendowane jest przyjmowanie potraw o niskiej zawartości tłuszczów, lekkich i łatwostrawnych, picie lekko słodkich napojów.

Kubli i wsp. [4] wykazali, że napoje izotoniczne zapobiegają rozwojowi ketozy u kobiety rodzącej, zwiększając pojemności żołądka. Ponadto w badaniu przeprowadzonym przez O'Sullivan i wsp. [5] nie stwierdzono ani jednego przypadku wystąpienia objawu Mendelso- na u rodzącej, który związany jest z aspiracją treści żołądkowej do płuc.

Poród rodzinny

Narodziny dziecka to nie tylko wydarzenie medyczne, a przede wszystkim okoliczności o wielkim znaczeniu dla psychiki i tożsamości kobiety, przeżycie emocjonalne, a także jedno z najważniejszych wydarzeń rodzinnych. Jeśli istnieje taka możliwość, oboje rodziców chce w pełni cieszyć się nowym członkiem rodziny już od jego pierwszych chwil życia. Zadaniem personelu medycznego jest umożliwić rodzącej korzystanie ze wsparcia osoby bliskiej. Zwykle jest to partner pacjentki, ale podczas porodu towarzyszyć może też inna osoba z rodziny kobiety czy nawet przyjaciółka. Poręba [6] uważa, że: „*Uczestnictwo ojca w porodzie przejawia się w jego działaniu. Zakres działania może być różnorodny, zależny od prezentowanej postawy wobec wspólnego porodu, jak również od oczekiwań kobiet rodzących*”. Wspólne przeżywanie aktu porodu wpływa pozytywnie na więzi partnerskie, szczególnie jeśli decyzja o uczestnictwie partnera podjęta została wspólnie z kobietą rodzącą. Ponadto ojcowie przygotowujący się do porodu rodzinnego odczuwają mniejszy lęk przed porodem [7]. Niedopuszczalne jest ograniczenie wyżej wspomnianego porodu rodzinnego tzn. brak akceptacji personelu medycznego na obecność osoby wskazanej przez samą pacjentkę.

Porody rodzinne zapoczątkowano we Francji w 1954 roku, a w Polsce pierwszy poród z udziałem ojca odbył się 10 czerwca 1983 roku w Łodzi w Klinice Perinatologii Akademii Medycznej. Znaczący udział w propagowaniu porodów rodzinnych należał jednak do Kliniki Położnictwa i Ginekologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

w Tychach, w której pierwsze porody rodzinne zaczęły odbywać się od 1987 roku. Obowiązujące standardy podkreślają pozytywne znaczenie porodu rodzinnego.

Demedykalizacja

Poród oraz laktacja to procesy fizjologiczne, które powinny być prowadzone zgodnie z naturą [1]. Przykładem demedykalizacji w Polsce, wprowadzonej w latach 20. ubiegłego wieku, jest nacięcie krocza, czyli zabieg położniczy często wykonywany rutynowo i bez wskazań medycznych [8]. „Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego. W tym okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania [...] ochrony krocza, przy czym nacięcie krocza należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach” [1].

Również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO; ang. World Health Organization) **zaleca ograniczenie stosowania nacięcia krocza, ze względu na szkodliwość jego rutynowego stosowania.**

Drugim przykładem demedykalizacji są metody łagodzenia bólu w trakcie porodu. Mimo przybywających na rynku preparatów oraz metod farmakologicznych w myśl nowych standardów należy kierować się prawem natury.

Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu oraz poród z ochroną krocza zamiast rutynowego nacięcia przynoszą wiele korzyści matce oraz dziecku, negatywnych stron takich działań nie udowodniono [9–10].

Rodzącej podczas przyjęcia do szpitala należy przedstawić w sposób zrozumiały wszystkie możliwe metody łagodzenia bólu porodowego oraz poinformować o ich dostępności w danym podmiocie leczniczym [1–2]. Zastosowanie metod farmakologicznych podczas porodu wiąże się z dodatkowym monitorowaniem stanu zdrowia kobiety oraz płodu.

Pomoc w demedykalizacji stanowi utrzymanie odpowiedniej aktywności fizycznej rodzącej. Aktywność zapewnia nie tylko łagodzenie bólu, ale też wpływa na postęp porodu [11]. W myśl nowego standardu należy „*zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu*” [1]. Rodząca w czasie porodu kieruje się swoim instynktem, spontanicznie zmieniając pozycje ciała, tak by czuła się podczas porodu komfortowo. Pozycje przyjmowane przez rodzącą powinny być wybierane instynktownie. Zwykle są to pozycje wertykalne, w których kanał rodny skierowany jest w dół, co umożliwia działanie grawitacji, szybsze zstępowanie części przodującej i postęp porodu. Podmioty lecznicze powinny być wyposażone w sprzęt, który jest

przydatny zarówno w czasie aktywności fizycznej pacjentki, jak i pomaga zapewnić jej odpowiedni odpoczynek w przerwie międzyskurczowej. Takim wyposażeniem są: stołki porodowe, piłki, liny oraz drabinki, które pomogą utrzymać ciało w pozycji pionowej [1, 11].

Znaczenie mają również metody fizjoterapeutyczne, np.: ciepłe bądź zimne okłady, masaż oraz, jeśli w danym szpitalu jest to dostępne, przezskórna stymulacja nerwowa TENS. W zależności od wyposażenia szpitala należy zasugerować skorzystanie z immersji wodnej pod prysznicem bądź w wannie [2, 12].

Obecny standard definiuje: metody farmakologiczne i niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego, zakres współpracy personelu medycznego sprawującego opiekę nad rodzącą i jego kwalifikacje oraz odpowiedzialność za przebieg porodu z zastosowaniem tych metod.

Wsparcie w okresie karmienia piersią

W myśl nowego standardu każda kobieta w ciąży powinna jak najwcześniej zostać objęta opieką położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Edukacja w Szkole Rodzenia powinna poruszać tematykę związaną z laktacją i rozwiązywaniem problemów występujących w tym okresie. Położna „zachęca matkę do karmienia naturalnego, udziela porady laktacyjnej z uwzględnieniem oceny anatomii i fizjologii piersi matki i jamy ustnej dziecka, oceny techniki karmienia, umiejętności ssania i skuteczności karmienia oraz czynników ryzyka niepowodzenia w laktacji, pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją” [1].

Podawanie mleka modyfikowanego powinno być prowadzone tylko za zgodą lekarza oraz matki po wcześniejszym poinformowaniu jej o takim sposobie żywienia dziecka. Ponadto zgodnie ze zmianami organizacyjnymi każda potrzebująca kobieta powinna mieć zapewniony sprzęt do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego (obowiązek od 1 stycznia 2022 roku). Jeśli noworodek urodzi się przedwcześnie i nie może być karmiony mlekiem matki, należy zapewnić mu pokarm z banku mleka kobiecego równolegle z działaniami wspomagającymi stymulację laktacji u kobiety [2, 13–14].

Wsparcie w zakresie karmienia piersią powinno być wolne od treści i działań reklamowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt, aby zminimalizować ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia naturalnego.

Zaburzenia psychiczne jako czynnik ryzyka

Dane epidemiologiczne wskazują, że 1 na 10 kobiet ma objawy depresji poporodowej w pierwszych 4–6 tygodniach po porodzie. Jedną z najważniejszych przyczyn takiego stanu jest spadek hormonów, ale też niepewność w jaki sposób „młoda mama” poradzi sobie w no-

wej roli. Od stycznia 2019 roku lekarz lub położna ocenia zdrowie psychiczne kobiet za pomocą Skali Becka w pierwszym trymestrze ciąży, miesiąc przed porodem oraz w pierwszym miesiącu po porodzie. Na podstawie zaobserwowanych objawów depresji, zgłaszanych przez kobietę, powinna być ona skierowana na konsultację u specjalisty (psychologa lub psychiatry). Ostateczna decyzja dotycząca konsultacji u specjalisty należy do kobiety. Ważne jest, aby kobieta otrzymała informacje, czym jest depresja poporodowa i jakie są jej skutki, że objawy u niej występują i jakie może podjąć dalsze działania związane z leczeniem [1–2, 15].

Rola położnej we współczesnej opiece okołoporodowej

W opiece okołoporodowej nad kobietą ciężarną szczególnie rolę spełnia położna [16]. Ważnym elementem działalności położnej w opiece okołoporodowej jest **edukacja zdrowotna** w zakresie przygotowania kobiety do życia w rodzinie, przekazywanie wiedzy niezbędnej na temat metod planowania ciąży oraz macierzyństwa i ojcostwa. „*Ramowy program edukacji przedporodowej obejmuje okres prenatalny (ciąża), porodu, poporodowy (połóg) oraz wsparcie społeczne ciężarnej, położnicy i rodziny w okresie okołoporodowym*” [1]. Ponadto położna powinna przekazać wiedzę na temat laktacji oraz zapewnić o możliwości rozwiązania problemów, jeśli jakieś pojawią się po porodzie. Zgodnie z nowymi standardami każda kobieta powinna znajdować się pod opieką położnej rodzinnej, która zapewni ciągłość opieki przed porodem oraz po rozwiązaniu w ramach wizyt patronażowych [1–2].

Poza działalnością medyczną i poradami z zakresu pielęgnacji do zadań położnej w czasie wizyt w okresie przedporodowym należy ocena możliwości wsparcia i pomocy ze strony osób z najbliższego otoczenia kobiety. Z racji sprawowania opieki w środowisku domowym jest jedną z pierwszych osób, które mogą zauważyć występowanie patologii w relacjach rodzinnych. W celu profilaktyki depresji poporodowej położna powinna posługiwać się skalą Becka [2, 15, 17].

W **sali porodowej** położna zobowiązana jest do stworzenia atmosfery wzajemnego zaufania oraz nawiązania porozumienia z rodzącą. Nadzór nad porodem naturalnym polega jedynie na obserwacji czynności serca płodu, postępu porodu oraz bezpieczeństwa dziecka oraz kobiety rodzącej. Rolą położnej jest również poinformowanie rodzącej o możliwości skorzystania z pozycji wertykalnych, immersji wodnej oraz innych metod łagodzenia bólu porodowego. Zachęca pacjentkę do zmian pozycji i aktywnego udziału w porodzie. Ponadto standardy opieki okołoporodowej nakładają obowiązek nawiązania z osobą towarzyszącą podczas

porodu kontaktu, który powinien opierać się na poczuciu bezpieczeństwa, a przede wszystkim zachowaniu godności [1–2, 11, 13].

Podsumowanie

Zawód położnej jest zawodem samodzielnym, który w myśl nowego standardu okołoporodowego umożliwia położnej podejmowanie działań na rzecz aktywnego porodu, promowania nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, a tym samym prowadzi do ograniczenia medykalizacji.

Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Dz.U. 2018 poz.1756.
2. <https://www.rodzicpoludku.pl/Standard-opieki-okoloporodowej> [data wejścia 29.04.2019].
3. O'Sullivan G, Liu B, Shennan AH. Oral intake during labor, *Int Anesthesiol Clin.* 2007; 45: 133–147.
4. Kubli M, Scrutton MJ, Seed PT, O'Sullivan G. An evaluation of isotonic "sport drinks" during labour. *Anesth Analg.* 2002; 94(2): 404–408.
5. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomized controlled trial. *BMJ.* 2009; 338: 784.
6. Poręba R, Sioma-Markowska U. Analiza postaw ojców w porodzie rodzinnym w materiale Katedry i Oddziału Klinicznego Ginekologii i Położnictwa w Tychach w Śląskiej Akademii Medycznej. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2008; 2: 141–148.
7. Berkau A, Suchowiak S, Plagens-Rotman K. Poród rodzinny z perspektywy ojca dziecka. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2016; 1 (46): 18–23.
8. Doroszewska A. Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykacją a demedykacją? *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio I.* 2016; 2: 47–59.
9. Bilińska E, Nowacka A, Dmoch-Gajzlerska E. Różnica między porodem naturalnym a zmedykizowanym. *Położ Nauka Prakt.* 2016; 1: 14–16.
10. Sulima M, Golnik E. Alternatywne metody łagodzenia bólu porodowego. *Technologie w optymalizacji opieki medycznej.* *EJMT.* 2013; 1(1): 41–47.
11. Wawryków A, Korabiusz K, Fabian-Danielewska A, Niedozielska M, Janik I, Wawryków P. Physical activity of women during natural delivery. *J Educ Health Sport.* 2017; 7 (7): 927–939.
12. Smolarek N, Pięt M, Żurawska J, Szpunar R, Pięta B. Alternatywne sposoby łagodzenia bólu porodowego. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2016; 1(46): 74–80.
13. Szajewska H, Horvath A, Rybak A, Socha P. Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Stand Med, Pediatr.* 2016; 13: 9–24.
14. Bednarczyk M. Wsparcie laktacji i profesjonalna pomoc w karmieniu naturalnym, dla matek dzieci urodzonych przedwcześnie i z wadami anatomicznymi twarzoczaszki – na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia. *Dev Period Med.* 2016; 5: 358–371.
15. Maliszewska K, Świątkowska-Freund M, Bidzan M, Preis K. Ryzyko depresji poporodowej a cechy osobowości i wsparcie społeczne. *Polskie przesiewowe badanie obserwacyjne matek 4 tygodnie i 3 miesiące po porodzie.* *Psychiatr Pol.* 2017; 51(5): 889–898.
16. Smerdka A. Samodzielność i kompetencje zawodu położnej w systemie podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2015; 1: 45–50.
17. Puszczatowska-Lizis E, Mokrzycka K, Jandziś S. Wpływ edukacji przedporodowej na przebieg ciąży, porodu i wczesne macierzyństwo. *Med Ogólna Nauki Zdr.* 2016; 22(4): 264–269.

Artykuł przyjęty do redakcji: 02.07.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 26.02.2020.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Plagens-Rotman

ul. Ks. Kard. Stefana Wyszyńskiego 38

62-200 Gniezno

tel.: 61 4242942

e-mail: plagens.rotman@gmail.com

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Hipolita Cegielskiego w Gnieźnie

■ PROCES PIELEGNOWANIA PACJENTA Z PRZEWLEKŁYM ZAPALENIEM TRZUSTKI W UJĘCIU MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI PRAKTYKI PIELEGNIARSKIEJ ICNP®

NURSING CARE OF A PATIENT WITH CHRONIC PANCREATITIS USING ICNP®

Paulina Landowska, Hanna Grabowska^a

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

^a <https://orcid.org/0000-0003-2999-7978>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2020.27>

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Przewlekłe zapalenie trzustki (PZT) oznacza złożoną chorobę zapalną, charakteryzującą się postępującym niszczeniem tkanki gruczołowej, włóknieniem oraz zaburzeniami funkcji zewnętrznej i wewnętrzwydzielniczej.

Cel. Celem pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania pacjenta z przewlekłym zapaleniem trzustki z wykorzystaniem terminologii ICNP®.

Opis przypadku. W pracy zastosowano metodę *case study* oraz technikę wywiadu, obserwacji, pomiarów i analizy dokumentacji medycznej pacjenta. W ocenie chorego wykorzystano skalę C-HOBIC. Badanie przeprowadzono w Szpitalu im. M. Kopernika w Gdańsku na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Diabetologii w maju 2019 r. i objęto nim 61-letniego pacjenta hospitalizowanego z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych jamy brzusznej, nudności, wymiotów oraz biegunki.

Wnioski. W wyniku przeprowadzonej oceny statusu pacjenta ogółem sformułowano 11 diagnoz pielęgniarstwa, w tym 6 diagnoz aktualnych, odzwierciedlających status fizjologiczny chorego (ból brzucha [10043953], nudności [10012453], wymioty [10025981], biegunka [10000630], hiperglikemia [10027550] i zmienione ciśnienie krwi [10022954]), 1 diagnozę potencjalną (ryzyko infekcji [10015133]), a także 2 diagnozy dotyczące stylu życia chorego (nadużywanie alkoholu [10022234] i nadużywanie tytoniu [10022247]) oraz statusu psychologicznego (niepokój [10000477]) i samoopieki (brak wiedzy [10000837]).

W planie opieki pielęgniarstwa uwzględniono interwencje o charakterze diagnostycznym, związane z oceną i monitorowaniem statusu pacjenta, a także zarządzaniem stwierdzonymi u chorego symptomami oraz udziałem pielęgniarki w procesie terapeutycznym. Ważny element planu opieki stanowiły interwencje ukierunkowane na edukację zdrowotną oraz zapewnienie choremu komfortu psychicznego.

SŁOWA KLUCZOWE: przewlekłe zapalenie trzustki, proces pielęgnowania, klasyfikacja, ICNP.

ABSTRACT

Introduction. Chronic pancreatitis is a complex inflammatory disease characterized by progressive destruction of gland tissue, fibrosis, and disorders of exocrine and endocrine functions.

Aim. The aim of the study is to present the process of nursing care of patients with chronic pancreatitis using the ICNP® terminology.

Case study. The research employed the case study method and the technique of the interview, observation, analysis of medical records and measurements. The C-HOBIC data set was used to assess the patient's condition. The study was carried out at the Copernicus Hospital in Gdansk at the Department of Internal Medicine and Diabetes in May 2019 and included a 61-year-old patient hospitalized for persistent abdominal pain, nausea, vomiting and diarrhoea.

Conclusions. As a result of the assessment of the patient's condition, 11 nursing diagnoses were formulated, including 6 current diagnoses reflecting the patient's physiological status (abdominal pain [10043953], nausea [10012453], vomiting [10025981], diarrhoea [10000630], hyperglycaemia [10027550] and altered blood pressure [10022954]), 1 potential diagnosis (risk for infection [10015133]), as well as 2 diagnoses concerning the patient's lifestyle (alcohol abuse [10022234] and tobacco abuse [10022247]), psychological status (anxiety [10000477]) and self-care (lack of knowledge [10000837]).

The nursing care plan included diagnostic interventions related to the assessment and monitoring of the patient's status, as well as the management of symptoms and problems found in the patient, and the participation of the nurse in the therapeutic process. Interventions aimed at health education and providing mental comfort for the patient were an important part of the nursing care plan.

KEYWORDS: chronic pancreatitis, nursing process, classification, ICNP.

Wprowadzenie

Przewlekłe zapalenie trzustki (PZT) oznacza złożoną chorobę zapalną, uwarunkowaną czynnikami idiopatycznymi, genetycznymi, toksyczno-metabolicznymi oraz środowiskowymi i autoimmunologicznymi. Charakteryzuje się postępującym niszczeniem tkanki gruczołowej, włóknieniem oraz zaburzeniami funkcji zewnętrznej i wewnątrzwydzielniczej trzustki [1–3].

Szacuje się, że zapadalność na PZT w krajach wysoko rozwiniętych wynosi 4 przypadki na 100 tys. mieszkańców, natomiast w krajach skandynawskich jest ona dwukrotnie wyższa. W Polsce zachorowalność wynosi 8,5 na 100 tys. mieszkańców, przy czym dotyczy głównie osób w wieku 35–45 lat. Obserwuje się stały wzrost zachorowań, co spowodowane jest m.in. nadmiernym spożywaniem alkoholu, który odpowiada za 65–85% przypadków PZT [2, 3].

W obrazie klinicznym PZT dominuje uczucie pełności oraz ból w nadbrzuszu, często promieniujący do pleców, nasilający się po spożyciu posiłku. Do objawów PZT należą wzdęcia, wymioty oraz spadek masy ciała. Charakterystyczne są również biegunki tłuszczowe oraz zaburzenia gospodarki węglowodanowej (cukrzycę stwierdza się u 10–35% chorych). W przebiegu ciężkiej niewydolności zewnątrzwydzielniczej często dochodzi również do obniżenia stężenia w surowicy krwi witamin rozpuszczalnych w tłuszczach [2–4].

Priorytetem w leczeniu przewlekłego zapalenia trzustki jest przede wszystkim poprawa jakości życia pacjenta i redukcja ryzyka rozwoju powikłań. Leczenie pacjenta z PZT obejmuje podaż enzymów trzustkowych oraz preparatów przeciwbólowych, zaprzestanie picia alkoholu oraz palenia tytoniu, a także stosowanie diety (bogatokalorycznej, lekkostrawnej, bogatobiałkowej, o niskim indeksie glikemicznym, z suplementacją witamin). Pacjent powinien przyjmować 5–6 posiłków dziennie w odstępach 3–4 godzin. W sytuacji braku efektów leczenia zachowawczego włącza się metody zabiegowe (endoskopowe oraz operacyjne) [4–8].

Zatem w opiece pielęgniarskiej nad chorym z PZT skupić się należy przede wszystkim na kontroli bólu, rozwiązywaniu problemów związanych z zespołem złego wchłaniania oraz radzeniu sobie z przewlekłymi powikłaniami, takimi jak cukrzyca, wymagająca stosowania insulinoterapii [9–11].

Celem pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania pacjenta z przewlekłym zapaleniem trzustki z wykorzystaniem terminologii zawartej w Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® (*International Classification of Nursing Practice*).

Słownik ICNP® należy do rodziny taksonomii Światowej Organizacji Zdrowia – wraz z ICD (*Inter-*

tional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) oraz ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). Został stworzony i jest rozwijany przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek, a jego aktualizacja odbywa się co dwa lata (ostatnia wersja pochodzi z 2019 roku). Klasyfikacja ICNP® stanowi ujednolicony słownik terminów referencyjnych dla praktyki pielęgniarskiej, spełnia kryteria ISO (*International Organization for Standards*) i jest modelowana przy użyciu semantycznego języka sieci Web [12, 13]. Zawiera ponad cztery tysiące pojęć, w tym ponad osiemset diagnoz/wyników oraz ponad tysiąc interwencji pielęgniarskich, co w znaczący sposób ułatwia i przyspiesza dokumentowanie procesu pielęgnowania pacjentów (bez konieczności konstruowania z terminów wywodzących się z osi przedmiot i osąd – w odniesieniu do diagnoz oraz z osi działanie – w odniesieniu do interwencji). Każdy termin posiada odrębny, identyfikujący go kod, składający się z ośmiu cyfr. Stosowanie ICNP® zwiększa efektywność porozumiewania się pielęgniarek w różnych regionach świata i obszarach kulturowych [14, 15].

Opis przypadku

W pracy zastosowano metodę *case study* oraz technikę wywiadu, obserwacji, pomiarów i analizy dokumentacji medycznej pacjenta. W ocenie chorego wykorzystano skalę C-HOBIC (*Canadian Health Outcomes for Better Information and Care*), wywodzące się z kanadyjskiego projektu, którego celem jest poprawa jakości opieki pielęgniarskiej. System C-HOBIC, zawiera liczne wskaźniki projakościowe i narzędzia oceny statusu funkcjonalnego (skale ADL i IADL), gotowości do wypisu/ samoopieki terapeutycznej, oceny symptomów (ból, duszności, nudności, zmęczenia, kontynencji moczu) oraz bezpieczeństwa (ryzyka rozwoju odleżyn i ryzyka upadku) [16–18].

Badanie przeprowadzono w Szpitalu im. M. Kopernika w Gdańsku na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Diabetologii w maju 2019 r., po uzyskaniu zgody dyrekcji szpitala, pielęgniarki oddziałowej, kierownika oddziału oraz chorego.

Pacjenta w wieku 61 lat przyjęto do szpitala z powodu utrzymujących się od 3 dni dolegliwości bólowych jamy brzusznej zlokalizowanych w okolicy środkowego śródbrzusza oraz podbrzusza. Chory zgłaszał również nudności i wymioty oraz luźne stolce. Pacjent przyznaje się do częstego spożywania alkoholu oraz do palenia papierosów (około 15 szt./ dobę). Rok wcześniej chory był hospitalizowany z powodu ostrego zapalenia trzustki, powikłanego torbielą rzekomą oraz podejrzenia perforacji przewodu Wirsunga, który zabezpieczono protezą.

U pacjenta dokonano oceny funkcjonowania poszczególnych układów:

- oddechowego: bez zaburzeń, oddech miarowy, 17 oddechów/min;
- sercowo-naczyniowego: tętno – 80 ud/min, miarowe, dobrze napięte, pomiar na tętnicy promieniowej kończyny prawej; nadciśnienie tętnicze (158/86 mm Hg – po przyjęciu leków hipotensyjnych); saturacja 97%;
- pokarmowego: nudności, wymioty, biegunka, masa ciała prawidłowa (BMI = 23,43 kg/m²); jama ustna bez zmian;
- moczowo-płciowego: bez zaburzeń;
- nerwowego: pełna świadomość, kontakt słowno-logiczny zachowany, rytm snu i czuwania zachowany, zachowanie pacjenta adekwatne do sytuacji, pacjent niepokoi się o swój stan zdrowia, neguje omdlenia, zaburzenia równowagi oraz napady padaczkowe;
- narządów zmysłów: prawidłowe funkcjonowanie;
- kostno-stawowego: bez dolegliwości;
- powłok skórnych: skóra zadbana, bez uszkodzeń, ciepłota, napięcie, zabarwienie prawidłowe.

Podczas przyjęcia temperatura ciała wynosiła 36,3°C. Stężenie glikemii we krwi włośniczkowej w kolejnych dniach hospitalizacji wahało się w zakresie: na czczo 107–135 mg%; o godz. 12:00 – 143–164 mg%; o godz. 16:00 – 97–125 mg%; o 20:00 – 133–153 mg%.

W wyniku oceny za pomocą skal C-HOBIC [18] u chorego stwierdzono w zakresie:

- statusu funkcjonalnego – chory zdolny do mobilności w łóżku, przemieszczania, chodzenia, ubierania, samodzielnego jedzenia, korzystania z toalety, wykonywania higieny;
- gotowości do wypisu/samoopieki terapeutycznej – częściowy deficyt wiedzy o reżimie leku i leczenia oraz świadomości objawów i zdolności zarządzania reżimem;
- oceny symptomów – ból utrzymujący się od kilku dni (intensywność bólu 7–8/10 pkt.; po podaniu leków przeciwbólowych – 3 pkt.), umiarkowane nudności. Dusznosci, zmęczenia oraz inkontynencji moczu nie stwierdzono;
- bezpieczeństwa – nie stwierdzono ryzyka rozwoju odleżyn i ryzyka upadku.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono wzrost stężenia lipazy (503 U/l), amylazy (216 U/l); ALT (63 U/l), AST (53 U/l) oraz glukozy (263 mg/dl) we krwi żyłnej, a także stężenia amylazy (2795 U/l) w moczu. W badaniu USG jamy brzusznej stwierdzono powiększenie i stłuszczenie wątroby oraz obecność licznych zwap-

nień trzustki w obrębie głowy o wielkości do 33 mm. Trzon i ogon trzustki bez zmian, a w przewodzie Wirsunga była widoczna proteza. Ostatecznie u chorego zdiagnozowano zaostrzenie przewlekłego zapalenia trzustki o etiologii alkoholowej.

W leczeniu zastosowano leki przeciwbólowe, wprowadzono dożylną płynoterapię, leki z grupy inhibitorów pompy protonowej, inhibitorów konwertazy angiotensyny, kwas acetylosalicylowy, pankreatynę oraz doraźnie insulinę szybko działającą (w dawkach uzależnionych od wartości glikemii). Początkowo chory spożywał suchary oraz kleik, a następnie wprowadzono dietę trzustkową.

W planowaniu opieki pielęgniarskiej nad chorym zastosowano terminologię referencyjną ICNP® [14, 19, 20].

Plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z PZT

Diagnoza ICNP® 1. Ból brzucha [10043953]

Interwencje ICNP®: monitorowanie bólu [10038929]; administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084]; zarządzanie bólem [10011660]; nauczanie o zarządzaniu bólem [10019489]; identyfikowanie postawy wobec bólu [10009654]; ewaluacja odpowiedzi na zarządzanie bólem [10034053].

Wynik ICNP®: Zredukowany ból [10027917]

Diagnoza ICNP® 2. Nudności [10012453]

Interwencje ICNP®: ocenianie nudności [10043694]; nauczanie o zarządzaniu nudnościami [10043687]; zarządzanie nudnościami [10043673]; zachęcanie do odpoczynku [10041415]; zapewnienie prywatności [10026399]; zastosowanie urządzenia zabezpieczającego [10002472]; pozycjonowanie pacjenta [10014761].

Wynik ICNP®: Bez nudności [10028984]

Diagnoza ICNP® 3. Wymioty [10025981]

Interwencje ICNP®: zarządzanie wymiotami [10046329]; pozycjonowanie pacjenta [10014761]; asystowanie w czynnościach toaletowych [10023531]; zapewnienie prywatności [10026399]; zastosowanie urządzenia zabezpieczającego [10002472]; zarządzanie reżimem diety [10023861]; nauczanie o pielęgnacji jamy ustnej [10023531].

Wynik ICNP®: Bez wymiotów [10029181]

Diagnoza ICNP® 4. Biegunka [10000630]

Interwencje ICNP®: ocenianie biegunki [10043656]; ocenianie kału [10050172]; zarządzanie biegunką [10043641]; nauczanie o zarządzaniu biegunką [10043660]; zapewnienie prywatności [10026399]; promowanie higieny [10032477]; współdziałanie w terapii płynami [10030948].

Wynik ICNP®: Bez biegunki [10040063]

Diagnoza ICNP® 5. Hiperglikemia [10027550]

Interwencje ICNP®: monitorowanie stężenia glukozy we krwi [10032034]; zarządzanie poziomem glukozy we krwi [10046262]; administrowanie insuliną [10030417].
Wynik ICNP®: Hiperglikemia [10027550]

Diagnoza ICNP® 6. Niepokój [10000477]

Interwencje ICNP®: ocenianie niepokoju [10041745]; zarządzanie niepokojem [10031711]; informowanie o hospitalizacji [10042480]; zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]; wspieranie statusu psychologicznego [10019161].

Wynik ICNP®: Zredukowany niepokój [10027858]

Diagnoza ICNP® 7. Zmienione ciśnienie krwi [10022954]

Interwencje ICNP®: monitorowanie ciśnienia krwi [10032052]; administrowanie lekiem [10025444].

Wynik ICNP®: Zmienione ciśnienie krwi [10022954]

Diagnoza ICNP® 8. Nadużywanie alkoholu [10022234]

Interwencje ICNP®: ocenianie nadużycia alkoholu [10044107]; poradnictwo dotyczące alkoholu [10031036]; nauczanie o nadużywaniu alkoholu [10044900]; ułatwienie regeneracji po nadużywaniu alkoholu [10035856].

Wynik ICNP®: Bez nadużywania alkoholu [10028765]

Diagnoza ICNP® 9. Nadużywanie tytoniu [10022247]

Interwencje ICNP®: ocenianie używania tytoniu [10038606]; ocenianie gotowości do rzucenia palenia [10038623]; poradnictwo dotyczące stosowania tytoniu [10031058]; nauczanie o rzuceniu palenia [10038647].

Wynik ICNP®: Bez nadużywania tytoniu [10029147]

Diagnoza ICNP® 10. Brak wiedzy [10000837]

Interwencje ICNP®: ocenianie wiedzy [10033882]; nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533]; nauczanie o odżywianiu [10024618]; nauczanie o chorobie [10024116]; nauczanie o nadużywaniu substancji [10024639]; nauczanie o pomiarze ciśnienia krwi [10044148]; nauczanie o zachowaniach prozdrowotnych [10032956]; nauczanie o kontrolowaniu objawów podmiotowych [10038080]; zapewnienie materiału instruktażowego [10024493].

Wynik ICNP®: Adekwatna wiedza [10027112]

Diagnoza ICNP® 11. Ryzyko infekcji [10015133]

Interwencje ICNP®: ocenianie podatności na infekcję [10002821]; ocenianie oznak i symptomów infekcji [10044182]; utrzymywanie drożności dostępu dożylnego [10036577]; używanie techniki aseptycznej [10041784].

Wynik ICNP®: Bez infekcji [10028945]

Dyskusja

Opiekując się pacjentem z przewlekłym zapaleniem trzustki pielęgniarka powinna dokonać bardzo wnikliwej

i rzetelnej oceny jego funkcjonowania we wszystkich aspektach życia, co umożliwi sformułowanie właściwego planu opieki. W procesie pielęgnowania należy zidentyfikować również posiadane przez chorego zasoby, aby wdrożyć optymalny zakres interwencji, zapewniający osiągnięcie oczekiwanych wyników oraz satysfakcję pacjenta [9–11].

Za kluczowe w diagnozie pielęgniarskiej dla pacjentów z PZT uznano: uporczywe biegunki będące wynikiem upośledzonego trawienia pokarmów [10], brak wiedzy na temat diety w przewlekłym zapaleniu trzustki [10], trudności w podejmowaniu aktywności życia codziennego z powodu utrzymujących się dolegliwości bólowych/deficyt samoopieki [11], osłabienie wynikające z wyniszczenia organizmu [11] oraz możliwość nawracających epizodów zaostrzenia zapalenia trzustki z powodu nadużywania alkoholu i palenia papierosów [11]. Większość z nich stwierdzono również u opisanego w niniejszej pracy chorego. W wyniku przeprowadzonej oceny statusu pacjenta ogółem sformułowano 11 diagnoz pielęgniarskich, w tym 6 diagnoz aktualnych, odzwierciedlających status fizjologiczny chorego (ból brzucha [10043953], nudności [10012453], wymioty [10025981], biegunka [10000630], hiperglikemia [10027550] i zmienione ciśnienie krwi [10022954]), 1 diagnozę potencjalną (ryzyko infekcji [10015133]), a także 2 diagnozy dotyczące stylu życia chorego (nadużywanie alkoholu [10022234] i nadużywanie tytoniu [10022247]) oraz statusu psychologicznego (niepokój [10000477] i samoopieki (brak wiedzy [10000837])).

W piśmiennictwie podkreśla się znaczenie odpowiedniego przygotowania chorych z przewlekłym zapaleniem trzustki do wypisu ze szpitala. Bariere w osiągnięciu założonych celów opieki może stanowić przewlekły charakter schorzenia, a także konieczność stosowania skomplikowanych schematów leczenia w domu oraz podjęcia interwencji psychospołecznych [9, 21], stąd potrzeba zastosowania w procesie pielęgnowania podejścia zindywidualizowanego i holistycznego oraz edukacji zdrowotnej zarówno samego chorego, jak i jego bliskich.

Przedstawione choremu – zgodnie z zaleceniami zawartymi w przytoczonym w niniejszej pracy piśmiennictwem – potencjalne korzyści wynikające ze stosowania zaleceń dietetycznych oraz zaniechania palenia tytoniu i spożycia alkoholu, wzmocniły jego motywację i deklarację wdrożenia pożądanych w przebiegu PZT zachowań zdrowotnych.

W efekcie podjętych interwencji uzyskano redukcję zgłaszanego przez chorego niepokoju, zmniejszenie natężenia odczuwanego przez pacjenta bólu, ustąpienie nudności, wymiotów oraz biegunki.

Wnioski

1. W opiece nad chorym z PZT uwzględniono interwencje o charakterze diagnostycznym, związane z oceną i monitorowaniem statusu pacjenta, a także zarządzaniem stwierdzonymi u chorego zaburzeniami oraz udziałem pielęgniarki w procesie terapeutycznym. Ważny element opieki nad chorym stanowiły interwencje ukierunkowane na edukację zdrowotną oraz zapewnienie choremu komfortu psychicznego.
2. Zastosowana w pracy terminologia ICNP® umożliwiła skonstruowanie przejrzystego planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z przewlekłym zapaleniem trzustki.

Piśmiennictwo

1. Pham A, Forsmark C. Chronic pancreatitis: review and update of etiology, risk factors, and management. *F1000Research* (F1000 Faculty Rev) 2018; 7(607): 1–11.
2. Dąbrowski A, Jurkowska G, Wereszczyńska-Sięmiątkowska U. Choroby trzustki. W: Gajewski P. *Interna Szczeklika*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2016. 1064–1091.
3. Kadaj-Lipka R, Lipiński M, Adrych K i wsp. Zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne w przewlekłym zapaleniu trzustki. *Rekomendacje Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii oraz Polskiego Klubu Trzustkowego*. *Prz Gastroenterol*. 2018; 13(3): 167–181.
4. Szczepanek M, Goncz G, Dąbrowski A, Sierżęga M. Rozpoznawanie i leczenie przewlekłego zapalenia trzustki. Omówienie wytycznych europejskich (HaPanEu) 2016. *Med Prakt*. 2018; 1: 30–55.
5. D'Haese J, Ceyhan G, Demir I et al. Treatment options in painful chronic pancreatitis: a systematic review. *HPB* 2014; 16: 512–521.
6. Siepiak M, Adrych K. Leczenie zachowawcze, endoskopowe i chirurgiczne chorych na przewlekłe zapalenie trzustki. *Farmacja Współ*. 2014; 7: 169–174.
7. Dominguez-Munoz E, Rosendahl J, Besseling M et al. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis. *United European Gastroenterol J*. 2016; 5(2): 1–47.
8. Włochal M, Grzymisławski M. Rola żywienia w leczeniu przewlekłego zapalenia trzustki. *Piel Zdr Publ*. 2013; 3(3): 303–310.
9. Johnstone CC. An overview of the management of patients with chronic pancreatitis. *Nurs Stand*. 2016; 31(13): 54–63.
10. Jarocka I, Perkowska U. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobami trzustki. W: Jurkowska G, Łagoda K (red.). *Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015. 227–240.
11. Talarska D, Strugała M. Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu pokarmowego. W: Talarska D, Zozulińska-Ziółkiewicz D (red.). *Pielęgniarstwo internistyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017. 184–188.
12. Kilańska D. Terminologia referencyjna i jej znaczenie dla praktyki. W: Kilańska D, Grabowska H, Gaworska-Krzemińska A (red.). *E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2018. 347–362.
13. Bartz CC, Kim TY, Kilańska DM. Standard terminology for nursing. *Probl. Pielęg*. 2017; 25(2): 108–111.
14. International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice (ICNP®). ICNP® Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser> [dostęp 27.05.2019 r.].
15. Grabowska H, Kilańska D, Gaworska-Krzemińska A. Metoda pracy pielęgniarki w praktyce klinicznej. Proces pielęgnowania i zastosowanie terminologii referencyjnej. W: Kilańska D, Grabowska H, Gaworska-Krzemińska A (red.). *E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2018. 367–396.
16. Hannah K, White PA, Kennedy MA. C-HOBIC – Standardized Information to Support Clinical Practice and Quality Patient Care across Canada. *Nurs Inform*. 2012: 142.
17. Canadian Health Outcomes for Better Information and Care Project [https://c-hobic.cna-aic.ca/about/default_e.aspx – dostęp 27.05.2019].
18. Andruszkiewicz A. Studium przypadku HOBIC. W: Kilańska D, Grabowska H, Gaworska-Krzemińska A (red.). *E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2018. 236–265.
19. Grabowska H, Grabowski W, Gaworska-Krzemińska A. Mapowanie fraz opisujących diagnozy i interwencje pielęgniarskie w opiece nad chorym z cukrzycą z wykorzystaniem ICNP®. *Pielęg XXI w*. 2014; 3(48): 37–42.
20. Grabowska H, Grabowski W, Gaworska-Krzemińska A. Wykorzystanie ICNP® w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym. *Probl Pielęg*. 2014; 22(1): 107–112.
21. Smith SB. Discharge planning for the patient with chronic pancreatitis. *Gastroenterol Nurs*. 2013; 36(6): 415–9.

Artykuł przyjęty do redakcji: 19.11.2019.

Artykuł przyjęty do publikacji: 13.05.2020.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Hanna Grabowska
ul. Dębinki 7/15
80-211 Gdańsk
tel.: 0/58 349 19 80
e-mail: hanna.grabowska@gumed.edu.pl
Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny



Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2019

Reviewers of ‘Polish Nursing’ in 2019

dr hab. Ewa Baum, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr hab. Sławomir Graczyk, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława
Wojciechowskiego w Kaliszu (Polska)

dr Małgorzata Postulska-Lamperska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
(Polska)

dr Sławomir Szymański, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (Polska)

prof. Ewa Wilczek-Rużyczka, Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie (Polska)

dr Regina Sierżantowicz, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

dr Marta Hreńczuk, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

dr Danuta Kunecka, Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)

dr Anna Stefanowicz, Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)

dr Anna Zera, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

dr Cwajda-Białasik, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Bydgoszcz (Polska)

dr Bożena Kulesza-Brończyk, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

WSTĘP

Informacje dla autorów

„Pielęgniarstwo Polskie” jest kwartalnikiem. Zamieszcza recenzowane prace oryginalne, poglądowe i kazuistyczne oraz recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów naukowych, notatki kronikarskie, wspomnienia pośmiertne itp. napisane w języku polskim oraz angielskim. Czasopismo ukazuje się w papierowej wersji pierwotnej oraz w wersji elektronicznej w systemie open-access na stronie internetowej <http://www.pielengniarstwo.ump.edu.pl/>. Siedziba redakcji czasopisma mieści się w Katedrze Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, ul. Mariana Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań.

Zgłoszenia prac

Prace należy przysyłać drogą elektroniczną poprzez internetowy system redakcyjny przetwarzania prac „Open Journal Systems” (OJS), dostępny w zakładce „zgłaszanie manuskryptów on-line”. Pracę należy wprowadzić do systemu zgodnie z instrukcją, po uprzednim zalogowaniu się lub zarejestrowaniu – w przypadku braku swojego konta w systemie. W procesie zgłaszania pracy w systemie OJS należy pamiętać o wprowadzeniu danych:

- imię i nazwisko wszystkich autorów z afiliacją (skorzystać z opcji „dodać autora”),
- skan wypełnionego druku **Oświadczenia autorów** w pliku pomocniczym systemu edytorskiego. Wzór oświadczenia dostępny jest na: [oswiadczenie.doc](#),
- adres autora, do którego będzie kierowana korespondencja. Adres należy wpisać wyłącznie w biogramie pod afiliacją wybranego autora. Należy podać: imię i nazwisko, pełny adres (ulica, kod, miejscowość), numer telefonu (służbowy), e-mail, afiliację autora.

Przygotowanie manuskryptu

Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman, z odstępem między wierszami 1,5 (półtora odstępu), 2,5 cm marginesem z każdej strony, bez sformatowania, tj. bez twardych spacji, znaków końca linii, przy użyciu tzw. miękkich enterów. Powinien być wyrównany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Należy pisać zwykłą czcionką w kolorze jednolicie czarnym (dopuszcza się wytłuszczenie tytułów i podtytułów), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp. W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami). Akapity należy rozpoczynać wcięciem przy użyciu odpowiedniego polecenia w edytorze tekstu (bez używania tzw. enterów). Przed zapisem z tekstu należy usunąć wszystkie zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze. Prace w języku angielskim powinny być napisane poprawną angielszczyzną. Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej.

Praca powinna zawierać, w kolejności:

- stronę tytułową,
- streszczenie w języku polskim i angielskim,
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim,
- manuskrypt wraz z tabelami, rycinami, fotografiami,
- piśmiennictwo wg stylu Vancouver,
- informację o źródłach finansowania i konflikcie interesów.

Strona tytułowa

Zawiera tytuł pracy w języku polskim i angielskim. W tytule nie należy zamieszczać skrótów. Prosimy o niepodawanie danych dotyczących nazwisk autorów i ich afiliacji ze względu na anonimowość recenzji.

Strona druga

Zawiera streszczenie w języku polskim i angielskim. **Streszczenie** w pracach oryginalnych powinno mieć charakter struk-

GUIDANCE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Information for authors

‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is a quarterly. It prints reviewed original research, opinion articles and case studies, book reviews, conference reports, notes on events, obituaries, etc. in both Polish and English. ‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is published in the open-access on the following website: <http://www.pielengniarstwo.ump.edu.pl/>. The editorial office is located in the Chair of Nursing, Poznan University of Medical Sciences, Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznan.

Paper submission

Papers should be submitted electronically via the editorial journal processing system ‘Open Journal Systems’ (OJS), available in ‘submission of manuscripts on-line’. The paper should be entered into the system in accordance with the instructions, after logging in or registering if you are new to the system. When submitting papers in the OJS be sure to enter the following data:

- all authors’ first names and surnames with affiliation (use the option ‘add the author’),
- the completed scanned form of **Authors’ declarations** in the auxiliary file of the editorial system. The model declaration is available on: [oswiadczenie.doc](#),
- the corresponding author’s address. The address should be entered only in the biographical note under the affiliation of the author in question. Please provide: name, full address (street, post code, town), office telephone number, e-mail address, author’s affiliation.

Manuscript preparation

The text should be written with 12 spot font Times New Roman, with the space between the lines 1.5 (one and a half space), 2.5 cm margin from every side, without editing, i.e. without hard spaces, end of the line signs (so-called soft enters). It should be justified (balanced to the left and right-hand margins). One should write with an ordinary font in black exclusively (greased titles and subtitles are possible), without upper case distinctions, spacing out or underlining with the solid line, etc. In numbers, decimals should be separated by commas (not dots). Paragraphs should begin indented using the appropriate commands in a text editor (without using the so-called breaks between). Before saving, one must remove all selections used when editing the text. Papers in English should be written in the correct English language. The file should be saved in the format: DOC or DOCX. Pages should be numbered, starting with the title page.

The paper should include, in order:

- title page,
- abstract in Polish and English,
- key words in Polish and English,
- manuscript with tables, figures and photographs,
- literature prepared in accordance with the Vancouver style,
- information on sources of funding and conflict of interest.

Title page

It includes the paper title in Polish and in English. The title should not contain abbreviations. Please, do not include authors’ names and affiliations due to review anonymity.

Second page:

It contains abstracts in Polish and in English. **The abstract** of original papers should be structural – it should contain: **Intro-**



turalny – zawierać: **Wstęp, Cel, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski**; w przypadku prac kazuistycznych – **Wprowadzenie, Cel, Opis przypadku, Wnioski**; w przypadku prac poglądowych – **Wstęp, Podsumowanie kolejnych rozdziałów, Podsumowanie/Wnioski**. Streszczenie (w języku polskim oraz angielskim) powinno zawierać nie więcej niż 250 słów.

Należy unikać skrótów, a w przypadku ich użycia podać wyjaśnienie przy pierwszym zastosowaniu.

Pod streszczeniem należy umieścić słowa kluczowe – nie więcej niż pięć w języku polskim i angielskim, spośród wymienionych w Medical Subject Headings (MeSH).

Strona trzecia i kolejne

Powinny zawierać zasadniczy tekst pracy.

PRACA ORYGINALNA

Praca w tej kategorii przedstawia wyniki oryginalnych badań przeprowadzonych w dziedzinach zgodnych z obszarem zainteresowań czasopisma (zob. Wstęp). Konstrukcja tekstu powinna być następująca:

Wprowadzenie powinno zawierać syntetycznie ujętą podstawę teoretyczną i empiryczną badania wraz z jego uzasadnieniem, bez szczegółowego, obszernego przeglądu literatury i wcześniejszych badań.

Cel pracy powinien być jasno określony i nawiązywać do informacji podanych we **Wprowadzeniu**.

Materiał – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania.

Metody – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania. W przypadku stosowania wcześniej opublikowanych metod i narzędzi badawczych należy podać stosowne przypisy bibliograficzne.

Wyniki powinny być przedstawione w sposób jasny i zwięzły, bez szczegółowego powtarzania informacji zawartych w tabelach i rycinach.

Dyskusja powinna podkreślać znacznie wyników badań własnych w kontekście literatury przedmiotu. Nie powinna powtarzać wyników ani zastępować przeglądu piśmiennictwa.

Wnioski powinny mieć uzasadnienie w przeprowadzonym badaniu.

Tekst pracy nie powinien przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z tabelami, rycinami i **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 25 pozycji. Należy podać informację o zgodzie właściwej komisji bioetycznej na przeprowadzenie badania (w części **Materiał** lub **Metody**).

PRACA POGLĄDOWA

Prace w tej kategorii dotyczą przeglądu wiedzy na temat ważnych zagadnień, istotnych odkryć w zakresie pielęgniarstwa i dziedzinach pokrewnych. Układ publikacji poglądowej różni się od publikacji oryginalnej brakiem opisu przeprowadzonych badań, a zamiast dyskusji wyników zawiera kolejne rozdziały stanowiące główną część pracy (np. zestawione z sobą wnioski z innych publikacji). Zalecany jest podział tekstu na rozdziały opatrzone zwięzłymi tytułami i/lub śródtytułami. **Podsumowanie/Wnioski** zawierają własne przemyślenia wynikające z przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa opisanego w poszczególnych rozdziałach pracy. Objętość pracy nie może przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 40 pozycji.

PRACA KAZUISTYCZNA

Praca kazuistyczna opisuje jeden lub więcej interesujących, rzadkich przypadków. Praca powinna mieć następujący układ: **Wprowadzenie, Opis przypadku, Dyskusja**. Objętość nie może przekraczać 2,5 tys. słów, tj. ok. 3–4 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**).

duction, Aim, Material and methods, Results and conclusions; in case studies – **Introduction, Aim, Case, Conclusions**; in review papers – **Introduction, Summary of each chapter, Summary/Conclusions**. The abstract (in Polish and English) should contain no more than 250 words.

Abbreviations should be avoided, and when used, the explanation of the first application should be given.

Under the abstract key words should be included – not more than 5 in Polish and English, from among those listed in the Medical Subject Headings (MeSH).

Third and next pages

They should contain the main text of the paper.

ORIGINAL PAPER

The original paper presents results of original investigations conducted in the field of nursery and medicine in general (see Introduction). The paper should be divided into:

Introduction – it should contain a synthetically recognized theoretical and empirical framework of the research along with its justification, without a detailed, comprehensive literature review and previous studies.

Aim – it should be clearly defined and should refer to the information included in the Introduction

Material – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication

Methods – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication. When using previously published methods and research tools, provide the appropriate bibliographical references.

Results – they should be presented in a clear and concise way, without a detailed repetition of the information contained in tables and figures.

Discussion – it should emphasize the importance of one's own research results in the context of literature. It should not repeat results or replace the literature review.

Conclusions – they should be justified in the research carried out.

The text should not exceed 6000 words, i.e. about 12–15 pages (including tables, figures and **References**). **References** should not exceed 25 items. Please provide information on the approval of conducting the research by the relevant bioethics committee (in Material or Methods).

OPINION ARTICLE

Opinion articles concern fundamental findings in the field of nursery and medicine in general. The opinion article structure is different from the original paper in the lack of the conducted study description and, instead of Discussion, it contains subsequent chapters constituting the main part of the paper (e.g. summarized conclusions from other publications). It is recommended to divide the text into chapters with concise titles and/or subtitles. **Summary/Conclusions** contain authors' own reflections resulting from the literature review, as described in separate chapters of the paper. The text should not exceed 6000 words, i.e. about 15–20 pages (including **References**).

CASE STUDY

The case study presents one or more interesting rare cases or clinical conditions. The paper should be divided into: **Introduction, Case description** and **Discussion**. The text should not exceed 2500 words, i.e. about 3–4 pages (including **References**).



PODSUMOWANIA ZJAZDÓW I INNE TEKSTY INFORMACYJNE (por. Wstęp)

Artykuły w tej kategorii nie powinny przekraczać 1–1,5 tys. słów (2 strony).

PIŚMIENNICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie, wg standardu Vancouver. Należy podawać tylko pozycje związane z tematem pracy i uwzględnione w tekście manuskryptu. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczane cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych. W spisie piśmiennictwa każda kolejna pozycja powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem. Należy przestrzegać jednolitej interpunkcji wg wzorów:

W przypadku źródeł z czasopisma należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów wg bazy danych MedLine (zawsze zakończone kropką), rok publikacji, tom, numer strony pierwszej i ostatniej. Nie należy podawać źródeł: „w druku”, „w przygotowaniu”, „informacja ustna”.

Przykład:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

W przypadku cytatu z książki należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej.

Przykład:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie*. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania rozdziału pochodzącego z książki należy podać: nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion autora/autorów tegoż rozdziału, tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.

Przykład:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie*. W: Malinowski A (red.). *Gerontologia*. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

TABELE

Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows. Powinny być w formie edytowalnej, z ograniczeniem linii wertykalnych. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi, z użyciem pełnego wyrazu **Tabela**, a nie skrótu *tab.* (np. Tabela 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny znajdować się nad tabelami. Tekst w tabeli powinien być napisany czcionką Arial Narrow CE wielkości 10 pkt. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli powinno zawierać również wersję angielską. Liczba tabel powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

RYCINY

Wykresy należy wykonać w programie Word dla Windows lub Excel. Ilustracje należy zapisać w formacie TIF lub JPG. Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej, bez używania skrótu *ryc.* (czyli np. Rycina 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny być napisane w programie Word, edytowalne i powinny znajdować się pod rycinami. Liczba rycin powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

CONFERENCE REPORTS AND OTHER INFORMATION TEXTS (compare Introduction)

The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

REFERENCES

Literature should be presented on a separate sheet of paper using the Vancouver style. Only references related to the topic of the paper should be included in the text of the manuscript. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and marked using Arabic numerals in square brackets. Each new item in the list of references should be written in a new line, preceded by a number. Homogeneous punctuation should be respected as follows:

The sequence for a journal article should be the following: authors' names and first names, paper title, journal title abbreviated as in the MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last page numbers. One should not include references: 'in print', 'to appear soon', 'oral information'.

Example:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

The sequence for the book should be as follows: authors' names and first letters of their first names, book title, place and edition of publication, year of publication, first and last page numbers.

Example:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie*. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter authors' names and first letters of their first names, chapter title, book title, book authors, place and edition of publication, year of publication, chapter first and last page numbers.

Example:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie*. W: Malinowski A (red.). *Gerontologia*. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

The sequence for the Internet should be as follows: authors' names and first letters of their first names, paper title, full address of the website, access date.

TABLES

Tables should be prepared in Word for Windows. They should be in the editable form, limiting vertical lines. All tables should be numbered using Arabic numerals and a full word 'TABLE', not an abbreviation 'tab.' (e.g. Table 5). The titles in both Polish and English should be placed above tables. The text in the table should be written in 10-point *Arial Narrow CE* font. The width of the table should not exceed 8 cm or 16 cm. The interior of the table should also include the English version. The number of tables should be limited to the necessary minimum.

FIGURES

Charts should be prepared in Word for Windows or Excel. Illustrations must be saved in JPG or TIF format. Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals, with no abbreviation 'fig.' (e.g. Figure 5). Titles in Polish and English should be written in Word, they should be editable and should be placed under figures. The number of figures should be limited to the necessary minimum.



OŚWIADCZENIE AUTORÓW

Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie autorów, że praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie. Aby przeciwdziałać przypadkom *ghostwriting* oraz *ghost authorship*, redakcja prosi autorów nadsyłających pracę o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy, tzn. autorzy zobowiązani są podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polegał na opracowaniu koncepcji, założeniach, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenie powinno być podpisane przez wszystkich autorów zgłaszanej pracy. Nadesłane prace mogą być sprawdzane pod kątem oryginalności za pomocą programu antyplagiacyjnego.

SKRÓTY

Skróty należy objaśniać przy pierwszym wystąpieniu, umieszczając je w nawiasie po pełnym tekście. Należy sprawdzić poprawność użytych skrótów. W tytule i streszczeniu zaleca się unikania skrótów. W tabelach i rycinach użyte skróty powinny być wyjaśnione w podpisach znajdujących się poniżej.

PROCEDURA RECENZOWANIA

Wszystkie artykuły podlegają wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego lub jednego z członków Rady Naukowej, którzy mogą odrzucić pracę lub przelać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzowania przez przynajmniej dwóch ekspertów w danej dziedzinie jest stosowany dla artykułów zaakceptowanych do dalszej oceny. Po otrzymaniu recenzji Redaktor Naczelny podejmuje decyzję o akceptacji artykułu do druku, akceptacji po drobnej poprawie, akceptacji po zasadniczej poprawie lub odrzuceniu. Autorzy otrzymują uwagi do manuskryptu niezależnie od decyzji. W przypadku akceptacji pracy wymagającej poprawy **autorzy zobowiązują się ustosunkować się do recenzji w ciągu 30 dni**. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawiania usterek dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z autorem.

PRAWA AUTORSKIE

W przypadku akceptacji artykułów do druku wydawca nabywa do nich prawa autorskie, a wszelkie reprodukcje wersji elektronicznej lub papierowej nie mogą być dokonywane bez zgody wydawcy.

AUTHORS' DECLARATIONS

Each manuscript should be accompanied by authors' declarations that the paper has never before been published in any other journal. To counteract the occurrence of 'ghostwriting' or 'ghost authorship' phenomena the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution to manuscript preparation. The information has to be qualitative in character, i.e. the authors should state whether their work included preparation of the conceptual framework, assumptions, methods, protocol, etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. The declaration, attached to the manuscript, should be signed by all authors of a submitted paper. Submitted manuscripts may be checked for originality using anti-plagiarism software.

ABBREVIATIONS

Abbreviations must be defined in full along with their first appearance in the text. They should be placed in brackets after a full text. Their correctness should be checked. Avoiding abbreviations in titles and abstracts is recommended. Abbreviations used in tables and figures should be defined in captions below.

REVIEWING PROCEDURE

All submitted papers are initially evaluated by the Chief Editor or a member of the Academic Council. The manuscripts may be turned down or reviewed further by two reviewers who do not know authors' names or the name of authors' institutions. On receiving the reviews, the Chief Editor decides whether the manuscript should be published, published after slight corrections, published after essential corrections or rejected. Authors receive remarks on the paper regardless of the decision made. If the manuscript is to be published after corrections, **authors are required to express their opinion on reviews within 30 days**.

The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version without asking for the author's consent.

COPYRIGHTS

In case manuscripts are to be published, the Editor acquires the copyrights and no electronic or hard copy can be made without the Editor's consent.