

**Redaktor naczelny:**

dr n. med. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

**Z-ca redaktora naczelnego:**

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

**Sekretarz Redakcji:**

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

**Komitet Naukowy:**

prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)

prof. Sabina De Geest (Basel, Szwajcaria)

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

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

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

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

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

dr n. med. Sylwia Krzemińska (Wrocław)

dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)

dr n. med. Jakub Trnka (Wrocław)

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

dr Diane Carroll (Boston, USA)

dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)

dr Eleni Kletsou (Ateny, Grecja)

dr Monica Parry (Toronto, Kanada)

dr Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)

mgr Jolanta Grzebieluch (Wrocław)

mgr Stanisław Manulik (Wrocław)

**Redaktor językowy:**

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,

wydawnictwo@continuo.pl

**Redaktor statystyczny:**

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

**Redaktor języka angielskiego:**

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

**Redaktorzy tematyczni:**

**Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i w intensywnej  
opiece:**

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

**Zarządzanie w pielęgniarstwie, organizacja pracy  
w pielęgniarstwie:**

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

**Pielęgniarstwo kardiologiczne:**

dr n. med. Izabella Uchmanowicz,

izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

**Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne:**

dr hab. prof. nadzw. Joanna Rosińczuk,

joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

**Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska  
opieka długoterminowa:**

dr n. med. Dominik Krzyżanowski,

dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl

**Pielęgniarstwo epidemiologiczne:**

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska,

beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

**Socjologia medycyny:**

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

**Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnictwo:**

dr n. med. Monika Przestrzelska,

monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

**Adres redakcji:**

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław

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

e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

**Wydawca:**

Na zlecenie Europejskiego Centrum  
Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu

WYDAWNICTWO

*Continuo*

Wydawnictwo Continuo

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

Tel.: 71 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.continuo.pl

**Prenumerata:**

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

dla odbiorców indywidualnych: 40 zł

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

**Reklamy:**

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

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności.

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

PL ISSN 2084-4212

Nakład 500 egz.

# Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

2014, Vol. 3, Nr 4, 81-112

## Spis treści/Content:

<b>Słowo wstępne</b>	82
PRACE ORYGINALNE	
<b>Wiedza rodziców na temat alergii pokarmowych u dzieci</b>	83
Katarzyna Golemo, Anna Rozensztrauch, Anna Janiga, Anna Kłodzińska	
<b>Bio-psychoseksualne aspekty nacięcia krocza podczas porodu</b>	87
Magdalena Gutt	
<b>Poziom jakości opieki pielęgniarskiej na przykładzie oddziałów Uniwersyteckiego Szpitala Kinicznego we Wrocławiu</b>	90
Barbara Kinga Wierzbička, Beata Jankowska-Polańska	
PRACE POGLĄDOWE	
<b>Możliwości obniżenia wydatków indywidualnych osób niepełnosprawnych na leczenie i rehabilitację</b>	97
Krzysztof Tuszyński, Andrzej Kierzek	
PRACE KAZUISTYCZNE	
<b>Opieka nad dzieckiem z zapaleniem płuc – opis przypadku</b>	102
Beata Konecka, Agnieszka Zborowska, Victoria Haaßengier, Anna Rozensztrauch	
<b>Proces pielęgnowania pacjenta po zatruciu propranololem w oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii</b>	106
Izabella Uchmanowicz, Marta Kurpaska, Aleksandra Kołtuniuk, Joanna Rosińczuk	
<b>Preface</b>	82
ORIGINAL PAPERS	
<b>Parent's knowledge on children alimentary allergy</b>	83
Katarzyna Golemo, Anna Rozensztrauch, Anna Janiga, Anna Kłodzińska	
<b>The bio-psycho-sexual aspects of episiotomy during childbirth</b>	87
Magdalena Gutt	
<b>Level of nursing care quality on examples of Wrocław Medical University Hospital wards</b>	90
Barbara Kinga Wierzbička, Beata Jankowska-Polańska	
REVIEWS	
<b>The possibilities of debasement of individual persons with disabilities expenses on treatment and rehabilitation</b>	97
Krzysztof Tuszyński, Andrzej Kierzek	
CASE REPORTS	
<b>Nursing care of a child with pneumonia – a case report</b>	102
Beata Konecka, Agnieszka Zborowska, Victoria Haaßengier, Anna Rozensztrauch	
<b>The nursing process in the case of a patient with propranolol poisoning hospitalized in the Anesthesiology and Intensive Care Unit</b>	106
Izabella Uchmanowicz, Marta Kurpaska, Aleksandra Kołtuniuk, Joanna Rosińczuk	

**Odwiedź naszą stronę internetową**

[www.wspolczesnepielengniarstwo.pl](http://www.wspolczesnepielengniarstwo.pl)



## SŁOWO WSTĘPNE

Mijają już trzy lata od momentu utworzenia kwartalnika „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” jako oficjalnego organu Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu. Tak jak zakładaliśmy w tym okresie w kwartalniku drukowane były prace oryginalne, pogładowe, kazuistyczne, prace studenckie i inne. Łącznie w okresie trzech lat opublikowanych zostało 27 prac oryginalnych, 17 pogładowych, 3 kazuistyczne, 13 prac studenckich, 1 z historii medycyny i artykuł redakcyjny. Zakładaliśmy, iż na łamach naszego kwartalnika będą obecne artykuły o różnej tematyce szeroko związanej z dziedzinami pielęgniarstwa, położnictwa, ochrony zdrowia, które prezentują nie tylko najistotniejsze problemy związane z tymi dziedzinami nauki, ale także będą prezentowały osiągnięcia pielęgniarek i położnych, a także autorów związanych z szeroko pojętą dziedziną nauk o zdrowiu w kontekście zachodzących zmian w tych dyscyplinach nauki. Myślę, że w tym okresie udało się osiągnąć zamierzony cel.

Z satysfakcją informuję, że uruchomiliśmy stronę internetową czasopisma: <http://www.wspolczesnepielegniarstwo.pl>. Na stronie prezentowane są kolejne numery „Współczesnego Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia”.

Dalsze plany pracy Redakcji zakładają ciągły rozwój, dlatego chciałabym zachęcić i zaprosić do większej obecności na łamach naszego pisma Koleżanki i Kolegów również i z innych ośrodków akademickich.

Zwróciłam się z propozycją uczestniczenia w Radzie Naukowej naszego pisma do wybitnych polskich i zagranicznych Pielęgniarek i Położnych i spotkałam się z życzliwą akceptacją i chęcią współpracy. Oczywiście, jestem świadoma trudności, jakie napotykamy w codziennej pracy, ale oczekuję jednak dalszego wsparcia tej inicjatywy i mam nadzieję, że uda nam się wspólnie redagować pismo, które będzie się starało wyjść naprzeciw bardzo już szerokiemu gronu Przedstawicieli tych zawodów, którzy będą mogli prezentować swój dorobek naukowy i osiągnięcia na łamach kwartalnika, a tym samym przyczynią się do dalszego rozwoju polskiego pielęgniarstwa i położnictwa.

Redaktor Naczelna  
Dr n. med. Izabella Uchmanowicz

Redakcja kwartalnika „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia”, licząc na dalszą owocną współpracę, składa najserdeczniejsze podziękowania Recenzentom, którymi w roku 2014 byli:

- Dr hab. Ireneusz Całkosiński, prof. nadzw. (Wrocław)
- Dr n. med. Piotr Hańczyc (Wrocław)
- Dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)
- Dr n. med. Beata Jankowska-Polańska (Wrocław)
- Dr Eleni Kletsiou (Ateny, Grecja)
- Dr n. med. Sylwia Krzemińska (Wrocław)
- Dr Katerina Lambrinou (Nikozja, Cypr)
- Dr hab. Janusz Mierzwa, prof. nadzw. (Wrocław)
- Prof. dr hab. med. Bernard Panaszek (Wrocław)
- Dr n. med. Monika Przestrzelska (Wrocław)
- Dr hab. n. o zdr. Joanna Rosińczuk, prof. nadzw. (Wrocław)
- Dr n. med. Jacek Smereka (Wrocław)
- Dr n. med. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)
- Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)
- Dr hab. med. Dorota Zyśko, prof. nadzw. (Wrocław)

# WIEDZA RODZICÓW NA TEMAT ALERGII POKARMOWYCH U DZIECI

## Parent's knowledge on children alimentary allergy

Katarzyna Golemo<sup>1</sup>, Anna Rozensztrauch<sup>2</sup>, Anna Janiga<sup>1</sup>, Anna Kłodzińska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup> Zakład Pediatrii Społecznej, Katedra Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Choroby alergiczne są najczęstszymi chorobami przewlekłymi wieku rozwojowego. W Polsce choruje około 20% populacji dziecięcej. Najwięcej i najczęściej mówi się o astmie, ale nie można zapominać o atopowym zapaleniu skóry i alergicznym zapaleniu błony śluzowej nosa. Pielęgniarka pełni kluczową rolę w opiece nad dzieckiem z alergią, redukuje lęk dziecka, zapewnia wsparcie emocjonalne. W myśl współczesnych teorii pielęgnowania, to pielęgniarka powinna przygotować rodzinę z chorym dzieckiem do samoopieki i samopielęgnacji oraz pomóc w adaptacji do nowej sytuacji.

**Cel pracy.** Określenie poziomu wiedzy rodziców na temat alergii pokarmowej ich dziecka.

**Materiał i metody.** Badania prowadzono od 30 czerwca do 26 września 2014 r. wśród rodziców pacjentów Oddziału Klinicznego Alergologii Dziecięcej Samodzielnego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu oraz losowo wybranych rodziców dzieci z alergią, za pośrednictwem ankiety internetowej. Badaniem objęto 50 rodziców. Do przeprowadzenia badania została użyta metoda sondażu diagnostycznego z zastosowaniem anonimowej ankiety własnego autorstwa. Obliczenia wykonano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel.

**Wyniki.** Respondenci oceniają, że najlepiej przygotowaną osobą do przekazywania pacjentom wiedzy na temat profilaktyki oraz postępowania w chorobach alergicznych jest lekarz (84% ankietowanych). Jedynie 8% uważa personel pielęgniarski za wystarczająco kompetentny w zakresie przekazywania wiedzy. Badani oczekują od personelu medycznego rzetelnych informacji. Jak stwierdzili, nie chcą czerpać wiedzy z Internetu, tylko dlatego, że nikt nie ma dla nich wystarczająco dużo czasu albo wiedzy. Osoby posiadające wyższe wykształcenie wykazywały, statystycznie istotną (36%), większą świadomość ochronnego działania karmienia piersią. Tylko 11% z nich uważało, że karmienie piersią nie ma wpływu na ryzyko rozwoju alergii.

**Wnioski.** 1. Wiedza rodziców na temat alergii pokarmowych jest niewielka. 2. Zaufanie do pielęgniarki, jako osoby kompetentnej do edukacji pacjenta, jest alarmująco niskie. 3. Większość ankietowanych uważa swoją wiedzę za niewystarczającą i wyraża chęć do jej pogłębienia. 4. Osoby posiadające wyższe wykształcenie wykazują wyższą świadomość, że karmienie piersią jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko wystąpienia alergii.

**Słowa kluczowe:** alergia pokarmowa, edukacja, poziom wiedzy.

### SUMMARY

**Background.** Allergic diseases are the most common childhood chronic diseases. They affect around 20% of the pediatric population in Poland. The most common is asthma, but atopic diseases and allergic rhinitis are also quite frequent. Nurses play a key role in care for children with an allergy, help to reduce their anxiety and provide emotional support. According to modern nursing theory, a nurse should prepare families with a sick child to self-care and help to adapt them to the new situation.

**Objectives.** The aim of this study was to determine parents knowledge on their child's alimentary allergy.

**Material and methods.** The study was conducted from 30 June 2014 to 26 September 2014 among parents of patients on Pediatric Allergy Clinical Division at Independent Public Clinical Hospital No. 1 in Wrocław and randomly selected parents of children with allergies by means of an online survey. The study included 50 parents. The study was carried out using the method of diagnostic survey with an anonymous questionnaire developed by the author. Calculations were performed using Microsoft Excel.

**Results.** Respondents indicated that the best prepared person to provide patients with knowledge about prevention and handling of allergic diseases is a doctor, 84% of them. Only 8% believe that the nursing staff is competent enough to educate patients. Respondents expect medical staff to provide them with reliable information. They do not wish to gain the information from the Internet only because there is nobody with enough time or enough knowledge available for them. People with higher education, statistically significantly (36%), were more aware of the protective effect of breastfeeding, only 11% of them believed that breastfeeding does not have any impact on the risk of developing allergies.

**Conclusions.** 1. Parents' knowledge about alimentary allergies is very low. 2. Trust in nurses as competent in patients education is alarmingly low. 3. The majority of respondents believe their knowledge is insufficient and is willing to improve it. 4. People with higher education have a greater awareness of breastfeeding as a factor in reducing the risk of allergies.

**Key words:** alimentary allergy, education, knowledge level.

### WSTĘP

Choroby alergiczne są najczęstszymi chorobami przewlekłymi wieku rozwojowego. W Polsce choruje około 20% populacji dziecięcej. Najwięcej i najczęściej mówi się o astmie, ale nie można zapominać o atopowym zapaleniu skóry i alergicznym zapaleniu błony śluzowej nosa. W ostatnich latach wzrost częstości występowania chorób alergicznych, takich jak: astma, atopowe zapalenie skóry czy alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa, jest szczególnie wyraźny w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej [1].

Profilaktyka alergii pozostaje problemem kontrowersyjnym, a przez to bardzo interesującym. Wieloaspektowość tego zagadnienia, tj.: celowość prowadzenia działań zapobiegawczych, rozwiązywanie dylematów pielęgnacyjnych, zakres, forma wła-

ściwej oceny, powinna opierać się na wiarygodnych badaniach klinicznych zgodnie z zasadami EBNP (*evidence-based nursing practice*).

Personel pielęgniarski jest odpowiedzialny za podnoszenie kompetencji rodziców w zakresie czynników ryzyka wystąpienia alergii u dziecka, odpowiedniego stylu życia, rozpoznawania objawów ostrej reakcji alergicznej, odpowiedniej pielęgnacji czy przygotowywania zbilansowanych posiłków, sprawdzania etykiet żywieniowych i wielu innych. Taka kompleksowa edukacja powinna odbywać się w ramach współpracy zespołu interdyscyplinarnego, składającego się nie tylko z lekarzy specjalistów (pediatry, lekarza poradni alergologicznej, ginekologa, położnika), ale także specjalistów pielęgniarstwa i dietetyków. Istotna jest tutaj rola pielęgniarki, jako tej osoby z sektora ochrony zdrowia publicznego, która ma najbliższy kontakt

z „małymi” pacjentami i ich rodzinami, jest powiernikiem wielu trudnych pytań i spraw trapiących rodziców chorego dziecka.

Objawy kliniczne alergii pokarmowej są najczęściej „wielorzędowe”. Głównie powtarzają się symptomy dotyczące motoryki przewodu pokarmowego oraz skóry. U dzieci w okresie niemowlęcym występują przede wszystkim refluks żołądkowo-jelitowy, zapalenie odbytnicy, a w schorzeniach i prawdopodobnym związku z alergią na mleko krowie dochodzi również tzw. kolka jelitowa, występująca u około 44% niemowlaków. Z wiekiem alergii manifestuje się takimi objawami, jak: nudności, biegunka, ból brzucha, zapalenie żołądka, jelit. Schorzenia występujące w dalszym okresie życia często objawiają się triadą: alergiczny zespół zapalenia jamy ustnej (OAS), celiakia, zaparcia.

Odpowiednie żywienie dziecka ma wpływ na prawidłowy rozwój jego układu immunologicznego. Niewielu ginekologów informuje ciężarne o możliwości i problemie wystąpienia alergii pokarmowej u dziecka. W okresie życia płodowego kluczową rolę profilaktyczną odgrywa dieta i stan odżywienia matki. Samo karmienie piersią jest czynnikiem obniżającym ryzyko wystąpienia alergii pokarmowej u dziecka w wieku późniejszym.

#### CEL PRACY

Celem pracy było określenie poziomu wiedzy rodziców na temat alergii pokarmowej ich dziecka.

#### MATERIAŁ I METODY

Badania prowadzono od 30 czerwca do 26 września 2014 r. wśród rodziców pacjentów Oddziału Klinicznego Alergologii Dziecięcej Samodzielnego Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu oraz losowo wybranych rodziców dzieci z alergią, za pośrednictwem ankiety internetowej. Badaniem objęto 50 rodziców, kolejno 11 wypełniających ankietę internetową oraz 39 rodziców dzieci z Oddziału Alergologii Dziecięcej. Do przeprowadzenia badania została użyta metoda sondażu diagnostycznego z zastosowaniem anonimowej ankiety własnego autorstwa. Ankieta składała się z pięćdziesięciu pytań, zarówno zamkniętych, jak i otwartych. Pytania zostały podzielone na trzy grupy. Pierwszą grupę stanowiło osiem pytań, które określały sylwetkę respondentów, czyli wskazywały m.in.: wiek, stopień powinowactwa z dzieckiem, wykształcenie, miejsce zamieszkania. Drugą grupę stanowiło 28 pytań dotyczących przede wszystkim alergii dziecka, subiektywnej oceny edukacji rodziców przez personel medyczny, sposobów czerpania wiedzy na temat chorób alergicznych czy oczekiwań względem zespołu terapeutycznego dotyczącego podwyższania poziomu wiedzy rodziców dzieci ze zdiagnozowaną alergią. Trzecią grupę stanowił bank pytań ogólnie odnoszących się do wiedzy na temat alergii. Pytano rodziców o znajomość objawów krzyżowej reakcji alergicznej, najbardziej alergizujące pokarmy, czynniki ryzyka wystąpienia alergii u dziecka oraz ich własną ocenę względem posiadanej przez nich aktualnie wiedzy. Obliczenia wykonano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel.

#### WYNIKI

W badaniu wzięło udział 50 rodziców, z tego 76% stanowiły matki, 20% – ojcowie, 4% – inni opiekunowie. Średnia wieku respondentów to 25,5 lat. 50% ankietowanych pochodziła ze środowiska wiejskiego, 34% – z miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców, 16% – z miasta poniżej 100 tysięcy mieszkańców. Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wyższym wykształceniem – 44%, osoby z wykształceniem średnim zawodowym – 28%, natomiast 20% to osoby z wykształceniem średnim ogólnokształcącym, tylko 8% posiadało wykształcenie podstawowe.

Wśród dzieci objętych hospitalizacją najliczniejszą grupę, bo 34%, stanowili pacjenci w przedziale wiekowym od 2. do 5. roku życia, 30% to dzieci między 1. a 2. rokiem życia, tylko 20% ankietowanych to niemowlęta. Ponad połowa (60%) respondentów zadeklarowała, iż jest to kolejna hospitalizacja dziecka.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Cecha	N	%
<b>Pokrewieństwo</b>		
Matka	38	76
Ojciec	10	20
Inny opiekun	2	4
Razem	50	100
<b>Wykształcenie</b>		
Podstawowe	4	8
Średnie zawodowe	14	28
Średnie ogólnokształcące	10	20
Wyższe	22	44
Razem	50	100
<b>Miejsce zamieszkania</b>		
Wieś	25	50
Miasto do 100 tys. mieszkańców	8	16
Miasto pow. 100 tys. mieszkańców	17	34
Razem	50	100
<b>Wiek opiekuna</b>		
Poniżej 20 lat	4	8
20–30 lat	18	36
31–40 lat	22	44
Powyżej 40 lat	6	12
Razem	50	100
<b>Płeć dziecka hospitalizowanego</b>		
Chłopiec	31	62
Dziewczynka	19	38
Razem	50	100
<b>Wiek dziecka hospitalizowanego</b>		
0–12 miesięcy	10	20
12–24 miesięcy	15	30
2–5 lat	17	34
Powyżej 5 lat	8	16
Razem	50	100

Karmienie piersią jest najbardziej naturalnym sposobem żywienia niemowlęcia. Analiza odpowiedzi ankietowanych na temat karmienia piersią jako czynnika zmniejszającego ryzyko powstawania alergii pozwoliła wykazać, że jedynie 44% matek i tylko 10% ojców posiada wiedzę na ten temat.

Tabela 2. Analiza odpowiedzi na pytanie: „Czy karmienie piersią zmniejsza ryzyko rozwoju alergii?” Porównanie odpowiedzi ojców i matek

Czy karmienie piersią zmniejsza ryzyko rozwoju alergii?	Liczba osób	Udział procentowy
Ojcowie „tak”	5	10%
Ojcowie „nie”	5	10%
Matki „tak”	22	44%
Matki „nie”	18	36%
<b>Suma</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Osoby posiadające wyższe wykształcenie (36%) istotnie statystycznie wykazywały większą wiedzę z zakresu ochronnego działania karmienia piersią, 11% uważa, że karmienie piersią nie zmniejsza ryzyka rozwoju alergii. 20% ankietowanych z wykształceniem średnim jest zdania, że karmienie piersią zmniejsza ryzyko wystąpienia alergii, zaś pozostali rodzice (32%) uważają, że karmienie nie ma wpływu na alergię.

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, leczenie alergii na pokarmy polega na unikaniu pokarmu lub pokarmów wywołujących objawy. Zalecenia te dotyczą alergii IgE-zależnych, IgE-niezależnych oraz postaci mieszanych [2–5]. Analiza badań wskazuje, że jedynie 66% ankietowanych deklaruje, iż przestrzega zaleceń dietetycznych, 41% to osoby z wyższym wykształceniem, 24% to osoby posiadające wykształcenie średnie.

Edukacja zdrowotna, realizowana głównie przez pielęgniarkę, jest stawiana na pierwszym miejscu wśród celów leczenia,

np. astmy [6]. Przez właściwe działania edukacyjne możemy zmniejszyć częstość zaostrzeń alergii oraz liczbę interwencji klinicznych.

Respondenci oceniają, że najlepiej przygotowaną osobą do przekazywania pacjentom wiedzy na temat profilaktyki oraz postępowania w chorobach alergicznych jest lekarz (84% ankietowanych). Jedynie 8% uważa personel pielęgniarski za wystarczająco kompetentny w zakresie przekazywania wiedzy. Badani oczekują od personelu medycznego rzetelnych informacji. Jak stwierdzili, nie chcą czerpać wiedzy z Internetu, tylko dlatego, że nikt nie ma dla nich wystarczająco dużo czasu albo wiedzy.

**Tabela 3.** Kto według respondentów jest najbardziej przygotowany do przekazywania wiedzy na temat profilaktyki oraz radzenia sobie z alergią

Kto jest najlepiej przygotowany do przekazywania wiedzy?	Liczba osób	Udział procentowy
Lekarz	42	84%
Pielęgniarka	4	8%
Nie wiem	4	8%
<b>Suma</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Analiza materiału badawczego dotyczącego chęci zwiększenia wiedzy na temat alergii wykazała, że większość, bo 64% badanych, chciałaby pogłębić swoją wiedzę w zakresie profilaktyki, 58% respondentów – na temat sposobów radzenia sobie w nagłych sytuacjach, 48% – na temat prawidłowego konstruowania jadłospisu, 44% – na temat pielęgnacji. Ankietowani mieli możliwość wybrania wielu odpowiedzi, co obrazuje tabela 5. Każdy z powyższych tematów może być realizowany w ramach kompetencji pielęgniarki, dlatego niepokojący jest fakt, że tylko 8% badanych wskazuje pielęgniarkę jako osobę posiadającą wystarczającą wiedzę do edukacji pacjentów.

**Tabela 4.** Obszary, w których ankietowani chcieliby pogłębiać wiedzę

Zwiększenie wiedzy w zakresie:	Liczba osób	Udział procentowy
Profilaktyki	32	64%
Czynników ryzyka	10	20%
Umiejętności interpretowania etykiet pokarmowych	11	22%
Sposobów radzenia sobie na wypadek wystąpienia reakcji anafilaktycznej	29	58%
Prawidłowego konstruowania jadłospisu dla dziecka	24	48%
Leczenia	23	46%
Pielęgnacji	22	44%
Innych	3	6%
<b>Suma</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Kolejne pytania zadawane respondentom dotyczyły wiedzy rodziców na temat zapobiegania ostrej reakcji alergicznej. Niewiele, bo ponad połowę respondentów (53%), wie, jak zapobiegać reakcji alergicznej u dziecka, aż 47% ankietowanych nie posiada takiej wiedzy. Większość ankietowanych (40%) uzyskała niezbędną wiedzę na ten temat od lekarza pediatry, tylko 10% wskazało na pielęgniarkę, 16% uzyskało informacje z literatury fachowej oraz od lekarza z poradni alergologicznej.

**Tabela 5.** Źródła wiedzy ankietowanych na temat ostrej reakcji alergicznej

Źródła wiedzy	Liczba odpowiedzi	Udział procentowy
Pielęgniarka	5	10%
Lekarz pediatra	20	40%
Literatura fachowa	8	16%
Czasopisma ogólnodostępne	0	0%
Internet	6	12%
Lekarz poradni alergologicznej	8	16%
Pielęgniarka poradni alergologicznej	3	6%
<b>Suma</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

W grupie badanych rodziców aż 44% deklaruje, iż w przypadku alergii na mleko krowie można bezpiecznie podawać mleko kozie, tylko 20% respondentów wie, że nie można mleka koziego stosować jako zamiennika. 56% ankietowanych uważa, że obróbka termiczna zmniejsza właściwości alergizujące, 30% wskazuje, iż nie ma to znaczenia, 14% twierdzi, że zwiększa. Analizując wiedzę z zakresu produktów uznanych za alergizujące, dla 70% badanych najmniej alergizującym mięsem jest mięso z królika, 74% wskazało na orzechy laskowe, 56% – jaja kurze. Znaczna część ankietowanych, bo 94%, uważa mleko krowie za silny alergen. Zdaniem 62% respondentów, głównym źródłem alergii w naszym klimacie są pyłki brzozy. Wśród czynników ryzyka rozwoju alergii 80% wskazuje na warunki mieszkaniowe, 72% – czynniki genetyczne, 68% – wymienia alergeny pokarmowe.

Aż 74% ankietowanych stwierdziło, iż wiedza na temat choroby ich dziecka jest na niewystarczającym poziomie. Jedynie 24% respondentów uważa stan swojej wiedzy jako bardzo dobry. 82% respondentów wyraża chęć pogłębienia wiedzy w zakresie postępowania i przestrzegania zaleceń, 14% opiekunów nie wyraża takiej chęci.

## OMÓWIENIE

Edukacja w chorobach alergicznych jest uważana za kompleksowy element terapeutyczno-pielęgnacyjny, mający znaczący wpływ na skuteczność wdrożonego leczenia. Działania edukacyjne mają na celu pomóc rodzicom i opiekunom w lepszym zrozumieniu istoty choroby.

Wiedza rodziców stanowi istotny element sprawowania opieki nad dzieckiem. To rodzice są odpowiedzialni za przestrzeganie zaleceń dietetycznych u dzieci, które nie rozumieją istoty schorzenia i nie potrafią samodzielnie o siebie zadbać. Respondenci oceniają, iż najlepiej przygotowany do przekazywania pacjentom wiedzy na temat profilaktyki oraz postępowania w chorobach alergicznych jest lekarz, co stanowiło 84% ankietowanych. Niestety tylko 8% uważa personel pielęgniarski za kompetentny w zakresie przekazywania wiedzy.

Z badań Kalinowskiego i wsp. przeprowadzonych wśród rodziców dzieci hospitalizowanych z powodu alergii pokarmowej w Oddziale Alergologicznym Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Antoniego Gębali w Lublinie [7] wynika, że dla ankietowanych wiarygodnym źródłem informacji jest rodzina i Internet. Przeprowadzona analiza własnych badań wskazuje głównie na lekarza pediatrę oraz pracowników poradni alergologicznej, 12% respondentów zadeklarowało Internet jako źródło wiedzy.

Rodzice wiedzę na temat choroby swojego dziecka w 74% oceniają jako słabą, ponad 80% ankietowanych odczuwa chęć poszerzenia wiedzy na temat choroby swojego dziecka. Wyniki te wskazują, jak bardzo ważna jest ocena stanu wiedzy rodziców na temat choroby ich dziecka. Tylko wtedy mogą oni aktywnie i świadomie uczestniczyć w procesie leczenia. To pielęgniarka powinna być głównym inicjatorem działań edukacyjnych. Niedopuszczalne jest stwierdzenie jednego z respondentów, iż pielęgniarki nie posiadają na ten temat wiedzy.

Szereg autorów zwraca uwagę, że skutecznie prowadzona edukacja zdrowotna może poprawić jakość życia chorego [8]. Przykładem są wyniki badań Farnik-Brodzińskiej i Pierzchały wskazujące na istotny wzrost oceny jakości życia chorych na astmę po edukacji zdrowotnej [9].

Karmienie piersią zmniejsza ryzyko rozwoju chorób alergicznych. Zgodnie z zaleceniami dotyczącymi zapobiegania alergii pokarmowej ustalonymi przez ESPACI/ESPGHAN, niemowlę powinno być karmione wyłącznie naturalnie przez co najmniej 4–6 miesięcy, nie należy wprowadzać do jego diety pokarmów stałych przed ukończeniem 4. miesiąca życia [10]. Analiza materiału badawczego pozwoliła stwierdzić, że niewiele, bo tylko 44% matek i 10% ojców posiada na ten temat wiedzę.

Jednym z najczęstszych alergenów jest mleko krowie, a szczególnie zawarte w nim  $\alpha$ - i  $\beta$ -laktoglobuliny [11]. 94% badanych uważa mleko krowie za silny alergen pokarmowy. Aż 44% de-

klaruje, iż w przypadku alergii na mleko krowie można bezpiecznie podawać mleko kozie, u Kalinowskiego i Mirosława [7] odsetek ten był znacznie wyższy i wynosił 86%. Tylko 20% respondentów wie, że nie można mleka koziego używać jako zamiennika. Dzieci uczulone na mleko krowie mogą być również uczulone na mleko kozie.

Podsumowując, pielęgniarka pełni kluczową rolę w opiece nad dzieckiem z alergią pokarmową, edukuje, redukuje lęk dziecka, zapewnia wsparcie emocjonalne. W myśl współczesnych teorii pielęgnowania, to pielęgniarka powinna przygotować rodzinę z chorym dzieckiem do samoopieki i samopielęgnacji oraz pomóc w adaptacji do nowej sytuacji.

## WNIOSKI

1. Wiedza rodziców na temat alergii pokarmowych jest niewielka.
2. Zaufanie do pielęgniarki jako osoby kompetentnej do edukacji pacjenta jest alarmująco niskie.
3. Większość ankietowanych uważa swoją wiedzę za niewystarczającą i wyraża chęć do jej poszerzenia.
4. Osoby posiadające wykształcenie wyższe wykazują wyższą świadomość, że karmienie piersią zmniejsza ryzyko wystąpienia alergii.

## BIBLIOGRAFIA

1. Pisiewicz K, Doniec Z, Wanat-Krzak M. Epidemiologia chorób alergicznych u dzieci w Polsce [cyt. 01.12.2014]. Dostępny na URL: [http://www.imed.pl/index.php?PAGE=telegram&TEL\\_CUR\\_ID=128&return=archives](http://www.imed.pl/index.php?PAGE=telegram&TEL_CUR_ID=128&return=archives).
2. Burks AW, Jones SM, Boyce JA, et al. NIAID-sponsored 2010 guidelines for managing food allergy: applications in the pediatric population. *Pediatrics* 2011; 128(5): 955–965.
3. World Allergy Organization (WAO). Fiocchi A, et al. Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *Pediatr Allergy Immunol* 2010; 21(Suppl. 21): 1–125.
4. Walsh J, O'Flynn N. Diagnosis and assessment of food allergy in children and young people in primary care and community settings: NICE clinical guideline. *Br J Gen Pract* 2011; 61: 473–475.
5. Burks AW, Tang M, Sicherer S, et al. ICON: food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2012; 129: 906–920.
6. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. Raport NHLBI/WHO. Aktualizacja 2006. *Med Prakt* 2007; 1: 1–181.
7. Kalinowski P, Mirosław K. Wiedza rodziców na temat alergii pokarmowej występującej u ich dzieci. *Med Ogólna Nauki o Zdr* 2014; 20: 88–91.
8. Trojanowska A, Bernat K, Tymecka I. Zadania edukacyjne pielęgniarki wobec dzieci chorych na astmę oskrzelową. *Med Ogólna Nauki o Zdr* 2013; 19: 95–98.
9. Farnik-Brodzińska M, Pierzchała W. *Badania jakości życia w chorobach układu oddechowego*. Katowice: Śląska Akademia Medyczna; 1999.
10. Zawadzka-Krajewska A, Chądzyńska J, Ziołkowski J. Czynniki ryzyka związane z rozwojem chorób alergicznych u dzieci. *Alergologia Info* 2009; IV(3): 117–124.
11. Rudzki E. Alergia pokarmowa. Część I – Mleko krowie. *Post Dermatol Alergol* 2005; 2: 77–804.

## Adres do korespondencji:

Mgr Anna Rozensztrauch  
Katedra Pielęgniarstwa Pediatricznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Bartła 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 503 585 939  
E-mail: [anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl](mailto:anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl)

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.05.2014 r.  
Po recenzji: 18.06.2014 r.  
Zaakceptowano do druku: 19.11.2014 r.

# BIO-PSYCHOSEKSUALNE ASPEKTY NACIĘCIA KROCZA PODCZAS PORODU

*The bio-psycho-sexual aspects of episiotomy during childbirth*

**Magdalena Gutt**

*Klinika Ginekologii i Położnictwa, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu*

*adres do korespondencji: maiig01@wp.pl*

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Intensywny rozwój położnictwa w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat powoduje coraz większe zainteresowanie zagadnieniami dotyczącymi porodu nie tylko w znaczeniu medycznym, ale także psychologicznym.

**Cel pracy.** Poznanie wpływu jednego z najczęściej stosowanych zabiegów położniczych w czasie II okresu porodu – nacięcia krocza na stan fizyczny i psychoseksualny kobiety.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto grupę 40 wybranych położniczek przebywających na oddziale położniczo-noworodkowym jednego z wrocławskich szpitali. Do tego celu posłużono się ankietami zawierającymi 12 autorskich pytań otwartych. Badane osoby wyodrębniono ściśle jako grupę wieloródek po jednym lub więcej porodzie siłami natury z przebyciem zabiegem nacięcia krocza. Analizę statystyczną oparto na arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel.

**Wyniki.** Przeprowadzone wśród pacjentek obserwacje dowiodły, że nacięcie krocza w wielu przypadkach ma bezpośredni wpływ na samopoczucie nie tylko położnicy, ale też kobiety po zakończeniu porodu, a nawet w późniejszych okresach jej życia. Poza dolegliwościami fizycznymi pojawiają się te natury psychoseksualnej, które wydają się być równie ważne, zwłaszcza w świetle nowoczesnego położnictwa zorientowanego na holistyczną opiekę nad pacjentką. Złe samopoczucie kobiety ma niewątpliwie wpływ na jej codzienne funkcjonowanie i obniża komfort życia w różnych aspektach.

**Wnioski.** Nacięcie krocza podczas porodu jest zabiegiem inwazyjnym mogącym u niektórych kobiet powodować negatywne odczucia psychofizyczne oraz seksualne.

**Słowa kluczowe:** nacięcie krocza, poród, obniżenie nastroju, zaburzenia psychologiczne, dyskomfort.

## SUMMARY

**Background.** The intensive development of obstetrics during the last several decades causes greater interest in the problem of childbirth, not only in a medical but also in psychological meaning.

**Objectives.** The aim of this project is to find out the influence of the most popular operation performed during the second phase of childbirth – known as episiotomy – to the physical and sexual women's well-being.

**Material and methods.** The research was carried out on forty participants who were the patients of one of the obstetrics units in a hospital in Wrocław, Poland. The questionnaire consisted of twelve questions; moreover, the patients were divided as group after many (two or more) physiological childbirth with using episiotomy. The statistical analysis was made in Microsoft Excel.

**Results.** The observations prove that episiotomy in many cases has a direct impact on the frame of mind of a woman not only after the childbirth, but also later in her life. Except from the physical illnesses, a woman may have also sexual problems which are equally important especially in the time of modern obstetrics. The bad state of mind has an indubitable influence on a women's daily comfort of living.

**Conclusions.** Episiotomy during the childbirth is an invasive operation which may cause negative psychophysical and sexual disorders.

**Key words:** episiotomy, childbirth, depressed mood, psychological disorders, discomfort.

## WSTĘP

Jednym z najczęstszych zabiegów stosowanych w położnictwie jest zabieg nacięcia krocza – łac. *episiotomia*. Stosowany w czasie II okresu porodu ma za zadanie poszerzyć końcowy odcinek kanału rodniczego, by ułatwić oraz przyspieszyć rodzenie się płodu, a także zmniejszyć ryzyko wystąpienia urazów okołoporodowych w obrębie krocza. Nacięcie może też w znaczący sposób ochronić rodzący się płód przed ewentualnymi urazami i uciskiem, zwłaszcza w obrębie główki. W literaturze medycznej zabieg opisywano już w starożytności, jednak rozpowszechniano go dopiero w położnictwie europejskim i amerykańskim od XIX wieku. W Polsce wprowadzony nieco później, bo pod koniec XIX wieku. Zapewne miało to związek z przeniesieniem porodów z domów czy izb porodowych do szpitali. Rezultatem tych zmian było stopniowe zmedykalizowanie porodu – zaczęto rutynowo nacinać krocze. Przez długie lata uważano, że episiotomia u każdej rodzącej jest zabiegiem koniecznym, a niewykonanie tego zabiegu było traktowane jako zaniedbanie ze strony osoby nadzorującej poród. Dopiero w latach 80. XX wieku nowe analizy i obserwacje poddały w wątpliwość potrzebę rutynowej episiotomii. W 1983 r. wyniki badań Thackera i Banta [1] krytycznie odniosły się do rutynowego nacinania krocza – stwierdzono, że nie w każdym przypadku krocze należy nacinać. Do podobnych wniosków doszedł w swoich analizach Bueckens i wsp. w 1985 r. [2]. Najczęściej stosowana technika nacięcia

krocza, pośrodkowo-boczna, budziła najwięcej kontrowersji, gdyż wiązała się z wyższą liczbą powikłań u rodzających i położnic. Zmiany w postępowaniu ukształtowały nowe standardy, opracowane z udziałem licznych ekspertów, nie tylko z zakresu położnictwa, ale także psychologii i socjologii. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) również nie zaleca rutynowego nacinania krocza podczas porodu. Omawiając zagadnienie nacięcia krocza jako zabiegu ściśle medycznego, nie powinno pomijać się aspektu psychologicznego, zwłaszcza, że obecne położnictwo dąży do holistycznej opieki nad pacjentką nie tylko w czasie porodu, ale też po nim. Episiotomia jest zabiegiem inwazyjnym i specyficznym. Wiąże się z nacięciem tkanek krocza, a więc z radykalnym naruszeniem najbardziej intymnej sfery kobiety, co w pewnych przypadkach może stać się dla niej trudne do zaakceptowania i spowodować u niej szereg dolegliwości. Ich nasilenie jest zależne od wielu czynników: indywidualnej wrażliwości pacjentki, przygotowania do porodu, akceptacji własnej cielesności i poczucia własnej wartości czy wreszcie przebiegu porodu. Nacięcie krocza może paradoksalnie obniżać jakość życia po porodzie, chociaż z założenia ma temu przeciwdziałać. Zabieg może obniżyć funkcje seksualne kobiety, a także powodować zaburzenia psychologiczne.

## CEL PRACY

Celem pracy było poznanie wpływu episiotomii zastosowanej w czasie porodu na stan psychiczny i fizyczny kobiety.

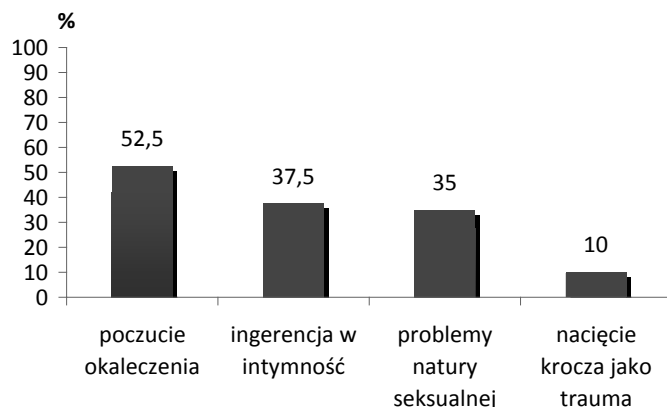
## MATERIAŁ I METODY

Badaną grupę kobiet wyodrębniono spośród pacjentek przebywających na oddziale położniczo-noworodkowym jednego z wrocławskich szpitali specjalistycznych. Posłużono się autorską ankietą badawczą, którą skierowano do 40 wieloródek po jednym lub więcej porodzie siłami natury wyłącznie z przeprowadzonym nacięciem krocza w czasie porodu (lub kilku porodów). Anonimowa anketa zawierała 12 pytań otwartych, które dotyczyły głównie samego zabiegu i samopoczucia po porodzie, a także dolegliwości, jakie pojawiły się w późniejszym czasie, po zakończeniu porodu. Dzięki odpowiednio sformułowanym pytaniom w ankiecie respondentki mogły swobodnie i dokładnie opisać swoje spostrzeżenia dotyczące zabiegu nacięcia krocza, co ułatwiło analizę uzyskanych odpowiedzi. Pytania dotyczyły przebiegu porodu, fizycznej kondycji po nacięciu krocza, dolegliwości po nacięciu krocza na tle psychologicznym i seksuologicznym, wiedzy pacjentki na temat zastosowania zabiegu, czy wreszcie uzyskania przez personel zgody pacjentki na nacięcie.

Ankieta ujawniła poziom teoretycznego przygotowania pacjentek do porodu, ich wiedzę na temat przebiegu porodu i porodu, a także postrzeganie zabiegu jako procedury medycznej, na którą wyraża się zgodę. Obliczeń statystycznych dokonano posługując się arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Excel. W tabelach podano procentowy odsetek respondentek.

## WYNIKI

Dane otrzymane po analizie ankiet odnoszą się do indywidualnych odczuć pacjentek i ich samopoczucia po porodzie z przeprowadzonym nacięciem krocza. Głównym aspektem, jaki został poddany powyższemu badaniu, jest aspekt psychologiczny i seksuologiczny. Bez wątplenia ma on ścisły związek z episiotomią, co niestety często jest bagatelizowane na rzecz traktowania nacięcia krocza jako rutynowego i standardowego postępowania podczas porodu bez dalszych konsekwencji dla kobiety. Wyniki badania są w tym względzie odmienne. Z analizy otrzymanych ankiet jednoznacznie wynika, że zabieg nie zawsze jest dla kobiety obojętny, a w skrajnych przypadkach powoduje przykre dolegliwości jeszcze długo po zakończeniu porodu, wpływając na jakość życia pacjentki w wielu wymiarach.

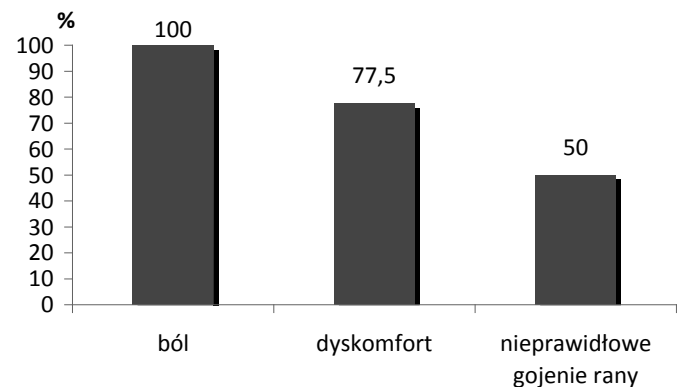


Rycina 1. Odczucia kobiet po przebytym nacięciu krocza (procentowo)

Głównym problemem, jaki pojawia się w opiniach ankietowanych pacjentek, jest poczucie okaleczenia po przebytym nacięciu krocza – fakt ten zgłosiło aż 52,5% kobiet (ryc. 1, 2), grupa 37,5% respondentek określiła episiotomię jako ingerencję w intymność, a 35% ankietowanych zwróciło uwagę na pojawiające się po nacięciu problemy natury seksualnej. 10% kobiet określiło nacięcie krocza jako traumę – uzasadniając w ankietach nacięcie krocza jako zabieg brutalny, wykonany nagle i bez uprzedzenia. Należy więc pamiętać, że szereg zmian, jakie następują w psychice i ciele kobiety po ciąży i po porodzie, może przyczynić się również do zaburzeń funkcji seksualnych i znacznie wpływać na samopoczucie. Może mieć na nie wpływ właśnie nacięcie krocza.

Badania wskazały też na inne nie mniej ważne dolegliwości fizyczne, jakie pojawiają się w porodu. Wszystkie respondent-

ki (100% – ryc. 2) wskazują na ból okolic krocza. W rezultacie bólu obniżona sprawność może powodować szybsze zmęczenie i rozdrażnienie, zwłaszcza w pierwszych dobach po porodzie, a co jest z tym związane – wpływa na opiekę nad noworodkiem. Na dyskomfort skarży się 77,5%, co należy rozumieć przede wszystkim jako ogólne obniżenie jakości życia codziennego, natomiast u połowy ankietowanych pojawiły się problemy z prawidłowym gojeniem rany po nacięciu, co jest istotnym problemem w położnictwie, ponieważ niesie za sobą ryzyko wielu potencjalnych powikłań – niebezpieczeństwo rozejścia się rany, zakażenia czy powstania blizn i guzków.



Rycina 2. Problemy pacjentek po episiotomii w ujęciu medycznym (procentowo)

Odnosząc się do wspomnianego pojęcia „dyskomfortu” (ryc. 2) na podstawie analiz ankiet również w tym przypadku można podzielić ten czynnik na dyskomfort bliższy i dalszy.

W tym przypadku dyskomfort wczesny to zespół dolegliwości pojawiający się u położnicy do szóstego tygodnia po porodzie, czyli do zakończenia porodu. Czynnikiem ten wskazała większość respondentek – 62% i związany jest przede wszystkim z trudnościami w utrzymaniu higieny okolic krocza, a także obawami przed załatwianiem potrzeb fizjologicznych i strachem przed rozejściem się rany po nacięciu. Dyskomfort późny dotyczy czasu po zakończeniu porodu – 38% respondentek wskazuje na problem nieestetycznej blizny po nacięciu krocza oraz na obawy przed podjęciem współżycia seksualnego.

W pytaniu o wyrażenie zgody przez rodzącą na wykonanie nacięcia 100% osób odpowiedziało, iż nikt z personelu nadzorującego poród o nią nie pytał.

## DYSKUSJA

Otrzymane wyniki badań – choć dotyczące bardzo wąskiego zagadnienia, jakim jest aspekt biologiczno-psychiczny nacięcia krocza, wydają się zwracać uwagę na ważność tego problemu i rozpatrywanie go nie tylko pod względem wyłącznie medycznym.

Ceniona angielska antropolog, Sheila Kitzinger, od wielu lat badająca wpływ porodu na życie kobiety, w badaniach z 1980 r. radykalnie wypowiada się na temat nacięcia krocza w trakcie porodu, uważając, że wiele kobiet, które nacięto, zwłaszcza bez ich wiedzy, czuje się jakby zostały zgwałcone. Negatywne stanowisko dotyczące rutynowej episiotomii ma ogólnopolska akcja Fundacji Rodzić po Ludzku [3], która także promuje porody bez niepotrzebnego nacinania. Z opinii polskich badaczy: „Nie uzasadnioną episiotomię należy traktować jako uszkodzenie jatrogenne. Pozostaje problem naszych przyzwyczajeni i niczym nieuzasadnionych stereotypów w przyjmowaniu porodów [4]. Również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), autorytet w dziedzinie ochrony zdrowia, poddaje krytyce rutynowe nacinanie krocza podczas porodu (1997). Wreszcie, wytyczne opracowane w 2011 r. przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne [5] dotyczące zapobiegania śródporodowym urazom kanału rodowego oraz struktur dna miednicy potwierdzają brak skuteczności rutynowej episiotomii. Postępowanie takie powinno znaleźć odzwierciedlenie w odsetku przeprowadzanych zabiegów na sa-



lach porodowych w Polsce, gdzie ciągle nacina się krocze u około 80–90% kobiet rodzących po raz pierwszy (z danych Fundacji Rodzić po Ludzku) [3]. Dla porównania odsetek wykonywanych zabiegów w Szwecji wynosi dla pierwiastek około 9,7% [6, 7].

Jak już wspomniano, aspekt psychologiczno-seksuologiczny nacięcia krocza jest podrzędny wobec wskazań medycznych – co jest zrozumiałe, zwłaszcza w sytuacjach, kiedy nacięcie krocza staje się sytuacją konieczną i niewykonanie zabiegu byłoby błędem w sztuce. Jednakże nie powinno się go bagatelizować, gdyż to właśnie pacjentka jest tą, która najdotkliwiej może odczuwać przykre skutki jeszcze długo po porodzie. Dlatego ważna jest edukacja kobiet ciężarnych, tak by w pełni rozumiały istotę zabiegu i wskazania do nacięcia krocza, ale też, by znały sposoby, aby zminimalizować możliwość ewentualnego nacięcia. W tym miejscu ważna jest wiedza dotycząca roli, jaką w edukacji przedporodowej pełni położna, która jako samodzielna profesjonalistka powinna przygotować kobietę do porodu. Problemy, jakie zgłaszają ankietowane położnice są niepokojące i osoby zajmujące się opieką okołoporodową powinny być przygotowane do udzielania wszechstronnej pomocy w takich przypadkach. Zaburzenia, jakie mogą pojawić się po nacięciu krocza, to zespół dolegliwości bólowych (problemy medyczne) [7], jak i dotyczących natury psychologicznej i seksuologicznej. Razem mogą bowiem na długo zaburzać równowagę zdrowotną kobiety i rzutować na jej związek z partnerem, relacje z dzieckiem, wpływać na współżycie płciowe, co w skrajnych przypadkach może powodować stany obniżonego nastroju, rozdrażnienia, a nawet depresję. Konsekwencją nacięcia krocza może być lęk przed ponownym podjęciem współżycia oraz spadek libido, a także obawa kobiety przed oceną ze strony partnera, co może doprowadzić do zubożenia życia seksualnego pary i unikania zbliżeń. To istotne zwłaszcza w dzisiejszych czasach, kiedy wszechstronnie promuje się wizerunek idealnego, zdrowego i pięknego ciała [8]. Zadaniem położnej powinna być opieka nad takimi pacjentkami i możliwie jak najszybsze udzielenie wsparcia kobiecie lub parze. Jeśli tego wymaga sytuacja, do pomocy powinien być zaangażowany psycholog lub seksuolog. Ważne jest więc, aby psychologiczny aspekt nacięcia krocza nie był bagatelizowany, nie do przecenienia jest też rola partnera pacjentki, który powinien wykazać zrozumienie i poszanowanie dla zaistniałej sytuacji.

Problemy psychologiczne, jakie pojawiają się u niektórych kobiet po nacięciu krocza, są poważne i powinny być poddane

głębszej analizie, zwłaszcza w kontekście nowoczesnego położnictwa opierającego się na dowodach i badaniach naukowych. Przez wiele lat zabieg nacinania krocza stosowano rutynowo i bezkrytycznie niemalże u każdej rodzącej, zwłaszcza u pierwiastek. Obecnie pacjentki dochodzą swoich praw również w sprawie nacinania krocza. W takich przypadkach ogromną rolę odgrywa edukacja kobiet i uświadamianie im, że nacięcie krocza nie powinno być przez nie kojarzone z okaleczeniem i bólem.

Episiotomia powinna być zatem zabiegiem stosowanym po indywidualnej analizie przebiegu porodu tylko wtedy, kiedy są wskazania do jej zastosowania lub jeśli zawiodły inne metody mogące przyczynić się do zapobiegania urazom okołoporodowym.

## WNIOSKI

1. Nacięcie krocza w czasie porodu jest zabiegiem inwazyjnym i nie powinno być traktowane jako czynność obojętna dla kobiety.
2. Zabieg powinno przeprowadzać się na podstawie konkretnych wskazań medycznych odnoszących się indywidualnie do każdej rodzącej i danej sytuacji porodowej.
3. Nacięcie krocza najczęściej powoduje u położnicy dolegliwości bólowe.
4. Lęk przed możliwym nacięciem krocza pojawiający się u ciężarnych zwiększa ich napięcie emocjonalne i strach przed porodem.
5. U niektórych pacjentek episiotomia może powodować trwałe następstwa w postaci urazów psychicznych i długotrwałych dysfunkcji seksualnych wynikających z lęku przed zbliżeniami oraz bólami przed i po stosunku. Może to wymagać specjalistycznej pomocy i terapii.
6. Na skutek powikłań po nacięciu krocza u pacjentki może pojawić się obniżona samoocena i w rezultacie brak akceptacji własnej cielesności, poczucie wstydu i winy, a także obawy o ocenę przez partnera.
7. Należy uprzedzić rodzącą o możliwym nacięciu krocza, a samo nacięcie wykonać zgodnie ze sztuką położniczą, w której bardzo ważna rola przypada osobie nadzorującej poród.
8. Należy edukować ciężarne i położnice oraz wyodrębnić pacjentki z podwyższonym ryzykiem komplikacji (istotna rola położnych).

## BIBLIOGRAFIA

1. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860–1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 38(6): 322–338.
2. Buekens P, Lagasse R, Dramaix M, et al. Episiotomy and third-degree tears. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92(8): 820–823.
3. Kubicka-Kraszyńska W, Otfinowska A, Pietrusiewicz J. *Nacięcie krocza – konieczność czy rutyna?* Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2005.
4. Ciszek V, i wsp. Nacięcie krocza – uwarunkowania psychosomatyczne. *Klin Perinatol Ginekol* 1996; supl. XIII: 69–72.
5. Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące zapobiegania śródporodowym urazom kanału rodniego oraz struktur dna miednicy. *Ginekol Pol* 2011; 82: 390–394.
6. Graham ID. *Episiotomy – challenging obstetric interventions*. Oxford: Blackwell Science Ltd.; 1997.
7. Chang SR, Chen KH, Lin HH, et al. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(4): 409–418.
8. Leal I, et al. The impact of childbirth on sexual functioning in women with episiotomy. *Psychol Commun Health* 2013; 1(1): 127–139.

## Adres do korespondencji:

Mgr Magdalena Gutt  
Klinika Ginekologii i Położnictwa  
Oddział Ginekologiczno-Położniczy  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1  
ul. M. Curie-Skłodowskiej 58  
50-369 Wrocław  
Tel.: 609 453 053  
E-mail: maiigo1@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.05.2014 r.  
Po recenzji: 15.07.2014 r.  
Zaakceptowano do druku: 11.11.2014 r.

# POZIOM JAKOŚCI OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ NA PRZYKŁADZIE ODDZIAŁÓW UNIwersYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO WE WROCŁAWIU

*Level of nursing care quality on examples of Wrocław Medical University Hospital wards*

Barbara Kinga Wierzbicka<sup>1</sup>, Beata Jankowska-Polańska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup> Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: bianko@poczta.onet.pl

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Jakość opieki pielęgniarskiej można zdefiniować jako satysfakcję odbieraną i odczuwaną przez pacjenta. Jest ona jednym z wielu mierników ewaluacji opieki pielęgniarskiej oraz całościowo postrzeganej opieki świadczonej w placówkach ochrony zdrowia. Pacjent ma prawo wymagać oraz spodziewać się dobrej jakościowo opieki oraz uczestniczenia w jej przebiegu. Na odczuwanie satysfakcji z opieki składa się wiele elementów: zaczynając od czynników demograficznych, kończąc na otoczeniu pacjenta w szpitalu.

**Cel pracy.** Porównanie poziomów jakości opieki pielęgniarskiej między trzema oddziałami USK we Wrocławiu: Kardiologii, Angiologii i Nefrologii.

**Materiał i metody.** Do badania włączono 150 pacjentów hospitalizowanych w ramach trzech oddziałów USK we Wrocławiu: Kardiologii, Angiologii oraz Nefrologii. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz skali NSNS – polska wersja. Analizy statystycznej dokonano w programie Microsoft Excel 2010 z pakietem Analysis ToolPak i Statistica wersja 10. Narzędzia statystyczne: statystyka opisowa, test U Manna-Whitneya, korelacje Spearmana oraz test Kruskala-Wallis.

**Wyniki.** Średni wynik skali doświadczenia dla całego szpitala wyniósł 63,66, w skali satysfakcja – 69,26. Udowodniono wpływ poziomu wykształcenia na wynik skali doświadczenia oraz wszystkich cech demograficznych, poza płcią, na wynik skali satysfakcja. Nie stwierdzono wpływu długości czasu pobytu w szpitalu na wynik skali.

**Wnioski.** Należy przeprowadzać dalsze badania oceny satysfakcji pacjentów z poziomu jakości opieki pielęgniarskiej. Poziom jakości opieki pielęgniarskiej jest czynnikiem dynamicznie zmieniającym się i jest zależny od wielu zmiennych.

**Słowa kluczowe:** jakość opieki, pielęgniarstwo.

## SUMMARY

**Background.** The quality of nursing care can be defined as the perceived satisfaction and perceived by the patient. It is one of many ways of measures of evaluation of nursing care and the perceived overall care provided in health care facilities. The patient has the right to demand and expect a good quality of care and to participate in its course. On the feeling of satisfaction with the care consists of many elements: from demographic factors ending with the patient in the hospital environment.

**Objectives.** Comparison of nursing care quality on the 3 wards in Wrocław Medical University wards: Cardiology, Angiology and Nephrology.

**Material and methods.** The study included 150 patients hospitalized in Wrocław Medical University on 3 hospital wards: Nephrology, Cardiology, Angiology. We used as a research tool NSNS Scale – Polish version. Statistical analysis was performed in the Microsoft Excel 2010 Analysis ToolPak package and Statistica version 10. Statistical tools: descriptive statistics, test U Mann-Whitney, Spearman correlation test and Kruskal-Wallis.

**Results.** The average experience scale score for the whole hospital was 63.66, satisfaction scale was 69.26. We demonstrated impact of education on the outcome of the scale of the experience and all demographics data, beyond gender, on the outcome of the satisfaction scale. There was no effect of the length of time spent at the hospital on the result of the scale.

**Conclusions.** Further studies should be carried out assessment of patient satisfaction with the level of quality of nursing care. The level of quality of nursing care is a factor in a dynamically changing and is dependent on many variables.

**Key words:** care quality, nursing.

## WSTĘP

Jakość opieki pielęgniarskiej jest określona jako prawidłowe wykonywanie usługi od początku do końca. W aspekcie filozoficznym jest to „pewien stopień doskonałości”. Jakość to jest to, co zadowala, a nawet zachwyca pacjenta, jest to sposób myślenia, który powoduje, że poszukuje się najlepszych rozwiązań świadczonych usług, to zgodność z przyjętymi standardami [1, 2].

Jakość opieki pielęgniarskiej widziana oczami pacjenta zależy od wielu czynników. Pielęgniarka, która zmierza do świadczenia jak najlepszej opieki, musi brać je pod uwagę. Johansson i wsp. na podstawie przeglądu literatury zidentyfikowali osiem kategorii czynników, które wpływają na zadowolenie z opieki [3]. Były to:

- socjodemografia: wiek pacjenta – starsi byli bardziej zadowoleni z opieki aniżeli młodszy pacjenci, płeć – mężczyźni

osiągali wyższy stopień satysfakcji niż kobiety, wykształcenie – pacjenci z wyższym wykształceniem wykazali niższy poziom zadowolenia;

- doświadczenia z wcześniejszych pobytów w szpitalu oraz oczekiwania pacjentów dotyczące opieki – niektóre z oczekiwań w związku z opieką były stabilne, inne natomiast zmieniały się w ciągu hospitalizacji, czego przyczyną były otrzymane informacje;
- środowisko zewnętrzne – komfort, wygląd pomieszczeń itp.;
- przekazy informacji oraz komunikacja – łatwość w nawiązaniu komunikacji oraz informowanie pacjentów miały ogromny wpływ na poziom ich zadowolenia. Oczekiwali oni, że informacje zostaną przekazane w sposób prosty i czytelny;
- współdecydowanie, współudział oraz zaangażowanie w podejmowanie decyzji, które dotyczą opieki, wpływało pozy-

tywnie na satysfakcję pacjentów;

- relacje między personelem pielęgniarskim a pacjentem – im więcej uwagi personel pielęgniarski poświęcał pacjentom, tym wyższy poziom satysfakcji osiągnęli.

Przeprowadzanie badań satysfakcji pacjenta jest istotnym elementem oceny jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej. Zadanie, jakim jest ocena pomiaru i satysfakcji pacjenta, nie jest łatwe, jednak potrzeba przeprowadzania takich badań jest niekwestionowana. Pomiar jakości opieki pielęgniarskiej oraz jej zapewnianiem zaczęto się zajmować dopiero w latach 70. oraz 80. minionego stulecia. Było to wynikiem wzrastającej tożsamości zawodowej pielęgniarek oraz zapotrzebowania na poszukiwanie nowszych, opartych na podstawach naukowych, sposobów postępowania pielęgniarskiego, oraz jedno z zaleceń instytucji finansujących świadczenie opieki zdrowotnej [4]. Dostępna literatura zwraca uwagę na to, jak istotne znaczenie dla rozwoju pielęgniarstwa, które jest dziedziną naukową, ma stosowanie poprawnych oraz rzetelnych narzędzi badawczych [5, 6]. Zarówno w Polsce, jak i w Europie stała ocena jakości oraz jej monitorowanie nie jest nowym zjawiskiem – zadowolenie mierzone jest za pomocą własnych narzędzi badawczych w wielu placówkach, jednakże wiele z tych narzędzi nie zostało poddanych ocenie merytorycznej. Narzędzia stosowane do oceny satysfakcji z opieki najczęściej mierzą satysfakcję z opieki pielęgniarskiej wraz z innymi ważnymi aspektami opieki medycznej, takimi jak: jakość usług żywieniowych czy hotelowych świadczonych przez innych pracowników, co wpływa negatywnie na szczegółową analizę zadowolenia z poszczególnych składników jakości opieki pielęgniarskiej.

#### CEL PRACY

Celem pracy było zbadanie satysfakcji z opieki pielęgniarskiej pacjentów na oddziałach Angiologii i Diabetologii, Nefrologii oraz Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego (USK) we Wrocławiu przy ulicy Borowskiej.

#### MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono dobrowolnie i anonimowo wśród 150 pacjentów oddziałów: Angiologii i Diabetologii, Nefrologii i Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu przy ulicy Borowskiej. Badania przeprowadzono w czasie trwania semestrów zimowego oraz letniego w roku akademickim 2013/2014. W badaniu wykorzystano polską adaptację skali zadowolenia z satysfakcji Newcastle. Adaptację oryginalnej wersji ankiety wykorzystanej z pracy *The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)* w Polsce przeprowadzono w okresie od 2002 do 2010 roku w Pracowni Badań Naukowych w Pielęgniarstwie (Akademia Medyczna w Poznaniu). W kwestionariuszu zastosowano zestaw twierdzeń charakteryzujących dany aspekt, który był oceniany w rosnącej skali od 1 do 7 lub od 1 do 5.

Ankieta składa się z trzech części tj.: doświadczenia dotyczące opieki pielęgniarskiej (26 pytań), satysfakcja z opieki pielęgniarskiej (19 pytań) oraz pytania dotyczące respondenta (8 pytań). Zostały przygotowane dwie wersje ankiety – papierowa oraz elektroniczna, w postaci formularza PDF umożliwiającą zbieranie wyników w formie zdigitalizowanej przy użyciu urządzenia typu tablet.

W celu przeprowadzenia analizy danych dokonano dekodowania ankiety NSNS. Dla poszczególnych pytań pierwszej części kwestionariusza przypisano wartości punktowe zamieszczone w tabeli 1.

Kolejnym działaniem było sumowanie poprawnie uzyskanych odpowiedzi (odpowiedź poprawna to taka, kiedy respondent zaznaczył tylko jedną odpowiedź w danym pytaniu), następnie podzielenie sumy przez liczby poprawnie udzielonych odpowiedzi. Dalej, dzielenie wyniku przez 6, a następnie pomnożenie przez 100. Obliczeń dokonano za pomocą wzoru:

$$w = 100 \times \frac{\left(\sum_{n=1}^k p_n\right)}{6}$$

gdzie:

$k$  – liczba poprawnie udzielonych odpowiedzi,

$n$  – numer pytania,

$p$  – przekodowana odpowiedź,

$w$  – wynik.

**Tabela 1.** Wartości punktów dla poszczególnych odpowiedzi w części „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”

Pytanie	Odpowiedź oryginalna	Odpowiedź przekodowana
1, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 21, 23, 25, 26	1	0
	2	1
	3	2
	4	3
	5	4
	6	5
	7	6
2, 3, 4, 7, 8, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 24	1	6
	2	5
	3	4
	4	3
	5	2
	6	1
	7	0

W części „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej” udzielonym odpowiedziom przypisano wartości przedstawione w tabeli 2.

**Tabela 2.** Wartości punktów dla pytań w części „satysfakcja z opieki pielęgniarskiej”

Odpowiedź oryginalna	Odpowiedź przekodowana
1	0
2	1
3	2
4	3
5	4

Następnie wykonano sumowanie poprawnie uzyskanych odpowiedzi, dalej podzielono sumy przez liczbę poprawnie udzielonych odpowiedzi. Kolejno, dzielenie wyniku przez 4, a następnie pomnożenie przez 100. Obliczeń dokonano za pomocą wzoru:

$$w = 100 \times \frac{\left(\sum_{n=1}^k p_n\right)}{4}$$

gdzie:

$k$  – liczba poprawnie udzielonych odpowiedzi,

$n$  – numer pytania,

$p$  – przekodowana odpowiedź,

$w$  – wynik.

#### WYNIKI

Analizę socjodemograficzną, informacje na temat czasu pobytu w szpitalu badanej grupy oraz odpowiedzi na zadane pytanie: „Czy miałeś wyznaczoną konkretną pielęgniarkę odpowiedzialną za Twój pobyt w szpitalu?” przedstawia tabela 3.

Poszczególne pytania, wartości średnie i mediany z punktów przyporządkowanych pytaniom przedstawiono w formie tabeli. Zastosowano podział na oddziały oraz uwzględniono kolumnę sumaryczną. Osobno przedstawiono wyniki pierwszej (tab. 4) oraz drugiej (tab. 5) części ankiety.

**Tabela 3.** Analiza socjodemograficzna badanych pacjentów (w %)

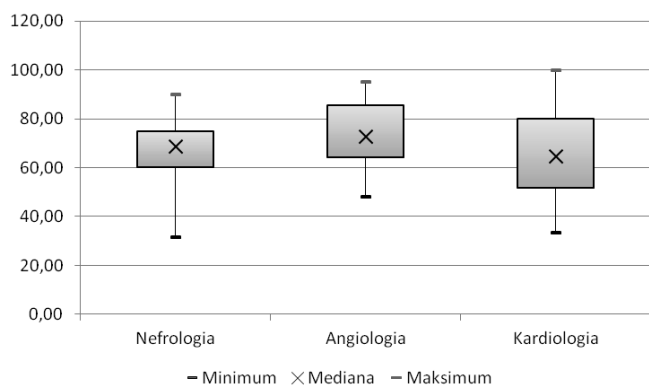
Cecha	Razem	Nefrologia	Angiologia	Kardiologia
<b>Płeć</b>				
Kobieta	57	52	54	66
Mężczyzna	43	48	46	34
<b>Wiek</b>				
Do 18 r.Ż.	2	4	0	2
18–25 R.Ż.	5	10	0	6
25–40 R.Ż.	19	24	12	22
40–60 R.Ż.	55	34	78	52
61 i więcej	19	28	10	18
<b>Wykształcenie</b>				
Podstawowe	2	4	0	2
Zawodowe	17	20	20	12
Średnie	53	54	42	64
Wyższe	29	26	38	24
<b>Pobyt</b>				
1 Dzień	4	0	10	2
2–5 Dni	51	8	80	64
6–10 Dni	35	60	10	34
11 Dni i więcej	11	32	0	0
<b>Opiekun</b>				
Tak	1	0	0	2
Nie	72	80	66	70
Nie wiem	27	20	34	28

**Tabela 4.** Średnie oraz mediany odpowiedzi na poszczególne pytania w oddziałach oraz w całej grupie. Część „doświadczenia z opieki pielęgniarskiej”

Nr pytania	Pytanie	Nefrologia		Angiologia		Kardiologia		Razem	
		średnia	mediana	średnia	mediana	średnia	mediana	średnia	mediana
1.	Można się było pośmiać z pielęgniarkami	4,33	4	4,31	4,5	4,14	4	4,26	4
2.	Pielęgniarki faworyzowały niektórych pacjentów	4,29	4	4,27	4	4,11	4	4,22	4
3.	Pielęgniarki nie mówiły mi wystarczająco dużo o moim leczeniu	3,5	3	3,4	3	2,99	3	3,30	3
4.	Pielęgniarki nie wysiły się zbytnio i były zbyt „wyluzowane”	4,74	5	4,52	5	4,59	4,5	4,62	5
5.	Przybycie na wezwanie zabierało pielęgniarkom dużo czasu	1,77	2	1,69	1,5	1,73	1	1,73	1,5
6.	Pielęgniarki udzielały mi informacji, gdy tylko je o to poprosiłem/-am	3,53	4,5	3,5	4,5	3,47	3	3,50	4,5
7.	Wydawało mi się, że pielęgniarki nie wiedziały, przez co przechodziłem/-am	4,2	4,5	4,21	4	4,17	4,5	4,19	4,5
8.	Pielęgniarki gasiły światła zbyt późno w nocy	4,8	5	4,79	5	4,72	5	4,77	5
9.	Pielęgniarki kazały mi wykonywać różne czynności, zanim byłem/-am do nich przygotowany	0,7	1	0,91	1	1,03	1	0,88	1
10.	Pielęgniarki, niezależnie od tego, jak były zajęte, znajdowały dla mnie czas	3,85	4	3,74	4	3,72	4	3,77	4
11.	Widziałem/-am w pielęgniarkach swoich przyjaciół	3,45	4	3,39	4	3,20	3,5	3,35	4
12.	Pielęgniarki pocieszały pacjentów, którzy byli przygnębieni	4,31	4,5	4,22	5	4,07	4	4,20	5
13.	Pielęgniarki regularnie sprawdzały, czy u mnie wszystko w porządku	2,37	2,5	2,31	2	2,13	2	2,27	2
14.	Pielęgniarki nie ze wszystkim dawały sobie radę	4,33	4,5	4,25	4,5	4,11	4,5	4,23	4,5
15.	Pielęgniarki nie interesowały się mną jako osobą	4,26	5	4,22	5	4,21	5	4,23	5
16.	Pielęgniarki tłumaczyły mi, co mi dolega	2,88	3	2,84	3	2,82	3	2,85	3
17.	Pielęgniarki wyjaśniły mi, co miały zamiar przy mnie zrobić, zanim to robiły	4,51	5	4,21	5	4,66	5	4,46	5

18.	Pielęgniarki przekazywały następną zmianę informacje dotyczące mojego stanu	4,11	4	3,9	4	4,11	4	4,04	4
19.	Pielęgniarki wiedziały, co robić bez oglądania się na lekarzy	2,46	2	2,31	2	2,50	2,5	2,42	2
20.	Zdarzało się, że pielęgniarki odchodziły i zapomniały, o co prosił je pacjent	3,79	4	3,54	4	3,98	4	3,77	4
21.	Pielęgniarki dbały o prywatność pacjentów, gdy było to potrzebne	4,66	5	4,47	5	4,67	5	4,60	5
22.	Pielęgniarki miały czas, by usiąść i porozmawiać ze mną	2,48	2	2,41	2	2,43	2	2,44	2
23.	Lekarze i pielęgniarki pracowali dobrze jako zespół	4,08	4	3,92	4	4,00	4	4,00	4
24.	Wydawało się, że pielęgniarki jakby nie wiedziały, co każda z nich robiła	4,16	4	4,05	4	4,15	4	4,12	4
25.	Pielęgniarki wiedziały, co robić, aby było jak najlepiej	4,75	5	4,45	4	4,60	5	4,60	5
26.	Dzięki pielęgniarkom na oddziale panowała radosna atmosfera	4,36	4	4,51	4,5	4,08	4	4,32	4

Wartości średnie uzyskane na oddziałach Nefrologii i Angiologii są bardzo podobne (odpowiednio 65,55 oraz 65,17), w przypadku oddziału Kardiologii wyniósł on 60,28. Mediana wynosiła od 61,68 do 65,75. Najniższy wynik uzyskano na oddziale Kardiologii – 33,40, natomiast najwyższy – na Nefrologii – 88,13. Odchylenie standardowe wynosiło od 7,76 do 11,02. Największy rozstęp wyników stwierdzono na oddziale Kardiologii, natomiast najmniejszy – na Nefrologii.



**Rycina 1.** Wynik badania doświadczeń pacjentów w poszczególnych oddziałach

W celu weryfikacji istotności rezultatów uzyskanych w poszczególnych oddziałach użyto nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa. Wartość statystyki Kruskala-Wallisa wyniosła  $H(3, n = 150) = 7,461; p = 0,024$ . Uzyskane rezultaty obliczeń dowodzą, iż wyniki są w większości oddziałów statystycznie istotnie różnie uszeregowane, co ilustruje tabela 5.

**Tabela 5.** Wartość  $p$  (poziom istotności) dla porównań wielokrotnych dla części „doświadczenia” z opieki pielęgniarskiej

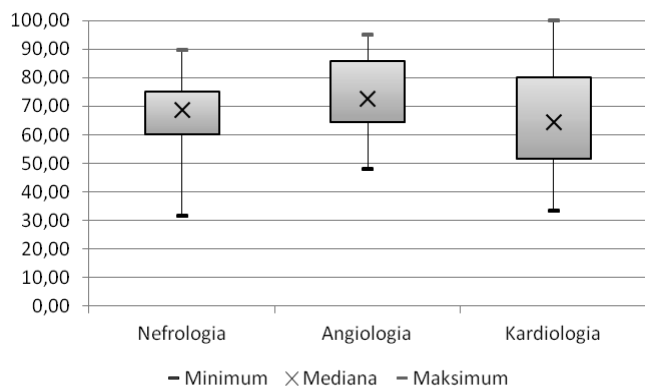
	Nefrologia	Angiologia	Kardiologia
Nefrologia			
Angiologia	0,973		
Kardiologia	0,016	0,021	

Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych (dwustronnych) dla zmiennej określającej ocenę z doświadczeń z opieki pielęgniarskiej w poszczególnych oddziałach była poniżej zakładanego poziomu istotności wynoszącego 0,05. Zaobserwowano istotność statystyczną wyników między oddziałami, z wyjątkiem oddziałów Nefrologii i Angiologii ( $p = 0,973$ ).

**Tabela 6.** Średnie oraz mediany odpowiedzi na poszczególne pytania w oddziałach oraz w całej grupie. Część „satisfakcja z opieki pielęgniarskiej”

Nr pytania	Pytanie	Nefrologia		Angiologia		Kardiologia		Razem	
		średnia	mediana	średnia	mediana	średnia	mediana	średnia	mediana
1.	Ilość czasu, jaki pielęgniarki spędzały z Tobą	2,31	2	2,3	2	2,23	2	2,28	2
2.	Jak sprawne były pielęgniarki w wykonywaniu swojej pracy	2,85	2,5	2,99	3	3,16	3	3,00	3
3.	Obecność pielęgniarki w pobliżu, gdy była taka potrzeba	2,65	2,5	3,01	2,5	2,86	3	2,84	3
4.	Wiedza pielęgniarki na temat opieki nad Tobą	2,56	2,5	2,45	2	2,67	2	2,56	2
5.	Jak szybko pielęgniarki przychodziły na Twoje wezwanie/dzwonki	2,5	2	2,49	2,5	2,57	2	2,52	2
6.	Sposób, w jaki pielęgniarki dbały o to, byś czuł/-a się jak w domu	2,35	2	2,44	2	2,41	2	2,40	2
7.	Liczba informacji, jakie dostałeś/-aś od pielęgniarek na temat Twojego stanu i opieki	2,04	2	2,15	2	2,17	3	2,12	2

8.	Jak często pielęgniarki sprawdzały, czy u Ciebie wszystko w porządku	2,22	2	2,35	2	2,39	2	2,32	2
9.	Gotowość pielęgniarek do pomocy	2,98	3	3,05	3	2,97	2,5	3,00	3
10.	Sposób, w jaki pielęgniarki wyjaśniały Ci różne rzeczy	2,75	3	2,66	3	2,47	3	2,63	3
11.	Jak pielęgniarki uspokajały Twoją rodzinę i przyjaciół	2,67	3	2,51	3	2,53	3	2,57	3
12.	Zachowania się pielęgniarek w pracy	2,95	3	2,98	3	2,82	3	2,92	3
13.	Rodzaj informacji, jakie pielęgniarki Ci udzielały na temat Twojego stanu i opieki	2,55	3	2,3	2	2,47	2	2,44	2
14.	Traktowanie Cię jak osobę	3,11	3	2,89	3	3,00	3	3,00	3
15.	Jak pielęgniarki słuchały Twoich obaw i zmartwień	2,84	3	2,65	3	2,31	2,5	2,60	3
16.	Ilość swobody, jaką miałeś/aś w oddziale	3,2	4	3,15	4	3,49	3	3,28	4
17.	Jak chętne pielęgniarki były do spełniania Twoich próśb	2,65	3	2,71	2	2,68	2,5	2,68	2
18.	Ilość prywatności, jaką dały Ci pielęgniarki	3,12	4	3,15	3	2,97	3	3,08	3
19.	Świadomość pielęgniarek na temat Twoich potrzeb	2,89	3	2,95	3	2,68	3	2,84	3



Rycina 2. Wynik badania satysfakcji pacjentów w poszczególnych oddziałach

Mniejsza liczba prób jest spowodowana brakiem udzielenia odpowiedzi przez pacjentów w tej części badania. Najwyższy wynik średni uzyskano na oddziale Angiologii (73,47; mediana 72,73), wyniki na oddziałach Kardiologii oraz Nefrologii są do siebie zbliżone (odpowiednio 67,30 oraz 66,99). Najwyższą wartość uzyskano na oddziale Kardiologii, natomiast najniższą – na Nefrologii. Podobnie jak w części „doświadczenia” największą rozpiętość wyników zaobserwowano na oddziale kardiologicznym.

Istotność wyników porównano nieparametrycznym testem Kruskala-Wallisa dla wielu prób niepowiązanych. Wartość statystyki testowej wyniosła  $H(3, n = 140) = 6,3; p = 0,043$ .

Tabela 7. Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych dla doświadczeń z opieki pielęgniarskiej

	Nefrologia	Angiologia	Kardiologia
Nefrologia			
Angiologia	0,029		
Kardiologia	0,554	0,035	

Wartość  $p$  dla porównań wielokrotnych dla zmiennej satysfakcja w poszczególnych oddziałach wyniosła w większości badanych oddziałów poniżej zakładanego poziomu istotności wynoszącego 0,05. Zaobserwowano istotność statystyczną wyników między oddziałami, z wyjątkiem oddziałów Nefrologii i Kardiologii.

Obliczono korelację Spearmana dla otrzymanych wartości poziomu satysfakcji z opieki, doświadczeń z opieki oraz deklarowanego przez ankietowanych wieku. Otrzymane rezultaty przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Korelacja dla wartości doświadczeń i satysfakcji a długości pobytu

	Doświadczenia	Satysfakcja	Pobyt
Doświadczenia	1		
Satysfakcja	0,5800127	1	
Pobyt	0,000623378	-0,040629013	1

Po wykonaniu obliczenia stwierdzono brak związku (korelacja nikła) między długością pobytu w szpitalu a poziomem satysfakcji z opieki oraz doświadczeń.

Podobnie jak w poprzednim punkcie sprawdzono korelację między uzyskanymi wynikami a wiekiem pacjenta. Rezultaty przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Korelacja dla wartości doświadczeń i satysfakcji a wiekiem pacjenta

	Doświadczenia	Satysfakcja	Wiek
Doświadczenia	1		
Satysfakcja	0,5800127	1	
Wiek	0,049785433	0,171155237	1

Stwierdzono nikłą korelację między wartościami doświadczenia a wiekiem pacjenta. W przypadku wartości satysfakcji a wiekiem zachodzi korelacja słaba – wiek nieznacznie wpływa na poziom satysfakcji pacjenta. Ankiety wypełniały osoby w różnym wieku, jednak to nie miało większego znaczenia dla wyników.

Analizując wpływ wykształcenia na zadowolenie pacjenta z opieki pielęgniarskiej dokonano obliczenia korelacji Spearmana dla badanych wartości mierzących zadowolenie pacjenta z opieki a deklarowanym wykształceniem.

Tabela 10. Korelacja dla wartości doświadczeń i satysfakcji a deklarowanym wykształceniem

	Doświadczenia	Satysfakcja	Wykształcenie
Doświadczenia	1		
Satysfakcja	0,5800127	1	
Wykształcenie	0,372021841	0,22361865	1

Na podstawie tych danych można stwierdzić, iż w obu przypadkach zachodzi zależność między badanymi cechami a wykształceniem pacjenta. W przypadku doświadczenia mamy do czynienia z korelacją przeciętną oraz korelacją słabą dla satysfakcji z opieki. Wykształcenie więc mocniej wpływa na satysfakcję z opieki pielęgniarskiej niż powyżej opisywany wiek pacjenta.

W przypadku płci pacjentów stwierdzono bardzo nikłą korelację między wynikami doświadczenia a płcią. Zauważono słabą korelację między satysfakcją a płcią badanego. Tak więc płeć pacjenta ma mały wpływ na zadowolenie z opieki.

**Tabela 11.** Płeć pacjenta a wyniki

	Doświadczenia	Satysfakcja	Płeć
Doświadczenia	1		
Satysfakcja	0,5800127	1	
Płeć	0,094897532	0,251635759	1

**OMÓWIENIE**

W przypadku szpitali duży wpływ na ocenę satysfakcji z opieki ma wiele czynników – ocena oddziału (wiek sprzętu, pomieszczeń, atmosfera panująca na oddziale), charakter oddziału (specjalistyczny, ogólny), wyżywienie pacjenta i dodatkowo – praca lekarzy. Pomimo iż w pracy badano opiekę pielęgniarską, nie należy zapominać, iż na zadowolenie pacjentów wpływają wymienione czynniki.

W badaniach własnych uzyskano mniejszą rozpiętość wyników w porównaniu do badań Gutysz-Wojnickiej, która uzyskała różne wyniki o istotnej rozpiętości (dla doświadczeń od średniej 58,03, mediana 55,76 do średniej 84,15, mediana 86,21; dla satysfakcji od 57,27 średnia 55,26, mediana do 86,80 średnia do 89,47 mediana) [7].

W przypadku uzyskanych w pracy wyników wartości średnie pokrywają się z uzyskanymi wynikami przez Gutysz-Wojnicką, jednakże odbiegają od cytowanych rezultatów uzyskanych w Anglii – w skali „doświadczeń” wyniosły odpowiednio 84,6 (mediana 87,8), natomiast w skali doświadczenia 84,1 (mediana 88,2) w 100-stopniowej skali.

W pracy Gutysz-Wojnickiej udowodniono możliwość zastosowania skali w obrębie tego samego szpitala. W badaniu własnym skala nie wykazała istotnych statystycznie różnic w dwóch przypadkach (dla części doświadczenia – oddziały Nefrologii i Angiologii, dla części satysfakcja – oddziały Nefrologii i Kardiologii). W toku badań udowodniono niewielki wpływ cech demograficznych pacjentów na poziom zadowolenia i satysfakcji, w przypadku wieku głównie w części satysfakcja ( $r = 0,17$ ) – byli to pacjenci powyżej 61. r.ż. Nie stwierdzono wpływu długości pobytu na oddziale na uzyskane wyniki. Stwierdzono natomiast wpływ wykształcenia pacjenta na wyniki ( $r = 0,37$  oraz  $r = 0,22$  dla doświadczeń i satysfakcji). Stwierdzono także wpływ płci pacjenta na wyniki skali satysfakcja ( $r = 0,25$ ). Podobne rezultaty uzyskała Gutysz-Wojnicka – potwierdzono wpływ wieku i płci, nie uzyskano związku dla wykształcenia [7].

Najwyższy uzyskany rezultat w przypadku skali doświadczenia uzyskał oddział Nefrologii. Porównując to z uzyskanymi wynikami korelacji dla całej próby, wyższy wynik na oddziale może być spowodowany wykształceniem pacjentów na nim przebywających – można przypuszczać, iż pacjenci z niższym wykształceniem byli mniej wymagający od osób z wyższym wykształceniem. Natomiast nie stwierdzono wpływu długości pobytu na oddziale na wyniki.

Najniższy wynik uzyskano na oddziale Kardiologii – na tym oddziale dominowali pacjenci z wykształceniem średnim oraz wyższym, w większości powyżej 41. r.ż. Niższy wynik oddziału można dodatkowo tłumaczyć jego charakterem – osoby na nim przebywające często cierpią na nadciśnienie oraz tym, iż pacjenci niechętnie wypełniali ankietę lub wypełniali ją pobieżnie i niedokładnie (pominięte pytania).

W przypadku skali satysfakcja najlepiej wypadł oddział Angiologii – większość pacjentów tego oddziału stanowiły osoby starsze, co razem z obliczoną korelacją ( $r = 0,17$ ) pozwala przypuszczać, iż osoby starsze były bardziej usatysfakcjonowane poziomem opieki. Dodatkowo wykazano korelację między poziomem satysfakcji a płcią – na tym oddziale dominowały kobiety (54%). Najniższy wynik z satysfakcji uzyskano na Nefrologii. Na tym oddziale znaczącą grupę ankietowanych stanowiły osoby powyżej 61. r.ż., które okazały się bardziej wymagające od osób młodszych.

Badacze – McColl i wsp., podczas analizy wpływu poziomu wykształcenia na ocenę opieki pielęgniarskiej, ukazali istotną statystycznie zależność, zarówno w zakresie skali doświadczenia ( $p < 0,001$ ), jak i w zakresie skali satysfakcja ( $p < 0,01$ ). Pacjenci z wyższym wykształceniem gorzej oceniali opiekę pielęgniarską niż ci z niższym [8].

W badaniach własnych największą grupę pacjentów stanowili pacjenci z wykształceniem średnim – 53%, natomiast wykształcenie wyższe miało 29% respondentów. Ten średni odsetek respondentów mających wykształcenie wyższe mógł mieć wpływ na trafność otrzymanych wyników, aczkolwiek w Anglii odsetek ten był bardzo niski, ponieważ wynosił 6,7%. Stwierdzono, iż wpływ wykształcenia pacjentów na ich poziom zadowolenia z opieki pielęgniarskiej nie jest określony w literaturze. Związek ten także nie został wskazany przez Akina i Erdogana (2007), którzy są autorami tureckiej wersji *The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale*, natomiast miał istotny wpływ na wyniki badań własnych, przyczyny tego można doszukać się w charakterze społeczeństwa lub w analizie relacji klient – usługodawca w Polsce – im jest się bardziej świadomym klientem, tym więcej się wymaga [9].

**WNIOSKI**

1. Uzyskane rezultaty wskazują na to, że czynniki demograficzne częściowo mają wpływ na ocenę satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, np. pacjenci z wyższym wykształceniem wymagają więcej. W przypadku skali doświadczenia wpływ na wynik miało wykształcenie respondentów – pacjenci z wyższym wykształceniem są bardziej wymagający. W przypadku części satysfakcja zaobserwowano wpływ wszystkich cech demograficznych. Nie stwierdzono wpływu długości pobytu w szpitalu na wyniki.
2. Należy przeprowadzać dalsze badania oceny satysfakcji z życiem powyższej ankiety oraz autorskich narzędzi, ponieważ są to czynniki dynamicznie zmieniające się w czasie oraz zależne od wielu zmiennych.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Sloman M. *Strategia szkolenia pracowników*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
2. Krukowski J, i wsp. Ocena związku pomiędzy jakością opieki a satysfakcją pacjenta w schyłkowej fazie choroby. *Probl Pielęgn* 2011; 19: 282–287.
3. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Nordic Collage of Caring Sciences. Scand J Caring Sci* 2002; 16: 337–344.
4. Penar-Zadarko B, Nagórska M. *Badania w pielęgniarstwie XXI wieku*. T. 1. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego; 2012.
5. Larrabee J, Bolden L. Defining patient-perceived quality of nursing care. *J Nurs Care Qual* 2001; 16(1): 34–60.
6. Lynn M, McMillen B, Sidani S. Understanding and measuring patients' assessment of the quality of nursing care. *Nursing Research* 2007; 56(3): 159–166.
7. Gutysz-Wojnicka A. *Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacją Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej*. Rozprawa doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny; 2010.
8. Thomas LH, McColl E, Priest J, et al. Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care* 1996; 5(2): 67–72.
9. Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16: 646–653.

**Adres do korespondencji:**

Dr n. med. Beata Jankowska-Polańska  
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Bartła 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 71 348 42 10  
E-mail: bianko@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 06.09.2014 r.

Po recenzji: 28.10.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 21.11.2014 r.



# MOŻLIWOŚCI OBNIŻENIA WYDATKÓW INDYWIDUALNYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA LECZENIE I REHABILITACJĘ

*The possibilities of debasement of individual persons with disabilities expenses on treatment and rehabilitation*

Krzysztof Tuszyński<sup>1</sup>, Andrzej Kierzek<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Naczelna Komisja Rewizyjna Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie

<sup>2</sup> Katedra Fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

adres do korespondencji: k.tuszynski@hipokrates.org

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Szeroko na wstępie przedstawiono ustawę z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Szczegółowo opisano trzy stopnie niepełnosprawności. Zaprezentowano kryteria orzekania o stopniu niepełnosprawności. W szczególności zanalizowano problem oceny niepełnosprawności. Zaznaczono z organizacją systemu niepełnosprawności w Polsce. Szczegółowo omówiono kwestię wydatków na rehabilitację.

**Słowa kluczowe:** niepełnosprawność, trzy stopnie niepełnosprawności, wydatki na leczenie i rehabilitację.

## SUMMARY

**Background.** Act of 27th August 1997 on professional and social rehabilitation and employment of persons with disabilities is presented widely first of all. Three degrees of disability are described in more detail. Criteria for the evaluation of disability are strongly pointed out. The problem of adjudication of disability is analysed in detail. Organization of the system of disability in Poland is also presented. The issue of rehabilitation spending is treated broadly.

**Key words:** disability, three degrees of disability, expenses on treatment and rehabilitation.

**Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych** (Dz.U. nr 123, poz. 776, z późn. zm.) podaje definicję niepełnosprawności, która oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

Ustawa dotyczy osób (zwanych dalej osobami niepełnosprawnymi), których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem o:

- zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności,
- całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów ZUS,
- niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16. roku życia.

Rozróżnia się trzy stopnie niepełnosprawności:

1. Do znacznego stopnia **niepełnosprawności** zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
2. Do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do niej jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych.
3. Do lekkiego stopnia niepełnosprawności zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu ze zdolnością, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mającą ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować za pomocą wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

**Niezdolność do samodzielnej egzystencji** oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

Niezwykle ważna jest charakterystyka dokumentów stwierdzających stopień niepełnosprawności u dorosłych oraz odrębnie u dzieci, dlatego że posiadanie tych dokumentów jest podstawowym warunkiem uzyskania ulg i przywilejów. Analogicznie, wystarczające są dokumenty z ZUS. Emeryci muszą starać się o odrębne potwierdzenie niepełnosprawności. Dzieci, które nie ukończyły 16. roku życia, zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, powodującą konieczność zapewnienia im całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16. roku życia (Dz.U. nr 17, poz. 162) oceny niepełnosprawności dokonuje się na podstawie następujących kryteriów:

- przekraczającego 12 miesięcy, przewidywanego okresu trwania upośledzenia stanu zdrowia z powodu stanów chorobowych:
  - wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzających w znacznym stopniu zdolność chwytną rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się;
  - wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego, krzepnięcia i inne, znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia

- w domu i okresowo leczenia szpitalnego;
- upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym, psychozy i zespoły psychotyczne;
- zespół autystyczny;
- padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi;
- nowotwory złośliwe i choroby rozrostowe układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia;
- wrodzone lub nabyte wady wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku, głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu niepoprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego;
- niezdolność do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, powodujące konieczność zapewnienia stałej opieki lub pomocy, w sposób przewyższający zakres opieki nad zdrowym dzieckiem w danym wieku, albo
- znacznego zaburzenia funkcjonowania organizmu wymagającego systematycznych częstych zabiegów leczniczych i rehabilitacyjnych w domu i poza domem.

**Za osobę niepełnosprawną pozostającą na utrzymaniu podatnika** uważa się następujące osoby niepełnosprawne: współmałżonka, dzieci własne i przysposobione, dzieci przyjęte na wychowanie, pasierbów, rodziców, rodziców współmałżonka, rodzeństwo, ojczyma, macochę, zięciów i synowe – jeżeli pozostają na utrzymaniu podatnika, a w roku podatkowym dochody tych osób nie przekroczyły kwoty 9120 zł – [ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176, z późn. zm.)].

Orzeczenie ustalające stopień niepełnosprawności stanowi także podstawę do przyznania ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów. Jest to bardzo ważne rozwiązanie prawne albowiem zdarzają się sytuacje bogatych dzieci mających na utrzymaniu biednych rodziców i wtedy mogą skorzystać z tych ulg – pomagając np. rodzicom. Może być odwrotnie; bogaci rodzice pomagają biednym i niepełnosprawnym dzieciom.

**Ulgą podatkową** to możliwość obniżenia podstawy opodatkowania lub zmniejszenia kwoty zapłaconego podatku. Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. ordynacji podatkowej (Dz.U. nr 8, poz. 60, z późn. zm.) – ulga podatkowa to przewidziane w przepisach prawa podatkowego zwolnienia, odliczenia, obniżki albo zmniejszenia, których zastosowanie powoduje obniżenie podstawy opodatkowania lub wysokości podatku.

Na podstawie ustawy z 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176, z późn. zm.) – przywileje podatkowe dla osób niepełnosprawnych polegają na tym, że osoba niepełnosprawna lub podatnik, na którego utrzymaniu są osoby niepełnosprawne, mają prawo odliczenia wydatków na cele rehabilitacyjne oraz wydatków związanych z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych poniesionych w danym roku podatkowym.

**Przywilej** – to szczególne uprawnienie, prawo korzystania ze szczególnych względów w jakimś zakresie.

#### ORZĘKANIE O (STOPNIU) NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Orzekanie o (stopniu) niepełnosprawności w celu uzyskania statusu osoby niepełnosprawnej reguluje ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. nr 123, poz. 776, z późn. zm.). Osoba zainteresowana uzyskaniem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub opiekun prawny dziecka do lat 16, który ubiega się o orzeczenie o niepełnosprawności) składa wniosek o ustalenie (stopnia) niepełnosprawności do powiatowego zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. W skład zespołu wchodzi specjaliści z różnych dziedzin, a więc lekarze, psychologowie, doradcy zawodowi, pracownicy socjalni,

pedagodzy i inni specjaliści, uznani za niezbędnych do rozpatrzenia indywidualnej sprawy osoby zainteresowanej uzyskaniem orzeczenia. Przewodniczącym zespołu zawsze jest lekarz.

Właściwy do rozpatrzenia wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności przeprowadza postępowanie, w wyniku którego wydaje orzeczenie zaliczające osobę do jednego z wyżej określonych stopni niepełnosprawności lub w przypadku dziecka – zalicza do osób niepełnosprawnych (bez nadawania stopnia).

Orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności jest dokumentem nadającym osobie status niepełnosprawności i stanowi podstawę do korzystania z ulg i przywilejów przysługujących osobom niepełnosprawnym na podstawie ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz innych ustaw i przepisów wykonawczych do tych ustaw określających uprawnienia osób niepełnosprawnych.

#### ORGANIZACJA SYSTEMU ORZĘKANIA

Osoba zainteresowana uzyskaniem orzeczenia o (stopniu) niepełnosprawności (dla osób dorosłych) lub orzeczenia o niepełnosprawności (dla dzieci) składa wnioski do powiatowego zespołu do spraw orzekania o (stopniu) niepełnosprawności przy powiatowym centrum pomocy rodzinie. Właściwym do rozpatrzenia wniosku jest powiatowy zespół w miejscu zamieszkania osoby. Wniosek można również złożyć w miejscu długotrwałego pobytu osoby, np. długotrwałego pobytu u rodziny, osób bliskich lub w instytucjach, takich jak dom pomocy społecznej, szpital lub zakład karny.

W postępowaniu o zaliczenie do odpowiedniego stopnia niepełnosprawności obowiązuje dwuinstancyjność.

Pierwszą instancją jest powołany przez starostę – powiatowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, usytuowany przy powiatowym centrum pomocy rodzinie. Tak stanowi ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Drugą instancją (odwoławczą) w zakresie orzekania o stopniu niepełnosprawności jest wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności powoływany przez wojewodę.

Wojewódzki zespół rozpatruje odwołania od orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych w pierwszej instancji. Osoba, która uzyskała orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i jest niezadowolona z treści tego orzeczenia, może złożyć odwołanie do wojewódzkiego zespołu orzekającego za pośrednictwem powiatowego zespołu, który wydał orzeczenie. Decyzja wojewódzkiego zespołu o ustaleniu stopnia niepełnosprawności jest ostateczna.

Osoba zainteresowana może także wykorzystać drogę sądową oraz zaskarżyć orzeczenie wojewódzkiego zespołu do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych. Postępowanie sądowe w sprawach orzekania o stopniu niepełnosprawności jest wolne od opłat sądowych.

Obowiązkiem zespołu orzekającego o stopniu niepełnosprawności jest rozpatrzenie wniosku osoby w terminie miesiąca od dnia zgłoszenia, a w przypadku konieczności wykonania dodatkowych badań specjalistycznych w okresie dwóch miesięcy.

Obowiązkiem osoby składającej wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności jest aktywne uczestniczenie w postępowaniu zespołu orzekającego i dostarczenie posiadanych dokumentów, które pozwolą na określenie stopnia niepełnosprawności.

Osoba zainteresowana jest zawiadamiana przez zespół o terminie posiedzenia zespołu na co najmniej 14 dni przed posiedzeniem, z pouczeniem o obowiązkowym stawianiu.

Jeśli osoba zainteresowana nie może wziąć udziału w posiedzeniu zespołu ze względu na długotrwałą chorobę poświadczoną zaświadczeniem lekarskim, uniemożliwiającą przybycie na po-

siedzenie, przewodniczący zespołu kieruje do miejsca zamieszkania lub pobytu osoby lekarza, który dokona oceny jej stanu zdrowia.

W tym przypadku posiedzenie zespołu przebiega bez udziału osoby zainteresowanej. Dwukrotna nieusprawiedliwiona nieobecność osoby zainteresowanej na posiedzeniu, mimo wezwań do uczestnictwa, powoduje, że przewodniczący zespołu zawiadamiają o odstąpieniu od rozpatrywania wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności.

W wyniku przeprowadzonego postępowania powiatowy zespół orzekający wydaje orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności.

Osoby, które nie posiadają orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, są niepełnosprawnymi z punktu widzenia własnej oceny zdolności do wykonywania podstawowych czynności życiowych, czyli przy zastosowaniu kryterium biologicznego.

Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, na podstawie ustawy z 17 grudnia 1988 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. nr 162, poz. 1118), traktowane jest na równi z orzeczeniem niepełnosprawności o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy jest traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a częściowej niezdolności do pracy – na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu.

Osoby posiadające ważne orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym oraz orzeczenia o niezdolności do pracy mogą składać do zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności wniosek o ustalenie zaoczne stopnia niepełnosprawności do celów korzystania z ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów. Tak więc podatnik rencista, który pobiera rentę (z ZUS lub z KRUS) automatycznie posiada dokument równoważny z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności. Jeśli chce – może się starać o zaoczne wydanie legitymacji osoby niepełnosprawnej i stosownego zaświadczenia ułatwiającego np. zatrudnienie.

Ulg przysługują na podstawie ustawy z 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 nr 14, poz. 176, z późn. zm.) oraz ustawy z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. nr 144, poz. 930, z późn. zm.).

Ulg i przywileje podatkowe dla osób niepełnosprawnych są uregulowane w przepisach ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Przywileje te są określone w przepisach podatkowych jako tak zwane wydatki na cele rehabilitacyjne i odlicza się je od dochodu podatnika w takiej wysokości, jaką wynosi podatek. Ulga rehabilitacyjna to jedna z niewielu ulg, z których podatnicy mogą nadal korzystać. Aby odliczyć wydatki na cele rehabilitacyjne oraz wydatki związane z ułatwieniem wykonywanych czynności życiowych, trzeba spełnić kilka warunków, które autorzy przedstawiają w dalszej części pracy.

Wydatki na rehabilitację może odliczyć również osoba niepełnosprawna, która posiada jeden z wymienionych dokumentów:

- dokument stwierdzający inwalidztwo wydany przez ZUS (przed 1 września 1997 r.),
- dokument stwierdzający inwalidztwo według orzeczenia komisji lekarskiej MON lub MSWiA – wobec pracowników MON i MSWiA,
- legitymację inwalidy wojennego lub inwalidy wojskowego wydaną przez ZUS,
- orzeczenie lekarskie KRUS o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,
- orzeczenie lekarskie wydane przez ZUS lub KRUS o niezdolności do samodzielnej egzystencji (dawniej I grupa inwalidztwa),

- orzeczenie lekarskie wydane przez lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do pracy (długotrwałej), częściowej lub całkowitej, okresowej bądź trwałej albo decyzję ZUS o przyznaniu renty, w tym również renty szkoleniowej,
- decyzję ZUS przyznającą rentę socjalną,
- orzeczenie o niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16 lat.

Odliczenie przysługuje również osobom, które mają na utrzymaniu osobę niepełnosprawną, co jest bardzo ważne w układach rodzinnych.

Posiadanie któregokolwiek z ww. dokumentów uprawnia do wielu ulg i przywilejów, chociaż osoby niepełnosprawne posiadające teoretycznie prawo do przywilejów często nie potrafią i nie umieją z nich korzystać.

Zgodnie z cytowanymi wyżej ustawami, podstawę obliczenia podatku ustala się po odliczeniu wydatków na cele rehabilitacyjne oraz wydatków związanych z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych poniesionych w roku podatkowym przez podatnika będącego osobą niepełnosprawną lub podatnika, na którego utrzymaniu są osoby niepełnosprawne.

Za **wydatki na cele rehabilitacyjne** uznaje się środki przeznaczone na:

1. Adaptację i wyposażenie mieszkań oraz budynków mieszkalnych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.
2. Przystosowanie pojazdów mechanicznych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.
3. Zakup i naprawę indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego.
4. Zakup wydawnictw i materiałów (pomocy) szkoleniowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.
5. Odpłatność częściową za pobyt na turnusie rehabilitacyjnym.
6. Odpłatność częściową za pobyt na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, za pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne.
7. Opłacanie przewodników osób niewidomych I lub II grupy inwalidztwa oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu zaliczonych do I grupy inwalidztwa, w kwocie nieprzekraczającej w roku podatkowym 2280 zł.
8. Utrzymanie przez osoby niewidome psa przewodnika – w wysokości nieprzekraczającej w roku podatkowym kwoty 2280 zł.
9. Opiekę pielęgniarzką w domu nad osobą niepełnosprawną w zakresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi opiekuńcze świadczone dla osób niepełnosprawnych zaliczonych do I grupy inwalidztwa.

Odpłatność za zakupione w aptece leki, w danym miesiącu zawsze powyżej 100 zł. Oznacza to sumowanie kwot z faktur (w obrębie 1 miesiąca). Można również kupić leki jeden raz na 2–3 miesiące i tylko jeden raz odliczyć 100 zł.

Chcielibyśmy zwrócić uwagę PT Czytelników na możliwość odliczenia wyjazdów na leczenie i rehabilitację np. na Słowację lub na Węgry do wód termalnych, czy np. do Druskiennik; konieczna jest jednak faktura.

Jeżeli realizuje się zabiegi rehabilitacyjne w prywatnym gabinecie rehabilitacyjnym, musimy prosić o wydanie nam rachunku za usługę.

Niewiele osób orientuje się, że osoba, która przebywa w Domu Pomocy Społecznej i ma co miesiąc potrącane 70% świadczenia (renty, emerytury) może uzyskać od dyrektora (w grudniu) zaświadczenie o pobranych kwotach oraz w styczniu wypełnić PIT-37 i PIT-0 (dot. wydatków rehabilitacyjnych), wpisać tam te potrącone – pobrane kwoty.

Jaka jest wielkość kwot w ramach wydatków rehabilitacyjnych? Taka sama – jak wielkość potrąconego podatku. Wydatki większe niż potrącony podatek nie mogą ani przechodzić na następny rok ani być w innej formie zwracane. Oznacza to, że osoba, która płaci wyższe podatki ma prawo do wyższego odpisu na wydatek rehabilitacyjny. Nie podlegają wydatkom rehabilitacyjnym podatki z karty podatkowej bądź z udziałów w spółkach czy też z giełdy.

Wysokość wydatków na wymienione cele ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających ich posiadanie, **z wyjątkiem:**

- opłacenia przewodników osób niewidomych I lub II grupy inwalidztwa oraz osób z niepełnosprawnością narządu ruchu zaliczonych do I grupy inwalidztwa,
- utrzymanie przez osoby niewidome psa przewodnika,
- używania samochodu osobowego stanowiącego własność (współwłasność) osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę niepełnosprawną zaliczoną do I lub II grupy inwalidzkiej albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16. roku życia, dla potrzeb związanych z koniecznym przewozem na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne, gdzie nie jest wymagane posiadanie dowodów potwierdzających ich poniesienie (ryczałt 2280 zł).

W 2012 r. autorzy spotkali się z sytuacją, że urząd skarbowy kontrolujący te wydatki żądał okazania dowodu, iż pacjent był poddawany takim zabiegom rehabilitacyjnym. Według autorów jest to naruszenie ducha ustawy, ale lepiej zbierać tego typu dowody (potwierdzenia), aby zaspokoić „żarłoczność” biurokracji i podejrzewania wszystkich, że są oszustami i złodziejami (p. casus „Amber Gold”).

**Warunkiem odliczenia wydatków** jest posiadanie:

- orzeczenia o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, określonych w odrębnych przepisach, lub
- decyzji przyznającej rentę z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, rentę szkoleniową albo rentę socjalną albo
- orzeczenia o niepełnosprawności osoby, która nie ukończyła 16. roku życia, wydanego na podstawie odrębnych przepisów.

Przepisy ustawy stosuje się odpowiednio do podatników, na których utrzymaniu pozostają następujące osoby niepełnosprawne:

- współmałżonek, dzieci własne i przysposobione,
- dzieci obce przyjęte na wychowanie, pasierbowie,
- rodzice, rodzice współmałżonka, rodzeństwo, ojczym, macocha,
- zięciowie i synowe, jeżeli w roku podatkowym dochody tych osób niepełnosprawnych nie przekraczają kwoty 9120 zł.

Ilekość w przepisach jest mowa o osobach zaliczonych do:

- a) **I grupy inwalidztwa** – należy przez to rozumieć odpowiednio osoby, w stosunku do których, na podstawie odrębnych przepisów, orzeczono:
- całkowitą niezdolność do pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji albo
  - znaczny stopień niepełnosprawności,

b) **II grupy inwalidztwa** – należy przez to rozumieć odpowiednio osoby, w stosunku do których, na podstawie odrębnych przepisów, orzeczono:

- całkowitą niezdolność do pracy albo
- umiarkowany stopień niepełnosprawności.

Odcicie, o którym mowa powyżej, może być dokonane również w przypadku, gdy osoba, której dotyczy wydatek, posiada orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez właściwy organ na podstawie odrębnych przepisów obowiązujących do 31 sierpnia 1997 r.

Osoby niepełnosprawne, niezależnie od praw i ulg o charakterze powszechnym, korzystają także ze szczególnych przywilejów i to w różnych aspektach życia. Ich celem jest przede wszystkim zapewnienie osobom równych szans w życiu zawodowym i społecznym. Dlatego wyartykułowana w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych zasada niedyskryminacji oraz prawo do samodzielnego i aktywnego życia osób, których sprawność fizyczna lub psychiczna utrudnia lub uniemożliwia naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, ma nie tylko aspekt społeczny, ale przede wszystkim powinna niwelować rzeczywiste bariery, jakie w codziennym życiu napotykają osoby mające status niepełnosprawnych.

Niepełnosprawność jest zatem tytułem do korzystania z licznych ulg i preferencji, a ochrona w tym zakresie znalazła swój wyraz zarówno w przepisach prawnych dotyczących tej grupy osób, jak i w licznych regulacjach z różnych dziedzin prawa.

Przedstawiane wyżej zagadnienia są bardzo istotne z punktu widzenia leczenia i rehabilitacji w przewlekłych chorobach, a przecież większość niepełnosprawnych to są właśnie tacy chorzy.

W ochronie zdrowia jest wielu z nas przewlekłe chorych lub po wypadkach lub po przewlekłych skutkach zarażenia np. WZW. To samo dotyczy emerytów – lekarzy, pielęgniarek bądź pozostałych zawodów medycznych. Jeżeli np. lekarz – emeryt przewlekłe chory chce mieć uprawnienia wyżej omawiane – musi poddać się procedurze orzekania o niepełnosprawności.

Autorzy sugerują jednocześnie zwrócenie uwagi, na jaki okres jest przyznane orzeczenie w stopniu niepełnosprawności. Jeżeli choroba jest przewlekła i nie rokuje wyleczenia, wtedy powinno być orzeczenie niepełnosprawności na trwałe. Niestety, dość często zdarzają się takie sytuacje, gdy orzeka się niepełnosprawność w przewlekłej chorobie lub utrwalonej wadzie, np. na 1 rok. Dowodzi tu, że zespół i lekarz orzekający nie zapoznali się dokładnie z dowodami leczenia, bądź boją się odpowiedzialności, bądź też nie potrafią podjąć odważnej decyzji. Każda taka bezmyślna decyzja zwiększa koszty i niepotrzebnie naraża pacjenta na różne dodatkowe stresy. W takiej sytuacji należy odwołać się do wyższej instancji (tzn. wojewódzkiej) lub do sądu. Odwołać się należy tylko w kwestii czasokresu dotychczas ustalonej niepełnosprawności, aby uzyskać prawo na stałe.

Państwo nasze świadomie wprowadziło w 1997 r. te przepisy, w celu pomocy chorym, rencistom oraz emerytom. Będąc pracownikami ochrony zdrowia i posiadając konkretną wiedzę można świadomie pomóc naszym podopiecznym do skorzystania z przysługujących im praw.

## BIBLIOGRAFIA

1. Auleytner J, Mikulski J. *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych. Drogi integracji*. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy; 1996.
2. Balcerzak-Paradowska B. *Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce. Raport Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 2002.
3. Barinow-Wojewódzki A, Tuszyński K. *Orzekanie lekarskie a zdolności do pracy w schorzeniach układu krążenia*. Poznań: AWF; 2007.
4. Rączkowski B. *BHP w praktyce*. Gdańsk: Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr Sp. z o.o.; 2005.
5. Cieślak W, Tuszyński K. Nowe zasady orzekania o czasowej niezdol-

ności do pracy. *Biul Wielkopolskiej Izby Lekarskiej* 1999; 6:197.

6. Dmochowski A, Tuszyński K. *Orzecznictwo lekarskie. Zdrowie publiczne i medycyna społeczna*. W: Wąsiewicz EP, red. *Zdrowie Publiczne*. Poznań: Wydawnictwo AM; 2000.
7. Golinowska S, red. *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych; 2001.
8. Karpińska J, Pałeczka-Błaszczuk A, Zbrzeźna M. *Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (komentarz)*. Warszawa: Dział Wydawnictw KIG-R; 2003.
9. Kowalik S. *Osoba niepełnosprawna i jej jakość życia w procesie rehabilitacji*. Prace VII Ciechocińskiego Forum Niezależnego Życia Osób Niepełnosprawnych. Ciechocinek; 2002.

10. Kubiak S. *Ogólne pojęcie rehabilitacji i jej znaczenie w procesie leczniczym*. Prace VII Ciechocińskiego Forum Niezależnego Życia Osób Niepełnosprawnych. Ciechocinek; 2002.
11. Rotkiewicz M. *Zatrudnienie osób niepełnosprawnych – poradnik dla pracodawcy i pracownika*. Warszawa: Instytut Prawa Pracy; 2007.
12. Tuszyński K. Nowe zasady orzecznictwa lekarskiego. *Biul Wielkopolskiej Izby Lekarskiej* 1999; 7: 145.
13. Tuszyński K. *Znaczenie ulg i przywilejów w opiece medycznej osób niepełnosprawnych w świetle obowiązujących przepisów w Polsce*. Prace VII Ciechocińskiego Forum Niezależnego Życia Osób Niepełnosprawnych. Ciechocinek; 2002.
14. Tuszyński K. O czym lekarze nie wiedzą. *Biul Wielkopolskiej Izby Lekarskiej* 2007; 9: 167.
15. Tuszyński K. *Orzecznictwo lekarskie*. W: *Materiały Konferencyjne Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego; 2007.
16. Tuszyński K. *Podstawy prawne i procedury uzyskiwania rent i odszkodowań z powodu schorzeń lub wypadków*. Warszawa: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia; 2007.
17. Tuszyński K. *Ustalenie odszkodowań powypadkowych*. Warszawa: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia; 2007.

## DOKUMENTY PRAWNE

1. Konstytucja RP – ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483).
2. Kodeks Pracy (Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94, z późn. zm.).
3. Uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych (M.P. z dnia 13 sierpnia 1997 r.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. nr 123, poz. 776, z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176, z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 20 listopada 1998 roku o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. nr 144, poz. 930, z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku Ordynacja podatkowa (Dz.U. nr 8, poz. 60, z późn. zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz.U. nr 17, poz. 162).
9. Ustawa z dnia 17 grudnia 1988 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. nr 162, poz. 1118).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. (Dz.U. nr 276, poz. 2739).

### Adres do korespondencji:

Dr n. med. Krzysztof Tuszyński  
ul. Nowogrodzka 8  
61-048 Poznań  
Tel./fax: 61 879 25 54  
E-mail: k.tuszynski@hipokrates.org

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.10.2014 r.  
Po recenzji: 21.11.2014 r.  
Zaakceptowano do druku: 26.11.2014 r.

# OPIEKA NAD DZIECKIEM Z ZAPALENIEM PŁUC – OPIS PRZYPADKU

*Nursing care of a child with pneumonia – a case report*

Beata Konecka<sup>1</sup>, Agnieszka Zborowska<sup>2</sup>, Victoria Haaßengier<sup>2</sup>, Anna Rozensztrauch<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu

<sup>2</sup> Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>3</sup> Zakład Pediatrii Społecznej, Katedra Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

## STRESZCZENIE

Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z zapaleniem płuc w oparciu o proces pielęgnowania pozwala na indywidualne podejście pielęgniarki do chorego dziecka i jego opiekunów. Współczesne pielęgniarstwo utrzymuje, że pielęgniarka jest aktywnym członkiem zespołu terapeutycznego. Takie spojrzenie wymaga od pielęgniarki przygotowania merytorycznego oraz wyznacza nowe zadania, ale też daje szersze kompetencje i wzmacnia znaczenie jej roli w opiece nad pacjentem pediatrycznym. Warunkiem efektywnego leczenia i pielęgnacji jest aktywność i współpraca całego zespołu terapeutycznego.

**Słowa kluczowe:** zapalenie płuc, opieka pielęgniarska, edukacja.

## SUMMARY

Nursing care of a child with pneumonia based on a nursing process allows an individual approach to a sick child and his caregivers. Modern nursing maintains that a nurse is an active member of the therapeutic team. Such approach requires nurses to display a higher level of competence and sets new goals for them, but also gives a nurse wider authority and stress the importance of her role in the care of pediatric patients. The activity and cooperation of all members of the therapeutic team is a prerequisite for successful treatment and effective nursing care.

**Key words:** zapalenie płuc, opieka pielęgniarska, edukacja.

## WSTĘP

Zakażenia układu oddechowego są najczęstszą przyczyną porad ambulatoryjnych. Stanowią one około 50–60% wszystkich zakażeń pozaszpitalnych oraz są najczęstszą przyczyną gorączki u niemowląt i młodszych dzieci [1, 2]. Dzieci młodsze, w wieku do 5 lat, są grupą szczególnie narażoną na zakażenia układu oddechowego ze względu na fizjologiczną niedojrzałość układu odpornościowego, a także środowiskowe czynniki ryzyka (ośrodki opieki dziennej – żłobek, przedszkole) oraz coraz powszechniej występujące alergię [2]. Zapalenie płuc może być zakażeniem pierwotnym albo występować wtórnie w przebiegu innych chorób lub zakażenia. Czynnikiem etiologicznymi mogą być również wirusy, grzyby, pierwotniaki, reakcje immunologiczne czy też aspiracja [3].

## CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie właściwego sposobu doboru metod opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem cierpiącym z powodu zapalenia płuc przez wskazanie na wielowymiarowość działalności pielęgniarskiej.

## MATERIAŁ I METODY

W pracy posłużono się następującymi technikami badawczymi: wywiad, obserwacja i analiza dokumentacji medycznej pacjenta. Uzyskano świadomą zgodę opiekunów prawnych dziecka na udział w badaniu.

## OPIS PRZYPADKU

Dziecko płci żeńskiej w 5 r.ż., masa ciała 16,9 kg, zostało przyjęte na oddział pediatryczny z rozpoznanym zapaleniem płuc. Dziewczynka z ciąży I, urodzona siłami natury, 10 pkt. w skali Apgar, poród przebiegł bez powikłań, karmiona mlekiem matki do 6. miesiąca życia. Rozwój psychomotoryczny i fizyczny adekwatny do wieku. W 12. miesiącu życia przebyła zapalenie ucha środkowego. Rodzice dziecka zdrowi, bez nałogów. Oboje posiadają wyższe wykształcenie, pracują. Wywiad rodzinny w kierunku chorób alergicznych i innych chorób przewlekłych – nieobciążony. Warunki mieszkaniowe dobre. Dom jednorodzinny, wolnostojący jest jasny, suchy, wyposażony w bieżącą wodę i centralne ogrzewanie. Sytuacja materialna rodziny do-

bra. Dziewczynka uczęszcza do przedszkola od 3. r.ż. Relacje w rodzinie wydają się być prawidłowe. Widoczna jest silna więź emocjonalna między członkami rodziny. Powodem skorzystania z porady ambulatoryjnej było: utrzymująca się podwyższona temperatura ciała (38,5°C), utrudnione oddychanie, kaszel napadowy, czasami prowokujący wymioty. Przy przyjęciu dziewczynka uskarżała się na nudności oraz ból głowy i brzucha. Ponadto zaobserwowano napadowy kaszel z odksztuszaniem płwociny, duszność, tachypnoe.

W badaniu za pomocą termometru elektronicznego bezdotykowego stwierdzono temperaturę ciała na poziomie 39,0°C. W badaniach laboratoryjnych, które zostały wykonane na zlecenie lekarza przyjmującego, stwierdzono podwyższone wskaźniki stanu zapalnego – białko C-reaktywne (CRP, *C-reactive protein*) = 89 mg/l, OB – 68, prokalcytonina > 10, leukocyty – 26,20 tys./ml. Badanie gazometryczne krwi tętniczkowej ujawniło hipoksemię PO<sub>2</sub> – 61,8 mm Hg oraz obniżoną saturację SaO<sub>2</sub> – 88,0%. W pozostałych badaniach odchyłań od normy nie stwierdzono. W badaniu radiologicznym klatki piersiowej występowały liczne zmiany zapalne w środkowym polu płucnym prawym według opisu lekarza radiologa.

Rozpoznanie postawione przez lekarza prowadzącego to chłamydiowe zapalenie płuc. W leczeniu zastosowano doustny antybiotyk z grupy makrolidów (preparat klarytromycyny) oraz nebulizację glikokortykosteroidu z krótko działającym beta-2-mimetykiem. Po konsultacji z zespołem fizjoterapeutycznym wdrożono ćwiczenia oddechowe, które przyczyniły się do poprawy oddychania i rozprężenia płuc. Leczenie przebiegało bez powikłań, stopniowo uzyskiwano poprawę stanu ogólnego pacjentki. Zmiany osłuchowe w drogach oddechowych oraz objawy choroby systematycznie ustępowały. Dziewczynkę wypisano do domu w 7. dobie pobytu, w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem dalszej doustnej antybiotykoterapii oraz systematycznej kontroli pediatrycznej.

Problemy pielęgnacyjne zdefiniowane dla pacjentki:

- uczucie duszności,
- napadowy, męczący kaszel z płwociną,
- ból głowy i wzmożona potliwość,
- nudności i wymioty,

- niepokój i niemożność podejmowania aktywności adekwatnej do wieku dziecka,
- brak apetytu.

Problemy pielęgnacyjne zdefiniowane dla rodziców pacjentki:

- deficyt wiedzy z zakresu postępowania w opiece w warunkach domowych [4].

## PROPONOWANY PROCES PIELĘGNOWANIA

**Problem 1.** Uczucie duszności.

**Cel opieki:** ułatwienie oddychania.

**Działania pielęgniarские:**

- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu przez utrzymanie zalecanej temperatury powietrza, tj. 19–21°C, oraz wilgotności, tj. 40–60% (sprzęt: nawilżacze powietrza, wietrzenie pomieszczenia; należy udzielić wskazówek osobie zajmującej się czystością i porządkowaniem sali) [5, 6];
- ułożenie dziecka w pozycji półwysokiej z wykorzystaniem udogodnień;
- zapewnienie luźnej i czystej bielizny osobistej;
- obserwowanie i monitorowanie charakteru i częstości oddechu;
- w razie potrzeby podawanie tlenu przez maskę tlenową po konsultacji i na zlecenie pisemne lekarza;
- wykonanie badania gazometrycznego na zlecenie pisemne lekarza;
- wykonanie pomiaru saturacji za pomocą pulsoksymetru;
- wykonanie inhalacji na zlecenie pisemne lekarza.

**Ocena:** duszność zmniejszyła się znacznie.

**Problem 2.** Napadowy, męczący kaszel z plwociną. Nieefektywne odkrztuszanie zalegającej wydzieliny.

**Cel opieki:** ułatwienie odkrztuszania, nauka efektywnego kaszlu, nauka higieny odpluwania.

**Działania pielęgniarские:**

- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu;
- zapewnienie właściwej, dogodnej pozycji dla dziecka (j.w.);
- przeprowadzenie działań edukacyjnych w zakresie nauki efektywnego kaszlu;
- obserwowanie charakteru odkrztuszanej wydzieliny (ilości, zapachu, koloru, częstości);
- zaopatrzenie dziecka w ligninę i miskę nerkowatą;
- usuwanie miski nerkowatej ze użytą ligninę;
- przeprowadzenie edukacji dziecka i rodziców w zakresie higieny jamy ustnej oraz postępowania ze użytą ligniną;
- wykonanie inhalacji i drenażu żołądka;
- nauczenie i zachęcanie dziecka do gimnastyki oddechowej.

**Ocena:** dziecko efektywnie odkrztusza wydzielinę, kaszel jest mniej uporczywy, dziecko i jego opiekunowie znają i stosują zasady higieny.

**Problem 3.** Ból głowy i wzmożona potliwość spowodowane podwyższoną temperaturą ciała.

**Cel opieki:** obniżenie ciepłoty ciała, utrzymanie czystości skóry, zmniejszenie dolegliwości bólowych,

**Działania pielęgniarские:**

- kontrola temperatury i odnotowanie wyników w indywidualnej karcie opieki;
- podanie zwiększonej ilości płynów do picia; często, ale w małych ilościach;
- stosowanie zabiegów fizykalnych obniżających gorączkę, np. chłodne okłady na czoło, kąpiele ochładzające;
- zapobieganie przegrzewaniu dziecka przez stosowanie lekkiej, bawełnianej bielizny, lekkiego okrycia;
- utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu (j.w.);
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej zgodnie z zapotrzebowaniem;
- wykonanie codziennej toalety ciała;
- podawanie leków przeciwgorączkowych zgodnie ze zleceniem pisemnym lekarza.

**Ocena:** ciepłota ciała obniżyła się do wartości fizjologicznych.

**Problem 4.** Nudności, wymioty.

**Cel opieki:** zapobieganie nudnościom i wymiotom, zapobieganie wystąpieniu zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, zapobieganie zachłyśnięciu.

**Działania pielęgniarские:**

- zapewnienie bezpiecznej pozycji dziecka w łóżku;
- zastosowanie diety lekkostrawnej, w formie niewymagającej intensywnego gryzienia;
- wyeliminowanie czynników powodujących wymioty (potraw tłustych, zbyt słodkich, intensywnych zapachów);
- podawanie pokarmów często, w małej ilości i o temperaturze bezpiecznej do spożycia;
- kontrola ilości i charakteru wymiotów oraz odnotowanie spostrzeżeń w dokumentacji;
- podawanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie pisemne lekarza;
- w razie konieczności podawanie płynów parenteralnie na zlecenie pisemne lekarza;
- kontrolowanie poziomu elektrolitów w surowicy krwi za pomocą badań laboratoryjnych na zlecenie pisemne lekarza;
- ocena stopnia nawodnienia organizmu ( napięcie i elastyczność skóry, wilgotność błon śluzowych);
- kontrola ilości i częstotliwości wydalanego moczu;
- prowadzenie bilansu płynów;
- przygotowanie zabezpieczenia higienicznego w razie wystąpienia wymiotów, tj. miski nerkowatej, płatów ligniny, płynu do płukania ust;
- higiena jamy ustnej.

**Ocena:** wymioty ustąpiły, brak odczucia nudności.

**Problem 5.** Niepokój spowodowany hospitalizacją i zabiegami diagnostyczno-lecznymi oraz niemożność podejmowania aktywności adekwatnej do wieku dziecka.

**Cel opieki:** zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, uspokojenie, wyciszenie dziecka, zapewnienie zabaw dostosowanych do wieku pacjenta.

**Działania pielęgniarские:**

- nawiązanie kontaktu z dzieckiem i zdobycie jego zaufania;
- zapoznanie dziecka i rodziców z topografią oddziału oraz planem dnia;
- zapoznanie dziecka z personelem i rówieśnikami;
- wyjaśnienie celu i istoty przed wykonaniem każdego zabiegu w sposób miły i zrozumiały dla dziecka;
- nauczenie dziecka współpracy w czasie wykonywania inhalacji;
- unikanie sytuacji, które mogłyby dziecko przestraszyć czy zawstydzić;
- właściwe ukierunkowanie aktywności ruchowej dziecka.

**Ocena:** dziecko wyciszyło się i aktywnie uczestniczy w wykonywaniu np. inhalacji, chętnie współpracuje z personelem.

**Problem 6.** Brak apetytu, niechęć do przyjmowanych posiłków.

**Cel opieki:** poprawa apetytu oraz zapobieganie niedożywieniu i odwodnieniu.

**Działania pielęgniarские:**

- wprowadzenie diety lekkostrawnej, bogatej w białko, witaminy i sole mineralne;
- podawanie dziecku potraw często, w małych ilościach i pozwoli, nie zmuszanie do spożywania posiłku;
- podawanie posiłków urozmaiconych i o estetycznym wyglądzie wykorzystując talerze i sztucce dostosowane do potrzeb dziecka;
- w razie konieczności zastosowanie pokarmów rozdrobnionych;
- kontrola masy ciała;
- założenie karty bilansu płynów i spożywanych posiłków.

**Ocena:** dziecko chętniej spożywa proponowane posiłki.

**Problem 7.** Deficyt wiedzy rodziców na temat choroby oraz pielęgnacji dziecka z zapaleniem płuc. Niepewność w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych przy dziecku.

**Cel opieki:** poszerzenie wiedzy rodziców na temat choroby i zasad opieki.

**Działania pielęgniarские:**

- edukacja rodziców na temat istoty choroby, jej objawów, ewentualnych powikłań;
- zapoznanie z zasadami pielęgnacji dziecka z zapaleniem płuc;
- przygotowanie rodziców do opieki nad dzieckiem w domu;
- nauczanie rodziców zasad i techniki inhalacji;
- nauczanie wykonywania oklepywania klatki piersiowej i drenażu złożeniowego;
- udzielenie wskazówek w zakresie zaleceń dietetycznych;
- umożliwienie wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych pod nadzorem pielęgniarki w celu korekcji ewentualnych błędów;
- poinformowanie o miejscach, gdzie mogą znaleźć profesjonalną pomoc i wskazówki, tj. przez kontakt z pielęgniarką Podstawowej Opieki Zdrowotnej lub adresy stron internetowych z informacjami dla pacjentów przygotowane przez pracowników ochrony zdrowia.

**Ocena:** rodzice rozumieją istotę choroby, potrafią sprawować opiekę nad dzieckiem w sposób właściwy, są przygotowani do dalszego postępowania z dzieckiem w domu [4, 7, 8].

**DYSKUSJA**

Opieka pielęgniarская nad dzieckiem cierpiącym z powodu zapalenia płuc w oparciu o proces pielęgnowania pozwala na indywidualne podejście pielęgniarki do chorego dziecka i jego opiekunów. Współczesne pielęgniarstwo stanowi o tym, że pielęgniarka nie tylko wykonuje zlecenia lekarskie, ale jest członkiem zespołu terapeutycznego, bierze czynny udział w diagnozowaniu, badaniu pacjenta, jego terapii i rehabilitacji. Takie spojrzenie wymaga od pielęgniarki w jej pracy dużej wiedzy i umiejętności opartych na faktach (*evidenced-based nursing practice* – EBNP), wyznacza nowe zadania, ale też daje szersze kompetencje i wzmacnia jej znaczenie w opiece nad pacjentem. Na skuteczność leczenia ma wpływ właściwa pielęgnacja chorego dziecka i współpraca całego zespołu terapeutycznego oraz komunikacja z rodzicami dziecka [9]. Rola pielęgniarki jest tutaj szczególna. Jak wskazuje Jakubik i wsp. [10], szpital jest specyficznym środowiskiem, które przyporządkowuje dziecko do roli pacjenta i całkowicie uzależnia go od decyzji personelu medycznego. Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że rola pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych uzależniona jest od wieku dziecka. Wiek przedszkolny, w porównaniu z wcześniejszymi okresami rozwojowymi, cechuje wzbogacanie

i różnicowanie życia uczuciowego. „Myślenie magiczne” powoduje, że przedszkolaki postrzegają hospitalizację jako karę, a oddzielanie od rodziców – jako brak miłości. Postępowanie pielęgniarские umożliwiające dziecku w tym okresie adaptację do warunków szpitalnych powinno polegać na zapewnieniu komfortu fizycznego i poczucia bezpieczeństwa (zezwoleń dziecku na kontrolowanie fizjologicznych funkcji własnego ciała), rozwijaniu funkcji poznawczych (wykorzystując zabawę jako redukcję lęku).

Proces przyjęcia dziecka na oddział szpitalny powinien odbywać się w miłej atmosferze, dającej małemu pacjentowi i jego opiekunom poczucie bezpieczeństwa. Rozmowa, w której pielęgniarka rozwieje wątpliwości i niepokoje, odpowie w sposób wyczerpujący na pytania, wpłynie uspokajająco oraz pomoże uzyskać zaufanie. Zdobyć zaufania jest konieczne do prawidłowego przeprowadzenia zabiegów pielęgnacyjnych i terapeutycznych [10].

Pielęgniarka chcąc oddziaływać na stan psychiczny dziecka, musi przede wszystkim nawiązać z nim kontakt zarówno werbalny, jak i niewerbalny (przez dotyk, mimikę, ton głosu, postawę ciała). Przez dotyk (trzymanie za rękę, głaskanie) okazuje dziecku wsparcie i troskę, pomaga w redukowaniu napięcia i niepokoju, stosując w kontakcie z dzieckiem techniki, takie jak bajkoterapia czy wizualizacja oraz częściowo zaspokaja potrzebę bliskości [11]. Możliwość obecności rodziców w szpitalu to zdobycie ostatnich kilku lat, wcześniej mogli oni odwiedzać swoje dzieci tylko w ściśle określonych dniach i godzinach. Panował powszechny pogląd, że rodzice są źródłem infekcji, wytrącając małych pacjentów z równowagi i po ich odejściu dzieci płaczą. Hospitalizowane dzieci po okresie czynnego protestu zamykały się w sobie, milkły, nierzadko cofały się w rozwoju. Następnie prezentowały cechy choroby sierocy pod postacią odrzucenia matki. W związku z przedstawionymi zaletami korzystne jest, aby rodzice przebywali w szpitalu razem z dzieckiem [12]. Jednym z ważniejszych zadań pielęgniarki jest przeprowadzenie szczegółowego wywiadu z rodzicami dziecka oraz z samym dzieckiem w obecności rodziców. Dokładny wywiad, zgromadzenie jak największej liczby danych, konieczne jest do postawienia diagnozy pielęgniarской, a także sformułowania celów opieki i działań pielęgniarских. Pielęgniarka oprócz danych o stanie bio-psychospołecznym dziecka, gromadzi dane pozwalające jej scharakteryzować stan wiedzy i świadomości zdrowotnej małego pacjenta, reakcje na chorobę, zabiegi, osoby pielęgnujące dziecko i hospitalizację [13].

**BIBLIOGRAFIA**

1. Armstrong G, Pinner R. Outpatients visits for infectious diseases in the United States, 1980 through 1996. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2531–2536.
2. Hryniewicz W, i wsp. *Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego*. Warszawa: Narodowy Instytut Leków; 2010.
3. Kulus M, red. *Choroby układu oddechowego u dzieci*. Kraków: Wolters Kluwer; 2010.
4. Kyle T. *Essentials of pediatric nursing*. In: *Nursing care of the child with a respiratory disorder*. Orlando: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 19.
5. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. Dz.U. nr 75, poz. 690, z późn. zm.
6. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Dz.U. z 2003 r. nr 169, poz. 1650, z późn. zm.
7. *Guideline for the diagnosis and management of Nursing Home Acquired Pneumonia (NHAP)*. Alberta CPG Working Group 2008.
8. Hutt E, Kramer AM. Evidence-based guidelines for management of nursing home-acquired pneumonia. *J Fam Pract* 2002; 51(8): 709–716.
9. Uchmanowicz I. *Evidence Based Nursing (EBN), czyli Praktyka Pielęgniarska Oparta na Faktach*. W: *Styl życia i choroby nowotworowe*. VIII Dolnośląska Konferencja Szkoleniowo-Naukowa Pielęgniarek i Położnych Onkologicznych. Piechowice, 23–25.04.2010: 33
10. Jakubik M, Kierys A, Bednarek A. Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. *Probl Pielęgn* 2011; 19(4): 545–550.
11. Matecka M. Wsparcie emocjonalne i informacyjne jako formy oddziaływania pielęgniarki na stan psychiczny dziecka hospitalizowanego. *Pielęgn Pol* 2004; 1(17)–2(18): 22–28.
12. Łukasik R, Woś H. Postawy personelu medycznego wobec pobytu rodziców w szpitalu wraz z chorym dzieckiem. *Probl Pielęgn* 2009; 17(2): 98–104.
13. Frampton S, Guastello S, Brady C, et al. *Patient-centered care improvement guide*. Planetree, Picker Institute; 2008: 77–91.



**Adres do korespondencji:**

Mgr Anna Rozensztrauch  
Katedra Pielęgniarstwa Pediatrycznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Bartła 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 503 585 939  
E-mail: [anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl](mailto:anna.rozensztrauch@umed.wroc.pl)

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.10.2014 r.

Po recenzji: 23.11.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 24.11.2014 r.

# PROCES PIELEGNOWANIA PACJENTA PO ZATRUCIU PROPRANOLOLEM W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

*The nursing process in the case of a patient with propranolol poisoning hospitalized in the Anesthesiology and Intensive Care Unit*

Izabella Uchmanowicz<sup>1</sup>, Marta Kurpaska<sup>1</sup>, Aleksandra Kołtuniuk<sup>2</sup>, Joanna Rosińczuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup>Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

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

## STRESZCZENIE

Ostre zatrucia związkami chemicznymi stanowią bardzo poważny problem społeczny. Według Światowej Organizacji Zdrowia, są one czwartą przyczyną zgonów na świecie. Natomiast po urazach są drugą przyczyną zgonów w populacji osób do pięćdziesiątego roku życia. Najczęściej do ostrych zatruc lekami dochodzi w wyniku podjęcia próby samobójczej. Zatrucia celowe dokonywane są zwłaszcza przez kobiety w wieku 15–25 lat i mężczyzn w wieku 30–49 lat.

Propranolol jest związkiem chemicznym należącym do grupy leków nieselektywnych antagonistów receptorów  $\beta$ , które mają jednakowe powinowactwo zarówno do receptorów  $\beta$ -1, jak i  $\beta$ -2. Działa on stabilizując na błonę komórkową, powoduje blokadę receptorów  $\beta$ -, hamuje wpływ katecholamin na wrażliwą tkankę, obniża ich stężenie i kardiotoksyczność. Błokada receptorów  $\beta$ -adrenergicznych doprowadza do zwolnienia akcji serca, zmniejszenia kurczliwości i pobudliwości mięśnia sercowego.

Opieka pielęgniarska w oparciu o proces pielęgnowania pozwala na indywidualne podejście pielęgniarki do pacjenta i jego potrzeb.

Celem pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania pacjenta hospitalizowanego w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii z powodu zatrucia propranololem.

**Słowa kluczowe:** propranolol, zatrucie, proces pielęgnowania.

## SUMMARY

Acute chemical poisonings constitute a very serious social problem. According to the World Health Organization, they are the fourth most common cause of death worldwide. In people aged 50 or more, they are the second most common cause of death, the top cause being trauma. Acute drug poisoning most often results from suicide attempts. Such intentional poisonings occur especially among women aged 15–25 and men aged 30–49.

Propranolol is a nonselective  $\beta$  receptor antagonist, having equal affinity for  $\beta$ -1 and  $\beta$ -2 receptors. It exerts a membrane stabilizing effect, blocks  $\beta$  receptors, inhibits the action of catecholamines on target tissues, and reduces catecholamine concentration and cardiotoxicity. Blocking the  $\beta$ -adrenoreceptors slows heart rhythm, and reduces myocardial contractility and excitability.

Nursing care based on the nursing process allows for an individual approach to each patient and their needs.

The purpose of the paper is to describe the nursing process in the case of a patient with propranolol poisoning hospitalized in the Anesthesiology and Intensive Care Unit.

**Key words:** propranolol, poisoning, nursing process.

## WSTĘP

Zatrucia stanowią ogromny, a zarazem bardzo trudny problem społeczny. Według Światowej Organizacji Zdrowia, są czwartą przyczyną zgonów na świecie. Natomiast po urazach są drugą przyczyną zgonów w populacji osób do pięćdziesiątego roku życia. Łatwy dostęp do leków oraz środków chemicznych zwiększa potencjalne możliwości zatruc przypadkowych, jak i celowych. Liczba koniecznych hospitalizacji wynikłych z zatruc przypadkowych i celowych wzrasta w zastraszającym tempie [1].

Istnieje związek między pcią i wiekiem, w którym występują próby samobójcze. Zatrucia celowe dokonywane są zwłaszcza przez kobiety w wieku 15–25 lat i mężczyzn w wieku 30–49 lat. Rzadko mamy do czynienia z zatruciami tylko jednym farmaceutykiem. Najczęściej są to różne leki z dodatkiem alkoholu.

W Polsce brakuje rzetelnych badań oceniających skalę zjawiska ostrych zatruc lekami. W 2009 r. na terenie kraju udzielono ponad 85 tysięcy świadectw zdrowotnych pacjentom z powodu zatruc. W 42 tysiącach przypadków nie stwierdzono konieczności dalszego leczenia w warunkach szpitalnych [2].

Propranolol (*propranololi hydrochloridum*) to związek chemiczny, organiczny – wielofunkcyjna pochodna naftalenu [3], należący do grupy leków nieselektywnych antagonistów receptorów  $\beta$ , które mają jednakowe powinowactwo zarówno do receptorów  $\beta$ -1, jak i  $\beta$ -2. Jednocześnie nie ma on zdolności pobudzania receptorów  $\beta$ , czyli nie posiada wewnętrznej aktyw-

ności sympatykomimetycznej. Propranolol działa stabilizując na błonę komórkową, powoduje blokadę receptorów  $\beta$ -, hamuje wpływ katecholamin na wrażliwą tkankę, obniża ich stężenie i kardiotoksyczność. Błokada receptorów  $\beta$ -adrenergicznych doprowadza do zwolnienia akcji serca, zmniejszenia kurczliwości i pobudliwości mięśnia sercowego. Przez wydłużenie czasu rozkurcu zwiększa przepływ wieńcowy, doprowadzając do zwiększenia dopływu tlenu do komórek mięśnia sercowego. Zwolnienie akcji serca, zmniejszenie kurczliwości mięśnia sercowego, a co jest z tym związane – zmniejszenie pojemności minutowej, skutkuje spadkiem ciśnienia tętniczego krwi. Pojemność minutowa spada nawet o 15–20% w stosunku do tego, co było przed leczeniem. Błokada receptorów  $\beta$ -1 doprowadza do zwolnienia częstości rytmu zatokowego oraz przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, hamuje także odruchową tachykardię, działając przeciwarytmicznie. Najczęściej stosowany jest w kardiologii, w schorzeniach takich jak:

- choroba niedokrwienności mięśnia sercowego,
- nadkomorowe i komorowe zaburzenia rytmu serca,
- nadciśnienie tętnicze,
- zwężenie zastawki mitralnej,
- kardiomiopatia przerostowa,
- guz chromochłonny nadnerczy.

Ponadto propranolol okazał się skuteczny w leczeniu:

- nadczynności tarczycy,
- marskości wątroby,
- porfirii,

- licznych schorzeń neuropsychiatrycznych,
- migreny.

Działania niepożądane tego leku wynikają z nieselektywnego blokowania receptorów układu adrenergicznego przez oddziaływanie na układ nerwowy w związku z szybkim przenikaniem przez barierę krew-mózg, co prowadzi do objawów niepożądanych. Takich jak: zawroty głowy, depresje, ataksje, zaburzenia pamięci, halucynacje oraz koszmary senne. Najczęściej występującym objawem niekorzystnego działania na mięsień sercowy jest bradykardia zatokowa lub blok przedsionkowo-komorowy oraz ujawnienie lub nasilenie niewydolności mięśnia sercowego [4].

Propranolol jest lekiem dość często używanym w zatruciach samobójczych. Z doświadczeń amerykańskich lekarzy wynika, że wśród zatruc  $\beta$ -blokerami w 44% przypadków był użyty propranolol. Niestety 71% przypadków zakończyło się zgonem pacjenta [5]. Propranolol w 95% wiąże się z białkami, jego okres półtrwania w organizmie wynosi od 3 do 5 godzin [6]. Najczęstsze objawy zatrucia to:

- zaburzenia rytmu z wolną akcją serca,
- bradykardie,
- hipotonia,
- śpiączka (może wystąpić w ciężkich zatruciach),
- drgawki,
- depresja oddechowa.

Leczenie ostrego zatrucia propranololem obejmuje podtrzymywanie funkcji układu krążenia i oddychania. Pacjenci w związku z dramatycznym przebiegiem wymagają leczenia w warunkach intensywnej terapii dla umożliwienia szybkiej oceny stanu oraz stosownego monitorowania akcji serca.

Do podstawowego postępowania należy ocena stanu pacjenta, ciągłe monitorowanie parametrów krążeniowo-oddechowych, założenie wkłucia dożylnego, wlew płynów infuzyjnych izotonicznych, a w razie potrzeby włączenie koloidów, monitorowanie ciśnienia tętniczego, pulsoksymetrii, diurezy, intubacja oraz wspomaganie oddechu przez podłączenie respiratora [2].

Można rozważyć płukanie żołądka, a także podanie węgla aktywowanego, gdy pacjent przyjął dużą dawkę leków w czasie krótszym niż godzina. Można powtórzyć dawki węgla aktywowanego, zwłaszcza, jeżeli chory przyjął leki o przedłużonym działaniu.

Celem działania leczniczego jest zachowanie właściwej perfuzji tkankowej oraz utlenowania przez zwiększenie kurczliwości mięśnia sercowego, zwiększenie akcji serca oraz stabilizację ciśnienia tętniczego przez wypełnienie łożyska naczyniowego.

Atropina jest pierwszym lekiem w zapobieganiu bradykardii, ale często nie daje pożądanego skutku. Postępowanie specyficzne obejmuje podanie glukagonu w dawce 10 mg (lub 0,15  $\mu$ g/kg). Następnie wlew dożylny w dawce 0,05–0,1 mg/kg/h [5]. Jeżeli nie uzyskuje się zmiany stanu chorego, wskazane jest rozpoczęcie podawania amin katecholowych. W leczeniu hipotonii stosuje się noradrenalinę i dopaminę w dawkach maksymalnych aż do uzyskania wzrostu ciśnienia tętniczego i poprawy perfuzji ciśnienia tkankowego. Adrenalina jest wskazana, gdy niewydolność serca jest najważniejszą przyczyną tego stanu. LBA mocno wiążą się z receptorami  $\beta$ , dlatego też dawki leków inotropowych i wazopresyjnych, które stosuje się w leczeniu pacjentów zatrutych, są nieraz ekstremalnie wysokie [6].

Korzystne działanie ma podanie wysokich dawek insuliny z glukozą. Insulina działa inotropowo dodatnio, zwłaszcza w upośledzeniu kurczliwości mięśnia sercowego.

Leczenie pacjenta wymaga monitorowania parametrów hemodynamicznych, co umożliwi określenie przyczyn wstrząsu oraz prowadzenie dalszego postępowania. Czasem może zachodzić konieczność zastosowania kontrapulsacji wewnątrz-aortalnej, stymulacji endokawitarnej, a nawet pozaustrojowego wspomaganie krążenia.

## CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania pacjenta hospitalizowanego w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii z powodu zatrucia propranololem.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjent, 52 letni mężczyzna przywieziony przez zespół pogotowia ratunkowego do szpitalnego oddziału ratunkowego. Przy przyjęciu przytomny w kontakcie gestowym, tętno 45 uderzeń na minutę, ciśnienie 55/35 mm Hg,  $SpO_2$  – 84%. Skarżył się na ból w klatce piersiowej po stronie lewej. Włączono wlew dopaminy. Chory z powodu nadciśnienia tętniczego i napadowej tachykardii leczyl się od 10 lat  $\beta$ -blokerami. Mieszkał sam.

W oddziale ratunkowym wykonano TK głowy i klatki piersiowej. W TK głowy zaniki korowo-podkorowe mózgu. TK klatki piersiowej wykazało złamanie żeber od IX do XI oraz odemę po stronie lewej.

O godzinie 10:30 chory przyjęty na oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Przy przyjęciu przytomny poruszał wszystkimi kończynami, źrenice równe reagujące na światło. Oddech własny drogą fizjologiczną z tlenem 10 l/maskę, ciśnienie 50/30 mm Hg (na wlewie dopaminy), wolna czynność serca – 50 na minutę. W oddziale chorego zamonitorowano, założono drenaż lewej jamy opłucnowej. W trakcie drenowania doznał napadu padaczkowego, który ustąpił po podaniu diazepam. Chory konsultowany przez kardiologa. W EKG rytm węzłowy, według oceny kardiologa wtórny do hiperkaliemii, być może polekowy. Mimo wdrożenia płynoterapii oraz zwiększenia dawki dopaminy nie uzyskano znaczącego wzrostu ciśnienia. Dołączono wlew Levonoru. Przez cały czas niska saturacja 84–88%, ciśnienie 70/50 mm Hg, tętno 50/minutę.

Chorego zaintubowano, podłączono do respiratora  $FiO_2 = 1$ . Założono wkłucie centralne do lewej żyły szyjnej wewnętrznej. Pobrano wydzielinę z drzewa tchawiczno-oskrzelowego na posiew oraz krew na badania kontrolne. Troponina 0,02. Chorego zacewnikowano pobierając mocz na posiew, kontrolowano diurezę.

Około 19:00 dołączono wlew adrenaliny, ciśnienie 80/50 mm Hg, tętno 65/minutę. Założono wkłucie tętnicze. Mimo wlewu Furosemidu od chwili przyjęcia brak moczu. Pacjent sedowany ciągłym wlewem morfiny i Sopotormu. W nocy stan bez zmian. Ciśnienie niskie 70/50 mm Hg, tętno 80 na minutę, OCZ – 23–25 cm  $H_2O$ , saturacja – 95%, wydalil 74 ml moczu.

Następnego dnia chory w skrajnie ciężkim stanie pod wpływem analgedacji. Wlew morfiny i Sopotormu odstawiono w godzinach przedpołudniowych. Okresowo bardzo niespokojny, wymagał unieruchomienia w łóżku. Układ krążenia stymulowany wlewem trzech amin (dopamina, levonor, adrenalina) – wysokie dawki. Ciśnienie 50/30 mm Hg do 90/40 mm Hg, akcja serca 90/minutę, rytm zatokowy, OCZ – 23–24 cm  $H_2O$ . Wentylowany mechanicznie drogą rurki intubacyjnej, okresowo zaburzał pracę respiratora, z tego też powodu włączono wlew Norcuronu.  $FiO_2 = 0,95$ , saturacja 86–95%, nad płucami szmer pęcherzykowy, symetryczny, drenaż opłucnowy sprawny – 60 ml treści surowiczo-krwistej. W kontrolowanym RTG klatki piersiowej rozprężone lewe płuco, narastający płyn w prawej jamie opłucnowej. Uogólnione obrzęki. Z powodu anurii oraz narastających wartości mocznika i kreatyniny założono wkłucie dializacyjne do lewej żyły podobojczykowej i podłączono ciągłą żyłno-żylną hemodiafiltrację, uzyskując od godziny 16:00 3500 ml UF. Podczas zabiegu pacjent stabilny hemodynamicznie. Konsultowany przez kardiologa. Wykonano USG serca, w którym nie wykazano cech przeciążenia prawej komory, ani zaburzeń kurczliwości lewej komory serca.

Kolejnego dnia chory w skrajnie ciężkim stanie pod wpływem morfiny oraz zwiotczenia Norcuronem. Układ krążenia stymulowany wlewem trzech amin (dopamina, levonor, adrenalina), przejściowo dobutamina w wysokich dawkach. Układ krążenia skrajnie niestabilny, ciśnienie 80–100/40–50 mm Hg, AS – 90 na

minutę. Od godzin popołudniowych migotanie przedsionków z szybką akcją serca 160/minutę, OCŻ – 15 cm H<sub>2</sub>O, wentylowany mechanicznie drogą rurki intubacyjnej FiO<sub>2</sub> – 0,95, saturacja – 86–95%. Nad płucami symetryczny szmer pęcherzykowy, drenaż opłucnowy sprawny – niewielka ilość treści surowiczo-krwistej. Z powodu utrzymującego się skąpomoczu następnie anurię kontynuowano CVVHDF. Dopiero 4 dnia uległ poprawie stan kliniczny chorego. Nadal pacjent pozostawał pod wpływem analogosedacji (morfina oraz Sopotorm we wlewie). Na głos otwierał oczy. Układ krążenia stymulowany wlewem dopaminy i Levonoru w stopniowo redukowanych dawkach. ABP od 100/50 do 130/60 mm Hg. W godzinach wieczornych odstawiono dopaminę i Levonor, akcja serca niemiara 80–130/minutę OCŻ – 18 cm H<sub>2</sub>O, diureza własna przy wlewie Furosemidu 1400 ml. Wykonano kontrolne RTG klatki piersiowej. Płuca rozprężone. Usunięto drenaż opłucnowy. Wentylowany mechanicznie drogą rurki intubacyjnej, FiO<sub>2</sub> – 0,8, saturacja – 97%.

Piątego dnia hospitalizacji chorego ekstubowano. Pacjent przytomny przyznał się do zażycia w celach samobójczych 52 tabletek propranololu. Akcja serca – rytm zatokowy 100–130 na minutę. OCŻ – 16 cm H<sub>2</sub>O, diureza bez leków moczopędnych 4900 ml, temperatura 38°C.

Po kilku dniach leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii krążenie, oddech i funkcje wydalnicze nerek ustabilizowały się. Chorego przekazano na oddział wewnętrzny.

#### PROCES PIELĘGNOWANIA PACJENTA W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII HOSPITALIZOWANEGO Z POWODU ZATRUCIA PROPRANOLOLEM

Według definicji Wirginii Henderson, proces pielęgnowania to „uporządkowany i systematyczny sposób określenia problemów opiekuńczych człowieka, ustalenie planów ich rozwiązywania, realizowanie tych planów oraz ocenianie stopnia efektywności osiągniętej w rozwiązywaniu zidentyfikowanych problemów” [7].

**Problem 1.** Spadek objętości wyrzutowej serca, spowodowany działaniem β-blokerów.

**Cel opieki:** stabilizacja krążenia, uzyskanie prawidłowej objętości wyrzutowej serca.

##### Interwencje pielęgniarskie:

- prowadzenie monitorowania bezprzryadowego i przrządowego (ocena przepływu obwodowego, kontrola EKG i ciśnienia, częstości oraz objętości oddechu, pomiar OCŻ, saturacji krwi, stężenia CO<sub>2</sub>, kontrola gazometrii);
- podaż płynów w celu wypełnienia łożyska naczyniowego, zwiększenie objętości krwi krążącej (krystaloidów, kolooidów);
- ocena skuteczności płynoterapii;
- przygotowanie zestawu do wkłucia centralnego;
- asystowanie podczas założenia wkłucia centralnego, zabezpieczenie wkłucia;
- udział w leczeniu na zlecenie lekarza;
- podaż amin katecholowych w stałym wlewie, kontrola przepływu, ocena działania leku, w razie potrzeby redukcja dawki, monitorowanie hemodynamiczne;
- obserwacja stanu świadomości pacjenta;
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, minimalizowanie bodźców nasilających odczuwanie lęku;
- podawanie tlenu w celu utrzymania saturacji powyżej 90%;
- założenie cewnika do pęcherza moczowego w celu monitorowania diurezy godzinowej, dobowej;
- dokumentowanie wykonanych czynności, podanych płynów, ilości moczu, parametrów.

**Ocena:** w wyniku podjętych czynności uzyskano poprawę czynności hemodynamicznej serca.

**Problem 2.** Ryzyko wystąpienia niewydolności oddechowej.

**Cel opieki:** zapewnienie prawidłowej wentylacji płuc, jak najwcześniejsze zaobserwowanie objawów niewydolności oddechowej.

##### Interwencje pielęgniarskie:

- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów niewydolności oddechowej;
- kontrola parametrów oddechowych, częstości i głębokości oddechów, saturacji, zabarwienia skóry, rytmu oddechowego, uaktywnienia dodatkowych mięśni oddechowych, częstości tętna, ciśnienia, objawów wystąpienia potu na czole;
- wysokie ułożenie;
- zastosowanie tlenoterapii, ciągłe podawanie tlenu przez maskę (10 l/minutę);
- prowokowanie pacjenta do kaszlu, prowadzenie gimnastyki oddechowej;
- ocena charakteru kaszlu i wydzieliny;
- pobieranie krwi na badania gazometryczne;
- obserwowanie chorego pod kątem wystąpienia splątania, niepokoju, lęku, pobudzenia;
- udrażnianie dróg oddechowych, odsysanie wydzieliny z nosogardła.

**Ocena:** mimo podjętych czynności nie uzyskano poprawy zabarwienia skóry i saturacji krwi. Chory niespokojny, wzrost częstości oddechu, szybkości tętna, wskazania do intubacji.

**Problem 3.** Konieczność prowadzenia wentylacji zastępczej w przebiegu niewydolności krążeniowo-oddechowej.

**Cel opieki:** zapewnienie prawidłowej wentylacji płuc.

##### Interwencje pielęgniarskie:

- obserwacja pacjenta pod kątem występowania wczesnych objawów niewydolności oddechowej (niepokój, lęk);
- ocena parametrów krążeniowo-oddechowych;
- przygotowanie pacjenta do intubacji (poinformowanie o porzeczbie wykonywanej intubacji, płaskie ułożenie, natlenienie bierne);
- przygotowanie sprzętu do intubacji (rurki do intubacji, prowadnice, słuchawki, strzykawka, ssanie, cewniki, ambu, respirator);
- przygotowanie leków sedacyjnych, podanie leku;
- asystowanie podczas intubacji, uszczelnienie balonu, osłuchanie klatki piersiowej, obserwacja krzywej kapnometrii, oklejenie rurki intubacyjnej, natlenienie pacjenta;
- podłączenie respiratora;
- odsysanie wydzieliny z drzewa tchawiczo-oskrzelowego i gardła;
- kontrola parametrów oddechowych;
- kontrola parametrów ustawionych na respiratorze;
- reagowanie na wszelki alarmy zgłaszane przez respirator;
- profilaktyka respiratorowego zapalenia płuc (przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zabiegu odsysania pacjenta);
- dokumentowanie wszystkich czynności wykonanych przy pacjencie, faktu intubacji, parametrów.

**Ocena:** w wyniku podjętych czynności uzyskano poprawę parametrów oddechowych.

**Problem 4.** Ryzyko wystąpienia odmy z powodu złamania żeber.

**Cel opieki:** poprawa wentylacji płuc, zapobieganie objawom niewydolności oddechowej, spowodowanych odmą oraz płynem gromadzącym się w jamie opłucnej.

##### Interwencje pielęgniarskie:

- obserwacja parametrów;
- osłuchiwanie klatki piersiowej;
- obserwacja symetrycznych ruchów klatki piersiowej (oddech paradoksalny);
- przygotowanie pacjenta, poinformowanie o konieczności założenia drenu do opłucnej, ułożenie pacjenta;
- przygotowanie zestawu do założenia drenu opłucnowego (systemu butelek, drenów, trokaru), przygotowanie znieczulenia;
- podanie leków sedacyjnych, znieczulenie miejscowe;
- asystowanie podczas założenia drenu do opłucnej, podłączenie drenu do zestawu ssącego i próżni;

- uporządkowanie miejsca i sprzętu po wykonanym zabiegu;
- kontrolne RTG klatki piersiowej;
- udokumentowanie faktu założenia drenu opłucnowego;
- kontrola działania drenażu (poziomu płynu, ilości charakteru wydzieliny, dolewanie wody destylowanej do butelki, codzienne wylewanie treści, zapisywanie ilości wydzieliny);
- pielęgnacja wydzieliny, założonego drenu, obserwacja miejsca w kierunku występowania cech stanu zapalnego, codzienna zmiana opatrunku;
- asystowanie podczas usunięcia drenu opłucnowego, zabezpieczenie miejsca jałowym opatrunkiem;
- udokumentowanie faktu usunięcia drenu.

**Ocena:** w wyniku podjętych czynności uzyskano poprawę wentylacji płuc. Usunięto płyn z jamy opłucnowej.

**Problem 5.** Niemożność przyjmowania pokarmów drogą dostną.

**Cel opieki:** umożliwienie podaży pokarmów drogą enteralną lub parenteralną.

#### Interwencje pielęgniarские:

- przygotowanie zestawu do założenia sondy żołądkowej przez usta lub nos, założenie sondy, kontrola jej położenia – kontrola prawidłowego umocowania sondy;
- ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej (ograniczenie ryzyka aspiracji treści żołądkowej, sprawdzenie zalegania);
- sprawdzenie szczelności rurki intubacyjnej;
- indywidualne ustalenie zasad odżywiania, określenie zapotrzebowania kalorycznego;
- prowadzenie pielęgnacji jamy ustnej i gardła, pielęgnacja nosa, zapobieganie powstawaniu odleżyn, pielęgnacja zgłębnika żołądkowego, przepłukiwanie po każdorazowym podaniu pokarmu, leków, zapobieganie jego zatkanie;
- asystowanie podczas zakładania wkłucia centralnego;
- pielęgnacja wkłucia centralnego;
- pobieranie krwi do badań biochemicznych, kontrola poziomu cukru;
- przygotowanie zestawu do przetoczeń, kontrola nad przetoczeniami preparatów żywieniowych;
- monitorowanie biochemiczne żywienia, stanu chorego, objawów klinicznych występujących u chorego;
- prowadzenie bilansów płynów, dokumentowanie faktu podłączenia żywienia, zapisywanie wszystkich podawanych objętości.

**Ocena:** pacjent żywiony enteralnie i parenteralnie, nie zaobserwowano występowania powikłań.

**Problem 6.** Zagrożenie wystąpieniem zakażenia związanego z inwazyjnym monitorowaniem, a także leczeniem.

**Cel opieki:** zapobieganie zakażeniom, wczesne wykrycie objawów mówiących o wystąpieniu zakażenia.

#### Interwencje pielęgniarские:

- mycie i dezynfekcja rąk przed i po każdej procedurze wykonanej u pacjenta;
- przestrzeganie zasad maksymalnej jałowości podczas zakładania kaniuli obwodowej, podawania leków, jałowych zestawów do przetoczeń, jednorazowe korki do zabezpieczenia wkłucia;
- obserwacja miejsca założenia wkłucia obwodowego, codzienna zmiana opatrunku poprzedzona dezynfekcją miejsca założenia wkłucia, usunięcie wkłucia po 72 godzinach i w przypadku wystąpienia zaczerwienienia, obrzęku, bolesności;
- przestrzeganie zasad aseptyki podczas zakładania wkłucia centralnego, podawania leków, codzienna zmiana zestawów do przetoczeń, kraników, zabezpieczanie wkłucia jałowymi korkami;
- pielęgnacja miejsca założenia wkłucia, codzienna obserwacja pod kątem występowania objawów infekcji w okolicy wkłucia, występowania gorączki, co 24 godziny dezynfekcja okolicy i zmiana opatrunku;
- w przypadku objawów zakażenia okolicy zgłoszenie faktu

lekarzowi, usunięcie wkłucia, pobranie krwi na posiew, wy-maz bakteriologiczny z okolicy wkłucia, pobranie końcówki cewnika do badania bakteriologicznego, założenie nowego wkłucia;

- przestrzeganie zasad aseptyki podczas zakładania cewnika do pęcherza moczowego, zapewnienie drożności cewnika, toaleta cewnika 2 razy na dobę, stosowanie worków na mocz z zastawką zapobiegającą cofaniu się moczu, nieodłączanie cewnika od worka, jałowe pobieranie moczu do badań po wcześniejszej dezynfekcji portu, pobieranie moczu jałową strzykawką;
- zapobieganie występowaniu zakażeń dróg oddechowych, odsysanie wydzieliny sprzętem jednorazowym, stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas odsysania, częste wykonywanie toalety jamy ustnej, nosa i gardła, obserwacja ilości i charakteru wydzieliny, wymiana filtra i rurki do przestrzeni martwej co 24 godziny i w razie potrzeby;
- kontrola parametrów krążeniowo-oddechowych, częstości tętna, ciśnienia, saturacji i temperatury;
- pobieranie materiału do badań bakteriologicznych (krew na posiew w razie gorączki, wydzielina z drzewa tchawiczno-oskrzelowego, mocz na posiew);
- zgodna z antybiogramem podaż antybiotyków;
- jałowe założenie drenu do opłucnej, obserwacja jego założenia, codzienna zmiana opatrunku poprzedzona dezynfekcją okolicy, zapobieganie wystąpieniu zakażeń krzyżowych (jednym pacjentem opiekuje się jedna pielęgniarka), dokumentowanie faktu założenia, zmiany wkłucia centralnego, rurki intubacyjnej, cewnika moczowego;
- na zlecenie lekarza podanie domięśniowe Pseudovacu według schematu w celu wytworzenia odporności przeciw *pseudomonas aeruginosa*.

**Ocena:** nie zaobserwowano faktu infekcji dróg oddechowych, zakażenia cewnika centralnego i dróg moczowych.

**Problem 7.** Wczesne wykrycie objawów ostrej niewydolności nerek, monitorowanie funkcji układu moczowego, prowadzenie CVVHDF.

**Cel opieki:** zapobieganie wystąpieniu ostrej niewydolności nerek, korekcja zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej, wodno-elektrolitowej i hiperwolemii.

#### Interwencje pielęgniarские:

- monitorowanie parametrów krążeniowo-oddechowych, hemodynamicznych pacjenta;
- założenie cewnika do pęcherza moczowego, kontrola ilości wydalanego moczu, bilansu płynów, diurezy godzinowej i dobowej;
- kontrola wypełnienia łóżyska naczyniowego, pomiar OCŻ;
- udział pielęgniarki w leczeniu, podaż płynów, leków diuretycznych;
- pobieranie materiału do badań;
- asystowanie podczas założenia wkłucia dializacyjnego, pielęgnacja wkłucia;
- przygotowanie pacjenta – ułożenie na plecach, poinformowanie o wykonywanych zabiegach;
- przygotowanie aparatu do hemodiafiltracji, linii dializacyjnej, strzykawki z heparyną, worków z płynami, wypełnianie układu;
- asystowanie podczas podłączenia pacjenta do aparatu;
- pobieranie krwi do badań podczas zabiegu, kontrolowanie parametrów krążeniowo-oddechowych podczas zabiegu;
- dokumentowanie wykonywanego zabiegu, parametrów prowadzonego zabiegu, zmiany dawki heparyny;
- zmiany worków z substytutem, opróżnianie worka z ultrafiltratem;
- reagowanie na wszelkie zaburzenia w pracy aparatu, kontrola parametrów nastawionych na aparacie;
- zabezpieczanie wkłucia dializacyjnego po każdorazowym zabiegu heparyną.

**Ocena:** w wyniku podjętych czynności po czterech dniach powróciła prawidłowa funkcja układu moczowego.

**Problem 8.** Ryzyko wystąpienia zaburzeń krzepnięcia, zagrożenie zakrzepicą żył głębokich.

**Cel opieki:** zapobieganie zaburzeniom układu krzepnięcia, zakrzepowemu zapaleniu żył, zatorom.

**Interwencje pielęgniarские:**

- monitorowanie parametrów krążeniowo-oddechowych pacjenta;
- pobieranie krwi do badań wskaźników krzepnięcia;
- codzienna obserwacja w kierunku wystąpienia dolegliwości bólowych, zaczerwienienia, niesymetrycznego obrzęku kończyn, zwiększenia ocieplenia, nadmiernego wypełnienia żył powierzchownych, zblednięcia kończyny, sinicy stóp i podudzi;
- ułożenie kończyn pod kątem 30–40 stopni;
- unikanie zakładania wkłucia na kończynach dolnych;
- ćwiczenia bierne kończyn, prowadzenie rehabilitacji ruchowej, wczesne uruchamianie;
- układanie pacjenta na materacu ciśnieniowo-zmiennym;
- na zlecenie lekarza podawanie heparyny drobnocząsteczkowej.

**Ocena:** w wyniku podjętych czynności nie zaobserwowano zaburzeń układu krzepnięcia.

**Problem 9.** Niepokój i lęk z powodu choroby, niemożność wypowiedzenia słów.

**Cel opieki:** zmniejszenie, zlikwidowanie niepokoju oraz lęku, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, nawiązywanie kontaktu pozawerbalnego.

**Interwencje pielęgniarские:**

- obserwacja stanu psychicznego pacjenta;
- wyjaśnienie wszelkich obaw oraz wątpliwości;
- informowanie pacjenta o wszystkich czynnościach wykonywanych przy nim;
- okazywanie choremu życzliwości, zrozumienia, cierpliwości, chęci pomocy;
- aktywne słuchanie, reagowanie na każdorazowe wezwanie pacjenta;
- zapewnienie, iż trudności w zrozumieniu są chwilowe i wynikają z obecności rurki intubacyjnej;
- werbalne i pozawerbalne komunikowanie się z chorym, zachęcanie do gestykulacji;
- zastosowanie zastępczych środków porozumiewania (pisanie, znaki rękoma, skinienia głową);
- stwarzanie atmosfery akceptacji;
- minimalizowanie bodźców nasilających lęk, stwarzanie warunków do snu i wypoczynku;
- umożliwienie kontaktu z rodziną;
- na zlecenie lekarza podać leków sedacyjnych.

**Ocena:** mimo podjętych czynności pacjent pobudzony, niespokojny. Na zlecenie lekarza podano leki sedacyjne.

**Problem 10.** Ryzyko rozwoju odleżyn w wyniku długotrwałego unieruchomienia.

**Cel opieki:** zapobieganie odleżynom, działania profilaktyczne.

**Interwencje pielęgniarские:**

- kontrola stanu skóry chorego przy każdorazowej zmianie pozycji ciała (temperatury, koloru skóry, wilgotności, napięcia, faktu wystąpienia zmian patologicznych);
- ocena ryzyka wystąpienia odleżyn;
- codzienna pielęgnacja skóry, mycie oraz kąpiel przy użyciu środków o neutralnym pH, stosowanie środków natłuszczających – balsamów, oliwki, utrzymanie skóry w czystości;
- zabezpieczanie skóry przed wilgocią;
- dokładne nacieranie miejsc narażonych na powstawanie odleżyn;
- co dwie godziny zmiana pozycji ciała;
- masaż kończyn, zachęcanie do stosowania ćwiczeń czynnych i biernych;
- stosowanie materaca przeciwoleżynowego i udogodnień;
- pielęgnacja jamy ustnej, nosa, gardła, okolicy oczu;
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej;

- eliminacja czynników predysponujących (niedożywienia, odwodnienia).

**Ocena:** w wyniku podjętych czynności nie zaobserwowano wystąpienia zmian patologicznych na skórze.

**DYSKUSJA**

Jak podaje prof. dr hab. Jerzy Piotrowski, w ostatnich latach w Polsce notuje się rocznie ponad 10 tysięcy przypadków ostrych zatruc. Podstawową przyczynę (50–60%) stanowią zatrucia lekami (benzodiazepiny, barbiturany, pochodne fenotiazyny i salicylany) – są to przeważnie zatrucia samobójcze. Pozostałe przypadki to zatrucia tlenkiem węgla (10–20%), alkoholem etylowym (5–10%) oraz pestycydami (3–5%) [1].

Główne działanie  $\beta$ -blokerów opiera się na antagonistycznym wiązaniu z receptorami  $\beta$ -, w wyniku czego dochodzi do hamowania działania endogennej adrenaliny oraz noradrenaliny. W takiej sytuacji mamy do czynienia ze spadkiem siły skurczowej serca – zwolnieniem jego akcji. Przedawkowanie leków kardiotoksycznych może więc doprowadzić do całkowitego upośledzenia pracy serca oraz powstania ostrej niewydolności krążenia.

W Polsce nie są prowadzone statystyki dotyczące zjawiska ostrych zatruc propranololem. Leczenie pacjenta w przypadku ostrego zatrucia propranololem wymaga hospitalizacji w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, prowadzenia skomplikowanych procedur diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych.

W literaturze medycznej znaleziono materiały dotyczące dwóch przypadków zatruc lekami kardiotoksycznymi: 19-letniej pacjentki, hospitalizowanej z powodu przyjęcia, w celu samobójczym, 20 tabletek propranololu po 40 mg i 24 tabletek polfenonu po 150 mg oraz 15-letniej dziewczyny, która została przyjęta do oddziału intensywnej terapii z powodu spożycia alkoholu etylowego, a także 11 tabletek propranololu (440 mg) oraz 4 tabletek werapamilu (960 mg). W obydwu przypadkach stan chorych był bardzo ciężki, ciśnienie nieoznaczalne, wolna akcja serca 40/minutę, głębokie zaburzenia świadomości. Podawano adrenalinę, atropinę, noradrenalinę, hydrokortyzon, glukagon, dopaminę i dobutaminę oraz zastosowano mechaniczne wspomaganie krążenia. W obydwu przypadkach pacjentki zostały wypisane do domu w stanie dobrym [8, 9].

Opisane przypadki dotyczyły osób młodych, gdzie leki kardiologiczne użyte w próbie samobójczej miały do czynienia z młodym, zdrowym sercem, a użyte skomplikowane metody leczenia pozwoliły na uratowanie niedosłyszanych samobójców.

Proces pielęgnowania realizowany przez pielęgniarkę pozwala na świadome rozpoznanie stanu bio-psychospołecznego pacjenta, zdefiniowanie problemów i potrzeb, zaplanowanie działań zmierzających do usunięcia lub ograniczenia ich negatywnego wpływu na stan jego zdrowia oraz ocenę podjętych działań. Jest działaniem celowym, zorganizowanym, zindywidualizowanym, charakteryzującym się zachowaniem odpowiedniej kolejności postępowania oraz przestrzegania zasad obowiązujących podczas realizacji każdego z nich.

Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem w stanie zagrożenia życia w oparciu o proces pielęgnowania może w sposób indywidualny i holistyczny podejść do pacjenta i jego potrzeb. Stan zdrowia pacjentów oddziału anestezjologii i intensywnej terapii nierzadko dość szybko ulega zmianie. Jednakże dzięki ciągłej i wnikliwej obserwacji pacjenta pielęgniarka może szybko rozpoznać jego aktualne potrzeby, ustalić plan opieki i zaplanować działania pozwalające na skuteczne rozwiązywanie rozpoznanych problemów, z uwzględnieniem obecnego stanu pacjenta i lokalnych możliwości (wyposażenie oddziału, organizacja pracy itp.). Następnie możliwa jest ocena podjętych działań – czy uzyskano zamierzony efekt, a w sytuacji nieosiągnięcia zamierzonego celu – analiza przyczyn działań nieskutecznych i wnioski dotyczące dalszego postępowania [10].

Opieka nad pacjentem w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w oparciu o proces pielęgnowania pozwala na dokładny i rzetelny opis potrzeb i problemów pacjenta, zaplanowanie działań interwencyjnych nierzadko wymagających od pielęgniarki posiadania szerokiej wiedzy i skomplikowanych umiejętności, ocenę efektów podjętych interwencji, a co jest z tym związane – możliwość oceny skuteczności i jakości świadczonych usług.

Dzięki procesowi pielęgnowania możemy również ocenić dynamikę zmiany stanu zdrowia pacjenta.

#### WNIOSKI

1. Opieka nad pacjentem w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii wymaga dobrej współpracy całego zespołu tera-

peutycznego, w którym jedną z najważniejszych ról pełni zespół pielęgniarski sprawujący bezpośredni, ciągły nadzór nad pacjentem.

2. Opieka nad pacjentem w stanie zagrożenia życia wymaga prowadzenia procesu pielęgnowania w celu zapewnienia ciągłej, optymalnej, wielopoziomowej opieki pielęgniarskiej opartej na wnikliwej diagnozie pielęgniarskiej.
3. Pacjent przebywający w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii wymaga prowadzenia wielu skomplikowanych procedur leczniczych, diagnostycznych oraz pielęgnacyjnych. Opieka nad pacjentem wymaga dużej znajomości sprzętu, aparatury, procedur medycznych, co wiąże się z koniecznością zatrudniania w oddziale wykwalifikowanego personelu, ciągłego doskonalenia zawodowego, specjalizacji, prowadzenia szkoleń wewnątrz oddziałowych.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Piotrowski JK. *Podstawy toksykologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowo-Techniczne; 2008.
2. Zawadzki A. *Medycyna ratunkowa i katastrof*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
3. Buraka K. *Farmakologia z elementami chemii leków*. Legnica: Policealne Studium Farmaceutyczne; 2006.
4. Olakowska E, Olakowski M. Propranolol – miejsce we współczesnej terapii. *Wiad Lek* 2006; LIX: 5–6.
5. Filipiak K, Opolski G. Działanie niepożądane i środki ostrożności przy stosowaniu leków  $\beta$ -adrenolitycznych. *Chor Serca i Naczyni* 2005; 2(3): 157–169.
6. Pacha J. *Zarys toksykologii klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.
7. Ślusarska-Zarzycka D, Zahradniczek K. *Podstawy pielęgniarstwa*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004.
8. Baszak J, Drozd J, Chlebus D. Samobójcze zatrucie propranololem i propafenonem u 19-letniej pacjentki. *Kardiologia Pol* 2001; 55: 556–562.
9. Kołcz J, Pietrzyk J, Januszewska K, i wsp. Pozaustrojowe wspomaganie krążenia po zatruciu propranololem i werapamillem – opis przypadku. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Pol* 2005; 2(2): 67–72.
10. Płaszewska-Żywko L. *Założenia procesu pielęgnowania*. W: Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 27–34.

#### Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabella Uchmanowicz  
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Bartla 5  
51-617 Wrocław  
Tel.: +48 71 348-42-10  
E-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 13.10.2014 r.

Po recenzji: 23.11.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 24.11.2014 r.

## REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC

### INFORMACJE OGÓLNE

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

### ZASADY RECENZOWANIA PRAC

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

### KONFLIKT INTERESÓW

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

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

### OCHRONA DANYCH PACJENTÓW

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

### WYMAGANIA ETYCZNE

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

### ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

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

### PRAWA AUTORSKIE

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

### INFORMACJE SZCZEGÓLWE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU

#### PRZESYLANIE PRAC DO REDAKCJI

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

### WERSJA ELEKTRONICZNA PRAC

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

### MASZYNOPSIS

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

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

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

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

### STRESZCZENIE

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

### UKŁAD PRACY

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

### TABELE

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

### RYCINY

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

### SKRÓTY I SYMBOLE

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

### PIŚMIENICTWO

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

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