

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ DLA ZDROWIA I BEZPIECZEŃSTWA CZŁOWIEKA

DOROTA MILECKA
ELŻBIETA GARWACKA – CZACHOR
EDYTA KĘDRA

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych
w Głogowie
GŁOGÓW 2023

Interdyscyplinarność dla zdrowia i bezpieczeństwa człowieka

pod redakcją:

dr n. o zdr. Doroty Mileckiej

dr n. med. Elżbiety Garwackiej – Czachor

dr n. med. Edyty Kędry

Głogów 2023

RECENZENCI

dr n o zdr. Piotr Jerzy Gurowiec
dr n. o zdr. Monika Mazur

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie
67-200 Głogów, ul. Piotra Skargi 5
tel.: 76 832 04 22
tel./fax: 76 835 35 82
e-mail: wydawnictwo@pans.glogow.pl
www.pans.glogow.pl

ISBN

978-83-63349-28-8

Copyright 2023 © by PANS w Głogowie

Projekt okładki i skład:
Dorota Milecka
Elżbieta Garwacka-Czachor

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy zabronione.

SPIS TREŚCI

Autorzy	5
Wstęp	7
Badanie satysfakcji klienta w procesie podejmowania decyzji zakupu produktów medycznych w Polsce	
Dariusz Nowakowski, Malwina Nowak-Pietruszko, Oliwia Szostak	9
Błąd antropologiczny w pedagogice	
Ewa Kołogryw.....	8
Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zaawansowanym rakiem stercza – studium przypadku	
Agnieszka Klara, Elżbieta Garwacka-Czachor	21
Wiedza personelu pielęgniarskiego dotycząca szpitalnych zakażeń układu moczowego a czynniki warunkujące jej praktyczne wykorzystanie w opiece nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu	
Wioletta Grochowina, Dorota Milecka	36
Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z zakażeniem układu moczowego -studium przypadku	
Maria Małaczyńska, Dorota Milecka	59
Zachowania agresywne wobec personelu medycznego SOR i zespołów ratownictwa medycznego	
Anna Dąbrowska, Artur Metera	73
Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z ostrym podgłośniowym zapaleniem krtani w oparciu o studium przypadku	
Monika Sandak, Dorota Milecka	87
Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych	
Aleksandra Kukulska, Elżbieta Garwacka-Czachor	103

**Wpływ wiedzy na temat cukrzycy na poziom akceptacji choroby przez pacjentów
z cukrzycą typu 2**

Magdalena Trzebińska, Dorota Milecka 111

Aneks 134

Poradnik pisania pracy dyplomowej w oparciu o studium indywidualnego przypadku.

PANS w Głogowie - kierunek pielęgniarstwo, studia pierwszego stopnia

Dorota Milecka, Elżbieta Garwacka-Czachor, Edyta Kędra..... 134

AUTORZY

mgr piel. Anna Dąbrowska

absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia II stopnia

dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor

Instytut Medyczny Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo

mgr piel. Wioletta Grochowina

absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia II stopnia

lic. piel. Agnieszka Klara

absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

mgr Ewa Kologryw

absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, kierunek pedagogika

mgr piel. Aleksandra Kukulska

absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia II stopnia

lic. piel. Maria Małaczyńska

studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia II stopnia

dr n. med. Artur Metera

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

dr n. o zdr. Dorota Milecka

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

lic. Malwina Nowak-Pietruszko

studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek ekonomia biznesu, studia II stopnia

dr Dariusz Nowakowski

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Ekonomiczny, kierunek ekonomia biznesu

lic. piel. Klaudia Pietrzak

absolwentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

mgr piel. Monika Sandak

studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia II stopnia

lic. Oliwia Szostak

studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek ekonomia biznesu, studia II stopnia

mgr piel. Magdalena Trzebińska

studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia II stopnia

WSTĘP

*„Ślachetne zdrowie, nikt się nie dowie, jako smakujesz, aż się zepsujesz.
Tam człowiek prawie widzi na jawie i sam to powie, że nic nad zdrowie
ani lepszego, ani droższego; bo dobre mienie, perły, kamienie,
także wiek młody i dar urody, mieśca wysokie, władze szerokie
dobre są, ale - gdy zdrowie w cale. Gdzie nie masz siły, i świat niemiły.
Klinocie drogi, mój dom ubogi oddany tobie ulubuj sobie!”*

Jan Kochanowski, Fraszki – Na zdrowie

Szanowni Państwo,

Zachęcamy Państwa do zapoznania się z monografią będącą efektem Konferencji „Interdyscyplinarność dla zdrowia i bezpieczeństwa człowieka”, której gospodarzem po raz pierwszy byli studenci Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie. Publikacja składa się z artykułów przygotowanych na bazie prac dyplomowych studentów I i II stopnia. Stanowi też platformę do zaprezentowania prac studenckich jako zachęcenie do publikowania własnych badań naukowych, wymiany doświadczeń i doskonalenia warsztatu badacza. Wszystko z nadzieją na zdobywanie przez naszych studentów kolejnych tytułów i stopni naukowych, a także zasilenie w przyszłości kadry dydaktycznej Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie. Budowanie potencjału naukowego należy bowiem do jednych z najważniejszych celów strategicznych Uczelni.

Monografia zawiera wyniki badań przeprowadzonych w oparciu o studium indywidualnego przypadku, które szczególnie przydatne są dla studentów pielęgniarstwa przygotowujących się do pisania pracy dyplomowej, ale także dla pielęgniarek pracujących z pacjentami z nowotworem regionu głowy i szyi leczonych metodą radioterapii, pacjentami z zaawansowanym rakiem stercza, z dziećmi z zakażeniami układu moczowego czy też ostrym podgłośniaowym zapaleniem krtani. Druga część monografii to także artykuły oryginalne, ale oparte na metodzie badań ilościowych. Należy podkreślić, że są to pierwsze artykuły z wyników badań uzyskanych na drodze prac magisterskich naszych studentów na kierunku pielęgniarstwo - studia II stopnia. Mamy nadzieję, że będą stanowić przykład dla kolejnych studentów wskazując, że publikacja własnych badań naukowych powinna być naturalnym zakończeniem pracy badawczej. Po cóż bowiem badać, odkrywać nowe prawdy lub nawet jedynie je potwierdzać, bez ogłoszenia wyników badań. Bez tego etapu nie ma rozwoju nauki, samorozwoju studenta, a co najważniejsze implikacji wyników badań do praktyki pielęgniarstwa.

Wśród artykułów monografii znajduje się także artykuł „Błąd antropologiczny w pedagogice”. Zaprezentowane wnioski, mogą być wykorzystane nie tylko w pracy pedagoga,

ale także pielęgniarki, bowiem w holistycznym i zindywidualizowanym podejściu do pacjenta i jego środowiska, każda pielęgniarka powinna unikać błędów antropologicznych.

Na uwagę zasługuje także artykuł na temat satysfakcji klienta w procesie podejmowania decyzji zakupu produktów medycznych w Polsce. Jak wykazali autorzy badania uczestnicy badania są zadowoleni z jakości stosowanych przez nich produktów medycznych, a jedynym punktem wskazującym na niezadowolenie jest stosunek jakości do ceny. Autorzy podkreślają także istotę badań marketingowych w zrozumieniu potrzeb i oczekiwań klienta.

Z uwagi na studencki charakter monografii, jej redaktorzy umieścili w publikacji również „Poradnik pisania pracy dyplomowej w oparciu o studium indywidualnego przypadku PANS w Głogowie - kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia”. Stanowi on rozwinięcie pojęć zawartych w regulaminie dyplomowania w formie komentarzy i wskazówek. Poradnik powstał na wyraźne zapotrzebowanie studentów w celu doskonalenia procesu dyplomowania. Jesteśmy przekonani, że będzie ewoluował w miarę zdobywania coraz to większego doświadczenia w pisaniu prac dyplomowych przez naszych studentów oraz nauczycieli jako promotorów i recenzentów.

Z nadzieją na kolejne Konferencje Studenckie na naszej Uczelni,

Dorota Milecka

Elżbieta- Garwacka-Czachor

Edyta Kędra

BADANIE SATYSFAKCJI KLIENTA W PROCESIE PODEJMOWANIA DECYZJI ZAKUPU PRODUKTÓW MEDYCZNYCH W POLSCE

DARIUSZ NOWAKOWSKI, MALWINA NOWAK-PIETRUSZKO, OLIWIA SZOSTAK

Wstęp. Badanie satysfakcji klientów jest kluczowym elementem analizy jakości usług w każdej dziedzinie. Szczególnie ważne wydaje się być to w sektorze medycznym, który dodatkowo objęty jest rygorystycznymi regulacjami. W miarę rozwoju systemu opieki medycznej w Polsce, rozwijają się również produkty i usługi w nim dostępne. Pacjenci stawiają coraz wyższe oczekiwania wobec jakości wyrobów medycznych, a rynek dość szybko weryfikuje zasadność istnienia poszczególnych produktów, szczególnie takich, których klienci nie akceptują.

Priorytetem dla producentów stało się dostarczanie produktów medycznych o najwyższej jakości. Przy tak gwałtownym rozwoju sektora medycznego, badanie i raportowanie satysfakcji klientów jest niezwykle ważne, jeśli przedsiębiorstwo chce utrzymać pozycję na rynku lub wprowadzić nowy produkt. W swoim założeniu, badanie ma dostarczyć obraz satysfakcji w trosce o zadowolenie klientów, które jest obecnie jednym z najważniejszych elementów walki konkurencyjnej pomiędzy przedsiębiorstwami na rynku.

Cel pracy. Celem pracy jest ocena satysfakcji klientów w procesie podejmowania decyzji zakupu produktów medycznych w Polsce. Wyniki badań pomogą zidentyfikować produkty, których jakość jest niezadowolająca, a co za tym idzie, mogłyby zostać z łatwością wyparte z rynku przez nowe - lepsze produkty. Ponadto, w prezentowanym materiale przedstawiono wyniki badań, podsumowanie kluczowych wniosków, jak również wskazano na rekomendacje dotyczące działań mających na celu poprawę jakości produktów medycznych i zwiększenie satysfakcji klientów.

Material i metody badawcze. Badania marketingowe odgrywają kluczową rolę w praktyce gospodarczej, dostarczając przedsiębiorstwom istotnych informacji, które umożliwiają skuteczne podejmowanie decyzji strategicznych. Należy również podkreślić, że obiektem badań są nie tylko konsumenci, ale również konkurencja na rynku. Badania stanowią zatem fundament skutecznego zarządzania w dzisiejszym zmiennym środowisku gospodarczym.¹ Wraz z dynamicznymi zmianami preferencji klientów, intensyfikacją konkurencji oraz rozwijającymi się technologiami, przedsiębiorstwa coraz bardziej zdają się na analizę rynku,

¹ M. Rószkiewicz, *Metody ilościowe w badaniach marketingowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 13

aby pozostać konkurencyjnymi. Jednym z obszarów użyteczności badań marketingowych w praktyce gospodarczej jest zrozumienie klientów. Badania marketingowe są kluczowym narzędziem umożliwiającym przedsiębiorstwom zgłębianie potrzeb, pragnień i oczekiwań swoich klientów. Analiza demografii, psychografii i behawioralnych wzorców zakupowych dostarcza cennych danych, które stanowią fundament skutecznego dostosowywania oferty do zmiennych wymagań rynku. Zrozumienie, co motywuje konsumentów, pozwala na lepsze projektowanie produktów i usług, co w konsekwencji sprzyja budowaniu z nimi silnych relacji. Kolejny obszar stanowi segmentacja rynku. Jest ona istotna dla efektywnego dostosowywania strategii marketingowych do różnych grup klientów. Poprzez identyfikację unikalnych cech i preferencji w poszczególnych segmentach, przedsiębiorstwa są w stanie dostarczać bardziej spersonalizowane oferty, zwiększając tym samym atrakcyjność dla różnorodnych grup odbiorców.² Kolejny obszar stanowi analiza konkurencji. W tym obszarze badania marketingowe umożliwiają monitorowanie działań konkurencji, identyfikację ich mocnych i słabych stron oraz zrozumienie tego, co przyciąga klientów do konkurencyjnych produktów i usług. Ta wiedza pozwala na skuteczniejsze opracowywanie strategii, eliminowanie konkurencyjnych zagrożeń i wykorzystywanie dostępnych okazji na rynku. Kolejny obszar - skuteczne strategie promocyjne, definiują promocję jako nieodłączny element sukcesu przedsiębiorstw. Badania marketingowe dostarczają danych na temat skuteczności różnych kanałów promocyjnych, preferencji komunikacyjnych konsumentów oraz trendów w dziedzinie reklamy. Pozwala to na optymalizację działań promocyjnych, zwiększając widoczność marki i skuteczność kampanii.

W zmiennym otoczeniu biznesowym, badania marketingowe stają się nieodzownym narzędziem dla przedsiębiorstw, umożliwiającym podejmowanie decyzji dostosowując się do dynamicznych zmian rynkowych. Zrozumienie klientów, skuteczna segmentacja rynku, analiza konkurencji i efektywne strategie promocyjne są kluczowymi elementami, które pozwalają przedsiębiorstwom osiągać sukces w konkurencyjnym świecie biznesu. Badania marketingowe nie tylko dostarczają informacji, ale stanowią fundament strategicznego podejścia do zarządzania, prowadząc do trwałego rozwoju i zadowolenia klientów. W związku z tym, ich rola w praktyce gospodarczej staje się niezastąpiona, przyczyniając się do skutecznego budowania i utrzymania silnej pozycji na rynku.³

² D. Pfaff, *Badania rynku „Jak pozyskiwać najistotniejsze dla firmy informacje marketingowe*, Wydawnictwo BC.edu. Warszawa 2010, s.10

³ P. Tarka, *Uwarunkowania skuteczności badań marketingowych*, Wydawnictwo UEP Poznań 2017, s.26

Satysfakcja klienta stanowi kluczowy element w procesie podejmowania decyzji zakupowych, pełniąc istotną rolę w kształtowaniu preferencji i lojalności wobec marki. To głęboko osadzona emocjonalna reakcja klienta, która wynika z oceny i porównania oczekiwań z rzeczywistością doświadczenia zakupowego. Jest to wrażenie, które klient otrzymuje po zakończeniu interakcji z produktem, usługą lub marką.⁴ Rozumienie istoty satysfakcji klienta wymaga spojrzenia na jej złożoność, a jednocześnie poprawnie zinterpretowana daje narzędzie do wpływania na decyzje zakupowe oraz relacje z klientem. Początek procesu decyzyjnego zakupu często związany jest z wytworzeniem przez klienta oczekiwań i pojawieniem się potrzeby.⁵ Potrzeby stanowią punkt odniesienia, na których klient opiera swoje doświadczenia związane z zakupem. Następną fazą jest poszukiwanie informacji i ocena alternatywnych wariantów. Konsument przy wyborze produktu, w ułamku sekundy oceniają: cenę, opakowanie, kształt, kolory i skojarzenia, jakie mają z danym produktem. Strategie budowania satysfakcji klienta obejmują kompleksowy proces, który rozpoczyna się od zrozumienia oczekiwań klientów, poprzez dostarczenie produktów/usług najwyższej jakości, aż po zapewnienie doskonałej obsługi klienta. Ciągłe monitorowanie opinii klientów i reagowanie na ich potrzeby staje się kluczowym elementem w utrzymaniu wysokiego poziomu satysfakcji. Kluczowe jest poznanie procesów wewnętrznych i zewnętrznych istotnie wpływających na kształtowanie się zadowolenia konsumenta. Do najpopularniejszych koncepcji modelowych satysfakcji zaliczamy:⁶

- a) model oczekiwanej niezgodności – satysfakcja jest bezpośrednio powiązana z reakcją na różnicę pomiędzy oczekiwaniami wobec produktu, a rzeczywistymi rezultatami.
- b) model sprawiedliwości wymiany – klient dokonuje rachunku zysków i kosztów między sobą, a sprzedawcą. Ocenia daną wymianę w kategorii sprawiedliwości.
- c) model emocjonalny – zadowolenie klienta jest łatwo zauważalne w jego pozytywnej i ekspresyjnej reakcji emocjonalnej. Niezadowolenie jest z kolei ukrywane i dyskretne. Jeśli doświadczenie jest zgodne z tymi oczekiwaniami lub je przewyższa, generuje to uczucie satysfakcji. Z drugiej strony, rozczarowanie wynikające z rozbieżności między oczekiwaniami, a rzeczywistością może prowadzić do niezadowolenia klienta.

⁴ P. Gajewska, *CSI w ocenie satysfakcji konsumentów na przykładzie wybranych sieci handlowych*, ZN WSH Zarządzanie 2015, s. 105

⁵ M. Szcześniak, *Proces decyzyjny konsumenta na rynku*, Zeszyty Naukowe seria 3, nr. 8, Polski Uniwersytet na Obczyźnie w Londynie, Luty 2020, s. 308

⁶ P. Gajewska, *CSI w ocenie satysfakcji konsumentów na przykładzie wybranych sieci handlowych*, ZN WSH Zarządzanie 2015, s. 106

Współczesne trendy zakupowe pokazują, że satysfakcja klienta staje się kluczowym czynnikiem kształtującym decyzje zakupowe. Klienci, mając dostęp do bogatych źródeł informacji i opinii, coraz częściej dokonują świadomych wyborów bazujących na doświadczeniach innych konsumentów. Z tego powodu zadowoleni klienci często stają się ambasadorami marki, polecając ją innym i przyczyniając się do zwiększenia ich lojalności. Literatura z zakresu marketingu dużo uwagi poświęca wykorzystaniu portali społecznościowych, podcastów, blogów i wideo do pozycjonowania i rozpowszechniania produktów i usług.⁷ W odbiorze społecznym rośnie zatem znaczenie rozumienia satysfakcji klienta. Klient zadowolony ponawia zakupy, wydaje więcej, ale również poleca produkty innym konsumentom. Jest także mniej skłonny do przenoszenia swoich zakupów do konkurencji. Długoterminowe relacje z klientami oparte na satysfakcji przekładają się na stabilność i wzrost dochodów firmy, dlatego tak istotne jest umiejętne badanie i określanie satysfakcji klientów. Pozwala to budować długoletnie relacje konsumenta.

Podsumowując, satysfakcja klienta nie jest jedynie chwilowym uczuciem, lecz fundamentalnym aspektem decydującym o powodzeniu lub porażce przedsiębiorstwa. Zrozumienie jej istoty oraz konsekwentne dążenie do jej zapewnienia, stanowią fundament sukcesu na współczesnym rynku, a wybór konsumenta staje się coraz bardziej świadomy i skoncentrowany na doświadczeniach.

Za cel badania przyjęto poznanie satysfakcji klientów na rynku w procesie podejmowania decyzji zakupu produktów medycznych w Polsce. Cel główny badania zrealizowano w oparciu o cele szczegółowe, które obejmowały zagadnienia problemowe w zakresie identyfikacji najczęściej stosowanych i kupowanych produktów medycznych oraz oceny zadowolenia klienta z ogólnej jakości produktów medycznych.

Zakres podmiotowy badania dotyczył wybranych rodzajów produktów medycznych.

Przedmiot badania stanowiły: wytypowane jednostki medyczne według formy prawnej; Szpitale Powiatowe, Wojewódzkie, Kliniczne i Resortowe.

Podmiot próby, to osoby decyzyjne biorące udział w badaniu reprezentujące jednostkę próby: Kierownik Apteki Szpitalnej, Kierownik Działu Zaopatrzenia, Ordynator Oddziału Chirurgii oraz pracownik Oddziału Anestezjologii i Naczelną Pielęgniarkę.

⁷ D. Marzec, *Znaczenie influencer marketingu w kształtowaniu decyzji współczesnych konsumentów*, „Media i Społeczeństwo” Nr 16/2022, 2022, s. 1

Z uwagi na koszty badawcze zdecydowano, że w procesie doboru próby zastosowano technikę nieprobalistyczną⁸ – dobór celowy, określane terminami *judgmental sampling* albo *purposive sampling*.

Liczebność próby badawczej ustalono w oparciu typowe rozmiary prób stosowane w badaniach marketingowych w zależności od typu tabulacji krzyżowej:⁹ badania specjalne; jednostka próby n = 60, podmiot próby n = 120.

Pomiar wykonano metodą indywidualnego wywiadu osobistego, tzw. „face to face”, techniką CAPI (Computer Assisted Personal Interviewing) wywiad osobisty, w trakcie którego korzystano z laptopa zawierającego elektroniczną wersję kwestionariusza ankiety.

Badanie przeprowadzono w miesiącu sierpień 2023 roku.

Charakterystyka badanych jednostek medycznych. Biorąc pod uwagę zmiany organizacyjno-prawne jednostek medycznych, zrezygnowano z identyfikacji charakteru własnościowego podmiotów medycznych, z powodu niskiej wiarygodności otrzymanych informacji. Wśród wytypowanych do badania jednostek medycznych, 30% stanowiły Szpitale Powiatowe. Natomiast Szpitale Wojewódzkie – 25%, a Instytuty naukowe i Szpitale Resortowe – 20%. Szpitale Kliniczne – 17%. Inne podmioty medyczne – 8%.

Tabela 1. Rodzaj jednostki medycznej.

Lp.	Wyszczególnienie	N	Odsetek
1.	Szpital Powiatowy	18	30%
2.	Szpital Wojewódzki	15	25%
3.	Instytut Naukowy /Szpital Resortowy	12	20%
4.	Szpital Kliniczny	10	17%
5.	Inny	5	8%
Razem		60	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBM w Lesznie

Dodatkowo istotnym czynnikiem wpływającym na wyniki badań jest wielkość badanych placówek mierzona ilością łóżek. Tylko 5% z wybranych szpitali posiadało mniej niż 150 łóżek. Najwięcej placówek mieściło się w przedziale 150 – 400 łóżek i stanowiło aż 60% całości.

⁸ Polega ona na całkowitym subiektywnym wyborze jednostek badanych do próby, w nadziei na uzyskanie najszerzych i najpełniejszych informacji. Ten dobór próby zapewnił w miarę pewne wyniki badawcze oraz sprawną realizację logistyki badania. Operat badawczy stanowił wykaz danych teleadresowych jednostek medycznych pozyskanych z GUS.

⁹ J.Bazarnik, T.Grabiński, E.Kąciak, S.Mynarski, A.Sagan, *Badania Marketingowe. Metody i Opracowania Komputerowe*, Canadian Consortium of Management Schools. Akademia Ekonomiczna w Krakowie. Kraków 1992, s.16

Duże szpitale posiadające 401-800 miejsc stanowiły 32% badania, natomiast te największe, 801 + łóżek, tylko 3%. Tabela 2.

Tabela 2. Ilość łóżek w jednostkach medycznych (.)*

Lp.	Wyszczególnienie	N	Odsetek
1.	poniżej 150 łóżek	3	5%
2.	150 – 400 łóżek	36	60%
3.	400 – 800 łóżek	19	32%
4.	800 i więcej łóżek	2	3%
Razem		60	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBM w Lesznie

*kropka (.) – brak wiarygodnych informacji o danym zjawisku, ze względu na zmieniającą się liczbę łóżek

Wywiady osobiste przeprowadzono z pracownikami na kierowniczych stanowiskach, którzy zajmują się zaopatrzeniem. Byli nimi: kierownik lub zastępca kierownika, kierownik apteki szpitalnej, kierownictwo bloku operacyjnego, lekarz ordynator lub zastępca ordynatora, kierownictwo anestezjologii: naczelną pielęgniarka i dostępny lekarz anestezjolog. Tabela 3.

Tabela 3. Miejsce pracy respondenta.

Lp.	Wyszczególnienie	N	Odsetek
1.	Kierownictwo Działu Zakupów	51	43%
2.	Apteka Szpitalna	44	37%
3.	Kierownictwo Bloku Operacyjnego	18	15%
4.	Oddział Anestezjologii / Naczelną Pielęgniarka	7	6%
Razem		120	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBM w Lesznie

Wyniki badawcze. Pomiar identyfikacji najczęściej kupowanych i stosowanych produktów medycznych wykonano w oparciu o pytanie zamknięte skategoryzowane zawierające z góry wyznaczone możliwości odpowiedzi, spośród których respondent miał dokonać wyboru.

Pytanie: Jakiego rodzaju produkty medyczne kupują lub stosują Państwo regularnie?

Badania wykazały, że w zakresie analizowanych rodzajów produktów medycznych, wysoki odsetek szpitali regularnie stosuje produkty farmaceutyczne oraz wyroby medyczne – odpowiednio 85% i 75%. Natomiast nie regularnie – odpowiednio 15% i 25%. Pompy/systemy infuzyjne regularnie stosuje 40% szpitali, a nie regularnie 60%. Tabela 4.

Tabela 4. Regularnie stosowane w szpitalach rodzaje produktów medycznych firmy: n=60

Lp.	Wyszczególnienie	Tak	nie	Razem
1.	Produkty farmaceutyczne	85%	15%	100%
2.	Wyroby medyczne	75%	25%	100%
3.	Pompy/systemy infuzyjne	40%	60%	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBM w Lesznie

Wysoki odsetek szpitali – odpowiednio 82% i 73%, regularnie stosuje narzędzia chirurgiczne/kontenery oraz nici chirurgiczne. Natomiast nieregularnie – odpowiednio 18% i 27%.

45% szpitali regularnie stosuje urządzenia napędowe, nieregularnie – 55%. Z kolei implanty kręgosłupa oraz implanty biodra / kolana, regularnie stosuje – odpowiednio 38% i 33% szpitali. Nieregularnie – odpowiednio 62% i 67%.

28% szpitali, regularnie stosuje stenty lub inne produkty kardiologiczne, a nieregularnie – 72%. Urządzenia i narzędzia endoskopowe oraz specjalistyczne produkty neurochirurgiczne, regularnie stosuje 27% szpitali, a nieregularnie – 73%. Tabela 5.

Tabela 5. Regularnie stosowane w szpitalach produkty medyczne w ujęciu szczegółowym: n=60

Lp.	Wyszczególnienie	tak	nie	Razem
1.	Narzędzia chirurgiczne / kontenery	82%	18%	100%
2.	Nici chirurgiczne	73%	27%	100%
3.	Urządzenia napędowe	45%	55%	100%
4.	Implanty kręgosłupa	38%	62%	100%
5.	Implanty biodra / kolana	33%	67%	100%
6.	Stenty lub inne produktu kardiologiczne	28%	72%	100%
7.	Urządzenia i narzędzia endoskopowe	27%	73%	100%
8.	Specjalistyczne produkty neurochirurgiczne	27%	73%	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBM w Lesznie

Kolejne analizowane zagadnienie dotyczyło identyfikacji stopnia zadowolenia klientów z jakości badanych produktów medycznych. Pomiar przeprowadzono w oparciu o skale Likerta, która daje możliwość określenia stopnia akceptacji danego stwierdzenia.

Pytanie: W jakim stopniu jesteście Państwo zadowoleni z jakości wyszczególnionych produktów medycznych?

Strukturę wskazań odpowiedzi w zakresie zadowolenia klientów z jakości produktów medycznych prezentuje tabela 6. Ocenie poddano trzynaście kategorii.

– Kategoria 1. Ogólna jakość produktów.

Ogółem 99% badanych, zadowolonych jest z ogólnej jakości produktów: „**bardzo zadowoleni**” – 82%, „raczej zadowoleni” – 17%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 2%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny bardzo dobrej i wynosi – 4,84.

– **Kategoria 2. Jakość narzędzi chirurgicznych.**

Ogółem 85% badanych, zadowolonych jest z jakości narzędzi chirurgicznych: „**bardzo zadowoleni**” – 68%, „raczej zadowoleni” – 17%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 15%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny bardzo dobrej i wynosi – 4,80.

– **Kategoria 3. Jakość chirurgicznych systemów napędowych.**

Ogółem 54% badanych, zadowolonych jest z ogólnej jakości chirurgicznych systemów napędowych: „bardzo zadowoleni” – 37%, „raczej zadowoleni” – 17%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 47%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny bardzo dobrej i wynosi – 4,68.

– **Kategoria 4. Jakość nici chirurgicznych.**

Ogółem 99% badanych, zadowolonych jest z jakości nici chirurgicznych: „bardzo zadowoleni” – 67%, „raczej zadowoleni” – 32%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 2%. Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny bardzo dobrej i wynosi – 4,67.

– **Kategoria 5. Jakość systemów implantów kręgosłupa.**

Ogółem 23% badanych, zadowolonych jest z jakości systemów implantów kręgosłupa: „bardzo zadowoleni” – 15%, „raczej zadowoleni” – 8%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 77%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny bardzo dobrej i wynosi – 4,64.

– **Kategoria 6. Jakość produktów neurochirurgicznych.**

Ogółem 29% badanych, zadowolonych jest z jakości produktów neurochirurgicznych: „bardzo zadowoleni” – 17%, „raczej zadowoleni” – 12%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani

nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 72%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny bardzo dobrej i wynosi – 4,58.

– **Kategoria 7. Jakość urządzeń i narzędzi endoskopowych.**

Ogółem 53% badanych, zadowolonych jest z jakości urządzeń i narzędzi endoskopowych: „bardzo zadowoleni” – 30%, „raczej zadowoleni” – 23%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” nie stwierdzono. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 47%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny bardzo dobrej i wynosi – 4,56.

– **Kategoria 8. Jakość systemów implantów pourazowych.**

Ogółem 30% badanych, zadowolonych jest z jakości systemów implantów pourazowych: „bardzo zadowoleni” – 17%, „raczej zadowoleni” – 13%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej nie zadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 70%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny bardzo dobrej i wynosi – 4,55.

– **Kategoria 9. Jakość siatek przepuklinowych.**

Ogółem 63% badanych, zadowolonych jest z jakości siatek przepuklinowych: „bardzo zadowoleni” – 33%, „raczej zadowoleni” – 30%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 37%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny bardzo dobrej i wynosi – 4,52.

– **Kategoria 10. Jakość kontenerów na materiały sterylne.**

Ogółem 54% badanych, zadowolonych jest z jakości kontenerów na materiały sterylne: „bardzo zadowoleni” – 30%, „raczej zadowoleni” – 28%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 42%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny bardzo dobrej i wynosi – 4,51.

– **Kategoria 11. Jakość systemów implantów biodra / kolana.**

Ogółem 53% badanych, zadowolonych jest z jakości systemów implantów biodra / kolana: „bardzo zadowoleni” – 25%, „raczej zadowoleni” – 28%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 47%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny dobrej i wynosi – 4,46.

– Kategoria 12. Jakość produktów kardiologicznych.

Ogółem 21% badanych, zadowolonych jest z jakości produktów kardiologicznych: „bardzo zadowoleni” – 8%, „raczej zadowoleni” – 13%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 78%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny dobrej i wynosi – 4,38.

– Kategoria 13. Stosunek jakości produktów do ich ceny.

Ogółem 47% badanych, zadowolonych jest z stosunku jakości produktów do ich ceny: „bardzo zadowoleni” – 25%, „raczej zadowoleni” – 22%. Wskazań odpowiedzi „ani tak, ani nie” oraz „raczej niezadowoleni” i „bardzo niezadowoleni” nie stwierdzono. Nie można określić – 45%.

Średnia ocena zadowolenia kształtuje się na poziomie oceny dobrej i wynosi – 4,00.

Tabela 6. Struktura wskazań zadowolenia klientów z jakości produktów medycznych firmy: n=60

Lp.	Wyszczególnienie	bardzo zadowoleni	raczej zadowoleni	ani tak, ani nie	raczej niezadowoleni	bardzo niezadowoleni	nie można określić	Razem
1.	Ogólnej jakości produktów	82%	17%	0%	0%	0%	2%	100%
2.	Jakości narzędzi chirurgicznych	68%	17%	0%	0%	0%	15%	100%
3.	Jakość chirurgicznych systemów napędowych	37%	17%	0%	0%	0%	47%	100%
4.	Jakości nici chirurgicznych	67%	32%	0%	0%	0%	2%	100%
5.	Jakość systemów implantów kręgosłupa	15%	8%	0%	0%	0%	77%	100%
6.	Jakość produktów neurochirurgicznych	17%	12%	0%	0%	0%	72%	100%
7.	Jakość urządzeń i narzędzi endoskopowych	30%	23%	0%	0%	0%	47%	100%
8.	Jakość systemów implantów pourazowych	17%	13%	0%	0%	0%	70%	100%
9.	Jakość siatek przepuklinowych	33%	30%	0%	0%	0%	37%	100%
10.	Jakość kontenerów na materiały sterylne	30%	28%	0%	0%	0%	42%	100%
11.	Jakość systemów implantów biodra / kolana	25%	28%	0%	0%	0%	47%	100%

12.	Jakość produktów kardiologicznych	8%	13%	0%	0%	0%	78%	100%
13.	Stosunku jakości produktów do ich ceny	25%	22%	0%	0%	8%	45%	100%
Ogółem		35%	20%	0%	0%	1%	44%	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBM w Lesznie

Wnioski. Przeprowadzone badanie wskazuje na to, że respondenci są zadowoleni z jakości stosowanych przez nich produktów medycznych, a jedynym punktem wskazującym na niezadowolenie jest stosunek jakości do ceny. Spowodowane może być to rosnącą inflacją, która wpływa na koszty wytworzenia produktu i jednocześnie na jego cenę, a niekoniecznie ma wpływ na jakość lub pozostaje ona bez zmian.

Warto również zauważyć, że satysfakcja klientów nie ogranicza się jedynie do jakości produktów, ale obejmuje także szereg innych aspektów. Można zaliczyć do nich na przykład dostępność produktów i obsługę klienta firm dystrybuujących produkty. Badanie skupiło się na jakości analizowanych produktów, a wyniki jednoznacznie wskazują na pozytywny odbiór wyrobów medycznych w Polsce. Należy również zaznaczyć, że sektor medyczny, ze względu na rygorystyczne regulacje, stawia priorytet na dostarczanie produktów o najwyższej jakości oraz utrzymywanie wysokich standardów, co wykazało powyższe badanie.

Przeprowadzone badanie podkreśla również istotę badań marketingowych w zrozumieniu potrzeb i oczekiwań klientów. Można stwierdzić, że jakość produktu jest dużo ważniejsza niż jego cena, a konsumenci są skłonni zapłacić więcej za produkt dobrej jakości oraz jest mniejsze prawdopodobieństwo, że będą szukać tańszych zamienników na rynku.

Aby utrzymać konkurencyjną pozycję na rynku należy systematycznie przeprowadzać badania marketingowe. Dzięki temu można w porę zareagować na zmiany zachodzące na rynku oraz dostosować ofertę handlową pod potrzeby obecnych i potencjalnych klientów firmy.

Prezentowane w artykule informacje stanowią fragment badań satysfakcji klienta i oceny produktów medycznych w Polsce, przeprowadzone przez BBM Biuro Badań Marketingowych w Lesznie, na zlecenie niemieckiego koncernu medycznego. Znacząca część danych nie jest podawana do publicznej wiadomości ze względu na zachowanie tajemnicy kontraktu badawczego.

Bibliografia:

1. J. Bazarnik, T. Grabiński, E. Kąciak, S. Mynarski, A. Sagan. *Badania Marketingowe. Metody i Opracowania Komputerowe*, Canadian Consortium of Management Schools, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 1992.

2. P. Gajewska, *CSI w ocenie satysfakcji konsumentów na przykładzie wybranych sieci handlowych*, ZN WSH Zarządzanie, 2015.
3. D. Marzec, Znaczenie influencer marketingu w kształtowaniu decyzji współczesnych konsumentów, „Media i Społeczeństwo” Nr 16/2022, Maj 2022.
4. D. Pfaff, *Badania rynku. Jak pozyskiwać najistotniejsze dla firmy informacje marketingowe*, Wydawnictwo BC.edu, Warszawa 2010.
5. M. Rószkiewicz, *Metody ilościowe w badaniach marketingowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
6. M. Szcześniak, *Proces decyzyjny konsumenta na rynku*, Zeszyty Naukowe seria 3, nr. 8, Polski Uniwersytet na Obczyźnie w Londynie, Luty 2020.
7. P. Tarka, *Uwarunkowania skuteczności badań marketingowych*, Wydawnictwo UEP, Poznań 2017.
8. A. Wiśniewska, *Czynniki decydujące o wrażliwości konsumentów na markę*, z publikacji Instrumenty kształtowania wizerunku marki, Wyższa Szkoła Promocji, Warszawa 2015.

Inne:

1. BBM Biuro Badań Marketingowych w Lesznie. Raport Badanie Satysfakcji Klienta w Procesie Podejmowania Decyzji Zakupu Produktów Medycznych w Polsce. Sierpień 2023.

BŁĄD ANTROPOLOGICZNY W PEDAGOGICE

EWA KOŁOGRYW

Wstęp. Współczesny człowiek żyje szybko, głośno w pogoni za cywilizacją, w której kultura upada, bo miłość zastępuje nienawiść gdy „człowiek człowiekowi pozostaje tylko wilkiem”. Skutkuje to brakiem rozumienia siebie i innych, a przede wszystkim zatraceniem człowieczeństwa, izolacją w kontaktach rodzinnych, społecznych, bo współczesny człowiek przestaje rozumieć siebie i drugiego człowieka. Nie ma dziś solidnych podstaw w myśleniu *Kim jestem i jaki być mogę*, nie ma także autorytetów wychowawczych, bo antypedagogika takowe odrzuciła. Zatem filozoficzne pytanie *Kim jestem* zastąpiono multikulturalizmem czyli mogę być każdym i wszędzie bez zobowiązań, a pedagogiczne wzory i autorytety upadają z braku wiary w prawdę, dobro, piękno i miłość. Człowiek nie rozumie człowieka, choć natura ich taka sama, pojawia się więc błąd w rozumieniu tego *Kim jestem i jakim być mogę*. To dylematy, które stanowią zasadnicze pytania na gruncie wielu dyscyplin nauki, choć niekoniecznie prawidłowo uzasadniają odpowiedź na pytania natury filozoficznej czy antropologicznej. To również temat moich rozważań w poszukiwaniu odpowiedzi na te pytania, które nurtują także wielu współczesnych wybitnych polskich filozofów, a odpowiedzi było i jest wiele na to zasadnicze pytanie *Kim jestem?*

Pierwsze koncepcje w poznaniu i myśleniu o człowieku pojawiły się już w starożytności. Stanowiły podstawę rozważań w różnych okresach dziejowych, o tym jak rozumieć człowieka, Kim on jest w swojej istocie, a także jak go kształtować i wychowywać. Zatem *Kim jest człowiek i Jakim być powinien* to pytania zadawane nieustannie na gruncie koncepcji filozoficznych, badań antropologicznych i również założeń pedagogicznych.

W wielu koncepcjach pojawił się błąd w odczytaniu istoty człowieka, który to w konsekwencji doprowadził do tworzenia utopijnych wizji, ideologii czy założeń systemów pedagogicznych, redukując myślenie o człowieku i jego potencjale na potrzeby tych utopii. Zatem zamiast budować fundamenty człowieczeństwa w człowieku, prowadzi się młodych ludzi do zagubienia i upadku w życiu społecznym, jako skutek błędów na gruncie także wychowania. Bo mamy współcześnie dylemat w antropologii filozoficznej ze zrozumieniem tego *Kim jest człowiek* i dlatego pojawił się błąd antropologiczny i w konsekwencji problem w zrozumieniu co jest istotą człowieka jak go prawidłowo odczytać, kształtować i jak to odnieść do systemu wychowywania, nie pozbawiając w efekcie potencjału jaki ma człowiek w swojej naturze ale wszechstronnie go rozwijać na miarę indywidualnych możliwości.

Celem pracy jest pokazanie jak nieadekwatne ujęcia człowieka w koncepcjach i wizjach systemów w odniesieniu analogicznie do teorii wychowawczych prowadzą do błędów, wypaczeń, tworzenia zła, ograniczając możliwości tworzenia dobra i rozwoju potencjału osobowego. Skutkują również brakiem moralności w postępowaniu, ochronie osób i ich godności. Błędne postrzeganie i definiowanie istoty człowieka to niebagatelny problem antropologii filozoficznej ale także współczesnej edukacji, bo negatywne skutki już odczuwalne są na gruncie tak popularnej antypedagogiki, która człowiekiem odgórnie manipuluje w taki sposób ,że wolność oznacza tylko nieograniczoną dowolność w działaniu bez ponoszenia konsekwencji, bo najważniejsze jest dbanie tylko o własne dobro. Błędnie pojmowana wolność i egoizm na piedestale postmodernizmu nie sprzyja kształtowaniu człowieczeństwa i właściwych postaw moralnych budujących człowieka, bo degradują go do roli tylko przedmiotu pedagogiki liberalnej skutkującej też totalitaryzmem wychowawczym, co może pozostawić negatywny ślad w przyszłości nie do naprawienia w następnych pokoleniach.

Błąd antropologiczny jego rola i znaczenie w filozofii człowieka. Błąd antropologiczny – etymologia słowa BŁĄD wywodzi się od (gr. *pseudos* i łac. *error*) i oznacza stan rzeczy o którego istnieniu jesteśmy przekonani i albo on nie zachodzi, albo przedstawia się zupełnie inaczej. Natomiast słowo ANTROPOLOGIA (gr.*anthopos*=człowiek+*logos*=słowo), to nauka o człowieku którą współcześnie tworzą względnie odrębne dyscypliny naukowe, są to antropologia filozoficzna, a. fizyczna zwana przyrodniczą i antropologia kulturowa. Błąd antropologiczny omawiany w tej pracy stanowi problem antropologii filozoficznej. Samo wyrażenie błąd antropologiczny pierwszy raz zostało omówione przez Jana Pawła II w encyklice *Centesimus annus*.¹ Ojciec Św. zwrócił bowiem uwagę na sposób traktowania człowieka w ideologii socjalizmu tylko jako określonego elementu w organizmie społecznym, gdzie indywidualne jednostkowe dobro podporządkowuje się ekonomiczno-społecznemu mechanizmowi, który ogranicza samodzielny wybór dobra przez jednostkę i tym samym wyłącza odpowiedzialność jednostki za przyjęcie dobra lub zła. Człowiek więc istnieje tylko jako relacja społeczna natomiast redukuje się postrzeganie człowieka jako osoby, zdolnej do samodzielnych decyzji w wymiarze moralnym, których podejmowaniem tworzyłaby ład społeczny. Wskutek takiej błędnej koncepcji osoby tworzy się w socjalizmie zniekształcone prawo, dotyczące zakresu wolności człowieka, a w konsekwencji błędu antropologicznego tej ideologii, człowiek podporządkowany jest dobru społecznemu zatracając własną autonomię.

¹*Centesimus Annus*, Ojca Świętego Jana Pawła II [w] Jan Paweł II, Dzieła zebrane, tom I Encykliki Kraków 2006, s. 409.

Błąd antropologiczny analizowany jest współcześnie na gruncie wielu aspektów życia i funkcjonowania człowieka, choćby w kulturze, nauce, etyce, sztuce, czy religii. W tej pracy skupiam się na genezie błędu antropologicznego w rozumieniu człowieka oraz skutkach błędnych koncepcji w odczytaniu człowieka i osoby ludzkiej w odniesieniu do antropologii filozoficznej, filozofii i pedagogiki. Podstawą w rozumieniu i prawidłowym odczytaniu człowieka jest odpowiedź na zasadnicze pytanie, *co jest bytem, a co nim nie jest*. Dopiero wówczas można konsekwentnie poszukiwać i zrozumieć odpowiedź na pytanie *Kim jest człowiek*. Błąd antropologiczny to nieprawidłowe odczytanie zawartości bytowej człowieka, a więc redukcjonizm i brak zgodności z rzeczywistością. Zatem filozofii w rozumieniu człowieka nie należy traktować na zasadzie mody, ideologii, bo jaką przyjmie się wizję człowieka takie będzie wychowanie i edukacja, a jak pisał już w starożytności Arystoteles „mały błąd na początku jest wielkim na końcu.” Koncepcje poznania w odniesieniu do bytu, człowieka i genezę ich analizował Andrzej Maryniarczyk², pokazując jak w ujęciu historycznym zmieniały się sposoby odczytywania i rozumienie istoty człowieka. Analogicznie zatem do kształtowania się poglądów na temat *Czym jest byt* formułowano także poglądy *Kim jest człowiek* w odniesieniu do danej określonej koncepcji bytu.

Przegląd wybranych koncepcji człowieka. Istotnymi koncepcjami ujmującymi człowieka w różnych jego aspektach są: koncepcja materialistyczna, wariabilistyczna - współcześnie postmodernizm także monizm i spirytualizm oraz hylemorficzne ujęcie człowieka i ujęcie integralne.

Materialistyczna koncepcja człowieka. Pierwsze poglądy dotyczące bytu i człowieka pojawiły się u Demokryta w jego koncepcji, rzeczy stanowiły skład pryncypów i także człowieka w swej istocie traktowano i rozumiano jako agregat materialnych pryncypów. Zatem „wiedza o człowieku została sprowadzona do wiedzy o narządach i funkcjonowaniu, strukturze itp.”³ To ujęcie człowieka prowadziło do braku zrozumienia jego istoty, gdyż dopiero w odniesieniu do świata przyrody jako całości może być on suwerenny, mieć własną autonomię. Takie postrzeganie ma swoje negatywne skutki także współcześnie, gdy człowieka można dowolnie kształtować choćby klonowaniem, przeszczepami i eksperymentami w imię nauki bez ograniczeń, bo traktuje się istotę ludzką jako agregat organów według fizycznej koncepcji bytu człowieka.

² Maryniarczyk A. SDB, Stępień K., *Błąd antropologiczny i jego konsekwencje w kulturze*, Lublin 2021.

³ Maryniarczyk A., *Koncepcja bytu, a rozumienie człowieka* [w] *Błąd antropologiczny i jego konsekwencje w kulturze*, pod red. Maryniarczyk A. SDB, Stępień K., Lublin 2021, s. 75.

Rozważania o charakterze już antropologicznym na temat tego *Kim jest człowiek* pojawiają się u sofistów, a przede wszystkim ich przedstawiciela Protagorasa z Abdery (V w. przed Chrystusem). Sofiści to twórcy nowego typu filozofii, która zmieniła kierunek zainteresowań z filozofii przyrody na filozofie humanistyczną. Humanizm sofistów nacechowany był przede wszystkim relatywizmem, który w dużej mierze miał charakter antropologiczny, a myślą przewodnią tej filozofii było hasło „Wszystkich rzeczy miarą jest człowiek”. Relatywizm w myśleniu sofistów o człowieku i jego sprawach ujmował poglądy człowieka jako względne czyli jednocześnie dobre i złe, co dobre dla jednej osoby, może być złem dla innej. W rozważaniu na temat człowieka sofisci podjęli się interpretacji „prawa natury”. Uważali bowiem, że miarę „prawa natury” wyznacza „prawo silniejszego”, część tych myślicieli normy kultury traktowała jako coś umownego, co w powrocie do natury może określać prawo do panowania siły. Zatem człowiek w relatywizmie sofistów łącząc w sobie prawo natury jako siły i jako miarę wszechrzeczy nie miał też podstaw bytowych i nie dawał odpowiedzi na pytanie *Kim jest człowiek*. Według sofistów człowiek jest bytem materialnym, głosili też sensualizm czyli poznanie zmysłowe warunkiem wszelkiego poznania. Błąd antropologiczny u sofistów polegał na umiejscowieniu człowieka i jego siły ponad tym, co rozwija, kształtuje i służy kulturze w której żyje ów człowiek, a także ponad tym, co nie oddaje w pełni jego człowieczeństwa.

Innym myślicielem na gruncie poglądów materialistycznych był F. Bacon (renesans), który naturę podporządkował nauce, bo według niego zadaniem nauki było opanowanie przyrody i wyznaczył jej nowy model zwany mechanicystycznym. Człowiek więc ma wyznaczać cele naturze, bo ona jest jak bierna maszyna we władaniu człowieka, który zostaje umiejscowiony jakby poza naturą i jest jej „myślącym władcą. „Mechanicyzm koncentrował się zatem jedynie na opisie mechanizmów ruchu przestrzennego ciał, wobec czego nie był w stanie wyjaśnić problemu powstawania czy rozwoju bytów naturalnych”.⁴ Zatem poglądy Bacona pogłębiły tylko trudności w rozumieniu i odpowiedzi na pytanie *Kim jest człowiek*, gdy jego miejsce w świecie określała renesansowa filozofia przyrody, której towarzyszył rozwój nauki i jej różnych dziedzin, w szczególności nauk stosowanych i technicznych. Pojawił się także ruch ideowy określany mianem humanizmu wraz z filozofią i nauką świecką. Człowiek renesansu chciał podporządkować sobie przyrodę i badał ją pod kątem swoich potrzeb doczesnych. Celem nauki było zdobycie władzy nad przyrodą, a jej przedmiotem było tylko to, co dostępne empirii zmysłowej. Filozofia sceptyków renesansowych degradowała człowieka uznając, że nie różni

⁴ Gudaniec A., *U podstaw jedności bytowej człowieka, studium z metafizyki osoby*, Lublin 2026, s.192.

się on w przyrodzie niczym od innych żyjących istot, i w takim jego rozumieniu podejmowano próby przywrócenia nadmiernej ciekawości, ambicji człowieka do poziomu „słodkiej niewiedzy”, bo „człowiek jest taką istotą, jaką objawia się w naturze: słabą i krótko żyjącą”.⁵ W XVII wieku mechaniczne poglądy i teorie Bacona zostały rozbudowane przez T. Hobbesa. Zastosowanie metody empirycznej w antropologii i naukach społecznych pozwoliło na określenie skrajnie materialistycznej filozofii, która ugruntowała antropologiczny naturalizm, coraz bardziej popularny w filozofii i nauce nowożytnej. Hobbes uznawał, że istnieją tylko rzeczy materialne, które swoją istotę mają tylko w cielesności, a wszelkie ich przemiany są tylko czysto mechaniczne, uznawał także iż dusza ludzka jest również materialna. Uważał bowiem, że nie istnieje substancja niematerialna jako idea i brak jest też idei Boga. Hobbes uważał także, że poznanie człowieka jest tylko doświadczeniem zmysłowym i jest subiektywne, a „na każdym poziomie rzeczywistości działają proste mechaniczne prawa przyczynowo- skutkowe”⁶. Hobbes człowieka określał jako istotę aspołeczną z cechującym go egoizmem, bo natura człowieka dąży tylko do zachowania jego dobra jednostkowego, a stosunki ludzkie polegają na przyjemnościach i niechęciach analogicznie do ruchu przyciągania i odpychania, co tworzyło relatywizm w pojmowaniu dobra lub zła czyli moralność była względna.

Teorie Hobbesa to obraz naturalizmu nowożytnego, który w rozmaity sposób kształtował się na fundamencie filozofii i także nauki. Człowieka tłumaczą te same uwarunkowania, co świat przyrody, jest on tylko trochę lepiej, wyżej zorganizowanym osobnikiem przyrodniczym, nie ma też w nim transcendencji, bo można go rozumieć w oparciu o świat natury w której żyje. Według naturalizmu tym, co stanowi jedność bytową w człowieku jest właśnie natura.

Poglądy o charakterze naturalistycznym zaznaczają swój dalszy rozwój w myśli oświecenia ale już w charakterze ideologiczno –encyklopedycznym. W oświeceniu wyraźnie zaznacza się rozwój nauki i stopniowe odrzucanie religii chrześcijańskiej w życiu społecznym, dlatego materializm pogłębia się poprzez tłumaczenie zagadnień filozoficznych i antropologicznych wynikami twierdzeń nauk szczegółowych. Człowiek jest odnoszony do maszyny, interpretuje się wszystko co istnieje jako przedmioty materialne, które można określać w sposób mechaniczny. Zatem istnieje tylko materia, nie ma żadnej duchowości, bo dusza człowieka jest cielesna, nie ma też wolności i nieśmiertelności. Człowiek żyje po to, aby używać życia w czysto zmysłowym aspekcie, pojawia się więc hedonizm jako cel życia człowieka. To poglądy, które w oświeceniu głosił La Mettrie, zatem filozof ten „dokonuje redukcji człowieka

⁵ tamże, s. 189.

⁶ tamże, s. 197.

do bytu czysto cielesnego, odbierającego jedynie zmysłowe wrażenia. (...) Między stanami duszy i ciała występuje wzajemna zależność”.⁷ Myślenie człowieka traktował jako wyższy stopień odczuwania w stosunku zwierząt, a więc poznanie umysłowe to tylko wyobraźnia wyjaśniana jako rezultat pewnej organizacji mózgu. Natomiast odmienne poglądy oświeceniowe reprezentował J. J. Rousseau, który uważał że natura człowieka jest doskonała, a za zło obecne w świecie odpowiedzialna jest kultura i cywilizacja. Dlatego należy powrócić do natury odrzucając rozum i zaufać uczuciom. „Na tym tle powstała również teoria naturalnego, spontanicznego rozwoju i wychowania człowieka (natura rozwija się sama)”.⁸

Poglądy oświeceniowe oparte na naukach szczegółowych znacząco zdystansowały rolę filozofii klasycznej i także antropologii w odczytaniu i rozumieniu człowieka. Bo odniesienie do czysto przyrodniczych teorii w myśleniu o człowieku znacząco zawężają perspektywę patrzenia całościowego na człowieka i redukują znacząco też szukanie odpowiedzi na zasadnicze pytanie Kim w istocie jest człowiek i jak kształtować w nim człowieczeństwo jeśli jest tylko maszyną lub pewnym elementem przyrody.

Materializm oświeceniowy rozszerzył się w XIX wieku i już nie tylko opierał się na teoriach przyrodniczych ale wkradał się do interpretacji zjawisk społecznych. L. Freurbach przedstawiciel materializmu antropologicznego kult Boga proponował zastąpić kultem człowieka, bo uważał, że ludzkość jest najdoskonalszą formą, a więc człowiek jest bogiem dla człowieka. Takie ujęcie stało się też podstawą do ukształtowania materializmu dialektycznego (K. Marks i F. Engels) gdzie rzeczywistość jest materialna ale rozumiana poprzez relacje występujące w otaczającym świecie. Człowiek ujmowany był w zależnościach od społeczeństwa i tak zrodziła się więc głoszona przez marksizm nadrzędność kolektywizmu nad jednostką, gdzie człowiek rozwija się w oparciu o pracę przekształcając przyrodę w której się sytuuje. Marksizm skupiał się także na walce z religią, i pomogła mu w tym teoria ewolucji, którą marksiści użyli do tworzenia swoich koncepcji społeczno– ekonomicznych.

Współcześnie naturalizm łączy się z teorią ewolucji biologicznej w oparciu o koncepcje XIX wieczną Darwina. Teoria ta jest dominująca w różnych badaniach naukowych i jest także propagowana w nauczaniu. Człowiek w ujęciu darwinowskim jest redukowany do wyjaśniania go wyłącznie jako bytu przyrodniczego i w konsekwencji prowadzi to do stopniowej redukcji humanistyki na rzecz wyjaśnień i rozumienia człowieka w aspekcie tylko nauk przyrodniczych. Zatem ewolucjonizm w rozumieniu człowieka mówi o tym, iż jest on „efektem przypadkowo postępującego procesu, nie jest zatem ani podmiotem, ani kimś wolnym, ani bytem

⁷ tamże, s. 204.

⁸ tamże, s. 209.

substancjalnym. (...) Ciało i ściśle z nim powiązana psychika, a także umysł i stany duchowe człowieka, powstały na drodze ewolucyjnej, spełniając przede wszystkim rolę przystosowawczą”.⁹

Wariabilizm i (dzisiaj) postmodernizm. Inne rozumienie bytu i człowieka reprezentował Heraklit z Efezu (IV/V w. przed Chrystusem) Poglądy jego określa się mianem koncepcji procesualnej (wariabilistycznej), w której wszystko jest płynne, nic nie trwa i nieustannie się zmienia. „Człowiek nie jest ani podmiotem, ani przedmiotem, który się staje. Jest kimś komu zdarzyło się bytować w jakimś przedziale czasu.”¹⁰ Zatem sam proces odgrywa rolę bytu, a człowiek się staje i jest w drugorzędnej roli względem natury wszechrzeczy. A. Maryniarczyk pisze, że „człowiek nie jest autorem własnego życia, lecz spełniaczem zastanych warunków i narzuconych mu praw. Nie należy ani do świata rzeczy, bo i te nie są substancjami ani też do siebie. Człowiek to tylko „dzianie się”.¹¹ Dlatego uważam, że Heraklityzm jest podstawą postmodernizmu.

Monizm i Spirytualizm (dualizm). Inną koncepcję bytu zapoczątkował Parmenides (IVw. przed Chrystusem), a poglądy jego traktują byt jako świat „bez postaci,” a więc istoty żywe i człowiek to cienie prawdziwego ontologicznego świata idei. Parmenides rzeczywistość określał myśleniem, uważał, że myśleć i być jest tym samym czyli arche jako początek wszechrzeczy jest zawsze w myśli i prawdziwy świat oglądamy oczami myśli, a nie zmysłów. Zatem człowiek i przyroda to świat pozorny, zjawiskowy, który ma postać i formę myśli i także z niej pochodzi. Mamy więc u Parmenidesa już początek metafizyki idealistycznej, antysensualistycznej, która wpłynie później na Platona, neoplatonizm, a za ich pośrednictwem na filozofię nowożytną i współczesną.

Kolejnym myślicielem starożytnym, który podjął się rozważań dotyczących bytu i człowieka był Platon (V/IV w. przed Chrystusem), uważał on bowiem, że prawdziwy świat to świat idei, któremu przeciwstawiony jest świat materialny oddzielony od bytu – idei. Zatem człowiek to tylko duch-duszy i nie dotyczy ciała, które jest tylko ograniczeniem i deformacją uwiezionej w ciele duszy. Dlatego ciało i dusza są w sobie rozdarte i w konsekwencji człowiek czyni dobro i zło. Platon wyjaśniając swoją koncepcję bytu określa idealnego człowieka „Pierwiastek cielesny zostaje zdegradowany, pierwiastek duchowy, umysłowy, zostaje wyidealizowany i podniesiony do roli bóstwa”.¹² Cieleśność człowieka w tej dualistycznej koncepcji nie jest

⁹ tamże, s. 215.

¹⁰ Maryniarczyk A., *Koncepcja...* dz.cyt. ,s.78.

¹¹ tamże, s. 80.

¹² tamże,s.87.

jego możliwością to tylko maszyna, którą stanowią inne prawa niż prawa człowieka. W efekcie duchowość ludzka jest tym, co pozwala w nieograniczony sposób nadbudowywać nieograniczone możliwości względem świata, a w konsekwencji może prowadzić do utopii i przebóstwienia człowieka oraz niszczenia, degradacji tego, co ludzkie-duchowe i tego, co materialne także człowiecze.

Ujęcie hylemorficzne i pluralistyczne. Arystoteles to chronologicznie następny myśliciel, który w rozważaniach o człowieku miał znamienne stanowisko. Uważał bowiem, że człowiek jest tworem natury i w tej naturze także ginie jest więc bytem przyrodniczym ale wyróżnia go w przyrodzie ludzki rozum, dzięki czemu przekracza tę naturę i sytuuje się najwyżej wśród istot żywych. Arystoteles uważał, że człowiek to byt duchowo-cielesny. Tworzy go dusza, będąca aktem sytuująca się w pierwszeństwie do ciała(materii), bo jest ono tylko możliwością czyli pewną zdolnością, która może przyjąć pewną określoną formę jako akt. Arystoteles wyznaczył też trójpodział duszy. „Tak więc rośliny mają jedynie duszę wegetatywną, zwierzęta wegetatywną i zmysłową, ludzie i wegetatywną, i zmysłową, i rozumną.”¹³ W istocie człowieka „ludzka rozumność jest zasadą działalności kulturotwórczej, jest też podstawą dążenia do doskonałości moralnej(cnota) i poznawczej (kontemplacja) człowieka”.¹⁴ Mimo odkrywczego znaczenia poglądów Arystotelesa mają one także negatywne konsekwencje w rozumieniu człowieka, bo jak pisze o tym A. Maryniarczyk według tej koncepcji „zanik życia intelektualnego jest równoczesnym momentem utraty człowieczeństwa”,¹⁵ co negatywnie skutkuje w priorytetach patrzenia na świat i człowieka.

Ujęcie integralne. Bardzo istotnym etapem zmian w poglądach na byt i człowieka jest filozofia św. Tomasza z Akwinu. W XIII wieku pojawiła się inna koncepcja rozumienia rzeczywistości i także człowieka. Tomasz z Akwinu sformułował określenie jako przasadę poznania mówiącą o tym, że *byt aby mógł być, musi najpierw realnie zaistnieć* i analogicznie ujmował poglądy na człowieka, bo według niego człowiek musi najpierw realnie zaistnieć w swej istocie, będąc tym samym, gdy się rodzi i gdy umiera. Człowiek według św. Tomasza to istota złożona z ciała i duszy ale w gruncie rzeczy nie jest tworem natury, o czym pisał Arystoteles, nie jest też samą duszą w rozumieniu Platona. Tomasz z Akwinu uważał, że człowieka zapoczątkowuje i czyni realnym bytem akt istnienia, zatem istnienie i istota (dusza i ciało) stanowią w nim realną jedność duszy i materii(ciało) ale dusza jest jakby przed ciałem i jest względem niego suwerenna. Człowiek jest także osobą ze względu na istnienie i rozumność (intelektualność).

¹³ Giovanni Reale, *Historia filozofii starożytnej tom II*, Lublin 2012, s.456.

¹⁴ Gudaniec A., dz. cyt., s.176.

¹⁵A. Maryniarczyk, *Koncepcja* dz. cyt., s.94-95.

Osoba ludzka jest bogatsza bytowo ze względu na możliwość poznawania intelektualnego i możliwość podmiotowania swoich działań. Człowiek jako suweren może poznać samego siebie i panować nad sobą, a umożliwia to wychowanie i kształcenie. Jednak najważniejsze w ujęciu Tomasza jest to, iż źródłem istnienia człowieka jest jego Stwórca, a „Człowieka rodzi człowiek i Bóg – głosi nowa odkryta przez Tomasza zasada antropologiczna”.¹⁶

Pedagogiczne konsekwencje wynikające z przyjęcia określonej filozofii człowieka.

Omówione koncepcje, ich geneza rozumienia tego *Kim jest człowiek* stanowią współcześnie fundament rozważań na gruncie filozofii i od tego co jest punktem wyjścia danej filozofii bądź szkół filozoficznych w dużej mierze zależy to jaki charakter będzie miało wychowanie, kształcenie i nauczanie i jak teorie dominujące w filozofii wychowania, będą adoptowane przez nauki szczegółowe o człowieku, a przede wszystkim przez pedagogikę. Współcześnie rzeczywistość ujmowana jest na gruncie filozofii idealizmu i realizmu i w takim podziale także zaznaczają się koncepcje człowieka oraz budowanie modeli, koncepcji w pedagogice. Mamy więc w idealizmie spirytualistyczne koncepcje człowieka, które mówią że człowiek to tylko dusza, świadomość, jaźń lub relacje o tylko intelektualnym charakterze. Głoszone też są materialistyczne koncepcje człowieka, które człowieka traktują tylko jako materię, układ popędów, człowiek- maszyna lub w odniesieniu do społeczeństwa. Zatem jest on traktowany i rozumiany w oparciu o jedną cechę lub relacje którą podmiotuje i to co będzie ujęte za dominujące u człowieka tak zostanie odczytany w antropologii filozoficznej i analogicznie rozumianej pedagogice. W idealizmie pedagogika kieruje człowieka do wzorów, ideałowi są one bardziej istotne niż realne potrzeby wychowanka, bo wzory, a nie człowiek stanowią samodzielne pryncypia i zasady bytowe.

Mikołaj Krasnodębski pisze, że w pedagogice idealistycznej „zapomina się o samym człowieku, zaś wychowanie ogranicza się do realizowania ideałów, wzorów i modeli, które nie przystają do realnego świata. Niejednokrotnie arbitralnie wyznaczone wzory i ideały nie są możliwe do osiągnięcia, są wyzute z humanizmu i człowieczeństwa”.¹⁷ Idealizm w pedagogice realizuje coś, co tylko jest myślą ale nie stanowi o tym, że w istocie wzory pomyślane za nas będą harmonijnie rozwijać w pełni nasz potencjał i że w dążeniu do wizji doskonałości wychowanek w rzeczywistości będzie się utożsamiał z niedoścignionym wzorem, obcą wizją. Taka pedagogika realizowana jest poprzez system kar i nagród, które stają się tylko przemocą tłumiącą w wychowanku potrzebę bycia w relacjach osobowych, oraz indywidualnego

¹⁶ tamże, s.102.

¹⁷ Krasnodębski M., *Człowiek i Paideia, Realistyczne podstawy filozofii wychowania*, Warszawa 2008, s. 307.

wszechstronnego rozwoju. Pozostaje zatem tylko samotność wśród ludzi oraz nieustannie powielanie błędów w wychowaniu, kształceniu i nauczaniu.

Idealizm w pedagogice nie sprzyja gruntownemu wszechstronnemu wychowaniu młodego pokolenia, dlatego warto zwrócić się ku filozofii realistycznej i kształtować człowieka na gruncie pedagogiki realistycznej. Fundamenty myśli realistycznej mamy już w koncepcjach Arystotelesa i Tomasza z Akwinu, a współcześnie doprecyzowane i wyjaśnione są przez Mieczysława Gogacza i wielu znakomitych polskich filozofów, stanowiąc bogate źródło wiedzy zarówno na gruncie polskiej filozofii tomizmu konsekwentnego jak również pedagogiki realistycznej.

W realistycznych koncepcjach Arystotelesa i Tomasza z Akwinu poznanie nie tworzy człowieka jak to jest w idealizmie tylko to, że ów człowiek najpierw realnie istnieje i dopiero wtedy odczytanie za pośrednictwem identyfikacji umożliwia poznanie bytu (człowieka), zatem to właśnie różni realizm od idealizmu. Człowiek musi realnie zaistnieć żeby można było go także realnie poznać. Realność jest jako pierwsza, a powoduje ją istnienie, zatem człowiek to byt złożony istnienia i istoty, a stanowi go forma i materia w ujęciu metafizycznym, natomiast w ujęciu antropologii realizmu Arystotelesa i św. Tomasza człowiek to jedność duchowo-cieleśna. To fundamenty realizmu w rozumieniu człowieka. „Okazuje się, że od tego jak rozumie się związek duszy i ciała człowieka zależą konkretne skutki wychowawcze. Inaczej wygląda teoria i praktyka wychowawcza, gdy potraktuje się człowieka wyłącznie jako ciało, inaczej kiedy uzna się, iż jest on tylko duszą, a jeszcze inaczej, kiedy wychowuje się osoby, które są zarówno duszą i ciałem”.¹⁸

Pedagogika realistyczna (Mieczysław Gogacz). Koncepcje wychowania realistycznego, które może być pomocą w prawidłowym wychowaniu określił twórca pedagogiki realistycznej Mieczysław Gogacz. Na gruncie rozważań etycznych, a więc „do czego” wychowujemy wyrażał i uzasadniał poglądy pedagogiczne czyli „jak” wychowywać człowieka żeby w konsekwencji utożsamiał się z normami moralnymi wyznaczanymi etyką. Pedagogikę uznawał przede wszystkim w ścisłym powiązaniu z antropologią filozoficzną. Jednak współcześnie człowiek jest traktowany tylko jako zespół działań na gruncie nauk przyrodniczych, a pedagogika w takim kontekście rozumienia człowieka, opiera się tylko na zabiegach wychowawczych, które dotyczą kształtowania popędów i odruchów, aby nie przekraczały aktualnych norm kultury ogólnie przyjętych w świecie. Zatem błędem jest traktowanie człowieka tylko przez pryzmat jego cielesności i w efekcie wychowuje się jego

¹⁸ tamże, s. 218.

osobowość w wymiarze wyłącznie popędów. Gogacz uważał, że pedagogika łączona z błędną wizją człowieka tworzy także błędną teorię człowieka i sytuuje go jednocześnie w błędnym systemie filozofii współczesnej. Łączenie teorii struktury człowieka z teorią poznania, a w efekcie z psychologią, która człowieka określa tylko przez pryzmat świadomości sytuuje go w błędzie antropologicznym.

Pedagogika realistyczna w punkcie wyjścia zależy od nauk filozoficznych natomiast w punkcie dojścia jest autonomiczną nauką filozoficzną, której przedmiotem są określone zasady wyboru służące edukacji osób. Metody tej pedagogiki są wypracowywane samodzielnie choć oparte na współpracy z antropologią filozoficzną i etyką. Podstawowym celem tej pedagogiki jest wypracowanie zmiany sposobu myślenia i postępowania nazywane metanoią. M. Gogacz za istotną wychowawczą rolę tej pedagogiki uznaje niebagatelne znaczenie osobowych relacji i ich ochrony, które wyprowadza z etyki chronienia osób i sytuuje na gruncie pedagogiki.

W pedagogice realistycznej „wychowanie ocenia się po skutku, a nie ze względu na cel. Cel jest tylko pomysłem, ideą, a zatem nie zawsze czymś realnym. Na tym, co nierealne, nie można opierać wychowania. Wychowanie od strony skutku, jest utrwaleniem relacji do tego, co dobre i prawdziwe.(...) Wychowuje się i kształci całego człowieka – jego intelekt, wolę i uczucia”,¹⁹ intelekt wychowuje się tak, by nieustannie dążył do prawdy i był jej wierny mimo trudności i niepowodzeń w dążeniu do niej. Wychowanie woli człowieka to takie usprawnianie aby dążyć nieustannie do dobra dzięki sprawności intelektu i zdobytemu wykształceniu pokonując bariery i ograniczenia. Natomiast wychowanie uczuć polega na takim panowaniu nad nimi intelektu i woli, że łączą się one tylko w oparciu o rozsądek i prawość z ich przedmiotem i nazywane są też kulturą uczuć.

Pedagogika realistyczna kieruje się też pewnymi określonymi normami, które dotyczą wychowanka ale także wychowawcy. Określane mianem norm ogólnych i szczegółowych. „Normy ogólne umożliwiają zdystansowanie się do działań, nie sprzyjających integracji osobowości.(...) Wychowawca powinien podejmować takie czynności wychowujące, aby przewidzieć skutek wychowania”.²⁰ Do norm pedagogiki ogólnej tworzących podstawy wychowania w ujęciu M. Gogacza zalicza się mądrość, która winna kierować człowieka do tego co jest prawdą i dobrem, także wiara jako relacja otwierania się na siebie osób poprzez budzące się zaufanie oparte na prawdziwości tej relacji. Ważna jest też cierpliwość jako sprawność woli, która winna okazywać się cierpliwą względem osób, aby w efekcie takiego usprawnienia wiązać się z osobami relacją nadziei. Natomiast normy pedagogiki szczegółowej

¹⁹ tamże, s.161-162.

²⁰ tamże, s.175.

pozwalają na wybór takich czynności, które są pomocą w odbieraniu i korzystaniu z kultury ale tylko w granicach, wyznaczanych tym, co dobre i prawdziwe i jednocześnie służy w wychowaniu i kształceniu pomocą w rozróżnianiu i wyborze dobra, a odrzuceniu tego co złe i fałszywe. To podstawa wyboru czynności wychowujących. Aby jednak możliwe było przyjęcie prawdy i dobra wychowanek musi kierować się pokorą i posłuszeństwem ufając wychowawcy, oraz zasadą określaną mianem umartwiania stanowiącą zgodę na pominięcie zła i fałszu, polega ona na kierowaniu się do osób zamiast do rzeczy, bo rzeczy mają służyć osobom, i powinny stanowić właściwy wybór w aspekcie przyjmowania prawdy i dobra.

Mikołaj Krasnodębski pisze, że „Pedagogika realistyczna wymaga każdorazowo osobowego i indywidualnego podejścia związanego z odczytaniem, kim jest człowiek.(...) W centrum pedagogiki stoi człowiek. Jego się wychowuje i kształci zgodnie z przyjętą wcześniej koncepcją człowieka i koncepcją moralności.(...) Pedagogika M. Gogacza jest osadzona na antropologii filozoficznej i etyce chronienia osób, która wskazuje na normy ochrony osób. Z rozumnej natury człowieka wyprowadza się normy pedagogiki ogólnej i szczegółowej. Realizacja tych norm jest możliwa pod warunkiem uzyskania sprawności i cnót”.²¹

Wnioski końcowe. Błąd antropologiczny w pedagogice to skutek przede wszystkim błędnie pojmowanej struktury człowieka na gruncie antropologii filozoficznej i samej filozofii dominującej w świecie a jest nią idealizm z różnego rodzaju odmianami ideologicznych zapędów, mających tylko na celu podporządkowanie człowieka – jednostki określonym wizjom, bo bywa on tylko potrzebnym do realizowania jakiś celów, często bardzo odległych realnemu życiu, bywa też utożsamiany z mechanizmem jakiejś struktury kolektywistycznej, bywa także pozostawiony sam sobie w liberalnym „róbta co chceta” i bywa też podniesiony do roli nadrzędnej względem świata i Boga, którego systemowo unicestwia. Człowieka zatem w idealizmie odczytuje się fragmentarycznie w zależności od jakim elementem systemu, bądź ideologii jest potrzebny tak adekwatnie do nich jest wykorzystywany. Taki błąd w odczytaniu człowieka ma ogromne konsekwencje na gruncie pedagogiki, która także jest podporządkowana i wychowując, kształcąc traktuje wychowanek i relacje wychowawczą także w ograniczonym, zawężonym zakresie, Dlatego w wychowaniu mamy celową tresurę wyznaczaną karami i nagrodami albo bezstresowe wychowanie, odrzucające jakiegokolwiek nazywane antypedagogiką. Błąd antropologiczny idealizmu to błąd, który stanowi już problem ogólnoswiatowy i wymagający szybkich radykalnych zmian przede wszystkim w postrzeganiu człowieka i człowieczeństwa jak również zmiany na gruncie wielu dyscyplin nauk o człowieku,

²¹ tamże, s. 178-179.

które mocno się „panoszą” w aspekcie rozumienia pryncypium człowieka marginalizując rolę filozofii realizmu w tym antropologii filozoficznej, etyki, aretologii, pedagogiki. Filozofia realizmu i analogiczna do niej pedagogika to osadzona na solidnych fundamentach wiedza o człowieku i tym jak go kształtować, bo wzory czerpie ze sprawdzonych źródeł starożytnej myśli filozoficznej Arystotelesa, rozbudowywanej w średniowieczu przez św. Tomasza z Akwinu, a współcześnie przez M. Gogacza i wielu jego wiernych następców. Zatem powrót do takich źródeł w wychowaniu może wzmocnić realnie człowieka, zmienić sposób rozumienia zagubionego współcześnie człowieczeństwa, gdy cywilizacja indywidualizmu lub kolektywizmu²² odbiera podstawowe prawa przysługujące człowiekowi jako realnie istniejącemu i wymagającemu całościowego, gruntownego wychowania, zgodnie z jego duchowo- cielesną strukturą i potencjałem danym z natury, który należy wszechstronnie rozwijać, kształtować w oparciu o filozofię i pedagogikę realistyczną.

Idealizm jest przyczyną powstania błędu antropologicznego w rozumieniu człowieka i tego co ludzkie, ogranicza więc wolność choć głosi demokracje, sprowadza człowieka do roli przedmiotu, narzędzia choć świat cywilizacyjny nieustannie się rozwija, zabija człowieczeństwo w ludziach, zamieniając kulturę narodów w multikulturalizm i w efekcie człowiek może być każdym, a konsekwencji staje się nikim, bo nieustannie płynie, w jakiś wizjach, iluzjach nierealnej rzeczywistości. Wychowujemy zatem medialnym ubóstwem cyberprzestrzeni człowieka, który zamiast wszechstronnie się rozwijać zgodnie ze swoim potencjałem staje się twórcą sztucznej inteligencji, aby zastąpiła go w myśleniu, rozumieniu siebie i innych. Człowiek współczesny oddala się od tego, co mu należne z natury, czyli bycie z drugim człowiekiem w relacjach, pełnych szacunku i poszanowania godności, na rzecz bycia przedmiotem do realizacji obcych mu cywilizacyjnie i kulturowo systemów, idei, bo stoją one bardzo daleko od realnych potrzeb człowieka i zamknięte są na dialog relacje budujące jedność w ludziach, gdy nienawiść, zło, okrucieństwo jest wolnością, a prawda i dobro sukcesywnie staje się ograniczeniem tej wolności.

Literatura:

1. Gudaniec A., *U podstaw jedności bytowej człowieka. Studium z metafizyki człowieka*, Lublin 2016.
2. Jan Paweł II, *Dziela zebrane tom I Encykliki*, Kraków 2006.
3. Kiereś H., *Osoba i społeczność*, Lublin 2013.
4. Krasnodębski M., *Człowiek i Paideia. Realistyczne podstawy filozofii wychowania*, Warszawa 2008.
5. Maryniarczyk A.SDB, Stępień K., *Błąd antropologiczny i jego konsekwencje w kulturze*, Lublin 2021.
6. Reale G., *Historia filozofii starożytnej tom II*, Lublin 2012.

²² zob. H. Kiereś, *Osoba i społeczność*, Lublin 2013.

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZAAWANSOWANYM RAKIEM STERCZA – STUDIUM PRZYPADKU

AGNIESZKA KLARA, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR

Wstęp. Nowotwór stercza jest najczęściej występującym nowotworem u mężczyzn. Stanowi około 19,6 % ogółu zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce, a śmiertelność w jego wypadku sięga 10% ogółu zgonów związanych z zachorowaniem na nowotwór złośliwy [1]. Do zachorowania predysponują: wiek powyżej 65 lat, rasa czarna, wcześniejsze występowanie choroby w rodzinie, otyłość, dieta bogata w nabiał i tłuszcze smażone, alkohol [1, 2, 3]. Bardzo ważne jest podkreślenie istoty profilaktyki w prewencji zachorowania oraz wczesnego wykrycia choroby [4].

Układ moczowy u mężczyzn charakteryzuje się znacznie dłuższą cewką moczową niż u kobiet, a dodatkowo przebiega przez stercz [5, 6]. W przypadku nadmiernego rozrostu stercza może dojść do zaburzeń mikcji oraz innych niecharakterystycznych objawów, które mogą być ignorowane przez pacjentów [4, 7, 8]. W przypadku pojawienia się pierwszych objawów przerostu stercza należy rozpocząć diagnostykę. Obejmuje ona badanie poziomu PSA we krwi, badanie przezodbytnicze stercza, ultrasonografię, badanie rezonansem magnetycznym, scyntyografię i badanie tomografem pozytonowym [3, 7, 9]. W przypadku wykrycia nowotworu stercza stosuje się leczenie dostosowane do poziomu rozwoju choroby i ewentualnych przerzutów. Leczenie może wiązać się z interwencją chirurgiczną, podaniem chemioterapii, hormonoterapii, bądź też radio i brachyterapii [9]. Niezmiernie istotna jest tu rola pielęgniarki, obejmująca zarówno przygotowanie fizyczne jak i psychiczne pacjenta do planowanych procedur, a także w okresie po zakończeniu leczenia, które może prowadzić do wielu skutków ubocznych [10].

W czasie, kiedy możliwości wyleczenia pacjenta zostają wykluczone trafia on do opieki paliatywnej. Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w łagodzeniu cierpienia pacjentów zmagających się ze skutkami choroby i umierających z jej powodu. Obciążenia fizyczne - anemia, ból, zatrzymanie odpływu moczu, zespół kacheksja anoreksja, odleżyny - mogą prowadzić do znaczącego obniżenia się jakości życia pacjenta. Zadaniem pielęgniarki jest praca w zespole wielodyscyplinarnym, który umożliwi pacjentowi wszechstronną pomoc i odchodzenie w godnych warunkach [11].

Celem głównym pracy jest przedstawienie wybranych problemów pielęgnacyjnych pacjenta z zaawansowanym nowotworem stercza oraz przedstawienie procesu pielęgnowania opartego o studium przypadku.

Materiał i metody badawcze. W badaniu wykorzystano metodę studium indywidualnego przypadku. Jest to metoda jakościowa, opiera się na rozpoznaniu problemów jednostki związanych z określonym procesem chorobowym i jego następstwami. Można zatem uogólnić, że studium przypadku jest drobiazgowym i gruntownym opisem charakterystycznych cech czy przeżyć jednostki dotyczącym zarówno pojedynczego człowieka, jak i grupy społecznej [12,13]. W badaniu zostały zastosowane techniki: wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji oraz pomiaru. W technice wywiadu wykorzystano kwestionariusz wywiadu. Technika obserwacji była wykonywana w sposób bezpośredni oraz pośredni, a jej wyniki odnotowywane w kartach obserwacyjnych. W analizie dokumentacji wykorzystano narzędzia takie jak historia choroby, wyniki badań diagnostycznych i laboratoryjnych. Techniką pomiaru bezpośredniego wykonano: pomiar ciśnienia tętniczego, tętna, temperatury i liczby oddechów z wykorzystaniem narzędzi: aparat do pomiaru ciśnienia krwi, termometr. Narzędzia wykorzystane przy pomiarze pośrednim to skala ryzyka wystąpienia odleżyn Norton, skala klasyfikacji odleżyn wg Torrence'a, skala natężenia bólu NRS (ang. Numeric Rating Scale), skala odżywienia NRS 2002, skala Barthel. W pracy wykorzystano studium przypadku opracowane na potrzeby pracy licencjackiej [14].

Organizacja i przebieg badań. Badania zostały przeprowadzone na Oddziale Chorób Wewnętrznych jednego ze szpitali powiatowych województwa dolnośląskiego w dniach od 5 do 10 października 2021 roku. Materiał do badań został pozyskany od 83-letniego pacjenta przebywającego w tym czasie na oddziale. Zgodę na wykorzystanie dokumentacji pacjenta do przeprowadzenia badań, ze względu na stan pacjenta, wyraziła jego żona J.K.

Studium indywidualnego przypadku pacjenta z rakiem stercza. Charakterystyka sytuacji zdrowotnej chorego. 83-letni pacjent B.K. został przyjęty na Oddział Chorób Wewnętrznych dnia 05-10-2021 roku z powodu wyniszczenia i osłabienia. Chory mieszka razem z 81-letnią żoną w dwupokojowym mieszkaniu w Głogowie. Ma dwóch pełnoletnich synów. Pacjent może liczyć na wsparcie rodziny w czasie choroby, zarówno żona jak i synowie z rodzinami interesują się stanem zdrowia B.K. Obecnie źródłem utrzymania pacjenta jest emerytura, wcześniej pracował w firmie FAMABA na stanowisku spawacza.

W roku 2008 pacjent przeszedł zabieg endoprotezoplastyki obu stawów biodrowych. Od roku 2010 pacjent leczył się w poradni kardiologicznej z powodu nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca oraz stabilnej dławicy piersiowej. W roku 2018 B.K. wziął udział w programie badań przesiewowych w kierunku wykrywania nowotworu prostaty. Wynik badania PSA to 50,62 ng/ml, jednak z nieznanymi sobie przyczynami nie poddał się dalszej diagnostyce oraz leczeniu. Od 02-10-2021r. pacjent miał duże problemy z oddawaniem moczu,

04-10-2021r. z powodu silnych bóli brzucha, całkowitego zatrzymania oddawania moczu oraz widocznego osłabienia, co skłoniło żonę do wezwania pogotowia ratunkowego, B.K. trafił na Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR). W związku z niemożnością założenia cewnika Foley'a wezwano chirurga i założono cewnik nadłonowy. Po wykonaniu badań w kierunku nosicielstwa SARS-CoV-2 i otrzymaniu ujemnego wyniku pacjent został przekazany na Oddział Chorób Wewnętrznych dnia 05-10-2021 roku.

Ocena stanu biopsychospołecznego pacjenta. Pacjent B.K. został przyjęty na oddział w trybie nagłym 05-10-2021 o godzinie 9:25. Stan pacjenta przy przyjęciu określono, jako ciężki, spowodowany zaostrzeniem procesu chorobowego. Został przypisany do III kategorii opieki. W chwili przyjęcia pacjent był przytomny, kontakt słowny chwilami utrudniony. Zgłaszał dolegliwości bólowe w okolicy łonowej - poziom bólu w skali NRS 7 oraz przewlekłe bóle kostno-stawowe - NRS 6. Wynik pomiaru parametrów w dniu przyjęcia na oddział to:

- Ciśnienie tętnicze 127/73 mmHg
- Tętno 99 uderzeń/minutę, miarowe, napięcie prawidłowe
- Temperatura ciała 37,2°C
- Saturacja 98%
- Liczba oddechów 17/minutę.

U pacjenta nie występuje kaszel, zalegania w drogach oddechowych oraz duszności. Ze względu na ciężki stan pacjenta i brak możliwości technicznych nie dokonano pomiaru masy ciała. Łaknienie oraz pragnienie zmniejszone. Chory zaopatrzony w protezy zębowe. Nie zgłasza nudności oraz wymiotów. Posiłki podawane doustnie, odruch połykania w normie. Ze strony układu moczowego występuje skąpomocz, podbarwiony krwią oraz utrudniony jego odpływ. W dniu 04-10-2021r. na SOR założono cewnik nadłonowy. Pacjent dodatkowo zaopatrzony w pieluchomajtki. Prowadzona dobowy zbiórka moczu. Sprawność ruchowa pacjenta mocno ograniczona, cały czas przebywa w łóżku. Nastrój pacjenta w dniu przyjęcia obniżony, chory apatyczny, odczuwa niepokój i lęk związany z hospitalizacją, bólem oraz pogorszeniem stanu zdrowia. Współpracuje z personelem. B.K. nie pali papierosów oraz nie pije alkoholu. Wzrok nieprawidłowy - pacjent niedowidzi, słuch dobry. Jama ustna czysta, powłoki skórne czyste, suche, blado-szare. Na pośladkach odleżyna III° wg skali Torrence'a. Ryzyko wystąpienia odleżyn w skali Norton - 9 punktów. Pacjent na emeryturze, wykształcenie zawodowe, wydolność opiekuńcza rodziny pełna, sytuacja materialna dobra, nie wymaga interwencji w sprawach socjalnych. Po zebraniu wywiadu pacjentowi założono nowe wkłucie obwodowe i na zlecenie lekarza pobrano krew żylną do badań laboratoryjnych. Została

założona karta profilaktyki i pielęgnacji odleżyn. Leki podano zgodnie z kartą zleceń lekarskich. Od chwili przyjęcia zauważono u pacjenta podkrwawianie z prącia oraz miejsca założenia cewnika, a także bezmocz. Dokonano zgłoszenia do lekarza prowadzącego. Na zlecenie lekarza przepłukano cewnik i obserwowano mocz. Pacjent oddał 15 ml krwistego moczu. Czynności opiekuńczo-pielęgnacyjne wykonano zgodnie z zaistniałymi potrzebami. Pozycja ciała zmieniana, co 2 godziny. Odleżyny zaopatrzone jałową patynką nasączoną Microdacyną. Chory zjadł niewielką ilość obiadu, odmówił spożycia kolacji.

W kolejnym dniu zmierzono parametry życiowe pacjenta: ciśnienie tętnicze 135/80 mmHg, tętno 100 uderzeń/ minutę, temperatura ciała 36,8 °C, saturacja 97%. Pacjent w stanie ciężkim, leżący, wymagający pełnej opieki i pielęgnacji, powłoki skórne blade, kontakt słowny utrudniony, ale nawiązywalny. Leki podano zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń Lekarskich. Pacjent karmiony, posiłki spożywa niechętnie i w małych ilościach. Z powodu niedrożności cewnik nadłonowy został usunięty. Z miejsca założenia sączy się duża ilość moczu z domieszką krwi. Przyklejono worek stomijny w celu ochrony skóry przed kontaktem z moczem. O godzinie 9:30 przewieziono pacjenta na badanie USG jamy brzusznej, w którym uwidoczono niejednorodną masę patologiczną obejmującą pęcherz moczowy. Po wykonaniu USG jamy brzusznej, pacjenta przewieziono do pracowni Tomografii Komputerowej. Wykonano TK jamy brzusznej i miednicy z kontrastem. Stwierdzono rozległe zmiany naciekowe obejmujące nerkę lewą, powięź okołonerkową, ogon trzustki, nadnercze, torebkę śledziony, ścianę żołądka. Gruczoł krokowy wielkości 32x32x35 objętość około 19 cm³. Ze względu na złe wyniki badań laboratoryjnych i zdiagnozowanie anemii lekarz prowadzący zlecił przetoczenie 2 jednostek krwi. Pobrano krew żylną na określenie grupy krwi i próbę zgodności. O godzinie 12:30 w asyście lekarza podłączono 1 jednostkę Koncentratu Krwinek Czerwonych (KKCz) grupy A Rh (+) dodatni. Parametry życiowe przed toceniem krwi: RR 138/79, tętno 97 uderzeń/minutę, temperatura ciała 36,8⁰C. W trakcie toczenia nie zaobserwowano efektów ubocznych ze strony organizmu. Parametry życiowe w trakcie toczenia: RR 135/82, tętno 98 uderzeń/minutę, temperatura ciała 36,7⁰C. Transfuzja została zakończona o godzinie 15:10, krew wchłonęła się w całości. Parametry po przetoczeniu: RR 137/88, tętno 94 uderzeń/minutę, temperatura ciała 36,7⁰C. Druga jednostka krwi pozostała do przetoczenia na dyżurze nocnym. W ciągu całego dnia pacjent oddał 20 ml moczu. W godzinach popołudniowych otrzymano telefon od rodziny zaniepokojonej brakiem kontaktu z pacjentem oraz brakiem informacji o stanie zdrowia. Rodzina została poinformowana o godzinach udzielania informacji przez lekarza prowadzącego. Udzielono informacji

o pacjencie zgodnie z zakresem niezbędnym do prowadzenia procesu pielęgnowania. Na prośbę rodziny umożliwiono wizytę księdza.

Kolejnego dnia zmierzono parametry życiowe: RR 99/60 mmHg, tętno 70 uderzeń/ minutę, temperatura ciała 36,1 °C, saturacja 98%. Pacjent przytomny, kontakt słowny możliwy, ale nielogiczny. Powłoki skórne blade, chory nie przyjmuje posiłków. W czasie dyżuru nocnego nie oddał moczu. O godzinie 10:40 doszło do nagłego zatrzymania krążenia. Podjęto resuscytację krążeniowo-oddechową. Na polecenie anestezjologa odstąpiono od reanimacji. Lekarz dyżurny stwierdził zgon o godzinie 10:55. Wykonano toaletę pośmiertną, ciało pacjenta przewieziono do pro morte. Wystawiono kartę skierowania zwłok do chłodni oraz powiadomiono prosektorium o konieczności przetransportowania ciała. O godzinie 13:20 wydano pracownikom prosektorium ciało pacjenta. Zgon pacjenta odnotowano w dokumentacji.

Zastosowany model pielęgnowania. W opiece nad opisywanym pacjentem wykorzystano model opieki Virginii Henderson [15]. Virginia Henderson określa pielęgnowanie, jako asystowanie człowiekowi choremu lub zdrowemu w podejmowaniu tych wszystkich czynności, które mają znaczenie dla zachowania zdrowia, powrotu do zdrowia albo dla zapewniania spokojnej śmierci, a które mógłby wykonać sam, gdyby miał potrzebną ku temu siłę, wolę albo wiedzę. Henderson określiła 14 fundamentalnych potrzeb życiowych, dzieląc je na sferę biologiczną, psychiczną, społeczną i duchową.

Do potrzeb biologicznych zalicza [15]:

- potrzebę normalnego oddychania,
- potrzebę przyjmowania odpowiednich płynów i pokarmów,
- potrzebę poruszania się i utrzymywania właściwej postawy,
- potrzebę wydalania,
- potrzebę snu i odpoczynku,
- potrzebę ubierania i rozbierania się, doboru odpowiedniej odzieży,
- potrzebę utrzymania normalnej temperatury ciała,
- potrzebę utrzymania ciała w czystości, starannego ubioru i ochrony skóry,
- potrzebę unikania niebezpiecznego otoczenia.

Do potrzeb psychicznych, społecznych i duchowych zalicza potrzeby:

- komunikowania się z innymi, wyrażanie emocji, potrzeb, lęku i opinii,
- wolności praktyk religijnych i wyznania,
- pracy dającej poczucie spełnienia,
- uczestnictwa w zabawach i różnych formach rekreacji,

- zaspokajania ciekawości, uczenia się, odkrywania, aktywności zapewniających normalny rozwój i zdrowie oraz wykorzystania dostępnych możliwości zdrowotnych.

Przy ustalaniu potrzeb pacjenta należy wziąć pod uwagę indywidualne uwarunkowania jak: wiek, stan emocjonalny, stan społeczny, właściwości fizyczne i intelektualne. W przypadku pacjenta w stanie paliatywnym z zaawansowanym rakiem stercza ma niewielkie szanse na powrót do samodzielności i niezależności. Realizując model V. Henderson pielęgniarka towarzyszy pacjentowi w procesie umierania i zapewnia godną śmierć [15]. Problemy rozpoznane u pacjenta w czasie opieki pokrywały się z wyżej wymienionymi 14 potrzebami. Profesjonalna opieka pielęgniarska według Henderson powinna opierać się na gromadzeniu danych o pacjencie, planowaniu, realizowaniu i ocenie, co również zostało wykonane w czasie badania. Diagnozy w procesie pielęgnowania są skupione głównie na sferze biologicznej, jednak wsparcie psychiczne pacjenta i jego rodziny nie zostało pominięte. Holistyczna opieka nad pacjentem łączyła się bezpośrednio z jego wiekiem i stanem zdrowia, co wymagało zapewnienia pełnej opieki.

Proces pielęgnowania pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska I: Ból w okolicy łonowej spowodowany niedrożnością cewnika nadłonowego.

Cel: Zniesienie bólu i udrożnienie cewnika nadłonowego w czasie 2 godzin.

Działania pielęgniarskie:

1. Sprawdzenie przebiegu drenu pod kątem zagięcia, uciśnięcia lub skręcenia.
2. Sprawdzenie położenia worka do zbiórki moczu.
3. Wykonanie kilku szybkich uciśnień drenu.
4. Ocena długości drenu pod kątem wysunięcia.
5. Zaaspirowanie drenu cystostomijnego z zachowaniem zasad aseptyki.
6. Przepłukanie drenu zgodnie ze zleceniem lekarza.
7. Podanie leków zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń Lekarskich.

Ocena: Cewnika nadłonowego nie udało się udrożnić. Ból zmniejszył się, kontrola w skali NRS - 3. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska II: Przewlekłe dolegliwości bólowe spowodowane zaawansowanym nowotworem prostaty z przerzutami.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawa jakości życia chorego.

Działania pielęgniarskie:

1. Ocena poziomu bólu za pomocą skali NRS.

2. Udział w leczeniu bólu, zgodnie z drabiną analgetyczną i zleceniem lekarza.
3. Rozpoznanie czynników nasilających dolegliwości bólowe i ich eliminacja.
4. Wykonywanie czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych szybko i delikatnie, około 30 minut po podaniu środków przeciwbólowych.
5. Zapewnienie pacjentowi spokoju i ciszy.
6. Monitorowanie skuteczności leczenia bólu.
7. Wsparcie psychiczne pacjenta poprzez rozmowę, okazanie zrozumienia i empatii.

Ocena: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się, ból w skali NRS-3. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska III: Ryzyko powiększenia się odleżyny i powstania nowych spowodowane unieruchomieniem i kacheksją.

Cel: Niedopuszczenie do pogłębienia się odleżyny III° na pośladkach i jej leczenie.

Zapobiegnięcie wystąpieniu kolejnych zmian troficznych.

Działania pielęgniarskie:

1. Ocena rany w skali Torrence'a w celu dostosowania sposobu leczenia.
2. Zmiana pozycji pacjenta co 2 godziny, zastosowanie udogodnień: wałki, kliny, podpórki.
3. Zastosowanie materaca zmiennociśnieniowego.
4. Pielęgnacja skóry pacjenta - codzienna ocena powłok skórnych pod kątem uszkodzenia, higiena skóry, dokładne osuszanie i natłuszczenie.
5. Utrzymywanie w czystości bielizny osobistej i pościelowej pacjenta. Wymiana w razie potrzeby.
6. Oczyszczanie rany i przemywanie jej odpowiednimi środkami.
7. Zastosowanie odpowiednio dobranych opatrunków na odleżynę.
8. Wprowadzenie diety wysokobiałkowej.
9. Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Ocena: W trakcie hospitalizacji i leczenia odleżyny III° na pośladkach obrzęk zmniejszył się, rana nie uległa pogłębieniu. Nowe zmiany troficzne nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska IV: Niedożywienie pacjenta wywołane przez postępujący proces nowotworowy i brak apetytu.

Cel: Poprawa łaknienia.

Działania pielęgniarskie:

1. Ocena stanu odżywienia pacjenta przy użyciu skali NRS 2002 i wyników badań laboratoryjnych.
2. Zastosowanie odpowiedniej do stanu zdrowia diety, dostosowanej do preferencji smakowych pacjenta.
3. Udzielenie pomocy w spożywaniu posiłków.
4. Dbanie o odpowiedni poziom nawodnienia pacjenta.
5. Na zlecenie lekarza podanie środków pobudzających łaknienie.

Ocena: Apetyt pacjenta poprawił się, ale w dalszym ciągu niechętnie przyjmuje posiłki.

Diagnoza pielęgniarska V: Brak możliwości wykonywania czynności samoobsługowych spowodowany osłabieniem oraz zaawansowanym procesem chorobowym.

Cel: Pomoc w zaspokojeniu podstawowych potrzeb pacjenta.

Działania pielęgniarskie:

1. Określenie poziomu deficytu samoopieki za pomocą skali Barthel i dostosowanie stopnia pomocy do możliwości pacjenta.
2. Udzielenie pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych: toaleta całego ciała 1x dziennie, a następnie w razie potrzeby, toaleta jamy ustnej po każdym posiłku, golenie pacjenta co drugi dzień, mycie głowy raz w tygodniu.
3. Regularna wymiana pieluchomajtek, utrzymywanie w czystości miejsc intymnych.
4. Codzienna zmiana bielizny osobistej i pościelowej.
5. Pomoc w spożywaniu posiłków i przyjmowaniu płynów.
6. Utrzymanie w czystości najbliższego otoczenia pacjenta.

Ocena: Potrzeby pacjenta w zakresie wykonywania czynności samoobsługowych zostały zaspokojone.

Diagnoza pielęgniarska VI: Dyskomfort i obniżenie nastroju wywołane zależnością od innych osób.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu i poprawa nastroju pacjenta.

Działania pielęgniarskie:

1. Rozpoznanie negatywnych emocji pojawiających się u pacjenta.
2. Motywowanie pacjenta do wyrażania uczuć poprzez okazanie empatii, zrozumienia i aktywne słuchanie.
3. Motywowanie pacjenta do współdziałania w procesie pielęgnowania.

4. Aktywizacja chorego poprzez motywowanie do podjęcia aktywności na poziomie dostosowanym do możliwości chorego.

Ocena: Dyskomfort u pacjenta zmniejszył się, ale w dalszym ciągu odczuwa smutek z powodu utraty samodzielności. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska VII: Lęk i niepokój rodziny o stan zdrowia pacjenta spowodowany utrudnionym kontaktem z lekarzem prowadzącym oraz zakazem odwiedzin związanym z pandemią COVID-19.

Cel: Zmniejszenie lęku u rodziny pacjenta.

Działania pielęgniarskie:

1. Poinformowanie rodziny o godzinach, w których lekarz prowadzący udziela informacji.
2. Udzielenie informacji o stanie pacjenta w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu pielęgnowania.
3. Umożliwienie kontaktu telefonicznego z pacjentem.

Ocena: Lęk u rodziny pacjenta uległ zmniejszeniu.

Diagnoza pielęgniarska VIII: Lęk pacjenta przed śmiercią spowodowany niepomyślnym rokowaniem.

Cel: Zmniejszenie lęku u pacjenta i zaakceptowanie obecnego stanu zdrowia.

Działania pielęgniarskie:

1. Ocena poziomu lęku pacjenta na podstawie rozmowy i obserwacji.
2. Zapewnienie pacjentowi wsparcia emocjonalnego, możliwości rozmowy.
3. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa poprzez profesjonalną opiekę pielęgniarską oraz informowanie chorego o wszelkich podejmowanych czynnościach mających wpływ na poprawę stanu zdrowia.
4. Zapewnienie kontaktu z najbliższymi, poprzez umożliwienie rozmowy telefonicznej.
5. Umożliwienie kontaktu z osobą duchowną na prośbę pacjenta.

Ocena: Lęk pacjenta zmniejszył się. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska IX: Zgon pacjenta z powodu choroby podstawowej.

Cel: Przygotowanie zwłok do przekazania do prosektorium.

Działania pielęgniarskie:

1. Wykonano toaletę pośmiertną z poszanowaniem godności zmarłego.
2. Ciało pacjenta przewieziono do pro morte.

3. Wystawiono kartę skierowania zwłok do chłodni oraz powiadomiono prosektorium o konieczności przetransportowania ciała.
4. Wydano pracownikom prosektorium ciało pacjenta.
5. Zgon pacjenta odnotowano w dokumentacji.

Ocena: Zwłoki przygotowano i przekazano do prosektorium.

Dyskusja. Opisany przypadek pacjenta B.K. pokazuje jak duży wpływ na rozwój choroby mają czynniki ryzyka oraz zaniechanie diagnostyki. U pacjenta B.K. głównymi czynnikami ryzyka były wiek oraz niska aktywność ruchowa związana z wcześniejszą operacją wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego. Zignorowanie wyników badań diagnostycznych oraz niepodjęcie się dalszej diagnostyki doprowadziły do rozwoju choroby nowotworowej, późniejszych przerzutów i w efekcie do jego śmierci. Wpływ na taki przebieg sytuacji mogło mieć to, że rak prostaty w początkowym stadium choroby nie daje specyficznych objawów. Pacjent trafił do szpitala w momencie całkowitego zatrzymania moczu, z wyniszczeniem organizmu i silnymi bólami. Dodatkowym utrudnieniem w czasie hospitalizacji był zakaz odwiedzin związany z pandemią Sars-Cov-2, co przyczyniło się do ograniczenia możliwości kontaktu z rodziną.

Pierwszym z opisanych problemów pacjenta było zatrzymanie moczu pomimo założonego cewnika nadłonowego, które wywołało silny ból. Zgodnie z literaturą przedmiotu w celu udrożnienia przetoki należy sprawdzić czy dren nie wysunął się, a także ocenić przebieg drenu i zlikwidować ewentualną przeszkodę. Gdy dren nie jest zagięty, skręcony lub ściśnięty zaleca się wykonanie kilku szybkich uciśnień drenu w celu jego udrożnienia. W przypadku dalszego zablokowania odpływu moczu zalecana jest delikatna aspiracja drenu cystostomijnego. Kiedy żadna z wyżej wymienionych czynności nie przyniesie oczekiwanego rezultatu należy niezwłocznie powiadomić lekarza, aby zapobiec zastoju moczu [16]. U chorego objętego procesem pielęgnowania powyższe czynności nie przyniosły oczekiwanego rezultatu, co wiązało się z wymianą przetoki nadłonowej na nową.

Według literatury naukowej ból nowotworowy dotyczy około 65-80% pacjentów, a jego poziom rośnie wraz z postępem choroby. U pacjentów onkologicznych ból najczęściej wywołuje ucisk lub naciekanie guza na okoliczne tkanki i narządy [17]. Postępowanie pielęgniarstwa w przypadku wystąpienia bólu u pacjenta z nowotworem powinno zgodnie z literaturą obejmować zebranie wywiadu odnośnie lokalizacji bólu, dotychczasowej terapii bólu, jej skuteczności, działań niepożądanych wywołanych przez przyjmowane leki, współistniejących schorzeń, przebytych chorób, a także ocena stanu psychicznego mogącego mieć wpływ na poziom odczuwanego bólu. Poziom bólu należy ocenić przy użyciu jednej

z dostępnych skal jak np. NRS (skala numeryczna), VAS (skala wzrokowo-analogowa), VRS (skala słowna), przed jak i po podaniu leków przeciwbólowych. W czasie wykonywania czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych należy zwrócić uwagę na sygnały niewerbalne i zmiany parametrów życiowych mogące świadczyć o nasileniu dolegliwości bólowych. W zakresie zwalczania bólu rola pielęgniarki opiera się na podawaniu leków zgodnie z zaleceniami lekarza oraz układaniu chorego w najbardziej dogodnej pozycji. Przy podaży leków należy zwrócić uwagę na zachowanie regularności w ich podawaniu [17-20]. U pacjenta B.K. ból wynikał z przepelnienia pęcherza moczowego i przed zastosowaniem leczenia wynosił 7 w skali NRS. Kolejne zgłoszone dolegliwości bólowe dotyczyły bóli kostno-stawowych oraz uogólnionych, pacjent odczuwał ból na poziomie 6 w skali NRS. Po podaniu leków ból okolicy łonowej, bóle kostno-stawowe i uogólnione pacjent ocenił na 3 w skali NRS. Pozytywnie ocenił także szybko i sprawnie przeprowadzane czynności pielęgnacyjne.

Zgodnie z literaturą przedmiotu dużym problemem dla pacjentów w zaawansowanym stadium nowotworu jest zespół zmęczenia wywołany przez dolegliwości bólowe, niedokrwistość, braki żywieniowe, ograniczenie aktywności fizycznej, wpływ leków oraz choroby towarzyszące. Leczenie w pierwszej kolejności winno objąć modyfikowalne czynniki wpływające na stan pacjenta [11]. U pacjenta B.K. największy problem stanowiło niedożywienie, które przyczyniło się do wystąpienia anemii i ograniczenia aktywności, a w efekcie do pojawienia się odleżyny na pośladkach. Według literatury przedmiotu niedożywienie występuje najczęściej w przebiegu między innymi raka gruczołu krokowego, a w około 20% przypadków może być bezpośrednią przyczyną śmierci [11]. W przypadku zaburzeń żywieniowych należy jak najdłużej stosować doustną drogę spożycia posiłków. U dużej części chorych z kacheksją wystarczy modyfikacja żywienia poprzez dostosowanie konsystencji, dopasowanie do indywidualnych preferencji smakowych. Zalecane jest również stosowanie przemysłowych mieszanek odżywczych w celu zaspokojenia zapotrzebowania kalorycznego [21]. W przypadku problemów w samodzielnym spożywaniu posiłków pielęgniarka powinna udzielić pacjentowi pomocy w czasie jedzenia [22]. U pacjenta będącego obiektem badań autorki dostosowano konsystencję posiłków na półpłynną oraz zgodną z preferencjami smakowymi, ze względu na silne osłabienie pacjent był karmiony. Po dostarczeniu przez rodzinę odżywczych mieszanek przemysłowych były one podawane pacjentowi.

Literatura przedmiotu wskazuje, że problem odleżyn u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby jest skorelowany ze stanem zdrowia. Profilaktykę należy rozpocząć w momencie zmniejszenia mobilności lub unieruchomienia pacjenta. W momencie pojawienia

się zmian troficznych należy leczyć je jak inne rany, stosować odciążanie, opatrunki specjalistyczne i leczenie dietetyczne [23-27]. Pacjent B.K. został przyjęty na oddział z odleżyną III° na pośladkach. Zastosowane leczenie i profilaktyka przyczyniły się do zmniejszenia istniejącej odleżyny i zapobiegły wystąpieniu nowych.

U pacjenta B.K. po wykonaniu badań stwierdzono głęboką anemię. Literatura naukowa opisuje liczne objawy mogące wskazywać na występowanie anemii. Poza wynikami badań laboratoryjnych u pacjentów z anemią zauważa się zmęczenie, osłabienie, bladość skóry, senność, zawroty głowy. Leczenie opiera się na podawaniu preparatów żelaza, płynu Ringera lub transfuzji krwi [28]. Pacjent będący studium indywidualnego przypadku został zakwalifikowany do przetoczenia krwi. Zgodnie z literaturą przedmiotu przetoczenie krwi jest procedurą niosącą duże ryzyko powikłań. Powikłania mogą pojawić się ze strony pielęgniarki, lekarza lub laboranta, ale także na skutek wystąpienia niezamierzonej negatywnej reakcji pacjenta na podany preparat KKCz. Każda niepożądana reakcja jest zagrożeniem dla życia i zdrowia pacjenta [29]. W przypadku pacjenta ze studium przypadku reakcje niepożądane po przetoczeniu KKCz nie wystąpiły.

Okres przebywania pacjenta będącego obiektem badań autorki przypadał na szczyt pandemii Sars-Cov-2. W tym okresie nie było możliwości odwiedzin na terenie szpitala oraz osobistego kontaktu z pacjentem. Literatura naukowa stwierdza, że w czasie pandemii wszystkie elementy opieki paliatywnej pozostają niezmiennie. W dalszym ciągu obejmują leczenie objawowe, wsparcie psychiczne chorego i rodziny oraz łagodzenie ich cierpienia spowodowanego rozdzieleniem i niemożnością obecności przy chorym, pomoc w zachowaniu kontaktu między chorym, a bliskimi [30]. W przypadku opisanym przez autorkę pracy rodzinie udzielono rzetelnych informacji na temat pacjenta, z racji wieku pacjenta udzielono pomocy w używaniu telefonu komórkowego i ułatwiono kontakt z bliskimi. Na prośbę rodziny i pacjenta, za zgodą ordynatora oddziału, umożliwiono wizytę osoby duchownej.

Opieka pielęgniarska nad chorym z zaawansowanym rakiem stercza powinna być świadczona w ujęciu holistycznym, obejmującym wszystkie sfery życia [11]. Literatura przedmiotu podaje wiele dolegliwości mogących wystąpić u chorego z rakiem stercza, jednak każdy pacjent może inaczej definiować ich gradację [7, 8]. W czasie sprawowania opieki należy dążyć do eliminacji już istniejących problemów, a także zapobiegać pojawieniu się nowych [30].

Wnioski.

W oparciu o przedstawiony opis przypadku oraz proces pielęgnowania wyciągnięto następujące wnioski:

1. Ze względu na ciężki stan pacjenta plan opieki pielęgniarskiej i podjęte działania były dostosowywane do stanu zdrowia i zmieniających się potrzeb chorego. Do najważniejszych zaliczono działania minimalizujące lub eliminujące dolegliwości i cierpienie pacjenta. Priorytetem w opiece była poprawa jakości życia chorego.
2. Wybrany model opieki pielęgniarskiej Virginii Henderson był adekwatny do sytuacji zdrowotnej pacjenta.
3. Rola i zadania pielęgniarki wobec pacjenta w zaawansowanym stadium raka stercza były spójne z postępowaniem pielęgniarskim opisanym w literaturze przedmiotu.
4. Pomimo wysiłku pielęgniarek oraz profesjonalistów innych nauk medycznych chory zmarł. Przyczyną śmierci pacjenta była zaawansowana i uogólniona choroba nowotworowa.

Implementacja do praktyki. Istotnym aspektem opieki nad pacjentem onkologicznym jest profesjonalizm pielęgniarek. Pacjenci w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej mogą trafić na każdy oddział szpitalny i potrzebować pomocy pielęgniarki, co wskazuje na konieczność ustawicznego kształcenia również w zakresie pielęgniarstwa onkologicznego.

Bibliografia:

1. Wojciechowska U., Didkowska J., Michałek I. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku. http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf [dostęp 20-11-2023]
2. Lloyd T., Hounsome L., Mehay A. at all. Lifetime risk of being diagnosed with or dying from prostate cancer by major ethnic group in England 2008-2010. *BMC Med.*, 2015; 13 (1):17. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0405-5> [dostęp 20-11-2023]
3. Wiechno P. Rak stercza. [w:] Słowikowska-Hilczer J. (red.). *Andrologia. Zdrowie mężczyzny od fizjologii do patologii*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie; Warszawa 2021, s. 1059-1071.
4. Stec R., Wieczorkowska K., Stolarek M. Rak gruczołu krokowego. [w:] R. Stec, Deptała A., Smoter M., *Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Pomoc dydaktyczna dla lekarzy specjalizujących się w onkologii*. Wydawnictwo Asteria Med., Gdańsk 2019.
5. Narkiewicz O., Wójcik S., Dziewiątkowski J. (red), *Anatomia człowieka. Tom III*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2010.
6. Bochenek A., Reicher M., *Anatomia człowieka. Tom 2*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2014.
7. Heidenreich A., Bolla M., Joniau S., at all. Guidelines on Prostate Cancer. <https://www.pturol.org.pl/Image/files/Guidelines%20WYTYCZNE%20rak%20stercza.pdf> [dostęp: 19-11-2023]
8. Sygit M., *Zdrowie Publiczne*. Wolters Kluwer. Warszawa 2017.
9. Kryst P. Choroby gruczołu krokowego [w:] Borkowski A. *Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2008, s. 168-192.

10. Ciechaniewicz W. Rola pielęgniarki w procesie diagnozowania, leczenia, rehabilitacji pacjenta. [w:] Ciechaniewicz W. (red.). Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych. TOM 1 i 2. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2010, s. 208-225.
11. Czeczulewska E. Pacjent w okresie terminalnym - wybrane aspekty opieki. Analiza przypadków. Pielęgniarstwo i położnictwo. 2019; 3-4: 32-35.
12. Lesińska-Sawicka M., Kapała W. Case study w świetle literatury przedmiotu. [w:] Lesińska-Sawicka M. (red.). Metoda case study w pielęgniarstwie. BORGIS Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2009.
13. Lenartowicz H., Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.
14. Klara A. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zaawansowanym rakiem stercza – studium przypadku. Niepublikowana praca dyplomowa licencjacka. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Głogów 2022.
15. Marć M., Ciechaniewicz W. Istota teorii pielęgniarstwa zorientowanych na potrzeby podmiotu opieki (na przykładzie V. Henderson i D. Orem). [w:] Górajek-Jóźwik J. (red.) Filozofie i teoria pielęgniarstwa. Czelej, Lublin 2007, s. 289-313.
16. Trochimiuk A. Procedura postępowania pielęgniarskiego wobec pacjenta z wyłonioną urostomią. [w:] Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Ślusarska B. (red.). Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017, s. 517-525.
17. Kotlińska-Lemieszek A., Ból u pacjentów z chorobą nowotworową. Przyczyny, patofizjologia, klasyfikacja i diagnostyka. [w:] de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. (red.) Medycyna paliatywna. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2015, s. 78-93.
18. Kaptacz I., Wiśniewski M. Ból w chorobie nowotworowej. [w:] Kaptacz A., de Walden-Gałuszko K., Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017, s. 29-49.
19. Wrona B, Janecki M, Fimiaryz A. Wiedza pielęgniarek na temat aktualnych wytycznych leczenia bólu w chorobie nowotworowej. <https://www.termedia.pl/Wiedza-pielegniarek-na-temat-aktualnych-wytycznych-leczenia-bolu-w-chorobie-nowotworowej,59,24900,1,0.html> [dostęp: 19-11-2023].
20. Gniadek A., Celej-Szuster J., Lorencowicz L. Opieka pielęgniarska w wybranych sytuacjach klinicznych pacjenta. Planowanie opieki pielęgniarskiej w bólu. [w:] Zarzycka D., Ślusarska B. (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017, s. 691-696.
21. Kimber-Dziwisz L., Rola leczenia żywieniowego w chorobach onkologicznych. Analiza przypadków w pielęgniarstwie i położnictwie 2/2017, s. 46-48.
22. Białosz-Janusz A., Wyniszczenie nowotworowe. [w:] Kaptacz A., de Walden-Gałuszko K., Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017, s. 136-144.
23. Koper A, Kisiel K.. Odleżyny u pacjentów onkologicznych. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 6 (2013), s. 7-8.
24. Szkiler E. Rola pielęgniarki w profilaktyce przeciwoleżynowej. Część I. Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo 1/2019, s. 37-42.
25. Sacharczuk-Zajac B., Smalec M.. Ryzyko odleżyn i profilaktyka u pacjenta ograniczonego ruchowo. Analiza przypadków. Pielęgniarstwo i położnictwo. 4/2015, s. 26-30.

26. Kilańska, D. Odleżyny jako problem pielęgnacyjny. Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo 3-4/2018, s. 6-11.
27. Szkiler E. Odleżyny. Część II. Postępowanie i leczenie., Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo 2/2019, s. 21-26.
28. Kliś-Kalinowska A., Opieka nad pacjentem z zaburzeniami hematologicznymi. [w:] Kaptacz A., de Walden-Gałuszko K. (red.). Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017, s. 200-205.
29. Pogłód R., Rosiek A., Michalczevska B. Analiza poważnych niepożądanych zdarzeń i poważnych niepożądanych reakcji poprzetoczeniowych w Polsce w latach 2011–2014. Journal of Transfusion Medicine 2018, tom 11, nr 1, 8–28.
30. Czechelewska E. Opieka nad pacjentem chorym terminalnie - aktualne wyzwania i problemy. Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo. 2020; 5: 27-30

WIEDZA PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO DOTYCZĄCA SZPITALNYCH ZAKAŻEŃ UKŁADU MOCZOWEGO A CZYNNIKI WARUNKUJĄCE JEJ PRAKTYCZNE WYKORZYSTANIE W OPIECE NAD PACJENTAMI Z PROBLEMAMI W ODDAWANIU MOCZU

WIOLETTA GROCHOWINA, DOROTA MILECKA

Wstęp. Szpitalne zakażenia układu moczowego (SZUM) należą do najczęściej występujących zakażeń związanych z opieką zdrowotną, a ok. 80% związanych jest bezpośrednio z cewnikowaniem pęcherza moczowego. Zakażenie szpitalne to – zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba: nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania, albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania. [1]. Szpitalne zakażenia układu moczowego stanowią ogromny problem zarówno zdrowotny, medyczny oraz ekonomiczny w Polsce, Europie i na całym świecie [2].

Zakażenia układu moczowego ZUM należą do najczęściej występujących zakażeń szpitalnych. Wśród wszystkich zakażeń szpitalnych układu moczowego jakich pacjent nabywa podczas hospitalizacji ok. 75% związanych jest z cewnikowaniem pęcherza moczowego (*ang. catheter – associated urinary tract infection – CA – UTI*) [3,4]. Ryzyko wystąpienia zakażenia w związku z założonym cewnikiem wzrasta każdego kolejnego dnia o około 5% [5]. Dominującymi patogenami w zakażeniach układu moczowego związanego z cewnikowaniem pęcherza moczowego są: pałeczki Enterobacterales (*E. coli*), niefermentujące pałeczki – *Proteus spp.* oraz *Pseudomonas spp.* (które są najczęstszymi patogenami izolowanymi z biofilmu, który powleka catheter moczowy). Natomiast mniej inwazyjne są wirusy i grzyby [6,7]. Najczęstszym etiologicznym czynnikiem szpitalnych zakażeń układu moczowego związanym z cewnikowaniem pęcherza moczowego jest *Escherichia coli* (*E. coli*) – pałeczka okrężnicy. Ten jeden patogen odpowiada za 75% – 95% wszystkich zakażeń szpitalnych układu moczowego. Zakażeniom tym mogą sprzyjać różnego rodzaju zabiegi urologiczne, chirurgiczne, długotrwałe cewnikowanie pacjentów w oddziałach opieki długoterminowej, oddziałach internistycznych, w OIOM i oddziałach ginekologicznych, ponieważ powierzchnia samego cewnika zarówno jego zewnętrzna jak i wewnętrzna część ułatwia wszystkim patogenom swobodne wniknięcie w wyższe partie układu moczowego [2,8]. Jednocześnie z czasem u pacjentów z długotrwałym cewnikowaniem pęcherza moczowego dochodzi do zakażenia innymi patogenami np. *Proteus spp.* oraz *Pseudomonas spp.* Pałeczka *vulgaris*

w sprzyjających okolicznościach stanowi drugą co do częstości przyczyn bakteriurii w przebiegu stosowania długotrwałego drenażu pęcherza moczowego [9,10].

Do czynników ryzyka, które powodują wystąpienie szpitalnych zakażeń układu moczowego w przebiegu utrzymywania cewnika w drogach moczowych należy zaliczyć m.in.: długi czas utrzymywania cewnika, głównie powyżej 10 – dni, nieprzestrzeżenie procedury cewnikowania pęcherza moczowego, kolonizacja worka na mocz oraz samego cewnika, zaburzenia odporności, zakażenia częściej dotyczą kobiet (krótka cewka moczowa), przewlekłe biegunki oraz cukrzyca [7,9].

Obraz kliniczny szpitalnych zakażeń układu moczowego jest bardzo zróżnicowany i może dawać różne objawy począwszy od bezobjawowego zakażenia układu moczowego, poprzez typowe objawy choroby, rzadziej do poważnej urosepsy lub zgonu pacjenta [10,11]. Szpitalne zakażenia układu moczowego związane z drenażem pęcherza moczowego na ogół przebiegają w sposób łagodny u pacjentów w ogólnym stanie zdrowia dobrym, bakteriomocz znacznie częściej przebiega bez żadnych objawów klinicznych i najczęściej ustępuje samoistnie po usunięciu cathetera z dróg moczowych. Natomiast gdy objawy zakażenia utrzymują się nadal po usunięciu cewnika przez 24 godziny to świadczy o zakażeniu układu moczowego i może prowadzić do powikłań w postaci: zapalenia cewki moczowej, zapalenia pęcherza moczowego, zapalenia gruczołu krokowego, jąder czy rzadziej odmiedniczkowego zapalenia nerek, czy bakteriemii lub urosepsy u pacjentów z grupy ryzyka. Ciężka postać urosepsy dotyczy pacjentów znajdujących się w grupie ryzyka i odpowiada za 30% przypadków śmiertelnych, występuje znacznie rzadziej bo u 1% pacjentów objętych drenażem pęcherza moczowego [12]. Problemy pacjentów związane z oddawaniem moczu stanowią poważny problem ogólnościwiatowy. Głównym problemem pacjentów jest nietrzymanie moczu oraz zatrzymanie moczu. WHO uznała inkontynencję za jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych występujących na całym świecie. Nietrzymanie moczu (NTM) prowadzi do wielu destrukcyjnych skutków m. in. zdrowotnych, dotyczących sfery psychicznej (wycofanie się z życia towarzyskiego, nawet może doprowadzić do rezygnacji z pracy, depresji czy lęku), skutków społeczno – ekonomicznych [13,14].

Zatrzymanie moczu to kolejny problem pacjentów związany z oddawaniem moczu i jest to niemożność opróżnienia pęcherza moczowego [15]. Przyczyną zatrzymania moczu może być przeszkoda podpęcherzowa: mechaniczna i czynnościowa; podłoże neurogenne; nadmierne rozciągnięcie pęcherza moczowego oraz przyczyny kobiece np. zapalenie pochwy i sromu [15,16]. Często w tych przypadkach konieczne jest stosowanie wkładek chłonnych, korzystanie

z pieluchomajtek czy nawet konieczne jest cewnikowanie pęcherza moczowego. W konsekwencji często dochodzi do zakażenia układu moczowego i dodatkowych komplikacji. Ważnym aspektem jest opieka pielęgniarska wobec pacjentów z problemami w oddawaniu moczu oraz edukacja pacjentów [14,16]. Pielęgniarka opiekując się pacjentem mającym założony cewnik do pęcherza moczowego przestrzega wszelkich zasad minimalizujących możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego. Ważne, że u pacjentów z założonym cewnikiem moczowym preferowana do codziennej pielęgnacji jest wyłącznie woda i mydło, nie zaleca się stosowania antyseptyków do higieny ujścia cewki moczowej [4,17].

Podstawową zasadą w zapobieganiu SZUM jest przestrzeganie ścisłych wskazań do cewnikowania pęcherza moczowego [18], a także obecność i przestrzeganie procedury cewnikowania pęcherza moczowego i procedury monitorowania zakażeń na każdym oddziale (gdzie personel pielęgniarski ma kontakt z pacjentami z problemami w oddawaniu moczu) oraz profesjonalnie wyszkolony personel pielęgniarski. W pierwszej kolejności podstawową zasadą jest unikanie cewnikowania pęcherza moczowego [4,19].

Przed podjęciem decyzji o cewnikowaniu należy wybrać metody alternatywne. Pacjentów, którzy mają problemy z oddawaniem moczu należy systematycznie zachęcać do oddawania moczu w określonych porach i godzinach np. co 3 – 4 godziny, wskazana jest próba prowokacji oddania moczu poprzez np. odkręcenie kranu z wodą w toalecie lub na sali chorego. Umożliwienie pacjentowi skorzystania z basenu na siedząco lub w pozycji leżącej, przy jednoczesnym osłonięciu łóżka parawanem aby pacjent nie czuł się skrupowany [20]. Pacjentów niesamodzielnych wskazane jest regularne wywożenie na wózkach najazdowych do toalety. Chorych którzy mają problemy w oddawaniu moczu należy zachęcać do stosowania specjalistycznych wkładek chłonnych urologicznych, podpasek lub pieluchomajtek. Produkty te są bezpieczne, chronią skórę przed kontaktem z moczem i przedstawianiem się nieprzyjemnego zapachu [4,19].

Innym rozwiązaniem minimalizującym występowanie ZUM, jest stosowanie cewników zewnętrznych oraz cewnikowanie jednorazowe pęcherza moczowego. Cewnikowanie pęcherza moczowego (jednorazowe) mające na celu opróżnienie pęcherza z zalegającego moczu wykonane przez personel pielęgniarski lub przez samego pacjenta, znającego prawidłową technikę zabiegu oraz zasady aseptyki i antyseptyki preferowane jest w celu ograniczenia ZUM [21].

W przypadku zastosowania cewników na stałe (najczęściej dzieje się tak w oddziałach opieki długoterminowej, OIOM, oddziałach neurologicznych oraz urologicznych) u pacjentów objętych długoterminowym utrzymaniem cewnika w drogach moczowych, niesamodzielnych

i przewlekle leżących, w celu zminimalizowania infekcji należy bezwzględnie przestrzegać zasad aseptyki w czasie procedury cewnikowania oraz podczas pielęgnacji i postępowania za cewnikiem. Istoty jest tu również dobór odpowiedniego rozmiaru cewnika: dla mężczyzn 16 F a dla kobiet 18 F). Częstość wymiany cewnika na nowy zależy jest od jego rodzaju i zaleceń producenta. Cewniki wykonane z lateksu wymieniane są co dziesięć dni (są to cewniki, które powodują najwięcej powikłań infekcyjnych). Cewniki, których powłoka jest powleczone teflonem lub silikonem najczęściej wymieniane są co dwadzieścia jeden dni. Natomiast cewniki silikonowe w drogach moczowych mogą być pozostawione od jednego miesiąca do półtora miesiąca. Uwagę należy zwrócić również na systematyczne opróżnianie worka na mocz pamiętając żeby mocz nie cofał się. Najbezpieczniejszym rozwiązaniem jest zastosowanie tak zwanych systemów zamkniętych, które posiadają filtry oraz zastawki blokujące cofanie się moczu z drenu. Istotną rolę jest również dbanie o higienę krocza i czystość wokół cewki moczowej [17].

Zapobieganie SZUM w przebiegu cewnikowania pęcherza moczowego opiera się głównie na: przestrzeganiu ścisłych wskazań do cewnikowania (w razie bezwzględnej konieczności), zastosowaniu odpowiedniego typu i rozmiaru cewnika, stosowania procedur – zasad prawidłowego cewnikowania (postępowanie aseptyczne i antyseptyczne) oraz prawidłowego postępowania pielęgnacyjnego z pacjentem poddanym katetyzacji pęcherza moczowego. Nie mniej ważne jest także dbanie o odpowiednie nawodnienie organizmu, prawidłowa higiena skóry (płyny myjące – odkażające, które w składzie mają pałeczki kwasu mlekowego), prowadzenie profilaktyki ukierunkowanej na edukację pacjenta i jego rodziny lub opiekunów (odnośnie techniki i aseptyki cewnikowania, stosowania odpowiednich cewników – rozmiar i rodzaj); stosowanie diety i prowadzenie zdrowego stylu życia. Uczenie pacjenta samoobserwacji swojego organizmu pod kątem zakażenia układu moczowego (pogadanka nt. istoty choroby, przyczyn, objawów, powikłań choroby) oraz umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach zdrowotnych [22,23]. Złotym standardem w profilaktyce zakażeń układu moczowego jest cewnikowanie przerywane przy użyciu cewników hydrofilowych służących do samodzielnego cewnikowania, które są dość małe i bardzo dyskretne, pacjenci mogą normalnie funkcjonować w społeczeństwie.

Główne zasady profilaktyki zakażeń układu moczowego u chorych z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego obejmują: cewnikowanie pacjenta tylko w sytuacjach bezwzględnej konieczności, utrzymanie cewnika jak najkrócej w pęcherzu, rozważenie metod alternatywnych jak cewniki zewnętrzne – u mężczyzn, jednorazowe cewnikowanie lub u kobiet wkładki chłonne, przestrzeganie zasad w zakresie procedury cewnikowania pęcherza moczowego

i zasad aseptyki i antyseptyki, przestrzeganie zasad grawitacji. Ponadto należy pamiętać, że nie wolno niepotrzebnie odłączać cewnika od worka, nie wolno stosować miejscowo antybiotyków na cewkę moczową i profilaktykę antybiotykową. Ważne jest także, aby w razie potrzeby wymiany cewnika przestrzegać zaleceń producenta [24,25,26].

Cel pracy. Głównym celem prowadzonych badań była ocena wpływu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat szpitalnych ZUM na poziom stosowania jej w opiece nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu (nietrzymanie moczu, zatrzymanie moczu).

Problem badawczy: Szpitalne zakażenia układu moczowego należą do najczęściej występujących zakażeń szpitalnych, zwłaszcza u pacjentów mających problemy w oddawaniu moczu. Dostępne metody i środki w opiece nad pacjentem ciągle nie powodują znacznego obniżenia poziomu zakażeń. W związku z powyższym należy w dalszym ciągu poszukiwać rozwiązań ograniczających skalę SZUM m.in. w zakresie wpływu wiedzy pielęgniarek na temat SZUM i dostępności sprzętu na postępowanie pielęgniarek wobec chorych z problemami w oddawaniu moczu.

Material i metody. Badaniami objęto grupę 110 pielęgniarek/pielęgniarskich, w tym 107 pielęgniarek i 3 pielęgniarskich (sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu), zatrudnionych w oddziałach szpitalnych w Głogowskim Szpitalu Powiatowym w Głogowie w 2022 roku. Badania ankietowe przeprowadzone zostały w czasie od 01. 05. 2022 roku – do 15. 07. 2022 roku. Rozdano 110 ankiet i zwrótnie uzyskano 110 ankiet. Kryterium włączenia uczestników badania obejmowało pielęgniarki/pielęgniarskich sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu, zatrudnionych w oddziałach szpitalnych w Głogowskim Szpitalu Powiatowym oraz które wyraziły świadomą i dobrowolną zgodę na badanie. Kryterium wyłączenia obejmowało pielęgniarki/pielęgniarskich, nie pracujących w bezpośredniej opiece nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu; pielęgniarska kadra kierownicza, brak zgody na udział w badaniu ankietowym.

Projekt badania został zatwierdzony przez Komisję Bioetyczną Instytutu Medycznego w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie (Nr 37 / 2022).

Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego połączonego z techniką ankietową. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 5 zestawów pytań (łącznie 32 pytania).

I i II. zestaw pytań dotyczył danych socjodemograficznych respondentów (zmienne: wiek, płeć, wykształcenie – posiadane obecnie jako ostatnie i wykształcenie podyplomowe) oraz cech pracy związanych ze stanowiskiem pracy (zmienne: oddział w głównym miejscu pracy, staż

pracy w zawodzie, system pracy w głównym miejscu pracy, uśredniona liczba pacjentów, którą opiekowali się respondenci w czasie swojego dyżuru). W tej części respondenci odpowiadali także na pytania dotyczące odbytych szkoleń na temat szpitalnych zakażeń układu moczowego.

III. zestaw pytań – dotyczył wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat: SZUM, techniki zakładania i cewnikowania pęcherza moczowego, kompetencji w zakresie wykonywania drenażu pęcherza moczowego oraz sprawowania opieki nad pacjentami z założonym cewnikiem moczowym (łącznie 13 pytań).

IV. zestaw pytań – dotyczył postępowania personelu pielęgniarskiego wobec pacjentów z problemami w oddawaniu moczu oraz opinii pielęgniarek na temat dostępności sprzętu wykorzystywanego w opiece nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu.

V. zestaw pytań – dotyczył oczekiwań pielęgniarek w zakresie zminimalizowania ryzyka występowania szpitalnych zakażeń układu moczowego.

Poniżej przedstawione są kryteria oceny testu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat SZUM oraz oceny testu czynników warunkujących wykorzystanie wiedzy o SZUM w praktyce pielęgniarskiej:

bardzo dobry (5,0) - powyżej 90% poprawnych odpowiedzi;

dobry plus (4,5) - 81 – 90%;

dobry (4,0) - 71 – 80%;

dostateczny plus (3,5) - 66 – 70%;

dostateczny (3,0) - 60 – 65%;

niedostateczny (2,0) - poniżej 60% poprawnych odpowiedzi.

Opis zastosowanych metod analizy statystycznej. Analizę pytań ankietowych przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z odpowiedzi. Porównanie poziomu wiedzy w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna – Whitney’ a. Porównanie poziomu wiedzy w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala – Wallisa. Po wykryciu istotnych statystycznie różnic, wykonano analizę post – hoc testem Dunna w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup. Korelacje między zmiennymi ilościowymi (czyli wyrażonymi liczbami) analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. A więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

Analizę wykonano w programie R, wersja 4. 2. 1. [27].

Wyniki. W badaniu uczestniczyło 110 pielęgniarek i pielęgniarzy w tym 107 pielęgniarek i 3 pielęgniarzy. Najliczniejsza grupa badanych mieściła się w przedziale wiekowym 51 – 60 lat co stanowiło 31 – osób (28,18%). Ze względu na płeć najliczniejszą grupę stanowiły

pielęgniarki – 107 kobiet (97,27%). Ze względu na wykształcenie najliczniejszą grupę respondentów stanowił personel pielęgniarski posiadający tytuł licencjata pielęgniarstwa – 41 osób (37,27%). W pytaniu dotyczącym wykształcenia podyplomowego respondenci mieli możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi. W związku z tym odsetki (liczby i procenty) nie sumują się do 100. Największy udział respondenci wskazali na posiadanie kursu kwalifikacyjnego – 32 osoby (29,09%). Największą grupę osób biorących udział w badaniu stanowił personel pielęgniarski z oddziałów zachowawczych aż 61 osób (55,45%), następnie z oddziałów zabiegowych 32 osoby (29,09%). W pytaniu dotyczącym stażu pracy w zawodzie najliczniejszą grupą respondentów były osoby pracujące 21 lat i więcej i stanowiły prawie połowę ankietowanych 50 – osób (45,45%). W odpowiedzi na pytanie dotyczące systemu pracy ankietowani najczęściej deklarowali system zmianowy, co stanowiło 82,73% wszystkich odpowiedzi (91 osób). Uśredniona liczba pacjentów pod opieką w czasie dyżuru zadeklarowana przez badanych wynosiła najczęściej w przedziale 16 – 25 pacjentów – 38 osób (34,55%). Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 1.

Tabela 1. Analiza danych socjodemograficznych i zawodowych badanej grupy pielęgniarek

Zmienne	n	%
Wiek		
20-30 lat	24	21,82%
31-40 lat	15	13,64%
41-50 lat	29	26,36%
51-60 lat	31	28,18%
61 lat i więcej	11	10,00%
Płeć		
Kobiety	107	97,27%
Mężczyźni	3	2,73%
Wykształcenie		
Liceum medyczne	32	29,09%
Studium medyczne	10	9,09%
Licencjat pielęgniarstwa	41	37,27%
Magister pielęgniarstwa	27	24,55%
Wykształcenie podyplomowe *		
Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa	31	28,18%
Specjalizacja w dziedzinie organizacji i zarządzania	3	2,73%
Kurs kwalifikacyjny	32	29,09%
Kurs specjalistyczny	25	22,73%
Kurs dokształcający	18	16,36%
* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru		
Oddział		
Oddział zachowawczy	61	55,45%
Oddział zabiegowy	32	29,09%
Oddział pediatryczny - zachowawczy	1	0,91%
Oddział pediatryczny - zabiegowy	1	0,91%
OIOM	10	9,09%
Inny rodzaj oddziału	5	4,55%
Staż pracy w zawodzie		

Do 5 lat	28	25,45%
6-10 lat	12	10,91%
11-15 lat	5	4,55%
16-20 lat	15	13,64%
21 lat i więcej	50	45,45%
System pracy		
System jednozmianowy	17	15,45%
System zmianowy	91	82,73%
System mieszany	1	0,91%
Brak odpowiedzi	1	0,91%
Uśredniona liczba pacjentów pod opieką w czasie dyżuru		
1-5 pacjentów	9	8,18%
6-10 pacjentów	13	11,82%
11-15 pacjentów	11	10,00%
16-25 pacjentów	38	34,55%
26-35 pacjentów	29	26,36%
36 pacjentów lub więcej	10	9,09%

W pytaniach dotyczących udziału pielęgniarek w szkoleniach związanych z zakażeniami szpitalnymi układu moczowego (częstość oraz organizator szkolenia), respondenci we wszystkich odpowiedziach najczęściej wskazywali pracodawców jako organizatorów szkoleń, następnie „szkolenia w czasie konferencji”, najrzadziej Izbę Pielęgniarek i Położnych Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 2.

Tabela 2. Udział pielęgniarek w szkoleniach związanych z zakażeniami szpitalnymi układu moczowego

Zmienna	n	%	n	%
Szkolenia organizowane przez pracodawcę			Konferencje	
Raz	39	35,45%	19	17,27%
Kilka razy	23	20,91%	17	15,45%
Wiele razy	5	4,55%	4	3,64%
Wcale	42	38,18%	70	63,64%
Brak odpowiedzi	1	0,91%	0	0
Szkolenia organizowane przez IPiP*			Szkolenia organizowane przez inne podmioty	
Raz	10	9,09%	3	2,73%
Kilka razy	7	6,36%	3	2,73%
Wiele razy	1	0,91%	3	2,73%
Wcale	90	81,82%	98	89,09%
Brak odpowiedzi	2	1,82%	3	2,73%
Szkolenia organizowane przez ośrodki kształcenia			IPiP* Izba Pielęgniarek i Położnych	
Raz	18	16,36%		
Kilka razy	12	10,91%		
Wiele razy	3	2,73%		
Wcale	73	66,36%		
Brak odpowiedzi	4	3,64%		

Pielęgniarki w zakresie samooceny wiedzy nt. SZUM, techniki cewnikowania, wykorzystania sprzętu oraz stosowania prawidłowych metod opieki nad pacjentami z problemami

w oddawaniu moczu – najczęściej oceniają swoją wiedzę jako „raczej wysoką”. Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 3.

Tabela 3. Samoocena pielęgniarek w zakresie posiadanej wiedzy na temat SZUM, techniki cewnikowania oraz wykorzystania sprzętu używanego w opiece nad pacjentami z problemami z oddawaniem moczu

	n	%
Samoocena wiedzy nt. szpitalnych zakażeń układu moczowego		
Bardzo wysoka	10	9,09%
Wysoka	39	35,45%
Raczej wysoka	54	49,09%
Niska	7	6,36%
Bardzo niska	0	0,00%
Samoocena wiedzy nt. techniki cewnikowania		
Bardzo wysoka	26	23,64%
Wysoka	40	36,36%
Raczej wysoka	43	39,09%
Niska	1	0,91%
Bardzo niska	0	0,00%
Samoocena wiedzy nt. wykorzystania sprzętu używanego w opiece nad pacjentami z problemami z oddawaniem moczu		
Bardzo wysoka	19	17,27%
Wysoka	37	33,64%
Raczej wysoka	50	45,45%
Niska	4	3,64%
Bardzo niska	0	0,00%
Samoocena wiedzy nt. metod opieki nad pacjentami z problemami z oddawaniem moczu		
Bardzo wysoka	17	15,45%
Wysoka	39	35,45%
Raczej wysoka	48	43,64%
Niska	6	5,45%
Bardzo niska	0	0,00%

W dwóch pytaniach dotyczących oceny własnych umiejętności, pielęgniarki własne umiejętności w zakresie cewnikowania najczęściej oceniają jako „wysokie”, zaś umiejętności w zakresie zakładania cewnika i prowokacji moczu jako „raczej wysokie”. Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 4.

Tabela 4. Samoocena pielęgniarek w zakresie umiejętności zakładania cewników oraz stosowania technik prowokacji oddawania moczu

Zmienna	n	%
Ocena własnych umiejętności w zakresie zakładania cewników		
Bardzo wysoka	15	13,64%
Wysoka	24	21,82%
Raczej wysoka	39	35,45%

Niska	27	24,55%
Bardzo niska	4	3,64%
Brak odpowiedzi	1	0,91%
Ocena własnych umiejętności w zakresie stosowania technik prowokacji oddawania moczu		
Bardzo wysoka	18	16,36%
Wysoka	39	35,45%
Raczej wysoka	48	43,64%
Niska	5	4,55%
Bardzo niska	0	0,00%

W pytaniu czy na oddziale istnieje procedura zakładania cewnika moczowego i monitorowania respondenci odpowiedzieli na „tak” (92,73%), na „nie” (1,82%). Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 5.

Tabela 5. Wiedza respondentów nt. czy na oddziale istnieje procedura zakładania cewnika moczowego i monitorowania

Czy na oddziale, na którym Pan/i pracuje istnieje procedura zakładania cewnika moczowego i monitorowania?	n	%
Tak	102	92,73%
Nie	2	1,82%
Nie wiem	6	5,45%

Bardzo ważnym celem badania była ocena poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat szpitalnych zakażeń układu moczowego. Pytania dotyczyły: techniki zakładania cewnika moczowego, opieki nad pacjentem z założonym cewnikiem moczowym oraz kompetencji w zakresie wykonywania cewnikowania (łącznie 13 pytań). 37 osób z spośród 110 uczestników ankiety (33,64%) wykazało niedostateczny poziom wiedzy na temat szpitalnych zakażeń układu moczowego, 27 ankietowanych osób (24,55%) miało poziom wiedzy dobry plus, 20 ankietowanych (18,18%) miało poziom wiedzy dobry, 18 osób badanych (16,36%) wykazało wiedzę na poziomie dostateczny plus, 6 osób ankietowanych (5,45%) miało wiedzę na poziomie dostateczny, a tylko 2 ankietowane osoby (1,82%) wykazały swoją wiedzę na poziomie bardzo dobry. Najniższy wynik wiedzy na temat szpitalnych zakażeń układu moczowego, ocenę niedostateczną respondenci uzyskali w odpowiedziach na pytania nr 9, 6 i 8. Poniżej wykaz pytań:

Pytanie 1.: Dotyczące przygotowania pacjenta do cewnikowania; Pytanie 2. Kiedy pacjent z założonym cewnikiem moczowym powinien mieć wykonaną higienę krocza?.; Pytanie 3. Jakiego żelu należy użyć przy cewnikowaniu układu moczowego?.; Pytanie 4. Który rodzaj cewnika najczęściej powoduje powstanie odczynu zapalnego?. Pytanie 5. Który rodzaj cewnika

najbardziej powoduje powstanie odczynu zapalnego?. Pytanie 6. Kiedy stosowanie cewników pokrytych antybiotykami bądź jonami srebra jest uzasadnione?. Pytanie 7. Dotyczące utrzymania szczelności między cewnikiem a workiem na mocz.; Pytanie 8. W przypadku zakładania cewnika moczowego na stałe, cewnik moczowy będzie połączony z workiem na mocz. Kiedy należy wykonać to połączenie?.; Pytanie 9. Jak często i w jakiej sytuacji należy wymieniać cewniki moczowe oraz worki na mocz?.; Pytanie 11. Dotyczy prawidłowego postępowaniem w zapobieganiu zakażeniom układu moczowego.; Pytanie 12. Kiedy pielęgniarka może zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, założyć cewnik moczowy.; Pytanie 13. Dotyczące ścisłych wskazań do cewnikowania pęcherza moczowego. Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 6.

Tabela 6. Ogólna ocena poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat SZUM

Poziom wiedzy	n	%
Poziom niedostateczny	37	33,64%
Poziom dostateczny	6	5,45%
Poziom dostateczny plus	18	16,36%
Poziom dobry	20	18,18%
Poziom dobry plus	27	24,55%
Poziom bardzo dobry	2	1,82%

Kolejny aspekt, który był objęty badaniem, to sposób postępowania pielęgniarek w przypadku pacjentów z problemami w oddawaniu moczu. Liczba prawidłowych odpowiedzi w 5 pytaniach o sposoby postępowania w przypadku pacjentów z problemami w oddawaniu moczu wynosiła średnio 2,89 (SD = 1,29) na 5 możliwych. Uzyskany wynik badania oznacza, że sposób postępowania pielęgniarek wobec pacjentów z problemami w oddawaniu moczu był obarczony błędami. Poniżej wykaz pytań:

Pytanie 1 – „Jak postąpi Pan/i gdy pacjent ma problem z oddaniem moczu?”; Pytanie 2 – „Jak postąpi Pan/i gdy pacjent na problem z nietrzymaniem moczu?”; Pytanie 3 – „Jak postąpi Pan/i gdy pacjent będzie podlegał długiej procedurze medycznej np. zabieg operacyjny?”; Pytanie 4 – „Jak postąpi Pan/i w przypadku zalegania moczu po mikcji oraz współistnienia objawów i powikłań, które są konsekwencją zalegania, w przypadku pacjenta samodzielnego?”; Pytanie 5 – „Jak często wymienia Pan/i worki na mocz?”.

Wyniki przedstawione są w tabeli 7. oraz tabeli 8.

Tabela 7. Liczba prawidłowych odpowiedzi pielęgniarek w pytaniach o sposób postępowania w przypadku pacjentów z problemami w oddawaniu moczu

Liczba prawidłowych odpowiedzi w pytaniach o sposób postępowania	n	%
0	3	2,73%
1	14	12,73%
2	26	23,64%
3	27	24,55%
4	29	26,36%
5	11	10,00%

Tabela 8. Sposób postępowania pielęgniarek w przypadku pacjentów z problemami w oddawaniu moczu

Jak postąpi Pan/i gdy pacjent ma problem z oddaniem moczu?	n	%
Wykonam prowokację moczu, a w przypadku braku efektu założę cew. Nelatona	68	61,82%
Założę cewnik Nelatona	2	1,82%
Założę cewnik Foleya	14	12,73%
Podam więcej płynów do picia	23	20,91%
Brak odpowiedzi	3	2,73%
Jak postąpi Pan/i gdy pacjent ma problem z nietrzymaniem moczu?	n	%
Wykonam prowokację moczu, a w przypadku braku efektu założę cew. Nelatona	5	4,55%
Założę cewnik Nelatona	1	0,91%
Założę cewnik Foleya	10	9,09%
Założę cewnik zewnętrzny	3	2,73%
Założę podkład chłonny	5	4,55%
Założę pieluchomajtki	32	29,09%
Wprowadzę zasadę regularnego wywożenia do toalety a w razie potrzeby założę cewnik zewnętrzny lub pieluchomajtki	54	49,09%
Jak postąpi Pan/i gdy pacjent będzie podlegał długiej procedurze medycznej np. zabieg operacyjny?	n	%
Założę cewnik Nelatona	5	4,55%
Założę cewnik Foleya	82	74,55%
Założę cewnik zewnętrzny	4	3,64%
Założę podkład chłonny	2	1,82%
Założę pieluchomajtki	17	15,45%
Jak postąpi Pan/i w przypadku zalegania moczu po mikcji oraz współistnienia objawów i powikłań, które są konsekwencją zalegania, w przypadku pacjenta samodzielnego?	n	%
Taki stan nie wymaga cewnikowania	29	26,36%
Założę cewnik Foleya	24	21,82%
Nauczę pacjenta samocewnikowania	56	50,91%
Brak odpowiedzi	1	0,91%
Jak często wymienia Pan/i worki na mocz?	n	%
Codziennie	29	26,36%
Raz w tygodniu	19	17,27%
Raz na dwa tygodnie	3	2,73%
Zgodnie z zaleceniami producenta	58	52,73%
Brak odpowiedzi	1	0,91%

W pytaniach o dostępność sprzętu w opiece nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu, pielęgniarki oceniły że „wystarczająca ilość” dotyczy: jednorazowego żelu znieczulającego – 99 osób (90,00%), worków do zbiórki moczu – dobowych z zastawką antyzwrotną – 77 osób badanych (70,00%) oraz worków do zbiórki moczu w systemie zamkniętym – tygodniowych z zaworem antyzwrotnym 56 osób (50,91%). „Niewystarczająca dostępność” do sprzętu jaką wskazały pielęgniarki dotyczyła cewników zewnętrznych 19 – osób (17,27%), cewników pokrytych powłoką srebra 12 – osób (10,91%) oraz worków do zbiórki moczu w systemie zamkniętym – dwutygodniowym 7 – osób (6,36%). Pielęgniarki wskazały również na „braki w dostępności do sprzętu ”– najczęściej wskazany był brak cewników pokrytych powłoką srebra 75 osób (68,18%), następnie brak wózków toaletowo – prysznicowych (43 osoby) 39,09%. Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 9.

Tabela 9. Dostępność sprzętu w opiece nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu, w ocenie pielęgniarek

Zmienna	n	%	n	%
Dostępność cewników zewnętrznych			Dostępność worków do zbiórki moczu - dobowych z zastawką antyzwrotną	
Brak na oddziale	28	25,45%	12	10,91%
Niewystarczająca ilość	19	17,27%	15	13,64%
Wystarczająca ilość	51	46,36%	77	70,00%
Nie wiem	8	7,27%	5	4,55%
Brak odpowiedzi	4	3,64%	1	0,91%
Dostępność cewników pokrytych powłoką srebra			Dostępność worków do zbiórki moczu w systemie zamkniętym - tygodniowych z zaworem antyzwrotnym	
Brak na oddziale	75	68,18%	24	21,82%
Niewystarczająca ilość	12	10,91%	12	10,91%
Wystarczająca ilość	12	10,91%	56	50,91%
Nie wiem	10	9,09%	17	15,45%
Brak odpowiedzi	1	0,91%	1	0,91%
Dostępność wózków toaletowo-prysznicowych			Dostępność worków do zbiórki moczu w systemie zamkniętym - dwutygodniowych z zaworem antyzwrotnym	
Brak na oddziale	43	39,09%	42	38,18%
Niewystarczająca ilość	21	19,09%	7	6,36%
Wystarczająca ilość	44	40,00%	36	32,73%
Nie wiem	1	0,91%	24	21,82%
Brak odpowiedzi	1	0,91%	1	0,91%
Dostępność jednorazowego żelu znieczulającego				
Brak na oddziale	3	2,73%		
Niewystarczająca ilość	7	6,36%		
Wystarczająca ilość	99	90,00%		
Nie wiem	1	0,91%		

Istotnym celem badania własnego było także poznanie oczekiwań pielęgniarek w zakresie minimalizowania ryzyka występowania szpitalnych zakażeń układu moczowego. W największym stopniu pielęgniarki zwracają uwagę na większą dostępność do szkoleń nt. szpitalnych zakażeń układu moczowego oraz techniki cewnikowania – 69 osób badanych (62,73%), następnie oczekują większego dostępu do cewników pokrytych jonami srebra – 60 osób badanych (54,55%) oraz zatrudnienia większej liczby personelu pomocniczego – 55 osób badanych (50,00%). Natomiast w najmniejszym stopniu oczekują większego dostępu do cewników zewnętrznych – 24 osoby badane (21,82%). Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 10.

Tabela 10. Oczekiwania respondentów w zakresie minimalizacji ryzyka szpitalnych zakażeń układu moczowego

Jakie są Pana/i oczekiwania w zakresie minimalizacji ryzyka szpitalnych zakażeń układu moczowego?	n	% *
Większy dostęp do cewników pokrytych jonami srebra	60	54,55%
Większy dostęp do cewników zewnętrznych	24	21,82%
Większy dostęp do wózków toaletowo-prysznicowych	32	29,09%
Zatrudnienie większej liczby pielęgniarek	54	49,09%
Zatrudnienie większej liczby personelu pomocniczego	55	50,00%
Większy dostęp do szkoleń nt. szpitalnych zakażeń ukł. moczowego oraz techniki cewnikowania	69	62,73%
Inne	2	1,82%

** odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru*

W badaniu własnym cechy socjodemograficzne personelu pielęgniarskiego nie mają wpływu na poziom wiedzy pielęgniarek na temat szpitalnych zakażeń układu moczowego. Wykazany został brak istotnych statystycznie zależności ($p > 0,05$) poziomu wiedzy w odniesieniu do: wieku, płci, wykształcenia oraz wykształcenia podyplomowego.

Natomiast wśród cech pracy zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$) z wynikiem – poziom wiedzy pielęgniarek na temat SZUM, została wykazana w odniesieniu do: uśrednionej liczby pacjentów pod opieką w czasie dyżuru oraz procedury zakładania cewnika moczowego i monitorowania. Poziom wiedzy pielęgniarek był istotnie wyższy u osób, które miały pod opieką średnio 11 – 15 pacjentów niż u osób mających pod opieką średnio 1 – 5, 16 – 25, 26 – 35 lub 36 i więcej pacjentów, a ponadto u osób mających pod opieką średnio 6 – 10 pacjentów poziom wiedzy pielęgniarek był wyższy niż u osób mających pod opieką średnio 36 i więcej pacjentów. Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego był większy u osób pracujących na oddziałach posiadających procedurę zakładania cewnika i monitorowania.

Natomiast brak istotnych statystycznie zależności ($p > 0,05$), został wykazany w odniesieniu do: miejsca pracy – oddziału, stażu pracy w zawodzie, systemu pracy, szkoleń organizowanych

przez Izbę Pielęgniarek i Położnych, ośrodki kształcenia, konferencje i inne podmioty. Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 11. i 12.

Tabela 11. Poziom wiedzy respondentów a liczba pacjentów pod opieką w czasie dyżuru

Uśredniona liczba pacjentów pod opieką w czasie dyżuru	N	Poziom wiedzy [punkty]							p
		Średnia	SD	Me	Min	Max	Q1	Q3	
1-5 pacjentów - A	9	7,80	1,66	7,6	4,4	9,7	7,40	8,9	p=0,023 *
6-10 pacjentów - B	13	8,81	2,45	9,6	1,3	10,7	8,60	9,7	C>E,D,A,F B>F
11-15 pacjentów - C	11	10,16	1,61	10,7	7,5	11,9	8,65	11,6	
16-25 pacjentów - D	38	8,58	1,95	8,6	3,4	11,7	7,53	10,3	
26-35 pacjentów - E	29	8,78	1,94	8,7	4,6	11,8	7,30	10,5	
36 pacjentów lub więcej - F	10	7,43	2,02	7,6	4,4	10,6	6,07	8,5	

p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna), SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny, * różnica istotna statystycznie (p<0,05) [48,49].

Tabela 12. Poziom wiedzy respondentów a obecność procedury zakładania cewnika moczowego i monitorowania w miejscu pracy

Czy na oddziale, na którym Pan/i pracuje istnieje procedura zakładania cewnika moczowego i monitorowania?	N	Poziom wiedzy [punkty]							p
		Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Tak	102	8,80	1,96	8,8	1,3	11,9	7,60	10,57	p=0,008 *
Nie, nie wiem	8	6,76	2,18	7,0	3,4	10,5	5,97	7,58	

p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny, * różnica istotna statystycznie (p<0,05).

Głównym celem badania było poznanie wpływ poziomu wiedzy pielęgniarek na postępowanie pielęgniarskie wobec pacjentów z problemami w oddawaniu moczu. W badaniu została wykazana zależność istotna (gdyż p<0,05) i dodatnia dotycząca wpływu poziomu wiedzy pielęgniarek na temat SZUM na postępowanie pielęgniarskie wobec pacjentów z problemami w oddawaniu moczu – im wyższy poziom wiedzy, tym bardziej prawidłowe postępowanie z pacjentem. Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 13 .

Tabela 13. Współczynnik korelacji, im wyższy poziom wiedzy tym bardziej prawidłowe postępowanie z pacjentem

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Poziom wiedzy i Liczba prawidłowych odpowiedzi w pytaniach o sposób postępowania	0,365	p<0,001

Badany był także wpływ poziomu wiedzy pielęgniarek na temat SZUM na ocenę dostępności sprzętu w opiece nad pacjentem z problemami w oddawaniu moczu- poziom wiedzy był

istotnie wyższy u osób, twierdzących, że cewników pokrytych powłoką srebra brakuje niż u osób nieumiejących tego ocenić.

Natomiast nie został wykazany wpływ poziomu wiedzy na ocenę dostępności cewników zewnętrznych, wózków toaletowo-prysznicowych, jednorazowego żelu znieczulającego, worków do zbiórki moczu – dobowych z zastawką antyzwrotną, worków do zbiórki moczu w systemie zamkniętym – tygodniowych z zaworem antyzwrotnym, worków do zbiórki moczu w systemie zamkniętym – dwutygodniowych z zaworem antyzwrotnym.

Wyniki badań przedstawione są w Tabeli 14.

Tabela 14. Poziom wiedzy respondentów a dostępność cewników z powłoką srebra lub antyseptykiem

Dostępność cewników pokrytych powłoką srebra lub aseptykiem	N	Poziom wiedzy [punkty]							P
		Śr	SD	Me	Min	Max	Q1	Q3	
Brak na oddziale - A	75	8,98	1,94	9,4	3,4	11,9	7,80	10,60	p=0,026 *
Niewystarczająca ilość - B	12	7,75	2,49	8,1	1,3	11,0	6,50	9,45	A>D
Wystarczająca ilość - C	12	8,23	1,63	8,2	5,5	11,6	7,15	9,08	
Nie wiem - D	10	7,46	1,84	7,5	4,6	10,6	6,43	8,42	

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny, * różnica istotna statystycznie (p<0,05).

W badaniu nie został wykazany wpływ dostępności sprzętu na postępowanie pielęgniarek z pacjentami z problemami oddawaniu moczu.

Dyskusja. W badaniu własnym została wykazana zależność istotna (gdyż p<0,05) i dodatnia dotycząca wpływu poziomu wiedzy pielęgniarek na temat SZUM na postępowanie pielęgniarskie wobec pacjentów z problemami w oddawaniu moczu – im wyższy poziom wiedzy, tym bardziej prawidłowe postępowanie z pacjentem. Wyniki badań własnych nie potwierdziły się, w badaniu przeprowadzonym przez Balu i wsp. Niestety w badaniu nie wykazano korelacji między poziomem postępowania pielęgniarek a poziomem wiedzy pielęgniarek. Autorzy badania wskazują na konieczność wdrażania i monitorowania zasad oraz procedur cewnikowania pęcherza moczowego w celu zapobiegania SZUM. Kładą nacisk na tworzenie i organizowanie programów edukacyjnych dla pielęgniarek oraz na przeprowadzanie cyklicznych audytów w celu poprawy wiedzy i postępowania pielęgniarskiego dotyczącego pielęgnacji cewników [28]. Wyniki badania Teshager i wsp. także są odmienne od wyników badań własnych. W badaniu nie wykazano związku między wiedzą pielęgniarek a postępowaniem pielęgniarek w zapobieganiu odcewnikowego zakażenia układu moczowego [29]. W badaniu własnym zostało wykazane, że aż 37 osób spośród 110 uczestników ankiety (33,64%) posiadało niedostateczny poziom wiedzy na temat szpitalnych zakażeń układu moczowego, co oznacza, że należy położyć większy nacisk na szkolenia w zakresie szpitalnych zakażeń układu moczowego, ze szczególnym uwzględnieniem zasad oraz techniki zakładania

cewnika moczowego. Uzyskany wynik w badaniu własnym potwierdza badanie Teshager i wsp., w którym 2/3 respondentów uzyskało niski poziom wiedzy nt. zapobiegania odcewnikowego zakażenia układu moczowego, tylko jedna trzecia badanych uzyskała wynik – dobry – poziomu wiedzy nt. SZUM. U ponad połowy (52,17%) respondentów „dobrze” było ocenione postępowanie pielęgniarskie w zapobieganiu ZUM [29]. Natomiast uzyskany wynik w badaniu własnym w części pokrywa się z wynikami badania Pietrzak i wsp. Większość badanych osób uzyskała średni poziom z podstawowej wiedzy na temat zakażeń układu moczowego (73 osoby) 66,36%. Respondenci najniższy poziom wiedzy uzyskali w zakresie pielęgnowania chorego z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego. Znaczne trudności dla respondentów stanowiły pytania z zakresu rekomendowanego czasu użytkowania cewnika w zależności od materiału z jakiego cewnik został wykonany. Natomiast wiedza respondentów dotycząca procedury cewnikowania pęcherza okazała się niedostateczna. Najmniej prawidłowych odpowiedzi respondenci udzielili na pytanie w kwestii prawidłowego mycia ujścia cewki moczowej przed wykonaniem cewnikowania pęcherza moczowego. Autorzy badania kładą nacisk na organizowanie szkoleń dla personelu pielęgniarskiego w kwestii zasad profilaktyki i zapobiegania zakażeniom układu moczowego [30].

W badaniu własnym pielęgniarki w zakresie samooceny wiedzy nt. SZUM, techniki cewnikowania, wykorzystania sprzętu oraz stosowania prawidłowych metod opieki nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu- najczęściej oceniają swoją wiedzę za „raczej wysoką”, własne umiejętności w zakresie cewnikowania "wysokie", zaś umiejętności w zakresie zakładania cewnika i prowokacji moczu jako "raczej wysokie".

W badaniu własnym dotyczącym postępowania pielęgniarek z pacjentami mającymi problemy w oddawaniu moczu liczba prawidłowych odpowiedzi wynosiła średnio 2,89 (SD = 1,29) na 5 możliwych, co oznacza, że sposób postępowania pielęgniarek wobec pacjentów z problemami w oddawaniu moczu był obarczony błędami. Należy podkreślić, że we wszystkich przedstawionych pytaniach dotyczących postępowania pielęgniarki z pacjentem z problemami w oddawaniu moczu, respondenci prawidłową odpowiedź udzielili od 49,09% do 74,55%, co oznacza, że należy kłaść nacisk na praktyczne wykorzystanie wiedzy w codziennych procesach decyzyjnych pielęgniarki pracującej z pacjentami z problemami w oddawaniu moczu. Być może dobrym rozwiązaniem byłyby powołanie na każdym oddziale doradcy ds. pacjentów mających problemy z oddawaniem moczu, sprawującym pieczę nad personelem w zakresie prawidłowego postępowania i stosowania sprzętu.

W badaniu własnym cechy socjodemograficzne personelu pielęgniarskiego nie mają wpływu na poziom wiedzy pielęgniarek na temat szpitalnych zakażeń układu moczowego. Wykazany

został brak istotnych statystycznie zależności w odniesieniu do: wieku, płci, wykształcenia oraz wykształcenia podyplomowego. Podobny wynik uzyskała Pietrzak i wsp., wiek respondentów nie ma wpływu na poziom wiedzy na temat szpitalnych zakażeń układu moczowego, wiedzy dotyczącej procedury – techniki katetyzacji pęcherza moczowego oraz pielęgnacji pacjenta z założonym cewnikiem do pęcherza moczowego. Również wykształcenie personelu nie miało wpływu na poziom wiedzy nt. SZUM [30].

Wyniki badań własnych potwierdziły się także w badaniach innych autorów, nie został wykazany związek między poziomem wiedzy nt. SZUM a cechami socjodemograficznymi. Jedynie płeć respondentów różnicowała poziom wiedzy, większy poziom wykazali pielęgniarze (na poziomie dobrym) niż pielęgniarki [31].

W badaniu własnym wśród cech pracy zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$) z wynikiem – poziom wiedzy pielęgniarek na temat SZUM, została wykazana w odniesieniu do: uśrednionej liczby pacjentów pod opieką w czasie dyżuru oraz procedury zakładania cewnika moczowego i monitorowania. Poziom wiedzy pielęgniarek był istotnie wyższy u osób, które miały pod opieką mniejszą liczbę pacjentów. Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego był większy u osób pracujących na oddziałach posiadających procedurę zakładania cewnika i monitorowania. Natomiast brak istotnych statystycznie zależności został wykazany w odniesieniu do: miejsca pracy – oddziału, stażu pracy w zawodzie, systemu pracy, szkoleń. Uzyskany wynik w badaniu własnym nie potwierdza się w części dotyczącej wpływu stażu pracy na poziom wiedzy z wynikami badania Pietrzak i wsp., którzy wykazali związek: im dłuższy staż pracy pielęgniarek w zawodzie tym większy poziom wiedzy personelu w zakresie pielęgnowania chorego z założonym kateterem do pęcherza moczowego [30].

W pytaniach o dostępność sprzętu w opiece nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu pielęgniarki bardzo często narzekają na brak cewników pokrytych powłoką z jonów srebra i dość często na brak wózków toaletowo-prysznicowych. Pozostałych sprzętów zazwyczaj nie brakuje. Ponadto w badaniu własnym nie został wykazany wpływ dostępności sprzętu na postępowanie pielęgniarek, a także wpływ poziomu wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń układu moczowego na ocenę dostępności sprzętu, poza jednym wyjątkiem – poziom wiedzy był istotnie wyższy u osób, twierdzących, że cewników pokrytych powłoką srebra brakuje niż u osób nieumiejących tego ocenić. Istotnym celem badania własnego było także poznanie oczekiwań pielęgniarek w zakresie minimalizowania ryzyka występowania szpitalnych SZUM. Pielęgniarki w największym stopniu oczekują większego dostępu do szkoleń nt. SZUM oraz technik cewnikowania, większego dostępu do cewników pokrytych jonami srebra i zatrudnienia większej liczby personelu pomocniczego. W związku z powyższym komentarza

wymagają oczekiwania pielęgniarek w zakresie większej dostępności cewników pokrytych jonami srebra (aż 60 badanych -54,55%). Uzyskany wynik w świetle aktualnych badań może świadczyć, że pielęgniarki nie słusznie oczekują ich większej dostępności. Jak podaje Misiewska – Kaczur nie stwierdza się istotnych różnic mających wpływ na zakażenia układu moczowego u pacjentów poddanych katetyzacji pęcherza moczowego cewnikami pokrytymi jonami srebra lub pokrytych antybiotykiem. Stosowanie kateterów, które pokryte są jonami srebra lub antybiotykiem należy wyłącznie rozważyć u pacjentów z potwierdzonymi niedoborami immunologicznymi. Ważną kwestią jest również dobór prawidłowego rodzaju cewnika moczowego do stanu pacjenta [4]. Również w swojej pracy pogładowej Rudek i wsp. rekomendują zakładanie cewników impregnowanych jonami srebra jedynie u pacjentów z niedoborami immunologicznymi [32]. Uzyskane wyniki potwierdzają konieczność położenia większego nacisku na szkolenia personelu. Wagę szkoleń rekomenduje Babska, podkreślając konieczność uczestniczenia pielęgniarek w obowiązkowych szkoleniach nt. SZUM (szkolenia wstępne i przypominające). W szkoleniach powinna być zawarta wiedza dotycząca zasad zakładania katetera do pęcherza moczowego jego wskazań oraz pielęgnacji cewnika moczowego, zalecenia do usuwania cewnika i pobierania próbek moczu do badania. Jak podkreśla Babska istnieje wiele badań, które potwierdzają wpływ szkoleń personelu pielęgniarskiego na ograniczenie występowania ryzyka odcewnikowego zakażenia układu moczowego [5]. Fecko – Gałowicz i wsp. w artykule pod tytułem „ Czynniki wpływające na podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu pielęgniarskiego”, podkreślają, że personel pielęgniarski ma obowiązek podnoszenia i aktualizowania swojej wiedzy oraz umiejętności zawodowych [33].

Wnioski

1. Poziom wiedzy pielęgniarek na temat SZUM wpływa na poziom stosowania jej w opiece nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu. Im wyższy poziom wiedzy, tym bardziej prawidłowe postępowanie z pacjentem.
2. Poziom wiedzy pielęgniarek na temat SZUM nie zależy od cech socjodemograficznych pielęgniarek biorących udział w badaniu, natomiast wykazany został wpływ:
 - a. uśrednionej liczby pacjentów pod opieką pielęgniarki w czasie dyżuru: poziom wiedzy był istotnie wyższy u pielęgniarek mających pod opieką mniej liczne grupy pacjentów
 - b. dostępności w danym oddziale procedury zakładania cewnika moczowego i monitorowania – poziom wiedzy był istotnie wyższy u osób pracujących na oddziałach na których znajdowała się procedura zakładania cewnika moczowego i monitorowania.

3. Poziomu wiedzy pielęgniarek na temat SZUM nie wpływa na ocenę dostępności sprzętu, poza jednym wyjątkiem: poziom wiedzy był istotnie wyższy u osób, twierdzących, że cewników pokrytych powłoką jonami srebra brakuje niż u osób nieumiejących tego ocenić.
4. Zarówno poziom wiedzy badanych pielęgniarek na temat SZUM jak i sposób postępowania wobec pacjentów z problemami w oddawaniu moczu, są na niewystarczającym poziomie (blisko 1/3 ankietowanych posiadało niedostateczny poziom wiedzy, a liczba prawidłowych odpowiedzi w zakresie postępowania z zasadami wynosiła średnio 2,89 na 5 możliwych).
5. Pielęgniarki raczej wysoko oceniają swoją wiedzę i umiejętności w opiece nad pacjentami z problemami w oddawaniu moczu, co znacznie odbiega od wyników przedstawionych powyżej.
6. Dostępność sprzętu w opiece nad pacjentem pielęgniarki oceniają jako wystarczającą w odniesieniu do większości asortymentu. Najniżej została oceniona dostępność do cewników pokrytych powłoką z jonami srebra, wózków toaletowo – prysznicowych oraz cewników zewnętrznych. Natomiast poziom dostępności sprzętu nie wpływa na poziom postępowania pielęgniarek wobec pacjentów z problemami oddawaniu moczu.
7. W celu zminimalizowania ryzyka występowania zakażeń układu moczowego personel pielęgniarski najczęściej postulował o większy dostęp do szkoleń nt. SZUM oraz techniki cewnikowania, większy dostęp do cewników pokrytych jonami srebra oraz zatrudnienie większej liczby personelu pomocniczego.

Bibliografia

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – opracowano na podstawie tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 1657., Rozdział 1, Art. 2, § 33.
2. Moczulski D. "Zakażenia szpitalne u osób w wieku podeszłym", Gaszyński W. „Zakażenia szpitalne w Oddziale Intensywnej Terapii”, Różański W. „Zakażenia szpitalne chorych leczonych w oddziałach urologicznych”, [w:] Denys A., (red. nauk.)” Zakażenia szpitalne w wybranych oddziałach” część II. Warszawa: ABC Wolters Kluwer Polska SA; 2013, str. 247 – 249, 257 – 297, 388 – 399.
3. Mikołajczyk – Korniak N., Durlik M. „Leczenie i profilaktyka niepowikłanych zakażeń układu moczowego w praktyce lekarza rodzinnego” Terapia, 2020/3 str. 34.
4. Wójcikowska – Mach J. „Nadzór nad zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną”, Misiewska – Kaczur A., Gryglewska B., Kańtoch A.” Zakażenia w różnych obszarach klinicznych”, Wałaszek M. „Nadzór pielęgniarski w wybranych obszarach klinicznych” [w:] Bulanda M., Wójkowska – mach J. „Zakażenia szpitalne w jednostkach opieki zdrowotnej”, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017, str. 182 – 183, 271-272, 364 – 365, 393 – 397.

5. Babska K. „Prewencja zakażeń układu moczowego u pacjentów cewnikiem moczowym” Forum Nefrologiczne R: 2020, tom 13, nr 2, str. 98 – 102.
6. Bulanda M. „Zakażenia związane z opieką zdrowotną” [w:] Wallner G., Banasiewicz T., (red. nauk.)” Chirurgia” Tom I, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021, str. 82.
7. Hryniewicz W., Holecki M., (red.) „Rekomendacje diagnostyki, terapii i profilaktyki zakażeń układu moczowego u dorosłych” Str. 7 – 23, 35 – 44.
8. Denys A. „Kryteria rozpoznawania zakażenia nabytego w szpitalu”, Bigos M., Łysakowska M. „Układ odpornościowy i wpływ zaburzeń w jego funkcjonowaniu na rozwój zakażeń”, Denys A. „Racjonalna terapia antybiotykowa i chemioterapia jako element zapobiegania zakażeniom szpitalnym”, [w:] Denys A., (red. nauk.)” Zakażenia szpitalne. Wybrane zagadnienia”, Warszawa: ABC Wolters Kluwer Polska SA; 2012, str. 21 -22, 88.
9. Holecki M., Pietrukaniec M. „Zakażenia układu moczowego u dorosłych” [w:] Więcek A., Nieszporek T. (red. nauk.)” Choroby nerek. Kompendium” Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019, str. 477 – 469.
10. Imiela J. „Zakażenia układu moczowego u dorosłych – klinika”, Lisicka E., Radziszewski P. „Zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych wobec pacjenta z zakażeniem układu moczowego przez pielęgniarkę POZ” [w:] Pietrzak M., Knoff B., Kryczka T. (red. nauk.) „Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej” Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021, str. 659 – 679.
11. Socha M., Koziół – Montewka M., Pańczuk A. Zakażenia dróg moczowych u chorych po udarze mózgu – współzależność z procesem rehabilitacji, zapobieganie” Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu; 2017; tom 23, nr 4, str. 221 – 224.
12. Kamińska W. „Zakażenia szpitalne układu moczowego”, [w:] Dzierżanowska D., (red. nauk.) „Zakażenia szpitalne”, Bielsko Biala: Wydawnictwo α - medica press, 2008; str. 359.
13. Stadnicka G., Janik M., Łepecka – Klusek C., Pilewska – Kozak A. „Społeczne następstwa nietrzymania moczu”, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu; 2014, tom 20, nr 2, str. 136 – 140, DOI: <https://doi.org/10.5604/20834543.1112226>, [dostęp: 29.10.2023].
14. Gołąbek T., Chłosta P. „Nietrzymanie moczu u kobiet i mężczyzn”, Poznań: Wydawnictwo Medyczne Termedia; 2016, str. 21.
15. Drewna T., Juszczak K., (red. nauk.) „Urologia. Ilustrowany Podręcznik dla studentów i stażystów” Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021.
16. Oliver A., Leach, Gijs I., van Boxel „Choroby wewnętrzne”, Wrocław: Edra Urban & Partner; 2016.
17. Szykiewicz E. „Udział pielęgniarki w badaniach diagnostycznych układu moczowego”, Cegła B.” Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą zapalną nerek i dróg moczowych”, [w:] Jurkowska G., Łagoda K., (red. nauk.), „Pielęgniarstwo internistyczne” Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015, str. 300 – 319.
18. Chilińska J. Z., Fiega E. „Założenie i wymiana cewnika Foleya u kobiet i mężczyzn”, [w:] Lewko J., Kopcych B., E., (red. nauk.) „Procedury leczniczo – pielęgnacyjne w opiece środowiskowej i długoterminowej”, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2020, str. 87 – 92.
19. Dybowski B. „Pierwsze kroki diagnostyczne i terapeutyczne w nietrzymaniu moczu”, Medycyna po Dyplomie; 04 / 2019, str. 98.

20. Ślufarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., (red. nauk.) „Podstawy pielęgniarstwa” – Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Założenia teoretyczne; Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015.
21. Janecki M. „Objawy ze strony układu moczowo – płciowego i ich leczenie” [w:] de Walden – Gałuszko K., Ciałkowska – Rysz A. (red. nauk.) „Medycyna paliatywna”, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015, str. 170 – 174.
22. Czaja E., Perek M. „Wydalanie moczu” [w:] Płaszewska – Żywko L., Kózka M., (red. nauk.) „Diagnozy i interwencje w praktyce pielęgniarstwa”, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2021, str. 213 – 221.
23. Wojszel Z. B. „Wielkie problemy geriatryczne – rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem” [w:] Muszalik M., Kędziora – Kornatowska K. (red. nauk.) „Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku” Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2018, str. 177 – 261.
24. Kurpas D. „Zakażenia układu moczowego” [w:] Ślusarska B., Marcinowicz L., Kocka K. (red. nauk.) „Pielęgniarstwo rodzinne i opieka środowiskowa” Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019, str. 260.
25. Matuszkiewicz – Rowińska J., Szcześniak M. „Problemy w leczeniu zakażeń układu moczowego u osób starszych”, Nefrologia i transplantologia [w:] Terapia; 02 / 2019, str. 36.
26. Malska M. „Nietrzymanie moczu – rola pielęgniarki to nie tylko zmiana pampersa”, Edukacja pacjenta; Magazyn Pielęgniarki i Położnej; 04 / 2021, str. 16 – 17.
27. R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
28. Balu P, Ravikumar D, Somasunder VM et al. Assessment of Knowledge, Attitude and Practice on Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI) among Health Care Professionals Working in a Tertiary Care Teaching Hospital. J Pure Appl Microbiol. 2021; 15(1):335-345. doi:10.22207/JPAM.15.1.28 <https://microbiologyjournal.org/logyjournal.org/>[dostęp 29.10.2023].
29. Teshager, T., Hussien, H., Kefyalew, M. et al. Knowledge, practice and associated factors of nurses towards prevention of catheter-associated urinary tract infection in intensive care unit of public hospitals administered by Federal Government in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional institutional-based study. BMC Nurs 21, 186 (2022). <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-00968-1#Sec1>[dostęp 29.10.2023].
30. Pietrzak M, Jara I, Marcysiak M, Idzik A, Dziedzic A, Knoff B et al. Nurses' knowledge about the catheter-associated urinary tract infection. „Wiedza pielęgniarek na temat odcewnikowego zakażenia układu moczowego” Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long - Term Care Nursing. 2019;4(4):24-32. DOI: [https://doi.org/https://doi.org/10.19251/pwod/2019.4\(3\)](https://doi.org/https://doi.org/10.19251/pwod/2019.4(3)) [dostęp: 29.10.2023].
31. Knowledge of Nurses toward Prevention for Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Public Hospitals at Amran City, Yemen written by Abdalnasser A. Haza'a, Abdulfatah Al-Jaradi, Marzoq Ali Odhah, published by Open Journal of Nursing, Vol.11 No.11, 2021. DOI: [10.4236/ojn.2021.1111076](https://doi.org/10.4236/ojn.2021.1111076)[dostęp: 18.01.2023].
32. Rudek J., Fajfer I. „Czy możliwa jest minimalizacja ryzyka zakażeń u pacjentów krytycznie chorych?” Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece, 2016; 2 (3): str. 73
33. Fecko – Gałowicz K., Półtorak M., Nieckula M., Ławska W., Czynniki wpływające na podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu pielęgniarskiego", [w:] Kędra E., Garwacka – Czachor E., Milecka D.,

Gurowiec P., (red. nauk.) „Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek – kontrowersje i wyzwania”, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Głogów 2022; str. 29.

ROLA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z ZAKAŻENIEM UKŁADU MOCZOWEGO -STUDIUM PRZYPADKU

MARIA MAŁACZYŃSKA, DOROTA MILECKA

Wprowadzenie. Choroby układu moczowego stanowią jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji dzieci na oddziałach szpitalnych [1], a zakażenia układu moczowego plasują się na drugim miejscu wśród najczęściej występujących zakażeń u dzieci, zaraz po zakażeniach układu oddechowego [2]. Na ZUM chłopcy narażeni są bardziej jedynie w okresie noworodkowym oraz wcześniemowlęcym. W innych okresach życia dziewczynki chorują częściej niż chłopcy [3]. Zakażenie występuje u około 0,7-0,8% dziewczynek i 1-2,7% chłopców do 1 roku życia i u około 6-8% dziewczynek i 1-2% chłopców do 7 roku życia [3]. Istnieje wiele czynników sprzyjających rozwojowi zakażenia układu moczowego u dzieci, są nimi: wady anatomiczne, zaburzenia funkcji pęcherza moczowego, refluks pęcherzowo-moczowodowy, cewnikowanie dróg moczowych [2,4], stosowanie pieluch, obecność stulejki u chłopców, niedojrzałość układu immunologicznego w okresie niemowlęcym, przetrzymywanie moczu w pęcherzu i aktywność seksualna u nastolatków [5].

Do zakażeń układu moczowego dochodzi drogą wstępującą. Rozwija się ono na skutek zbyt wolnego usuwania docierających do pęcherza moczowego drobnoustrojów w efekcie czego zyskują one zdolność do namnażania się w organizmie [2]. Częstą przyczyną takiego stanu rzeczy jest: zaleganie moczu w pęcherzu moczowym, nadmierne przepełnianie się pęcherza, duże odstępy czasu pomiędzy mikcjami, stałe bądź częste wnikanie bakterii do światła pęcherza, podrażnienie śluzówki przez czynniki mechaniczne [2]. Najczęstsze patogeny, które wywołują zakażenie układu moczowego to bakterie Gram (-), głównie pałeczka okrężnicy *Escherichia coli* [6], która odpowiedzialna jest za około 80-90% pierwszorazowych epizodów wystąpienia ZUM u dzieci. Kolejnym patogenem wywołującym zakażenie układu moczowego są szczepy *Klebsiella pneumoniae* (4%) [7]. Natomiast za około 30% ZUM u chłopców odpowiedzialne są bakterie znajdujące się pod napletkiem (*Proteus mirabilis*, rzadziej *Proteus vulgaris*) [3]. Na zakażenie bakteriami Gram (+) oraz przez *Klebsiella* spp. bardziej narażone są natomiast noworodki. Istnieje wiele różnych odrębności w zakresie etiologii ZUM ponieważ związane są one z wiekiem oraz występującymi czynnikami ryzyka. U dziewczynek oraz dzieci w starszym wieku często rozpoznaje się patogen jakim jest *Staphylococcus saprophyticus*, natomiast u dzieci do 6 m.ż. należy brać pod uwagę możliwość zakażenia enterokokowego [7]. Istnieją również zakażenia o etiologii grzybiczej. Nie dochodzi do nich często, ale dotyczą

one najczęściej dzieci z wrodzonymi wadami układu moczowego, leczonych antybiotykami, leki immunosupresyjnymi oraz narażone na instrumentację dróg moczowych [8].

Zakażenia układu moczowego dzielą się na zakażenia dotyczące dolnych dróg moczowych (cewka moczowa i pęcherz moczowy) oraz zakażenia dotyczące górnych dróg moczowych czyli ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek [9]. Wyróżnia się także zakażenia proste oraz złożone, a także z uwagi na przebieg kliniczny: typowe i atypowe. Przebieg typowy wywołany jest przez bakterię E. Coli, jest dość łatwy w leczeniu ponieważ wśród objawów nie występują zaburzenia w oddawaniu moczu oraz zaburzenia czynności nerek. W przebiegu atypowym podczas badania podmiotowego stwierdza się natomiast nieprawidłowości lub zaburzenia oddawania moczu. Przebieg takiego zakażenia jest zazwyczaj ciężki, niepoddający się leczeniu, pomimo stosowania antybiotykoterapii przez ponad 48 godzin. Najczęściej wywołane jest czynnikiem innym niż E. Coli. Jako podłoże stwierdza się zazwyczaj wady anatomiczne lub/i czynnościowe układu moczowego [7,8].

Objawy kliniczne zakażenia układu moczowego zależne są od wieku dziecka, u noworodków będą to: zaburzenia termoregulacji, hiperbilirubinemia, ubytek lub brak przyrostu masy ciała, wiotkość, niechęć do ssania, wymioty, niepokój, senność, drgawki, zaburzenia oddychania; u niemowląt oraz dzieci do 2. roku życia: gorączka, zły stan ogólny, płacz przy mikcji, upośledzenie łaknienia, zahamowanie przyrostu masy ciała, wymioty, biegunka, wzdęcia brzucha, przykry zapach moczu; u dzieci w wieku szkolnym: gorączka, dreszcze, bóle okolicy lędźwiowej, nudności, wymioty, bóle brzucha, bóle głowy, dyzuria, częstomocz, moczenie nocne, popuszczanie moczu w ciągu dnia [10].

Najważniejszym badaniem diagnostycznym, koniecznym do wykrycia zakażenia jest badanie moczu [2,5,7,11]. Jednym ze sposobów pobrania moczu do badania jest cewnikowanie pęcherza moczowego, należy jednak pamiętać, że występuje ryzyko przeniesienia zakażenia do wyższych odcinków dróg moczowych [2]. Inną metodą pobrania moczu, najbardziej inwazyjną a zarazem najlepszą (oraz jedyną w przypadku bakterii beztlenowych) [12] jest nakłucie nadłonowe pęcherza moczowego [13]. Jest to najbardziej inwazyjna metoda pobrania moczu z tego względu nie jest często stosowana [14]. Do najczęstszych błędów popełnianych podczas pobierania moczu do badania należą w przypadku wyników fałszywie dodatnich: niedostateczne umycie okolicy ujścia cewki moczowej przed rozpoczęciem pobierania moczu; pobranie moczu z zanieczyszczonego pojemnika czy też z woreczka przyklejonego do okolic krocza; zbyt długi czas oczekiwania oraz niewłaściwe przechowywanie moczu przed badaniem [15]. W przypadku wyników fałszywie ujemnych błędy to: pobranie materiału do badań po wcześniejszym podaniu leków przeciwbakteryjnych oraz niewłaściwe przechowywanie próbki

lub niewłaściwy jej transport [9]. Niezależnie od sposobu w jaki mocz został pobrany do badania materiał powinien zostać dostarczony do laboratorium w przeciągu 2 godzin od pobrania próbki. Jeżeli natychmiastowe dostarczenie jest niemożliwe, mocz należy przechowywać oraz transportować w temperaturze 4°C maksymalnie do 24 godzin. W przypadku, w którym transport moczu do pracowni mikrobiologicznej będzie trwać powyżej dwóch godzin należy zastosować podłoże transportowo-wzrostow. Innym sposobem przedłużenia trwałości moczu jest pobranie moczu do specjalnego pojemnika z konserwantem jakim jest kwas borny [12].

Badanie moczu jest kluczowym elementem diagnostyki zakażenia układu moczowego. Wyróżnia się trzy metody badania moczu: badanie ogólne moczu [3,7]; testy paskowe, dzięki którym można stwierdzić obecność azotynów, świadczących o obecności bakterii, ze względu na przemianę azotanów przez bakterie Gram (-). Testy pomagają również określić aktywność esterazy leukocytów pochodzącej z rozpadających się leukocytów; posiew moczu [3]. Istotnym badaniem w diagnostyce ZUM są badania krwi takie jak OB oraz CRP oraz badania obrazowe takie jak USG nerek, cystouretrografia mikcyjna czy scyntygrafia DMSA [16]. USG jest nieinwazyjną metodą diagnostyczną. Dzieci w wieku od 1 do 4 lat powinny przyjąć przed badaniem ok. 1-2 szklanki płynów, dzieci między 4 a 8 rokiem życia około 2-3 szklanki, a dzieci starsze niż 8 lat powinny przyjąć około 4 szklanki płynów [17].

Leczenie ZUM opiera się na zastosowaniu antybiotykoterapii celowanej [18]. W celu rozpoczęcia prawidłowego leczenia konieczne jest usunięcie nieprawidłowości w zakresie spływu moczu, takich jak na przykład OPM (Odpływ pęcherzowo-moczowodowy) [19]. Antybiotykoterapię w przebiegu ZUM należy podjąć w przeciągu 24-48 godzin od zachorowania, ponieważ po upływie tego czasu w przypadku odmiedniczkowego zapalenia nerek może dochodzić do powstania zmian bliznowatych na nerkach [14,16]. W przypadku objawowego ZUM lekiem z wyboru są cefalosporyny III generacji oraz penicylina półsyntetyczna [20]. Zalecane jest stosowanie tych typów antybiotyków przez okres 10 do 14 dni. Najczęściej wykorzystywane penicyliny półsyntetyczne to: ampicylina/sulbaktam, amoksycylina/kwas kawulanowy oraz trikarcylina [14]. Z cefaloforyn III generacji wykorzystywane są: cefoperazon, ceftazdym, cefotaksym oraz ceftriazon [14]. W przypadku bezobjawowego ZUM zaleconym chemioterapeutycznym jest furagin w dawce 5mg/kg m.c. stosowany przez okres 7 dni [14,21,22]. Bezobjawowej bakteriurii nie należy leczyć lekami przeciwbakteryjnymi. U 80% dzieci wdrożenie takiego leczenia skutkuje wystąpieniem objawowego ZUM, często z przebiegiem gorączkowym [3]. W momencie poprawy stanu zdrowia u dzieci starszych zaleca się zmianę sposobu podawania leków z pozajelitowego na

doustny. W przypadku małych dzieci zasadna jest podaż chemioterapeutyków przez okres 3-4 tygodni [14,23]. W opiece nad dzieckiem z ZUM bardzo ważne jest postępowanie miejscowe m.in. wykonanie nasiadówek (100 g rumianku na 1l wody) [24] oraz stosowanie diety. Należy przedstawić rodzinom listę produktów mających dobry wpływ na złagodzenie bólu podbrzusza oraz takich, które należy unikać ponieważ mogą potęgować odczuwanie bólu. W diecie dziecka z zakażeniem układu moczowego nie powinny znajdować się produkty takie jak: chrzan, czerwony pieprz oraz ostre potrawy, napoje gazowane zawierające dwutlenek węgla oraz słodziki. Należy również podkreślić, że nawet w herbacie znajduje się negatywnie wpływająca na pęcherz kofeina. Do diety pacjenta z ZUM można wprowadzić natomiast takie produkty jak: nabiał, jajka, jagody, banany, borówki oraz porzeczki. Zaleca się wypijanie dużej ilości wody i picie mleka o niskiej zawartości tłuszczu [25]. Dodatkowo pozytywny wpływ na leczenie zakażenia układu moczowego wykazuje spożywanie żurawiny.

Najgroźniejszym powikłaniem zakażenia układu moczowego niewątpliwie jest rozwój nefropatii pozapalnej i niewydolność nerek. Do powikłań tych może dochodzić w momencie powstania dużych zmian bliznowatych w miększu nerek. Nawrotowy charakter choroby może odgrywać kluczową rolę w powstawaniu blizn w nerkach. Czynnikiem ryzyka są również: uwarunkowania genetyczne, uropatie zaporowe, wysokie odpływy OPM oraz występowanie zakażeń do 2 r.ż. [16]. Dodatkowym problemem towarzyszącym dzieciom ze zmianami bliznowatymi nerek jest nadciśnienie tętnicze. Około 10% dzieci z tym typem zmian w nerkach choruje na nadciśnienie tętnicze [5].

Profilaktyka zakażenia układu moczowego opiera się zazwyczaj na metodach niefarmakologicznych: nauczenie dziecka konieczności dbania o higienę osobistą; leczenie zaburzeń czynnościowych pęcherza moczowego [3], zwalczanie zaparć, nauka dziecka regularnego oddawania moczu oraz spożywania odpowiedniej ilości płynów w ciągu dnia [1]. Zauważono również istotne zmniejszenie zachorowalności w przypadku dzieci spożywających żurawinę [26]. Sposobami farmakologicznymi stosowanymi wśród dzieci w grupie ryzyka nawrotu ZUM jest stosowanie przewlekłej profilaktyki przeciwbakteryjnej. Jest ona zalecana w przypadku dzieci z wysokim OPM oraz wadami układu moczowego z zastojem moczu [3]. Nie należy jednak stosować jej rutynowo u dzieci po pierwszym epizodzie ZUM, u których badanie USG nie wykazało nieprawidłowości w obrazie układu moczowego [1]. W przypadku nieodpowiedzialnego zastosowania leczenia profilaktycznego u małych pacjentów może wystąpić lekooporność.

Dziecko w celu prawidłowego rozwoju wymaga zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych takich jak: miłość, więź z najbliższą osobą, aktywność ruchowa, zabawa, nauka

oraz poczucie bezpieczeństwa, o czym nie można zapomnieć w czasie hospitalizacji. Należy także pamiętać, że wśród małych dzieci w czasie hospitalizacji istnieje lęk separacyjny - lęk przed rozłąką z rodzicem. Kolejnym bardzo istotnym elementem opieki nad dzieckiem w okresie hospitalizacji jest komunikacja z dzieckiem, która opiera się głównie na dostosowaniu do poziomu rozwoju i możliwości percepcji dziecka [27].

Cele pracy. Celem pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania u dziecka z zakażeniem układu moczowego, ze szczególnym uwzględnieniem zadań pielęgniarki w diagnostyce i leczeniu dzieci z zakażeniem układu moczowego oraz działań długofalowych ograniczających występowanie zakażeń układu moczowego u dzieci.

Metody badawcze. W badaniu wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Zastosowano techniki takie jak: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji oraz wykonanie podstawowych pomiarów.

Wywiad pielęgniarski przeprowadzono z pacjentem oraz formalnym opiekunem (matką), w oparciu o formularze dostępne na oddziale. Pytania obejmowały funkcjonowanie wszystkich układów: nerwowego, oddechowego, pokarmowego, krążenia, moczowo-płciowego, skóry oraz stanu psychicznego i statusu społecznego.

Obserwacja dziecka była bezpośrednia, jawna oraz bezprzypadkowa. Obserwację prowadzono regularnie przez cały okres pobytu pacjentki na oddziale. Prowadzono ją w celu gromadzenia informacji na temat wyglądu obejmującego typ owłosienia na tułowie, stan higieny okolic intymnych, obecność cech stanu zapalnego okolicy ujścia cewki moczowej oraz zachowania dziecka. Obserwacja była uzupełnieniem wywiadu pielęgniarskiego.

Technikę analizy dokumentacji, wykorzystano w celu poznania historii choroby pacjentki. Pozwoliło to na zapoznanie się ze stanem fizycznym i psychicznym dziecka oraz z potencjalnymi problemami, z którymi może się zmagać. Pozyskane informacje uzupełniły wywiad pielęgniarski.

Technika pomiaru obejmowała pomiar: tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu, temperatury ciała, wagi ciała, wzrostu oraz natężenia bólu. Pomiary wykonano przy użyciu ciśnieniomierza, stetoskopu, termometru, wagi lekarskiej, wzrostomierza, siatek centylowych, skali NRS – do oceny natężenia bólu.

Opis przypadku. Sprawozdanie o stanie chorego: Doba 1. 7-letnia dziewczynka przyjęta została na oddział z powodu podejrzenia zakażenia układu moczowego. W chwili przyjęcia na oddział dziecko niespokojne, występuje lęk przed hospitalizacją. Temperatura ciała 38,3°C, skóra dziecka spocona. Podczas badania klatki piersiowej szmery płucne prawidłowe, w badaniu fizykalnym zauważono nadmierne owłosienie w okolicy tułowia. Lekarz postawił

dotatkową diagnozę- przedwczesne pokwitanie. W wyniku tego dziecko przejawia cechy zmniejszonej samoakceptacji oraz informuje o problemach w kontaktach z rówieśnikami. Dziecko zgłasza ból (3 w skali NRS) i tkliwość podbrzusza, uczucie parcia na mocz oraz pieczenie ujścia cewki moczowej podczas mikcji, niechętnie spożywa posiłki oraz płyny. W wywiadzie matka poinformowała o alergii na białko mleka krowiego, o problemach z zachowaniem higieny występującym u dziecka oraz o sporadycznym występowaniu moczenia nocnego. Dziewczynka zgłasza, że jej złe samopoczucie potęguje częsta konieczność oddawania moczu. Założono venflon, pobrano krew i mocz do badań laboratoryjnych. Przed uzyskaniem wyników włączono antybiotykoterapię empiryczną. W przypadku pacjentki zastosowano Biotaksym 100mg/kg mc./d w 3 dawkach. Zastosowano również leki przeciwgorączkowe Ibum 200mg 3 x/d oraz przeciwbólowo Paracetamol 200 mg 2 x/d na zlecenie lekarza (temperatura ciała obniżyła się do 36,9°C). Parametry życiowe: tętno 102 ud./min, RR 120/70 mmHg.

Doba 2. W drugiej dobie dziecko jest spokojniejsze, przespało noc, nadal zgłasza bóle podbrzusza oraz ból podczas mikcji. Dziewczynka nie gorączkowała. Zastosowano antybiotykoterapię celowaną ze względu na wyszczególnienie patogenu w posiewie moczu. Parametry życiowe w normie. Pacjentka chętnie przyjmuje płyny. Wobec dziecka zastosowano metodę nefarmakologiczną, jaką jest nasiadówka z rumianku. Przyniosło to dziecku ulgę związaną z odczuwanym bólem na okres około dwóch godzin. Wieczorem nasiadówka została powtórzona. Dodatkowo dziecko wypilo herbatę z pokrzywy, która pomaga zmniejszyć odczuwane dolegliwości. Matka zakupiła termofor, dziecko jednak niechętnie z niego korzysta. Dodatkowo wdrożono edukację pacjentki oraz opiekuna w zakresie odpowiedniej higieny okolic krocza, a także stosowania diety pomagającej zwalczyć nawracające zakażenia układu moczowego. Stan ogólny dziecka poprawił się. Matce zaproponowano zgłoszenie się z córką do poradni psychologicznej, w celu poprawy jej samooceny oraz pomocy w zrozumieniu jej stanu zdrowotnego. Kontynuowano podaż leków przeciwbólowych oraz antybiotyku.

Doba 3. Dziecko w kondycji ogólnej dobrej, spokojne, dziewczynka zaczęła chętnie przyjmować posiłki. Nie zgłasza dolegliwości bólowych związanych z oddawaniem moczu ani bólu podbrzusza. Kontynuowano podaż antybiotykoterapii wg karty zleceń lekarskich oraz edukację dziecka oraz matki, nadal wykonywano nasiadówki oraz zaparzano herbatę z pokrzywy. Dziewczynka jest chętna do współpracy z personelem.

Wybrany wobec pacjentki model pielęgnowania. Wobec pacjentki na początkowym etapie zastosowano model pielęgnowania według Virginii Henderson. Opiera się ona na potrzebach człowieka. Autorka tego modelu uważa, że pielęgniarstwo jest przede wszystkim asystowaniem

choremu lub zdrowemu w czynnościach, które pomagają zachować zdrowie lub zapewnić spokojną śmierć, a zostałyby przez niego wykonane, gdyby miał potrzebną mu siłę, wolę lub wiedzę [28]. Należy więc przyjąć, że pielęgniarstwo nie opiera się jedynie na wsparciu w chorobie, ale także na promocji zdrowia oraz edukacji pacjentów. W przypadku pacjentki opisywanej w tej pracy, bardzo istotną rolę odegrała edukacja w zakresie jej jednostki chorobowej oraz sposobów postępowania dzięki którym można zmniejszyć ryzyko nawrotów ZUM. Pielęgniarka dołożyła także wszelkich starań aby zapewnić pacjentce odpoczynek, możliwość komunikacji z innymi, wyrażania swoich emocji, potrzeb oraz co istotne możliwość spędzania wolnego czasu na zabawie.

W kolejnych dniach pobytu model pielęgnowania, którym objęta była pacjentka zmienił się na model samoopieki Dorothei Orem. Autorka tego modelu uważa, że każdy człowiek ma potrzebę do samodzielnej opieki, a obowiązkiem pielęgniarki jest zapewnienie mu możliwości zaspokojenia tej potrzeby [29]. W przypadku pacjentki pielęgniarka oceniła poziom funkcjonowania i jej zdolność do samoopieki. Wdrożyła opiekę opartą na systemie wspierająco-edukacyjnym. System ten wykorzystany został, ponieważ pacjentka była w stanie zapewnić sobie samoopiekę, nie miała jednak do tego odpowiedniej wiedzy. W przypadku edukacji pielęgniarka kierowała, doradzała i udzielała wskazówek na temat utrzymywania higieny okolic krocza, sposobu żywienia pomocnego w celu utrzymania odpowiedniego pH moczu. Metodami użytymi do osiągnięcia tego było: aktywne słuchanie, zrozumienie przeżyć pacjentki, akceptacja, pokaz, pomoc w realizowanych działaniach. W celu uzyskania jak najlepszych wyników leczenia oraz promocji zdrowia do pomocy został włączona matka dziecka. Pomogło to osiągnąć dostateczny poziom wiedzy i motywacji w celu zapobiegania powtórny zakażeniom układu moczowego.

Proces pielęgnowania.

Diagnoza pielęgniarska 1. Gorączka spowodowana zakażeniem układu moczowego.

Cel: Obniżenie temperatury ciała.

Interwencje:

- Obserwacja stanu dziecka, pomiar temperatury co 2 godziny
- Zastosowanie okładów chłodzących
- Podawanie dziecku chłodnych płynów p.o. często w małych ilościach
- Zapewnienie odpowiedniej temperatury otoczenia- temperatura 18-21°C
- Podanie leku na zlecenie lekarza Ibum 200 mg 3 x/dziennie

Ocena: Temperatura ciała zmniejszyła się do 36,9°C

Diagnoza pielęgniarstwa 2. Ból i pieczenie podczas oddawania moczu z powodu ZUM.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości występujących podczas oddawania moczu.

Interwencje:

- Zastosowanie ciepłego okładu (termofor) w okolicy podbrzusza
- Wykonanie nasiadówki z rumianku oraz poinstruowanie matki jak należy ją wykonać w przyszłości
- Utrzymanie czystości okolic intymnych dziewczynki
- Edukacja dziewczynki w temacie higieny okolic intymnych
- Przygotowanie dziecku herbaty z pokrzywy
- Podanie leków na zlecenie lekarza Paracetamol 200 mg 2 x/dziennie oraz Biotaksym 100 mg/kg m.c./dziennie w 3 dawkach.

Ocena: Dolegliwości bólowe oraz dyskomfort zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarstwa 3. Ból w podbrzuszu w przebiegu zakażenia układu moczowego.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Interwencje:

- Ułożenie dziecka w wygodnej pozycji- na boku z podkurczonymi nogami
- Zastosowanie odpowiedniej diety (zwiększenie ilości żurawiny w potrawach oraz jako podawanie w formie przekąski, przygotowanie herbaty z pokrzywy, dieta lekkostrawna)
- Pomiar natężenia bólu, przy każdym kontakcie z dzieckiem za pomocą skali NRS
- Kontrola wypróżnień pacjenta
- Zastosowanie ciepłego termoforu, w okolicy podbrzusza
- Zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza, podanie leku - Paracetamol 200 mg 2 x dziennie

Ocena: Ból został zniwelowany, pacjentka nie zgłasza bólu podbrzusza.

Diagnoza pielęgniarstwa 4. Ryzyko odwodnienia spowodowane niechętnym przyjmowaniem płynów.

Cel: Zmniejszenie ryzyka odwodnienia

Interwencje:

- Ocena ryzyka odwodnienia poprzez obserwację wilgotności śluzówek i napięcia skóry
- Rozmowa z dzieckiem na temat konieczności przyjmowania płynów
- Podawanie płynów do picia
- Prowadzenie bilansu płynów
- W razie konieczności podaż płynów dożylnie na zlecenie lekarza

Ocena: Dziecko zaczęło przyjmować płyny, odwodnienie nie wystąpiło.

Diagnoza pielęgniarska 5. Trudność z utrzymaniem higieny ciała z powodu nadmiernego pocenia się w wyniku występującej u dziecka gorączki.

Cel: Utrzymanie skóry dziecka w czystości.

Interwencje:

- Toaleta całego ciała
- Zmiana bielizny osobistej codziennie oraz pościelowej w razie potrzeby
- Utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu sali, 18-21°C, wilgotność na poziomie 40-60%
- Obserwacja skóry dziecka pod kątem zmian wywołanych przez nadmierne pocenie się takich jak: potówki, odparzenia

Ocena: W wyniku podjętych działań skóra dziecka czysta i sucha.

Diagnoza pielęgniarska 6. Niechęć do przyjmowania posiłków oraz płynów.

Cel: Zmiana nastawienia dziecka do spożywania posiłków i płynów.

Interwencje:

- Podawanie płynów do picia w małych ilościach
- Wy tłumaczenie konieczności spożywania posiłków oraz przyjmowania płynów
- Zadbanie o estetykę oraz formę podawanego posiłku

Ocena: Dziecko zaczęło chętnie przyjmować posiłki oraz płyny.

Diagnoza pielęgniarska 7. Problem z utrzymaniem odpowiedniej higieny okolicy krocza z powodu braku dostatecznej wiedzy na temat zasad i metod utrzymania higieny miejsc intymnych.

Cel: Edukacja dziecka na temat utrzymania higieny miejsc intymnych.

Interwencje:

- Stworzenie odpowiednich warunków w otoczeniu dziecka- zapewnienie intymności
- Przedstawienie prawidłowych sposobów mycia oraz osuszania (mycie okolic cewki moczowej wodą, osuszanie jednorazowym lub codziennie pranym, świeżym ręcznikiem)
- Pomoc i asysta dziecku w wykonywaniu toalety okolic krocza- w przypadku prośby dziecka
- Zachęcenie rodzica do wzięcia czynnego udziału w procesie edukacji swojego dziecka z zakresu higieny
- Wy tłumaczenie konieczności zachowania higieny

Ocena: Dziecko stara się dbać o higienę.

Diagnoza pielęgniarska 8. Lęk związany z przyjęciem do szpitala, hospitalizacją oraz zabiegami leczniczymi oraz badaniami diagnostycznymi.

Cel: Zminimalizowanie poziomu lęku.

Interwencje:

- Wy tłumaczenie dziecku na czym polegają badania oraz zabiegi, a także jaka jest ich zasadność
- Przygotowanie dziecka psychiczne oraz fizyczne do planowanego badania diagnostycznego lub zabiegu leczniczego
- Asystowanie dziecku przed, podczas oraz po badaniu lub zabiegu, tak aby czuło się ono bezpieczne
- Zapewnienie dziecku możliwości spędzania wolnego czasu na czynnościach szczególnie lubianych przez dziecko np. czytanie książek, gry planszowe

Ocena: Lęk dziecka zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 9. Zmniejszona samoakceptacja oraz niechęć do nawiązywania kontaktów rówieśniczych spowodowana nadmiernym owłosieniem tułowia.

Cel: Poprawa samooceny dziecka, nawiązanie kontaktu z rówieśnikami

Interwencje:

- Wy tłumaczenie dziecku procesu przedwczesnego dojrzewania zachodzącego w jego organizmie
- Zaproponowanie matce wizyty u endokrynologa i psychologa
- Zaproponowanie potencjalnych rozwiązań mających na celu zniwelowanie widoczności zmian w wyglądzie- zmniejszenie widoczności owłosienia
- Zachęcenie do zabawy z innymi dziećmi przebywającymi na oddziale

Ocena: Pomimo podjętych działań, dziecko nadal niechętnie nawiązuje kontakty z rówieśnikami, konieczna konsultacja z psychologiem.

Dyskusja. W literaturze przedmiotu badań jednym z najczęściej wymienianych objawów ZUM wśród dzieci jest gorączka [10,14,23], która występuje u większości dzieci bez względu na ich wiek [3]. U dziecka objętego studium indywidualnego przypadku również wystąpiła gorączka 38,3°C stąd na zlecenie lekarza podano lek przeciwgorączkowy oraz zastosowano okłady chłodzące. W badaniu własnym w opiece nad 7 letnią dziewczynką zostały zauważone objawy dyzuryczne: ból i pieczenie w miejscu ujścia cewki moczowej podczas mikcji, potrzebę częstego korzystania z toalety oraz uczucie parcia na mocz. Zgodnie z literaturą przedmiotu są to typowe objawy zakażenia układu moczowego u dzieci [5]. W celu złagodzenia wyżej wymienionych objawów wykonane zostały nasiadówki z rumianku, a także został podany dziecku napar z pokrzywy. Dodatkowo do diety dziecka wprowadzono żurawinę.

Wśród dzieci z zakażeniem układu moczowego kolejnym problemem opisywanym w literaturze jest niechęć do spożywania posiłków oraz płynów [14]. W opiece nad dzieckiem objętym studium przypadku również wystąpiły zaburzenia łaknienia i pragnienia stanowiące ryzyko odwodnienia dziecka. Ze względu jednak na podjęte czynności: częste podawanie płynów oraz zachęcanie dziecka do picia, odwodnienie nie wystąpiło.

Nieodpowiednia higiena miejsc intymnych wpływa na zwiększenie ryzyka wystąpienia zakażenia układu moczowego [3,10]. Problemem pielęgnacyjnym dziecka objętego badaniem opartym na metodzie indywidualnego przypadku także był brak wiedzy na temat właściwej higieny. W związku z powyższym zostały stworzone odpowiednie warunki do zachowania higieny ze szczególnym zwróceniem uwagi na zapewnienie intymności. Pielęgniarka pomagała i asystowała dziecku w wykonywaniu toalety. Do realizacji tego zadania zaangażowana została także matka dziewczynki.

Podstawową metodą diagnostyki zakażenia układu moczowego oprócz badania ogólne moczu jest jego posiew [3,16]. U pacjentki objętej studium indywidualnego przypadku, mocz badanie ogólne oraz posiew moczu także zostały wykonane, a uzyskane wyniki pomogły w określeniu etiologii zakażenia.

Według Cepuch i Perek istotny wpływ na proces leczenia dziecka ma jego nastrój psychiczny, który w momencie przyjęcia do szpitala zostaje zaburzony [27]. Podobny problem wystąpił u dziecka w badaniu własnym. Dziecko wykazywało niepokój oraz lęk w związku z hospitalizacją. W celu stworzenia przyjaznej atmosfery i zdobycia zaufania pacjentki, pielęgniarka wobec chorego dziecka, okazała szczególną troskę i zrozumienie, wytłumaczyła dziecku na czym polegają zlecone zabiegi oraz w jaki sposób są one przeprowadzane. W wolnym czasie zapewniono dziewczynce możliwość zabawy oraz wykonywania ulubionych czynności. Takie postępowanie poprawiło współpracę między pielęgniarką a dzieckiem, uczucie lęku i niepokoju zostało znacznie obniżone.

Wnioski

1. Zakażenia układu moczowego u dzieci ciągle stanowią poważny problem zdrowotny i przyczynę hospitalizacji. Jak podaje literatura przedmiotu, ZUM znajdują się na drugim miejscu wśród najczęściej występujących zakażeń u dzieci, tuż po zakażeniach układu oddechowego.
2. Opieka pielęgnarska wobec dziecka z ZUM w aspekcie pielęgnacyjno-opiekuńczym to przede wszystkim: utrzymanie higieny krocza, przestrzeganie zalecanej diety, łagodzenie dolegliwości w przebiegu ZUM oraz edukacja w zakresie czynników zapobiegających nawrotom choroby.

3. Główne diagnozy pielęgniarskie w przedstawionym studium przypadku związane były z biologicznym funkcjonowaniem dziecka i wynikały wprost z zaostrzenia objawów zakażenia układu moczowego takich jak: gorączka, ból i pieczenie podczas oddawania moczu, ból w podbrzuszu. Nie mniej ważne dla dziecka wyodrębnione zostały także problemy natury psychicznej i społecznej związane z kolejną hospitalizacją dziecka z powodu ZUM, a także z powodu objawów przedwczesnego pokwitania, które wpłynęły na ograniczenia w kontaktach rówieśniczych i niski poziom samoakceptacji dziecka.
4. Plan opieki pielęgniarskiej skoncentrowany był na rozwiązaniu wiodących problemów zdrowotnych takich jak obniżenie gorączki, zmniejszenie objawów dyzurycznych oraz poprawę samopoczucia dziecka związanego z nawracającym ZUM oraz dodatkowo z przykrymi dla dziecka objawami przedwczesnego dojrzewania.
5. Osiągnięte cele opieki oraz poprawa stanu zdrowia dziecka oznacza, że dobór interwencji pielęgniarskich oraz metod i środków do ich realizacji był dostosowany do potrzeb i oczekiwań dziecka.
6. Z uwagi na niski poziom wiedzy dziecka i jego matki na temat ZUM, działania pielęgniarskie obejmowały także edukację na temat zapobiegania nawrotom choroby. Wskazówki obejmowały: zasady utrzymania higieny miejsc intymnych, dobór bielizny, dietę-unikanie potraw zawierających ostre papryczki, czerwony pieprz czy chrzan oraz spożywania w większym zakresie np. żurawiny, picie herbaty z pokrzywy.
7. W celu osiągnięcia długofalowych działań ograniczających występowanie zakażeń układu moczowego u dzieci należy położyć większy nacisk na profilaktykę zakażeń przez edukację rodziców dzieci już na poziomie zadań położnej i pielęgniarki POZ.

Bibliografia:

1. Zwolińska D.: Leczenie zakażeń układu moczowego u dzieci. *Pediatr Med Rodz* 2016, Nr 3 T. 3: 264-275.
2. Dzierżanowska D.: *Antybiotykoterapia praktyczna*. Warszawa: a-medica press, 2018.
3. Nosek H., Dobrowolska A., Ocelewska I.: *Pediatriczna i pielęgniarstwo pediatryczne*. Wydanie I, Kraków: Help Med, 2014.
4. Wachnicka-Bąk A., Jobs K., Jung A. i współpracownicy: Kamica układu moczowego u dzieci w wieku 0–3 lata w badaniach własnych z uwzględnieniem współwystępowania wad i zakażeń układu moczowego. *Pediatr Med Rodz* 2016, Nr 2 T. 12.: 164-170.
5. Szmigielska A.: Zakażenie układu moczowego u dzieci. *ALGOTYTMY W PEDIATRII* 2021. Vol 29 7019-7022.
6. Ching C., Schwartz L., Spencer J. D. at all.: Innate immunity and urinary tract infection. *Pediatric Nephrology*, 2020; 35: 1183-1192.

7. Litwin M., Niemirska A. *Pediatrica I*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2018.
8. Porczyński M., Porczyńska J., Haładaj K.: Zakażenie układu moczowego u dzieci do 3. roku życia. *Pediatrica ogólna*; 2019; Vol 27 Nr 3: 359-363.
9. Dudzicz S., Więcek A.: Zakażenie układu moczowego - sposób postępowania z uwzględnieniem oporności na antybiotyki. *Medycyna po Dyplomie*; luty 2019: 44-53.
10. Zarzycka D., Emeryk E.: *Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2020.
11. Jarmoliński T.: Zakażenie układu moczowego u noworodka- kilka refleksji nefrologa. *Medycyna po Dyplomie*, kwiecień 2018: 24-34.
12. Dudkiewicz B. Diagnostyka chorób infekcyjnych układu moczowego. [w:] Szewczyk E.M. *Diagnostyka Bakteriologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA, 2019, s. 376-389.
13. Hudson A., Rodrigo L.P., MD Romeo. at all.: Urinary tract infection in children. *CMAJ*; 2017, April 24: E608.
14. Barć-Czarnecka M., Dyduch A., Morawiec-Knysak A. i współpracownicy: *Choroby układu moczowego*. [w:] Dyduch A.: *Pediatrica*. Tom I, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2009, s. 303-305.
15. Kurpas D.: Zakażenie układu moczowego. [w:] Ślusarska B., Marcinowicz Z., Kocka K.: *Pielęgniarstwo rodzinne i opieka środowiskowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019, s. 251-263.
16. Bochniewska V., Jung A., Żuber J.: Zakażenie układu moczowego u dzieci. *Pediatr Med Rodz*, 2012; Vol 8, Nr 1: 12-22.
17. Banaszkiwicz A., Dziekiewicz M., Pęczkowska B.: Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej u dzieci. 2011; T.8: 297-299.
Lee L., Lorenzo A., Koyle M.: Rola cystouretrografii fikcyjnej w badaniu dzieci z zakażeniami dróg moczowych. *Czy Urol Assoc J*. 2016; 10: 210-214.
18. Borkowski A.: *Urologia podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015.
19. Drewna T., Juszcak K.: *Urologia ilustrowany podręcznik dla studentów i stażystów*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2018.
20. Muscari M. E.: *Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010.
21. Żurowska A., Wasilewska A., Jung A. i współpracownicy: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej dotyczące postępowania z dzieckiem z zakażeniem układu moczowego. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2016; Vol. 10, Nr 4: 159-178.
22. Holecki M., Chudek J.: Standardy leczenia zakażeń układu moczowego. *Medycyna po Dyplomie*, 2016: 52-58.
23. Szalast A., Dudzicz P.: Pielęgnacja dziecka z zakażeniem układu moczowego. *Nowa Pediatrica*, 2012; 1: 12-20.
24. Górka N.: Jak przygotować nasiadówkę?. <https://gemini.pl/poradnik/arttykul/jak-przygotowac-nasiadowke/> [dostęp: 7.11.2023].

25. Kobuszewska S.: Masz problemy z pęcherzem? Unikaj tych produktów. <https://zywienie.medonet.pl/diety/diety-w-chorobach/masz-problemy-z-pecherzem-unikaj-tych-produktow/qy41tn4> [dostęp: 7.11.2023].
26. Kiliś-Pstrusińska K.: Zakażenia układu moczowego u dzieci – co nowego 2012/2013?. *Family Medicine & Primary Care Review* 2013; 15, 2: 227-230.
27. Cepuch G., Perek M.: Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012.
28. Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010.
29. Servitum: Planowanie opieki. O modelach Viginii Henderson i Dorothei Orem. <https://servitum.pl/poradniki/planowanie-opieki-o-modelach-virginii-henderson-i-dorothei-orem/> [dostęp: 7.11.2023].

ZACHOWANIA AGRESYWNE WOBEC PERSONELU MEDYCZNEGO SOR I ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

ANNA DĄBROWSKA, ARTUR METERA

Zachowania agresywne pacjentów są częstym zjawiskiem w pracy zawodowej pracowników medycznych. Agresja może być spowodowana frustracją, niezadowoleniem z funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego czy też placówek medycznych. Wpływa na to stan psychofizyczny pacjentów często wynikający z działania używek, chorób o podłożu psychicznym, ale także chorób somatycznych i towarzyszących im dysfunkcji organizmu.

Celem pracy jest określenie częstości, form występowania agresji oraz charakterystyka pacjenta agresywnego na podstawie badań własnych, którymi objęto przedstawicieli zawodów medycznych zatrudnionych w szpitalnym oddziale ratunkowym w Lesznie oraz w zespołach ratownictwa medycznego w Lesznie i w Górze.

Pojęcie agresji. Włodzimierz Szewczuk definiuje agresję, jako „wszelkie działania (fizyczne lub słowne), którego celem jest wyrządzenie krzywdy fizycznej lub psychicznej, rzeczywistej lub symbolicznej jakiejś osobie lub czemuś, co je zastępuje” [1].

Formy i rodzaje agresji. Naukowcy posługują się terminem - agresja, przez który rozumieją zachowanie mające na celu spowodowanie fizycznej lub psychicznej szkody.

Chociaż z perspektywy ofiary skutkiem agresji jest zawsze fizyczne oraz psychiczne cierpienie, z perspektywy jej wykonawcy, może ona dostarczać szeregu przyjemnych doznań, rozładowania napięcia oraz satysfakcji.

Oczywiście agresja doświadczana w pracy wpływa także na jakość samej pracy, obniżając jej efektywność i poziom satysfakcji, a także przyczyniając się do częstszych konfliktów ze współpracownikami, chęci zmiany pracy, rutynowego wykonywania swoich obowiązków, obniżenia poziomu zaufania i podważenia zasad etyki zawodowej [2].

SOR jest bardzo ważnym elementem opieki zdrowotnej stanowiąc w swej istocie łącznik pomiędzy społeczeństwem a szpitalem, pomiędzy „postępowaniem przedszpitalnym, a szpitalnym leczeniem specjalistycznym”, gdzie pacjent trafia w pierwszej kolejności [3].

Analiza zachowań agresywnych powinna odnosić się do kategorii doświadczenia indywidualnego, która uwzględnia m.in. określone schematy poznawcze oraz struktury wiedzy społecznej obejmujące m.in. reakcje społeczne na zachowania agresywne. Stanowią one z jednej strony „zapowiedź” zachowań agresywnych, z drugiej strony są ich konsekwencją. Sprawcę przemocy cechuje: niska wrażliwość, brak empatii, niepewność tożsamościowa (męskość podawana w wątpliwość), niskie poczucie własnej wartości, niska świadomość

i umiejętność rozpoznawania stanów emocjonalnych, łatwość popadania w złość i gniew, zaborczość, niska samokontrola agresji oraz tendencja do jej racjonalizacji. Wszystkie te tendencje mogą ulec intensyfikacji pod wpływem środków odurzających lub alkoholu [4].

Cel pracy i problemy badawcze. Głównym celem pracy była analiza zachowań agresywnych ze strony pacjentów wobec personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego i zespołów ratownictwa medycznego.

W badaniu zwrócono także uwagę na świadomość ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszom publicznym podczas wykonywania obowiązków służbowych oraz zakres korzystania z niej przez badane osoby.

Na podstawie głównego celu pracy postawiono następujące problemy badawcze:

1. Czy **wiek oraz płeć pacjentów agresywnych** były związane z:
 - a. różnym rodzajem agresji zależnie od płci personelu medycznego doświadczającego agresji?
 - b. reakcją agresywną zależną od przyczyny jej wywołania,
 - c. rodzajem agresji,
2. Czy **płeć, wiek oraz staż pracy personelu medycznego determinowały**:
 - a. sposób reagowania na agresję słowną,
 - b. sposób reagowania na agresję fizyczną,
 - c. poczucie bezpieczeństwa w miejscu pracy w związku z występowaniem agresji ze strony pacjentów.

Materiał i metody badawcze. Badaniem własnym objęto 66 pracowników medycznych pracujących w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Lesznie oraz w Zespołach Ratownictwa Medycznego w Lesznie i w Górze. Okres przeprowadzania badania to kwiecień – lipiec 2022 roku. W celu uzyskania danych wykorzystano technikę sondażu diagnostycznego, natomiast narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

Weryfikacji hipotez badawczych dokonano z wykorzystaniem testu statystycznego χ^2 (chi kwadrat). Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$ przy którym zachodził związek istotny statystycznie pomiędzy badanymi zmiennymi.

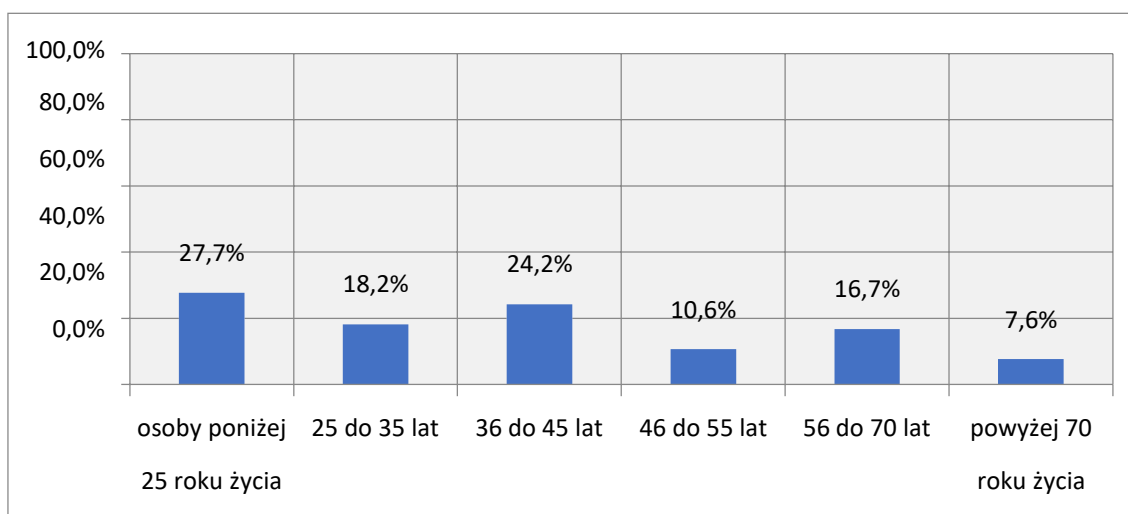
Dla celów prognostycznych wykonano estymację przedziałową zmodyfikowaną metodą Wald'a dla wybranych parametrów.

Estymacja to dział wnioskowania statystycznego będący zbiorem metod pozwalających na uogólnianie wyników badania próby losowej na nieznaną postać i parametry rozkładu zmiennej losowej całej populacji. W estymacji przedziałowej operuje się pojęciem przedziału ufności, czyli przedziału, do którego z pewnym prawdopodobieństwem należy szukana wartość

Charakterystyka grupy badanej. Płeć personelu medycznego. W badanej grupie znalazło się 45,5% (N=30) kobiet oraz 54,5% (N=36) mężczyzn. Wśród badanych pracowników stwierdzono, że 30,3% (N=21) ankietowanych było w wieku 41 do 50 lat, 27,3% (N=18) wskazało wiek w przedziale 31 do 40 lat. respondenci mający 51 do 60 lat stanowili 21,2% (N=14) badanej zbiorowości. Wiek 20 do 30 lat stwierdzono u 16,7% (N=11) respondentów a powyżej 60 lat w liczbie 4,5% (N=3).

Staż zawodowy personelu medycznego. Połowa badanych pracowników posiadała staż pracy dłuższy niż 20 lat 50,0% (N=33). Staż pracy 16 do 20 lat dotyczył 18,2% (N=12) badanych, 11 do 15 lat 12,1% (N=8) respondentów, poniżej 5 lat 12,1% (N=8). Najbardziej ankietowane osoby wskazywały odpowiedź świadcząca o stażu pracy 5 do 10 lat 7,6% (N=5).

Wiek pacjentów stosujących agresję. Wiek pacjentów stosujących agresję - głównie były to osoby młode poniżej 25 roku życia 22,7% (N=15), oraz w wieku 36 do 45 lat 24,2% (N=16). Wiek pacjentów stosujących agresję w przedziale 25 do 35 wskazało 18,2% (N=12) badanych a w grupie wiekowej 55 do 70 lat 16,7% (N=11). W mniejszym stopniu personel spotykał się agresją osób w wieku 46 do 55 lat 10,6% (N=7), powyżej 70 roku życia 7,6% (N=5).



Ryc. 1. Wiek pacjentów stosujących agresję, z jakimi spotkali się badani- rozkład procentowy
Źródło: badanie własne

Płeć pacjentów stosujących agresję, z jakimi spotkali się badani. W opiniach ankietowanych zachowania agresywne z jakimi spotkali się ankietowani pochodziły głównie od mężczyzn 65,2% (N=43). Kobiety jako agresor zostały wskazane przez 34,8% (N=23) respondentów.

Przyczyny zachowań agresywnych ze strony pacjentów. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź. W opiniach ankietowanych pracowników medycznych najczęściej przyczyną zachowań agresywnych pacjentów był długi czas oczekiwania na pomoc 65,2%

(N=43). Co czwarty z uczestników badania uznał, że nie był znany powód zachowania agresywnego ze strony pacjentów 28,8% (N=19) lub powodem było niezadowolenie z udzielonej pomocy (N=18; 27,3%). Niespełnienie oczekiwań oraz dezorientacja, stres z powodu sytuacji, w jakiej znalazł się pacjent wskazało 12,1% (N=8) ankietowanych. 10,6% (N=7) ankietowanych wskazało jako powód odmowę zrealizowania przedstawianych przez pacjenta żądań. W mniejszym stopniu powodem agresji pacjentów był lęk o własne zdrowie (N=5; 7,6%) oraz nieudzielenie informacji na temat zdrowia (N=2; 3,0%).

Tabela 1. Przyczyny zachowań agresywnych ze strony pacjentów

	N	%
Długi czas oczekiwania na pomoc	43	65,2
Powód nieznan	19	28,8
Niezadowolenie z udzielonej pomocy	18	27,3
Niespełnienie oczekiwań	8	12,1
Dezorientacja, stres z powodu sytuacji, w jakiej znalazł się pacjent	8	12,1
Odmowa zrealizowania żądań	7	10,6
Lęk o własne zdrowie	5	7,6
Nieudzielenie informacji na temat zdrowia	2	3,0

Źródło: badanie własne

Formy agresji ze strony pacjentów. Najczęściej ankietowani wskazywali na podniesiony głos/zaczepki (N=35; 53,0%), wulgaryzmy (N=15; 22,7%) oraz bicie personelu (N=13; 19,7%). W mniejszym stopniu respondenci wskazywali odpowiedzi: szarpanie/ popychanie (N=11; 16,7%), groźby/ zastraszanie (N=9; 13,6%) oraz obraźliwe przezwiska (N=3; 4,5%). Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

Tabela 2. Formy agresji ze strony pacjentów

	N	%
Podniesiony głos, zaczepki	35	53,0
Wulgaryzmy	15	22,7
Bicie personelu	13	19,7
Szarpanie, popychanie	11	16,7
Groźby zastraszanie	9	13,6
Obrażliwe przezwiska	3	4,5
Inne zachowania	0	0

Źródło: badanie własne

Stan pacjenta, z jakim najczęściej związane były zachowania agresywne pacjentów. Głównymi stanami związanymi ze zdrowiem pacjentów przejawiających zachowania agresywne był: wpływ substancji psychotropowych (N=57; 86,4%), stan po spożyciu alkoholu (N=51; 77,3%), zaburzenia psychiczne (N=45; 68,2%) oraz uraz czaszkowo- mózgowy (N=39; 59,1%).

Tylko 22,7% (N=15) wskazało na ostrą reakcję na stres a 10,6% (N=7) na inne przyczyny związane ze zdrowiem.

Tabela 3. Stan pacjenta, z jakim najczęściej związane były zachowania agresywne pacjentów

	N	%
Wpływ substancji psychotropowych	57	86,4
Stan po spożyciu alkoholu	51	77,3
Zaburzenia psychiczne	45	68,2
Urazy czaszkowo- mózgowie	39	59,1
Ostra reakcja na stres	15	22,7
Inne przyczyny	7	10,6

Źródło: badanie własne

Poczucie bezpieczeństwa w miejscu pracy. Kolejne z pytań ankietowych dotyczyło opinii o poczuciu bezpieczeństwa w miejscu pracy. Ankietowani uznający, że czują się bezpiecznie w czasie pracy stanowili 51,5% (N=34) badanej zbiorowości. Brak poczucia bezpieczeństwa w miejscu pracy dotyczył 47,0% (N=31) respondentów. odpowiedzi nie uzyskano od jednego ankietowanego (N=1; 1,5%).

Płeć ankietowanych pracowników a wiek pacjentów wykazujących zachowania agresywne.

Badany personel medyczny wskazujący wiek pacjentów z zachowaniem agresywnym do 35 lat to 42,2% (N=17) ankietowanych mężczyzn oraz 33,3% (N=10) kobiet. Wiek agresora 36 do 55 lat wskazało 40,0% (N=12) kobiet i 30,6% (N=11) mężczyzn. Respondenci, którzy uznali, że spotkali się z agresją pacjentów mających więcej niż 55 lat to 26,7% (N=8) badanych kobiet oraz 22,2% (N=8) mężczyzn.

Dane uzyskane dla badanej zależności wraz z wynikiem wnioskowania statystycznego przy poziomie istotności $p < 0,05$ pozwoliły na stwierdzenie, że płeć badanego personelu medycznego nie była w istotnym stopniu związana z wiekiem pacjentów wykazujących zachowania agresywne.

Płeć ankietowanych pracowników a płeć pacjentów wykazujących zachowania agresywne.

W badaniu własnym zaobserwowano, że personel medyczny płci żeńskiej częściej spotykał się z zachowaniami agresywnymi ze strony kobiet (N=14; 46,7%) niż personel męski (N=9; 25,0%). Mężczyźni jako agresor zostali wskazani przez 75,0% (N=27) badanych płci męskiej oraz 53,3% (N=16; 53,3%) płci żeńskiej.

Przeprowadzona analiza uzyskanych danych pokazały, że płeć pacjentów stosujących agresję podczas udzielania im świadczeń medycznych nie była związana z płcią badanego personelu medycznego.

Mężczyźni rzadko spotykali się z agresją ze strony kobiet, natomiast częściej spotykali się z agresją ze strony mężczyzn. Natomiast kobiety spotykały się w przybliżonym stopniu z agresją ze strony kobiet jak i mężczyzn.

Płeć pacjentów agresywnych a przyczyny zachowania agresywnego. W badaniu poddano analizie także związek pomiędzy płcią pacjenta przyczynami ich zachowań agresywnych. Długi czas oczekiwania, jako przyczyna zachowania agresywnego pacjentów w porównywalnym stopniu wystąpiła u pacjentów płci żeńskiej (N=4; 17,4%) jak i męskiej (N=7; 16,3%). Niespełnienie oczekiwań było powodem agresji w przypadku 17,4% (N=4) kobiet oraz 9,3% (N=4) mężczyzn. W przypadku odmowy zrealizowania żądań, jako powodu agresji stwierdzono, że częściej dotyczyła ona pacjentek (N=4; 17,4%) niż pacjentów (N=3; 7,0%).

Lęk o własne zdrowie jako przyczyna zachowań agresywnych dotyczył 8,7% (N=2) pacjentek oraz 7,0% (N=3) pacjentów. Zaobserwowano także, że dezorientacja czy stres z powodu konieczności korzystania z pomocy medycznej jako powód zachowania agresywnego dotyczył 14,0% (N=6) mężczyzn oraz 8,7% (N=2) kobiet.

Niezadowolenie z udzielonej pomocy medycznej jako powód zachowania agresywnego w opiniach badanych dotyczył 21,7% (N=5) kobiet oraz 30, % (N=13) mężczyzn.

Wiek pacjentów agresywnych a przyczyny zachowania agresywnego. W opinii badanych długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia jako powód agresywnego zachowania pacjenta, głównie pacjentów mających więcej niż 55 lat (N=4; 25,0%).

Niespełnienie oczekiwań pacjentów jako przyczyna agresji pacjenta zdaniem 26,1% (N=6) badanych dotyczyła pacjentów mających 36 do 55 lat oraz 12,5% (N=2) w wieku powyżej 55 lat.

Respondenci wskazujący odmowę zrealizowania żądań jako powód agresji zdaniem 13,0% (N=3) badanych dotyczyła pacjentów w wieku 36 do 55 lat, ale także 11,1% (N=3) w wieku do 35 lat i 6,3% (N=1) mających więcej niż 55 lat.

Lęk o własne zdrowie jako powód zachowań agresywnych zdaniem personelu medycznego dotyczył w 13,0% (N=3) pacjentów w wieku 36 do 55 lat oraz w 12,5% (N=2) mających powyżej 55 lat.

Dezorientacja, stres z powodu sytuacji, w jakiej się znalazł się pacjent jako powód agresji w opiniach ankietowanych dotyczył w 25,0% (N=4) pacjentów w wieku powyżej 55 lat, w 11,1% (N=3) w wieku do 35 lat i 4,3% (N=1) mających 36 do 55 lat.

Nieudzielenie informacji na temat stanu zdrowia jako powód agresywnego zachowania pacjentów zdaniem personelu medycznego dotyczyło wyłącznie pacjentów w wieku do 35 lat (N=2; 7,4%).

W przypadku niezadowolenia z udzielonej pomocy medycznej w opiniach badanych czynnik ten występował najczęściej wśród pacjentów w wieku 36 do 55 lat (N=8; 34,8%) oraz w mniejszym stopniu mających do 35 lat (N=7; 25,9%) i mających powyżej 55 lat (N=3; 18,8%).

Nieznany powód agresji pacjentów zdaniem uczestników badania najczęściej dotyczył pacjentów mających do 35 lat (N=11; 40,7%). Brak powodu agresji wskazano także u pacjentów mających 36 do 55 lat (N=6; 26,1%) oraz w wieku powyżej 55 lat (N=2; 15,5%). Na podstawie przeprowadzonej analizy wykazano, że istniała istotna zależność pomiędzy wiekiem pacjentów a zachowaniami agresywnymi z powodu niespełnienia oczekiwań, co do usług medycznych. Stwierdzono, że ten czynnik zachowań dotyczył głównie pacjentów do 35 roku życia. W przypadku pozostałych przyczyn zachowań agresywnych nie wykazano, aby w istotnym stopniu związane one były z wiekiem pacjentów.

Płeć pacjentów agresywnych a rodzaj zachowań agresywnych. W badaniu własnym zwrócono także uwagę na opinie personelu medycznego zakresie rodzaju doświadczanej agresji z uwzględnieniem płci pacjentów. Podniesiony głos, zaczepki jako rodzaj zachowań agresywnych zdaniem badanych dotyczyły w 53,5% (N=23) mężczyzn oraz w 52,2% (N=12) kobiet. W opiniach badanych wulgaryzmy wystąpiły u 26,1% (N=6) kobiet oraz 20,9% (N=9) mężczyzn.

Groźby, zastraszanie w opiniach personelu medycznego, jako formy agresji ze strony pacjentów w opiniach badanych dotyczyły częściej mężczyzn (N=8; 18,6%) niż kobiet (N=1; 4,3%). Stosowanie wulgaryzmów występowało u 26,1% (N=6) kobiet oraz 20,9% (N=9) mężczyzn. Badany personel medyczny uważający, że groźby i zastraszanie, jako formy agresji pacjentów występowały częściej w przypadku mężczyzn (N=8; 18,6%) niż kobiet (N=1; 4,3%). Obrażliwe przezwiska jako formy agresji z jakimi spotkali się respondenci dotyczyły tylko pacjentów płci męskiej (N=3; 7,0%). Szarpanie i popychanie ze strony pacjentów dotyczyły w porównywalnym stopniu pacjentów (N=8; 18,6%) oraz pacjentek (N=3; 13,0%). Z biciem jako formą zachowań agresywnych personel medyczny częściej spotykał się ze strony kobiet (N=6; 26,1%) niż mężczyzn (N=7; 16,3%).

Przeprowadzona analiza pokazała, że pomiędzy badanymi zmiennymi nie zachodził związek istotny statystycznie. Formy agresji przejawianej przez pacjentów nie były związane z płcią pacjentów.

Wiek pacjentów agresywnych a rodzaj zachowań agresywnych.

Tabela 4. Wiek pacjentów agresywnych a rodzaj zachowań agresywnych

	Wiek agresywnych pacjentów						χ^2	P
	Do 35 lat		36 do 55 lat		Powyżej 55 lat			
	N	%	N	%	N	%		
Podniesiony głos, zaczepki	15	55,6	14	60,9	6	37,5	2,186	0,335*
Wulgaryzmy	11	40,7	3	13,0	1	6,3	8,690	0,013**
Groźby, zastraszanie	3	11,1	4	17,4	2	12,5	0,439	0,803*
Obrażliwe przezwiska	0	0	2	8,7	1	6,3	2,306	0,316*
Szarpanie, popychanie	3	11,1	4	17,4	4	25,0	1,409	0,494*
Bicie personelu	3	11,1	5	21,7	5	31,3	2,669	0,263*

* *nieistotne statystycznie*

** *istotne statystycznie*

Źródło: badanie własne

Analizując uzyskane dane zaobserwowano, że wulgaryzmy, jako forma zachowań agresywnych występowała głównie wśród pacjentów w wieku do 35 lat. Zaobserwowana zależność była istotna przy $p < 0,05$. W przypadku pozostałych form zachowań agresywnych pacjentów nie stwierdzono, aby w istotnym stopniu z wiązane były one z wiekiem pacjentów korzystających z świadczeń medycznych.

Staż pracy personelu medycznego a sposób reagowania na agresję słowną ze strony pacjentów.

W grupie badanych ignorujących agresję słowną ze strony pacjentów zdominowali respondenci ze stażem pracy w zawodzie do 10 lat ($N=9$; 69,2%). Ta forma reakcji została także wskazana przez 27,3% ($N=9$) badanych ze stażem powyżej 20 lat oraz 26,3% ($N=5$) pracujących 11 do 20 lat.

Badany personel medyczny, który uznał, że na agresję słowną pacjentów reagował spokojną rozmową to 72,7% ($N=24$) ankietowanych ze stażem pracy powyżej 20 lat, 69,2% ($N=9$) do 10 lat oraz 52,6% ($N=10$) pracujących w zawodzie 11 do 20 lat. Prośzenie o zmianę zachowania jako sposób reakcji na zachowania agresywne w formie słownej wskazało 69,2% ($N=9$) respondentów z stażem do 10 lat oraz 57,9% ($N=11$) z stażem 11 do 20 lat i 54,9% ($N=18$) pracujących dłużej niż 20 lat.

Wśród badanych informujących o możliwości wezwania policji w przypadku agresji słownej pacjentów znalazło się 78,9% ($N=15$) ankietowanych z stażem zawodowym 11 do 20 lat, 69,2% ($N=9$) pracujących do 10 lat oraz 66,7% ($N=22$) dłużej niż 20 lat.

Kłócenie się z pacjentem w przypadku agresji słownej stwierdzono w przypadku 15,8% (N=3) badanych ze stażem pracy 11 do 20 lat oraz 3,1% (N=1) dłuższym niż 20 lat.

Na podstawie przeprowadzonej analizy zaobserwowano, że ignorowanie zachowań agresywnych częściej dotyczyło personelu ze stażem pracy nie dłuższym niż 10 lat. Zaobserwowana zależność była istotna przy $p < 0,05$. W przypadku pozostałych sposobów reagowania na agresję słowną nie stwierdzono, aby w istotny sposób związane były one ze stażem zawodowym personelu medycznego.

Płeć badanych a sposób reagowania na agresję fizyczną. Ankietowani, którzy na agresję fizyczną ze strony pacjentów reagowali ucieczką/ wycofaniem to 23,3% (N=7) kobiet oraz 13,9% (N=5) mężczyzn. Stosowanie obrony lub próby opanowania napastnika stwierdzono w przypadku 44,4% (N=16) mężczyzn oraz 6,7% (N=2) kobiet. W grupie respondentów wzywających pomocy w przypadku agresji fizycznej ze strony pacjenta znalazło się 70,0% (N=21) kobiet oraz 41,7% (N=15) mężczyzn.

Tabela 5. Płeć badanych a sposób reagowania na agresję fizyczną

	Płeć ankietowanych pracowników			
	Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	N	%
Ucieczka/ wycofanie	7	23,3	5	13,9
Obrona/ próba opanowania napastnika	2	6,7	16	44,4
Wezwanie pomocy	21	70,0	15	41,7
Ogółem	30	100,0	36	100,0

$$\chi^2 = 11,774; p < 0,05 (p = 0,003)**$$

** istotne statystycznie

Źródło: badanie własne

Na podstawie przeprowadzonej analizy uzyskanych danych zaobserwowano, że personel medyczny płci żeńskiej częściej, jako formę reagowania na agresję fizyczną ze strony pacjentów reagował ucieczką lub wycofaniem natomiast męską część badanego personelu częściej stosowała próbę obrony/ opanowania napastnika lub wzywała pomocy. Zaobserwowana zależność była istotna przy $p < 0,05$.

Staż pracy badanych a sposób reagowania na agresję fizyczną. Analizie poddano także wpływ stażu pracy badanych na rodzaj stosowanych działań w przypadku agresji fizycznej ze strony pacjentów. Stosowanie ucieczki lub wycofania się stwierdzono w przypadku 20,0% (N=4) ankietowanych ze stażem 11 do 20 lat, 18,2% (N=6) pracujących dłużej niż 20 lat oraz 15,4% (N=2) ze stażem zawodowym nie dłuższym niż 10 lat.

Obrona lub próby obezwładnienia napastnika dotyczyła najczęściej respondentów ze stażem do 10 lat (N=6; 46,2%). Odpowiedź taką wskazało także 25,0% (N=5) badanych pracujących w zawodzie 11 do 20 lat oraz 21,2% (N=7) dłużej niż 20 lat.

Wśród ankietowanych wzywających pomocy w przypadku agresji fizycznej dominowali badani pracujący dłużej niż 20 lat (N=20; 60,6%) oraz 11 do 20 lat (N=11; 55,0%). W mniejszym stopniu ta forma działania wybierana była przez osoby ze stażem pracy do 10 lat (N=5; 38,5%).

Przeprowadzona analiza badanych pozwoliła na przyjęcie wniosku, że staż zawodowy personelu medycznego nie był w istotnym stopniu związany z rodzajem działań stosowanych w przypadku agresji fizycznej ze strony pacjentów.

Płeć badanych a poczucie bezpieczeństwa w pracy. W grupie badanych pracowników medycznych mających poczucie bezpieczeństwa w miejscu pracy znalazło się 55,6% (N=20) mężczyzn oraz 48,3% (N=14) kobiet. Brak poczucie bezpieczeństwa w pracy dotyczył 51,7% (N=15) badanych kobiet oraz 44,4% (N=16) mężczyzn.

Uwzględniając uzyskane dane stwierdzono, że płeć personelu medycznego zatrudnionego w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zespołach ratownictwa medycznego nie była związana z ich poczuciem bezpieczeństwa w miejscu pracy.

Miejsce zatrudnienia a częstość występowania agresji ze strony pacjentów. Uczestnicy badania spotykający się z przejawami agresji ze strony pacjentów w swej pracy codziennie to 8,1% (N=3) respondentów pracujących w zespołach ratownictwa medycznego oraz 6,9% (N=2) zatrudnionych w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Dość często 75,9% (N=22) zachowania agresywne pacjentów występowały w przypadku badanych pracujących w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz 35,1% (N=13) zatrudnionych w zespołach ratownictwa medycznego.

Ankietowani uważający, że czasami w miejscu pracy spotykają agresywnych pacjentów to 40,5% (N=15) badanych pracujących w zespołach ratownictwa medycznego i 17,2% (N=5) w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Rzadko z przejawami agresji w miejscu pracy ze strony pacjentów spotykali się wyłącznie respondenci pracujący w zespołach ratownictwa medycznego (N=6; 16,2%).

Analizując uzyskane dane w przeprowadzonej analizie zaobserwowano, że zachowania agresywne pacjentów częściej dotyczyły personelu pracującego w szpitalnym oddziale ratunkowym, występowanie zachowań agresywnych w zespołach ratownictwa medycznego występowało rzadziej. Uwzględniając wynik wnioskowania statystycznego przy $p < 0,05$ stwierdzono, że zaobserwowana zależność była istotna statystycznie.

Płeć personelu medycznego a częstość występowania agresji ze strony pacjentów. W grupie badanych pacjentów spotykających się codziennie z przejawami agresji ze strony pacjentów znalazło się 8,3% (N=3) ankietowanych mężczyzn oraz 6,7% (N=2) kobiet.

Dość często zachowania agresywne pacjentów w pracy zawodowej miały miejsce w przypadku 73,3% (N=22) ankietowanych kobiet i 36,1% (N=13) mężczyzn.

Pogląd, że agresja ze strony pacjentów występuje czasem stwierdzono w odniesieniu do 44,4% (N=16) mężczyzn oraz 13,3% (N=4) kobiet.

Rzadko przejawami zachowań agresywnych pacjentów w swej pracy zawodowej spotykało się 11,1% (N=4) badanych mężczyzn i 6,7% (N=6) kobiet.

Przeprowadzona analiza uzyskanych danych pokazała, że personel płci żeńskiej zdecydowanie częściej w swej pracy spotykał się z zachowaniem agresywnym pacjentów. Dane te wraz z wynikiem wnioskowania statystycznego przy $p \leq 0,05$ pozwoliły na stwierdzenie, że płeć personelu medycznego miała istotny związek z częstością doświadczania zachowań agresywnych pacjentów w miejscu pracy.

Portret agresora.

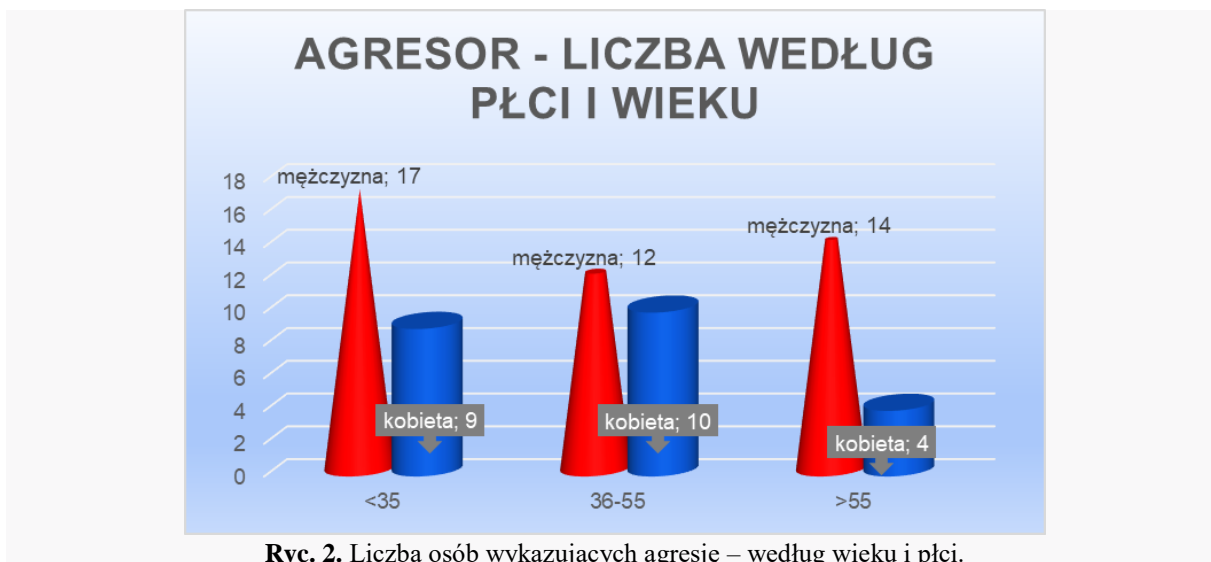
Mężczyzna	65,2%
Wiek <45 lat	65,2%
Długi czas oczekiwania na SOR	65,2%
Podniesiony głos/zaczepek	53%
Wpływ psychotropów	86,4%
/alkoholu	77,3%
Bezkarny	65,2%



Z przeprowadzonych badań wynika, że **wiek pacjentów** stosujących agresję z jakim najczęściej spotykali się ankietowani był poniżej 45 roku życia 65,2% (N=43). Przeprowadzona estymacja wykazała, że taki wiek osób agresywnych z 95% prawdopodobieństwem będzie stwierdzony w 53,1 do 75,6% przypadków.

Zachowania agresywne z jakimi spotkali się ankietowani pochodziły **głównie od mężczyzn** (N=43; 65,2%). Przeprowadzona estymacja wykazała, że wśród osób agresywnych z 95% prawdopodobieństwem udział mężczyzn będzie stwierdzony w 53,1 do 75,6% przypadków.

Kobiety jako agresor zostały wskazane przez respondentów w 34,8% (N=23).



Najczęstszą przyczyną zachowań agresywnych pacjentów był **długi czas oczekiwania** na pomoc (N=43; 65,2%). Przeprowadzona estymacja wykazała, że wśród osób agresywnych z 95% prawdopodobieństwem taka sytuacja będzie stwierdzona w 55 do 74% przypadków.

Najczęściej jako rodzaj agresji ankietowani wskazywali **na podniesiony głos/ zaczepki** (N=35; 53,0%), Przeprowadzona estymacja wykazała, że wśród osób agresywnych z 95% prawdopodobieństwem takie zachowanie będzie stwierdzona w 43 do 63% przypadków.

Głównymi stanami związanymi ze zdrowiem pacjentów przejawiających zachowania agresywne był: wpływ **substancji psychotropowych** (N=57; 86,4%), Przeprowadzona estymacja wykazała, że wśród osób agresywnych mających problemy zdrowotne z 95% prawdopodobieństwem psychotropy będą wykryte w 76 do 93% przypadków.

Stan po spożyciu alkoholu u pacjentów agresywnych stwierdzono u 51 pacjentów (77,3%). Przeprowadzona estymacja wykazała, że wśród osób agresywnych mających problemy zdrowotne z 95% prawdopodobieństwem nadużycie alkoholu będzie wykryte w 65,7 do 85,8% przypadków.

Większość z respondentów odpowiedziała, że agresor nie podniósł kary za zachowanie agresywne w stosunku do pracowników medycznych (N=43; 65,2%). Przeprowadzona estymacja wykazała, że z 95% prawdopodobieństwem zachowanie agresywne pozostanie bez konsekwencji w 53 do 75,6% przypadków. Często wynikało to z braku zgłoszenia tego faktu (z różnych przyczyn) organom ścigania.

Dyskusja. Zachowania agresywne pacjentów są częstym zjawiskiem w pracy zawodowej personelu medycznego. Jak podaje D. Grudzień i wsp. zjawisko agresji pacjentów najczęściej dotyczy szpitalnych oddziałów ratunkowych [5].

Zdaniem ponad połowy z ankietowanych główną przyczyną agresji był długi czas oczekiwania na uzyskanie pomocy medycznej oraz niezadowolenie z uzyskanych świadczeń medycznych. Podobne spostrzeżenia odnośnie form agresji doświadczanej przez personel zespołów ratownictwa medycznego ze strony pacjentów w miejscu pracy stwierdzono w pracy K. Frydrysiak [6]

W badaniu własnym wykazano również, że pacjenci agresywni, z jakimi ankietowani mieli do czynienia w swej pracy zawodowej głównie byli pod wpływem alkoholu, substancji psychoaktywnych lub wykazywali zaburzenia psychiczne. Używki to czynnik podwyższający agresję pacjentów, co wskazano w badaniu przeprowadzonym przez M. Szkup i wsp. w pracy dotyczącej oceny ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówek medycznych. [7].

Jak wykazano w badaniu własnym tylko co trzeci z badanych pracowników medycznych zgłaszał agresywne zachowania pacjentów policji lub organom ścigania. Podobne wnioski zamieszczono w publikacji M. Mikosa i wsp. dotyczącej problematyki agresji pacjentów wobec ratowników medycznych. Jak wykazano w tej pracy pomimo ochrony przysługującej pracownikom medycznym należnej funkcjonariuszom publicznym tylko 1/3 ratowników doświadczających agresji ze strony pacjenta podjęła decyzję o powiadomieniu organów ścigania o zaistniałej sytuacji [8].

Przeprowadzone badanie własne pokazało, że problem agresji pacjentów w stosunku do personelu medycznego zatrudnionego w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zespołach ratownictwa medycznego jest częstym zjawiskiem w pracy zawodowej. Agresja pacjentów najczęściej przybiera formę słowną w postaci stosowania wulgaryzmów, wyzwisk czy podniesienia głosu. Stwierdzono także, że agresja stosowana jest głównie przez pacjentów będących w stanie po spożyciu alkoholu lub substancji psychoaktywnych. W mniejszym stopniu zachowania takie występują w związku ze stanem chorobowym.

Wnioski

1. Zachowania agresywne najczęściej przejawiali pacjenci płci męskiej w wieku do 45 lat.
2. Najczęstszą przyczyną zachowań agresywnych pacjentów był długi czas oczekiwania na uzyskanie świadczeń medycznych.
3. W większości przypadków zachowania agresywne pacjentów w stosunku do personelu medycznego przybierały formę podniesionego głosu lub zaczepki słownych. Najczęściej byli to pacjenci pod wpływem substancji psychoaktywnych i alkoholu.

4. Zdecydowana większość personelu na zachowania agresywne o charakterze słownym reagowała spokojnym sposobem rozmawiania z pacjentem.
5. Wezwanie pomocy innej osoby to najczęściej stosowana przez personel medyczny forma reagowania na agresję fizyczną ze strony pacjentów. -

Bibliografia:

1. Szewczuk W., Słownik psychologiczny, wyd. 2., Wiedza Powszechna, Warszawa 1985.
2. Florek S., Siemiginowska P., Agresja w pracy, Uniwersytet Jagielloński – Biblioteka Jagiellońska, Kraków. 2020.
3. Furtak-Niczyporuk M., Drop B., Efektywność organizacji systemu państwowe ratownictwo medyczne, Studia Ekonomiczne/Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2013, 168: 53-67.
4. Arias L., A. Co cechuje osobę stosującą przemoc? www.niebieskalinia.info [dostęp: 21-04-2023].
5. Grudzień D., Zurzycka P., Radzik T., Opinie personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2015. 4(45); 242- 247
6. Frydrysiak K., Ejdukiewicz J., Grześkowiak M., Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, „*Anaesthesiology & Rescue Medicine/Anestezjologia i Ratownictwo*” 2016, nr 10(1).
7. Szkup M., Rączka M., Schneider-Matyka K., Starczewska M., Augustyniuk K., Grochans E., Ocena ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówek medycznych. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2018; 16 (2): 119–124
8. Mikos M., Kopacz P., Żurowska M., Problematyka agresji wobec ratowników medycznych w zespołach ratownictwa medycznego. *Bezpieczeństwo. Teoria i praktyka* 2018. 2; 57-65

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD DZIECKIEM Z OSTRYM PODGŁOŚNIOWYM ZAPALENIEM KRTANI W OPARCIU O STUDIUM PRZYPADKU

MONIKA SANDAK, DOROTA MILECKA

Wstęp. Ostre podgłośniowe zapalenie krtani jest infekcją górnych dróg oddechowych dotyczącą głównie dzieci w wieku rozwojowym, najczęściej między 6 miesiącem a 3 rokiem życia. W przeważającej większości ma charakter wirusowy, rzadziej bakteryjny. Szacuje się, że w ciągu roku zapada na to schorzenie 8% dzieci do piątego roku życia [1]. Jak podaje Emeryk jest to od 2 do 6 przypadków na 100 dzieci w skali roku [2]. W ciągu życia 3-5% dzieci ma do czynienia z przynajmniej jednym epizodem tej infekcji [3]. Największy wzrost zachorowań zauważa się w sezonie jesiennym, jednak występują one przez cały rok [3].

Charakterystycznymi objawami są chrypka, „szczekający” kaszel, stridor oraz duszność [4]. Symptomy te pojawiają się nagle, zwykle podczas snu, najczęściej między 22.00 a 4.00 godziną [5]. W większości przypadków objawy ustępują samoistnie po 3-7 dniach, jednak podczas nasilenia niedrożności należy natychmiast zastosować leczenie w warunkach szpitalnych, wtedy leczenie może trwać nawet do dwóch tygodni [6]. Innym absolutnym wskazaniem do hospitalizacji jest wiek niemowlęcy [7].

Zapalenia krtani to schorzenia infekcyjne, które można podzielić na inne podjednostki, zależnie od lokalizacji zmian i podłoża patogenicznego [4]. Odmienne nazewnictwo w literaturze anglojęzycznej i polskiej może prowadzić do niejasności. W źródłach anglojęzycznych pod pojęciem zespół krup (croup) kryje się podgłośniowe zapalenie krtani, zapalenie krtani, tchawicy, oskrzeli. Natomiast w Polsce ostre obturacje krtani według Mazurek można podzielić na: ostre podgłośniowe zapalenie krtani; pseudokrup; krup rzekomy; krup, zespół krup; krupowe zapalenie krtani; krup spastyczny [4]. Według innego źródła do podziału można dopisać dodatkowo skurczowe oraz rozlane zapalenie krtani [8]. W oparciu o klasyfikację ICD-10 choroby z kręgu krup można sklasyfikować zgodnie z podziałem obejmującym: ostre zapalenie krtani (podgłośniowe, obrzękowe, ropne); ostre zapalenie tchawicy; ostre zapalenie krtani i tchawicy; ostre krupowe zapalenie krtani; ostre zapalenie nagłośni; ostre zapalenie krtani i gardła. Jest to ogólnomiędzynarodowy schemat, który powinien być wyznacznikiem stawianej diagnozy [6].

Predyspozycje wynikające z zapadalności na krup w tak młodym wieku mają bezpośrednio związek z anatomiczną oraz fizjologiczną specyfiką rozwojową, na którą składają się: wąskość

oraz wiotkość ścian dróg oddechowych; przewężenia nad- oraz podgłośniowe; nieproporcjonalnie duży języczek podniebienny; szeroka i długa nagłośnia, wysokie położenie krtani [6]. Niedojrzały układ immunologiczny oraz obecność dużej ilości tkanki łącznej w okolicy podgłośniowej stwarzają kolejne predylekcje do zachorowania [9]. Inne czynniki determinujące prawdopodobieństwo wystąpienia podgłośniowego zapalenia krtani to dodatni wywiad rodzinny, czyli wystąpienie schorzenia w dzieciństwie u rodziców lub rodzeństwa pacjenta [10] oraz wystąpienie alergii IgE-zależnej [5]. Negatywny wpływ zanieczyszczeń powietrza oraz palenie tytoniu przez rodziców nie został poparty badaniami [11]. U dzieci karmionych piersią obserwuje się mniejszą zachorowalność na ogół ostrych infekcji dróg oddechowych [12]. Istnieją doniesienia, że dzieci o zwiększonej masie ciała i krótszej szyi wykazują zwiększoną podatność na wystąpienie choroby [11]. Bez wątpliwości największym źródłem wystąpienia choroby jest czynnik wirusowy, który stanowi 95% wszystkich zakażeń dotyczących krtani i tchawicy [13]. Najczęściej jest to wirus grypy rzekomej, czyli paragrypy typ 1, ale też typ 2 oraz 3, który mimo, że rzadszy predysponuje do wystąpienia ciężkiego przebiegu [6]. Wirus paragrypy jest przyczyną około 75% wszystkich infekcji. Oprócz tego są to adenowirusy, rinowirusy, wirusy RS, koronawirusy, enterowirusy, wirusy grypy, opryszczki, a także odry. Pozostałe 5% przypada na łagodną infekcję wywołaną bakterią *Mycoplasma pneumoniae*. Warto zwrócić uwagę na wtórne zakażenie, które może prowadzić do poważniejszego w przebiegu zapalenia nagłośni, krtani, tchawicy i oskrzeli - odpowiadają za to drobnoustroje z gatunku *Staphylococcus* [6].

Rozpoznanie choroby opiera się na specyficznym obrazie klinicznym, wywiadzie oraz badaniu dziecka. Stan dziecka można określić na podstawie 17 stopniowej skali Westleya [14], dodatkowo według trzech głównych stopni ciężkości - łagodnego, umiarkowanego i ciężkiego [15]. W praktyce wyżej wymienione skale nie są powszechnie stosowane, łatwiejsza w zastosowaniu jest skala Geelhoeda, która skupia się na intensywności świstu wdechowego, zaciąganiu mięśni międzyżebrowych [4]. Przy typowym przebiegu infekcji w morfologii krwi obserwuje się podwyższenie wskaźników zapalnych, jak również limfocytozę [4].

Leczenie jest głównie objawowe, podstawowymi grupami leków rekomendowanych przy ostrym podgłośniowym zapaleniu krtani są glikokortykosteroidy takie jak Dexametazon, Budezonid czy Prednizolon w postaci wziewnej lub ogólnoustrojowej oraz epinefryna w nebulizacji (w Polsce preparaty epinefryny w nebulizacji nie są zarejestrowane). Dodatkowo można zastosować tlenoterapię bierną w przypadku, gdy saturacja krwi spada poniżej 90%. Leki przeciwgorączkowe takie jak paracetamol lub ibuprofen podaje się w sytuacji, kiedy temperatura ciała wzrasta powyżej 38°C [14]. Postać ciężka wymaga podania adrenaliny

0.5ml/kg m.c.(max. 5 ml) oraz dexametazonu w dawce 0.6mg. Według dostępnych badań droga podania glikokortykosteroidów nie ma znaczącego wpływu na efektywność ich działania. Budezonid w nebulizacji wykazuje mniejszą skuteczność w porównaniu z doustnym przyjęciem dawki deksametazonu jednak wziewna droga podania jest bardziej przystępna w realizacji. Uzupełniająco można podać leki mukolityczne lub mukokinetyczne w celu rozrzedzenia wydzieliny w drogach oddechowych i ułatwienia odruchu kaszlowego [15]. Ponadto niezależnie od stopnia ciężkości objawów należy bacznie obserwować stan dziecka, dbać o jego odpowiednie nawodnienie. Nie należy układać dziecka w pozycji płaskiej, ponieważ stwarza to ryzyko pogłębienia niedrożności krtani. Ekspozycja na zimne i nawilżone powietrze wykazuje zmniejszenie objawów, jednak nie znajduje to potwierdzenia w badaniach [6]. Ponadto nie ma potrzeby stosowania prewencyjnej antybiotykoterapii, podawania leków przeciwhistaminowych, przeciwkaszlowych, antycholinergicznycch oraz leków uspokajających [28,5]. Postępowanie w stanie łagodnym nie wymaga hospitalizacji o ile dziecko jest powyżej 6 miesiąca życia i nie występują inne przesłanki skłaniające do pobytu w oddziale szpitalnym [13].

Aby zapewnić odpowiednią wentylację oraz właściwy sposób oddychania pacjenta należy przede wszystkim zwrócić uwagę na postawę dziecka w czasie fazy wdechu i wydechu. Zauważalna pozycja, typowa dla trudności podczas oddychania to pozycja siedząca lub na boku. W celu ułatwienia oddychania stosuje się drenaż ułożeniowy, pomocne jest również noszenie na rękach- sprzyja to zwiększeniu wydolności płuc. Mając do czynienia z cięższą postacią choroby oraz mając na względzie, że w każdej chwili stan chorego może ulec pogorszeniu należy zapewnić stały dostęp do sprzętu potrzebnego w razie wymaganej intubacji oraz do aparatury monitorującej parametry życiowe. Postępowanie przy suchym, szczekającym kaszlu oraz chrypcie opiera się na nawilżaniu błon śluzowych poprzez odpowiednie nawodnienie, zarówno przez systematyczne pojenie dziecka ciepłymi płynami jak i dzięki podłączonym wlewowom kroplowym z elektrolitami. Właściwe nawodnienie dziecka zapobiega także powstawaniu gęstej wydzieliny w krtani [16]. Oprócz tego stosuje się inhalacje z zastosowaniem 0,9% NaCl. Należy zwrócić uwagę na występowanie kataru i wydzieliny w przewodach nosowych, która dodatkowo mogą utrudniać oddychanie.

Stan emocjonalny w jakim znajduje się pacjent jest kolejnym obszarem działań pielęgniarki. Jak podaje Perek dziecko w chorobie doświadcza obciążeń psychicznych, jakimi są lęk, ból i ograniczenie aktywności. W związku z tym personel medyczny, w tym pielęgniarka, jak również opiekun dziecka powinni dokładać wszelkich starań, aby w możliwie największym stopniu te negatywne odczucia minimalizować [16]. W hospitalizacji dziecka, bardzo ważna

jest obecność matki lub innej bliskiej osoby. Obecność rodzica a także odpowiedni kontakt na drodze rodzic - personel pielęgniarski wpływają pozytywnie na stan emocjonalny dziecka oraz efektywność jego leczenia [17].

Cel pracy. Głównym celem pracy jest zaplanowanie opieki pielęgniarskiej wobec dziecka z ostrym podgłośniowym zapaleniem krtani na podstawie przeprowadzonego studium przypadku.

Materiał i metody badawcze. Badaniem została objęta 1.5 roczna dziewczynka przyjęta na oddział pediatryczny z powodu duszności wdechowej, silnego kaszlu oraz gorączki. Po przeprowadzeniu diagnostyki stwierdzono u dziecka ostre podgłośniowe zapalenie krtani. Metodą badawczą wykorzystaną w badaniu została metoda indywidualnego przypadku. Dane na temat sytuacji bio-psycho-społecznej pacjentki zostały zgromadzone na podstawie technik: wywiadu, obserwacji, pomiaru, analizy dokumentacji medycznej oraz elementów badania przedmiotowego.

Opis przypadku. Dziewczynka w wieku 1,5 roku została w godzinach nocnych przekazana ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego na oddział Pediatryczny. Z zebranego wywiadu z rodzicem wynika, że dziecko od czterech dni było niespokojne, nie miało apetytu a temperatura ciała dziecka oscylowała w granicach 36.9-37.6⁰C. Utrzymywał się katar, zaczerwienione oraz ból gardła. Matka dziewczynki zauważyła również niewielkie trudności w oddychaniu podczas leżenia dziecka na plecach. Powiązała to z niedrożnością nosa z powodu występującego kataru. W dniu zgłoszenia się do szpitala temperatura wzrosła do 38.2⁰C. Z powodu braku łaknienia i niedostatecznej ilości przyjmowanych płynów dziecko stało się osłabione i apatyczne, zmniejszyła się częstotliwość oddawanego moczu. Matka przyznaje, że podawała dziecku ibuprofenum zgodnie z ulotką, ponadto stosowała okłady chłodzące, jednak temperatura ciała tylko nieznacznie się obniżyła. Po kilku godzinnej drzemce dziecko przebudziło się ze “szczekającym” kaszlem i okresową dusznością. W związku z niepoprawiającym się stanem córki oraz niepokojącymi objawami ze strony układu oddechowego matka postanowiła zgłosić się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, z którego po badaniu wstępnym dziewczynka została przekazana na Oddział Pediatryczny. Dziecko pochodzi z pełnej rodziny. Matka dziecka nie pracuje, opiekuje się półtoraroczną córką i sześciolatkiem synem, bratem pacjentki. Mąż kobiety pracuje za granicą, stąd w domu obecny jest średnio raz na dwa tygodnie, przez ok. 2-3 dni. Stan materialny i finansowy rodziny jest dobry. Warunki mieszkaniowe również, rodzina mieszka w centrum miasta, w bloku na drugim piętrze w trzypokojowym mieszkaniu. Z wywiadu wynika, że zarówno matka jak i ojciec są nałogowymi palaczami tytoniu. Oprócz alergii na orzechy ziemne oraz pyłki traw i drzew, jaka występuje u brata pacjentki oraz astmy

oskrzelowej, na którą choruje ojciec matki dziewczynki nie odnotowano innych chorób występujących w rodzinie.

Z informacji uzyskanej od matki wynika, że dziecko wcześniej nie chorowało poważnie. W 8 miesiącu życia zostało przyjęte wraz z matką na oddział pediatryczny z powodu niegroźnej biegunki i stanu gorączkowego. Po dwóch dniach bez powikłań zostało wypisane do domu. Wszystkie wizyty patronażowe oraz obowiązkowe szczepienia były przestrzegane. Poród siłami natury, przebiegał bez komplikacji, dziecko trzymało 9 punktów w skali Apgar. Karmienie piersią nie było możliwe z powodu braku pokarmu u matki, miało to związek z zaburzeniami hormonalnymi. Dziecko było karmione mieszankami modyfikowanymi. Obecnie dodatkowo dieta dziecka jest urozmaicana przez przeciera warzywne i owocowe, jogurty, kleiki, kaszki ryżowe oraz niewielkie ilości mięsa drobiowego. Matka zgłosiła, że u dziecka po zjedzeniu przeciera z truskawek i malin dwukrotnie wystąpił ból brzucha i biegunki co może wskazywać na nietolerancję pokarmową wyżej wymienionych owoców. Nie wykonane zostały jednak badania potwierdzające alergię pokarmową. Rozwój motoryczny dziecka jest prawidłowy. Obecnie dziecko jest w okresie, w którym wyrzynają mu się zęby; stan ten może być przyczyną rozdrażnienia oraz odmowy spożywania posiłków.

Sprawozdanie o stanie chorego. Dzień 1. W dniu 9 lutego o godzinie 20.15 w trybie nagłym na oddział pediatryczny została przyjęta 18 miesięczna dziewczynka z dusznością, kaszlem i podniesioną temperaturą ciała. Dziewczynce towarzyszy matka. Dziecko jest płaczliwe i rozdrażnione. Badanie lekarskie potwierdza nasiloną duszność krtaniową, zaciąganie mięśni międzyżebrowych podczas wdechu oraz ruch skrzydełek nosa. Kaszel nasilony podczas płaczu, charakterystyczny dla ostrego podgłośniowego zapalenia krtani. Również podczas płaczu dziecka słyszalny jest stridor krtaniowy. Wraz z nasileniem szlochania obserwuje się wciąganie dołka jarzmowego. Obecny katar. Kolor skóry dziecka lekko różowy, nie występuje sinica, skóra jest czysta, ciepła i lekko wysuszona. Nie zaobserwowano odparzeń ani wysypki. Podczas badania stetoskopem nie stwierdzono nieprawidłowych szmerów w płucach. Częstość akcji serca – 100 uderzeń na minutę, ciśnienie krwi 105/70 mmHg, oddech nieznacznie przyśpieszony- 35/minutę, temperatura ciała 38.4⁰C, saturacja 96%. Waga dziecka wynosi 12 kg, wzrost równa się 87 cm. Węzły chłonne głowy i szyi nieznacznie powiększone. Według skali FLACC poziom bólu określono jako 6. Pobrano krew do badań laboratoryjnych (morfologia, OB, CRP, jonogram i gazometria krwi) oraz próbkę moczu. Matka dziecka jest wyraźnie zaniepokojona stanem swojego dziecka, nie słyszała wcześniej o tego typu zapalenia krtani. Zgłasza potrzebę edukacji. W wynikach badań laboratoryjnych stwierdzone zostało nieznaczne podwyższenie parametrów stanu zapalnego – CRP (26 mg/l). Parametry z rozmazu

krwi oraz OB w normie, nieznacznie podwyższony poziom leukocytów. Poziom elektrolitów obniżony. Poziom wartości PaCO₂ i PaO₂ obniżony w dolnych granicach normy. Dziecko wraz matką zostało przydzielone na salę z łóżkiem dla matki i łóżeczkiem dla dziecka ze stałym dostępem do aparatury monitorującej oraz zestawu do intubacji, a także z dostępem do tlenu. Założone zostało obwodowe wkłucie dożylnie na przedramieniu ręki lewej. Z powodu stanu gorączkowego podano paracetamol oraz 2g budezonidu w nebulizacji w związku z trudnościami w oddychaniu. Dodatkowo dziewczynka dostała 3,5 ml hydroksyzyny w postaci syropu. Po kilkudziesięciu minutach dziecko uspokoiło się. Po skończeniu kroplówki podłączono dodatkowo elektrolity w celu nawodnienia i uzupełnienia ich niedoborów. Po godzinie dziecko zasnęło, oddech podczas snu - miarowy. Wyniki pomiarów i obserwacji zostały wpisane do dokumentacji pacjentki.

Dzień 2. Dziecko noc przespało spokojne, z pojedynczym epizodem wybudzenia. Temperatura ciała o godzinie 7.30 wynosiła 37.9⁰C, stan dziecka wyraźnie się poprawił, kaszel nie był już tak intensywny. Zmierzono parametry życiowe: ciśnienie krwi tętnicznej 99/69 mmHg, tętno 91u./min., saturacja 97%, liczba oddechów 28/min. Dziewczynka śniadanie zjadła niechętnie, wypła 100 ml mleka modyfikowanego i 50 ml ciepłej wody. Z obserwacji wkłucia obwodowego wynika, że nie nastąpiły powikłania w postaci zakażenia. Określono 3 punkty w skali FLACC. Świadomość prawidłowa, poziom nawilżenia skóry i błon śluzowych widocznie polepszony. Katar łagodny. Dziecko nie płakało, było lekko rozdrażnione, ale pozytywnie reagowało na kontakt słowny. Po śniadaniu oraz o godz. 16.00 wykonano nebulizację z roztworem 0.9% chlorku sodu, podłączono również kroplówkę z elektrolitami według zlecenia lekarskiego. Nie było potrzeby ponownego zastosowania glikokortykosteroidów i doraźnej tlenoterapii. Temperatura na sali 19⁰C, poziom wilgotności - 60%. Dzięki poprawie ogólnego stanu dziecka przeprowadzone zostało badanie laryngologiczne, które wykazało lekkie obrzęknięcie podgłośniowej części krtani oraz jej przekrwienie. W czasie obiadu pacjentka miała wyraźnie lepszy apetyt, wypła mleko oraz zjadła 200 ml przecieru warzywnego. Na kolację ponownie wypła 250 ml mleka modyfikowanego i zjadła kromkę chleba z masłem. Między posiłkami była spokojna, zajęta zabawą i słuchaniem bajek. Dodatkowo wypła 250 ml ciepłej wody. W między czasie omówiono z matką dziecka przebieg choroby, objawy niewydolności oddechowej, a także istotność stałej obserwacji stanu zdrowia dziecka. Temperatura ciała w godzinach wieczornych wynosiła 37.2⁰C. O godzinie 19.00 z powodu zabrudzenia opatrunku mocującego kaniule dożylną, opatrunek został zmieniony.

Dzień 3. Pacjentka noc przespała dobrze. Rano temperatura o godzinie 7.30 wynosiła 36.8⁰C, zmierzono parametry życiowe: ciśnienie krwi tętniczej 95/73 mmHg, tętno 99u./min., saturacja 97%, liczba oddechów 26/min., oddech prawidłowy, miarowy, duszność ustąpiła; kaszel nadal obecny, jednak zdecydowanie lżejszy, lekki katar. Skóra czysta o prawidłowym kolorze. Apatyt dziewczynki wyraźnie polepszony. Na śniadanie dziewczynka wypła 250 ml mleka modyfikowanego oraz zjadła kromkę chleba z białym serem. Nastrój i samopoczucie pacjentki uległo widocznej poprawie. Pacjentka radośnie reaguje na rozmowę, jest pogodna i uśmiecha się. O godzinie 9.00 wykonano nebulizację z 0.9% NaCl. O godzinie 11.30 usunięto wkłucie dożylnie, nie stwierdzono objawów stanu zapalnego ani innych nieprawidłowości. Ze względu na dobry stan dziecka podjęto decyzję o wypisie ze szpitala. Przy wypisie poinformowano matkę dziewczynki o konieczności przestrzegania zaleceń lekarskich oraz podjęcia działań profilaktycznych ograniczających nawrót choroby (w tym problem nałogu palenia tytoniu przez rodziców dziecka). Zalecono również oszczędzający tryb życia oraz ograniczenie kontaktów z innymi osobami przez kilka kolejnych dni.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarska nr 1. Zaburzenia wentylacji z powodu obturacji części podgłośniowej krtani objawiające się stridorem i dusznością oraz suchym kaszlem.

Cel opieki: Zapewnienie odpowiedniej wentylacji płuc, zminimalizowanie duszności oraz suchego kaszlu. Eliminacja ryzyka zagrożenia życia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Umieszczenie pacjentki w sali, na której znajduje się dostęp do zestawu intubacyjnego, reanimacyjnego oraz aparatury monitorującej i tlenu
- Ułożenie dziecka w pozycji wysokiej/półwysokiej z głową uniesioną o 30-40⁰ i wyprostowanym karkiem. Zalecenie matce noszenia dziecka na rękach
- Przygotowanie zestawu do podania tlenu w razie pogorszenia wymiany gazowej
- Obserwacja i ocena jakości, charakteru i częstotliwości oddechów
- Obserwacja i ocena stridoru i natężenia kaszlu krtaniowego
- Kontrola ciśnienia tętniczego, tętna oraz temperatury ciała
- Monitorowanie wysycenia krwi tętniczej tlenem za pomocą pulsoksymetru
- Obserwacja koloru skóry w kierunku sinicy
- Nawadnianie ciepłymi płynami
- Prowadzenie bilansu płynów

- Obserwacja stanu świadomości i przytomności pacjentki przy każdej wykonywanej procedurze u chorej
- Unikanie sytuacji prowokujących dziecko do płaczu
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali pacjentki: temperatury w granicach 18-20⁰C, wilgotności powietrza w granicach 40-60%
- Uczestniczenie w leczeniu farmakologicznym: podanie glikokortykosteroidu w nebulizacji w dawce 2g zgodnie z kartą zleceń; wykonanie nebulizacji z 0,9% NaCl w celu nawilżenia śluzówki krtani
- Obserwacja pacjentki 3 godziny po podaniu leków i ocena skuteczności działań

Ocena uzyskanych wyników opieki: Wentylacja płuc zachowana, zmniejszono duszność oraz nasilenie kaszlu. Zminimalizowano ryzyko zagrożenia życia.

Diagnoza pielęgniarska nr 2. Podwyższona temperatura ciała z powodu toczącego się stanu zapalnego w górnych drogach oddechowych.

Cel opieki: Obniżenie temperatury ciała do wartości fizjologicznych.

Interwencje pielęgniarskie:

- Kontrola temperatury ciała dziecka 2x dziennie i częściej w razie potrzeby
- Stała obserwacja stanu dziecka pod kątem narastania objawów gorączki
- Zastosowanie okładów ochładzających na kark i pachwiny dziecka
- Ubranie dziecka w bawełnianą, przewiewną bieliznę
- Zmiana bielizny, ubrań oraz bielizny pościelowej według potrzeb.
- Utrzymywanie stałej temperatury na sali w przedziale od 18 do 20⁰C
- Ocena nawodnienia i poziomu elektrolitów, uzupełnienie niedoboru płynów w razie potrzeby
- Podanie leku przeciwgorączkowego w dawce oraz odstępach czasowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich
- Ocena skuteczności działania leku 30 minut od podania

Ocena uzyskanych wyników opieki: Temperatura ciała obniżyła się do wartości fizjologicznej.

Diagnoza pielęgniarska nr 3. Niepokój i rozdrażnienie dziecka spowodowane objawami choroby.

Cel opieki: Obniżenie niepokoju i rozdrażnienia dziecka.

Interwencje pielęgniarские:

- Zapewnienie spokoju i ciszy na sali chorych
- Organizacja sposobu spędzania czasu na zajęciach wyciszających dziecko: rysowanie, czytanie bajek dziecku
- Zastosowanie działań farmakologicznych zmniejszających nasilenie objawów niepokoju zgodnie z kartą zleceń lekarskich- podano 3,5 ml hydroksyzyny w syropie

Ocena uzyskanych wyników opieki: Poziom niepokoju i rozdrażnienia zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarская nr 4. Ryzyko odwodnienia oraz zaburzeń wodno- elektrolitowych z powodu zmniejszonego pragnienia, łaknienia oraz toczącego się stanu gorączkowego.

Cel opieki: utrzymanie odpowiedniego nawodnienia oraz poziomu elektrolitów.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena nawilżenia śluzówek i cech napięcia skóry świadczących o odwodnieniu
- Pomiar parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, liczby i częstotliwości oddechów- 3 razy dziennie
- Prowadzenie bilansu płynów - monitorowanie diurezy poprzez ważenie pieluch z uwzględnieniem strat pozanerkowych
- Obserwacja stanu świadomości i nastroju dziecka
- Zachęcanie do przyjmowania płynów przez zabawę
- Polecanie matce dziecka zastosowanie preparatów nawilżających skórę np. Alantandermoline
- Podanie płynów dożylnych: 250 ml 0.9% NaCl oraz 250 ml 5% glukozy zgodnie ze zleceniem lekarskim

Ocena uzyskanych wyników opieki: Poziom nawodnienia oraz gospodarki kwasowo-zasadowej został wyrównany i utrzymany na prawidłowym poziomie.

Diagnoza pielęgniarская nr 5. Lęk przed zabiegami terapeutyczno-pielęgnacyjnymi.

Cel opieki: Zmniejszenie poziomu lęku.

Interwencje pielęgniarские:

- Ograniczenie osób przebywających na sali w czasie wykonywania procedur do minimum
- Umożliwienie dziecku siedzenia na kolanach rodzica podczas pobierania krwi żyłnej oraz zakładania wkłucia obwodowego

Ocena uzyskanych wyników opieki: Zminimalizowano poczucie lęku.

Diagnoza pielęgnarska nr 6. Trudność w przyjmowaniu posiłków z powodu duszności. Brak apetytu z powodu choroby i rozdrażnienia.

Cel opieki: Ułatwienie przyjmowania posiłków.

Interwencje pielęgnarskie:

- Toaleta jamy ustnej 2 razy dziennie
- Zmiana porcji posiłku na mniejsze, podawane częściej
- Robienie przerw w czasie jedzenia
- Podanie dziecku do jedzenia jego ulubionych potraw
- Podawanie potraw po lekach poprawiających oddychanie - po wykonanej nebulizacji z chlorkiem sodu

Ocena uzyskanych wyników opieki: Trudności w przyjmowaniu posiłków zostały ograniczone.

Diagnoza pielęgnarska nr 7. Upośledzenie drożności nosa spowodowane zaleganiem śluzowej wydzieliny w przewodach nosowych.

Cel opieki: Poprawa drożności przewodów nosowych.

Interwencje pielęgnarskie:

- Oczyszczanie przewodów nosowych przed wykonywanymi inhalacjami, karmieniem oraz zgodnie z potrzebą
- Polecenie matce używania jednorazowych chusteczek higienicznych i częstego mycia rąk
- Układanie pacjentki na boku w celu samoczynnego oczyszczenia nosa
- Smarowanie skóry wokół nosa preparatami nawilżającymi- maścią z witaminą A
- Zapewnienie temperatury na sali chorych: 19⁰C oraz wilgotności powietrza: 60%
- Wykonanie nebulizacji z 0.9% chlorku sodu 2 razy dziennie

Ocena uzyskanych wyników opieki: Zaleganie wydzieliny w przewodach nosowych zmniejszyło się, katar ustąpił.

Diagnoza pielęgnarska nr 8. Możliwość wystąpienia stanu zapalnego lub innych powikłań z powodu założonego wkłucia obwodowego.

Cel opieki: Minimalizacja ryzyka wystąpienia powikłań.

Interwencje pielęgnarskie:

- Zmiana opatrunku w miejscu założenia kaniuli obwodowej razie zabrudzenia/odklejenia

- Monitorowanie stanu dostępu naczyniowego pod kątem cech stanu zapalnego 1 raz dziennie (ocena wzrokowa i palpacyjna)
- Zachowanie ostrożności podczas kąpieli, unikanie zamoczenia opatrunku

Ocena uzyskanych wyników opieki: Powikłania nie wystąpiły, wklucie drożne, skóra wokół dostępu naczyniowego bez cech zapalnych.

Diagnoza pielęgniarska nr 9. Lęk i niepokój matki związany z chorobą i hospitalizacją dziecka.

Cel opieki: Uspokojenie i obniżenie lęku u matki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zapoznanie z regulaminem oraz topografią oddziału
- Zachęcanie matki do włączenia się w czynności pielęgnacyjne dziecka

Ocena uzyskanych wyników opieki: Poziom niepokoj u matki obniżył się.

Diagnoza pielęgniarska nr 10. Niedostateczna wiedza rodziców na temat choroby. Możliwość nawrotu choroby po zakończonej hospitalizacji

Cel opieki: Prewencja nawrotu choroby. Dostarczenie rodzicowi potrzebnych informacji na temat choroby, sposobów zapobiegania i postępowania w przypadku wystąpienia pierwszych objawów

Interwencje pielęgniarskie:

- Przedstawienie informacji o chorobie, jej etiologii, objawach, przebiegu, leczeniu i zapobieganiu
- Udostępnienie broszur i folderów dostępnych na oddziale szpitalnym, które dotyczą omawianej choroby
- Poinformowanie o konieczności obserwowania dziecka odnośnie objawów zapalenia krtani
- Przekazanie informacji dotyczących postępowania w wypadku pojawienia się pierwszych charakterystycznych objawów- szczekającego kaszlu i stridoru krtaniowego: wykonanie inhalacji z zastosowaniem pary wodnej/chlorku sodu; nawilżenie powietrza w mieszkaniu; zapewnienie optymalnej temperatury w pomieszczeniu i dopływu chłodnego powietrza; podawanie dziecku do picia ciepłych płynów; utrzymywanie dziecka w wysokiej pozycji; zgłoszenie się z dzieckiem do lekarza w trybie pilnym
- Dbłość o prawidłowe odżywianie- zapewnienie witamin oraz kalorii do zapotrzebowania dziecka zgodnego z wiekiem (unikanie nadwagi u dziecka)

- Poinformowanie o potrzebie przestrzegania zaleceń związanych z zapobieganiem infekcjom górnych dróg oddechowych: unikanie picia zimnych napojów, zapewnienie dziecku strefy bez dymu tytoniowego, ograniczenie kontaktu dziecka z osobami, u których występują objawy infekcji; wykonywanie obowiązkowych oraz zalecanych szczepień ochronnych

Ocena uzyskanych wyników opieki: Matka dziecka została wyposażona w niezbędną wiedzę pozwalającą na zapobieganie nawrotom choroby. Ryzyko nawrotu choroby może zostać zminimalizowane jeśli matka dziecka będzie przestrzegała zaleceń.

Dyskusja. U dziecka objętego studium przypadku wiodące diagnozy pielęgniarские to: zaburzenia wentylacji spowodowane obturacją podgłośniowej części krtani, podwyższona temperatura ciała, odwodnienie oraz niepokój związany z przyjęciem do szpitala. Zgodnie z literaturą przedmiotu są to typowe objawy u dzieci z ostrym podgłośniowym zapaleniem krtani. Sposób postępowania wobec dziecka objętego studium przypadku, także był zbieżny z przyjętymi schematami leczenia i pielęgnowania [16]. Problem zdrowotny związany z odwodnieniem będący efektem spadku łaknienia i pragnienia, który wystąpił u dziecka objętego studium przypadku, także opisuje Mazurek, objaśniając, że takie objawy mogą wystąpić na dzień bądź dwa przed nasileniem się objawów chorobowych u pacjentów z ostrym podgłośniowym zapaleniem krtani [4]. W badanym przypadku brak apetytu i niechęć do jedzenia i związana z tym - niedostateczna ilość przyjmowanych pokarmów i płynów, utrzymywały się dłużej, dlatego wymagane było wdrożenie dodatkowej płynoterapii na drodze doustnej i dożylniej. Postępowanie było zgodne z algorytmem stosowanym w przypadku odwodnienia, oparte na zasadach obliczania zapotrzebowania płynowego i niedoboru elektrolitów podanego przez Tkaczyka [18]. Podsumowując, w przedstawionym studium przypadku, stan zdrowia dziecka i objawy chorobowe (poza odwodnieniem), są typowe dla ostrego podgłośniowego zapalenia krtani opisanego w dostępnej literaturze. Przykładowo Sybilski, wśród objawów wylicza stridor, focy kaszel, chrypkę, uruchomienie dodatkowych mięśni oddechowych oraz ewentualną gorączkę. W zależności od dalszego rozwoju infekcji przewiduje on także wystąpienie między innymi duszności krtaniowej, tachypnoe, kataru, przekrwienie gardła oraz przyśpieszenia oddechu [5].

Niezależnie od stanu chorobowego i przyczyn hospitalizacji, z uwagi na młody wiek dziecka wystąpiły problemy związane z pobytem na oddziale szpitalnym, takie jak lęk i rozdrażnienie. Jak podaje Samardkiewicz u dzieci występuje lęk przed bólem oraz przed opuszczeniem, a także uzależnienie własnego niepokoju od poziomu niepokoju rodziców [19]. W opisywanym

przypadku łatwo dało się zauważyć, że wraz z polepszeniem stanu psychicznego matki również dziecko stało się spokojniejsze.

Kolejne problemy zdrowotne zidentyfikowane u dziecka, takie jak trudności z przyjmowaniem pokarmów, upośledzenie drożności nosa i zaleganie wydzieliny w przewodach nosowych są objawami charakterystycznymi przy schorzeniach górnych dróg oddechowych co znajduje potwierdzenie w dostępnych publikacjach. Z badania Gutknecht i wsp. na podstawie dwuletniej obserwacji wynika, że wśród 282 badanych pacjentów, objawy takie jak katar oraz kaszel dotyczyły 85,4% z nich. 34,4% zgłosiło także ból gardła podczas połykania [20].

Kolejna grupa problemów pielęgnacyjnych, która została zdiagnozowana w przedstawionym studium przypadku jest charakterystyczna dla opiekunów dzieci, którzy zostali przyjęci na oddział szpitalny, czyli niepokój o stan zdrowia dziecka oraz niedostateczny poziom wiedzy na temat jednostki chorobowej będącej przyczyną hospitalizacji. W większości przypadków, niepokój rodzica o stan zdrowia dziecka jest typowym zjawiskiem, co także pokrywa się z dostępną literaturą. Problem ten porusza m.in. Krywda-Rybska w artykule poświęconym tematyce stresu u opiekunów dziecka krótkotrwale hospitalizowanego. Według niej jest on elementem stałym, przypisanym do reakcji na fakt choroby. Zgodnie z sformułowanymi wnioskami stres rodzica uzależniony jest od wieku dziecka, jest tym większy im dziecko jest młodsze, a jego natężenie wzrasta również wraz z pogarszającym się stanem chorobowym [21]. Niewiedza na temat występującej choroby, jej objawów, jak również możliwość jej nawrotu są powszechnymi tematami przewijającymi się w tekstach źródłowych dotyczących rodziców hospitalizowanych dzieci. Między innymi problem ten został poruszony przez autorki rozdziału dotyczącego dziecka z nieco innym schorzeniem górnych dróg oddechowych- z zapaleniem zatok przynosowych, w którym przedstawiają możliwość nawrotu choroby jako jeden z problemów pielęgnacyjnych i analogicznie jak autor pracy w zaproponowanych interwencjach wymieniają potrzebę edukacji rodzica [22].

Podsumowując, dziecko znalazło się wśród tej części przypadków, u których schorzenie nastąpiło na skutek infekcji wirusowej, która stanowią przyczynę zachorowania aż w 90%. Również okres w jakim nastąpiło zachorowanie jest zgodny z dotychczasowymi doniesieniami to jest – luty czyli zachorowanie w okresie zimowym. Typowo- wzmożenie objawów nastąpiło nagle, podczas snu. Wcześniej objawy wskazywały jedynie na przeziębienie. Podczas przyjęcia oraz podczas pobytu na oddziale nie zaistniały wskazania do intubacji, a nawet doraźnego zastosowania tlenu, ponieważ saturacja krwi była na względnie odpowiednim poziomie. Duszność, która utrzymywała się w czasie hospitalizacji dziecka, wynikała z uwarunkowań anatomicznych oraz fizjologicznych przypisanych do tego wieku dzieci, jak i przyczyny

zachorowania, która została potwierdzona w badaniach laboratoryjnych. Standardowo podczas płaczu następowało pogorszenie wymiany gazowej, a więc pojawiały się trudności z oddechem. Z tego względu nie poddano pacjentki badaniu radiologicznemu, które mogło by ponadto wzmocnić stres i spowodować pogłębienie obturacji krtani. Zrezygnowanie z wykonania zdjęcia rentgenowskiego, a skupienie się na podstawowych badaniach oraz wykluczenie innych schorzeń na podstawie specyficznych objawów klinicznych, ma swoje uzasadnienie. Jak podaje Sybilski rozpoznanie choroby na podstawie charakterystycznego kaszlu oraz świstu krtaniowego jest wystarczające do postawienia diagnozy [5]. Ponadto unikać należy oglądania gardła za pomocą szpatułki, gdyż takie działanie może prowadzić to pogorszenia się stanu zdrowia dziecka[13].

Uwzględniając podział na stopnie ciężkości, ostre podgłośniowe zapalenie krtani u pacjentki zostało określone jako łagodne. Leczenie glikokortykosteroidami, jakie zostało wdrożone według obowiązujących rekomendacji przyniosło oczekiwane efekty, tak samo jak podanie leków przeciwgorączkowych oraz zastosowanie nebulizacji [14].

Niewątpliwie opieka pielęgniarska nad dzieckiem z ostrym podgłośniowym zapaleniem krtani, zaprezentowana przez autora pracy, wygląda podobnie jak w innych przypadkach dotyczących dzieci z tą jednostką chorobową. Należy jednak pamiętać, że opieka nad chorym dzieckiem jest specyficzna z uwagi na większe wymagania jakie stawiają mali pacjenci w porównaniu do chorych dorosłych [23], stąd każde dziecko należy traktować w sposób indywidualny i holistyczny, z zastosowaniem modelu opieki dostosowanego do aktualnej sytuacji zdrowotnej dziecka i możliwości zaangażowania opiekunów dziecka w opiekę nad dzieckiem zarówno w szpitalu jak i w domu po zakończonej hospitalizacji.

Wnioski

1. Podstawowe diagnozy pielęgniarskie u dziecka z ostrym podgłośniowym zapaleniem krtani w przedstawionym studium przypadku to duszność, stridor, suchy kaszel- powodujące zaburzenia wentylacji, podwyższona temperatura ciała oraz katar. Dodatkowo wystąpiły trudności w przyjmowaniu pokarmów, zmniejszone łaknienie i pragnienie oraz związane z tym ryzyko odwodnienia dziecka.
2. Diagnozy pielęgniarskie związane ze stanem psycho-społecznym dziecka i jego środowiska obejmują: niepokój i rozdrażnienie dostrzegane zarówno u dziecka jak i jego matki spowodowane toczącym się procesem chorobowym oraz faktem hospitalizacji (w tym zabiegami terapeutyczno-pielęgniacyjnymi), a także brak wiedzy rodzica na temat samej choroby jak i zapobiegania nawrotom choroby.

3. Najważniejszą rolą pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z ostrym podgłośniowym zapaleniem krtani jest rozwiązanie wiodących problemów zdrowotnych, poprzez osiągnięcie celów opieki takich jak: zapewnienie odpowiedniej wentylacji płuc, obniżenie temperatury ciała do wartości fizjologicznych, podaż płynów i pokarmów z uwagi na trudności w połykaniu, obniżenie poziomu stresu i lęku u dziecka, a także zapobieganie nawrotom choroby.
4. Podjęte interwencje, w szczególności zastosowanie nebulizacji, okładów ochładzających, odpowiednia podaż płynów i pokarmów, dbałość o stan psychiczny pacjentki, a także działania edukacyjne wobec matki spowodowały, że stan zdrowia uległ poprawie co oznacza, że dobór metod i środków był trafny, tym samym cele opieki zostały zrealizowane.
5. Wybrany model opieki wobec pacjentki według Dorothei Orem został dobrany odpowiednio do potrzeb, wieku i stanu zdrowotnego pacjentki co potwierdza polepszenie zdrowia pacjentki jak również sama opinia matki dziecka.
6. Wśród wskazówek, jakie zostały udzielone matce, najistotniejsza z nich dotyczyła zaprzestania palenia tytoniu w obecności dziecka i jego niekorzystnego wpływu na jego stan zdrowia.
7. Jednym z celów opieki pielęgniarskiej jest ciągle podnoszenie jakości opieki. W tym przypadku można zaproponować rozszerzenie edukacji poprzez zwiększenie dostępności broszur i ulotek dotyczących tego konkretnego schorzenia. Można również rozważyć wydzielenie osobnego pomieszczenia na terenie oddziału szpitalnego jako pokoju edukacyjnego, z którego mogliby skorzystać zarówno rodzice jak i dzieci.

Bibliografia:

1. Zielińska-Bliźniewska H. Olszewski J. Ostre podgłośniowe i nadgłośniowe zapalenie krtani. Medycyna po dyplomie 2019, nr 12. <https://podyplomie.pl/medycyna/33685,ostre-podglosniowe-i-nadglosniowe-zapaleniokrtani> [dostęp 07.11.2023]
2. Emeryk A. i in. Zaburzenia w funkcjonowaniu układu oddechowego. [w:] Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne. Zarzycka D. Emeryk A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2020; 10: 270-302
3. Ślęczka K. Zawadzka-Głos L. Stany zagrożenia życia w ostrych zapaleniach krtani u dzieci – ocena epidemiologii i postępowania. Nowa Pediatria 2014; 1: 8-14
4. Mazurek H. Bręborowicz A. Doniec Z. Ostre podgłośniowe zapalenie krtani. Etiologia, epidemiologia, patogeneza i obraz kliniczny. Pneum Pol 2020;1(2):117-126
5. Sybilski A. J. Zespół krupy-najważniejsze pytania i odpowiedzi. PEDIATR MED RODZ 2019; 15(1): 6-11
6. Sybilski A. J. Zespół krupy- aktualny stan wiedzy. Terapia 2018. nr 11:52-60

7. Miętkiewska -Leszniewska D. Podgłośniowe zapalenie krtani. *Medycyna po Dyplomie* 2014; 23(4): 58-62
8. Mierzejewski J. Kopta A. Ilczak T. i in. Ostre zapalenie krtani u dzieci w praktyce ratownika medycznego. <http://www.ratuj.edu.pl/pdf/publications/2017-09-26-09-20-17xOAPoOWOocNCCiOCPI7J.pdf> [dostęp 07.11.2023]
9. Kawalec W. Grenda R. Kulus M. Otolaryngologia-wybrane zagadnienia. [w:] *Pediatrics II*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2018, wyd. II zmienione i uaktualnione; 23: 1279
10. Hryniewicz W. Albrecht P. Radzikowski A. Ostre podgłośniowe zapalenie krtani. [w:] *Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego*. Narodowy Instytut Leków. Warszawa 2017: 93-97
11. Ślęczka K. Zawadzka-Głós L. Stany zagrożenia życia z ostrych zapaleniami krtani u dzieci-ocena epidemiologii i postępowania. *Nowa Pediatrya* 2014: 8-14 http://www.nowapediatrya.pl/wp-content/uploads/2014/10/np_2014_008-014.pdf [dostęp 14.05.2021]
12. Pucher B. i wsp. Analiza potencjalnych czynników ryzyka wystąpienia podgłośniowego zapalenia krtani u dzieci. *Family Medicine & Primary Care Review. Continuo* 2014; 16: 155–157
13. Lissauer T. Carroll W. Malinowski A. (red.). *Choroby Układu oddechowego*. [w:] *Pediatrics*. Edra Urban & Partner. Wrocław 2019; 5(17): 340-341
14. Ratyńska-Smukowska P. Janik J. Ostre podgłośniowe zapalenie krtani u dzieci. *Klinika Pediatryczna* 2018; 26(4): 433-437
15. Baranowska-Książek A. Ostre zapalenia krtani u dzieci. *Klinika Pediatryczna* 2019; 27(4): 432-435
16. Perek M. Ostre podgłośniowe zapalenie krtani [w:] *Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu*. Cepuch G. Perek M. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012; 7: 73-82
17. Kordek A. Kordek M. Gorączka u małego dziecka- od urodzenia do 5 roku życia. *Pediatrics po Dyplomie* 2020(4)
18. Poznańska S. Dorothea Orem- Model samoopieki/deficytu samoopieki [w:] *Poznańska S. Płaszewska-Żywko L. Wybrane modele pielęgniarstwa*. Wydanie I. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2001; 6: 103-135
19. Płaszewska-Żywko L. Model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem. [w:] *Podstawy Pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*. Ślusarska B. Zarzycka D. Zahradniczek K. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011, t. I, wyd. II; 1:195
20. Tkaczyk M. Algorytm postępowania z dzieckiem odwodnionym. *Pediatrics po dyplomie* 2018(2) <https://podyplomie.pl/pediatrics/30183,algorytm-postepowania-zdzieckiem-odwodnionym> [dostęp 07.11.2023]
21. Marzena Samardkiewicz. Rozwój i zaburzenia behawioralne i emocjonalne [w:] *Pediatrics i pielęgniarstwo pediatryczne*. Zarzycka D. Emeryk A. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2020; 95: 257-267
22. Gutknecht P. i in. Zakażenia dróg oddechowych w praktyce lekarza rodzinnego- zgłaszane objawy, stosowane leczenie-obszernia dwuletnia. *Family Medicine & Primary Care Review. Continuo* 2014(16); 3: 228–230
23. Krywda-Rybska D. Zdun-Ryżewska A. Zach E. Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwale hospitalizowanego. *Pediatr Med Rodz* 2012; 8(3): 268-271

PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH

ALEKSANDRA KUKULSKA, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR

Wprowadzenie. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych to zbiór czynności obejmujący sumienne przyjmowanie leków, dietę czy zdrowy styl życia. Jest kluczowym elementem terapii we wszystkich chorobach przewlekłych XXI wieku. To także duże wyzwanie dla całego zespołu terapeutycznego. Niestosowanie się do zaleceń lekarskich ma wpływ nie tylko na pacjenta, ale i na całą strukturę ochrony zdrowia. Wiąże się z licznymi konsekwencjami tj. spadek efektywności terapii, a przez to wzrost zapotrzebowania na wizyty u lekarzy specjalistów oraz częstość hospitalizacji. Powoduje przyrost powikłań, zmniejsza jakość życia chorych, przyczynia się także do marnowania zasobów opieki medycznej. Dodatkowo cierpi na tym poziom zaufania ludzi do osób wykonujących zawód medyczny [1].

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych – definicja. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych to określenie bardzo rozległe, które ma związek z wieloma aspektami procesu terapeutycznego. Obejmuje sumienne przyjmowanie prawidłowych dawek leków ustalonych przez lekarza, stosowanie zbilansowanej diety, wykonywanie ćwiczeń zaleconych przez specjalistę oraz unikanie używek. Termin wiąże się zarówno z medycznym i farmakologicznym zakresem leczenia, jak i ze zmianą dotychczasowego stylu życia [2].

Przeciwieństwem do powyżej opisywanego terminu jest nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych, co oznacza stopień, w jakim postępowanie chorego różni się od zaleceń ustalonych ze specjalistą, zazwyczaj lekarzem [3, 4].

W literaturze obcojęzycznej można natrafić na kilka innych określeń tj. *adherence*, *compliance*, *persistance*, *concordance* oraz *implementation*. Najpopularniejszym terminem jest *adherence*, który został stworzony na podstawie konsensusu europejskiego. Jego znaczenie jest najbardziej zbliżone do polskiej wersji „przestrzegania zaleceń terapeutycznych” i dotyczy medycznego oraz pozamedycznego aspektu leczenia. Z powodu kilku czynników oddziałujących na *adherence* często ciężko określić stopień jej zaawansowania. Natomiast *compliance* to pojęcie coraz rzadziej stosowane w publikacjach naukowych. Charakteryzuje się tradycyjnym schematem relacji pomiędzy lekarzem a chorym, gdzie to lekarz wie, co dla pacjenta jest dobre, a niestosowanie się do jego zaleceń jest zawsze winą i odpowiedzialnością chorego. Z kolei *persistance* oznacza wytrwałość pacjenta w realizacji terapii. Ma to szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych, gdzie leczenie może się ciągnąć latami. Pojęcie *concordance* mówi o relacji lekarz-pacjent, w której obie strony biorą czynny udział w planowaniu leczenia.

Chory pojmując istotę czynności diagnostycznych i leczniczych posiada większą motywację do respektowania strategii leczenia. *Implementation* rozumie się jako przyjmowanie leków według ustalonego schematu przez specjalistę. Podsumowując, opisane pojęcia są ze sobą ściśle związane, pomimo tego najkorzystniej posługiwać się terminem *adherence*, iż pozwala ono na szersze spojrzenie na przebieg terapii oraz przedstawia znaczenie współpracy [2, 3, 5].

Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń. W przypadku ciężkich chorób skutki niestosowania się do zaleceń terapeutycznych bywają poważne, jednak wielu można zapobiec. Zachowanie pacjenta, który ryzykuje swoim zdrowiem jest co najmniej irracjonalne, natomiast wszystko ma swoje powody. Dodatkowo należy pamiętać, że odpowiedzialność za prawidłowy przebieg terapii nie leży tylko po stronie chorego, ale i lekarza. W wielu sytuacjach pacjent wykazuje chęci leczenia, a za nieregularnym przyjmowaniem leków stoją inne przyczyny zewnętrzne. Obecnie, za sprawą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) można je podzielić na pięć głównych grup: czynniki społeczne i ekonomiczne, czynniki związane z systemem opieki zdrowotnej, czynniki związane z terapią, czynniki związane z chorobą oraz czynniki związane z pacjentem [2].

Przyczyny społeczne i ekonomiczne mają ogromny wpływ na stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów. Do nich przede wszystkim należą ubezpieczenia zdrowotne, a zwłaszcza ich brak. Sytuacja ta zmusza chorego do zapłaty z własnej kieszeni za wszystkie czynności medyczne oraz uniemożliwia uzyskanie leków z refundacją w aptecce. Kolejną przyczyną jest niski status socjoekonomiczny. Mało leków jest refundowanych, przez co bywają za drogie dla pacjentów, dlatego dobrze jest o tym poinformować już na etapie ich przepisywania. Brak wsparcia rodzinnego i społecznego również wpływa negatywnie na regularne przyjmowanie leków. Zdarza się, że pacjenci przez to całkowicie rezygnują z leczenia. Zwłaszcza młodym osobom trudno zaakceptować dietę i farmakoterapię, przez którą jako jedyni wśród swoich rówieśników nie mogą czegoś zrobić. Pacjenci często bywają odrzucani przez społeczeństwo z powodu swojej choroby, co wpływa znacząco na akceptację swojego schorzenia. Wstydzą się pobierać leki w miejscach publicznych, nawet wśród najbliższych [3].

Przyczyny dotyczące opieki zdrowotnej, a dokładniej wynikające ze źle zorganizowanego systemu mogą kompletnie uniemożliwić leczenie. Pacjenci mają utrudniony dostęp do lekarza specjalisty poprzez narzucane limity przyjęć przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). To powoduje, że chory na swoją wizytę czeka kilka miesięcy, a nawet lat, co utrudnia postęp leczenia. Istotnym problemem jest także kwestia wystawiania recept na leki refundowane i stosowane w wybranych chorobach przewlekłych przez lekarzy podstawowej opieki

zdrowotnej (POZ), kiedy te schorzenia nie mają potwierdzenia w formie zaświadczenia od lekarza specjalisty. Należy pamiętać, że każdy lekarz pracujący w POZ ma prawo rozpoznać cukrzycę, depresję i wdrożyć odpowiednie leczenie. Aby zachować ciągłość terapii w chorobach przewlekłych istotne jest otrzymywanie przez pacjenta recept. Gdy dostęp do specjalisty jest ograniczony, warto wiedzieć, że kontynuacja leczenia może się odbywać u lekarza rodzinnego. Dodatkowo prawidłowa komunikacja pomiędzy pacjentem, a lekarzem jest bardzo ważna. Chory musi uzyskać informację na temat istoty jego choroby, planowanej terapii oraz działań niepożądanych stosowanych leków. Lekarz musi zmotywować pacjenta do leczenia, rozwiać jego wszelakie wątpliwości. Powinien wykazać się swoim doświadczeniem, wiedzą, empatią i życzliwością, ponieważ tylko wtedy zostanie uznany za dobrego specjalistę, który jest godny zaufania, a jego zalecenia będą poważnie traktowane [3].

Do czynników dotyczących samego pacjenta zalicza się cechy demograficzne. W tym zakresie panuje wiele stereotypów, tj. starsze osoby rzadziej stosują się do zaleceń niż osoby młodsze, wykształcone, co często mija się z prawdą. Coraz częściej mówi się o tym, że wiek, płeć czy stan cywilny nie wpływa istotnie na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Dodatkowo, pogorszone funkcje poznawcze sprzyjają w nieregularnym przyjmowaniu leków, a występuje to głównie u osób starszych, które mają wiele chorób, a tym samym dużo zaleceń przez co problem narasta. Następnie niektóre cechy charakteru, np. brak wiary w siebie, pesymizm czy zapominalstwo również sprzyja nieregularnemu leczeniu. Do przyczyn dotyczących pacjenta należy także deficyt wiedzy na temat swojej choroby i terapii, która w znacznym stopniu demotywuje pacjentów do systematycznego leczenia [3].

Przyczyny związane z chorobą to na przykład brak objawów wskazujących na schorzenie. Bezobjawowy charakter zmniejsza motywację pacjentów do rozpoczęcia czy kontynuowania farmakoterapii. Co więcej na przerwanie leczenia, może również wpływać poprawa kliniczna. Problemy ze sferą psychiczną także negatywnie wpływają na leczenie. Zaburzenia depresyjne charakteryzują się zmniejszoną skłonnością do podejmowania czynności korzystnych dla pacjenta, co utrudnia terapię. Na przestrzeganie zaleceń źle wpływa również długość trwania choroby, dotyczy to głównie schorzeń przewlekłych trwających do końca życia. Im dłużej ciągnie się leczenie, tym więcej chorych się do niego zniechęca, a następnie całkowicie je przerywa [2].

W skład czynników dotyczących terapii wchodzi działania niepożądane, które skutecznie zrażają chorych do kontynuowania leczenia. Niestety, ale są często nieuniknionym aspektem w trakcie stosowania niektórych leków. Czasem dochodzi do tego, że przez skutki uboczne choroby rezygnują z leczenia ratującego im życie. Dodatkowo czynnikiem prowokującym

porzucenie terapii jest także ulotka informacyjna, która zawiera długą listę działań niepożądanych, co często skutecznie odstrasza chorych. Forma leku także ma istotny wpływ. Pacjenci preferują podawanie drogą doustną. Negatywnie podchodzą do czopków oraz zastrzyków. Wśród najczęściej wybieranych tabletek są te najmniejsze. Mimo to przed wypisaniem leków warto zapytać pacjenta o jego własne preferencje. Dużo też zależy od schematu dawkowania, jeśli jest niewygodny i zbyt wymagający to chorzy się szybko zniechęcają, a stopień przestrzegania zaleceń drastycznie spada [3].

Skutki nieprzestrzegania zaleceń. Konsekwencje wynikające z nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych są z reguły proste do przewidzenia. Chory, który nie stosuje się do ustalonego planu leczenia, jest bardziej narażony na ryzyko pogorszenia stanu swojego zdrowia. Stopień konsekwencji jego zachowania zależy od sytuacji medycznej, w której się znajduje [3].

Najpoważniejszym następstwem może być przedwczesna śmierć, choć w większości przypadków nie jest to skutek natychmiastowy, ale w pełni możliwy do zapobiegania. Zjawisko to jest jedną z głównych przyczyn np. odrzucenia przeszczepu. Kolejną konsekwencją jest dezorganizacja procesu leczenia. Nagłe pogorszenie stanu zdrowia zmusza pacjenta do wizyty u lekarza specjalisty, wykonania dodatkowych badań diagnostycznych, wykupienia nowych leków, a czasem i nawet hospitalizacji. Wszystko to generuje stratę czasu, a przede wszystkim niepotrzebne koszty finansowe, które ponoszą zaangażowane strony. Dodatkowo przewlekła niedyspozycyjność zdrowotna pacjenta, a przez to długa hospitalizacja może spowodować niezdolność do pracy, co zwiększa koszty na zasiłki chorobowe, a tym samym zmniejsza wydajność pracodawcy. System opieki zdrowotnej także na tym traci. W Polsce, wydatki wynikające z nieprzestrzegania zaleceń lekarskich wynoszą około 6 miliardów złotych rocznie [2, 3].

Metody pomiaru stopnia przestrzegania zaleceń. Przed wdrożeniem skutecznych sposobów poprawiających stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych, trzeba przede wszystkim rozpoznać, który pacjent nie radzi sobie ze stosowaniem się do zaleceń. W związku z tym warto poznać metody, które ułatwią to zadanie.

Pierwszą z metod do oceny przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest wywiad, powszechnie dostępny, prosty i nieniosący ze sobą niepotrzebnych nakładów finansowych. Ograniczeniem tego sposobu jest to, że może pokazać jedynie te przypadki nieprawidłowego przyjmowania leków, do których chory sam się przyzna, nie skłamię, aby przedstawić się w dobrym świetle. Dodatkowo musi być świadomy swojej niesubordynacji, ponieważ nie jest w stanie wymienić sytuacji nieświadomego nieprzestrzegania zaleceń, która wynika najczęściej z zapomnienia. Chcąc dobrze przeprowadzić rozmowę, trzeba także prawidłowo formułować pytania. Zamiast

zadawać pytania w ten sposób: „Czy stosowała pani leki według zaleceń?” to należy zapytać: „Czy nic nie stanęło pani na przeszkodzie w stosowaniu leków zgodnie z ustalonym schematem?”. Dzięki temu pacjentom będzie łatwiej się przyznać do nie przyjmowania leków. Co więcej, w ten sposób można się dowiedzieć, co stanowiło przeszkodę. Często tym problemem jest koszt leków, czy trudność w połykaniu, np. zbyt dużej tabletki. Warto jest także zapytać pacjenta o nazwy przyjmowanych leków, ich dawki oraz ile razy na dobę je przyjmuje. Chory bez dysfunkcji poznawczych oraz przestrzegający zaleceń powinien prawidłowo odpowiedzieć na zadane pytanie lub posiadać pisemnie przygotowaną instrukcję [3, 6].

Do metod bezpośrednich można zaliczyć oznaczenie stężenia leku w płynach ustrojowych oraz pomiar aktywności wybranych markerów chorobowych, a także objawy kliniczne. Lekarz prowadzący, chcąc skontrolować, czy pacjent przyjmuje przepisane leki, może zlecić kontrolne badania laboratoryjne. Sposób ten ma pewne wady. Po pierwsze występuje ryzyko niedoszacowania w związku ze zmiennością metaboliczną, zwłaszcza u osób w podeszłym wieku. Po drugie, chorzy często przygotowują się do badań poprzez zwiększenie przyjmowanej dawki leku na kilka dni przed wizytą zaburzając tym samym wyniki laboratoryjne. Jeśli chodzi o objawy przedmiotowe to tylko w nielicznych przypadkach da się je zaobserwować, przez co mogą upewnić lekarza o stosowaniu się do zaleceń. Na przykład brak obrzęków może wskazywać na w miarę sumienne przyjmowanie leków moczopędnych, a wolniejsze tętno – beta-blokerów [2, 6].

Metodą pośrednią jest liczenie wykorzystanych przez pacjenta dawek. Sposób dość prosty, ale wymaga sporego nakładu czasu. Należy porównać wykorzystane dawki do liczby dawek, które powinny zostać zużyte w określonym czasie. Ze względu na uzyskanie wiarygodnych wyników należy odpowiednio się przygotować. Jeżeli poleci się pacjentowi, aby przyniósł na następną wizytę swoje leki i da się do zrozumienia, dlaczego, to istnieje ryzyko, że pacjenci, którzy nie do końca stosują się do zaleceń, odpowiednio się do tego przygotowują, byleby wypaść korzystnie. Uczciwość tejże oceny można poprawić, jeśli przeprowadzi się ją niespodziewanie, podczas wizyty domowej, po uzyskaniu poprzednio zgody ze strony pacjenta lub jego ustawowego opiekuna. Łatwiejszym sposobem jest po prostu zweryfikowanie czy chory posiada dany lek [3].

Powszechnym sposobem jest także analiza historii wykorzystanych recept. Jeżeli chory przyjmuje regularnie leki, to zbyt długi okres pomiędzy wystawionymi receptami może świadczyć o nieprzestrzeganiu zaleceń. Atutem tej metody jest wykorzystanie danych obiektywnych, niezależnych od pacjenta. Istotne jest, aby każdy przypadek sprawdzić dodatkowymi pytaniami, ponieważ pacjent może dostać receptę od innego specjalisty [3].

Stosuje się również metody subiektywne, do których zalicza się różnego rodzaju kwestionariusze: *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ), *The Medication Adherence Rating Scale* (MARS), *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), *Probabilistic Medication Adherence Scale* (ProMAS) i *scale Adherence in Chronic Diseases Scale* (ACDS). Oba sposoby są przeznaczone do pomiaru stopnia przestrzegania zaleceń. Opierają się na ocenie terapii, problemów z nią związanych, postaw i niechęci chorego wobec farmakoterapii oraz wiedzy na temat leczenia i choroby [2, 6].

Sposoby poprawy przestrzegania zaleceń. Przepisy prawne, które obowiązują w Polsce pozwalają lekarzowi odstąpić od kontynuacji leczenia, jeżeli chory nie stosuje się do żadnych zaleceń. Jednak znacznie lepszym rozwiązaniem jest udzielenie mu pomocy, o ile wykazuje ku temu jakiegokolwiek chęci. Przyczyn nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych jest wiele, tak jak sposobów radzenia sobie z nimi. W skład działań ułatwiających prowadzenie terapii wchodzi edukacja chorego, farmakoterapia dostosowana do aktualnych potrzeb pacjenta, aktywny jego udział w terapii, systematyczne wizyty kontrolne oraz wsparcie społeczne [3].

Prawidłowa edukacja powinna obejmować trzy obszary, tj. rozpoznanie (istota choroby), cel terapii oraz dokładną instrukcję dotyczącą przyjmowania leków. Do jej prowadzenia zobowiązany jest lekarz, zwłaszcza w przypadku zdiagnozowania nowej choroby. Może się wspomagać dodatkowymi materiałami informacyjnymi – ulotką albo profesjonalnymi edukatorami medycznymi, czy pielęgniarką środowiskowo-rodzinną. W edukację powinna zostać włączona także rodzina chorego, aby ona również zdawała sobie sprawę z poważnych powikłań, które mogą wystąpić na skutek niestosowania się do zaleceń. Chociaż nawet po przedstawieniu tragicznych konsekwencji, niektórych nie jest się w stanie przekonać do zmiany swojego zachowania, co nie oznacza, że z edukacji można zrezygnować. Jest ona etycznym i prawnym obowiązkiem lekarza. Dodatkowo, działania edukacyjne należy powtarzać, aby je utrwalić [3].

Farmakoterapia powinna być ustalana indywidualnie, pod potrzeby danej jednostki. Im lepiej dobrane leczenie tym wyższy poziom przestrzegania zaleceń, a tym samym większe korzyści dla chorego. W szczególności ważne jest zredukowanie liczby leków do wystarczającego minimum, np. poprzez skorzystanie z tabletek wieloskładnikowych (jedna tabletkę zawiera kilka substancji czynnych). Skutkiem tego nie jest tylko bardziej regularne stosowanie się do zaleceń, ale ograniczenie ryzyka interakcji lekowych oraz działań niepożądanych. Dodatkowo wpływa to pozytywnie i budująco na psychikę chorego. Mniej leków może dawać odczucie poprawy zdrowia oraz motywację do dalszej walki z chorobą. Istotna jest również pora przyjmowania leków, chorzy wolą je przyjmować o wygodnym dla siebie czasie, zazwyczaj są

to godziny poranne. Liczy się także forma stosowanych leków. Pacjenci zdecydowanie preferują przyjmować je drogą doustną, dlatego warto dobrać leki zgodnie z ich preferencjami. Cena również jest ważna, ponieważ chory, który nie ma pieniędzy, nie wykupi drogich leków, a tym samym nie będzie stosował się do zaleceń. Wraz z postępem technologicznym, rośnie liczba systemów telemedycznych wspomagających czynności związane z ochroną zdrowia. Obecnie można korzystać z Internetowego Konta Pacjenta (pacjent.gov.pl), który umożliwia dostęp do realizacji kolejnych recept oraz zawiera całą historię leczenia. Dodatkowo istnieją różne aplikacje na telefon, które pomagają w przestrzeganiu zaleceń poprzez, np. przypomnienie o konieczności przyjęcia kolejnej dawki leku [3, 7, 8]. Aktywne włączenie pacjenta w przebieg leczenia przynosi pozytywne skutki w postaci wyższego stopnia przestrzegania zaleceń. Chorzy często miewają poczucie braku kontroli nad swoim życiem i zdrowiem. Można temu zapobiec włączając ich w proces leczenia poprzez, np. kontrolowanie parametrów życiowych. Pacjent będzie samodzielnie obserwował pozytywne efekty zastosowanej farmakoterapii. Ułatwi mu to także pamiętanie o konieczności przyjęcia następnych dawek leków. Docenienie przez lekarza, podbuduje go psychicznie, czuje się pewniejszy w tym co robi, przez co jego motywacja do leczenia wzrośnie [2]. Wsparcie społeczne sprzyja leczeniu. Chorzy są często niedowartościowani, boją się, że nie dadzą rady z terapią. Aby im pomóc, dobrym pomysłem jest przytoczenie doświadczeń innych pacjentów, którzy byli w podobnej, a może i nawet gorszej sytuacji i sobie mimo wszystko poradzili. To powinno w jakiś sposób podnieść chorego na duchu. Ważne jest włączenie do leczenia bliskich. Pacjenci czują się wtedy pewniej, nie są osamotnieni i pozostawieni samym sobie. Rodzina powinna posiadać podstawową wiedzę na temat choroby oraz zaleconego leczenia [3, 9].

Podsumowanie. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów to jeden z głównych problemów, z którymi zmagają się opieka zdrowotna zarówno w Polsce jak i na całym świecie. Spośród wielu czynników warunkujących skuteczność leczenia jednym z najważniejszych jest edukacja chorego i jego najbliższych przez wykwalifikowaną kadrę medyczną. Skuteczna edukacja poprawia poziom samoopieki, a tym samym zwiększa chęć i motywację pacjenta do właściwego stosowania się do zaleceń lekarskich. Istotne jest także zapewnienie właściwej relacji między chorym a zespołem terapeutycznym.

Bibliografia:

1. Milaniak I. Ocena stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród uczestników uniwersytetu niegasnącej młodości i szkoleń dla pacjentów i ich rodzin. Państwo i Społeczeństwo, 2014; 1.

2. Winnicki M. Basiński K. Szyndler A. i in. Jak poprawić stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych i jakość współpracy lekarz – pacjent? *Choroby Serca i Naczyń*, 2016;3: 194-202.
3. Gaciong Z. Kardas P. (red.) Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań. Wydawnictwo Naukowa Fundacja Polpharmy, Warszawa 2015.
4. Dworakowska A. M. Aniszewska A. Kozłowska-Wojciechowska M. Możliwości wspierania pacjenta w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych. *Farmacja Polska*, 2018, tom 74; 3: 164-169.
5. Zapała J. Compliance, adherence i concordance w relacji między lekarzem a pacjentem jako zintegrowany model komunikacji. *Psychoonkologia*, 2018; 22(3): 102-106.
6. Jankowska-Polańska B. Uchmanowicz I. Stosowanie się do zaleceń terapeutycznych w niewydolności serca. *Choroby Serca i Naczyń*, 2016, tom 13; 3: 227-234.
7. Zdrojewski T. Profilaktyka chorób układu krążenia. [w]Staburzyńska-Migaj E. Lesiak M. (red.) *Kardiologia w gabinecie lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, str. 434-441.
8. Kolasa J. Krzowski B. Balsam P. i in. Znaczenie nowoczesnych technologii w edukacji pacjentów kardiologicznych. *Medycyna Faktów*, 2019; 12(2): 96-102.
9. Kolasa J. Maciejewski C. Zych A. i in. Rola edukacji zdrowotnej u chorych z niewydolnością serca. *Folia Cardiologica*, 2019, tom 14; 14: 252-257.

WPLYW WIEDZY NA TEMAT CUKRZYCY NA POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY PRZEZ PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ TYPU 2

MAGDALENA TRZEBIŃSKA, DOROTA MILECKA

Wstęp. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna, przewiduje się, że do 2045 roku liczba dorosłych diabetyków wzrośnie o 13% do 69 milionów [1]. Ponieważ główną drogą prowadzącą do rozwoju cukrzycy typu 2. jest insulinooporność [2] stąd tak ważna jest wczesna wykrywalność zaburzeń metabolizmu glukozy. Z uwagi na to, że zarówno dolegliwości jak i objawy kliniczne związane z cukrzycą pojawiają się przy deficycie endogennej insuliny, rozpoznanie opiera się na podstawie wartości glikemii [3]. Najważniejszym z zaleceń w prewencji cukrzycy typu 2. jest leczenie zespołu metabolicznego czyli stanu przedcukrzycowego. Zmiana diety, zwiększenie aktywności fizycznej i zmniejszenie masy ciała często pozwala we wczesnych etapach choroby, zmniejszyć i wyeliminować ryzyko cukrzycy. Włączenie do terapii metforminy czyli leku pierwszego rzutu przynosi duże korzyści dla chorujących. Jeśli natomiast istnieją przeciwwskazania do zastosowania metforminy, a sama dieta i ruch są niewystarczające do unormowania glikemii, wówczas w terapii cukrzycy stosuje się inny doustny lek przeciwcukrzycowy. Kiedy podawanie doustnych leków przeciwcukrzycowych nie pozwala na osiągnięcie zaplanowanych celów rozpoczyna się terapię insulinową [4]. Kryterium do wprowadzenia insulinoterapii jest wtórny brak wrażliwości na hipoglikemizujące leki doustne, przy poziomie hemoglobiny glikowanej HbA1c >7,0 % (prawidłowa wartość < 6,1 -6,5%) lub nowo rozpoznana cukrzyca ze stężeniem glukozy we krwi 300 mg/dl; zapobiegnie powikłaniom narządowym oraz uwolnienie od dolegliwości jak i poprawa jakości życia. Insulinoterapię rozpoczyna się zwykle od skojarzonego leczenia insuliną o przedłużonym działaniu w jednym wstrzyknięciu z doustnymi lekami hipoglikemizującymi np. metforminą u chorych z nadwagą bądź insuliną z pochodnymi sulfonylomocznika lub glinidy u chorych z prawidłową masą ciała [5-11].

Nieleczona lub nieskutecznie leczona cukrzyca prowadzi do rozwoju powikłań. Powikłania można podzielić na wczesne i późne (przewlekłe) oraz ostre. Późne powikłania są wynikiem długo utrzymujących się zbyt wysokich poziomów glukozy we krwi prowadząc tym samym do chorób układu krążenia, nefropatii cukrzycowej, retinopatii cukrzycowej, neuropatii cukrzycowej, zespołu stopy cukrzycowej oraz powikłań makroangiopatycznych. Z kolei ostre powikłania cukrzycy to kwasica i śpiączka ketonowa, powstająca w wyniku nagłego i znacznego obniżenia insuliny [12,5,13]. Hiperglikemia jest wczesnym powikłaniem cukrzycy,

następstwem wielu lat insulinooporności i jest konsekwencją wyczerpania możliwości wysp trzustkowych do produkcji insuliny. Hiperglikemia podnosi ciśnienie tętnicze krwi, zmniejsza stężenie HDL- cholesterolu i zwiększa ryzyko choroby zakrzepowej [14].

Cukrzyca typu 2. jest chorobą w której to lekarz podejmuje strategiczne decyzje związane z terapią, ale najistotniejsze jest to, że na co dzień leczenie pozostaje w rękach pacjenta [3]. Podstawą leczenia cukrzycy typu 2. jest prawidłowy styl życia, korekta żywienia oraz zwiększenie aktywności fizycznej [15]. Analiza badań klinicznych oceniających wpływ wysiłku fizycznego na parametry gospodarki węglowodanowej jednoznacznie wskazuje, że powinien on być integralnym elementem zarówno prewencji jak i leczenia cukrzycy typu 2. Najważniejsze korzyści z uprawiania systematycznego wysiłku fizycznego to między innymi poprawa wrażliwości na insulinę, poprawa samopoczucia, poprawa bilansu energetycznego, poprawa wydolności fizycznej oraz redukcja ryzyka chorób układu krążenia [3]. Natomiast dieta w cukrzycy powinna opierać się na produktach z niskim indeksem glikemicznym. Odpowiedni dobór produktów ma bezpośredni wpływ na po posiłkową glikemię, wobec czego należy tak komponować posiłki, aby składniki o wysokim i średnim indeksie wymieniać na te o niskim indeksie [16].

Cukrzyca jako schorzenie silnie uwarunkowane od środowiska oraz zależne od czynników modyfikowalnych jak pandemia potrzebuje szczepionki w postaci skutecznej edukacji zdrowotnej [17]. Intensyfikacja leczenia wymaga skutecznej samokontroli, ta zaś wymaga stałego poszerzania wiedzy i nieustającego wsparcia chorego. Edukowanie chorych na cukrzycę, niezależnie od wieku pacjenta, obejmować powinno nie tylko samego pacjenta, ale również jego najbliższe otoczenie [15]. Według PTD (Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego), edukacja diabetologiczna stanowi integralny i niezbędny element postępowania terapeutycznego, a celem jej jest oprócz udzielania informacji na temat choroby, jej przebiegu, leczenia, powikłań, przede wszystkim wyposażenie diabetyków w umiejętność samodzielnego postępowania w chorobie, samostanowienia i samoobserwacji [18]. Bardzo ważne jest zachęcenie pacjenta do prowadzenia dzienniczka, w którym zostaną zapisane zarówno wyniki badań wykonanych przez chorego, jak i odnotowane różne zdarzenia (przyjęcia, wycieczki itp.), które mogły mieć wpływ na stopień wyrównania poziomu glikemii we krwi [15]. Edukacja chorych na cukrzycę stanowi istotne uzupełnienie leczenia i znacząco wpływa na obniżenie ryzyka ostrych oraz późnych powikłań cukrzycy. Optymalny model edukacji to model wieloetapowy. Pierwszy etap to tak zwany poziom przeżycia i jest niczym innym jak dostarczenie wiedzy pozwalającej na uniknięcie ostrych powikłań cukrzycy. Natomiast drugi etap to edukacja podstawowa czyli poziom wiedzy pozwalający na

kompetentne uczestniczenie w procesie leczenia i samokontroli co znacznie obniżenia ryzyko rozwoju odległych powikłań cukrzycy [15]. Według wytycznych Grupy Badawczej ds. edukacji w cukrzycy (ang. *Diabetes Education Study Group*) wstępna edukacja chorego na cukrzycę leczonego dietą i doustnymi środkami hipoglikemizującymi powinna trwać co najmniej 5 godzin, natomiast chorego leczonego insuliną musi to już być czas około 9 godzin. Taką edukację należy kontynuować przez cały rok. W kolejnych latach czas przeznaczony na reedukację uzależniany jest od posiadanej wiedzy chorego, od liczby błędów przez niego popełnianych, jak również od pojawiających się ewentualnych powikłań czy chorób towarzyszących [19]. Mottem dla prawidłowej opieki diabetologicznej powinny być słowa profesora J.P. Joslina: „Pacjenci, którzy wiedzą najwięcej, żyją najdłużej”. Wypowiedział je blisko sto lat temu amerykański lekarz i zarazem pionier w dziedzinie diabetologii. Stwierdził On również, że edukacja sama w sobie jest formą leczenia cukrzycy i zarazem najważniejszą składową terapii [20]. Jak pokazują badania poziom wiedzy dotyczącej cukrzycy w Polsce jest niepokojąco niski. Wyrównanie cukrzycy w Polsce, wyrażone poziomem HbA1c < 7% osiąga jedynie ok. 23% diabetyków [21].

Bardzo ważne w opiece nad pacjentem jest zaakceptowanie i zrozumienie tego co czuje chory na cukrzycę, a niezrozumienie tego faktu prowadzi do frustracji i izolacji zarówno chorego, jak i jego opiekunów [22]. Każde przewlekłe schorzenie wpływa zarówno na stan psychiczny, stan fizyczny jak i na funkcjonowanie człowieka, często zmuszając go do trwałej zmiany dotychczasowego trybu życia. Sama choroba może być różnie postrzegana – jako trudność, którą należy pokonać, jako strata lub ulga, a w niektórych przypadkach jako korzyść [23]. Człowiek w różnoraki sposób reaguje na fakt choroby: jedni bardziej akceptują ten stan, inni nie mogą w żaden sposób pogodzić się z tą sytuacją. Osoby, które potrafią zaakceptować swoją chorobę, zdecydowanie chętniej podejmują trud walki o powrót do zdrowia, doświadczają mniej negatywnych emocji [24]. Chorzy, którzy akceptują swoją chorobę, doświadczają chętniej i współuczestniczą w procesie leczenia. U takich pacjentów można zaobserwować lepszą jakość życia z chorobą [25]. Sposób, w jaki chory przyjmie diagnozę o cukrzycy, oraz jak będzie wyglądało jego dalsze postępowanie, zależy jest od wielu czynników. Głównymi etapami są: zaprzeczenie, lęk i izolacja, gniew i złość, targowanie się, depresja, pogodzenie się i akceptacja. Tylko akceptacja ograniczeń spowodowanych przez chorobę umożliwi rozwój motywacji, realizację celów i pokonywanie trudności w cukrzycy [26]. Wyznacznikiem sposobu funkcjonowania, przystosowania oraz czynnikiem prognostycznym jakości życia pacjenta w chorobie jest stopień jej akceptacji, czyli stopień jej uznania, aprobaty, potwierdzenia. Z jednej strony brak akceptacji choroby wywołuje duże poczucie dyskomfortu

psychicznego i pogarsza zdolności przystosowawcze, z drugiej – im większa akceptacja danego schorzenia, tym mniejsze nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych zarówno z chorobą, jak i z kompleksowo prowadzonym leczeniem oraz sprawowaną opieką [27]. Poza tym akceptacja choroby może stanowić element aktywizujący pacjenta. Z tego względu ocena jej stopnia posiada istotne znaczenie w holistycznej terapii wielu schorzeń, szczególnie tych o charakterze przewlekłym [28]. Akceptacja choroby na ogół oznacza przyjęcie pozytywnej postawy wobec danej sytuacji i sprzyja mobilizacji sił pacjenta oraz umożliwia zapobieganiu obniżeniu jakości życia w konsekwencji choroby przewlekłej [29]. Choroba, a w szczególności choroba przewlekła jaką jest cukrzyca typu 2, może wpływać na wystąpienie nieadaptacyjnych zachowań pacjenta, które mogą powodować nasilenie objawów chorobowych i są one zależne od indywidualnych właściwości psychicznych chorego oraz jego cech osobowości. Niekiedy nawet niewielka choroba może stać się nieuleczalna, jeżeli chory nie wykazuje chęci do życia, do walki czy zaakceptowania swojego schorzenia. Należy jednak podkreślić, że nie zawsze choroba przewlekła wpływa na pogorszenie jakości życia. O ile niesie za sobą ograniczenia i zmiany, to niejednokrotnie daje również nowe szanse i wyznacza nowe możliwości w momencie jej pełnej akceptacji [30].

Cel pracy. Celem głównym prowadzonych badań było zbadanie wpływu wiedzy na temat cukrzycy na poziom akceptacji choroby przez pacjentów z cukrzycą typu 2.

Problem badawczy: Cukrzyca typu 2. jest chorobą przewlekłą i z uwagi na zasięg oraz częstość jej występowania należy także do chorób cywilizacyjnych. Mimo propagowania zdrowego stylu życia, zachęcania do aktywności fizycznej i diety niskokalorycznej niestety ciągle dochodzi do nowych zachorowań. W związku z powyższym należy poszukiwać rozwiązań ograniczających skutki choroby oraz wpływających na wzrost poziomu akceptacji choroby.

Materiał i metody. Badaniem objęci zostali pacjenci oddziału wewnętrznego w nowosolskim szpitalu. Kryterium włączenia do badań: pełnoletni pacjenci chorujący na cukrzycę typu 2, będący hospitalizowani w Szpitalu; wyrażający świadomą i dobrowolną zgodę na badanie. Kryterium wyłączenia z badań – pacjenci nie chorujący na cukrzycę typu 2.; brak zgody na udział w badaniu ankietowym; spodziewany brak współpracy ze strony uczestnika ankiety. Badania przeprowadzono w okresie od 9.05.2022 do 4.08.2022 roku. Rozdano 100 ankiet, zwrotność była 100 tj. 100%. Projekt badania został zatwierdzony przez Komisję Bioetyczną Instytutu Medycznego PWSZ w Głogowie (nr 52/2022). Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, przy udziale techniki ankietowej. W badaniu własnym wykorzystane zostały następujące narzędzia badawcze: autorski kwestionariusz ankiety, kwestionariusz akceptacji choroby AIS oraz w celu wykonania pomiarów skala BMI

i ciśnieniomierz do pomiaru ciśnienia tętniczego. Autorski kwestionariusz ankiety umożliwił zbadanie zmiennych takich jak:

- cechy socjodemograficzne pacjenta: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, wykonywanie pracy zawodowej w ciągu ostatniego roku;
 - cechy kliniczne: długości trwania choroby; występowanie powikłań przewlekłych; aktualna masa ciała i wzrost, na podstawie których została obliczona wartość BMI oraz aktualna wartość ciśnienia tętniczego krwi.
 - ocenę wiedzy pacjenta na temat cukrzycy typu II- 20 pytań. Odpowiedzi zostały ocenione wg kryteriów oceny testu:
 - bardzo dobry (5,0) bdb - powyżej 90% poprawnych odpowiedzi
 - dobry plus (4,5) db plus - 81-90% poprawnych odpowiedzi,
 - dobry (4,0) db - 71-80% poprawnych odpowiedzi
 - dostateczny plus (3,5) - dst plus 66-70% poprawnych odpowiedzi
 - dostateczny (3,0) dst - 60-65% poprawnych odpowiedzi
 - niedostateczny (2,0) ndst - poniżej 60% poprawnych odpowiedzi;
 - Częstość korzystania z różnych źródeł wiedzy na temat swojej choroby.
 - Samoocenę wiedzy przez pacjenta.
 - Zachowania zdrowotne – przestrzeganie zaleceń: 10 pytań. Odpowiedzi zostały ocenione wg kryteriów oceny testu jak powyżej.
 - Określenie poziomu akceptacji choroby-w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej
- Kwestionariusz akceptacji choroby AIS. Akceptację choroby określono na podstawie kwestionariusza AIS pochodzącego z Pracowni testów psychologicznych Polskiego towarzystwa Psychologicznego. Skala zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne ograniczenia narzucone przez chorobę, a dotyczą one ograniczeń związanych ze stanem zdrowia, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Przy każdym zagadnieniu chorzy określają, w jakim stopniu się z nim zgadzają [24]. Zakres wyników mieści się w obszarze 8-40 punktów i im wyższy wynik, tym większa akceptacja własnej choroby. Dla AIS nie istnieją normy pozwalające powiedzieć jakie wyniki oznaczają wysoki, a jakie niski stopień akceptacji choroby. Można jednak policzyć średnią liczbę punktów przypadającą na pytanie i zinterpretować ją według klucza dla pojedynczego pytania, według którego: 1 oznacza zdecydowany brak akceptacji choroby; 5 oznacza zdecydowaną akceptację choroby; 3 jest odpowiedzią neutralną (pomiędzy akceptacją i jej brakiem).

Opis zastosowanych metod analizy statystycznej. Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę oraz kwartyle. Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Po wykryciu istotnych statystycznie różnic, wykonywano analizę post-hoc testem Dunna w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup. Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. A więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersja 4.2.1 [52].

Wyniki badań. W badaniu wzięło udział 100 pacjentów przebywających na oddziale chorób wewnętrznych w Nowej Soli w okresie od 9.05. do 4.08.2022 r. Uczestnikami badania byli mężczyźni - 51% oraz kobiety - 49 %. Najwięcej ankietowanych było w wieku 61 lat i więcej – 31%. Przeważającą część badanych stanowili mieszkańcy miasta – 58%, z wykształceniem średnim 41%. Ankietowani zadeklarowali swój stan cywilny w związku formalnym – 33%, wolny/a – 26%, kolejni to wdowa/wdowiec stanowiący 23% badanych, 15% to badani żyjący w związkach partnerskich i 3% stanowili rozwiedzeni. Największą grupę, bo 54% stanowią osoby aktywne zawodowo w ciągu ostatniego roku, natomiast nieaktywni zawodowo stanowią 33% badanych. 11% spośród badanych pracuje okresowo.

Poniżej przedstawione są wyniki badań.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy pacjentów

Zmienna	n	%
Wiek		
20-30 lat	11	11%
31-40 lat	15	15%
41-50 lat	22	22%
51-60 lat	21	21%
61 lat i więcej	31	31%
Płeć		
Kobiety	49	49%
Mężczyźni	51	51%
Miejsce zamieszkania		
Miasto	58	58%
Wieś	39	39%
Brak odpowiedzi	3	3%
Wykształcenie		

Podstawowe	10	10%
Gimnazjalne	6	6%
Zawodowe	19	19%
Średnie	41	41%
Wyższe	24	24%
Stan cywilny		
Wolny/a	26	26%
Związek formalny	33	33%
Związek partnerski	15	15%
Wdowa/wdowiec	23	23%
Rozwiedziona/y	3	3%
Wykonywanie pracy zawodowej w ciągu ostatniego roku		
Tak	54	54%
Nie	33	33%
Okresowo	11	11%
Brak odpowiedzi	2	2%

Wśród ankietowanych największą grupę stanowili chorujący od 5-10 lat – 51%. W zakresie powikłań przewlekłych 56% badanych deklaroowało problemy ze wzrokiem, 38% osób wskazało choroby nerek, 36% problemy z poruszaniem się, 19% cierpi na rany cukrzycowe, natomiast 12% badanych dotknęło uszkodzenie żył w obrębie nóg. Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby z nadwagą – 39%; 33% badanych miało wagę w normie, 15% dotknęła otyłość, 5% stanowili z otyłością II stopnia, 3% z otyłością III stopnia. Pacjenci z niedowagą i wychudzeniem łącznie stanowili 5 % badanych. Ciśnienie tętnicze u ankietowanych wahało się od 100 do 185 mmHg. Największą grupę, bo 38% stanowili badani z ciśnieniem w przedziale 121- 140 mmHg, kolejną grupą byli badani z ciśnieniem w przedziale 141- 160 - 31%. 29% stanowili badani z ciśnieniem w przedziale 100-120 i po 1% badanych w przedziałach 161-180 i 181- 200 mmHg.

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna badanej grupy pacjentów

Charakterystyka kliniczna badanej grupy pacjentów	n	%
Czas trwania choroby		
5-10 lat	51	51%
11-20 lat	35	35%
21-30 lat	10	10%
31-40 lat	3	3%
41 lat i więcej	1	1%
Przewlekłe powikłania*		
Problemy z poruszaniem się	36	36%
Problemy ze wzrokiem	56	56%
Choroba nerek	38	38%
Zawał serca	11	11%

Udar		4	4%
Neuropatia		3	3%
Rany cukrzycowe		19	19%
Uszkodzenia żył w obrębie nóg		12	12%
<i>* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru</i>			
BMI [kg/m²]		n	%
< 17	Wychudzenie	2	2%
17 - 18,5	Niedowaga	3	3%
18,5 - 25	Waga w normie	33	33%
25 - 30	Nadwaga	39	39%
30 - 35	Otyłość	15	15%
35 - 40	Otyłość II stopnia	5	5%
> 40	Otyłość III stopnia	3	3%
SBP [mmHg] wartość skurczowego ciśnienia tętniczego krwi			
100 - 120		29	29%
121 - 140		38	38%
141 - 160		31	31%
161 - 180		1	1%
181 - 200		1	1%
SBP wynosiło średnio 134,06 mmHg (SD = 16,21) i wahało się od 100 do 185 mmHg.			
DBP [mmHg] Wartości rozkurczowego ciśnienia tętniczego			
60 - 70		22	22%
71 - 80		34	34%
81 - 90		24	24%
91 - 100		16	16%
101 - 110		3	3%
111 - 120		0	0%
121 - 130		1	1%
DBP wynosiło średnio 82,52 mmHg (SD = 11,1) i wahało się od 60 do 125 mmHg.			

W badaniu zostało wykazane, że 56 spośród 100 uczestników ankiety (56%) miało niedostateczny poziom wiedzy, 4 ankietowanych (4%) miało poziom dostateczny, 6 ankietowanych (6%) miało poziom dostateczny plus, 12 ankietowanych (12%) miało poziom dobry, 22 ankietowanych (22%) miało poziom dobry plus. Ani jeden uczestnik badania nie uzyskał oceny – bardzo dobry. Spośród pytań dotyczących wiedzy na temat cukrzycy, respondenci wykazali największy poziom wiedzy w pytaniach nr 2, 3, 15 i 18. Natomiast najmniejszą wiedzę pacjenci wykazali się w pytaniach: 14,12,1,8.

Tabela 3. Poziom wiedzy ankietowanych na temat cukrzycy typu 2.

Poziom wiedzy	n	%
Poziom niedostateczny	56	56%
Poziom dostateczny	4	4%
Poziom dostateczny plus	6	6%
Poziom dobry	12	12%

Poziom dobry plus	22	22%
Poziom bardzo dobry	0	0%

- Pytanie 1. Cukrzyca typu 2 jest chorobą w przebiegu której dochodzi do:
 Pytanie 2. Rozwój insulinooporności bardzo często związany jest z:
 Pytanie 3. OGTT to skrót nazwy badania wykonywanego w celu:
 Pytanie 4. Zalecana w cukrzycy typu 2. dieta powinna być oparta na:
 Pytanie 5. Jednym z ważnych elementów terapii jest aktywność fizyczna, która powinna wynosić minimum:
 Pytanie 6. Co to jest hiperglikemia?
 Pytanie 7. Czynności zapobiegające stopie cukrzycowej to:
 Pytanie 8. Co to jest indeks glikemiczny?
 Pytanie 9. Jaki produkt z niżej wymienionych ma najwyższy indeks glikemiczny?
 Pytanie 10. W jaki sposób alkohol wpływa na poziom glukozy we krwi?
 Pytanie 11. Insulinooporność to:
 Pytanie 12. Jaki jest poziom insuliny i glukozy w cukrzycy typu 2 jednocześnie?
 Pytanie 13. Powikłania wczesne cukrzycy typu 2 to:
 Pytanie 14. Powikłania późne cukrzycy typu 2 to:
 Pytanie 15. Co to jest hipoglikemia?
 Pytanie 16. Jakie postępowanie jest prawidłowe przez pacjentów z cukrzycą typu 2?
 Pytanie 17. Co może być powodem chudnięcia w cukrzycy typu 2?
 Pytanie 18. Czym spowodowana jest otyłość?
 Pytanie 19. Jak należy postąpić w hipoglikemii?
 Pytanie 20. Jak należy postąpić w hiperglikemii?

Istotną kwestią w badaniu własnym było poznanie samooceny wiedzy przez pacjentów na temat przyczyn choroby, diety, leczenia, aktywności fizycznej oraz zapobiegania powikłaniom. Odpowiedzi świadczące o „bardzo dobrej” znajomości powyższych zagadnień, obejmowały zakres jedynie od 1 do 8%, o „dobrej” w przedziale 19-29%, „raczej dobrej” 40-46%, „złej” 21-27%, „bardzo złej” 4-5 procent odpowiedzi. Wśród odpowiedzi z samooceną „bardzo dobrze” i „dobrze” najwyżej oceniona została wiedza na temat leczenia (32%), najniżej wiedza na temat zapobiegania powikłaniom (23%). Wśród odpowiedzi z samooceną „źle” i „bardzo źle” najniżej została oceniona wiedza na temat zapobiegania powikłaniom 34% oraz na temat aktywności fizycznej -32%. Podsumowując, blisko połowa respondentów ocenia swoją wiedzę na poziomie „raczej dobrym”, natomiast największy deficyt wiedzy w samoocenie pacjentów dotyczy zagadnień związanych z zapobieganiem powikłaniom oraz aktywności fizycznej.

Tabela 4. Samoocena wiedzy na temat przyczyn choroby, diety, leczenia, aktywności fizycznej oraz zapobiegania powikłaniom

Samoocena wiedzy	n	%	n	%
Ocena własnej wiedzy nt. przyczyn choroby			Ocena własnej wiedzy nt. aktywności fizycznej	
Bardzo dobrze	1	1%	8	8%
Dobrze	26	26%	19	19%
Raczej dobrze	46	46%	41	41%
Źle	23	23%	27	27%
Bardzo źle	4	4%	5	5%
Ocena własnej wiedzy nt. diety			Ocena własnej wiedzy nt. zapobiegania powikłaniom	

Bardzo dobrze	3	3%	2	2%
Dobrze	22	22%	21	21%
Raczej dobrze	46	46%	43	43%
Źle	22	22%	24	24%
Bardzo źle	5	5%	10	10%
Brak odpowiedzi	2	2%	0	0%
Ocena własnej wiedzy nt. leczenia				
Bardzo dobrze	3	3%		
Dobrze	29	29%		
Raczej dobrze	40	40%		
Źle	21	21%		
Bardzo źle	5	5%		
Brak odpowiedzi	2	2%		

Badając poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą typu 2. istotne było poznanie częstości korzystania z różnych źródeł na temat choroby. Wśród pomocy zinstytucjonalizowanej pacjenci najczęściej wskazują lekarza i pielęgniarkę z poradni diabetologicznej (odpowiednio 45% i 31% odpowiedzi- bardzo często i często), następnie pielęgniarkę i lekarza podczas hospitalizacji (odpowiednio 24 % i 21% odpowiedzi - bardzo często i często). Stowarzyszenie Diabetyków oraz inne poradnie niż diabetologiczne - nie stanowią istotnego źródła wiedzy pacjentów na temat choroby, jedynie odpowiednio 8% i 6% odpowiedzi - bardzo często i często. Badanie wykazało, że wysoką liczbą wskazań przez pacjentów (odpowiedzi - bardzo często i często) cieszą się: Internet (35%), broszury (28%), książki (21%), inni chorzy (20%).

Tabela 5. Częstość korzystania z różnych źródeł wiedzy przez pacjentów na temat choroby

Źródła wiedzy pacjentów na temat choroby	n	%	n	%
Lekarz z poradni diabetologicznej jako źródło wiedzy o chorobie			Inni chorzy jako źródło wiedzy o chorobie	
Bardzo często	9	9%	9	9%
Często	36	36%	11	11%
Czasami	26	26%	21	21%
Rzadko	14	14%	20	20%
Bardzo rzadko	14	14%	21	21%
Wcale	1	1%	15	15%
Pielęgniarka z poradni diabetologicznej jako źródło wiedzy o chorobie			Internet jako źródło wiedzy o chorobie	
Bardzo często	8	8%	12	12%
Często	23	23%	23	23%
Czasami	26	26%	24	24%
Rzadko	24	24%	12	12%
Bardzo rzadko	14	14%	20	20%
Wcale	4	4%	9	9%
Brak odpowiedzi	1	1%	12	12%

Inna poradnia jako źródło wiedzy o chorobie			Książki jako źródło wiedzy o chorobie	
Bardzo często	0	0%	8	8%
Często	6	6%	13	13%
Czasami	9	9%	27	27%
Rzadko	25	25%	19	19%
Bardzo rzadko	25	25%	20	20%
Wcale	33	33%	9	9%
Brak odpowiedzi	2	2%	4	4%
Stowarzyszenie Diabetyków jako źródło wiedzy o chorobie			Broszury jako źródło wiedzy o chorobie	
Bardzo często	0	0%	12	12%
Często	8	8%	16	16%
Czasami	11	11%	32	32%
Rzadko	26	26%	12	12%
Bardzo rzadko	20	20%	19	19%
Wcale	32	32%	9	9%
Brak odpowiedzi	3	3%	12	12%
Lekarz (podczas hospitalizacji) jako źródło wiedzy o chorobie			Inne źródła wiedzy o chorobie	
Bardzo często	4	4%	1	1%
Często	17	17%	4	4%
Czasami	24	24%	8	8%
Rzadko	19	19%	10	10%
Bardzo rzadko	22	22%	19	19%
Wcale	11	11%	23	23%
Brak odpowiedzi	3	3%	35	35%
Pielęgniarka (podczas hospitalizacji) jako źródło wiedzy o chorobie				
Bardzo często	3	3%		
Często	21	21%		
Czasami	19	19%		
Rzadko	22	22%		
Bardzo rzadko	22	22%		
Wcale	11	11%		
Brak odpowiedzi	2	2%		

Wyżej przedstawiony wynik badania pokrywa się z wynikiem uzyskanym z odpowiedzi na pytanie „Skąd w największym stopniu czerpie Pan/i wiedzę o chorobie?”. Badani jako główne źródło wiedzy wskazują lekarza i pielęgniarkę.

Tabela 6. Źródła wiedzy o chorobie

Skąd w największym stopniu czerpie Pan/i wiedzę o chorobie?	n	% *
Z ulotek	51	51%
Z książek	24	24%
Od lekarza	81	81%

Od pielęgniarki	48	48%
Uczestniczę w szkoleniach organizowanych przez Stowarzyszenie Diabetyków	6	6%
Z innych źródeł **	16	16%

* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

** 14 x Internet, 1 x Inni chorzy, 1 x Brak sprecyzowania źródła wiedzy

Przedmiotem badań oprócz poziomu wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2. były także zachowania zdrowotne pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2. w zakresie przestrzegania zaleceń. 77 spośród 100 uczestników ankiety (77%) miało niedostateczny poziom przestrzegania zaleceń, 12 ankietowanych (12%) miało poziom dobry, 10 ankietowanych (10%) miało poziom dostateczny plus, a 1 ankietowany (1%) miał poziom dobry plus. Wśród zachowań zdrowotnych pacjenci najbardziej przestrzegają zalecenia dotyczące przygotowywanie posiłków, aż 66% deklaruje obróbkę cieplną podczas przygotowywania posiłków tj. gotowanie/duszenie, 55% badanych w prawidłowy sposób zachowuje się podczas wysokich wartości glikemii pijąc duże ilości wody, 50% badanych kontroluje HbA1c co miesiąc lub co najmniej raz w roku. Niespełna połowa, bo tylko 43% pacjentów jest aktywna fizycznie raz w tygodniu lub częściej, ale na pytanie dotyczące preferowanej formy wypoczynku jedynie 35% badanych wskazuje na aktywność fizyczną (oglądanie telewizji preferuje aż 31 % badanych). Łącznie aż 77% pacjentów przyznaje, że zjada posiłek bogatowęglowodanowy lub słodczy raz w tygodniu, raz w miesiącu lub wcale (codziennie 23% badanych), ale jedynie 19% pacjentów liczy codziennie spożywane węglowodany. Wśród zachowań zdrowotnych prawidłowe postępowanie w zakresie codziennego prowadzenie dzienniczka samokontroli deklaruje 39% pacjentów. Jedynie 18 % pacjentów korzysta z profesjonalnej edukacji co miesiąc.

Tabela 61. Ocena zachowań zdrowotnych

Przestrzeganie zaleceń	n	%
Poziom niedostateczny	77	77%
Poziom dostateczny	0	0%
Poziom dostateczny plus	10	10%
Poziom dobry	12	12%
Poziom dobry plus	1	1%
Poziom bardzo dobry	0	0%

1. Jak często jest Pan/i aktywny/a fizycznie?
2. Jaką metodą najczęściej przygotowuje Pan/i posiłki wymagające obróbki cieplnej?
3. Jak często kontroluje Pan/i HbA1c?
5. Jak często prowadzi Pan/i dzienniczek samokontroli?
4. Jak często korzysta Pan/i z profesjonalnej edukacji?
6. Skąd w największym stopniu czerpie Pan/i wiedzę o chorobie?
7. Jak często Pan/i liczy spożywane węglowodany?

8. Jak często zdarza się Panu/i zjeść posiłek bogaty w węglowodany lub słodczyce?
9. Jak postępuje Pan/i w przypadku wysokiego cukru we krwi?
10. Jaka formę odpoczynku czynnego Pan/i preferuje?

W pytaniu jakie są oczekiwania pacjentów wobec opieki zdrowotnej, w największym stopniu, bo 27% pacjentów wskazuje na chęć lepszego dostępu do edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę, natomiast 22% pacjentów wskazuje na chęć lepszego dostępu do edukacji prowadzonej przez lekarza; 13% chciałoby mieć lepszy dostęp do dietetyka, a 9% do diagnostyki.

Tabela 7. Oczekiwania wobec opieki zdrowotnej

Jakie są Pana/i oczekiwania wobec opieki zdrowotnej?	n	% *
Lepszy dostęp do edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę	27	27%
Lepszy dostęp do edukacji zdrowotnej prowadzonej przez lekarza	22	22%
Lepszy dostęp do dietetyka	13	13%
Lepszy dostęp do diagnostyki	9	9%
Większa możliwość korzystania z pomocy pracownika socjalnego	3	3%
Większa możliwość korzystania z zabiegów fizjoterapeutycznych	2	2%
Większa możliwość korzystania z aktywności fizycznej pod okiem profesjonalisty	1	1%
Inne	1	1%

* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru

Średni wynik akceptacji choroby- AIS wynosił 24,02 punktu, co daje 3 punktu na pytanie. A więc respondenci ani akceptowali ani nie akceptowali swojej choroby (prezentowali wobec niej postawę neutralną).

Tabela 8. Stopień akceptacji choroby – kwestionariusz AIS

AIS [punkty]										
Zakres punktowy	N	Braki danych	Średnia	SD	Średnia na pytanie	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
8-40	99	1	24,02	8,81	3	24	8	40	16	30

Badanie poziomu akceptacji choroby miało miejsce także w autorskim kwestionariuszu ankiety. W pytaniu o poziom akceptacji choroby, uczestnicy badania najczęściej zaznaczyli odpowiedź „raczej akceptuję” we wszystkich 3 sferach: biologicznej (38% odpowiedzi), społecznej (34% odpowiedzi), psychicznej (33% odpowiedzi). W pełni akceptuje chorobę jedynie 12% pacjentów uczestniczących w badaniu- w sferze społecznej, 11% w sferze biologicznej i 9 % w sferze psychicznej. Natomiast odpowiedzi „raczej nie akceptuję” i „zdecydowanie nie akceptuję” zaznaczyła ponad 1/3 pacjentów.

Tabela 9. Poziom akceptacji choroby w zakresie biopsychospołecznym

Poziom akceptacji choroby w zakresie biopsychospołecznym	n	%
Akceptacja choroby w sferze biologicznej		
Akceptuję w pełni	11	11%
Częściowo akceptuję	13	13%

Raczej akceptuję	38	38%
Raczej nie akceptuję	28	28%
Zdecydowanie nie akceptuję	10	10%
Akceptacja choroby w sferze psychicznej		
Akceptuję w pełni	9	9%
Częściowo akceptuję	20	20%
Raczej akceptuję	33	33%
Raczej nie akceptuję	26	26%
Zdecydowanie nie akceptuję	12	12%
Akceptacja choroby w sferze społecznej		
Akceptuję w pełni	12	12%
Częściowo akceptuję	17	17%
Raczej akceptuję	34	34%
Raczej nie akceptuję	27	27%
Zdecydowanie nie akceptuję	10	10%

W badaniu została wykazana zależność istotna (gdyż $p < 0,05$) i dodatnia wpływu poziomu wiedzy na temat choroby na poziom akceptacji choroby- im wyższy poziom wiedzy, tym większa akceptacja choroby.

Tabela 102. Poziom wiedzy i AIS

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Poziom wiedzy i AIS	0,487	$p < 0,001$

Poszukując wpływu danych socjodemograficznych na poziom akceptacji choroby przez pacjentów z cukrzycą typu 2, różnice istotne statystycznie zostały wykazane w odniesieniu do wieku, płci oraz wykształcenia: poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy w grupie 20-30- i 31-40-latków niż w grupie osób po 60. roku życia; poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy u kobiet; poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy u osób z wykształceniem średnim i wyższym niż u osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym. Natomiast różnice nieistotne statystycznie dotyczyły: miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykonywanej pracy zawodowej w ciągu ostatniego roku.

Poniżej przedstawione są wyniki badań w tab. 11 oraz tab.12.

Tabela 11. Wpływ wieku na poziom akceptacji choroby

Wiek	N	AIS [punkty]							p
		Średnia	SD	Me	Min	Max	Q1	Q3	
20-30 lat - A	11	28,30	7,04	28,0	14	40	24	33,50	$p=0,043$ *
31-40 lat - B	14	27,50	9,20	30,0	10	38	24	35,25	B,A>E
41-50 lat - C	22	25,23	6,04	26,5	16	40	21	29,50	
51-60 lat - D	21	23,52	8,86	24,0	8	40	17	31,00	

61 lat i więcej - E	31	20,42	9,76	17,0	8	40	14	26,50	
---------------------	----	-------	------	------	---	----	----	-------	--

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny. * różnica istotna statystycznie (p<0,05)

Tabela 12. Wpływ płci oraz wykształcenia na poziom akceptacji choroby

Płeć									
	N	AIS [punkty]							P
		Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Kobiety	48	25,84	8,84	26,5	8	40	20,75	33,0	p=0,049 *
Mężczyźni	51	22,31	8,51	24,0	8	40	16,00	28,5	
wykształcenie									
Podstawowe - A	10	19,00	10,43	16	8	40	14,25	20,75	p=0,017 *
Gimnazjalne - B	6	16,00	7,16	16	8	24	10,00	22,00	E,D>A,B
Zawodowe - C	19	22,53	9,26	24	8	36	14,50	30,50	
Średnie - D	41	25,52	8,56	26	8	40	21,00	30,00	
Wyższe - E	23	26,87	6,51	27	10	37	24,00	31,50	
p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny. * różnica istotna statystycznie (p<0,05)									

Badając wpływ danych klinicznych - związanych ze stanem zdrowia na poziom akceptacji choroby przez pacjentów z cukrzycą typu 2. zostały wykazane różnice istotne statystycznie wśród przewlekłych powikłań w zakresie problemów ze wzrokiem, chorób nerek, uszkodzenia żył w obrębie nóg, SBP oraz DBP: poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy w grupie mających problemy ze wzrokiem niż w grupie niemających takich problemów; poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy u osób z chorobami nerek niż u osób bez takich chorób; poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy w grupie bez uszkodzeń żył w obrębie nóg niż w grupie z takimi uszkodzeniami; im wyższe SBP i DBP, tym mniejsza akceptacja choroby. Różnice nieistotne statystycznie (p>0,05) dotyczyły wpływu czasu trwania choroby oraz przewlekłych powikłań taki jak: problemy z poruszaniem się, zawał serca, rany cukrzycowe, BMI na poziom akceptacji choroby. Poniżej przedstawione są wyniki badań w tab. 13 oraz 14.

Tabela 13. Wpływ danych klinicznych - związanych ze stanem zdrowia na poziom akceptacji choroby przez pacjentów z cukrzycą typu 2

odpowiedź	N	AIS [punkty]							P
		Średnia	SD	Me	Min	Max	Q1	Q3	
Problemy ze wzrokiem									
Nie	44	20,64	9,78	16	8	40	14	27,75	p=0,001 *
Tak	55	26,73	6,92	27	8	40	24	30,50	
Choroba nerek									

Nie	62	22,44	8,93	24	8	40	16	27,75	p=0,014 *
Tak	37	26,68	8,03	29	8	40	24	32,00	
Uszkodzenia żył w obrębie nóg									
Nie	87	25,11	8,39	25,0	8	40	19,5	30,50	p=0,001 *
Tak	12	16,17	8,01	15,5	8	34	9,5	20,25	
p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny. * różnica istotna statystycznie (p<0,05)									

Tabela 14. Poziom SBP oraz DBP a akceptacja choroby

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
SBP i AIS	-0,468	p<0,001
DBP i AIS	-0,474	p<0,001

Badając wpływ poziomu wiedzy na zachowania zdrowotne- przestrzeganie zaleceń została wykazana zależność istotna (gdyż $p<0,05$) i dodatnia, a więc im wyższy poziom wiedzy, tym wyższy poziom przestrzegania zaleceń. Poniżej umieszczony jest wynik badania.

Tabela 15. Wpływ poziomu wiedzy na zachowania zdrowotne- przestrzeganie zaleceń

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Poziom wiedzy i Przestrzeganie zaleceń	0,582	p<0,001

Dyskusja. Głównym celem prowadzonych badań była ocena wpływu wiedzy na temat cukrzycy na poziom akceptacji choroby przez pacjentów z cukrzycą typu 2. W badaniu zostało wykazane, że poziom wiedzy na temat choroby wpływa na poziom akceptacji choroby. Zależność istotna (gdyż $p<0,05$) i dodatnia, a więc im wyższy poziom wiedzy, tym większa akceptacja choroby.

W badaniu własnym zostało wykazane, że aż 56 spośród 100 uczestników ankiety (56%) miało niedostateczny poziom wiedzy na temat swojej choroby, a pytania które sprawiły największy problem dotyczyły kolejno: typowego powikłania późnego w cukrzycy typu 2; znajomości wartości poziomu insuliny i glukozy u pacjentów z cukrzycą typ 2., przebiegu klinicznego cukrzycy typu 2. oraz znajomości pojęcia -indeks glikemiczny. W związku z powyższym należy położyć zdecydowany nacisk na skuteczniejszą. Uzyskane wyniki w badaniu własnym nie znajdują potwierdzenia w innych badaniach. Z badania Pastwy wynika, że uczestnicy badania mieli dość dobry stan wiedzy na temat cukrzycy, mają świadomość, czym jest ich choroba, jakie są przyczyny i skutki choroby. Cała badana grupa odpowiedziała, że wie, czym jest cukrzyca, natomiast już tylko 65% badanych twierdziła, że wie jakie są przyczyny choroby [31]. Podobnie z badań Szcześniaka i wsp. wynika, że na 102 badanych pacjentów jedynie

u 7 oceniono poziom edukacji jako niezadowolający, u 48 — jako dostateczny, u 42 — dobry i tylko u 5 chorych jako bardzo dobry [32].

Średni wynik AIS w badaniu własnym wynosił 24,02 punktu, a więc respondenci ani akceptowali ani nie akceptowali swojej choroby. Uzyskany wynik potwierdza wyniki innych badań. Przykładowo w badaniu Kurowskiej i wsp. średnia akceptacja choroby wyniosła dla badanej grupy 25,16 pkt. co świadczyło o przeciętnej akceptacji choroby przez badanych [33]. Podobne wyniki uzyskała także Kurpas i wsp.: średnia liczba punktów w skali AIS wyniosła 29 pkt. [34]. Badanie poziomu akceptacji choroby miało miejsce także w autorskim kwestionariuszu ankiety. Odpowiedzi „raczej nie akceptuję” i „zdecydowanie nie akceptuję” zaznaczyła ponad 1/3 pacjentów, co oznacza, że pacjenci powinni uzyskać większe wsparcie we wszystkich sferach życia: pomoc poprawiającą kondycję biologiczną społeczną i psychiczną- większy dostęp do psychologów klinicznych, psychoterapeutów.

W badaniu własnym poszukiwany był także wpływ danych socjodemograficznych na poziom akceptacji choroby przez pacjentów z cukrzycą typu 2. Różnice istotne statystycznie zostały wykazane w odniesieniu do wieku, płci oraz wykształcenia: poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy w grupie 20-30- i 31-40-latków niż w grupie osób po 60. roku życia; poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy u kobiet; poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy u osób z wykształceniem średnim i wyższym niż u osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym. W badaniu Kurpas sytuacja wygląda podobnie jeśli chodzi o wiek, osoby w przedziale wiekowym pomiędzy 19 – 35 akceptowały chorobę w wysokim stopniu. Natomiast jeśli chodzi o płeć to tu istnieje różnica, ponieważ wyższy poziom akceptacji był u mężczyzn [34]. Uzyskany wynik w badaniu własnym można odnieść do wyników badania Bonarskiej i wsp. w którym wykazano wysoki poziom akceptacji choroby w grupie kobiet (75%) oraz w grupie mężczyzn (84,1%). Średnia wieku u osób z wysokim poziomem AIS wynosiła 54,47 lat (SD=11,07). Osoby z wysokim poziomem akceptacji choroby to chorzy z wyższym wykształceniem (89,5%), chorujący od 5 lat (85%), wykonujący badania kontrolne regularnie (76%) bądź czasami (87%), aktywni fizycznie na co dzień (76,9%) lub uprawiający nieregularną aktywność fizyczną (89,6%) oraz osoby, które nie były hospitalizowane w ciągu ostatnich trzech miesięcy (82,1%). Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastał odsetek chorych akceptujących cukrzycę. Czas trwania choroby niekorzystnie wpływał na jej postrzeganie. Wyższy poziom AIS występował u chorych, którzy regularnie wykonują badania kontrolne, u tych aktywnych fizycznie oraz nieprzebywających w szpitalu w ciągu ostatnich trzech miesięcy [35].

W badaniu własnym oprócz wpływu danych socjodemograficznych na poziom akceptacji choroby przez pacjentów z cukrzycą typu 2. poszukiwany był także wpływ danych klinicznych. Różnice istotne statystycznie wśród przewlekłych powikłań zostały wykazane wobec problemów ze wzrokiem, chorób nerek, uszkodzenia żył w obrębie nóg, SBP oraz DBP: poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy w grupie mających problemy ze wzrokiem niż w grupie niemających takich problemów; poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy u osób z chorobami nerek niż u osób bez takich chorób; poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy w grupie bez uszkodzeń żył w obrębie nóg niż w grupie z takimi uszkodzeniami; im wyższe SBP i DBP, tym mniejsza akceptacja choroby. Różnice nieistotne statystycznie ($p>0,05$) dotyczyły: czasu trwania choroby oraz przewlekłych powikłań taki jak: problemy z poruszaniem się, zawał serca, rany cukrzycowe, BMI,

Inaczej sytuacja wygląda w badaniu Kurpas i wsp., gdzie wysoki poziom akceptacji wykazują chorzy z nadwagą, unormowanym ciśnieniem tętniczym, znający wyniki stężenia hemoglobiny glikowanej, a także pacjenci leczeni nefarmakologicznie lub wyłącznie doustnymi lekami hipoglikemicznymi oraz badani z cukrzycą bez powikłań. Na nieznacznie niższym poziomie swoją chorobę akceptują chorzy z prawidłową masą ciała lub otyłością, nieprawidłowym ciśnieniem tętniczym krwi, przyjmujący insulinę lub insulinę skojarzoną z doustnymi lekami hipoglikemicznymi oraz chorzy z powikłaniami w przebiegu cukrzycy [34].

Istotną kwestią w badaniu własnym było poznanie samooceny wiedzy przez pacjentów. Blisko połowa respondentów ocenia swoją wiedzę na poziomie „raczej dobrym”, natomiast największy deficyt wiedzy w samoocenie pacjentów dotyczy zagadnień związanych z zapobieganiem powikłaniom oraz aktywności fizycznej. W związku z powyższym na te zagadnienia należy położyć największy nacisk w czasie edukacji pacjentów. Uzyskany wynik koresponduje z wynikiem z pytań dotyczących wiedzy pacjentów na temat cukrzycy, z których aż 56% ankietowanych prezentuje „niedostateczny poziom” wiedzy (wiedza na temat powikłań późnych cukrzycy typu 2. to zagadnienia na które pacjenci udzielili najmniej poprawnych odpowiedzi). Badanie Juzwiszyna potwierdza wynik uzyskany w badaniu własnym, ponieważ prawie połowa badanych określiła swój stan wiedzy na temat cukrzycy na poziomie dobrym; 25,5% badanych przyznała, że ich stan wiedzy jest zły, 21,8% osób nie posiadało zdania na ten temat, a tylko 8,2% badanych pacjentów przyznało, że ich poziom wiedzy na temat cukrzycy jest bardzo dobry [36].

Jednym z celów badań własnych było poznanie zachowań zdrowotnych pacjentów. W pytaniach o zachowania zdrowotne aż 77 spośród 100 uczestników ankiety (77%) miało niedostateczny poziom przestrzegania zalecań. Podobna sytuacja była w badaniu Juzwiszyna,

w którym zostało wykazane, że chorzy na cukrzycę typu 2. mają problemy z utrzymaniem prawidłowych zachowań zdrowotnych, nie przestrzegają zaleceń lekarskich, nie przestrzegają diety niskowęglowodanowej, nie prowadzą dzienniczka samokontroli glikemii, co niestety prowadzi do powikłań istniejącej już choroby [36]. Zdecydowana większość badanych skarży się na uciążliwości związane z cukrzycą. Dla 33,8% badanych najbardziej uciążliwe jest przestrzeganie diety cukrzycowej. 29,5% stwierdza, że to konieczność przyjmowania leków jest problematyczna, ale 25,2% badanych przyznaje, że prowadzenie samokontroli sprawia im kłopoty. Tylko 11,5% stanowią osoby, dla których problemem jest prowadzenie uregulowanego trybu życia. Co drugi badany nadal regularnie pali papierosy, nieco ponad 20% ankietowanych przyznaje, że zrezygnowało z palenia na rzecz terapii przeciwcukrzycowej. Prawie 70% ankietowanych spożywa alkohol. Połowa pacjentów przyznaje, że nie uprawia żadnej aktywności fizycznej. Natomiast 25,5% przerwało uprawianie aktywności fizycznej z powodu zachorowania. Zdecydowana większość ankietowanych przyznała, że dotychczas nie uczestniczyła w szkoleniach na temat cukrzycy, co stanowi 53,6% wszystkich badanych pacjentów [36].

Istotnym celem badań własnych było poznanie wpływ poziomu wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2. na zachowania zdrowotne- przestrzeganie zaleceń. Dzięki przeprowadzonemu badaniu została wykazana zależność istotna (gdyż $p < 0,05$) i dodatnia, a więc im wyższy poziom wiedzy, tym wyższy poziom przestrzegania zaleceń.

Uzyskany wynik w badaniu własnym pośrednio potwierdzają wyniki badań Kurowskiej i wsp., Osoby z cukrzycą o wyższym globalnym poczuciu koherencji częściej podejmowały korzystne zachowania prozdrowotne [37].

Badając poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą typu 2. istotne było poznanie źródeł pozyskiwanej wiedzy. W pytaniach na temat źródła wiedzy na temat choroby, wśród pomocy zinstytucjonalizowanej pacjenci najczęściej wskazują lekarza i pielęgniarkę z poradni diabetologicznej, następnie pielęgniarkę i lekarza podczas hospitalizacji. Stowarzyszenie Diabetyków oraz inne poradnie niż diabetologiczne - nie stanowią istotnego źródła wiedzy pacjentów na temat choroby. Badanie wykazało, że wysoką liczbą wskazań przez pacjentów (odpowiedzi- bardzo często i często) cieszą się: Internet (35%), broszury (28%), książki (21%), inni chorzy (20%). W związku z powyższym, należy zapewniać pacjentom jak najszerszy dostęp do fachowych pracowników ochrony zdrowia, a proces edukacji wspierać nowoczesnymi metodami edukacyjnymi - opartymi na dostępie do cyfrowych form profesjonalnej edukacji, broszur i książek. Badania Pastwy potwierdzają uzyskane wyniki z badań własnych. Wiadomości na temat choroby najczęściej chorym przekazał lekarz rodzinny

– 45% respondentów, lekarz specjalista- 25% odpowiedzi. Bardzo istotną rolę w przekazywaniu wiedzy mają również pielęgniarki środowiskowe, które udzieliły informacji 18% chorym, natomiast pielęgniarki pracujące w poradni diabetologicznej 12% chorym [31]. Inaczej sytuacja wyglądała w badaniu Juzwiszyna, gdzie ankietowani deklarowali, że wiedzę na temat cukrzycy głównie czerpią z czasopism (aż 36,2%). Następnym źródłem informacji są programy edukacyjne i z nich korzysta 21,1% badanych; 12,8% ankietowanych przyznaje, że korzysta z fachowych książek, a 11,5% osób dowiaduje się o cukrzycy ze szkoleń przeprowadzonych w szpitalu. Z Internetu korzysta 10,6% pacjentów, a z innych źródeł zaledwie 7,8% badanych [36].

Uzyskane wyniki badań własnych wskazują jak ważna jest wiedza pacjentów na temat choroby i jej wpływ na poziom akceptacji choroby. Edukacja powinna wpływać na styl życia chorego i przestrzeganie zaleceń: prawidłowe żywienie, aktywność fizyczną, ponieważ jak wykazała Bonarska wyższy poziom AIS występował u chorych, którzy regularnie wykonują badania kontrolne oraz są aktywni fizycznie [35]. Edukacja powinna również stanowić prewencję zachorowań na cukrzycę typu 2., a w przypadku zachorowania powinna stanowić kluczowy i stały element leczenia. Jak wykazała Jankowska-Polańska i wsp. edukacja zdrowotna wpływa pozytywnie na ocenę jakości życia chorych z cukrzycą typu 2.; na zwiększenie kontroli klinicznej chorych edukowanych oraz zmianę stylu życia; na zmniejszenie liczby powikłań późnych, a tym samym liczbę hospitalizacji [38].

Wnioski.

1. Poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą typu 2. na temat choroby wpływa na poziom akceptacji choroby: im wyższy poziom wiedzy tym większa akceptacja choroby.
2. Poziom wiedzy badanej grupy pacjentów był na bardzo niskim poziomie, ponad połowa uzyskała wynik na poziomie niedostatecznym.
3. Pacjenci uczestniczący w badaniu ani akceptowali ani nie akceptowali swojej choroby (prezentowali wobec niej postawę neutralną).
4. Poziom akceptacji choroby zależy od wybranych czynników socjodemograficznych i cech klinicznych.
 - a) Poziom akceptacji choroby był wyższy w grupie kobiet; w grupie 20-30- i 31-40-latków niż w grupie osób po 60. roku życia; w grupie osób z wykształceniem średnim i wyższym niż u osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym.
 - b) Poziom akceptacji choroby był wyższy w grupie mających problemy ze wzrokiem i nerkami niż w grupie niemających takich problemów, a także w grupie bez uszkodzeń żył w obrębie nóg niż w grupie z takimi uszkodzeniami.

- c) Poziom akceptacji choroby był mniejszy im wyższe SBP i DBP
5. Ponad 2/3 badanych miało niedostateczny poziom przestrzegania zalecań.
6. Poziom wiedzy na temat choroby wpływa na zachowania zdrowotne: im wyższy poziom wiedzy, tym wyższy poziom przestrzegania zaleceń.
7. Blisko połowa respondentów ocenia swoją wiedzę na poziomie raczej dobrym, natomiast największy deficyt wiedzy w samoocenie pacjentów dotyczy zagadnień związanych z zapobieganiem powikłaniom oraz aktywności fizycznej.
8. Jako źródło wiedzy na temat choroby, pacjenci najczęściej wskazują lekarza i pielęgniarkę z poradni diabetologicznej, następnie internet oraz broszury.
9. Pacjenci w największym stopniu oczekują większego dostępu do edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę oraz lekarza.

Bibliografia:

1. Atlas cukrzycy IDF. Międzynarodowa Federacja Cukrzycowa. Wyd. 10. Bruksela, Belgia. 2021. <https://diabetesatlas.org/> [dostęp 5.11.2023].
2. Myśliwiec M. Jarosz- Chobot P. Diabetologia wieku rozwojowego. Warszawa: PZWL Warszawa 2018.
3. Czupryniak. L., Moczulski D. Wielka Interna Diabetologia. Wyd. Medical Tribune 2023.
4. Hinneburg I. Cukrzyca. Wrocław: MedPharm Polska, 2018.
5. Grzechocińska B. Powikłania leczenia metforminą- jak sobie z nimi radzić. Ginekologia po dyplomie. 2016, 5: 68-71.
6. Strojek K. Inhibitory sodowo-glukozowego transportera glukozy 2. [w:] Sieradzki J. Cukrzyca. T 1. wyd. 3. Gdańsk: Via Medica, 2019: 397-404.
7. Sieradzki J. Alternatywne i eksperymentalne metody leczenia cukrzycy [w:] Sieradzki J. Cukrzyca. T.1. wyd. 3. Gdańsk: Via Medica, 2019: 397-404.
8. Cukrzyca Polska. Statystyki cukrzycy w Polsce i na świecie. <https://cukrzycapolska.pl/cukrzyca/statystyki/> [dostęp 05.11.2023].
9. Zozulińska-Ziółkiewicz D. Aktualne zasady leczenia cukrzycy według Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego 2020. [w:] Nowoczesne leczenie cukrzycy. Pawlaczyk K. Medical Education. Warszawa 2020, str. 13-21.
10. Olszewska M. Konowicz J. Janisz D i in. Metformina jako lek pierwszego wyboru.[w:] Nowoczesne leczenie cukrzycy. Pawlaczyk K. Medical Education. Warszawa 2020, str. 51-59.
11. Olszewska M., Hoppe K., Niewiadomska J. i wsp. Inhibitory kotransportera sodowo-glukozowego. [w:] Pawlaczyk K. Nowoczesne leczenie cukrzycy. Warszawa: Medical Education, 2020: 102-113.
12. Janeczko D. Epidemiologia cukrzycy typu 2. [w:] Sieradzki J. Cukrzyca. T 1.wyd.3. Gdańsk: Via Medica, 2019: 129-158.
13. Droś L. Cukrzyca typu II to już epidemia!. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2016, (4):3-4,6-10.
14. Głowińska-Olszewska B. Insulinooporność –czynnik ryzyka rozwoju miażdżycy i nadciśnienia tętniczego. [w:] Noczyńska A. Otyłość wieku rozwojowego. Noczyńska A. Warszawa: Wyd. PZWL, 2020: 111-122.

15. Otto-Buczowska E., Marciniak-Brzezińska M. Specyficzne problemy edukacji diabetologicznej. *Via Medica* 2016;10(4): 212-218.
16. Ratajczak A.E., Zawada A., Marciniak M. Żywnienie a insulinoporność i cukrzyca typu 2. *Postępy Żywnienia Klinicznego*. 2018, 4:12-20.
17. Bonikowska I., Jasik-Pyzdrowska J. Rozpoznanie stanu przedcukrzycowego oraz skuteczna edukacja szansą na prewencję cukrzycy lub jej powikłań. [w:] Uchmanowicz I. *Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie*. tom 5. I. Wrocław: Continuo, 2018: 111-123.
18. Fleszar M., Wleklik M., Uchmanowicz I. i wsp. Rola edukacji pacjenta chorego na cukrzycę typu II. [w:] Uchmanowicz I. *Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie*. t.1. Wrocław: Continuo, 2014: 53-62.
19. Wierusz-Wysocka B., Zozulińska-Ziółkiewicz D., Drozd-Gajus E. i wsp. Opieka pielęgniarska nad osobami z cukrzycą. [w:] Talarska D. *Pielęgniarstwo Internistyczne*. Warszawa: PZWL, 2017: 307-334.
20. Kahn C.R. Weir G.C. King G.L. i wsp. *Joslin's Diabetes Mellitus*. Wyd. 14. Lippincott Williams & Wilkins, 2004: 597–610.
21. Tokarska M. Poziom wiedzy i oczekiwania edukacyjne chorego na cukrzycę typu 2 w środowisku wiejskim. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*. 2018;3(1).
22. E. Pańkowska. *Cukrzyca. Personalizacja terapii i opieki nad pacjentem*. Warszawa: PZWL, 2017: 205-209.
23. Basinska M.A., Andruszkiewicz A. Health Locus of Control in Patients with Graves-Basedov Disease and Hashimoto Disease and Their Acceptance of Illness. *Int. J. Endocrinol. Metab*, 2012; 10 (3); 537-42.
24. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 171–174.
25. Dudzińska M., Tarach J., Nowakowski A. Pomiar jakości życia zależnej od zdrowia w cukrzycy. *Diabetologia Praktyczna*. 2011;12:56-64.
26. Chomka M. Materiał edukacyjny - cukrzyca typu 2. *Diabetyk* 2010; 10: 1–2.
27. Felton B.J., Revenson T.A., Hionrichsen G.A. (adaptacja Juczyński Z.) Skala akceptacji choroby AIS. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2009, 162-166.
28. Mazurek J., Lurbiecki J. Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Pol. Merk. Lek.*, 2014, XXXVI, 212, 106-108.
29. Pantlikowska D. Antczak A. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016, 1.4: 32-39
30. Kropornicka B., Baczewska B., Stefaniak E., Olszak, C. Wpływ akceptacji choroby na zachowania prozdrowotne pacjentów z cukrzycą typu 2. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 14 (10, cz. 2 Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie. *Pielęgniarstwo bez granic*), 365-377.
31. Pastwa K. Ocena poziomu wiedzy pacjentów chorujących na cukrzycę. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*. 2017;2(4): 45-55.
32. Szcześniak G., Dziemidok P. Wpływ edukacji pacjentów z cukrzycą typu 2 na parametry wyrównania metabolicznego cukrzycy i rozwój jej przewlekłych powikłań oraz jakość ich życia. Kraków 2011. XII Zjazd PTD (materiały pokonferencyjne).
33. Kurowska K.. Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetologia praktyczna*. t 12. 2011, (3):113-119.

34. Kurpas D. Czech T. Mroczek B. Akceptacja choroby pacjentów z cukrzycą oraz jej wpływ na jakość życia i subiektywną ocenę zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2012; 14,3: 383-388.
35. Bonarska E., Chudiak A., Jankowska-Polańska B. Czynniki socjodemograficzne i kliniczne w akceptacji choroby u pacjentów z cukrzycą typu 2. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. Continuo.2015, Vol. 4, 3: 58-63.
36. Juzwiszyn J.M. Szmit A., Golemo K., Chabowski M., Janczak D. Zachowania zdrowotne chorych na cukrzycę typu 2. *Public Health Forum*. 2016;4(4):229–235.
37. Kurowska K. Figiel O. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2. *Nowiny Lekarskie*, 2009, 78,3-4, 197-205.
38. Jankowska-Polańska B., Uchmanowicz I., Bober A. Wpływ edukacji na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2013; Vol. 2, Nr 1: 7-11.

PORADNIK PISANIA PRACY DYPLOMOWEJ W OPARCIU O STUDIUM INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU. PANS W GŁOGOWIE - KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO, STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA

Dorota Milecka, Elżbieta Garwacka-Czachor, Edyta Kędra

Poradnik pisania pracy dyplomowej stanowi jedynie rekomendację i uściślenie pojęć stosowanych w Regulaminie Dyplomowania na kierunku pielęgniarstwo - studia I stopnia w PANS w Głogowie.

Regulamin jest jedynym wymaganym dokumentem określającym zawartość, zalecenia edytorskie oraz techniczne pracy dyplomowej.

Stopień wykorzystania rekomendacji zawartych w niniejszym Poradniku zależy od promotora pracy dyplomowej.

Celem opracowania Poradnika jest doskonalenie procesu dyplomowania studentów pielęgniarstwa.

Nazwa	Zawartość	Przykłady	Liczba stron
Strona tytułowa	<p>Strona (zawartość, rozmiar czcionki) powinna być zgodna z Regulaminem Dyplomowania PANS w Głogowie.</p> <p>Tytuł pracy - musi zawierać jasno określony przedmiot badań oraz dopisek wskazujący, że zastosowana metoda badawcza to metoda indywidualnego przypadku (co jednoznacznie wynika ze standardu kształcenia).</p> <p>Strona tytułowa bez numeru strony.</p> <p>Z tematu pracy wyprowadzany jest cel ogólny.</p>	<p>Temat: Opieka pielęgniarska nad pacjentem.....- studium przypadku; Sprawowanie opieki pielęgniarskiej wobec chorego z ...- studium przypadku; Proces pielęgnowania chorego z- studium przypadku;</p> <p>Zadania pielęgniarki wobec pacjenta z- studium przypadku; Zindywidualizowana i holistyczna opieka pielęgniarska wobec pacjenta z- studium przypadku; Udział pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do- studium przypadku.</p> <p>Ważne: wszystkie przedstawione powyżej tematy powinny być z dopiskiem- studium przypadku lub w oparciu o metodę indywidualnego przypadku lub z wykorzystaniem metody indywidualnego przypadku.</p>	1
Spis treści	<p>Z celu ogólnego wyprowadzane są cele szczegółowe, które w części pokrywają się z treścią rozdziałów i podrozdziałów.</p> <p>Spis treści powinien zawierać:</p> <p>Wstęp</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przedmiot badań w świetle literatury 2. Cele pracy 3. Materiał i metody badawcze 4. Opis przypadku wraz z procesem pielęgnowania i wybranym wobec podmiotu opieki modelem pielęgnowania 5. Dyskusja 6. Wnioski 7. Bibliografia 8. Wykaz rycin 9. Wykaz tabel 10. Załączniki (Zgoda Komisji Bioetycznej) 	<p>Wykaz skrótów i akronimów</p> <p>Wstęp</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przedmiot badań w świetle literatury (tzn. aspekty kliniczne danego schorzenia/stanu zdrowotnego oraz aspekty opieki pielęgniarskiej – dostępne w literaturze). <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Etiologia, patomechanizm oraz przebieg zakażenia układu moczowego u dzieci 1.2. Diagnostyka oraz leczenie dzieci z zakażeniem układu moczowego z omówieniem udziału pielęgniarki w tym zakresie 1.3. Rola pielęgniarki wobec problemów bio-psycho-społecznych dziecka z zakażeniem układu moczowego ze szczególnym uwzględnieniem diety i higieny. 2. Cele pracy 3. Materiał i metody badawcze (w tym techniki i narzędzia badawcze oraz organizacja przebiegu badań) <p>Np.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Techniki i narzędzia badawcze 3.2. Organizacja badań i charakterystyka terenu badań. 	1

		<p>4. Opis przypadku wraz z procesem pielęgnowania i wybranym wobec podmiotu opieki modelem pielęgnowania</p> <p>4.1. Ocena stanu biologicznego, psychicznego i społecznego pacjenta i jego środowiska (Przestawienie danych bio-psycho-społecznych dotyczących pacjenta i jego środowiska. Innymi słowy przedstawienie wyników badań uzyskanych na drodze zaplanowanych technik badawczych)</p> <p>4.2. Charakterystyka ogólnej sytuacji zdrowotnej i chorobowej pacjenta (omówienie/podsumowanie/ sprawozdanie o stanie chorego na podstawie uzyskanych danych z zachowaniem chronologii zdarzeń i gradacją diagnoz dotyczących stanu bio-psycho-społecznego pacjenta i jego środowiska). Charakterystyki/sprawozdania o stanie zdrowia powinny być napisane w dniu przyjęcia do szpitala, a także w kolejnych 2-3 dobach w czasie których pacjent objęty był opieką w ramach studium przypadku.</p> <p>4.3. Wybrany wobec pacjentka model pielęgnowania</p> <p>4.4. Proces pielęgnowania (etap wyłaniania diagnoz pielęgniarских, planowania interwencji pielęgniarских wraz z celami podejmowanych działań, realizacji oraz oceniania efektów sprawowanej opieki)</p> <p>5. Dyskusja</p> <p>6. Wnioski</p> <p>7. Bibliografia</p> <p>8. Wykaz rycin</p> <p>9. Wykaz tabel</p> <p>10. Załączniki</p>	
<p>Wykaz skrótów i akronimów</p>	<p>Zastosowane w pracy skróty oraz ich pełne nazwy.</p>	<p>Przykłady:</p> <p>1. NRS (ang. <i>Numerical Rating Scale</i>) – numeryczna skala bólu</p> <p>2. BMI (ang. <i>Body Mass Index</i>) – wskaźnik masy ciała</p>	

		3. GCS (ang. <i>Glasgow Coma Scale</i>) – skala Glasgow, określa poziom przytomności pacjenta	
Wstęp - bez numeru rozdziału	Wstęp (słowo wstępne/uzasadnienie wyboru tematu) ma charakter informacyjny. Jego celem jest krótkie zorientowanie się w tematyce pracy oraz podanie argumentacji dlaczego autor pracy zdecydował się na podjęcie tego tematu, co jest w nim szczególnie istotne, inspirujące i ważne. Wstęp najlepiej „pisze się” na końcu lub na początku pisania pracy i poprawia się po jej napisaniu. We wstępie można także opisać zawartość pracy, czyli krótko omówić jej rozdziały.	np.: Cukrzyca będąc chorobą społeczną mimo wielu osiągnięć w zakresie diagnostyki i leczenia w dalszym ciągu stanowi poważne zagrożenie i wyzwanie dla każdego pacjenta i jego rodziny. Opieka pielęgniarska nad chorym z cukrzycą jest jednym z wielu elementów, które wraz z zaangażowaniem chorego mogą składać się na dobrą jakość życia chorego. W związku z powyższym autor pracy podjął się tego istotnego zagadnienia z uwagi na poszukiwanie nowych rozwiązań w poprawie jakości opieki nad pacjentem z cukrzycą.	1-2 str.
1.Przedmiot badań w świetle literatury/ Przedstawienie problematyki badań w świetle literatury/ Przegląd piśmiennictwa w obszarze poruszanej problematyki badawczej/Krytyczny przegląd literatury dotyczącej przedmiotu badań/Analiza piśmiennictwa/Wprowadzenie w problematykę leczenia i pielęgnowania	<u>Część teoretyczna:</u> Zawiera wprowadzenie w problematykę obejmującą aspekty kliniczne jednostki chorobowej oraz opieki pielęgniarskiej. Ważne jest zachowanie proporcji. Więcej doniesień z literatury powinno dotyczyć opieki pielęgniarskiej niż przebiegu klinicznego czy też leczenia w danej jednostce chorobowej. Istotny jest dobór literatury: należy w większym stopniu korzystać z pism naukowych niż książek, a literatura nie powinna być starsza niż 10 lat. Ważne jest „rozmyślnie” czytanie literatury pod kątem wykorzystania jej w różnych rozdziałach pracy dyplomowej, stąd najpierw musi być ustalony spis treści – czyli zaplanowana zawartość merytoryczna pracy dyplomowej(oczywiście w czasie pisania pracy, można skorygować spis treści wprowadzając zmiany na podstawie doniesień z literatury).	Aspekty kliniczne jednostki chorobowej: istota choroby, epidemiologia, czynniki ryzyka, etiologia, objawy chorobowe, diagnostyka, leczenie, zapobieganie ze szczególnym uwzględnieniem roli pielęgniarki. Aspekty opieki pielęgniarskiej: Opracowanie tej części jest szczególnie ważne, ponieważ z niej będzie można skorzystać w czasie dyskusji – przywołując jedynie danego autora i w ogólności prezentowaną przez niego myśl/wyniki badań/definicję. Natomiast nieprezentowane na tym etapie dane/informacje/doniesienia z literatury użyte po raz pierwszy w dyskusji wymagają szerszego omówienia. Istotne jest także to, że jeśli w celach szczegółowych zawarte będzie np. „ukazanie funkcji edukacyjnej pielęgniarki”, to nie może zabraknąć omówienia tego zadania w części teoretycznej pracy dyplomowej (czyli w rozdziale nr 1.) oraz w procesie pielęgnowania na poziomie diagnoz i interwencji pielęgniarskich.	3-4 strony 5-6 stron

chorego... w danej jednostce chorobowej.			
2. Cele pracy	<p>Cel główny i cele szczegółowe są związane z tematem pracy oraz spisem treści.</p> <p>Uwaga: wnioski muszą być powiązane się z celami pracy dyplomowej, stąd tak bardzo ważny jest etap ustalania celów. Nawet już po ustaleniu celów można wstępnie konstruować wnioski - oczywiście jedynie w części, np. jeśli celem będzie ustalenie zakresu edukacji prowadzonej przez pielęgniarkę wobec pacjenta z danym schorzeniem, to wniosek może być sformułowany w sposób następujący: zakres edukacji prowadzonej przez pielęgniarkę wobec pacjenta z schorzeniem ... obejmuje</p>	<p>Cel główny: Celem głównym pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania wobec pacjenta z</p> <p>Cele szczegółowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przedstawienie aspektów klinicznych jednostki chorobowej jaką jest 2. Omówienie zadań pielęgniarki w diagnostyce i leczeniu pacjenta z np. cukrzycą, a także zakresu opieki pielęgniarskiej (na podstawie dostępnej literatury). 3. Identyfikacja diagnoz pielęgniarskich wynikających ze stanu bio-psycho-społecznego pacjenta objętego studium przypadku oraz zaplanowanie opieki pielęgniarskiej. 4. Przedstawienie wybranego wobec chorego modelu opieki pielęgniarskiej, spełniającego założone cele pielęgnowania. 5. Przedstawienie metod umożliwiających poprawę jakości życia pacjenta zdaną jednostką chorobową. 	0,5-1 str.
3. Materiał i metoda badawcza (chodzi o opisanie w tym rozdziale materiału, metody, technik i narzędzi badawczych)			
3.1. Materiał w tym organizacja badań i charakterystyka terenu badań	<p>Krótki opis pacjenta, miejsca, czasu przeprowadzenia badania, a także organizacji przebiegu badania.</p> <p>W opisie miejsca przeprowadzenia badania, może zostać przedstawiona specyfika miejsca udzielania świadczeń, szczególnie zakres oraz ewentualne ograniczenia lub trudności w przeprowadzeniu badania. W zakresie organizacji przebiegu badania należy podać m.in. sposób</p>	<p>np. Studium przypadku został objęty pacjent chorujący na cukrzycę typu 2. w wieku 50 lat przebywający na oddziale chorób wewnętrznych w okresie od 5 do 9.07.22 r. Na oddziale leczeni są pacjenci głównie chorujący na choroby przewlekłe w tym cukrzycę. Personel oddziału składa się z 20 pielęgniarek, psychologa oraz fizjoterapeuty. Oddział wyposażony jest w sprzęt</p>	0,25-05-strony

	<p>przeprowadzenia badania oraz sposób uzyskania zgody na badanie ze strony pacjenta i/lub jego bliskich, a także numer Zgody Komisji Bioetycznej.</p>	<p>umożliwiający uprawianie aktywności ruchowej oraz wydzielone pomieszczenie do prowadzenia edukacji pacjentów. Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej nr 2/2023 z dnia 23.04.2023 r. oraz zgody pacjenta.</p> <p>np. Studium przypadku został objęty pacjent chorujący na...daną jednostkę chorobową...w wieku....Badanie zostało przeprowadzone w środowisku domowym pacjenta/środowisku nauczania i wychowania ucznia, w okresie od... do... Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej oraz pacjenta. Pacjent/rodzina pacjenta/uczeń/rodzice ucznia/opiekunowie prawni ucznia został/zostali poinformowany/i o celowości badań i wyraził/li zgodę na ich przeprowadzenie.</p>	
<p>3.b. Metoda badawcza</p>	<p>Przedstawienie metody, narzędzi i technik badawczych umożliwiających zebranie informacji na temat stanu bio-psycho-społecznego pacjenta i jego środowiska. Metoda indywidualnego przypadku (<u>zgodnie ze standardem kształcenia wymieniona jest jako obowiązująca metoda badawcza</u>) - należy omówić krótko metodę i techniki badawcze oraz podać źródło. W sylabusie dotyczącym przedmiotu - badania naukowe - podane są dwa źródła: „Case Study w pielęgniarstwie” pod red. Małgorzaty Lesińskiej-Sawickiej oraz „Metodologia badań w pielęgniarstwie” - Heleny Lanartowicz i Marii Kózki. Techniki badawcze: 1.Technika – wywiad; narzędzie- kwestionariusz wywiadu. 2.Technika – obserwacja; narzędzie- kwestionariusz obserwacji np. wyglądu skóry, czy zachowania pacjenta. 3.Technika – pomiar; narzędzia- urządzenia/sprzęty medyczne oraz karty pomiarów, skale, testy.</p>	<p><u>Technika wywiadu: zastosowane narzędzia, rodzaj pozyskanych danych oraz miejsce dokumentowania:</u> W chwili przyjęcia na oddział/ w trakcie wizyty domowej zastosowany został wywiad indywidualny skategoryzowany z wykorzystaniem narzędzia - kwestionariusz wywiadu. W kolejnych dobach pobytu pacjentki na oddziale/przy kolejnej wizycie lub w trakcie tej samej wizyty domowej posłużono się techniką wywiadu indywidualnego nieskategoryzowanego, w ramach którego zadawane były pytania otwarte i zamknięte, a miejscem dokumentowania informacji była indywidualna dokumentacja procesu pielęgnowania pacjentki, formularz historii choroby. Pozyskane informacje obejmowały: dane socjodemograficzne; wywiad środowisko-rodzinny; warunki socjalno-bytowe; tryb przyjęcia; ocenę funkcjonowania poszczególnych układów; ocenę stanu psychicznego; choroby współistniejące; rodzaj stosowanej diety; czynniki ryzyka;</p>	<p>1-2 strony</p>

	<p>Przykłady pomiaru bezpośredniego: pomiar ciśnienia tętniczego krwi w mmHg - narzędzie ciśnieniomierz, pomiar poziomu cukru – narzędzie glukometr.</p> <p>Przykłady pomiaru pośredniego: karta monitorowania kaniuli obwodowej, skala Douglasa, skala Glasgow, Geriatryczna Skala Oceny Depresji, Test uzależnienia od nikotyny wg Fagerstroma.</p> <p>Istotne jest aby stosując dane narzędzie omówić je (do czego służy), podać interpretację wyników oraz kto jest jego autorem- należy podać źródło.</p> <p>4. Technika - analiza dokumentacji medycznej; narzędzie – wypisy z poprzednich hospitalizacji, wyniki badań, historia choroby, historia pielęgnowania, dzienniczki samoobserwacji itp.</p> <p>5. Badanie fizykalne – oglądanie, opukiwanie, osłuchiwanie, obmacywanie/badanie palpacyjne.</p> <p>Uwaga: należy podać częstość stosowania danych technik (w miarę możliwości).</p> <p>Należy także pamiętać, że np. w kwestionariuszu „Historia pielęgnowania” – dane pochodzą z wywiadu, obserwacji, pomiaru.</p> <p>Szczegółowe omówienie technik badawczych stosowanych w celu gromadzenia informacji o pacjencie wykorzystywanych w studium przypadku – można znaleźć na stronach 25-36: „Case Study w pielęgniarstwie” pod red. Małgorzaty Lesińskiej-Sawickiej.</p> <p>Krótką charakterystyka technik badawczych.</p> <p>Wywiad: to zaplanowana i ukierunkowana rozmowa z pacjentem i/lub jego bliskimi nastawiona na uzyskanie informacji o charakterze obiektywnym. Wywiad zawiera pytania dotyczące faktów, zdarzeń np. pytanie o wiek chorego oraz opinie, które odzwierciedlają subiektywne</p>	<p>alergie; przyjmowane przez pacjenta leki przed pobytem w szpitalu; zgłaszane dolegliwości; ogólne samopoczucie.</p> <p>Częstotliwość wywiadu: w dniu przyjęcia do szpitala oraz w trakcie pobytu na oddziale w przypadku oceny funkcjonowania poszczególnych układów, samopoczucia, dolegliwości 1x dziennie lub częściej w zależności od stanu zdrowia chorej/go.</p> <p><u>Technika obserwacji: narzędzie oraz rodzaj pozyskanych danych:</u> w dniu przyjęcia do szpitala/w dniu wizyty domowej zastosowano technikę obserwacji jawnej, kontrolowanej oraz niekontrolowanej, bezprzypadkowej - za pomocą narządu wzroku badającego.</p> <p>W kolejnych dobach/przy okazji kolejnych wizyt domowych zastosowano technikę obserwacji jawnej i ukrytej, kontrolowanej i niekontrolowanej. Miejscem dokumentowania pozyskanych danych były: karta obserwacji, karta gorączkowa, sprawozdanie o stanie chorego. Dane pozyskane na drodze obserwacji obejmowały: wygląd ogólny (m.in. stan higieny, ubiór, sposób poruszania się); stan skóry (ewentualne zmiany chorobowe); zachowanie pacjentki i jej bliskich; reakcję pacjentki na leczenie i pielęgnowanie, aktywność życiową pacjentki.</p> <p>Częstotliwość obserwacji: w dniu przyjęcia do szpitala oraz w trakcie pobytu 1 raz dziennie lub częściej w zależności od stanu zdrowia chorej/w trakcie wizyt w środowisku przy okazji wykonywanych zabiegów pielęgnacyjnych.</p> <p><u>Technika analizy dokumentacji: narzędzia oraz rodzaj pozyskanych danych:</u> w tej technice zastosowane narzędzia to historia choroby pacjenta z obecnego pobytu, wypisy z poprzedniej hospitalizacji oraz wyniki badań diagnostycznych. Pozyskane dane zostały</p>	
--	--	--	--

	<p>nastawienie/ subiektywną ocenę/postawę chorego wobec danych zdarzeń/wobec choroby np. pytanie o samopoczucie. <u>Typy wywiadów:</u> ustne i pisemne; skategoryzowane i nieskategoryzowane; jawne i ukryte. Najczęściej przeprowadzanym wywiadem z pacjentem jest wywiad jawny, polegający na swobodnej rozmowie i wymianie zdań. Opiera się on na przygotowanych pytaniach zarówno zamkniętych, jak i otwartych, na które pacjent odpowiada w sposób nieskrępowany, korzystając z podanych odpowiedzi do wyboru. Obserwacja: celowe, planowane, ukierunkowane i systematyczne spostrzeganie osoby, zjawiska, procesu. <u>Rodzaje obserwacji:</u> bezpośrednia, pośrednia, kontrolowana, niekontrolowana, jawna, ukryta, bezprzrytowa, przrządowa, fotograficzna. Obserwacja polega na zamierzonym spostrzeganiu tego, co obserwowany robi, jak się zachowuje, jak reaguje w danej sytuacji zdrowotnej i/lub opiekuńczej. <u>Dla celów pielęgnowania obserwacja obejmuje:</u> wygląd ogólny - budowę ciała, proporcje, stan higieny, wady budowy, ubiór, sposób poruszania; mowę ciała - w tym mimikę twarzy; zachowanie pacjenta i jego rodziny; emocje; zachowanie się pacjenta w czasie rozmowy - intensywność głosu, dynamikę wypowiedzi, tembr głosu, cechy artykulacji słów; reakcje pacjenta i jego rodziny w różnych sytuacjach; aktywność życiową pacjenta. Analiza dokumentacji: służy do gromadzenia informacji o pacjencie na podstawie różnych dokumentów takich jak: historia choroby, historia pielęgnowania, karty obserwacji, karty gorączkowe, wyniki badań diagnostycznych, karty zleceń lekarskich, wyniki konsultacji, karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej, dzienniczki samokontroli, wypisy/epikryzy z poprzednich hospitalizacji. Pomiar: służy do ilościowego opisu stanu zdrowia lub choroby podmiotu opieki oraz szczegółowych wyznaczników</p>	<p>udokumentowane w sprawozdaniu o stanie chorego i obejmowały np. wyniki badań z obecnej i poprzednich hospitalizacji, zlecone leki, zalecaną dietę, wyniki konsultacji pielęgniarki diabetologicznej, wyniki konsultacji psychologa. <u>Technika pomiaru: narzędzia oraz rodzaj pozyskanych danych:</u> w technice pomiaru jako narzędzia wykorzystano ciśnieniomierz, termometr, wagę lekarską, centymetr krawiecki, kalkulator glukometr, skalę numeryczną oceny bólu NRS (Numerical Rating Scale), Skalę Barthel, skala Glasgow itp. Pozyskane dane dokumentowane były w karcie gorączkowej, karcie pomiarów glikemii, sprawozdaniu o stanie chorego i obejmowały: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczbę oddechów, temperaturę ciała, ciężar ciała, obwód jamy brzusznej, BMI (wskaźnik masy ciała), poziom cukru we krwi, ocenę bólu, ocenę stopnia sprawności ruchowej oraz samodzielności pacjentki. Założona częstotliwość wykonywania pomiarów: w przypadku poziomu cukru 3 x na dobę; BMI, Skala Barthel, Skala Glasgow w dniu przyjęcia do szpitala; w przypadku pozostałych parametrów w dniu przyjęcia oraz w trakcie pobytu 1 x dziennie lub częściej w zależności od stanu zdrowia chorej. <u>Dane pozyskane na drodze badania fizykalnego: narzędzie oraz rodzaj pozyskanych danych:</u> u pacjenta wykonane zostało badanie palpacyjne jamy brzusznej w celu oceny stopnia otyłości jamy brzusznej. Uzyskany wynik odnotowano w sprawozdaniu o stanie chorego.</p>	
--	--	---	--

	<p>tęgo stanu, np.: objawów, dolegliwości (temperatura ciała, tętno, ciśnienie krwi, liczba oddechów, skala Douglas, siatki centylowe); sprawności np. Skala Barthel; świadomości pacjenta np. skala Glasgow; jak również wydolności opiekuńczej środowiska.</p> <p>Istotne jest, że uzyskany wynik pomiaru porównywany jest do przyjętego wzorca, zatem powinna zostać podana interpretacja uzyskanego wyniku (szersze omówienie danego pomiaru/danej skali powinno mieć miejsce w rozdziale dotyczącym metodologii przeprowadzonego studium przypadku).</p> <p>W opisie danej techniki badawczej należy podać, jakie parametry będą mierzone, jakim narzędziem oraz w jakim czasie np. pomiar temperatury ciała, termometrem elektronicznym na podczerwień, 3 razy dziennie, godz. 7.00; 13.00, 21.00.</p> <p>Ważne: podając wyniki parametrów należy podać także jednostki miary.</p> <p>Badanie fizykalne/badanie przedmiotowe: oglądanie, osłuchiwanie, opukiwanie, badanie palpacyjne (szczegółowe omówienie można znaleźć np. w książce „Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych” pod red. Elżbiety Krajewskiej-Kułak, Marka Szczepańskiego.</p> <p>Uwaga: w całej pracy dyplomowej wszystkie sformułowania należy zapisać w formie bezosobowej tzn. badanie zostało <u>przeprowadzone</u> w oparciu o metodę indywidualnego przypadku, <u>wykorzystano</u> następujące techniki badawcze</p>		
Część badawcza- studium przypadku			
4. Opis przypadku wraz z procesem pielęgnowania i wybranym wobec podmiotu opieki modelem pielęgnowania: 8-10 stron			
4.1. Ocena stanu bio-psycho-społecznego pacjenta i jego środowiska/	<p>Jest to etap gromadzenia danych o pacjencie.</p> <p>Opis stanu chorego w dzień przyjęcia do szpitala/w dniu wizyty domowej/ oraz umieszczenie pozyskanych danych na drodze wcześniej wymienionych technik badawczych w dokumentacji medycznej pacjenta.</p>	<p>Ważne !</p> <p>Opis stanu chorego powinien obejmować <u>dane</u> bio-psycho-społeczne wraz z <u>oceną</u> stanu chorego</p>	

<p>Przedstawienie danych o pacjencie /Całościowa ocena stanu bio-psycho-społecznego pacjenta i jego środowiska</p>	<p>Wzory wybranych narzędzi do zbierania danych znajdują się w Regulaminie Dyplomowania: dokumentacja procesu pielęgnowania, skala Barthel, Skala Glasgow, Skala Douglas, Skala Torrence’a, skala ADL. Do zbierania danych o pacjencie mogą być wykorzystana także inne narzędzia służące do oceny specyficznych parametrów w danej jednostce chorobowej. <u>Po tych danych można także umieścić:</u> wyniki badań wykonanych w czasie hospitalizacji, zleconą dietę, zlecone leki w trakcie hospitalizacji (lub badania, dieta, leki zlecone przez lekarza POZ).</p>	<p>(interpretacją uzyskanych wyników), a także wykonane interwencje medyczne oraz reakcje chorego na stosowane leczenie np. na podawane leki. Istotne jest także, aby przedstawione dane pochodziły z zaplanowanych technik badawczych.</p>	
<p>4.2. Charakterystyka ogólnej sytuacji zdrowotnej i chorobowej pacjenta i jego środowiska</p>	<p>Opis stanu chorego 1 dzień – raport o stanie chorego w pierwszej dobie pobytu na oddziale/opis stanu pacjenta w trakcie pierwszej wizyty domowej</p>	<p>Przykłady sprawozdań o stanie chorego stanowią zał. nr 1., natomiast wykaz dokumentacji mającej zastosowanie w POZ stanowi zał. nr 2.</p>	
	<p>Opis stanu chorego 2 dzień - raport o stanie chorego w drugiej dobie pobytu na oddziale/opis stanu pacjenta w trakcie kolejnych wizyt domowych</p>	<p>Opis bieżącego stanu chorego oraz co zmieniło się w stanie chorego w porównaniu do dnia poprzedniego</p>	
	<p>Opis stanu chorego 3 dzień- raport o stanie chorego w trzeciej dobie pobytu na oddziale/opis stanu pacjenta w trakcie np. ostatniej wizyty domowej</p>	<p>Opis bieżącego stanu chorego oraz co zmieniło się w stanie chorego w porównaniu do dnia poprzedniego.</p>	
	<p>Jest to etap analizowania i syntetyzowania danych o pacjencie np. z 3 dni. Ocena całościowa stanu chorego z zachowaniem chronologii zdarzeń oraz gradacją diagnoz pielęgniarских (wiodące, kluczowe dla stanu zdrowia i możliwe do rozwiązania przez pielęgniarkę).</p>	<p>Pacjent YH w wiekuzostał przyjęty na Oddział....w trybie nagłym. Początkowo zgłaszał dolegliwościnastępnie, główny problem jaki zgłaszał pacjent to ból brzucha...</p>	
<p>4.3. Wybrany wobec pacjenta model pielęgnowania (wobec pacjenta)</p>	<p>Należy opisać model lub modele pielęgnowania zastosowane w różnych etapach opieki nad pacjentem i jego środowiskiem, np. w trakcie pobytu wykorzystany został model V. Henderson, a na 3 dni przed wypisaniem ze szpitala - model D. Orem.</p>	<p>Z uwagi na duży stopień samodzielności chorego, w opiece nad pacjentem zastosowany został model V. Henderson. Wsparcie chorego dotyczyło głównie czynności higienicznych z uwagi na zawroty głowy ... itp., natomiast biorąc pod uwagę planowane wyjście pacjenta do domu i konieczność odnalezienia się w nowej sytuacji domowej, pacjent został objęty opieką wg modelu</p>	

i jego i jego środowiska)		D.Orem- ponieważ niezbędne było przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samopielęgnacji (nauka korzystania z chodzika, nauka prawidłowego wstawania z łóżka - powolna pionizacja itd.).	
4.4.Proces pielęgnowania	<p>Po etapie zebrania danych o pacjencie następują kolejne etapy procesu pielęgnowania: etap formułowania wniosków z analizy danych o pacjencie czyli stawianie diagnoz pielęgniarstkich; planowania opieki (ważna na tym etapie jest heurystyka – umiejętność wyszukiwania nowych faktów i związków między faktami, umiejętność niezwykle przydatna w poszukiwaniu rozwiązań); realizacji oraz oceny podjętych działań.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnozy pielęgniarstkie należy rozumieć jako: stan zdrowia, potrzeby, problemy pielęgnacyjne z podaniem znanej lub przewidywanej przyczyny lub o nieznaną przyczynę. Diagnozy pielęgniarstkie, muszą wynikać z opisu przypadku. W planie opieki pielęgniarstkiej nie może pojawić się diagnoza np. silny ból brzucha, jeśli nie występuje ten objaw/stan w opisie przypadku (i odwrotnie). Istotne jest także, aby wyłonione zostały wiodące diagnozy pielęgniarstkie w gradacji bio-psycho-społecznej z zachowaniem pewnych proporcji, np. 3 diagnozy dotyczące stanu biologicznego, 3 psychicznego, 3 społecznego. Oczywiście jest to ogólny kierunek ponieważ gradacja diagnoz, jak i proporcje pomiędzy nimi wynikać będą ze stanu pacjenta i to stan pacjenta będzie ostatecznie decydował, które z diagnoz będą wiodące. • Cele opieki należy formułować z podaniem przewidywanego czasu ich osiągnięcia. • Interwencje pielęgniarstkie powinny uwzględniać: metody, środki, częstotliwości oraz czas ich wykonania. 	<p>Diagnoza pielęgniarstka: Silny suchy kaszel z powodu zapalenia gardła. <u>Cel opieki:</u> zmniejszenie kaszlu w ciągu 6 godz. <u>Interwencje pielęgniarstkie:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inhalacje z 0.9% NaCl 5 x.dz. 7.30, 11.00,14.00, 17.00, 19.00. <p><u>Uwaga:</u> bardzo ważna jest hierarchia przedstawionych diagnoz pielęgniarstkich - należy kierować się wiodącymi dla zdrowia chorego, zwykle są to stany/problemy/potrzeby biologiczne, a następnie psychiczne i społeczne.</p> <p><u>Układ graficzny - do wyboru wariant A lub B:</u></p> <p>Wariant A. Diagnoza pielęgniarstka.....</p>	

- **Realizacja** danej interwencji powinna zostać udokumentowana przez złożenie adnotacji świadczącej o jej wykonaniu
- **Ocena działań pielęgniarских** powinna uwzględniać stopień osiągnięcia założonych celów opieki.

Po zakończeniu planowania interwencji pielęgniarских, można wymienić:

- udział pielęgniarki w realizacji zleceń lekarskich, np. podawanie leków na zlecenie lekarza (nazwa, dawka, postać, droga podania, rozpuszczalnik, częstotliwość, czas);
- udział w badaniach diagnostycznych przez podanie nazwy badań.

Należy jednak pamiętać, że autoryzacja wykonania zleceń lekarskich powinna mieć miejsce jedynie w karcie zleceń lekarskich. Dodatkowo należy uwzględnić wpływ zrealizowanych zleceń lekarskich na stan zdrowia pacjenta, a także na plan opieki pielęgniarskiej. W związku z powyższym wpływ podanych leków lub wykonanych badań na stan zdrowia chorego powinien znaleźć się w opisie stanu chorego/sprawozdaniu o stanie chorego, np. po podaniu leku... stan chorego w ciągu 15 min. uległ wyraźnej poprawie/ lub nie poprawił się, pacjent nadal zgłasza dolegliwości bólowe.

Uwaga: w planie opieki nie należy umieszczać działań własnych, np. przygotowanie materiału do sterylizacji, uzupełnienie dokumentacji - ponieważ są to działania związane z organizacją pracy pielęgniarki.

Cel opieki.....

Interwencje pielęgniarские:.....

Realizacja np. wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane/wykonane

Ocena podjętych działań

Wariant B.

Diagnoza pielęgniarська.....

Cel opieki.....

I.p.	Interwencje pielęgniarские	Metody , środki, częstotliwość, czas	Data realizacji/ocena bieżąca	Data realizacji/ocena bieżąca	Data Realizacji/ocena bieżąca	Data realizacji /ocena bieżąca	Data realizacji/ocena bieżąca
1.			Adnotacja -wykonano + złożenie podpisu				
2.							

		3.									
		4.									
<p>5. Dyskusja</p>	<p>Dyskusja może być poprzedzona krótkim podsumowaniem uzyskanych wyników, czyli jakie zostały wyłonione wiodące diagnozy pielęgniarские; czy założone cele opieki oraz cele pracy dyplomowej zostały zrealizowane. Następnie ważne jest porównanie uzyskanych wyników w przeprowadzonym studium przypadku z wynikami z innych badań dostępnych w literaturze/porównanie z podobnymi przypadkami. Może to być potwierdzenie danych z piśmiennictwa (wskazanie na typowość uzyskanych wyników) lub wskazanie na nietypowość uzyskanych wyników i braku potwierdzenia ich w literaturze. W dyskusji należy wskazać różnice bądź podobieństwa w sprawowaniu opieki pielęgniarской wobec pacjenta objętego studium przypadku, a pacjentem/pacjentami z innych badań na podstawie dostępnej literatury.</p> <p>W rozdziale tym, dyskusja może przebiegać także z samym sobą, poprzez stawianie hipotez oraz propozycji implementacji dobrych rozwiązań do praktyki pielęgniarской.</p> <p>Jest to również miejsce na ostatni etap procesu pielęgnowania – czyli ocenę końcową, obejmującą trafność postawionych diagnoz pielęgniarских, trafność doboru działań pielęgniarских (w tym metod i środków) w celu skutecznego rozwiązania problemów pielęgnacyjnych,</p>	Ocena podjętych działań.....									2-3 strony

	<p>zaspokojenia potrzeb, czy też wpływających na poprawę stanu zdrowia pacjenta. Jest to ocena końcowa dotycząca przyjętych ustaleń teoretycznych, zastosowanych rozwiązań praktycznych, uzyskanych wyników całościowej opieki w stosunku do założonych celów opieki i ich wpływu na stan zdrowia chorego. Ocena końcowa jest punktem wyjścia do formułowania zaleceń dla pacjentów i ich bliskich dotyczących dalszej pielęgnacji oraz wniosków dotyczących działań podnoszących jakość opieki pielęgniarskiej (w zakresie poprawy organizacji pracy, podnoszenia kwalifikacji pielęgniarek, zwiększenia dostępności metod i środków w opiece nad pacjentem). Czyli jak wspomniano powyżej, ocena końcowa służy implementacji dobrych rozwiązań do praktyki pielęgniarskiej. Dyskusja wymaga bardzo dobrej znajomości piśmiennictwa, a także umiejętności łączenia faktów. Dyskusja jest zawsze dowodem samokrytycyzmu i twórczej, naukowej wyobraźni. W rozdziale tym należy odpowiedzieć na następujące pytania: co nowego wniesiono do istniejącej wiedzy?; w jaki sposób przeprowadzone badania pomogły w rozwiązaniu pierwotnego problemu?; jakie wnioski i implikacje praktyczne wynikają z badań?; czy warto/czy należy podobne badania planować w przyszłości?.</p>		
<p>6. Wnioski (w punktach: 1. 2. itd.)</p>	<p><u>Dotyczą całego studium indywidualnego przypadku:</u> zastosowanej metody badawczej, technik badawczych, trafności wyłonionych diagnoz pielęgniarskich i ich uszeregowania, trafności dobranych interwencji do rozwiązania problemów zdrowotnych pacjenta (postawionych diagnoz pielęgniarskich). Głównie chodzi o to, żeby wnioski wyływały z postawionych wcześniej celów pracy dyplomowej: ogólnego i szczegółowych. <u>Wnioski powinny uwzględniać:</u> ocenę stopnia osiągnięcia lub nieosiągnięcia celu/celów opieki pielęgniarskiej; określenie wskazówek dla pacjenta i/lub rodziny, np. w zakresie edukacji, dalszej pielęgnacji; a także przewidywane rokowanie.</p>		<p>1 strona</p>

7. Bibliografia	Styl cytowania Vancouver	Nie mniej niż 30 pozycji bibliograficznych	3-4 strony
8. Spis ryci - jeśli dotyczy	Ryciny należy opisać na dole ryciny		1 strona
9. Spis tabel - jeśli dotyczy	Tabele należy opisać na górze tabeli		1 strona
10. Załączniki	np. Zgoda Komisji Bioetycznej		
Uwagi ogólne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nie należy pisać w pierwszej osobie liczby pojedynczej i mnogiej. 2. Diagnozy pielęgniarские należy umieszczać kolejno, bez wydzielania osobnej strony. 3. Formułowanie diagnoz, celów, interwencji, realizacji, oceny: są to krótkie zdania twierdzące np. stan podgorączkowy spowodowany ...; obniżenie stanu podgorączkowego w ciągu 1 godz.; wykonanie okładu chłodzącego na okolicę karku i czoła; stan podgorączkowy ustąpił, obecna temp. ciała 36.6 °C. 		
Warunki techniczne, edytorskie.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zalecana praca na dwóch monitorach (poprawia komfort i efektywność pracy) oraz w trybie śledź zmiany. 2. Zalecane stosowanie twardego entera w przypadku przenoszenia litery, wyrazu czyli Shift + enter (unika się wówczas podwójnej spacji). 3. Rozdziały i podrozdziały należy pisać bez kropki na końcu zdania. 4. Rozdziały od nowej strony – czcionka 14.; podrozdziały czcionka 12. 5. <u>Ogólne zasady dotyczące liczby stron pracy dyplomowej</u> - 30 stron z czego: - ok. 10 stron– spis treści, wstęp, część teoretyczna, materiał i metoda badawcza; - ok. 10 stron - część badawcza (opis przypadku, model opieki i proces pielęgnowania); - ok. 10 stron - dyskusja, wnioski, bibliografia, spis tabel, spis rycin, załączniki; 		

	<p>- 30 pozycji literatury (nie mniej niż 30) - 3 problemy biologiczne, 3 psychologiczne, i 3 społeczne (ogólne założenie).</p>		
<p>Wyszukiwarki i wyjaśnienia niektórych istotnych pojęć, ważnych w poszukiwaniu literatury</p>	<p>PubMed i inne</p> <p>DOI (Digital Object Identifier) - to cyfrowy identyfikator dowolnego przedmiotu własności intelektualnej, który jest przypisany na stałe do danego obiektu – numer DOI może zostać nadany każdej jednostce własności intelektualnej takiej jak: książka, artykuł, rozdział w książce, numer czasopisma itp.</p> <p>PMID - jedną z wizji uporządkowania i usystematyzowania piśmiennictwa elektronicznego jest opatrywanie prac niepowtarzalnymi identyfikatorami. W ten sposób jeden numer przypisany do pracy zapewnić ma trwałe łącze do metadanych lub pełnego tekstu dokumentu, zamieszczonego najczęściej w globalnym integratorze danych dziedzinowych. W publikacjach z nauk medycznych spotkać można trzy najpopularniejsze z nich: PMID, PMCID oraz NIHMS ID. <u>PMID to identyfikator wszystkich obiektów umieszczonych w bazie PubMed.</u></p>		
<p>Warsztat badacza</p>	<p>Korzystanie z literatury oraz stron internetowych poświęconych badanym zagadnieniom.</p>		
<p>Terminarz pisania pracy dyplomowej</p>	<p>Ustalenie pomiędzy promotorem i studentem dat zamykania kolejnych etapów pisania pracy dyplomowej.</p>		
<p>Wykaz pism naukowych w polskim pielęgniarstwie</p>	<p>Pielęgniarstwo Polskie Problemy Pielęgniarstwa Pielęgniarstwo XXI wieku Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne</p>		

	Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia		
Automatyczny spis treści, tabel, rycin, literatury.	Instrukcja w Internecie		
Publikacja pracy dyplomowej	Przygotowanie publikacji i przekazanie jej do druku w jednym z powyżej wymienionych czasopism pielęgniarskich (lub z dziedzin pokrewnych), zwłaszcza pracy wyróżnionej. Wyniki swoich badań można również przedstawić podczas konferencji naukowej. W pracy musi się znaleźć zgoda Komisji Bioetycznej przy PANS w Głogowie.		

Bibliografia:

1. Lenartowicz H., Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
2. Lesińska-Sawicka M. (red.). Metoda Case study w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009.

Załączniki:

Zał. nr 1. Przykłady pisania sprawozdań o stanie chorego

Zał. nr 2. Wykaz dokumentacji medycznej POZ pielęgniarki rodzinnej oraz pielęgniarki opieki długoterminowej

Załącznik nr 1. Przykłady pisania sprawozdań o stanie chorego.

Sprawozdanie o stanie chorego – oddziały zachowawcze

1. Informacje w dniu przyjęcia

Pacjent przyjęty w trybie: planowym/nagłym w stanie ogólnym: dobrym/średnim/ciężkim z powodu: zaostrzenia objawów choroby wymagających leczenia zachowawczego/konieczności wykonania badań diagnostycznych (jakich?.....).

W chwili przyjęcia pacjent zgłaszał dolegliwości:.....

Oprócz dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta w ciągu dyżuru wystąpiły następujące objawy/dolegliwości.....

Szczególną uwagę należy zwrócić na (stan zdrowia, diagnozy pielęgniarstwa):.....

Podczas dyżuru u pacjenta wykonano m.in.....

Podano m.in.....

W związku z podjętymi działaniami objawy/dolegliwości w zakresie.....

zmniejszyły się/ustąpiły/wystąpiły nowe: (jakie?.....), a stan pacjenta uległ: pogorszeniu/poprawie/pozostał bez zmian.

Pacjent/bliscy pacjenta wykazują/nie wykazują zaangażowania w zakresie edukacji i działań zmierzających do dbałości o własne zdrowie.

2. Informacje w kolejnej dobie pobytu

Stan pacjenta: dobry/średni/ciężki.

W czasie dyżuru pacjent zgłaszał dolegliwości.....

Oprócz dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta w ciągu dyżuru zaobserwowano, stwierdzono następujące objawy/dolegliwości.....

Szczególną uwagę należy zwrócić na (stan zdrowia, diagnozy pielęgniarstwa) :.....

Podczas dyżuru u pacjenta wykonano m.in.....

Podano m.in.....

W związku z podjętymi działaniami objawy/dolegliwości w zakresie.....

zmniejszyły się/ustąpiły/wystąpiły nowe: (jakie?.....), a stan pacjenta uległ: pogorszeniu/poprawie/pozostał bez zmian.

Pacjent/bliscy pacjenta wykazują/nie wykazują zaangażowania w zakresie edukacji i działań zmierzających do dbałości o własne zdrowie.

3. Informacje w dniu wypisu

Stan pacjenta: dobry/średni/ciężki.

W czasie dyżuru pacjent zgłaszał dolegliwości.....

Oprócz dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta w czasie dyżuru zaobserwowano, stwierdzono następujące objawy/dolegliwości.....

Szczególną uwagę należy zwrócić na (stan zdrowia, diagnozy pielęgniarские):

.....

Podczas dyżuru u pacjenta wykonano m.in.....

Podano m.in.....

W związku z podjętymi działaniami objawy/dolegliwości w zakresie.....

zmniejszyły się/ustąpiły/wystąpiły nowe: (jakie.....), a stan pacjenta uległ: pogorszeniu, poprawie, pozostał bez zmian.

Pacjent/bliscy pacjenta wykazują/nie wykazują zaangażowania w zakresie edukacji i działań zmierzających do dbałości o własne zdrowie.

Pacjent wypisany w stanie ogólnym: dobrym/średnim/ciężkim do domu/przeniesiony na inny oddział/do innego szpitala/do ośrodka rehabilitacyjnego/do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego/inne.....

Pacjent wymagał/nie wymagał pomocy socjalnej w zakresie:

a) umieszczenia w zakładzie: ZOL/ZPO/Hospicjum/DPS/Noclegowni/inne

b)zaopatrzenia w sprzęt pomocniczy: kule/balkonik/wózek inwalidzki/łóżko ortopedyczne/materac p/odleżynowy/ inne.....

c) pomocy w miejscu zamieszkania: stacja ekumeniczna/opiekun MOPS/pielęgniarka środowiskowa/opieka długoterminowa/inne.....

Pomoc w w/w zakresie została zapewniona.

Sprawozdanie o stanie chorego – oddziały zabiegowe

1.Informacje w dniu przyjęcia

Pacjent przyjęty w dniu dzisiejszym w trybie: planowym/nagłym w stanie ogólnym dobrym/średnim/ciężkim z powodu konieczności wykonania: badań diagnostycznych (jakich?.....)/zabiegu operacyjnego (jakiego?.....). W chwili przyjęcia pacjent zgłaszał dolegliwości.....

Oprócz dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta w czasie dyżuru zaobserwowano/stwierdzono następujące objawy/dolegliwości.....

Szczególną uwagę należy zwrócić na (stan zdrowia, diagnozy pielęgniarские)

.....

Podczas dyżuru u pacjenta wykonano m.in.....

Podano m.in.....

W związku z podjętymi działaniami objawy/dolegliwości w zakresie.....

zmniejszyły się/ustąpiły/wystąpiły nowe: (jakie.....), a stan pacjenta uległ:
pogorszeniu/ poprawie/ pozostał bez zmian

Pacjent/bliscy pacjenta wykazują/nie wykazują zaangażowania w zakresie edukacji i działań
zmierzających do dbałości o własne zdrowie.

2. Informacje w przeddzień zabiegu

Stan pacjenta: dobry, średni, ciężki.

W dniu dzisiejszym pacjent przygotowany do zabiegu.....

fizycznie(zgodnie z obowiązującą procedurą) i psychicznie

W czasie dyżuru pacjent zgłaszał dolegliwości.....

Oprócz dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta w czasie dyżuru zaobserwowano/ stwierdzono
następujące objawy/dolegliwości.....

Szczególną uwagę należy zwrócić na (stan zdrowia, diagnozy pielęgniarские)

.....

Podczas dyżuru u pacjenta wykonano m.in.....

Podano m.in.....

W związku z podjętymi działaniami objawy/dolegliwości w zakresie.....

zmniejszyły się/ ustąpiły/wystąpiły nowe: (jakie?.....), a stan pacjenta uległ:
pogorszeniu/poprawie/pozostał bez zmian.

Pacjent/bliscy pacjenta wykazują/nie wykazują zaangażowania w zakresie edukacji i działań
zmierzających do dbałości o własne zdrowie.

3. Informacje w dniu zabiegu operacyjnego

Pacjent w zerowej dobie po zabiegu.....w znieczuleniu.....

Opatrunek na ranie pooperacyjnej: suchy/przesiąknięty

Z rany pooperacyjnej wyprowadzono: dreny/ sączki/ssanie Redona/drenaż/stomia

Wydzielina z drenu: krwista/surowicza/ podbarwiona krwią

Po zabiegu pacjent oddał mocz/nie oddał moczu, ma/nie ma założony cewnik do pęcherza moczowego – karta obserwacji.

Pacjent z założonym wkłuciem centralnym/obwodowym bez cech/z cechami stanu zapalnego – karta obserwacji.

Stan pacjenta: dobry/średni/ciężki. Po zabiegu operacyjnym pacjent zgłaszał dolegliwości.....

Oprócz dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta w czasie dyżuru zaobserwowano, stwierdzono następujące objawy/dolegliwości.....

Szczególną uwagę należy zwrócić na (stan zdrowia, diagnozy pielęgniarskie)

:.....

Podczas dyżuru u pacjenta wykonano m.in.....

Podano m.in.....

W związku z podjętymi działaniami objawy/dolegliwości w zakresie..... zmniejszyły się/ ustąpiły/ wystąpiły nowe: (jakie?.....), a stan pacjenta uległ: pogorszeniu/poprawie/pozostał bez zmian.

Pacjent/bliscy pacjenta wykazują/nie wykazują zaangażowania w zakresie edukacji i działań zmierzających do dbałości o własne zdrowie.

4. Informacje w kolejnej dobie po zabiegu

Pacjent w..... dobie po zabiegu operacyjnym

Opatrunek na ranie pooperacyjnej: suchy/przesięknięty

Dreny/sączki/ssanie Redona/ drenaż/stomia zachowane/usunięte

Wydzielina z drenu: krwista, surowicza, podbarwiona krwią

Stan pacjenta: dobry, średni, ciężki. W czasie dyżuru pacjent zgłaszał objawy/dolegliwości.....

Oprócz dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta w czasie dyżuru zaobserwowano, stwierdzono następujące objawy/dolegliwości.....

Szczególną uwagę należy zwrócić na (stan zdrowia, diagnozy pielęgniarskie):

Podczas dyżuru u pacjenta wykonano m.in.....

Podano m.in.....

W związku z podjętymi działaniami objawy/dolegliwości w zakresie..... zmniejszyły się/ustąpiły/wystąpiły nowe (jakie?.....), a stan pacjenta uległ: pogorszeniu/poprawie/pozostał bez zmian

Pacjent/bliscy pacjenta wykazują/nie wykazują zaangażowania w zakresie edukacji i działań zmierzających do dbałości o własne zdrowie.

5. Informacje w dniu wypisu

Stan pacjenta: dobry, średni, ciężki. W ciągu dyżuru pacjent zgłaszał objawy/dolegliwości.....

Oprócz dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta w czasie dyżuru zaobserwowano, stwierdzono następujące objawy/dolegliwości.....

Szczególną uwagę należy zwrócić na (stan zdrowia, diagnozy pielęgniarskie):.....

Podczas dyżuru u pacjenta wykonano m.in.....

Podano m.in.....

W związku z podjętymi działaniami objawy/dolegliwości w zakresie.....

zmniejszyły się/ustąpiły/wystąpiły nowe (jakie?.....), a stan pacjenta uległ: pogorszeniu/poprawie/pozostał bez zmian

Pacjent/bliscy pacjenta wykazują/nie wykazują zaangażowania w zakresie edukacji i działań zmierzających do dbałości o własne zdrowie.

Pacjent wypisany w stanie ogólnym: dobrym/średnim/ciężkim do domu/przeniesiony na inny oddział/do innego szpitala/do ośrodka rehabilitacyjnego/do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego/inne.....

Pacjent wymagał/nie wymagał pomocy socjalnej w zakresie:

a) umieszczenia w zakładzie:, ZOL/ZPO/Hospicjum/DPS/Noclegowni/ inne.....

b) zaopatrzenia w sprzęt pomocniczy: kule/ balkonik/wózek inwalidzki/łóżko ortopedyczne/materac p/odleżynowy, inne.....

c) pomocy w miejscu zamieszkania: stacja ekumeniczna/opiekun MOPS/pielęgniarka środowiskowa/opieka długoterminowa/inne.....

Pomoc w w/w zakresie została zapewniona.

Załącznik nr 2. Wykaz dokumentacji medycznej POZ pielęgniarki rodzinnej oraz pielęgniarki opieki długoterminowej

1. Karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego dla pielęgniarek i położnych
2. Karta indywidualnej pielęgnacji
3. Oświadczenie- upoważnienie i wyrażenie zgody na udzielanie informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych wskazanym przez pacjenta osobą.
4. Karta odwiedzin u dziecka w chorobie
5. Karta wizyty patronażowej u dziecka 3-4 miesiąc
6. Karta wizyty patronażowej u dziecka 9- miesiąc
7. Karta wizyty patronażowej dziecka rocznego
8. Karta badania przesiewowego dziecka 2-letniego
9. Karta badania przesiewowego dziecka 4-letniego
10. Karta badania przesiewowego dziecka 5-letniego
11. Karta czynności dla pielęgniarki opieki długoterminowej