Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

3(3)/2018

Włocławek 2018

Rada naukowa
dr hab. Mariusz Wysokiński
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk
doc. PhDr. Helena Kudučáková
doc. PhDr. Zuzanna Hukáková
dr Ewa Barczykowska

Kolegium redakcyjne
dr Beata Haor – redaktor naczelny
dr hab.Robert Ślusarz; dr Mariola Głowacka – z-cy redaktora naczelnego
mgr Anna Antczak-Komoterska – sekretarz redakcji
dr Maciej Krzemiński; mgr Marta Waszin – redaktorzy językowi

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
wyd.edu.pl/index.php/zblizenia-cywilizacyjne-civilizations-rapprochements

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN 2451-1846

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2016

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek

http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna. Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie.

Spis treści

Od Redakcji/Editorial……

Artykuły oryginalne/Original

KLAUDIA KATARZYNA DASZUTA, JUSTYNA LIBERACKA, ROBERT ŚLUSARZ
Jakość opieki pielęgniarskiej w ocenie pacjentów po zabiegach operacyjnych wykonanych w znieczuleniu podpajęczynówkowym ……

KLAUDIA KATARZYNA DASZUTA, JUSTYNA LIBERACKA, ROBERT ŚLUSARZ
Opieka pielęgniarska po znieczuleniu podpajęczynówkowym w opinii badanych w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych …….....

DOROTA WOLSKA, KAROLINA FILIPSKA, BEATA HAOR
Wpływ występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa na jakość życia pielęgniarek - doniesienia wstępne ……....

DOROTA WOLSKA, KAROLINA FILIPSKA, BEATA HAOR
Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego wśród personelu pielęgniarskiego ……..

Opis przypadku/Case Report

ELŻBIETA NAZAR, DOROTA KOCHMAN, JOANNA PRZYBYLSKA
Mapowanie diagnoz ICNP® na przykładzie procesu pielęgnowania dziecka w przebiegu mononukleozy zakaźnej ……

Artykuły poglądowe/Review

MAGDALENA ZAWIDZKA, ELŻBIETA NAZAR, MARTA KAMIŃSKA, JOANNA PRZYBYLSKA
Szczepienia seniorów – profilaktyka chorób zakaźnych na przykładzie szczepienia przeciw grypie ……..……...

ISSN: 2451-1846

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejny numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences).*

Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Jakość opieki pielęgniarskiej w ocenie pacjentów po zabiegach operacyjnych wykonanych w znieczuleniu podpajęczynówkowym

Quality of nursing care assessment by patients after surgical procedures performed under spinal anesthesia

KLAUDIA KATARZYNA DASZUTA[1,3], JUSTYNA LIBERACKA[2], ROBERT ŚLUSARZ[1,4]

[1] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[2] Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy
[3]Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. Ks. J. Popiełuszki we Włocławku
[4] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, CM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.013
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Znieczulenie podpajęczynówkowe stanowi bardzo efektywny i powszechnie stosowany rodzaj znieczulenia, pooperacyjnie wykorzystywany jest jego efekt analgetyczny.
Ocena jakości opieki świadczonej w placówce medycznej będzie sprowadzała się do subiektywnego postrzegania satysfakcji przez pacjenta według jego własnych kryteriów. Placówki medyczne w sposób szczególny powinny dbać o podnoszenie poziomu jakości świadczonych usług, ponieważ

brak zaangażowania w tę sferę przekłada się w sposób bezpośredni na bezpieczeństwo, zdrowie i życie pacjentów.
Cel. Celem badań jest poznanie oceny jakości opieki pielęgniarskiej dokonanej przez pacjentów po zabiegach wykonanych w znieczuleniu podpajęczynówkowym.
Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 60 pacjentów w trzech oddziałach klinicznych zabiegowych 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy, wobec których w przebiegu leczenia operacyjnego zastosowano znieczulenie podpajęczynówkowe. Metodą badań był sondaż diagnostyczny oraz metoda szacowania, natomiast techniką - ankietowanie i technika skali szacunku. W powyższych badaniach użyto kwestionariusza ankiety własnej oraz kwestionariusza standaryzowanego – Skali Newcastle.
Wyniki. Najwyżej ocenianym aspektem opieki pielęgniarskiej wśród badanych po zabiegach wykonywanych w znieczuleniu podpajęczynówkowym była subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej (75,24%), następnie doświadczenie z opieki pielęgniarskiej (74,98%), później całościowa ocena pobytu (73,10%), a na ostatnim miejscu znalazła się satysfakcja z opieki pielęgniarskiej (64,80%).
Wnioski. Konfrontacja badań własnych z badaniami innych autorów umożliwiła wyciągnięcie następujących wniosków:
1. Najwyżej ocenianym aspektem opieki pielęgniarskiej przez badanych po znieczuleniu podpajęczynówkowym były doświadczenia z opieki pielęgniarskiej. Kolejnym subiektywna oraz całościowa ocena opieki pielęgniarskiej. Najniżej ocenianym aspektem była satysfakcja z opieki pielęgniarskiej.
2. Zmienne socjodemograficzne nie miały istotnego wpływu na różnice w ocenie stopnia zadowolenia badanych z aspektów opieki pielęgniarskiej wdrażanych po znieczuleniu podpajęczynówkowym.
Słowa kluczowe: jakość opieki pielęgniarskiej, pacjent, znieczulenie podpajęczynówkowe

Abstract:
Introduction. Spinal anesthesia is a very effective and commonly used type of anesthesia, its analgesic effect is often utilized postoperatively. Assessment of quality of care provided by a medical institution will amount to subjective

perception of patient's satisfaction according to his / her own criteria. Medical institutions should care about the improvement of quality of provided services, because the lack of involvement in this sphere translates directly into the safety, health and life of patients.

Aim. The goal of this research was aimed at understanding patient's assessment of quality of nursing care after surgery performed under spinal anesthesia.

Materials and methods. Research was conducted among 60 patients in three surgical departments of 10th Military Clinical Hospital with the Polyclinic SP ZOZ in Bydgoszcz, in course of which spinal anesthesia was used during surgery. The method of research was a diagnostic survey and estimation method, whereas the technique - questionnaire and technique of the scale of respect. In the above tests, our own questionnaire and standardized questionnaire - the Newcastle Scale were used.

Results. The highest-assessed aspect of nursing care among subjects after procedures performed under spinal anesthesia was subjective assessment of nursing care (75.24%), then experience of nursing care (74.98%), then global assessment of stay (73.10%). On the last place was the satisfaction of nursing care (64.80%)

Conclusions. The confrontation of own research with research of other authors made it possible to draw following conclusions:

1. The highest-assessed aspect of nursing care was the experience of nursing care for patients after subarachnoid anesthesia. The lowest aspect assessed was the satisfaction of nursing care.
2. Sociodemographic variables did not have a significant impact on the differences in the level of respondents satisfaction of the nursing care implemented after subarachnoid anesthesia.

Keywords: quality of nursing care, patient, spinal anesthesia

Wstęp

Znieczulenie podpajęczynówkowe stanowi bardzo efektywny i powszechnie stosowany rodzaj znieczulenia. Polega ono na przerwaniu przewodnictwa nerwowego dzięki podaniu leku do przestrzeni podpajęczynówkowej. W okresie pooperacyjnym wykorzystywany jest jego efekt analgetyczny [1,2].

Znieczulenie podpajęczynówkowe to najczęściej stosowana metoda spośród blokad centralnych [1,2,3,4]. Wśród czynników, które wpływają na jego efekt wymienia się: rodzaj środka znieczulającego, jego dawkę, zastosowanie dodatkowych leków, wysokość blokady [1]. Nie należy zapominać także o możliwych powikłaniach znieczulenia podpajęczynówkowego takich jak np. powikłania neurologiczne oraz zaburzenia krążenia, popunkcyjne bóle głowy [2, 4, 5]. Profesjonalna opieka wdrażana przez pielęgniarkę wobec pacjenta w okresie pooperacyjnym, po zastosowanym znieczuleniu podpajęczynówkowym zakłada zatem monitorowanie jego stanu ogólnego pacjenta, ocenę natężenia bólu i kontrolowanie objawów wskazujących na ustępowanie efektu znieczulenia. Niezbędne jest także asystowanie choremu w czasie pierwszych prób pionizacji [6-9].

Jakość jest terminem używanym w licznych naukach [11]. Jest to zbiór cech danego przedmiotu, usług, które są dla niego specyficzne i wyróżniają go spośród innych [10, 12].

Jakość opieki zdrowotnej może być definiowana jako rezultat, sposób, w jaki używane są środki, organizacja usług oraz satysfakcja pacjenta. Dotyczy zatem także bezpośrednich interakcji, relacji między pacjentem a personelem medycznym [13].

Na jakość opieki istotnie wpływa wiele czynników, takich jak zaangażowanie kadry zarządzającej i pracowników, praca zespołowa, hierarchizacja działań. Najważniejszym aspektem jest koncentracja na potrzebach pacjentów [10]. Deficyty w zakresie jakości świadczonych usług w sposób bezpośredni przekładają się na bezpieczeństwo, zdrowie i życie odbiorców świadczeń [14].

Zagadnienie jakości trwale wpisuje się w praktykę pielęgniarską. Opieka pielęgniarska to złożone pojęcie, na które składa się całokształt zabiegów pielęgnacyjnych, zdolności manualne i techniczne oraz kontakty międzyludzkie, wiedza i umiejętności, a także zdolność podejmowania szybkich decyzji na podstawie swojej wiedzy i umiejętności [13, 15].

Ocena jakości opieki świadczonej w placówce medycznej zakłada także subiektywne postrzeganie satysfakcji przez pacjenta według jego własnych kryteriów. Pacjent, jego potrzeby i oczekiwania powinny być w centrum uwagi personelu medycznego a proces leczenia i pielęgnowania musi odbywać się na zasadzie współdecydowania o jego przebiegu [16]. Bardzo ważnym elementem procesu zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej są standardy. Powinny być one punktem odniesienia w planowaniu, wprowadzaniu zmian i ocenie jakości usług, a także stanowić podstawę do uzasadnienia, iż pielęgniarki współuczestniczą w kreowaniu wysokiej jakości świadczeń wobec wszystkich osób korzystających z opieki zdrowotnej [13,17].

Celem badań była analiza jakości opieki pielęgniarskiej w pinii pacjentów po zabiegach wykonanych w znieczuleniu podpajęczynówkowym.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 60 pacjentów oddziałów zabiegowych 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy, wobec których w przebiegu leczenia operacyjnego zastosowano znieczulenie podpajęczynówkowe. Realizowane były one w okresie od marca 2017 roku do maja 2017 roku. Wcześniej uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im L. Rydygiera w Bydgoszczy na ich przeprowadzenie.

Badania miały charakter anonimowy, dobrowolny, bezpłatny. Metodą badań był sondaż diagnostyczny oraz metoda szacowania, natomiast techniką - ankietowanie i technika skali szacunkowej. W powyższych badaniach użyto kwestionariusza ankiety własnej oraz kwestionariusza standaryzowanego – Skali Newcastle. Skala ta została wykorzystana po uprzednim uzyskaniu zgody od dr hab. D. Dyk - kierownika Zakładu Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej

Opieki na Uniwersytecie medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Ankieta standaryzowana – skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle – składa się z 3 części. W części pierwszej zawartych jest 26 pytań, które dotyczą doświadczeń respondentów dotyczących opieki pielęgniarskiej. W części drugiej jest 19 pytań odnoszących się do opinii badanych na temat opieki pielęgniarskiej. Część trzecia składa się z 9 pytań, które dotyczą danych socjodemograficznych, oceny pielęgniarskiej oraz zawarte są tam pytania otwarte, dające respondentowi możliwość swobodnej oceny świadczeń pielęgniarskich.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przy weryfikacji danych zastosowano współczynnik istotności na poziomie á=0,05, co pozwoliło uznać za zmienne istotne statystycznie przy p<0,05.

Wyniki

W badaniu brało udział 60 osób. Grupa złożona była w 50% (30 osób) z kobiet i w 50% (30 osób) mężczyzn. Zdecydowaną większość badanych stanowili pacjenci ze średnim wykształceniem (40% - 24 osoby) oraz wyższym (38% - 23 osoby). Szkołę zawodową ukończyło 18% respondentów – 11 osób, a najmniej było ankietowanych wykształceniem podstawowym (3% - 2 osoby). Zdecydowanie więcej osób mieszkało w mieście (67% - 40 osób). Mieszkańcy wsi stanowili mniejszą grupę (33% - 20 osób).

Badani po zabiegach wykonywanych w znieczuleniu podpajęczynówkowym najwyżej oceniali następujące aspekty opieki pielęgniarskiej: subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej (75,24% respondentów), doświadczenia z opieki pielęgniarskiej (74,98% badanych), całościowa ocena pobytu (73,10% osób) oraz satysfakcja z opieki pielęgniarskiej (64,80% pacjentów).

Średnia wartość wyników badanych w zakresie doświadczeń z opieki pielęgniarskiej wyniosła 74,98 punktów. Mediana miała

wartość 73,72. Minimalna wartość wyników osiągnięta przez ankietowanych to 58,33, a maksymalna 94,87.

Średnia wartość wyników respondentów w zakresie satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wyniosła 64,80 punktów. Mediana miała wartość 61,84. Minimalna wartość wyników osiągnięta przez ankietowanych to 42,11, a maksymalna 100.

Średnia wartość wyników pacjentów w zakresie subiektywnej oceny opieki pielęgniarskiej wyniosła 5,267 punktów. Mediana miała wartość 5. Minimalna wartość wyników osiągnięta przez ankietowanych to 4, a maksymalna 7.

Średnia wartość wyników badanych w zakresie całościowej oceny pobytu wynosiła 5,117 punktów. Mediana miała wartość 5. Minimalna wartość wyników osiągnięta przez ankietowanych to 4, a maksymalna 7.

Przeprowadzona analiza statystyczna wyników ze względu na wiek ankietowanych nie wskazała na wystąpienie istotnych statystycznie różnic dla analizowanych parametrów. Oznacza to, iż wiek badanych nie wpływał na ocenę doświadczeń z opieki pielęgniarskiej, satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, subiektywną ocenę opieki pielęgniarskiej oraz całościową oceny pobytu.

Analizie statystycznej poddano stopień zadowolenia badanych ze względu na płeć badanej grupy.

Podobnie w przypadku płci pacjentów przeprowadzona analiza statystyczna nie wskazała na wystąpienie istotnych różnic statystycznych dla analizowanych parametrów związanych z opieką pielęgniarską. Zarówno w zakresie doświadczeń i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej oceny prezentowane przez ankietowanych były wysokie zarówno w grupie kobiet jak i dla mężczyzn. Wartości wyniosły odpowiednio dla doświadczeń - średnio 75 punktów (mediana 74 punkty), a dla satysfakcji - średnio 65 punktów (mediana 62 punkty). Rozkład wyników w obu grupach płci respondentów był niemal identyczny w zakresie dokonanej subiektywnej oceny opieki pielęgniarskiej oraz całościowej oceny pobytu.

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wskazuje na wystąpienie istotnych różnic statystycznych dla analizowanych parametrów opieki pielęgniarskiej w zależności od poziomu wykształcenia badanych. Wyniki w zakresie doświadczeń z opieki pielęgniarskiej były do siebie bardzo zbliżone. Zarówno mediany jak i średnie ocen osób z wykształceniem podstawowym/zawodowym i średnim wynosiły 76 punktów. Z kolei średnie wyników osób z wyższym wykształceniem wynosiły 74, a mediana 72. W zakresie satysfakcji z opieki wyniki były zbliżone, różnice średnich nie przekraczały 3 punktów, a mediana 1 punktu. Subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej oraz całościowa ocena pobytu były niemal identyczne; nie wykazano istotnych statystycznie różnic.

Przeprowadzona analiza statystyczna oceny opieki pielęgniarskiej ze względu na miejsce zamieszkania respondentów nie wykazała istotnych różnic statystycznych. W odniesieniu do aspektu doświadczeń badanych z opieki pielęgniarskiej w zależności od miejsca zamieszkania, nie odnotowano istotnych różnic statystycznych. Różnica średnich wynosiła 2 punkty, natomiast różnica miedian – 1 punkt. W przypadku satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w zależności od miejsca zamieszkania również nie zauważono istotnych statystycznie różnic. Średnie i mediany różniły się od siebie o 2 punkty. Średnie wyników oraz mediany dotyczące subiektywnej oceny opieki pielęgniarskiej oraz całościowej oceny pobytu dokonane przez badanych w zależności od miejsca zamieszkania prezentowały dokładnie takie same wartości.

Dyskusja

Najwyżej ocenianym aspektem opieki pielęgniarskiej wśród badanych po znieczuleniu podpajęczynówkowym były doświadczenia z opieki pielęgniarskiej, kolejnymi - subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej, całościowa ocena opieki pielęgniarskiej. Najniżej ocenianym aspektem była satysfakcja ze wspomnianej opieki.

Badania przeprowadzone przez D. Garczyk wśród pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu dyskopatii w odcinku szyjnym lub lędźwiowym kręgosłupa z wykorzystaniem skali Newcastle wykazały, że doświadczenia z opieki pielęgniarskiej były najwyżej oceniane przez pacjentów. Następnie respondenci wskazali na satysfakcję z opieki pielęgniarskiej, co jest rozbieżne z wynikami aktualnych badań. Kolejnym ocenianym aspektem w badaniach D. Garczyk była subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej oraz całościowa ocena pobytu – te wyniki pokrywają się z wynikami badań własnych. Badania M. Kozimali i L. Putowskiego wśród 100 pacjentów oddziału niezabiegowego z wykorzystaniem skali Newcastle, wskazują podobne wyniki jak D. Garczyk. Przyczyny rozbieżności wspomnianych wyników i autorskich badań wynikają z różnic w liczebności respondentów oraz ich miejsca hospitalizacji [18, 19].

Według przeprowadzonych badań własnych zmienne socjodemograficzne nie wpływały na istotne różnice w ocenie stopnia zadowolenia badanych z aspektów opieki pielęgniarskiej.

Podobne wyniki badań uzyskali M. Kozimala i L. Putowski w cytowanych wcześniej badaniach. Wykazano bowiem, iż czynniki socjodemograficzne takie jak: wiek, płeć czy wykształcenie nie wpływają istotnie statystycznie na stopień zróżnicowania zadowolenia badanych z aspektów opieki pielęgniarskiej [19].

Badania przeprowadzone przez B. K. Wierzbicką i B. Jankowską-Polańską wśród 150 pacjentów oddziałów kardiologii, angiologii, nefrologii z wykorzystaniem skali Newcastle wskazują, iż czynniki socjodemograficzne mają częściowy wpływ na stopień zadowolenia respondentów z opieki pielęgniarskiej. Wykazano bowiem, że wykształcenie oraz płeć mogą mieć istotne znaczenie w ocenie poziomu zadowolenia pacjentów. Rozbieżności w odniesieniu do wyników badań własnych mogą wynikać z różnicy liczebności grupy badanej oraz prowadzenia badań wśród pacjentów z innych oddziałów [20].

Według A. Żakowskiej, A. Zery i A. Krupienicza, którzy przeprowadzili badania wśród pacjentów po zabiegach urologicznych i ortopedycznych w znieczuleniu podpajęczynówkowym wynika, iż płeć nie ma istotnego znaczenia w ocenie stopienia zadowolenia badanych. Natomiast istotny wpływ miało wykształcenie oraz wiek respondentów. Różnice w odniesieniu do wyników prezentowanych w pracy mogą wynikać z liczebności grupy badanej oraz faktu, iż badania były przeprowadzone w pierwszej i drugiej dobie po zabiegu, natomiast aktualne wyniki dotyczą badań wykonanych w dniu wypisu pacjentów z oddziału [13].

Wnioski

Konfrontacja badań własnych z badaniami innych autorów umożliwiła wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Najwyżej ocenianym aspektem opieki pielęgniarskiej przez badanych po znieczuleniu podpajęczynówkowym były doświadczenia z opieki pielęgniarskiej. Kolejnym - subiektywna oraz całościowa ocena opieki pielęgniarskiej. Najniżej ocenianym aspektem była satysfakcja z opieki pielęgniarskiej.
2. Wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania badanych poddanych znieczuleniu podpajęczynówkowemu nie miały wpływu na wystąpienie istotnych różnic w ocenie aspektów opieki pielęgniarskiej

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

W opiece realizowanej wobec pacjentów poddanych znieczuleniu podpajęczynówkowemu niezbędne jest wdrażanie wysokiej jakości świadczeń pielęgniarskich. Przekłada się to bowiem w sposób bezpośredni na bezpieczeństwo, zdrowie i życie pacjentów.

Bibliografia/Bibliography:

1. Larsen, Kubler A. (red.). Anestezjologia. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2002, s. 531-567.

2. Kubler A., Kamiński B. (red.). Anestezjologia i Intensywna Terapia. Wyd. PZWL, Warszawa 2014, s. 145-148, 195-198.

3. Weinert M., Kubler A. (red.). Anestezjologia. Wyd. Urban &Partner, Wrocław 2016, s. 1-8, s. 41-51.

4. Dyk D., Wołowicka L. Anestezjologia i Intensywna Opieka. Klinika i Pielęgniarstwo. Wyd. lek. PZWL, Warszawa 2014, s. 176-180.

5. Kruszyński Z. (red.). Podstawy Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2010, s. 61-65.

6. Rozalska-Wałaszek I.. Aftyka A., Mróz A.: Zadania pielęgniarki chirurgicznej w opiece nad pacjentem poddawanym blokadom centralnym. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013, 2, s. 39-43.

7. Machała W. Wykłady z anestezjologii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2017, s. 289-290.

8. Jacobus Ch. Does bed rest prevent post-lumbar puncture headache? Ann Emerg Med 2012;59, s. 139-140.

9. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Podstawy pielęgniarstwa. T. 1. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2011, s. 406-410.

10. Mała Encyklopedia PWN. Wyd. PWN, Warszawa 2000.

11. Walshe K., Smith J. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Wyd. Wolters Kluwer Polska Sp. Z o. o., Warszawa 2011, s. 449-553.

12. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Wyd. CeDeWu, Warszawa 2009, s.11-27.

13. Żakowska A., Zera A., Krupienicz A. Jakość opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów po zabiegach urologicznych i ortopedycznych znieczulanych metodą podpajęczynówkową. Przegląd Urologiczny 2009, 55, s. 39-42.

14. Wiśniewska M. Jakość usług medycznych. Instrumenty i modele. Wyd. CeDeWu, Warszawa 2016, s. 13-47.

15. Glińska J., Bednarska A., Lewandowska M. Analiza poziomu jakości opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek i pacjentów. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012, 4, s.151-160.

16. Mykowska A. Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. Zdrowie i Zarządzanie 2002;4(6):69-73.

17. Ksykiewicz-Dorota A. (red.). Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Wyd. Czelej, Lublin 2004, s. 161-167.

18. Garczyk D. Zadowolenie chorego jako wyraz jakości opieki pielęgniarskiej u pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu dyskopatii w odcinku szyjnym lub lędźwiowym kręgosłupa. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochrurgiczne 2013, 2, s. 48-56.

19. Kozimala M., Putowski L. Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławcu. Annales Academiae Medicae Silesiensis 2009, 63, s. 20-27.

20. Wierzbicka K. Jankowska-Polańska B.: Poziom jakości opieki pielęgniarskiej na przykładzie oddziałów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2014, 4. s. 90-96.

Opieka pielęgniarska po znieczuleniu podpajęczynówkowym w opinii badanych w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych

Nursing care for patient after subarnachnoid anaesthesia - patients' review based on selected sociodemographic variables

KLAUDIA KATARZYNA DASZUTA[1,3], JUSTYNA LIBERACKA[2], ROBERT ŚLUSARZ[1,4]

[1] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[2] Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy
[3]Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. Ks. J. Popiełuszki we Włocławku
[4] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, CM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.014
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Znieczulenie podpajęczynówkowe stanowi jedną z najbardziej przewidywalnych i efektywnych form znieczulenia. Znieczulenie podpajęczynówkowe jest w pełni odwracalne. Jest najczęściej stosowaną metodą spośród blokad centralnych, ze względu na prostotę jego wykonania oraz szybki początek działania. Aktualna definicja pielęgnowania według Światowej Organizacji Zdrowia przedstawia pielęgnowanie jako opiekowanie

się chorym, a także zapobieganie chorobom i wzmacnianie zdrowia. Co stanowi idealne odzwierciedlenie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po znieczuleniu podpajęczynówkowym, ponieważ pielęgniarka w tym czasie ma sprawować profesjonalną opiekę i zapobiegać wszelkim powikłaniom, a co za tym idzie umacniać zdrowie.

Cel. Celem badań jest poznanie zadowolenia pacjentów i działań wdrożonych w ramach opieki pielęgniarskiej wobec pacjentów po zabiegu wykonanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym w opinii badanych w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 60 pacjentów w trzech oddziałach klinicznych zabiegowych 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy, wobec których w przebiegu leczenia operacyjnego zastosowano znieczulenie podpajęczynówkowe. Metodą badań był sondaż diagnostyczny, natomist techniką - ankietowanie. Narzędziem badawczym, był autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Wszyscy badani byli zadowoleni z opieki pielęgniarskiej. Najczęściej wdrażanymi działaniami w ramach opieki pielęgniarskiej wobec pacjentów po znieczuleniu podpajęczynówkowym były asekuracja podczas pierwszego wstawania z łóżka, regularne pomiary parametrów życiowych, kontrola natężenia bólu oraz kontrola zaburzeń czucia. Pacjenci zdecydowanie częściej potwierdzają udzielanie przez pielęgniarki konkretnych świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych niż informacyjnych.

Wnioski.

1. Najczęściej wdrażanymi działaniami w ramach opieki pielęgniarskiej wobec pacjentów po znieczuleniu podpajęczynówkowym były asekuracja podczas pierwszego wstawania z łóżka, regularne pomiary parametrów życiowych, kontrola natężenia bólu oraz kontrola zaburzeń czucia.
2. Zmienne socjodemograficzna takie jak płeć, miejsce zamieszkania i wykształcenie nie miały wpływu na istotne różnice w ocenie stopnia zadowolenia badanych z aspektów opieki pielęgniarskiej wdrażanych po znieczuleniu podpajęczynówkowym.
3. Pomimo braku konieczności leżenia na płasko po znieczuleniu podpajęczynówkowym, osoby sprawujące opiekę przekazują taką informację pacjentowi.

Słowa kluczowe: pacjent, znieczulenie podpajęczynówkowe, opieka pielęgniarska

Abstract:
Introduction. Subarnachnoid anaesthesia is one of the most effective forms of block anaesthesia.It is fully irreversable and most common form of block anaesthesia due to its nature and simplicity as well as its fast onset.According to World Health Organization nursing care is not only caring for the sick but also the promotion of health and the prevention of illness. Caring for patient after subarnachnoid anaesthesia reflects the definition since nursing care in that particular case should not only be proffessional but also prevent complications and foster health.
Aim. The aim of the study was to evaluate patients' satisfaction and their view on the nursing care after subarnachnoid anaesthesia with reference to selected sociodemographic variables.
Material and methods. The study was carried out among 60 patients after subarnachnoid anaesthesia in 3 surgical wards in Military Hospital and Policlinic, Independent Health Centre in Bydgoszcz. Diagnostic survey was used as a method. A questionnaire was used as a tool. The research instrument was a questionnaire prepared by the researchers.
Results. All the respondents were satisfied with the nursing care provided. Most nursing activities after subarnachnoid anaesthesia involved supporting the patient in standing up, regular monitoring of vital signs and pain and sensory function control. Patients confirm that they were offered diagnostics and theraupetical support most often rather than informational feedback.
Conclusions
1. Most nursing activities after subarnachnoid anaesthesia involved supporting the patient in standing up, regular monitoring of vital signs, pain and sensory function control. Patients confirm that they were offered diagnostics and theraupetical support most often rather than ifnformational feedback.
2. Selected sociodemographic variables such as gender, place of residence and education had no significant effect on differences in patients' evaluation of the level of satisfaction with the nursing care provided after subarnachnoid anaesthesia.
3. Although there is no aparent need for the patient to lie flat after subarnachoid anaethesia , nursing personnel provides the patient with such information.
Keywords: patient, subarnachnoid anaesthesia, nursing care

Wstęp

Znieczulenie podpajęczynówkowe stanowi jedną z najbardziej przewidywalnych i efektywnych form znieczulenia. Traktowane jest jako metoda leczenia bólu pooperacyjnego, co minimalizuje wykorzystanie leków przeciwbólowych w przebiegu tego rodzaju znieczulenia [1,2].

Poprzez znieczulenie podpajęczynówkowe uzyskuje się blokadę współczulną, czuciową oraz ruchową. Daje to możliwość wykonania wielu zabiegów różnego rodzaju [1,3,4]. Jest ono w pełni odwracalne. To najczęściej stosowana metoda pośród blokad centralnych, ze względu na prostotę wykonania, szybki początek działania oraz dobre zwiotczenie mięśniowe [1,2,3,4].

Wskazania do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego są liczne. Wykonuje się je w przypadku operacji podbrzusza, kończyn dolnych, krocza. Stanowi ono lepszą opcję znieczulenia w porównaniu ze znieczuleniem ogólnym w odniesieniu do pacjentów z pełnym żołądkiem lub zagrożonych niewydolnością oddechową. W przypadku cięcia cesarskiego znieczulenie podpajęczynówkowe stanowi typ znieczulenia z wyboru [2,5,6].

Znieczulenie podpajęczynówkowe uzyskuje się poprzez podanie leku miejscowo znieczulającego do przestrzeni podpajęczynówkowej. Blokada nerwów przebiega w określonej hierarchii, co można poddać ocenie klinicznej. Jako pierwsze ulegają blokadzie przedzwojowe włókna współczulne, co objawia się rozszerzeniem naczyń z ociepleniem skóry; może wystąpić obniżenie ciśnienia tętniczego krwi. Kolejne są włókna czucia temperatury. Jako pierwsze blokowane jest czucie zimna, a później ciepła. Następnie włókna przewodzące ból, czucie dotyku i czucie głębokie – później włókna ruchowe oraz przewodzące czucie wibracji i ułożenia [1]. Dzięki resorpcji anestetyku do krwi krążącej następuje ustępowanie blokady nerwowej. Czynności ruchowe powracają jako pierwsze, następnie czuciowe, a na końcu funkcje autonomiczne [1].

Bardzo ważne jest, aby uświadomić pacjentowi, że znieczulenie podpajęczynówkowe nie kończy się nagle, w momencie zakończenia zabiegu operacyjnego. Czynnikami warunkującymi czas jego trwania są: rodzaj środka znieczulającego, jego dawka, wysokość blokady oraz dodatek innych leków [1].

Do powikłań znieczulenia podpajęczynówkowego zalicza się obniżenie wartości ciśnienia tętniczego, temperatury, nudności, wymioty, całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe, zatrzymanie moczu, popunkcyjne bóle głowy, bóle pleców, powikłania neurologiczne oraz zaburzenia krążenia [2,4,7].

W pierwszej dobie po zabiegu chirurgicznym pielęgniarka, niezależnie od miejsca pobytu pacjenta, powinna dokonywać pomiarów jego podstawowych parametrów życiowych, kontrolować ustępowanie działania znieczulenia i powrót czucia. Niezwykle istotnym zadaniem pielęgniarki jest ocena natężenia bólu pooperacyjnego i udział w jego leczeniu [8].

Po znieczuleniu podpajęczynówkowym nie ma potrzeby, aby pacjent leżał płasko. Można zastosować poduszkę pod głową, chory może siadać w obrębie łóżka. Próby pionizacji wykonuje się po ustąpieniu znieczulenia i w asyście pielęgniarki [9,10]. Sprawuje ona profesjonalną opiekę nad pacjentem, zapobiega powikłaniom a co za tym idzie umacnia jego zdrowie [11].

Celem badań było opinii pacjentów na temat działań wdrożonych wobec nich w ramach opieki pielęgniarskiej po zabiegu wykonanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym, w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 60 pacjentów oddziałów zabiegowych 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy, wobec których w przebiegu leczenia operacyjnego zastosowano znieczulenie podpajęczynówkowe. Procedura badawcza

realizowana była w okresie od marca 2017 roku do maja 2017 roku, po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB 130/2017).

Badania miały charakter anonimowy, dobrowolny, bezpłatny. Metodą badań był sondaż diagnostyczny, natomiast techniką - ankietowanie. Narzędziem badawczym, wykorzystywanym w badaniach był autorski kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała pytania dotyczące pooperacyjnej opieki pielęgniarskiej po znieczuleniu podpajęczynówkowym. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Podczas weryfikacji danych zastosowano współczynnik istotności na poziomie á=0,05, co pozwoliło uznać za zmienne istotne statystycznie przy $p<0,05$.

Wyniki

W badaniu brało udział 60 osób. Grupa złożona była w 50% (30 osób) z kobiet i w 50% (30 osób) mężczyzn. Zdecydowaną większość badanych stanowili pacjenci ze średnim wykształceniem (40% - 24 osoby) oraz wyższym (38% - 23 osoby). Szkołę zawodową ukończyło 18% respondentów – 11 osób, a najmniej było ankietowanych z wykształceniem podstawowym (3% - 2 osoby). Zdecydowanie więcej osób mieszkało w mieście (67% - 40 osób). Mieszkańcy wsi stanowili mniejszą grupę (33% - 20 osób).

W tabeli 1 zaprezentowano odpowiedzi badanych dotyczące wybranych działań, które najczęściej wdrażano w ramach opieki pielęgniarskiej wobec pacjentów po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym.

Tabela 1. Wybrane działania wdrażane w ramach opieki pielęgniarskiej wobec pacjentów po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym w opinii badanych.

Pytanie	Odpowiedź			
	TAK		NIE	
	n	%	n	%
Czy pielęgniarka wykonywała regularnie pomiary parametrów życiowych	**35**	58	**25**	42
Czy pielęgniarka sprawdzała w jakim stopniu powróciło czucie po znieczuleniu podpajęczynówkowym	**43**	72	**17**	28
Czy pielęgniarka kontrolowała natężenie bólu po zabiegu znieczulenia podpajęczynówkowego	**37**	62	**23**	38
Czy pielęgniarka była podczas pierwszego wstawania z łóżka	**42**	70	**18**	30
Czy zostały przekazane informacje o konieczności asekuracji podczas wstawania po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym	**43**	72	**17**	28
Czy zostały przekazane informacje o możliwości wystąpienia popunkcyjnych bólów głowy	**52**	88	**8**	12
Czy zostały przekazane informacje o tym, że tuż po zabiegu nie wolno opuszczać łóżka	**57**	95	**3**	5
Czy zostały przekazane informacje o konieczności leżenia płasko po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym?	**58**	97	**2**	3
Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej	**60**	100	**0**	0

Źródło: wynik badań własnych

Z przeprowadzonej analizy statystycznej wynika, iż 58% (35 osób) badanych twierdziło, że w trakcie pobytu pielęgniarka regularnie mierzyła parametry życiowe, a 42% respondentów (25 osób) nie potwierdziło tego faktu. Sprawdzanie powrotu czucia przez pielęgniarkę wobec pacjentów po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym deklarowało 72% (43 osoby) badanych. Według 28% (17 osób) respondentów powrót czucia nie był kontrolowany. Monitorowanie natężenia bólu wśród pacjentów po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym przez pielęgniarkę podało 62% (37 osób) badanych. Natomiast 38% (23 osoby) respondentów nie potwierdziło takiego działania. Zdecydowana większość badanych (70% -42 osoby) potwierdziła asystę pielęgniarki podczas pierwszego wstawania z łóżka po znieczuleniu, natomiast 30% (18 osób) respondentów podało, iż pierwszą pionizację odbyli bez jej udziału. Otrzymanie informacji o konieczności asekuracji przy wstawaniu z łóżka potwierdziło 72% respondentów (43 osoby). Natomiast 28% badanych (17 osób) nie zadeklarowało otrzymania takiej instrukcji. Informację o możliwości wystąpienia popunkcyjnych bólów głowy uzyskaną od pielęgniarki potwierdza 88% (52 osoby) ankietowanych, a 12% respondentów (8 osób) nie wskazało na jej uzyskanie. Przekazanie informacji przez pielęgniarkę o zakazie opuszczania łóżka zadeklarowało 95% pacjentów (57 osób). Jedynie 5% badanych (3 osoby) nie potwierdziło jej otrzymania. Konieczność leżenia płasko po znieczuleniu wskazaną przez pielęgniarkę stwierdziło 97% respondentów (58 osób). Natomiast 3% badanych nie potwierdziło uzyskania takiej instrukcji.

Pomimo zróżnicowanych opinii na temat różnych świadczeń uzyskanych w okresie po znieczuleniu podpajęczynówkowym wszyscy badani (100%- 60 osób) byli zadowoleni z opieki pielęgniarskiej.

W tabeli 2. przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące wykonywanych świadczeń przez pielęgniarkę wobec

badanych po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym w zależności od ich płci.

Tabela 2. Wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę wobec badanych po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym w opinii badanych w zależności od ich płci.

Pytanie	Odpowiedź	Płeć			
		Kobiety		Mężczyźni	
		n	%	n	%
Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej	Nie	**0**	0	**0**	0
	Tak	**30**	50	**30**	50
Czy zostały przekazane informacje o konieczności leżenia płasko po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym?	Nie	**2**	3,3	**0**	0
	Tak	**28**	46,6	**30**	50
Czy zostały przekazane informacje o tym, że tuż po zabiegu nie wolno opuszczać łóżka	Nie	**2**	3,3	**1**	1,6
	Tak	**28**	46,6	**29**	48,3
Czy zostały przekazane informacje o możliwości wystąpienia popunkcyjnych bólów głowy	Nie	**5**	8,3	**2**	3,3
	Tak	**25**	41,6	**28**	46,6
Czy zostały przekazane informacje o konieczności asekuracji podczas wstawania po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym	Nie	**10**	16,6	**7**	11,6
	Tak	**20**	33,3	**23**	38,3
Czy pielęgniarka była podczas pierwszego wstawania z łóżka	Nie	**11**	18,3	**7**	11,6
	Tak	**19**	31,6	**23**	38,3
Czy pielęgniarka kontrolowała natężenie	Nie	**10**	16,6	**13**	21,6

bólu po zabiegu znieczulenia podpajęczynówkowego	Tak	**20**	33,3	**17**	28,3
Czy pielęgniarka sprawdzała w jakim stopniu powróciło czucie po znieczuleniu podpajęczynówkowym	Nie	**9**	15	**8**	13,3
	Tak	**21**	35	**22**	36,6
Czy pielęgniarka wykonywała regularnie pomiary parametrów życiowych	Nie	**14**	23,3	**11**	18,3
	Tak	**16**	26,6	**19**	31,6

Źródło: wynik badań własnych

Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej deklarują w takim samym stopniu kobiety (50% - 30 osób) jak i mężczyźni (50% - 30 osób). Uzyskanie informacji o konieczności leżenia płasko po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym uzyskanym od pielęgniarki potwierdziło 28 kobiet (46,6%) i 30 mężczyzn (100%). Otrzymanie instrukcji o tym, że tuż po zabiegu nie wolno opuszczać łóżka zadeklarowało 28 kobiet (46,6%) i 29 mężczyzn (48,3%). Przekazanie przez pielęgniarkę informacji o możliwości wystąpienia popunkcyjnych bólów głowy potwierdziło 25 kobiet (41,6%) i 28 mężczyzn (46,6%). Uzyskanie instrukcji o konieczności asekuracji podczas pierwszego wstawania z łóżka po zabiegu wskazało 20 kobiet (33,3%) oraz 23 mężczyzn (38,3%). Asystę pielęgniarską podczas pierwszego wstawania po zabiegu wykonanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym zadeklarowało 19 kobiet (16,6%) i 13 mężczyzn (21,6%). Kontrolowanie przez pielęgniarkę ustępowania znieczulenia- powrócenie czucia - stwierdziło 21 kobiet (35%) i 22 mężczyzn (36,6%). Regularne sprawdzanie podstawowych parametrów życiowych przez pielęgniarkę potwierdziło 16 kobiet (26,6%) i 19 mężczyzn (31,6%).

W tabeli 3. przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące wykonywanych świadczeń przez pielęgniarkę wobec badanych po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu

podpajęczynówkowym w zależności od miejsca zamieszkania badanych.

Tabela 3. Wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę wobec badanych po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym w zależności od ich miejsca zamieszkania.

Pytanie	Odpowiedź	Zamieszkanie			
		Wieś		Miasto	
		n	%	n	%
Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej	Nie	**0**	0	**0**	0
	Tak	**20**	33,3	**40**	66,6
Czy zostały przekazane informacje o konieczności leżenia płasko po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym?	Nie	**0**	0	**2**	3,3
	Tak	**20**	33,3	**38**	63,3
Czy zostały przekazane informacje o tym, że tuż po zabiegu nie wolno opuszczać łóżka	Nie	**1**	1,6	**2**	3,3
	Tak	**19**	31,6	**38**	63,3
Czy zostały przekazane informacje o możliwości wystąpienia popunkcyjnych bólów głowy	Nie	**3**	5	**4**	6,6
	Tak	**17**	28,3	**36**	60
Czy zostały przekazane informacje o konieczności asekuracji podczas wstawania po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym	Nie	**8**	13,3	**9**	15
	Tak	**12**	20	**31**	51,6
Czy pielęgniarka była podczas pierwszego wstawania z łóżka	Nie	**9**	15	**9**	15
	Tak	**11**	18,3	**31**	51,6
Czy pielęgniarka kontrolowała natężenie bólu po zabiegu znieczulenia	Nie	**10**	16,6	**13**	21,6
	Tak	**10**	16,6	**27**	45

podpajęczynówkowego					
Czy pielęgniarka sprawdzała w jakim stopniu powróciło czucie po znieczuleniu podpajęczynówkowym	Nie	**8**	13,3	**9**	15
	Tak	**12**	20	**31**	51,6
Czy pielęgniarka wykonywała regularnie pomiary parametrów życiowych	Nie	**9**	15	**16**	26,6
	Tak	**11**	18,3	**24**	40

Źródło: wynik badań własnych

Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej zadeklarowało 20 osób (33,3%) zamieszkujących wieś oraz 40 (66,6%) mieszkańców miasta. Uzyskanie informacji o konieczności leżenia płasko po zabiegu wykonanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym od pielęgniarki potwierdziło 20 (33,3%) mieszkańców wsi i 38 osób (63,3%) zamieszkujących miasto. Otrzymanie instrukcji o zakazie opuszczania łóżka tuż po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym stwierdziło 19 osób (31,6%) mieszkających na wsi i 38 pacjrentów (63,3%) mieszkających w mieście. Przekazanie przez pielęgniarkę informacji o możliwości wystąpienia popunkcyjnych bólów głowy potwierdziło 17 (28,3%) mieszkańców wsi oraz 36 osób (60%) mieszkańców miasta. Uzyskanie informacji o konieczności asekuracji podczas pierwszego wstawania z łóżka po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym zadeklarowało 12 osób (20%) zamieszkujących wieś oraz 31 osób (51,6%) zamieszkujących miasto. Asystę pielęgniarską przy pierwszym wstawaniu z łóżka po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym stwierdziło 11 (18,3%) mieszkańców wsi i 31 (51, 6%) mieszkańców miasta. Sprawdzanie natężenia bólu przez pielęgniarkę potwierdziło 10 osób (16,6%) mieszkających na wsi i 27 osób (45%) zamieszkujących miasto. Kontrolowanie przez pielęgniarkę powrotu czucia po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym wskazało 12 (20%) respondentów ze wsi i 31 badanych (51,6%) z miasta. Regularne

wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych zdeklarowało 11 osób (18,3%) mieszkających na wsi i 24 osoby (40%) mieszkające w mieście.

W tabeli 4. Przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące wykonywanych świadczeń przez pielęgniarkę wobec badanych po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym w zależności od wykształcenia badanych.

Tabela 4. Wykonywanie świadczeń przez pielęgniarkę wobec badanych po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym w zależności od ich wykształcenia.

Pytanie	Odpowiedź	Wykształcenie					
		Podstawowe /Zawodowe		Średnie		Wyższe	
		n	%	n	%	n	%
Czy zostały przekazane informacje o konieczności leżenia płasko po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym?	Nie	**0**	0	**2**	3,3	**0**	0
	Tak	**13**	21,6	**22**	36,6	**23**	38,3
Czy zostały przekazane informacje o tym, że tuż po zabiegu nie wolno opuszczać łóżka	Nie	**0**	0	**2**	3,3	**1**	1,6
	Tak	**13**	21,6	**22**	36,6	**23**	38,6
Czy zostały przekazane informacje o możliwości wystąpienia popunkcyjnych bólów głowy	Nie	**3**	5	**2**	3,3	**2**	3,3
	Tak	**10**	16,6	**22**	36,6	**21**	35
Czy zostały przekazane	Nie	**3**	5	**5**	8,3	**9**	15

informacje o konieczności asekuracji podczas wstawania po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym	Tak	**10**	16,6	**19**	31,6	**14**	23,3
Czy pielęgniarka była obecna podczas pierwszego wstawania z łóżka	Nie	**4**	6,6	**5**	8,3	**9**	15
	Tak	**9**	15	**19**	31,6	**14**	23,3
Czy pielęgniarka kontrolowała natężenie bólu po zabiegu znieczulenia podpajęczynówkowego	Nie	**3**	5	**9**	15	**11**	18,3
	Tak	**10**	16,6	**15**	25	**12**	20
Czy pielęgniarka sprawdzała w jakim stopniu powróciło czucie po znieczuleniu podpajęczynówkowym	Nie	**1**	1,6	**7**	11,6	**9**	15
	Tak	**12**	20	**17**	28,3	**14**	23,3
Czy pielęgniarka wykonywała regularnie pomiary parametrów życiowych	Nie	**6**	10	**13**	21,6	**6**	10
	Tak	**7**	11,6	**11**	18,3	**17**	28,3

Źródło: wynik badań własnych

Uzyskanie informacji o konieczności leżenia płasko po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym potwierdziło 13 osób z wykształceniem podstawowym/zawodowym (21,6%), 22 osoby ze średnim wykształceniem (36,6%) oraz 23 osoby z wyższym wykształceniem (38,3%). Otrzymanie informacji od pielęgniarki o konieczności pozostania w łóżku tuż po zabiegu w znieczuleniu podpajęczynówkowym stwierdziło 13 osób z podstawowym/zawodowym wykształceniem (21,6%), 22 osoby ze średnim wykształceniem (36,6%) oraz 23 osoby z wyższym wykształceniem (38,3%). Uzyskanie informacji o możliwości

wystąpienia popunkcyjnych bólów głowy od pielęgniarki potwierdziło 10 osób z podstawowym/zawodowym wykształceniem (16,6%), 22 osoby ze średnim wykształceniem (36,6%) i 21 osób z wyższym wykształceniem (35%). Otrzymanie instrukcji dotyczącej konieczności asekuracji podczas pierwszego wstawania z łóżka po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym stwierdziło 10 osób z podstawowym/zawodowym wykształceniem (16,6%), 19 osób ze średnim wykształceniem (31,6%) i 14 osób z wyższym wykształceniem (23,3%). Asystę pielęgniarską podczas pierwszego wstawania z łóżka potwierdziło 9 respondentów z podstawowym/zawodowym wykształceniem (15%), 19 pacjentów ze średnim wykształceniem (31,6%) i 14 badanych z wyższym wykształceniem (23,3%). Kontrolowanie przez pielęgniarkę natężenia bólu zdeklarowało 10 osób z podstawowym/zawodowym wykształceniem (16,6%), 15 osób ze średnim wykształceniem (25%) oraz 12 respondentów z wyższym wykształceniem (20%). Sprawdzanie przez pielęgniarkę, w jakim stopniu powróciło czucie u badanych po zabiegu wykonywanym w znieczuleniu podpajęczynówkowym, stwierdziło 12 osób z podstawowym/zawodowym wykształceniem (20%), 17 badanych ze średnim wykształceniem (28,3%) i 14 osób z wyższym wykształceniem (23,3%). Regularne wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych przez pielęgniarkę potwierdziło 7 osób z podstawowym/zawodowym wykształceniem, 11 osób ze średnim wykształceniem (18,3%) oraz 17 osób z wyższym wykształceniem (28,3%).

Dyskusja

Najczęściej wdrażanymi działaniami w ramach opieki pielęgniarskiej wobec pacjentów po znieczuleniu podpajęczynówkowym były: asekuracja podczas pierwszego wstawania z łóżka, regularne pomiary parametrów życiowych, kontrola natężenia bólu oraz kontrola zaburzeń czucia.

Według badań prowadzonych przez T. Gaszyńskiego wśród chorych z oddziału Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Łodzi wynika, że zakres i jakość informacji udzielanych przez pielęgniarkę chorym determinuje ocenę samych świadczeń. Jest to rozbieżne z wynikami aktualnych badań, w których wykazano, iż pacjenci zdecydowanie częściej potwierdzają udzielanie przez pielęgniarki konkretnych świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych niż informacyjnych. Może to wynikać z tego, iż grupa respondentów w badaniach T. Gaszyńskiego była mniejsza liczebnie (42 osoby) niż w aktualnych badaniach. Przeprowadzono je także w innym oddziale z zastosowaniem odmiennych narzędzi badawczych [12].

Badania W. Kapały i J. Skrobisza wśród 100 pacjentów oddziału chirurgii przyjętych w trybie planowym wskazują, iż dla pacjentów najistotniejsze w pracy pielęgniarek są ich zdolności manualne, a co za tym idzie profesjonalizm udzielanych świadczeń. Na drugim miejscu znalazło się udzielanie informacji dotyczących samego zabiegu oraz postępowania po wykonanym znieczuleniu [13].

Z przeprowadzonych badań wynika, że pielęgniarki w dalszym ciągu zalecają pacjentom leżenie w pozycji na płasko. Christian H. Jacobus dokonał przeglądu systematycznego 22 badań naukowych (ponad 1600 chorych) w zakresie wczesnej mobilizacji pacjentów po punkcji opony twardej nie wykazując korzyści z leżenia na płasko, sugerując, że ryzyko popunkcyjnych bólów głowy może być zmniejszone przez wczesne uruchamianie pacjenta[10].

Wnioski

Konfrontacja badań własnych z badaniami innych autorów umożliwiła wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Najczęściej wdrażanymi działaniami w ramach opieki pielęgniarskiej wobec pacjentów po znieczuleniu podpajęczynówkowym były: asekuracja podczas pierwszego

wstawania z łóżka, regularne pomiary parametrów życiowych, kontrola natężenia bólu oraz kontrola zaburzeń czucia.
2. Płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania pacjentów nie wpływała na istotne różnice w ocenie stopnia ich zadowolenia z aspektów opieki pielęgniarskiej wdrażanych po znieczuleniu podpajęczynówkowym.
3. Pomimo braku konieczności leżenia płasko po znieczuleniu podpajęczynówkowym, osoby sprawujące opiekę przekazują taką informację pacjentowi.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

W opiece pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjentów w okresie pooperacyjnym należy pamiętać, aby przekazywać informacje zgodne z aktualną wiedzą medyczną oraz dostosowane do aktualnej sytuacji zdrowotnej odbiorców świadczeń.

Bibliografia / Bibliography:

1. Larsen, Kubler A. (red.). Anestezjologia. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2002, s. 531-567.

2. Kubler A., Kamiński B. (red.). Anestezjologia i Intensywna Terapia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2014, s. 145-148, 195-198.

3. Weinert M., Kubler A. (red.). Anestezjologia. Wyd. Urban &Partner, Wrocław 2016, s. 1-8, s. 41-51.

4. Dyk D., Wołowiecka L. Anestezjologia i Intensywna Opieka. Klinika i Pielęgniarstwo. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2014, s. 176-180.

5. Kazimierczak S., Moser M., Siegling F.: Znieczulenie podpajęczynówkowe do cięcia cesarskiego metodą „duża objętość-niskie stężenie". Anestezjologia i Ratownictwo 2013, 7, s.13-18.

6. Kubler A. (red.). Anestezjologia. Wyd. Urban&Partner, Wrocław 2008, s. 342-350.

7. Kruszyński Z. (red.). Podstawy Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2010, s. 61-65.

8. Rozalska-Wałaszek I., Aftyka A., Mróz A.: Zadania pielęgniarki chirurgicznej w opiece nad pacjentem poddawanym blokadom centralnym. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013, 2, s. 39-43.

9. Machała W. Wykłady z anestezjologii. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2017, s. 289-290.

10. Jacobus Ch. Does bed rest prevent post-lumbar puncture headache? Ann Emerg Med 2012;59, s. 139-140.

11. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Podstawy pielęgniarstwa. T.1. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2011, s. 406-410.

12. Gaszyński T., Jakubiak J. Woźniak K., Trafidło T., Ratajczyk P. Gaszyński W.: Badanie satysfakcji chorych i ich opinii na temat jakości świadczeń anestezjologicznych w świetle objawów niepożądanych znieczulenia. Anestezjologia Intensywna Terapia 2011, 43, s.214-219.

13. Kapała W., Skrobisz J.: Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych. Nowiny Lekarskie 2006, 75, s. 351-358.

Wpływ występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa na jakość życia pielęgniarek - doniesienia wstępne

The impact of back pain on the nurses' quality of life- a preliminary study

DOROTA WOLSKA[1], KAROLINA FILIPSKA[2,3], BEATA HAOR[4,5]

[1] Oddział ogólnopsychiatryczny, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu
[2] Koło Naukowe „Neuronauka" Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
[3] Studia doktoranckie Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
[4] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[5] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, CM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszcz

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.015
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Ból jest złożonym odczuciem, które wskazuje nam na cierpienie. Jest symptomem różnych jednostek chorobowych, ale i również stanowi aspekt fizjologiczny. Dolegliwości bólowe pojawiają się w różnych narządach i tkankach ciała. Dotyczą one również i kręgosłupa. W ciągu ostatnich lat częstotliwość ich występowania drastycznie wzrosła.
Cel. Celem pracy jest ukazanie problemu występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród personelu pielęgniarskiego ze szczególnym

uwzględnieniem sytuacji go nasilających oraz sposobów radzenia sobie z nim.
Materiał i metody. Badaniami objęto grupę 50 pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach zachowawczych oraz zabiegowych (odpowiednio 34 oraz 16 osób). W pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej.
Wyniki. Wszyscy ankietowani zgodnie stwierdzają, iż wykonywana praca pielęgniarki wpływa na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa. Natomiast dokładnie połowa ankietowanych była zdania, że ból kręgosłupa może być powodem czasowej niezdolności do pracy – 25 osób (50,0%). Jako najczęstszą czynnością nasilającą ból okazało się podnoszenie (40,9%) oraz schylanie (30,9%). Największy odsetek ankietowanych radzi sobie z bólem przyjmując leki przeciwbólowe (31,4%). Wyższą średnią natężenia odczuwanych dolegliwości bólowych odnotowano u respondentów w grupie z bólem w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Otrzymane różnice nie okazały się jednak istotne statystycznie.
Wnioski. W związku z drastycznym wzrostem występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród społeczeństwa należy duży nacisk położyć na podnoszenie świadomości oraz wiedzy na temat tego schorzenia. W grupie zwiększonego ryzyka znajdują się w główniej mierze pielęgniarki/pielęgniarze, dlatego uświadamianie tej grupy zawodowej jest tak istotne.

Słowa kluczowe: personel pielęgniarski, jakość życia, ból

Abstract:
Introduction. Pain sensation is complex. It signals distress. It is a symptom of various disease entities, but also a physiological aspect. Pain sensations occur in various organs and tissues of the body. They also affect the areas of spine. Over the last years the frequency of back pain occurrence has increased dramatically.
Aim. The study aims at showing the existence of the problem of back pain among nurses with special reference to the situation escalating it and different ways of dealing with it.
Material and methods. The study included a group of 50 nurses working on the conservative wards surgical wards. (respectively 34 and 16 people). A questionnaire of our own design was used.

Results. All the respondents state that nurses work done affects the occurrence of back pain, while half of the respondents thought that back pain could be a reason for temporary inability to work - 25 people (50.0%).Lifting (40.9%) and bending (30.9%) were defined as the most common activities intensifying pain. The highest percentage of respondents cope with pain by taking painkillers (31.4%). A higher severity of pain was reported in the group of patients with pain in the lumbar region of the spine. The differences obtained, however, did not turn out to be statistically significant.
Conclusions. In view of the drastic increase in the occurrence of back pain among the public the emphasis should be placed on raising awareness and knowledge about the disease. Nurses are at an increased risk , therefore, the awareness of this professional group is so important.
Keywords: nursing staff, quality of life, pain

Wstęp

Ból jest złożonym odczuciem, które wskazuje nam na cierpienie. Jest symptomem różnych jednostek chorobowych, ale i również stanowi aspekt fizjologiczny [1]. Bardzo często zmusza do zmniejszenia aktywności na różnych polach życiowych [2]. Ból posiada trzy główne cechy. Zawsze jest nieprzyjemny, za każdym razem ma usposobienie psychiczne oraz somatyczne. Podłożem odczuwanych dolegliwości jest przeszłość (odczucia wcześniej doznane na zasadzie doświadczenia), teraźniejszość (uszkodzenie tkanki w danym momencie) oraz przyszłość [3]. Ból cechuje się nieprzyjemnym odczuciem zmysłowym oraz emocjonalnym, jest przyczyną rzeczywistego bądź potencjalnego uszkodzenia tkanek [1,4].

Dolegliwości bólowe pojawiają się w różnych narządach i tkankach ciała. Dotyczą one również i kręgosłupa. W ciągu ostatnich lat częstotliwość ich występowania drastycznie wzrosła. Bóle odcinka lędźwiowo-krzyżowego po 30 roku życia, zwiększają swoją częstotliwość, a największą osiągają w 55-64 roku życia. Dolegliwości bólowe obecne są zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn z porównywalną

częstotliwością, lecz u kobiet odnotowano, że wraz z zaawansowaniem wieku występują częściej [5,6].

Do tej pory przedstawiono różne przyczyny bólów lędźwiowo-krzyżowych, które stanowią główny powód zmniejszenia zawodowej aktywności osób poniżej 45 r. ż. W grupie osób w wieku 50-64 lat wśród przyczyn dominują tylko choroby kardiologiczne i schorzenia reumatyczne. Okazuje się, że w trakcie przerwy od pracy spowodowanej bólem kręgosłupa, która trwa dłużej niż 6 miesięcy tylko 50% osób wraca do pracy zawodowej a po 12 miesiącach zaledwie 25% osób. Istotny jest także fakt, iż ból stanowi główną determinantę jakości życia powodując w konsekwencji obniżenie sprawności zawodowej, fizycznej i społecznej [5-9].

Celem badań jest ukazanie problemu występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród personelu pielęgniarskiego ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji, które nasilają ich wystepowanie oraz sposobów radzenia sobie z nimi.

Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 50 pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach zachowawczych oraz zabiegowych (odpowiednio 34 oraz 16 osób). Liczba kobiet wyniosła 48 osób tj. 98,0%. Badanych podzielono na trzy grupy wiekowe: do 40 lat, 41-50 lat oraz powyżej 50 lat. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci w wieku 41-50 lat – 22 osoby (44,0%), najmniej liczną tworzyli ankietowani w wieku do 40 lat – 9 osób (18,0%). Na oddziale zabiegowym odnotowano dwie równoliczne grupy wiekowe: 41-50 lat oraz powyżej 50 lat – po 6 osób (po 37,5%). Na oddziale zachowawczym najliczniejszy przedział respondentów dotyczył wieku 41-50 lat – 16 osób (47,1%). Z kolei najmniej liczny - do 40 lat – 5 osób (14,7%). Ponad połowa respondentów to mieszkańcy miasta – 34 osoby (68,0%). Większość respondentów tj. 66,0% deklarowała wykształcenie średnie, natomiast wykształcenie wyższe- 34%.

Uczestnicy przed przystąpieniem do badania zapoznali się z przygotowaną instrukcją i informacją dla uczestnika badania naukowego. Podpisali także świadomą zgodę na udział w badaniu naukowym. W pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej. Pytania dotyczyły dolegliwości bólowych występujących w obrębie kręgosłupa z uwzględnieniem sytuacji go nasilających oraz sposobów radzenia sobie z nim. Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano przy użyciu programu Statistica 10.0 i arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

Wszyscy uczestnicy badania zgodnie stwierdzili, iż praca zawodowa może wpływać na nasilenie dolegliwości bólowych kręgosłupa w odcinku krzyżowym kręgosłupa (Tabela 1).

Tabela 1. Wpływ pracy zawodowej na nasilenie się dolegliwości bólowych kręgosłupa w odcinku krzyżowym w opinii badanych.

oddział	**zabiegowy**		**zachowawczy**		**razem**	
odpowiedź	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
tak	16	100,0	34	100,0	50	100,0
nie	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Razem	16	100,0	34	100,0	50	100,0

Źrodło: wynik badań własnych

Dokładnie połowa ankietowanych była zdania, że ból kręgosłupa może być powodem czasowej niezdolności do pracy – 25 osób (50,0%). Identycznie rozłożyły się odpowiedzi na poszczególnych oddziałach. Na oddziale zabiegowym potwierdziło

to – 8 osób (50,0%),a na oddziale zachowawczym – 17 osób (50,0%). Odpowiedzi ankietowanych zostały zaprezentowane w Tabeli 2.

Tabela 2. Ból kręgosłupa jako powód czasowej niezdolności do pracy w opinii badanych.

oddział	**zabiegowy**		**zachowawczy**		**razem**	
odpowiedź	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
tak	8	50,0	17	50,0	25	50,0
nie	8	50,0	17	50,0	25	50,0
Razem	16	100,0	34	100,0	50	100,0

Źrodło: wynik badań własnych

Odpowiadając na pytanie o sytuacje nasilające ból respondenci zaznaczali po kilka stwierdzeń. Łącznie od 50 osób badanych odnotowano 110 odpowiedzi, średnio – 2,2 odpowiedzi. Na oddziale zabiegowym od 16 ankietowanych odnotowano – 34 odpowiedzi, średnio – 2,12 odpowiedzi, na oddziale zachowawczym od 34 respondentów uzyskano – 76 odpowiedzi, średnio – 2,23 odpowiedzi. Najczęściej badani zaznaczali, że ból nasila się przy podnoszeniu – 45 osób, co stanowiło 40,9% wszystkich zaznaczonych stwierdzeń. W najmniejszym stopniu nasilenie dolegliwości pojawiało się podczas siedzenia – 2 osoby (1,8%). Na oddziale zabiegowym najczęściej bóle spowodowane były przez podnoszenie – 14 osób (41,2%), a najrzadziej wynikały one z pozycji siedzącej – 1 osoba (2,9%). Na oddziale zachowawczym czynnością, która miała największy wpływ na dolegliwości kręgosłupa było podnoszenie – 31 osób (40,8%), a najmniejszą siedzenie – 1 osoba (1,3%). Na jedną sytuację, która nasila ból wskazała – 1 osoba (0/1), na dwie – 38 osób (14/24) i na trzy – 11 osób (2/9) (Tabela 3).

Tabela 3. Sytuacje nasilające odczuwanie bólu przez badanych.

oddział	**zabiegowy**		**zachowawczy**		**razem**	
sytuacja	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
schylanie	8	23,5	26	34,2	34	30,9
podnoszenie	14	41,2	31	40,8	45	40,9
stanie	11	32,4	18	23,7	29	26,4
siedzenie	1	2,9	1	1,3	2	1,8
Razem	34	100,0	76	100,0	110	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Odpowiadając na pytanie o sposoby radzenia sobie z bólem kręgosłupa ankietowani zaznaczali po kilka stwierdzeń. Łącznie od 50 osób odnotowano 121 odpowiedzi. Średnio – 2,42 odpowiedzi. Na oddziale zabiegowym od 16 osób odnotowano – 37 odpowiedzi, średnio – 2,31 odpowiedzi, na oddziale zachowawczym od 34 badanych wykazano – 84 odpowiedzi, średnio – 2,47 odpowiedzi. Najczęstszą metodą radzenia sobie z bólem kręgosłupa było przyjmowanie leków przeciwbólowych – 38 osób, co stanowiło 31,4% wszystkich zaznaczonych odpowiedzi. W dalszej kolejności badani wskazywali na zmniejszenie aktywności oraz rozciąganie i wzmacnianie mięśni kręgosłupa – po 28 osób (po 23,1%). W najmniejszym stopniu korzystali z technik relaksacyjnych – 7 osób (5,8%). Na oddziale zabiegowym najczęściej ankietowanych podawało zmniejszenie aktywności – 12 osób (32,4%). Najrzadziej respondenci zaznaczali- korzystanie z pomocy lekarza – 5 osób (13,5%). Osoby badane nie wskazywały na techniki relaksacyjne. Na oddziale zachowawczym

główną czynnością, która pomagała w zmniejszaniu bólu ze strony kręgosłupa było przyjmowanie leków przeciwbólowych – 28 osób (33,3%). W najmniejszym stopniu badani zaznaczyli korzystanie z technik relaksacyjnych – 7 osób (8,3%). Żadna z osób badanych nie wskazała jednego sposobu radzenia sobie z bólem kręgosłupa. Dwa sposoby podało– 30 osób (11/193), trzy – 19 osób (5/14) i cztery – 1 osoba (0/1) (Tabela 4).

Tabela 4. Sposoby radzenia sobie z bólem kręgosłupa.

oddział	**zabiegowy**		**zachowawczy**		**razem**	
sposób	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
przyjmowanie leków przeciwbólowych	10	27,0	28	33,3	38	31,4
zmniejszenie aktywności	12	32,4	16	19,0	28	23,1
rozciąganie oraz wzmacnianie mięśni kręgosłupa	10	27,0	18	21,4	28	23,1
korzystanie z technik relaksacyjnych	0	0,0	7	8,3	7	5,8
korzystanie z pomocy lekarza	5	13,5	15	17,9	20	16,5
Razem	37	100,0	84	100,0	121	100,0

Źrodło: wynik badań własnych

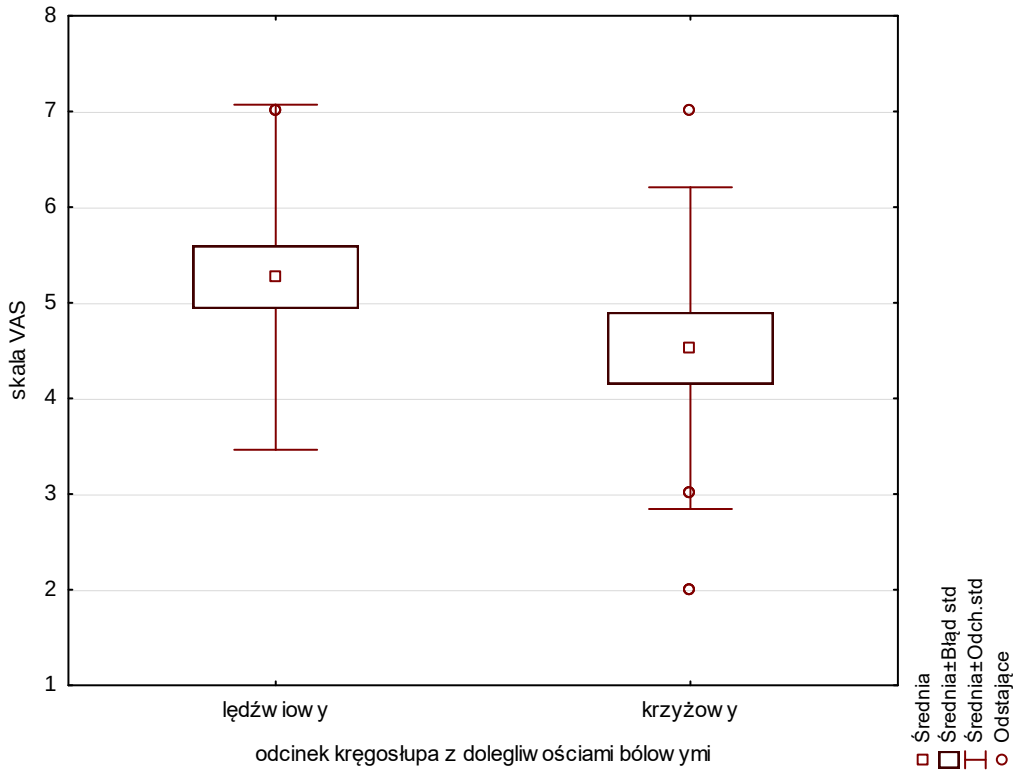
Wyższą średnią natężenia odczuwanych dolegliwości bólowych odnotowano u respondentów w grupie z bólem w odcinku lędźwiowym kręgosłupa – 5,27 punktu, a wśród ankietowanych

odczuwających ból w odcinku krzyżowym kręgosłupa– 4,53 punktu (Tabela 5, Rycina 1).

Tabela 5. Średnie wyniki związane z odczuwaniem bólu w zależności od jego lokalizacji.

kręgosłup	N	Średnia	SD	Ufność - 95,0 %	Ufność +95,0 %	minimum	maksimum	Q25	mediana	Q75
lędźwiowy	30	5,27	1,804	4,59	5,94	1,0	9,0	4,0	5,0	6,0
krzyżowy	20	4,53	1,682	3,74	5,31	2,0	7,5	3,0	5,0	5,5

Źródło: wynik badań własnych



Rycina 1. Odczuwanie dolegliwości bólowych kręgosłupa w zależności od lokalizacji jego występowania.
Źrodło: wynik badań własnych

Ze względu na poziom istotności (p>0,05) u badanych nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy miejscem odczuwanych dolegliwości bólowych a jego oceną, zarówno w odniesieniu do wszystkich respondentów, jak i badanych w poszczególnych oddziałach (Tabela 6).

Tabela 6. Różnica w wynikach związana z odczuwaniem dolegliwości bólowych w zależności od miejsca jego występowania.

pozycja	Sum.rang krzyżowy	Sum.rang lędźwiowy	U	Z	poziom p	Z popraw	poziom p	N ważn. krzyżowy	N ważn. lędźwiowy	2*1 str dokł. p.
razem	436,0	839,0	226,0	-1,456	0,146	-1,479	0,139	20	30	0,147
zabiegowy	95,0	41,0	26,0	0,113	0,910	0,115	0,908	11	5	0,913
zachowawczy	111,0	484,0	66,0	-1,796	0,073	-1,829	0,067	9	25	0,072

***Test U Manna-Whitneya**

Źródło: wynik badań własnych

Dyskusja

Zawód pielęgniarki związany jest z obciążeniem zarówno fizycznym, jak i psychicznym Obciążenie fizyczne dotyczy głównie czynności takich jak: przewożenie pacjentów wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno- higienicznych [10]. Częstym powodem bólu, który jest odczuwany przez pielęgniarki, jest osłabiony oraz nieprawidłowo przygotowany mięśniowo-więzadłowy aparat, który nie potrafi poradzić sobie z zadaniami, które przerastają możliwości fizjologiczne. Powoduje to pojawienie się mikrourazów oraz trwałe patologiczne modyfikacje, które tworzą się w obszarze struktur dolnego odcinka kręgosłupa [7]. Dolegliwości bólowe kręgosłupa pojawiają się w trakcie wykonywania pracy w pozycji stojącej, ale również siedzącej. Pielęgniarki bardzo często przy realizacji czynności zawodowych przyjmują nieprawidłową pozycję ciała. Jest ona wymuszona i dlatego też kręgosłup jest narażony na obciążenia. Nieustanne powtarzanie czynności przyczynia się do występowania przewlekłych bólów kręgosłupa [11].

Wszyscy uczestnicy przeprowadzonego przez nas badania zgodnie stwierdzili, iż praca zawodowa może wpływać na nasilenie dolegliwości bólowych kręgosłupa w odcinku krzyżowym kręgosłupa. Natomiast dokładnie połowa ankietowanych była zdania, że ból kręgosłupa może być powodem czasowej niezdolności do pracy – 25 osób (50,0%). W badaniach przeprowadzonych przez Karahan i wsp. [12] wśród 1600 pracowników szpitali blisko 65,8% doznawało dolegliwości bólowych kręgosłupa w odcinku krzyżowym. Najbardziej narażoną grupą zawodową na występowanie schorzeń kręgosłupa okazali się pielęgniarze/pielęgniarki (77,1%). W większości przypadków (78,3%) ból kręgosłupa pojawił się po tym, jak respondenci rozpoczęli pracę w służbie zdrowia. Wiek, płeć żeńska, palenie tytoniu, zawód, stres okazały się statystycznie istotnymi czynnikami ryzyka ($p<0,05$). Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Skela-Savič i wsp. [13] wśród 1744 pracowników personelu pielęgniarskiego blisko 85,9% skarżyło się na występowanie dolegliwości bólowych odcinka krzyżowego kręgosłupa.

Wyższą średnią odczuwania dolegliwości bólowych odnotowano u respondentów w grupie z bólem w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Natomiast nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy miejscem odczuwania dolegliwości bólowych i jego oceną ($p>0,05$). K. Juraszek i wsp. [14] zbadali 205 pielęgniarek pod kątem oceny dolegliwości bólowych kręgosłupa. Autorzy wykazali, że występowanie oraz lokalizacja tych dolegliwości jest zależna od charakteru wykonywanej pracy. Niemniej jednak ból kręgosłupa najczęściej obejmował okolicę lędźwiowo-krzyżową kręgosłupa. E. Przychodzka E. oraz R. Lorencowicz [15] oceniały problem zespołów bólowych kręgosłupa wśród 101 czynnych zawodowo pielęgniarek. Badania wskazały, że 80% pielęgniarek przyznaje, że występuje u nich problem dolegliwości ze strony kręgosłupa. Pod względem lokalizacji odcinkiem najbardziej objętym dolegliwościami bólowymi był odcinek lędźwiowo-krzyżowy (55,45%).

W przeprowadzonym badaniu odpowiadając na pytanie dotyczące sytuacji nasilających ból respondenci zaznaczali po kilka stwierdzeń. Najczęściej badani zaznaczali, że ból nasila się przy podnoszeniu – 45 osób, co stanowiło 40,9% wszystkich zaznaczonych stwierdzeń. W najmniejszym stopniu nasilenie dolegliwości pojawiało się podczas siedzenia – 2 osoby (1,8%). W badaniu przeprowadzonym przez d'Errico i wsp. [16] częstość występowania bólów krzyża wśród 174 pielęgniarek wyniosła 58%. Respondenci również przyznali, iż dość częste pochylanie się wzmaga występowanie dolegliwości bólowych. Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Klimaszewską i wsp. [17] ból kręgosłupa według kobiet nasila się podczas wykonywania pracy w ruchu, natomiast według mężczyzn podczas siedzenia.

Wnioski

1. Wszyscy ankietowani zgodnie stwierdzają, iż wykonywana praca pielęgniarki wpływa na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa.
2. Dokładnie połowa ankietowanych była zdania, że ból kręgosłupa może być powodem czasowej niezdolności do pracy – 25 osób (50,0%).
3. Najczęstszą czynnością nasilającą ból okazało się podnoszenie (40,9%) oraz schylanie (30,9%).
4. Jedną z najbardziej popularnych metod radzenia sobie z bólem kręgosłupa było przyjmowanie leków przeciwbólowych (31,4%).
5. Wyższą średnią odczuwania dolegliwości bólowych odnotowano u respondentów z bólem w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.
6. Nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy miejscem odczuwanych dolegliwości bólowych a nasileniem bólu.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Przeprowadzone badania pozwalają ukazać problem występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród pielęgniarek/pielęgniarzy. Pielęgniarki są grupą zawodową, która jest wyjątkowo narażona na obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego. Niezbędne jest precyzyjne rozpoznanie kliniczne, właściwy dobór sposobu leczenia, ale i również reagowania podczas pojawiania się pierwszych objawów, dlatego tak istotna jest edukacja personelu pielęgniarskiego na temat w/w schorzenia.

Bibliografia / Bibliography:

1. Domżał T. Przewlekłe nieswoiste bóle krzyża- stara dolegliwość czy nowa choroba neurologiczna? Pol Przegl Neurol. 2007;3(4):216-227.

2. Dobrogowski J., Zajączkowska R., Dutka J., Wordliczek J. Patofizjologia i klasyfikacja bólu. Pol Przegl Neurol. 2011;7(1):20-30.

3. Koszewski W. Bóle kręgosłupa i ich leczenie. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2010.

4. Sieradzki M., Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K. Ocena występowania zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa w populacji studentów fizjoterapia. Probl Hig Epidemiol. 2013;94(3):451-458.

5. Wójcik A, Martowicz B. Zespoły bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego. Think. 2012;2(10):50-63.

6. Milanow J. Zespół bólowy kręgosłupa. Pediatr Med Rodz. 2014;10(3):253-264.

7. Styczyński T. Postępy w leczeniu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Reumatologia. 2013;51(6):429-436.

8. Depa A., Drużbicki M. Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy. Przegl Med Uniw Rzesz. 2008;1:34-41.

9. Hanus-Atras K., Iłżecka J. Bóle kręgosłupa- przyczyny, postępowanie. Med Ogól. 2016;16:315-322.

10. Leszczyńska A., Daniszewska B., Dudek K., Chrzanowska-Rydz M. Szmagaj J., Kujawa J. Wpływ ergonomii pracy pielęgniarek na występowanie dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa. Kwart Ortop. 2008;2:210-218.

11. Bugajska J., Żołnierzyk-Zdreda D., Hildt-Ciupińska K. Profilaktyka dolegliwości mięśniowo-szkieletowych w kontekście psychospołecznych aspektów pracy. Bezpieczeństwo Pracy. 2011;4:12-15.

12. Karahan A., Kav S., Abbasoglu A., Dogan N. Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. J Adv Nurs. 2009;65(3):516-24.

13. Skela-Savič B., Pesjak K., Hvalič-Touzery S. Low back pain among nurses in Slovenian hospitals: cross-sectional study. Int Nurs Rev. 2017;64(4):544-551.

14. Juraszek K., Hagner -Derengowska., Hoffmann M., Kalisz Z., Zukow W. Wpływ pracy zawodowej na występowanie zespołów bólowych kręgosłupa na przykładzie pielęgniarek województwa Kujawko-pomorskiego. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(8):504-521.

15. Przychodzka E., Leorenowicz R., Grądek E., Turowski K., Jasik J. Problem bólu kręgosłupa u czynnych zawodowo pielęgniarek. Zdrowie i Dobrostan. 2014;2:135-147.

16. d'Errico A., Viotti S., Baratti A., Mottura B., Barocelli A.P., Tagna M., Sgambelluri B., Battaglino P., Converso D. Low back pain and associated presenteeism among hospital nursing staff. J ccup Health. 2013;55(4):276-83.

17. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczuk K., Jankowiak K. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Problemy Pielęgniarstwa. 2011;19(1):47–54.

Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego wśród personelu pielęgniarskiego

The occurrence of lumbosacral spine pain syndrome among nursing staff

DOROTA WOLSKA[1], KAROLINA FILIPSKA[2,3], BEATA HAOR[4,5]

[1] Oddział ogólnopsychiatryczny, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu
[2] Koło Naukowe ,,Neuronauka" Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
[3] Studia doktoranckie Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
[4] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[5] Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego, CM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszcz

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.016
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Zespoły bólowe kręgosłupa zaliczane są do jednej z najczęstszych dolegliwości występujących w społeczeństwie. Problemy dotyczące przewlekłych dolegliwości ze strony narządu ruchu zwiększyły się do tego stopnia, że zasługują na miano choroby cywilizacyjnej.
Cel. Celem pracy jest analiza stopnia nasilenia bólu kręgosłupa w pracy pielęgniarek/pielęgniarzy.

Wyniki. Wszystkie badane osoby stwierdziły zgodnie, że doświadczają dolegliwości bólowych kręgosłupa. Średnia ocena odczuwanego bólu według skali VAS wyniosła 4,97 punktu. Jako najczęściej występujący charakter bólu wskazano ból promieniujący – 46 osób, (33,3% wszystkich zaznaczonych stwierdzeń). W dalszej kolejności zaznaczano ból rwący – 32 osoby (23,2%) oraz ból przeszywający – 23 osoby (16,7%). Wiek badanych oraz wykształcenie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji ($p<0,05$) z wynikami odczuwanego bólu w skali VAS.

Wnioski. Dane epidemiologiczne wskazują, że dolegliwości związane z zespołami bólowymi kręgosłupa stanowią współcześnie jeden z głównych problemów medycyny. Do najbardziej narażonych grup zawodowych na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa zaliczamy pielęgniarki/pielęgniarzy. Częsty powód bólu, który jest odczuwany przez pielęgniarki, stanowi osłabiony oraz nieprawidłowo przygotowany mięśniowo-więzadłowy aparat, dlatego tak istotna jest profilaktyka zespołów bólowych zwłaszcza w tej grupie zawodowej.

Słowa kluczowe: pielęgniarki, ból, skala VAS

Abstract:

Introduction. Spinal pain syndrome is one of the most common complaints in society. Problems with chronic musculoskeletal complaints have increased to the point that they deserve to be called a civilization disease.

Aim. The aim of the study is to analyze the degree of spinal pain intensity in the nurses' work.

Results. All respondents stated that they experience spinal pain. The average assessment of perceived pain according to the VAS scale was 4.97 points. The most frequent type of pain was radiating pain - 46 people, (33.3% of all marked statements). Subsequently, stabbing pain was marked - 32 people (23.2%) and piercing pain - 23 people (16.7%). The age of the subjects and education remained in a statistically significant correlation ($p <0.05$) with the results of pain perception in the VAS scale.

Conclusions. Epidemiological data indicate that ailments associated with spinal pain syndromes are currently one of the main problems of medicine. The most vulnerable professional groups for the occurrence of back pain are nurses. A frequent reason for the pain that is experienced by nurses is a weakened and improperly prepared muscular-ligamental apparatus,

which is why prevention of pain syndromes, especially in this professional group, is so important.
Keywords: nurses, pain, VAS scale

Wstęp

Zespoły bólowe kręgosłupa zaliczane są do najczęstszych dolegliwości występujących u człowieka. Uważa się, że współczynnik zachorowalności jest wyższy niż w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego. Problemy dotyczące przewlekłych dolegliwości ze strony narządu ruchu zwiększyły się do tego stopnia, że zasługują na miano choroby cywilizacyjnej [1].

Dane epidemiologiczne pokazują że dolegliwości związane z zespołami bólowymi kręgosłupa stanowią współcześnie jeden z głównych problemów medycyny. W populacji światowej 75-85% osób doznaje przynajmniej jednego incydentu bólowego odcinka lędźwiowo-krzyżowego podczas całego życia. Więcej niż u połowy osób, objawy lędźwiowo-krzyżowe znikają po około od 1-2 tygodni, lecz u 80-90% osób całkowity zanik dolegliwości ustępuje po 8 tygodniach [2,3]. Wymienia się wiele przyczyn występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa. Najczęściej pojawiają się one wskutek zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych, które powodują podrażnienia zakończeń nerwowych struktur kręgosłupa [1].

Konstrukcja kręgosłupa jest bardzo wytrzymała na działania mechaniczne, lecz z upływem czasu pojawiają się dolegliwości, które mają związek ze zmianami zapalnymi lub też zmianami zwyrodnieniowymi, często z powodu niefizjologicznej postawy ciała, urazu oraz również w związku z pracą zawodową. Prowadzi to do zmniejszenia przestrzeni zwanej fizjologiczną, w której znajduje się płyn mózgowo-rdzeniowy, pojawia się ucisk na rdzeń kręgowy oraz korzenie nerwowe. Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa istotnie wpływa na pogorszenie odczuwanej jakości życia [4,5].

Celem pracy jest analiza stopnia nasilenia bólu kręgosłupa w pracy pielęgniarek/pielęgniarzy.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowiło 50 pielęgniarek w wieku ≥18 r.ż. zatrudnionych w oddziałach zabiegowych: chirurgii ogólnej, ortopedii oraz w oddziałach zachowawczych: neurologii, pediatrii, chorób wewnętrznych, obserwacyjno- zakaźnym, medycyny paliatywnej, rehabilitacji. Zdecydowana większość badanych to kobiety – 49 osób (98,0%). Odnotowano tylko 1 mężczyznę pracującego na oddziale zachowawczym (2,0%). Średnia wieku wyniosła nieco powyżej 46 lat. Ponad połowa respondentów, to mieszkańcy miasta – 34 osoby (68,0%). Większość respondentów tj. 66,0% deklarowała wykształcenie średnie, natomiast wykształcenie wyższe- 34%.

Badania miały charakter anonimowy, dobrowolny, bezpłatny. W pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej oraz skalę VAS. Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano przy użyciu programu Statistica 10.0 i arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel wykorzystując standardowe funkcje tego programu. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$ jako poziom istotny statystycznie. Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnik korelacji R Spearmana. Zastosowano również, nieparametryczny Test U Manna-Whitneya, do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami (grupami).

Wyniki

Wszystkie badane osoby, na obu oddziałach, stwierdziły zgodnie, że doświadczają dolegliwości bólowych kręgosłupa- odpowiednio 16 pielęgniarek z oddziału zabiegowego i 34 z zachowawczego (Tabela 1).

Tabela 1. Doświadczanie dolegliwości bólowych kręgosłupa przez badanych.

oddział	**zabiegowy**		**zachowawczy**		**razem**	
odpowiedź	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
tak	16	100,0	34	100,0	50	100,0
nie	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Razem	16	100,0	34	100,0	50	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Ponad połowa badanych wskazała, że najczęściej odczuwany jest przez nich ból w odcinku lędźwiowym kręgosłupa – 30 osób (60,0%), natomiast ból w odcinku krzyżowym kręgosłupa dotyczy– 20 osób (40,0%). Na oddziale zabiegowym, większość respondentów wskazało na odcinek krzyżowy kręgosłupa – 11 osób (68,8%), na oddziale zachowawczym większość respondentów skarżyła się na ból w odcinku lędźwiowym kręgosłupa – 25 osób (73,5%) (Tabela 2).

Tabela 2. Odczuwanie dolegliwości bólowych przez badanych w zależności od odcinka kręgosłupa.

oddział	**zabiegowy**		**zachowawczy**		**razem**	
odcinek kręgosłupa	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
lędźwiowy	5	31,3	25	73,5	30	60,0

krzyżowy	11	68,8	9	26,5	20	40,0
Razem	16	100,0	34	100,0	50	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Odpowiadając na pytanie o charakter odczuwanego bólu respondenci zaznaczali po kilka stwierdzeń. Łącznie od 50 osób odnotowano 138 odpowiedzi, średnio – 2,76 odpowiedzi. Na oddziale zabiegowym od 16 ankietowanych odnotowano – 41 odpowiedzi, średnio – 2,56 odpowiedzi, na oddziale zachowawczym od 34 badanych – 97 odpowiedzi, średnio – 2,85 odpowiedzi. Najczęściej osoby badane wskazywały, że ból ma charakter promieniujący – 46 osób (33,3% wszystkich zaznaczonych stwierdzeń). W dalszej kolejności zaznaczano ból rwący – 32 osoby (23,2%) oraz ból przeszywający – 23 osoby (16,7%). W najmniejszym stopniu badani określali ból jako palący – 10 osób (7,2%). Na oddziale zabiegowym najczęściej respondenci wymieniali ból promieniujący – 14 osób (34,1%) oraz rwący – 10 osób (24,4%). W najmniejszym stopniu wskazywali na ból ostry – 1 osoba (2,4%). Na oddziale zachowawczym najczęściej ankietowani wymieniali ból promieniujący – 32 osoby (33,0%) oraz rwący – 22 osoby (22,7%). W najmniejszym stopniu badani wskazywali na ból kłujący – 6 osób (6,2%). Żaden z respondentów nie wskazał na jedną cechę występującego bólu. Dwie cechy zaznaczyło – 21 osób (8/13), trzy cechy – 21 osób (7/14), cztery cechy – 7 osób (1/6) i pięć cech– 1 osoba (0/1) (Tabela 3).

Tabela 3. Charakter odczuwanego bólu przez badanych.

oddział	**zabiegowy**		**zachowawczy**		**razem**	
charakter bólu	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
kłujący	6	14,6	6	6,2	12	8,7

rwący	10	24,4	22	22,7	32	23,2
ostry	1	2,4	14	14,4	15	10,9
promieniujący	14	34,1	32	33,0	46	33,3
przeszywający	7	17,1	16	16,5	23	16,7
palący	3	7,3	7	7,2	10	7,2
Razem	41	100,0	97	100,0	138	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Najwięcej badanych odpowiedziało, że ból kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym występuje kilka razy w miesiącu – 24 osoby (48,0%). Najmniej respondentów potwierdziło, że raz w tygodniu – 4 osoby (8,0%). Na oddziale zabiegowym, najwięcej ankietowanych wskazało, że ma on miejsce kilka razy w miesiącu – 10 osób (62,5%). Nieliczna grupa badanych potwierdziła, że 2-3 razy w tygodniu lub raz w tygodniu – po 1 osobie (po 6,3%). Na oddziale zachowawczym respondenci w największym stopniu odpowiadali, że ból następuje kilka razy w miesiącu – 14 osób (41,2%) lub 2-3 razy w tygodniu – 12 osób (35,3%). Najmniej badanych wskazało, że raz w tygodniu – 3 osoby (8,8%) (Tabela 4).

Tabela 4. Częstotliwość występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród badanych.

oddział	**zabiegowy**		**zachowawczy**		**razem**	
częstość	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**	**liczba**	**%**
codziennie	4	25,0	5	14,7	9	18,0

2-3 razy w tygodniu	1	6,3	12	35,3	13	26,0
raz w tygodniu	1	6,3	3	8,8	4	8,0
kilka razy w miesiącu	10	62,5	14	41,2	24	48,0
Razem	16	100,0	34	100,0	50	100,0

Źródło: wynik badań własnych

Określając natężenia bólu na skali wzrokowo – analogowej VAS, najwięcej badanych wskazało na ocenę „5" – 13 osób (26,0%). Respondenci wskazali również na ocenę „6" – 10 osób (20,0%) oraz ocenę „4" – 9 osób (18,0%). Najmniej respondentów wskazało na ocenę „1" i „8" – po 2 osoby (po 4,0%) oraz na ocenę „9" – 1 osoba (2,0%). Żadna z osób badanych nie wskazała na oceny skrajne „0", jako brak bólu oraz ocenę „10", jako najsilniejszy ból (Tabela 5).

Tabela 5. Wyniki skali VAS dotyczące doświadczania dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego u badanych.

skala	**0 /brak bólu/**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10 /najsilniejszy ból/**
Liczba	0	2	4	3	9	13	10	6	2	1	0
%	0,0	4,0	8,0	6,0	18,0	26,0	20,0	12,0	4,0	2,0	0,0

Źródło: wynik badań własnych

Średnia ocena odczuwanego bólu według skali VAS wyniosła 4,97 punktu. Wyższą średnią odnotowano wśród respondentów w oddziale zachowawczym – 5,15 punktu, przy średniej – 4,59 punktu w oddziale zabiegowym. Wynik wśród badanych był minimalny oraz zbliżony na obu oddziałach, niższy uzyskano u respondentów pracujących na oddziale zabiegowym (1 punkt), wyższy uzyskano u ankietowanych z oddziału zachowawczego (9 punktów). Ze względu na poziom istotności (p>0,05) nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy wśród respondentów z poszczególnych oddziałów (Tabela 6).

Tabela 6. Typ oddziału a odczuwanie dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Sum.rang zabieg.	**Sum.rang zachow.**	**U**	**Z**	**poziom p**	**Z popraw**	**poziom p**	**N ważn. zabieg.**	**N ważn. zachow.**	**2*1str dokł. p.**
373,5	901,5	237,5	-0,707	0,480	-0,718	0,473	16	34	0,477

* Test U Manna-Whitneya

Źródło: wynik badań własnych

Najwyższą średnią odczuwania bólu wśród respondentów odnotowano w grupie wiekowej powyżej 50 lat – 5,74 punktu, a najniższą u ankietowanych w grupie wiekowej do 40 lat – 4,06 punktu. Wiek badanych oraz wykształcenie, pozostawało w istotnej statystycznie korelacji (p<0,05), odpowiednio średniej oraz niskiej korelacji, z wynikami odczuwanego bólu w skali VAS w odniesieniu do wszystkich respondentów oraz badanych z oddziału zabiegowego (Tabela 7).

Tabela 7. Wiek i wykształcenie a odczuwanie dolegliwości bólowych kręgosłupa.

	N	R	t(N-2)	poziom p
Wiek				
razem	50	0,313	2,280	0,027
zabiegowy	16	0,641	3,127	0,007
zachowawczy	34	0,109	0,618	0,541
Wykształcenie				
razem	50	-0,296	-2,145	0,037
zabiegowy	16	-0,641	-3,123	0,007
zachowawczy	34	-0,115	-0,655	0,517

*rang Spearman test

Źródło: wynik badań własnych

Ze względu na poziom istotności (p>0,05) nie odnotowano statystycznie istotnej korelacji pomiędzy miejscem zamieszkania, a nasileniem dolegliwości bólowych (Tabela 8).

Tabela 8. Miejsce zamieszkania, a dolegliwości bólowe kręgosłupa.

pozycja	Sum.rang miasto	Sum.rang wieś	U	Z	poziom p	Z popraw	poziom p	N ważn. miast	N ważn. wieś	2*1str dokł. p.

								o		
razem	902,5	372,5	236,5	0,728	0,467	0,740	0,460	34	16	0,464
Zabieg.	91,0	45,0	24,0	0,597	0,551	0,608	0,543	10	6	0,562
Zachow.	428,0	167,0	112,0	0,283	0,777	0,289	0,773	24	10	0,780

* Test U Manna-Whitneya

Źrodło: wynik badań własnych

Dyskusja

Zespoły bólowe kręgosłupa są obecnie głównymi problemami w sferze ekonomiczno-społecznej oraz medycznej funkcjonowania społeczeństw. Współcześnie traktowane są jako choroba cywilizacyjna [2].

Zawód pielęgniarki związany jest z obciążeniem statycznym kręgosłupa oraz jego przeciążeniami w czasie wysiłku fizycznego. Dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego wśród personelu pielęgniarskiego bez wątpienia wiążą się z charakterem wykonywanej pracy [6]. Do kluczowych przyczyn, sprzyjających wystąpieniu możemy zakwalifikować: dźwiganie, niewłaściwą pozycję siedzącą, podnoszenie, brak ruchu oraz stres. Utrwalanie nieprawidłowo wykonywanych czynności oraz nieprawidłowych nawyków doprowadza do pojawienia się nagłego bólu oraz do zmian przeciążeniowych [7].

W przeprowadzonym badaniu wszyscy respondenci (100%) deklarują, iż doświadczają dolegliwości bólowych kręgosłupa. Ponad połowa badanych wskazała, że najczęściej odczuwany jest przez nich ból w odcinku lędźwiowym kręgosłupa – 30 osób (60,0%), natomiast

ból w odcinku krzyżowym kręgosłupa deklaruje 20 osób (40,0%). Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Frey i wsp. [8] wśród 50,8% pielęgniarek występował przewlekły ból kręgosłupa. Natomiast Suliman [9] w swoich badaniach wskazała na występowanie dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa u 265 pielęgniarek, tj. 69%. Podobne wyniki uzyskano w opracowaniu Nourollahi i wsp. [10], gdzie wśród 72% pielęgniarek odnotowano ból w odcinku krzyżowym kręgosłupa. Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Abolfotouh i wsp. [11] wykazano, iż na dolegliwości bólowe kręgosłupa raz do roku uskarża się blisko 54,3% pielęgniarek, a kolejne 26,8% określa ból jako przewlekły.

W przeprowadzonych przez nas badaniach wykazano, że wiek badanych pozostawał w istotnej statystycznie zależności z występowaniem zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego ($p<0,05$). Nie odnotowano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy odczuwaniem zespołów bólowych kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym w całej badanej grupie pielęgniarek, jak i ze zględu na ich zatrudnienie w poszczególnych oddziałach oraz miejsca zamieszkania badanych.

Badane osoby zostały podzielone pod względem wykształcenia na dwie grupy: osoby, które ukończył szkoły średnie oraz absolwentów studiów wyższych. Wykazano istotną statystycznie zależność między występowaniem zespołów bólowych kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, a posiadanym wykształceniem badanych pielęgniarek. Odczuwanie bólu częściej zgłaszały pielęgniarki z wykształceniem średnim niż z wykształceniem wyższym. Z kolei G. Jaroszewicz twierdzi, że dolegliwości w układzie mięśniowo-szkieletowym wynikają z czasu pracy oraz często z czynników, które są związane z pozazawodową aktywnością oraz wpływu środowiska pracy. Mają także związek z cechami indywidualnymi takimi jak: płeć, wiek, aktywność fizyczna, stres [12]. Eriksen [13] w swoich badaniach potwierdził, że w ciągu pracy zawodowej 88,8% pielęgniarek w wieku powyżej 50 lat doświadczyło

ostrego bądź przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa. Wyderka M. oraz Niedzielska T. [14] badaniami objęły 100 pielęgniarek, zatrudnionych w oddziałach neurologii oraz interny, których średnia wieku wynosiła powyżej 40 r.ż. Wykazano, że właśnie wiek wpływa na obniżenie o 10-40 % zdolności do wykonywania wysiłku fizycznego oraz zmniejsza zdolności regeneracyjne organizmu. Kraunayake i wsp. [15] również badali czynniki, które istotnie wpływają na występowanie przewlekłego bólu pleców. Autorzy ustalili, że wpływ na powyższe dolegliwości mają: znajomość profilaktyki, poziom wykształcenia, aktywność fizyczna, spożywanie alkoholu oraz białka zwierzęcego, występowanie w rodzinie bólów kręgosłupa [85]. Wyderka M. oraz Niedzielska T. [14] w badaniach poświęconych ergonomii pracy pielęgniarek wykazały, że co czwarta z nich nie miała czasu na szkolenia w tym zakresie. Wykazano, że najbardziej obciążającymi czynnościami układ ruchu to nieprawidłowy sprzęt medyczny oraz niewystarczająca wiedza na ten temat.

Wnioski

1. Wszystkie badane osoby na obu oddziałach stwierdziły zgodnie, że doświadczają dolegliwości bólowych kręgosłupa. Średnia ocena odczuwania bólu przez badanych według skali VAS wyniosła 4,97 punktu.
2. Jako najczęściej występujący charakter bólu wskazano ból promieniujący – 46 osób, (33,3% wszystkich zaznaczonych stwierdzeń). W dalszej kolejności zaznaczano ból rwący – 32 osoby (23,2%) oraz ból przeszywający – 23 osoby (16,7%).
3. Blisko 48,0% respondentów odpowiedziało, iż ból kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym występuje kilka razy w miesiącu.
4. Wiek badanych oraz wykształcenie, pozostawało w istotnej statystycznie korelacji ($p<0,05$) z wynikami odczuwanego bólu w skali VAS.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Jedną z najbardziej narażonych grup zawodowych na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa są pielęgniarki/pielęgniarze. Częstym powód bólu, który jest odczuwany przez pielęgniarki, stanowi osłabiony oraz nieprawidłowo przygotowany mięśniowo-więzadłowy aparat, dlatego tak istotna jest profilaktyka zespołów bólowych. Ważnym czynnikiem, który pomaga w zmniejszeniu dolegliwości spowodowanych przeciążeniem kręgosłupa są systematyczne ćwiczenia. Istotne jest także stosowanie w przebiegu leczenia dolegliwości bólowych takich zabiegów jak: ciepłolecznictwo, elektroterapia, krioterapia, magnetoterapia, laseroterapia oraz ultradźwięki.

Bibliografia/Bibliography:

1. Morton M. Zespoły bólowe kręgosłupa. Przew Lek. 2008;5:45-55.
2. Wójcik A, Martowicz B. Zespoły bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego. THINK. 2012;2(10):50-63.
3. Milanow J. Zespół bólowy kręgosłupa. Pediatr Med Rodz. 2014;10(3):253-264.
4. Świątkowska B. Dolegliwości bólowe kręgosłupa- przyczyny i zapobieganie. Prewen Rehabilit. 2000;4:7-10.
5. Wordliczek J., Dobrogowski J. Leczenie bólu. Wyd. PZWL, Warszawa 2011.
6. Leszczyńska A., Daniszewska B., Dudek K., Chrzanowska-Rydz M. Szmagaj J., Kujawa J. Wpływ ergonomii pracy pielęgniarek na występowanie dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa. Kwart Ortop. 2008;2:210-218.

7. Spannbauer A., Danek J. Czy bóle pleców to też twój problem? Kilka uwag praktycznych dla pielęgniarki i rehabilitanta jak troszczyć się o swój kręgosłup. Pielęg Chir Angiol. 2008;4(2):129-35.

8. Frey D., Rieger S., Diehl E., Pinzon L.C.E. Factors Influencing Chronic Back Pain in Care Workers Attending to The Elderly in Germany. Gesundheitswesen. 2018;80(2):172-175.

9. Suliman M. Prevalence of low back pain and associated factors among nurses in Jordan. Nurs Forum. 2018;53(4):425-431.

10. Nourollahi M., Afshari D., Dianat I. Awkward trunk postures and their relationship with low back pain in hospital nurses. Work. 2018;59(3):317-323.

11. Abolfotouh S.M., Mahmoud K., Faraj K., Moammer G., ElSayed A., Abolfotouh M.A. Prevalence, consequences and predictors of low back pain among nurses in a tertiary care setting. Int Orthop. 2015;39(12):2439-49.

12. Jarosiewicz G. Jak chronić układ mięśniowo-szkieletowy podczas pracy. Poradnik dla pracowników służby zdrowia PIP. Główny Inspektor Pracy, Warszawa 2010.

13. Eriksen W. The Prevalence od Musculoskeletal Pain in Norwegian Nurses Aides. International archives of occupational enviromental health. 2003;76 (8):625-630.

14. Wyderka M., Niedzielska T. Ergonomia w pracy pielęgniarki. Pielęgniarstwo Polskie. 2016;2(60):165-169.

15. Kraunanayake A., Pathmeswaran A., Kasturiratne A.; Risk factors for chronic low back pain in a sample of suburban Sri Lankan adult males. International Journal of Rheumatic Diseases, 2013, 16 (2), s. 203-210.

Opis przypadku/Case report

Mapowanie diagnoz ICNP® na przykładzie procesu pielęgnowania dziecka w przebiegu mononukleozy zakaźnej

The ICNP® terms cross-mapping on the example of nursing care of patient with rheumatoid arthritis

ELŻBIETA NAZAR[1], DOROTA KOCHMAN[2], JOANNA PRZYBYLSKA[2,3]

[1] Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[3] Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej Sp z o.o. we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.017
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Mononukleoza zakaźna jest chorobą wywoływaną przez wirus Ebsteina-Barr (EBV) należącego do grupy wirusów Herpes. Wywołuje zakażenia w każdej grupie wiekowej, najczęściej u małych dzieci, nastolatków i młodych dorosłych. Objawy charakterystyczne to zapalenie gardła, gorączka i limfadenopatia. Udowodniono także związek pomiędzy zakażeniem EBV a nowotworami złośliwymi. Mononukleozę diagnozuje się na podstawie morfologii krwi obwodowej z rozmazem i aktywności aminotransferaz.
Cel. Celem pracy było zaprezentowanie planu opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z mononukleozą zakaźną z zastosowaniem klasycznej terminologii oraz pojęć z ICNP®.

Materiały i metody. W pracy wykorzystano metodę analizy literatury poświęconej zagadnieniom opieki nad dziećmi z mononukleozą zakaźną oraz metodę studium przypadku. Terminy opisujące praktykę pielęgniarską zaczerpnięto ze słownika ICNP®.
Podsumowanie. Zaprezentowany w pracy plan opieki stanowi propozycję korzystania z klasyfikacji ICNP® dla potrzeb dokumentowania praktyki pielęgniarskiej.
Słowa kluczowe: proces pielęgnowania, ICNP®, mononukleoza zakaźna

Abstract
Introduction. Infectious mononucleosis is a disease caused by the Ebstein-Barr virus (EBV) belonging to the Herpes virus group. It causes infections in all age groups, most often in young children, adolescents and young adults. Symptoms include pharyngitis, fever and enlarged lymph nodes. There is a proven link between EBV infection and malignant tumors. Mononucleosis diagnosis is based on the laboratory tests (full blood count) and transaminases.
The aim. The aim of the study was to present a nursing care plan for a child with infectious mononucleosis using classic terminology and concepts from ICNP®.
Materials and methods. The work uses the method of literature analysis devoted to the issues of child care with infectious mononucleosis and the case study. The terms describing nursing practice were taken from the ICNP® dictionary.
Results and conclusions. The care plan presented is an example of the ICNP® classification use for the needs of nursing practice documentation.
Keywords: nursing process, ICNP®, infectious mononucleosis

Wstęp

Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® to pierwszy międzynarodowy standard w pielęgniarstwie, który pozwala na jego wykorzystanie zarówno na poziomie lokalnym jak i międzynarodowym. Umożliwia porównanie praktyki pielęgniarskiej w czasie, między ośrodkami klinicznymi, populacjami pacjentów oraz obszarami geograficznymi. Identyfikuje również wkład pielęgniarki

w pracę interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. ICNP® jest elementem podkreślającym udział pielęgniarek w standaryzację świadczeń w ochronie zdrowia. Stanowi narzędzie oceny jakości opieki pielęgniarskiej [9].

Mononukleoza zakaźna jest (MZ) jest chorobą wywołaną przez wirus Ebsteina-Barr (EBV). Należy on do rodzinyHerpesviridae, do której zalicza się również wirusy opryszczki pospolitej (Herpessimplex), półpaśca i ospy wietrznej (Varicella zoster) [1]. EBV występuje u 90% ludzi, u których wywołał zakażenie utajone. Obecny jest w organizmie do końca życia [2]. Zakazić możemy się poprzez kontakt ze śliną, krwią, preparatami krwiopochodnymi i przez przeszczepione narządy [4]. Zachorowania nie mają związku z płcią, porą roku czy pochodzeniem etnicznym [5,8].

Najczęstszą objawową postacią zakażenia EBV jest mononukleoza zakaźna. Charakterystyczna w jej przebiegu jest triada objawów: zapalenie gardła, gorączka, limfadenopatia szyjna oraz hepatosplenomegalia i niekiedy wysypka plamistogrudkowa [5]. Bardzo często mononukleoza jest leczona nieprawidłowo antybiotykami z powodu błędnego rozpoznania jest bowiem mylona z nadkażeniami wywołanymi przez paciorkowce. Przebiega zazwyczaj łagodnie i trwa kilka tygodni. Powikłania występują rzadko, ale są bardzo ciężkie. Zaliczyć do ich możemy: powikłania hematologiczne, neurologiczne, zapalenie: trzustki, mięśnia sercowego, nerek, jąder, powikłania układu oddechowego czy pęknięcie śledziony [8].

Badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w celu rozpoznania mononukleozy zakaźnej są: oznaczenie poziomu CRP, morfologia z rozmazem mikroskopowym, oznaczenie przeciwciał heterofilnych oraz aktywności transaminaz wątrobowych. W przypadku niejednoznacznych objawów i wyników badań oznacza się swoiste przeciwciała przeciwko antygenom wczesnemu, kapsydowemu i jądrowemu [5].

MZ jest chorobą samoograniczającą się, rzadko wymagającą leczenia farmakologicznego. Stosowane leki mają łagodzić objawy i są to: leki przeciwgorączkowe oraz steroidy stosowane z powodu obturacji górnych dróg oddechowych [3]. Terapia antywirusowa nie jest zalecana [7].

Celem pracy było zaprezentowanie planu opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z mononukleozą zakaźną z zastosowaniem klasycznej terminologii oraz pojęć z ICNP® (wersja 2017r).

Prezentacja przypadku

W pracy wykorzystano metodę studium przypadku w celu zebrania i uporządkowania danych do opracowania zindywidualizowanego planu opieki pielęgniarskiej. Terminy opisujące praktykę pielęgniarską zaczerpnięto ze słownika ICNP®. Zastosowano także metodę analizy literatury poświęconej zagadnieniom opieki nad dziećmi z mononukleozą zakaźną.

Dziecko 7-letnie przyjęte do oddziału dziecięcego z podejrzeniem mononukleozy zakaźnej. Z wywiadu, przeprowadzonego z matką dziecka w dniu przyjęcia wynika, że gorączkowało ono od 7 dni. Temperatura ciała wzrastała nawet do 39,0°C. Dziecko zgłaszało również ból gardła oraz złe samopoczucie, osłabienie, brak apetytu. Dołączyły się bóle głowy, utrudniony oddech z powodu powiększonych migdałków i węzłów chłonnych. Dziewczynka skarżyła się również na ból brzucha.

Powodem hospitalizacji dziecka był brak poprawy jego stanu pomimo antybiotykoterapii zleconej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz konieczność przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki w kierunku mononukleozy zakaźnej.

W dniu przyjęcia masa ciała wynosiła 21 kg, wzrost – 123 cm, temperatura ciała – 38,8°C. Dziecko w stanie zdrowia średnim, cierpiące, z utrudnionym oddechem. W badaniu fizykalnym

stwierdzono powiększone węzły chłonne szyjne, bolesne i powiększone migdałki pokryte charakterystycznym wysiękiem przypominającym anginę paciorkowcową. Język był obłożony szarym nalotem, śluzówki podsychające. Wątroba wystawała 2cm spod łuku żebrowego.

Dziewczynka była wystraszona hospitalizacją oraz wykonywanymi badaniami diagnostycznymi. Uspokajała ją obecność matki, która współpracowała z personelem medycznym przy wykonywanych zabiegach. Matka nie posiadała wiedzy na temat choroby i zasad pielęgnacji dziecka.

Po przyjęciu pobrano krew do badań laboratoryjnych a ich wyniki potwierdziły rozpoznanie wstępne. Wdrożono zatem leczenie. W 14. dobie hospitalizacji dziecko w stanie zdrowia dobrym zostało wypisane do domu z dalszymi zaleceniami: kontynuacja leczenia doustnego, kontrola w poradni hepatologicznej, unikanie nadmiernego wysiłku fizycznego, zwolnienie z lekcji WF przez 2 miesiące, dieta lekkostrawna.

Proces pielęgnowania dziecka w przebiegu mononukleozy zakaźnej

Diagnoza 1: Trudności w oddychaniu spowodowane powiększonymi migdałkami, węzłami chłonnymi.
ICNP ®: Zaburzona drożność dróg oddechowych [10001051]
Interwencje:

- Ocenianie statusu fizjologicznego [10030694]
- Zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10024706] + powietrze [10002061]
- Pozycjonowanie pacjenta [10014761]
- Nauczanie o terapii inhalacyjnej [10044835]
- Administrowanie lekiem [10025444]
- Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]

WYNIK ICNP ®: Efektywne udrożnienie dróg oddechowych [10027964]

Diagnoza 2: Gorączka przebiegająca z osłabieniem, wzmożoną potliwością i okresowo występującymi dreszczami.

ICNP®: Gorączka [10041539]

Interwencje:

- Zmierzenie temperatury ciała [10032006]
- Monitorowanie temperatury ciała [10012165]
- Ewaluacja odpowiedzi na termoregulację[10007195]
- Administrowanie lekiem przeciwgorączkowym[10037248]
- Monitorowanie odpowiedzi na leczenie [10032109]
- Asystowanie w higienie 10030821 (+ pościel [10003175]/ ubranie [10002589]
- Kąpanie pacjenta [10045986]

WYNIK ICNP ®: Efektywna termoregulacja [10033848]

Diagnoza 3: Ryzyko odwodnienia spowodowane gorączką i niedostateczną podażą płynów

ICNP®: Ryzyko odwodnienia [10041895]

Interwencje:

- Ocenianie skóry [10041126]
- Ocenianie statusu jamy ustnej [10044202]
- Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303]
- Monitorowanie wydalanych płynów [10035319]
- Monitorowanie równowagi płynów [10040852]
- Zmierzenie tętna [10036826]
- Monitorowanie ciśnienia krwi [10032052]
- Monitorowanie temperatury ciała [10012165]
- Nauczanie o przyjmowaniu płynów [10032939]+nauczanie opiekuna [10033086]

WYNIK ICNP ®: Nawodnienie adekwatne [10042065]

Diagnoza 4: Zmniejszony apetyt ze względu na trudności w połykaniu w związku z powiększonymi migdałkami.
WYNIK ICNP®: Brak apetytu [10033399]
Interwencje:

- Karmienie[10007786]+technika karmienia[10007819]
- Ważenie pacjenta[100033323]
- Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533]
- Asystowanie w jedzeniu i piciu [10037269]
- Monitorowanie odżywiania [10036032]
- Monitorowanie spożycia pokarmów [10036614]
- Ocenianie postawy wobec statusu odżywienia[10002694]
- Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem lub piciem [10002747]
- Ocenianie ryzyka zaburzonego statusu odżywienia 10040921]

WYNIK ICNP ®: Dobry apetyt [10040333]

Diagnoza 5: Brak wiedzy opiekunów na temat mononukleozy zakaźnej oraz możliwych jej powikłań
WYNIK ICNP®: Brak wiedzy o chorobie [10021994] + opiekun [10003958]
Interwencje:

- Ocenianie wiedzy opiekuna [10033876]
- Ocenianie gotowości do uczenia się [10002781]+opiekun [10003958]
- Ocenianie postawy wobec statusu zdrowotnego[10040636]+ opiekun [10003958]
- Ocenianie postawy wobec reżimu terapii [10024205]+ opiekun [10003958]
- Ocenianie postawy wobec choroby [10024192]+ opiekun [10003958]

- Promowanie przestrzegania zaleceń dotyczących leków [10038051]
- Wspieranie opiekuna [10024570]

WYNIK ICNP ®: Wiedza adekwatna [10027112] + opiekun [10003958]

Wnioski

ICNP® to system zmierzający do tworzenia ujednoliconej specjalistycznej terminologii, która ułatwi komunikację pielęgniarek w skali europejskiej i międzynarodowej. ICNP® jest też klasyfikacją terminów zawierających dane dotyczące praktyki pielęgniarskiej, które gromadzone są w ramach procesu pielęgnowania. Zaprezentowany w niniejszej pracy plan opieki stanowi jedynie propozycję korzystania z klasyfikacji ICNP® dla potrzeb dokumentowania praktyki pielęgniarskiej.

Bibliografia/Bibliography:

1. Bocian J., Januszkiewicz-Lewandowska D. : Zakażenia EBV – cykl życiowy, metody diagnostyki, chorobotwórczość. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej. 2011; 65: 286-289

2. C. de Martel, S. Francesci : Infection and cancer – established associations and new hypotheses. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2009: 70: 183-194

3. Gajewski P., Szczeklik A.: Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna. Kraków 2017: 2383-2385

4. Kalicki B., Maślany A., Milart J., Jung A.: Przebieg i diagnostyka zakażenia EBV u dzieci – obserwacje kliniczne. Pediatria i Medycyna Rodzinna. 2011,7(3): 247-252

5. Leś K., Przybylski M., Łazińska B.: Diagnostyka laboratoryjna mononukleozy zakaźnej u chorych leczonych ambulatoryjnie. Postępy Nauk Medycznych 2015,4b: 42-47

6. Ołdak E.: Mononukleoza zakaźna. Pediatria po Dyplomie 2012, 16, 6:15-21

7. Strobel S. i inni: Choroby wieku dziecięcego. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2010:74

8. Wrembel J.M., Jarmoliński T.: Mononukleoza zakaźna u dzieci – doświadczenia własne. Postępy Nauk Medycznych 2016, XXIX(6): 391-396

9. Kilańska D. (red. Nauk.): Międzynarodowa klasyfikacja praktyki pielęgniarskiej - ICNP® w praktyce pielęgniarskie. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2014.

10. http://www.nursing.com.pl/ArchiwumMagazynuPiP_Miedzynarodowa_Klasyfikacja_Praktyki_Pielegniarskiej_Historia_powstania_61.html (dostęp z dnia 5.11.2018r).

11. http://www.old.icn.ch/what-we-do/ICNP-Browser/(dostęp z dnia 5.11.2018r).

Artykuły poglądowe/Review

Szczepienia seniorów – profilaktyka chorób zakaźnych na przykładzie szczepienia przeciw grypie

Seniors vaccinations- prevention of contagious diseases on the ex ample of influenza vaccination

MAGDALENA ZAWIDZKA[1], ELŻBIETA NAZAR[1], MARTA KAMIŃSKA[1], JOANNA PRZYBYLSKA[2,3]

[1]Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku, opiekun Koła: dr Beata Haor
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu, PWSZ we Włocławku
[3] Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej Sp z o.o. we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.018
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Grypa to choroba zakaźna układu oddechowego pojawiająca się najczęściej, niezależnie od wieku. Osobom starszym oprócz szczepienia przeciw grypie zaleca się szczepienia przeciw zapaleniu płuc, wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) typu B, krztuścowi, błonicy oraz tężcowi. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie istoty szczepienia przeciwko grypie oraz udziału seniorów w „Programie profilaktyki chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65 roku życia", na przykładzie miast Włocławek, Lublin oraz Wrocław.

Przegląd. Choroby zakaźne występujące u osób w podeszłym wieku często charakteryzują się ciężkim przebiegiem i zwiększonym ryzykiem powikłań. Pomimo szeroko ukierunkowanej prewencji infekcji wśród osób starszych, najbardziej efektywnym oraz najskuteczniejszym sposobem

zapobiegania grypie, a także jej powikłaniom, są szczepienia ochronne. Stopień wyszczepienia pacjentów powyżej 65 roku życia jest niski. Stosowanie szczepień ochronnych ma korzystny wpływ nie tylko na zdrowie pacjentów, ale także na obniżenie kosztów leczenia związanych z wystąpieniem ewentualnych powikłań pogrypowych oraz długotrwałej hospitalizacji. Systematyczne powtarzanie szczepień przeciwko grypie pozwala nie tylko chronić przed infekcją oraz powikłaniami, ale także pobudza układ obronny organizmu do skutecznego działania.

Wnioski. Pomimo zaleceń specjalistów, popularność szczepień wśród osób po 65 roku życia jest bardzo niska. Do najczęstszych przyczyn związanych z rezygnacją ze szczepień u seniorów należą: lęk przed powikłaniami związanymi ze szczepieniem oraz brak wiary w jego skuteczność. Z tego powodu niezwykle ważne jest efektywne promowanie szczepień przeciw grypie wśród osób w podeszłym wieku.
Słowa kluczowe: grypa, wiek podeszły, szczepienia

Abstract:

Introduction. Influenza has been known as the most common contagious disease attacking the respiratory system of patients at any age. In addition to influenza vaccination, older people are also advised to vaccinate against pneumonia, hepatitis (Hepatitis B), pertussis, diphtheria and tetanus. The aim of this work is to present the importance of influenza vaccination and senior participation in the "Program for the prevention of contagious diseases with respect to the use of influenza vaccination for people over 65", on the example of Włocławek, Lublin and Wrocław.

Overview. Contagious diseases in older people are often characterized by a severe course and an increased risk of complications. Despite the wide-scale infection prevention among the older people, protective vaccinations are the most effective way to prevent influenza, as well as its complications. The number of vaccinated patients over 65 is low. The use of protective vaccinations has a beneficial effect not only on the health of patients, but also on the reduction of treatment costs associated with the occurrence of possible post-influenza complications and long-term hospitalization. Systematic influenza vaccinations are liekely to protect patients from infection and complications, but also stimulate the body's immune system to function properly.

Conclusions. Despite the recommendations of health professionals , the popularity of vaccinations among people over 65 is very low. The most common reasons associated with resignation from vaccinations among seniors include: fear of complications associated with vaccination and lack of faith in its effectiveness. For this reason, it is extremely important to effectively promote influenza vaccinations among the elderly.

Keywords: influenza, old age, vaccinations

Wstęp

Współczesne społeczeństwa cechują się coraz większą liczbą seniorów. Aktualnie w Polsce grupę ponad 14% populacji stanowią osoby będące powyżej 65 roku życia [1]. Starość jest jedną z faz życia człowieka, zjawiskiem społecznym oraz biologicznym, które wpisuje się w proces starzenia demograficznego [1].

Choroby zakaźne stanowią dla seniorów duże zagrożenie. Powikłania wynikające z zakażeń mogą doprowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych a nawet zgonu seniora [2]. Infekcje układu oddechowego na tle wirusowym manifestują się szeregiem objawów klinicznych. Według raportów WHO wynika, iż na świecie co roku na grypę lub grypopodobne choroby umiera około 5-25% społeczeństwa [1]. Dlatego ważnym elementem ich profilaktyki są szczepienia przeciw chorobom zakaźnym.

Na podstawie zaleceń opublikowanych w 2010 roku przez grupę ekspertów European Union Geriatric Medicine Society i International Asociation of Gerontology and Geriatrics European Region osoby starsze powinny być szczepione przeciw krztuścowi, tężcowi, błonicy, pneumokokom, półpaścowi oraz przeciw grypie [1-]. W ramach corocznie ogłaszanego programu szczepień przez Główny Inspektorat Sanitarny rekomenduje się, by osoby, które skończyły 60 rok życia zaszczepiły się przeciwko grypie raz w roku; raz na 10 lat na tężec, błonicę i krztusiec; ospie wietrznej oraz WZW typu B w trzech dawkach [1,4]. Szczepienia przeciwko grypie

rekomendowane są Polsce od roku 1994. Systematyczne szczepienia podczas sezonu zachorowań zwiększają szanse, na uniknięcie poważnych komplikacji wynikających z zachorowania na grypę [1,3,4].

W roku 2013 został opublikowany raport pt. „ Stosunek do szczepień przeciwko grypie" opracowany przez Centrum Badania Opinii Społecznej. Wykazał, iż w każdym roku odsetek osób poddających się szczepieniom maleje. W sezonie jesienno-zimowym korzystało ze szczepień zaledwie około 4% populacji, natomiast liczba chorych wzrosła ponad trzykrotnie a hospitalizowanych z powodu grypy aż czterokrotnie. Wśród głównych przyczyn rezygnowania ze szczepień respondenci wskazywali na m.in. przekonanie, że nie przyniosą one oczekiwanego efektu oraz podkreślali strach przed niepożądanym odczynem poszczepiennym (NOP) [1,2,5].

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie jak ważnym elementem dla zdrowia jest szczepienie przeciwko grypie oraz udziału seniorów w „Programie profilaktyki chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65 roku życia", na przykładzie miast: Włocławek, Lublin oraz Wrocław.

Przegląd literatury

Grypa należy do ostrych infekcji wirusowych układu oddechowego. Wśród ludzi najczęściej przenoszona jest drogą kropelkową oraz kontaktową [6,7,11]. Okres, w którym trwa inkubacja choroby przypada na 1–4 dni, najczęściej trwa to średnio: 1–2 dni. W zależności od wieku pacjenta i stanu odporności czas zakaźności choroby jest różny. U dzieci wydalanie wirusa przypada na 6 do 10 dnia od pojawienia się objawów chorobowych. Natomiast u dorosłego ma to miejsce na jeden dzień przed pojawieniem się pierwszych objawów i 5–7 dni po ich wystąpieniu [9,12].

Do głównych objawów klinicznych grypy sezonowej należą m.in. kaszel, katar, ból gardła, gorączkę, dreszcze, bóle stawowo-mięśniowe, bóle głowy, bóle w klatce piersiowej, złe samopoczucie, nudności i wymioty. Objawy te mijają w ciągu 3–5 dni, jednakże kaszel i ogólne złe samopoczucie mogą się znacznie przedłużyć, niekiedy nawet ponad 2 tygodnie [9-12].

Grypę wywołują przede wszystkim 2 typy wirusa: A i B. Typ A występuje u ludzi i zwierząt (m.in. świń, koni, fok oraz ptaków). Jest on uznawany za najgroźniejszy ze względu na największą skłonność do mutacji oraz możliwość łamania ograniczeń międzygatunkowych. Mutacje, jakie zachodzą podczas replikacji powodują powstawanie nowych wariantów wirusa. W grupie wirusów typu A wyróżniono zostało kilka podtypów, w zależności od budowy antygenów powierzchniowych hemaglutyniny (antygen H) i neuraminidazy (antygen N). Typ B wirusa dotyczy wyłącznie u ludzi. Charakteryzuje go umiarkowany przebieg choroby. Nie wykazuje on zdolności do pokonywania barier międzygatunkowych [6-8,12].

Metody biologii molekularnej pozwalają na rozpoznanie zakażenia wirusami grypy już po 3 godzinach. Daje to możliwość leczenia przyczynowego. Według Zakładu Badania Wirusów Grypy, Krajowego Ośrodka ds. Grypy w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego, aby uniknąć zachorowania na grypę, należy się szczepić w każdym sezonie epidemicznym. Główny Inspektorat Sanitarny zaleca szczepienia osobom starszym. Co roku ogłasza Program Szczepień Ochronnych, np. Program Szczepień Ochronnych na rok 2018 został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2017 roku. Szczepienia przeciwko grypie sklasyfikowane są jako szczepienia zalecane [13]. W 2017 roku w ramach programu polityki zdrowotnej, m.in. Włocławek, Wrocław i Lublin postanowiły sfinansować szczepienia dla seniorów.

Włocławek Uchwałą Rady Miasta z dnia 28 sierpnia 2017 roku przyjął „Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek”

obowiązujący w latach 2017-2019. Jako cel główny Program zakłada poprawę stanu zdrowia mieszkańców Włocławka poprzez wykonane szczepienia przeciwko grypie oraz prowadzone działania edukacyjne. Efektem podjętych działań ma być zwiększenie liczby szczepiących się osób objętych programem oraz osób z innych grup wiekowych, zmniejszenie zachorowań na grypę, liczby wizyt ambulatoryjnych oraz hospitalizacji z powodu grypy i jej powikłań. Efekty realizacji programu będą oceniane na podstawie danych gromadzonych przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny. Program zakłada, że rocznie skorzysta ze szczepień 5 do 10% z grupy 20 785 osób (stan na dzień 01.06.2017) tj. od 1040 do 2078 seniorów. Kampania informacyjno-edukacyjna ma być prowadzona na stronie internetowej Urzędu Miasta (www.wloclawek.pl), lokalnych mediach, tablicach ogłoszeniowych, a także w przychodniach i gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej. Skorzystać z Programu będą mogły osoby zamieszkujące we Włocławku, mające 65 lat i więcej, u których brak jest przeciwwskazań lekarskich do zaszczepienia oraz które zgłosiły się przed wyczerpaniem budżetu programu na dany rok. Szacowany koszt zaszczepienia w 2017r. 1 osoby to 36 zł. W tej wartości ujęta została wartość szczepionki, badania lekarskiego, podania szczepionki oraz koszt obsługi administracyjno-technicznej podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotnego. Całkowity budżet programu to na rok 2017 to 50.000 zł, w tym wydatki związane z przeprowadzeniem szczepień 46.800 zł i ok. 3.000 zł koszty akcji promocyjnej. Planowany całkowity koszt Programu w latach 2017-2019 wyniesie 220.000 zł. Do monitorowania i ewaluacji programu posłużą comiesięczne raporty na temat zgłaszalności do programu, ankiety wypełniane przez uczestników programu oraz dane na temat m.in. liczby osób, które zgłosiły się do programu, zostały zaszczepione, liczby niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz statystyk zapadalności na grypę (PSSE, NIZP-PZH). Rada Miasta zakłada możliwość kontynuacji programu w latach następnych [9].

Urząd Miejski Wrocławia Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych przyjął na lata 2017-2021 „ Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Wrocławia w wieku 65+". Wrocław liczy sobie prawie 636 tys. mieszkańców, w tym ok. 117 tys. osób powyżej 65 roku życia. Program zakłada objęcie szczepieniami ochronnymi corocznie około 5 tys. osób, szczególnie z grup podwyższonego i wysokiego ryzyka czyli tylko 4% seniorów. W związku z ograniczonymi finansami i możliwościami organizacyjnymi, twórcy programu kładą nacisk na działania edukacyjne wśród seniorów. Mają one być prowadzone w mediach lokalnych w formie komunikatów (radio, telewizja, prasa, strona internetowa UM Wrocław) oraz w formie plakatów zamieszczonych w placówkach medycznych (m.in. POZ), Klubach Seniora, Uniwersytetach III Wieku i innych miejscach użyteczności publicznej, a także podczas wrześniowych Dni Promocji Zdrowia. Oczekiwane efekty i sposób ich oceniania, metody oceny i ewaluacji Programu są takie same jak we Włocławku. Również szacunkowa cena zaszczepienia 1 osoby to ok. 36 zł. Całkowity koszt realizacji 5-letniego Programu to 900.000 zł. Są to środki w 100% z budżetu Miasta Wrocławia. Nadmienić należy, iż Wrocław za wieloletnie popularyzowanie wśród mieszkańców miasta profilaktyki grypy, otrzymał w 2015 roku tytuł Eksperta Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Grypy [10].

Dnia 27 kwietnia 2017 roku Uchwałą Rady Miasta Lublin został przyjęty „Program profilaktyczny chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65 roku życia'' na lata 2016-2020. Cele Programu, efekty, mierniki, ewaluacja i monitorowanie są zbieżne z Programami miast Włocławek i Wrocław. Władze miasta Lublin do realizacji programu oprócz środków z budżetu miasta, chcą pozyskać środki z funduszy europejskich. Program ma objąć mieszkańców Lublina powyżej 65 roku życia. Liczba seniorów w 2014 roku to 57.850 osób co stanowiło 16,9% wszystkich mieszkańców miasta. Szczepieniom

corocznie ma się poddać około 11.000 osób, co stanowić będzie około 18% populacji mieszkańców powyżej 65 roku życia. Budżet Programu przez 5 lat swego istnienia ma się zamknąć w kwocie 1.766.930 zł. Koszt szczepienia 1 osoby czyli koszt szczepionki, badania lekarskiego kwalifikującego do zaszczepienia, koszty utylizacji odpadów, akcji informacyjnej, edukacji pacjenta został oszacowany na 30 zł. Wycena została wykonana na podstawie dotychczasowych kosztów realizacji programu. W akcję propagującą Program profilaktyczny chorób zakaźnych, oprócz zaangażowania lokalnych mediów oraz placówek medycznych, ma się włączyć Prezydent Miasta Lublin podczas konferencji na temat szczepień [8].

Wnioski

Przedstawione wyżej założenia: „Programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek" obowiązującego na lata 2017-2019, „ Programu szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Wrocławia w wieku 65+" na lata 2017-2021 oraz „ Programu profilaktycznego chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65 roku życia'' w Lublinie na lata 2016-2020 stanowią pozytywny przykład odpowiedzi ze strony władz lokalnych na ogłaszany co roku przez Ministra Zdrowia „Program Szczepień Ochronnych".

Szczepienia przeciwko grypie dla osób w wieku 65+ sklasyfikowane są jako zalecane, czyli nierefundowane przez NFZ. Władze wspomnianych wcześniej miast postanowiły sfinansować szczepienia ze swojego budżetu dla pewnego odsetka swoich mieszkańców: Włocławek dla 5-10%, Wrocław dla 4%, Lublin 18% rocznie. Głównym celem programów profilaktycznych realizowanych w tych trzech miast, jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców poprzez wykonane szczepienia przeciwko grypie oraz dzięki prowadzonym działaniom edukacyjnym. W działania promocyjno-edukacyjnej zostaną zaangażowane lokalne media oraz placówki

medyczne. Efektem programów ma być zwiększenie liczby zaszczepionych osób, a tym samym zmniejszenie zachorowalności na grypę, co wymiernie przełoży się na redukcję kosztów wizyt ambulatoryjnych i hospitalizacji. Efekty realizacji Programów będą oceniane na podstawie danych gromadzonych przez Powiatowe Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne właściwe dla danego terenu oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny. Do monitorowania i ewaluacji programów posłużą comiesięczne raporty na temat zgłaszalności osób do programu, ankiety wypełniane przez jego uczestników oraz dane z PSSE i NIZP-PZH. Zaletą Programów jest zagwarantowanie jego uczestnikom bezpłatnych szczepionek, które mają być finansowane ze środków budżetów miasta Włocławek i Wrocław. Natomiast Lublin zamierza dodatkowo pozyskać dofinansowanie z funduszy europejskich. Władze wszystkich w/w miast zamierzają kontynuować Programy szczepień ochronnych dla seniorów w kolejnych latach, co z pewnością istotnie przyczyni się do poprawy stanu zdrowia populacji seniorów.

Bibliografia/Bibliography:

1. Szczerbińska K., Barańska I., Brzyski P., Ocetkiewicz T., Wiedza, przekonania i zachowania osób starszych wobec szczepień ochronnych zalecanych w starszym wieku. GERONTOLOGIA POLSKA, 2014, 2, s.51-61.

2. Woźniak-Kosek A. , Kosek J. , Chrząstek L., Empiryczna analiza zachowań i wiedzy dotyczącej szczepień przeciwko grypie wśród słuchaczy Częstochowskiego Uniwersytetu III Wieku na podstawie badań ankietowych. GERIATRIA, 2014, 8, s. 221-231.

3. https://gis.gov.pl/zdrowie/szczepienia-dla-osob-starszych/.

4. http://zaszczepsiewiedza.pl/aktualnosci/szczepienia-seniorow-wazna-czesto-pomijana-profilaktyka-chorob-zakaznych/.

5. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_169_13.PDF.

6. http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza.

7. Strach M. Szczepienie przeciwko grypie u osób w podeszłym wieku. GERONTOLOGIA POLSKA, 2009, 2, s.103-105.

8. Uchwała Nr 739/XXIX/2017 Rady Miasta Lublin z dnia 27 kwietnia 2017 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej - „Program profilaktyczny chorób zakaźnych w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65 roku życia".

9. Uchwała Nr XXXIII/101/2017 Rady Miasta Włocławek z dnia 28 sierpnia 2017 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65 roku życia, zamieszkałych na terenie miasta Włocławek" na lata 2017-2019.

10. Ogłoszenie o przetargu na stronie internetowej Urzędu Miasta Wrocław (http://bip.um.wroc.pl/przetarg/29425/program-szczepien-ochronnych-przeciw-grypie-dla-mieszkancow-wroclawia-w-wieku-65, zał. nr 1, dostęp:30.08.2018).

11. https://www.gov.pl/zdrowie/grypa.

12. Brydak L.: Grypa. Pandemia grypy – mit czy realne zagrożenie? Rhythm, Warszawa 2008, s. 1–92.

13. http://www.pzh.gov.pl/grypa/.