

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik || Quarterly

2019, Vol. 8, Nr 4, 105–128

ISSN 2084-4212
eISSN 2450-839X

Spis treści/Content

Słowo wstępne Preface	107
PRACE ORYGINALNE ORIGINAL PAPERS	
Ocena poziomu samoopieki u pacjentów z cukrzycą typu 2 z zastosowaniem kwestionariusza Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI) The level of self-care in patients with T2 diabetes using the Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI) questionnaire Sylwia Krzemińska, Edyta Czapor	109
PRACE KAZUISTYCZNE CASE REPORTS	
Opieka pielęgniarska nad pacjentem hospitalizowanym z powodu schizofrenii paranoidalnej Nursing care over a patient hospitalized for paranoid schizophrenia Paulina Wiśniewska, Dorota Blajerska	115
VARIA	
W sprawie rozwiązywania niektórych problemów związanych z niepełnosprawnością On solving some problems related to disability Krzysztof Tuszyński, Andrzej Kierzek, Jacek Kotuła	118
Spis treści za lata 2012–2019 Table of contents for the years 2012–2019	122

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik, Organ Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego
Quarterly, The authority of the European Center for Postgraduate Education

Indexed in:
Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Central European Journal of Social Sciences and Humanities (CEJSH), Index Copernicus International (ICI), International Academy of Nursing Editors (INANE), Journal Storage (JSTOR), Polish Medical Bibliography (PBL), Polish Scholarly Bibliography (PBN), Polish Scientific Journals Database (PSJD), Polish Scientific and Professional Electronic Journals (ARIANTA)

Komitet Naukowy || Scientific Committee

Komitet Naukowy || Scientific Committee:

Prof. dr hab. Jacek Gajek (Wrocław)
Prof. dr hab. Beata Karakiewicz (Szczecin)
Prof. dr hab. Andrzej Kierzek (Wrocław)
Prof. dr hab. Grzegorz Mazur (Wrocław)
Prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)
Prof. dr hab. Tomasz Szydełko (Wrocław)
Prof. Sabina De Geest (Bazylea, Szwajcaria)
Prof. Daria Jarosova (Ostrawa, Czechy)
Dr hab. prof. nadzw. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)
Dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Warszawa)
Dr hab. prof. nadzw. Dorota Zyśko (Wrocław)
Dr hab. n. med. Krystyna Górna (Poznań)
Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib (Warszawa)
Dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska (Lublin)
Dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz (Bydgoszcz)
Dr n. med. Jolanta Kolasińska (Wrocław)
Dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)
Dr n. med. Ewa Kuriata-Kościelniak (Wrocław)
Dr n. med. Katarzyna Łagoda (Białystok)
Dr n. med. Agnieszka Młynarska (Katowice)
Dr n. med. Ewa Molka (Tarnowskie Góry)
Dr n. med. Krzysztof Tuszyński (Poznań)
Dr n. med. Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)
Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)
Dr Diane Carroll (Boston, USA)
Dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)
Dr Elena Gurkova (Bratysława, Słowacja)
Dr Eleni Kletsiou (Ateny, Grecja)
Dr Ekaterini Lambrinou (Nikozja, Cypr)
Dr Monica Parry (Toronto, Kanada)
Dr Renata Zelenikova (Praga, Czechy)
Dr n. o zdr. Robert Dymarek (Wrocław)
Dr n. o zdr. Stanisław Manulik (Wrocław)

Redakcja || Editors

Redaktor naczelny || Editor-in-Chief:

dr hab n. o zdr. prof. nadzw Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

Z-ca redaktora naczelnego || Deputy editor-in-chief:

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Wrocław)

Sekretarz Redakcji || Editorial Secretary:

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

Redaktor językowy || Polish Language Editor:

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,
wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny || Statistical Editor:

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

Redaktor języka angielskiego || English Language Editor:

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni || Subject Editors:

Pielęgniarstwo internistyczne || Internal medicine nursing:

dr hab n. o zdr. Izabella Uchmanowicz
izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne || Neurology and neurosurgery nursing:

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk
joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska opieka długoterminowa || Palliative and long-term care nursing:

dr n. med. Dominik Krzyżanowski
dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo epidemiologiczne || Epidemiology in nursing:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

Socjologia medycyny || Medical Sociology:

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

Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnictwo ||

Gynecological and obstetrical nursing:

dr n. med. Monika Przestrzelska
monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Adres redakcji || Editorial Office

Adres redakcji || Editorial office:

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław
Tel.: 783-371-474; Fax: 71 750-30-67
e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

Wydawca || Publisher:

Na zlecenie ECKP Wrocław || On behalf ECKP Wrocław

WYDAWNICTWO
Continuo

Wydawnictwo Continuo || Continuo Publishing House
ul. Lelewela 4 pok. 325, 53-505 Wrocław
Tel.: 71 791-20-30
e-mail: wydawnictwo@continuo.pl
www.continuo.pl

Prenumerata na rok 2019 || Subscription for 2019:

Cena rocznika dla Instytucji: 80 zł || Annual price for the Institutions: 80 PLN

Cena rocznika dla odbiorców indywidualnych: 40 zł || Annual price for individuals: 40 PLN

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

Reklamy || Ads:

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

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności ||
Editors are not responsible for advertisements content

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Nakład: 500 egzemplarzy || Print: 500 copies

Kwartalnik WPiOZ ukazuje się w wersji pierwotnej drukowanej oraz w wersji elektronicznej na stronie
www.wspolczesnepielęgniarstwo.pl

SŁOWO WSTĘPNE

Szanowni Państwo,

Miło mi było przez wiele lat dzielić się z Państwem wiedzą na temat współczesnego pielęgniarstwa i ochrony zdrowia. Niestety, czasem życie pisze własne scenariusze i musimy zamieniać swoje ścieżki kariery, czy też nazwijmy to ścieżki publikacji. W związku ze zmianami w punktacji czasopism, które działają na niekorzyść kwartalnika *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, chciałabym poinformować o zawieszeniu tego tytułu. Chciałabym podziękować wszystkim, którzy brali udział w powstawaniu tego czasopisma, publikowali w nim prace dzieląc się swoimi badaniami i wiedzą. Świat zmienny jest, zatem nie mówię, że żegnam Państwa, mówię do widzenia, bo może sytuacja zmieni się na lepszą.



Redaktor Naczelna
Dr hab. prof. nadzw. Izabella Uchmanowicz

Redakcja kwartalnika „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia”, składa najserdeczniejsze podziękowania Recenzentom, którymi w roku 2019 byli:

Prof. Joanna Rosińczuk, dr n. med. Sylwia Krzemińska, dr n. o zdr. Magdalena Lisiak, dr n. o zdr. Katarzyna Lomper, dr n. o zdr. Ewa Molka, dr n. o zdr. Anna Chudiak, dr n. med. Bartosz Uchmanowicz, dr n. o zdr. Stanisław Manulik, dr n. o zdr. Michał Czapla, dr n. o zdr. Izabela Witczak, dr n. med. Izabela Wróblewska, dr n. med. Marta Kałużna-Oleksy, dr n. o zdr. Anna Kołcz, dr hab. Izabella Uchmanowicz, prof. nadzw., dr Lynne Hinterbuchner.

OCENA POZIOMU SAMOOPIEKI U PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ TYPU 2 Z ZASTOSOWANIEM KWESTIONARIUSZA SELF-CARE OF DIABETES INVENTORY (SCODI)

The level of self-care in patients with T2 diabetes using the Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI) questionnaire

Sylwia Krzemińska¹, Edyta Czapor²

¹ Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Szpital Powiatowy im św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

adres do korespondencji: sylwia.krzeminska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Samoopieka wspomaga kontrolę prawidłowych zachowań zdrowotnych, które są niezbędne, aby utrzymać prawidłowy poziom glukozy i minimalizować ryzyko wystąpienia powikłań. W tej jednostce chorobowej to pacjent decyduje o swojej przyszłości, jego codzienne wybory, samoobserwacja i samokontrola wpływają bezpośrednio na stan jego zdrowia.

Cel pracy. Ocena poziomu samoopieki wśród pacjentów z cukrzycą typu 2.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w grupie 100 osób z diagnozowaną cukrzycą typu 2. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem Kwestionariusza Self-Care of Diabetes Inventory oraz ankiety własnej do zebrania danych socjodemograficznych i klinicznych.

Wyniki. Wraz z czasem trwania choroby i wysokim poziomem adherence wzrasta samodzielność w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych, kontroli stanu zdrowia i pewności siebie. Samodzielność w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych, kontroli stanu zdrowia, kontroli poziomu glukozy i pewności siebie w zakresie samoopieki były istotnie wyższe u osób faktycznie przestrzegających zaleceń terapeutycznych.

Wnioski. 1. Badani pacjenci najlepiej radzą sobie z przestrzeganiem zaleceń dotyczących prawidłowych zachowań zdrowotnych SCODI A, a najtrudniej przychodzi im samodzielna kontrola poziomu glukozy SCODI C. 2. Zachowania zdrowotne SCODI A, pewność siebie SCODI D i kontrola stanu zdrowia SCODI B są wyższe w grupie kobiet, osób pozostających w związku oraz pracujących umysłowo. 3. Czas trwania choroby wpływa na poziom samoopieki w cukrzycy. 4. Samodzielność w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych SCODI A koreluje dodatnio z samodzielnością w kontroli stanu zdrowia SCODI B, kontroli poziomu glikemii SCODI C oraz pewności siebie w zakresie samoopieki SCODI D.

Słowa kluczowe: cukrzyca, samoopieka, choroba przewlekła, determinanty samoopieki.

SUMMARY

Background. Self-care helps to control proper health behaviors, which are necessary to maintain proper glucose levels and minimize the risk of complications. In this disease it is the patient who decides about his future, his daily choices, self-monitoring and self-control have a direct impact on his health.

Objectives. The aim of the study was to evaluate the level of self-care in patients with T2 diabetes.

Material and methods. The study was conducted in a group of 100 patients with diagnosed T2 diabetes. The method of the diagnostic survey was used using the Self-Care of Diabetes Inventory Questionnaire and our own questionnaire to collect sociodemographic and clinical data.

Results. With the duration of the disease and high level of adherence, independence in terms of normal health behaviors, health condition control and self-confidence increases. Independence in terms of healthy behaviours, health control, glucose control and self-confidence in terms of self-care was significantly higher in patients who actually followed therapeutic recommendations.

Conclusions. 1. The examined patients are best able to follow the recommendations concerning proper health behaviour of SCODI A, and the most difficult for them to control their own glucose level of SCODI C. The most difficult to do is to control the level of SCODI C glucose. 2. SCODI A health behaviours, SCODI D self-confidence and SCODI B health surveillance are higher in the group of women, people in relationships and those working mentally. 3. The duration of the disease affects the level of self-care in diabetes. 4. Independence in normal health behaviour of SCODI A positively correlates with independence in health control of SCODI B, control of glycemia level of SCODI C and self-confidence in self-care of SCODI D.

Key words: diabetes, self-care, determinants of self-care.

WSTĘP

Opieka to dawanie oparcia i wsparcia, zaspokajania potrzeb, których jednostka nie umie, nie może lub nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić, żeby zachować równowagę biologiczną i psychiczną, zapewnienie prawidłowego rozwoju i doprowadzenie jednostki do dojrzałości umożliwiającej przedłużenie gatunku [1].

Światowa Organizacja zdrowia (WHO) definiuje samoopiekę jako „osobistą opiekę zdrowotną”, której zadaniem jest przy-

wrócenie i polepszenie zdrowia, profilaktyka chorób lub ich leczenie [2].

Samoopieka nazywana również samokontrolą polega na samodzielnym podejmowaniu odpowiednich decyzji i zachowań przez pacjenta lub jego najbliższe środowisko, a ponadto systematyczne ich monitorowanie i odnotowanie w celu wyciągnięcia odpowiednich wniosków (samoobserwacja) [3].

Istotą samoopieki są działania podejmowane przez człowieka, aby utrzymać organizm w dobrej kondycji. Samokontrola daje

możliwość aktywnej pracy na rzecz swojego zdrowia, dobrego samopoczucia przez dojrzałe i racjonalne wybory [4].

Rola samoopieki jest bardzo ważna, świadomość coraz mniejszej liczby pracowników służby zdrowia, a co za tym idzie utrudniony dostęp do specjalistów nakłada na nas obowiązek odpowiedzialności za własne zdrowie.

Kluczowym sposobem do osiągnięcia odpowiednich wyników w leczeniu cukrzycy jest dostosowanie się chorego do zaleceń. Każdy pacjent powinien przejść szkolenie na temat choroby, edukacja w cukrzycy musi być procesem ciągłym i stale powtarzanym [5, 6]. Życie z chorobą przewlekłą, jaką jest cukrzyca, wymaga od pacjenta ogromnego wysiłku, systematyczności, organizacji i przede wszystkim pokory. Oprócz leczenia farmakologicznego i niefarmakologicznego istotnym elementem jest samoopieka i samokontrola. Od nich zależy jakość życia i funkcjonowania w społeczeństwie [7–10].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena poziomu samoopieki u pacjentów z cukrzycą typu 2.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w grupie 100 pacjentów (48 kobiet i 52 mężczyzn) ze zdiagnozowaną cukrzycą, leczonych w miesiącach październik–grudzień 2018 r. na Oddziale Internistycznym w Szpitalu Powiatowym im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy. Średnia wieku grupy badawczej wynosiła $57 \pm 15,23$ lat. Kryterium włączenia do badania było zdiagnozowana minimum przed 3 lata cukrzyca typu 2, wiek powyżej 18. roku życia oraz dobrowolne uczestnictwo. Dane pozyskano z analizy dokumentacji medycznej pacjentów oraz z wywiadu kwestionariuszowego z użyciem ankiety własnego autorstwa charakteryzującej grupę pod względem socjodemograficznym: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, rodzaj wykonywanej pracy oraz klinicznym: czas trwania choroby, rodzaj stosowanego leczenia, współczynnik masy ciała BMI.

Do oceny poziomu samoopieki w cukrzycy użyto standaryzowanego narzędzia: Inwentarz Samoopieki w cukrzycy – (SCODI – *Self-Care of Diabetes Inventory*) to narzędzie składające się z czterdziestu elementów SCODI (5-punktowa skala typu Likerta) pogrupowanych w czterech wymiarach: utrzymanie samoopieki – zachowania zdrowotne (12 pozycji), monitorowanie samoopieki – kontrola zdrowotna (9 pozycji), zarządzanie samoopieką – kontrola poziomu cukru (8 pozycji) i pewność siebie w zarządzaniu samoopieką (11 pozycji). Każda z czterech części skali jest oceniana oddzielnie i standaryzowana 0–100 z wyższymi wynikami wskazującymi na lepszą samoopiekę [11]. SCODI to pierwszy oparty na teorii instrument do pomiaru zachowań samoopieki pacjentów z cukrzycą [12, 13].

Obliczenia statystyczne wykonano w programie IBM SPSS 24.0. Podstawowe dane jakościowe (nominalne) przedstawiono w postaci liczebności (n) i odsetka (%). W celu oceny istotności różnic między grupami w zakresie zmiennych ilościowych obliczono statystyki opisowe oraz wykonywano testy Manna–Whitneya (porównania dwóch grup) lub Kruskala–Wallisa (porównania 3 lub więcej grup). W celu oceny siły, kierunku i istotności związków między zmiennymi stosowano współczynniki korelacji Spearmana wraz z testami istotności. Metody nieparametryczne wybrano ze względu na rozkłady odbiegające od rozkładu normalnego oraz różne liczebności porównywanych grup. Jako granicę istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

W tabeli 1 przedstawiono podstawowe statystyki opisowe charakteryzujące cechy socjodemograficzne i kliniczne badanej grupy. W badanej grupie były 42 kobiety i 58 mężczyzn w wieku $57 \pm 15,23$ lat. Większość osób mieszkała w mieście (60%), dominowały osoby z wykształceniem zawodowym (41%) i średnim (36%) oraz samotne (55%). Większość badanych

pracowała zawodowo (45%), wykonując pracę fizyczną (61%). Większość respondentów jest otyła (46%), choruje na cukrzycę typu 2 mniej niż 10 lat (60%) i leczona jest za pomocą diety oraz doustnych leków hipoglikemizujących (34%).

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna i kliniczna badanej grupy

		n	%
Płeć	kobieta	42	42,0
	mężczyzna	58	58,0
Miejsce zamieszkania	wieś	40	40,0
	miasto	60	60,0
Wykształcenie	podstawowe	5	5,0
	zawodowe	41	41,0
	średnie	36	36,0
	wyższe	18	18,0
Stan cywilny	w związku	45	45,0
	samotny	55	55,0
Aktywność zawodowa	pracuje	45	45,0
	nie pracuje	13	13,0
	emerytura	36	36,0
	renta chorobowa	6	6,0
Rodzaj wykonywanej pracy	fizyczna	61	61,0
	umysłowa	39	39,0
Palenie papierosów	tak	35	35,0
	nie	65	65,0
Czas trwania cukrzycy	≤ 10 lat	67	67,0
	> 10 lat	33	33,0
Rodzaj stosowanego leczenia	dieta	17	17,0
	dieta i leki doustne	34	34,0
	dieta i insulina	15	15,0
	dieta, leki doustne i insulina	18	18,0
	insulina	16	16,0
BMI	niedowaga	2	2,0
	waga prawidłowa	20	20,0
	nadwaga	32	32,0
	otyłość	46	46,0

Kwestionariusz SCODI pozwala ocenić samodzielność pacjenta z cukrzycą w 4 obszarach codziennego życia z tą chorobą. Wykres dla każdego obszaru jest liczbą z zakresu 0–100 i większe liczby oznaczają większą samodzielność w danym obszarze. Nie ma jednak normy pozwalającej stwierdzić, jakie wyniki oznaczają wysoką, a jakie niską samodzielność. Ponieważ jednakże wszystkie obszary punktowane są na tej samej skali, można porównywać samodzielność w różnych obszarach, aby zidentyfikować potencjalne problemy w samoopiece.

W tabeli 2 przedstawione są ogólne wyniki dotyczące badania za pomocą kwestionariusza SCODI. Badani pacjenci najlepiej radzą sobie z przestrzeganiem zaleceń dotyczących prawidłowych zachowań zdrowotnych ($43,69 \pm 7,55$), a najtrudniej przychodzi im samodzielna kontrola poziomu glukozy ($26,21 \pm 4,45$).

Tabela 3 przedstawia różnice w samoopiece w odniesieniu do poszczególnych części kwestionariusza w zależności od wybranych czynników. W odniesieniu do płci wykazano istotnie statystycznie różnice pomiędzy grupami w zakresie zmiennych SCODI A oraz SCODI D. Zachowania zdrowotne oraz pewność siebie w odniesieniu do samoopieki miały istotnie wyższe wartości w grupie kobiet ($p < 0,05$).

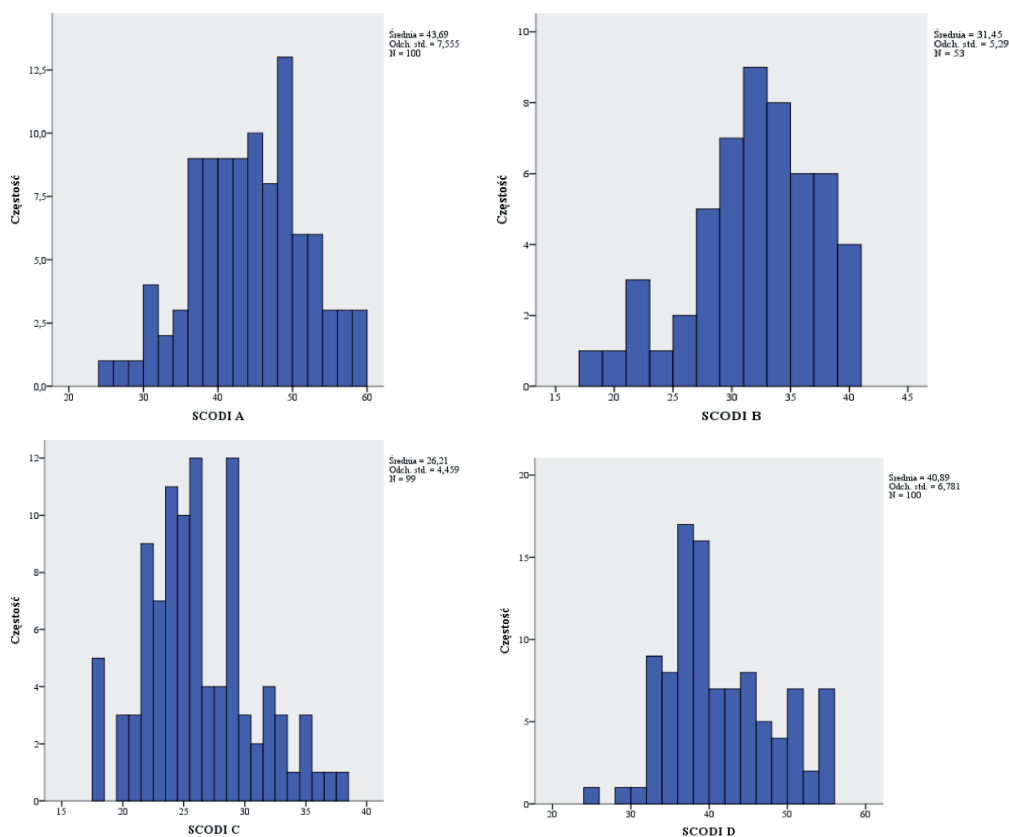
Tabela 2. Wyniki ogólne kwestionariusza SCODI

SCODI	n*	Średnia	SD	Mediana	Min	Max
SCODI A: Zachowania zdrowotne	100	43,69	7,555	44	25	59
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	53	31,45	5,29	32	18	40
SCODI C: Kontrola poziomu cukru	99	26,21	4,459	26	18	38
SCODI D: Pewność siebie	100	40,89	6,781	39	25	55

* Część ankietowanych pominęła niektóre pytania, uniemożliwiając wyliczenie wyników dla niektórych obszarów SCODI.

Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wyglądają zależności w odniesieniu do stanu cywilnego badanych, wykonano analizę post-hoc. Pokazała ona, że samodzielność w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych SCODI A oraz pewność siebie w zakresie samoopieki SCODI D były istotnie wyższe u osób pozostających w związku ($p < 0,05$).

Wykazano istotne statystycznie różnice między grupami w zakresie zmiennych SCODI A i SCODI D. Zachowania zdrowotne i pewność siebie w zakresie samoopieki miały istotnie wyższe wartości w grupie osób pracujących umysłowo. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między grupami różniącymi się rodzajem terapii.

**Rycina 1.** Wyniki ogólne poszczególnych części kwestionariusza SCODI**Tabela 3.** Różnice SCODI w zależności od wybranych czynników

Parametr		Kobiety	Mężczyźni	p*
		śr ± SD	47,62 ± 6,932	40,84 ± 6,706
SCODI A: Zachowania zdrowotne	mediana	48,5	40	NP
	śr ± SD	32,79 ± 5,144	29,83 ± 5,105	0,065
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	mediana	33	31	p
	śr ± SD	26,5 ± 4,080	26 ± 4,743	0,337
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	mediana	26	25	p
	śr ± SD	43,60 ± 7,587	38,93 ± 5,399	0,002
SCODI D: Pewność siebie	mediana	43	38	NP
Parametr		Samotni	W związku	p^
SCODI A: Zachowania zdrowotne	śr ± SD	41,96 ± 7,888	44,98 ± 7,030	0,046
	mediana	41	45	NP
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	śr ± SD	29,53 ± 6,168	32,39 ± 4,472	0,101
	mediana	30	33	p
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	śr ± SD	25 ± 3,894	27,09 ± 4,671	0,059
	mediana	25	26	p
SCODI D: Pewność siebie	śr ± SD	38,62 ± 5,978	42,54 ± 6,770	0,002
	mediana	38	41,50	NP

Parametr		Fizyczna	Umysłowa	p [^]
SCODI A: Zachowania zdrowotne	śr ± SD	41,31 ± 7,259	47,05 ± 6,782	0,000
	mediana	41	48	NP
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	śr ± SD	31 ± 5,393	31,67 ± 5,262	0,0673
	mediana	32	31	p
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	śr ± SD	25,81 ± 4,517	26,18 ± 4,46	0,276
	mediana	25	26	p
SCODI D: Pewność siebie	śr ± SD	38,93 ± 5,307	40,81 ± 6,701	0,002
	mediana	38	39	NP

Tabela 3a. Różnice SCODI w zależności od wybranych czynników (c.d.)

Parametr		Dieta	Dieta + leki doustne	Dieta + insulina	Dieta + leki doustne i insulina -	Insulina	p*
SCODI A: Zachowania zdrowotne	śr ± SD	40,63 ± 7,982	42,65 ± 8,445	46,07 ± 4,559	45,5 ± 6,750	44,81 ± 7,842	0,218
	mediana	40,50	41,5	45	46	45,5	NP
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	śr ± SD	29 ± 7,211	31,13 ± 4,745	32 ± 6,021	29,62 ± 4,89	35,33 ± 3,808	0,107
	mediana	30	31,5	32	31	36	NP
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	śr ± SD	24,88 ± 4,080	25,44 ± 4,039	28,21 ± 3,556	26,89 ± 5,88	26,25 ± 4,074	0,202
	mediana	25	25	36,50	25	25,5	NP
SCODI D: Pewność siebie	śr ± SD	39 ± 7,206	41,09 ± 6,842	42,47 ± 6,717	40,28 ± 6,08	40,5 ± 7,625	0,831
	mediana	39	39	41	38,5	37	NP

p* – rozkład normalny w grupach, test t-Studenta; p[^] – rozkład normalny w grupach, ANOVA + wyniki analizy post-hoc (test LSD Fishera); NP – brak normalności rozkładu w grupach, test Kruskala-Wallisa + wyniki analizy post-hoc (test Dunna).

Tabela 4. Korelacja SCODI z czasem trwania choroby

Parametr	Korelacja z czasem trwania choroby ≤ 10 lat			
	Współczynnik korelacji	p*	Kierunek zależności	Siła zależności
SCODI A: Zachowania zdrowotne	0,411	p = 0,001 NP	dodatni	średnia
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	0,312	p = 0,106 NP	-	-
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	0,297	p = 0,015 NP	dodatni	słaba
SCODI D: Pewność siebie	0,458	p = 0,000 NP	dodatni	słaby
Parametr	Korelacja z czasem trwania choroby > 10 lat			
	Współczynnik korelacji	p*	Kierunek zależności	Siła zależności
SCODI A: Zachowania zdrowotne	0,447	p = 0,009 NP	dodatni	słaby
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	0,596	p = 0,002 NP	dodatni	słaby
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	0,083	p = 0,645 NP	-	-
SCODI D: Pewność siebie	0,424	p = 0,014 NP	dodatni	słaby

p* = rozkład normalny w grupach, ANOVA + wyniki analizy post-hoc (test LSD Fishera); NP – brak normalności rozkładu w grupach, test Kruskala-Wallisa + wyniki analizy post-hoc (test Dunna).

Tabela 5. Korelacja SCODI z rodzajem leczenia

Parametr	Korelacja z leczeniem dietą A			
	Współczynnik korelacji	p*	Kierunek zależności	Siła zależności
SCODI A: Zachowania zdrowotne	0,566	p = 0,022 NP	dodatni	średnia
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	0,462	p = 0,434 NP	-	-
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	0,122	p = 0,625 NP	-	-
SCODI D: Pewność siebie	0,402	p = 0,123 NP	-	-
Parametr	Korelacja z leczeniem dietą + leki doustne - B			
	Współczynnik korelacji	p*	Kierunek zależności	Siła zależności
SCODI A: Zachowania zdrowotne	0,565	p = 0,001 NP	dodatni	średnia
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	0,312	p = 0,239 NP	-	-
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	0,382	p = 0,026 NP	dodatni	średnia
SCODI D: Pewność siebie	0,510	p = 0,002 NP	dodatni	średnia

Parametr	Korelacja z leczeniem dietą + insulina C			
	Współczynnik korelacji	p*	Kierunek zależności	Siła zależności
SCODI A: Zachowania zdrowotne	0,269	$p = 0,333$ NP	–	–
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	0,770	$p = 0,015$ NP	dodatni	silna
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	0,118	$p = 0,688$ NP	–	–
SCODI D: Pewność siebie	0,387	$p = 0,154$ NP	–	–
Parametr	Korelacja z leczeniem dietą + leki doustne + insulina D			
	Współczynnik korelacji	p*	Kierunek zależności	Siła zależności
SCODI A: Zachowania zdrowotne	0,117	$p = 0,634$ NP	–	–
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	0,613	$p = 0,026$ NP	dodatni	średnia
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	0,314	$p = 0,204$ NP	–	–
SCODI D: Pewność siebie	0,525	$p = 0,025$ NP	dodatni	średnia
Parametr	Korelacja z leczeniem tylko insuliną E			
	Współczynnik korelacji	p*	Kierunek zależności	Siła zależności
SCODI A: Zachowania zdrowotne	0,118	$p = 0,496$ NP	–	–
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	0,333	$p = 0,381$ NP	–	–
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	-0,022	$p = 0,937$ NP	–	–
SCODI D: Pewność siebie	0,297	$p = 0,333$ NP	–	–

p* – rozkład normalny w grupach, ANOVA + wyniki analizy post-hoc (test LSD Fishera); NP – brak normalności rozkładu w grupach, test Kruskala-Wallisa + wyniki analizy post-hoc (test Dunna).

Tabela 6. Korelacje SCODI

Parametry		Współczynnik korelacji	p *	Kierunek zależności	Siła zależności
SCODI A: Zachowania zdrowotne	SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	0,354	$p < 0,001$ NP	dodatni	średnia
SCODI A: Zachowania zdrowotne	SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	0,448	$p < 0,001$ NP	dodatni	średnia
SCODI A: Zachowania zdrowotne	SCODI D: Pewność siebie	0,406	$p < 0,001$ NP	dodatni	średnia
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	0,448	$p < 0,001$ NP	dodatni	średnia
SCODI B: Kontrola stanu zdrowia	SCODI D: Pewność siebie	0,543	$p < 0,001$ NP	dodatni	średnia
SCODI C: Kontrola poziomu glukozy	SCODI D: Pewność siebie	0,539	$p < 0,001$ NP	dodatni	średnia

p* – rozkład normalny obu korelowanych zmiennych, współczynnik korelacji Pearsona; NP – brak normalności rozkładu przynajmniej jednej z korelowanych zmiennych, współczynnik korelacji Spearmana.

Analizowano również korelacje występujących między SCODI a czasem trwania choroby oraz rodzajem leczenia. Wykazano istotny statystycznie związek czasu trwania choroby ze SCODI A. Wraz z czasem trwania choroby rosła samodzielność w zakresie zachowań zdrowotnych, kontroli poziomu glukozy oraz pewności siebie wśród chorych poniżej 10 lat trwania choroby. U chorych powyżej 10 lat trwania choroby wraz z czasem rosła samodzielność w zachowaniach zdrowotnych, kontroli stanu zdrowia oraz pewności siebie (tab. 4).

Chorzy leczeni tylko dietą mają większą samodzielność w zakresie zachowań zdrowotnych ($p < 0,5$). Chorzy leczeni dietą i lekami doustnymi mają większą samodzielność w zakresie zachowań zdrowotnych oraz w zakresie kontroli poziomu glikemii i pewności siebie w zakresie samoopieki ($p < 0,5$). Pacjenci leczeni dietą i insuliną mają większą samodzielność w zakresie kontroli stanu zdrowia ($p < 0,5$). Zależność ta jest dodatnia i silna.

Chorzy leczeni dietą, lekami doustnymi i insuliną mają większą samodzielność w zakresie kontroli stanu zdrowia i większą pewność siebie w zakresie samoopieki ($p < 0,5$) (tab. 5).

Następnie przeanalizowano korelacje występujące między poszczególnymi częściami SCODI. Występuje łącznie 6 zależności istotnych statystycznie ($p < 0,05$). Wszystkie one są dodatnie średnie:

- im większa samodzielność w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych, tym większa samodzielność w kontroli stanu zdrowia,
- im większa samodzielność w zakresie kontroli stanu zdrowia, tym większa samodzielność w kontroli poziomu glukozy,
- im większa samodzielność w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych, tym większa pewność siebie w zakresie samoopieki,
- im większa samodzielność z zakresu kontroli stanu zdrowia, tym większa samodzielność w kontroli poziomu glukozy,
- im większa samodzielność w zakresie kontroli poziomu glukozy, tym większa pewność siebie w zakresie samoopieki,
- im większa samodzielność z zakresu kontroli stanu zdrowia, tym większa pewność siebie w zakresie samoopieki (tabela 6).

DYSKUSJA

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą metaboliczną, która obciąża osoby chore do podejmowania całego szeregu codziennych decyzji dotyczących samodzielnego zarządzania i realizacji wielowymiarowych czynności samoopiekuńczych. Niedostateczne przestrzeganie zaleceń lekarskich może spowodować trudności w samoopiece, a co z tym jest związane szybsze pojawienie się

powikłań cukrzycowych, które z kolei powodują zwiększoną śmiertelność [14, 15].

Inwentarz samoopieki nad cukrzycą (SCODI) został użyty do pomiaru samodzielności w czterech obszarach: zachowań zdrowotnych, poziomu kontroli stanu zdrowia i poziomu glukozy oraz do zbadania pewności siebie w oparciu o teorię.

Z badań własnych wynika, że ankietowani najlepiej radzą sobie z przestrzeganiem zaleceń prawidłowych zachowań zdrowotnych, a najtrudniej przychodzi im samodzielna kontrola glukozy. W badaniach Ausili i wsp. [16] przeprowadzonych wśród 540 osób ze zdiagnozowaną cukrzycą wykazano natomiast, że chorzy najlepiej radzą sobie w zakresie zachowań zdrowotnych i pewności siebie.

Na poziom samoopieki i poziom przestrzegania zaleceń wpływ może mieć wiele czynników socjodemograficznych, np. wiek osoby chorej, płeć, stan cywilny, rodzaj wykonywanej pracy. Analiza uzyskanych danych wykazała, że zachowania zdrowotne oraz pewność siebie była wyższa wśród kobiet niż wśród mężczyzn, co zbieżne jest z wynikami badań Ausili i wsp [16].

Dokonując analizy materiału badawczego zaobserwowano, że osoby pozostające w związkach oraz pracujące umysłowo lepiej radzą sobie w zachowaniach zdrowotnych i charakteryzują się większą pewnością siebie od osób samotnych i wykonujących pracę fizyczną. W naszej pracy nie analizowano związku wieku ze SCODI, natomiast Ausili i wsp. wykazali niższy poziom kontroli poziomu glukozy u osób starszych [16].

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

BIBLIOGRAFIA

- Gajewska G. *Pedagogika opiekuńcza i jej metodyka*. Zielona Góra: PEKW Gaja; 2004.
- Pavlickova A. Postrzeganie samoopieki w Europie. Dostępny na URL: http://epposi.org/wp-content/uploads/2015/07/EPPOSI-Self-Care-Barometer-Report-Summary-2013_PL-PL.pdf [cyt. 15.03.2019].
- Kostrzewa-Zabłocka E. Miniprzewodnik dla pielęgniarki diabetologicznej – wybrane zagadnienia. *Por Diabetol* 2017; 1: 11–20.
- Wojtczak A. *Zdrowie Publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
- Boratyn-Dubiel L, Chmiel Z. Znaczenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów z cukrzycą. *Zdr Publ* 2010; 120(3): 316–323.
- Uchmanowicz I, Kubera-Jaroszewicz K. *Edukacja diabetologiczna. Standard opieki pielęgnacyjnej chorego na cukrzycę*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2012.
- Mirowska M. Poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą oraz udział pielęgniarek w edukacji diabetologicznej. *Probl Pielęg* 2010; 18(3): 316–322.
- Dunstan DW, Puddey IB, Beilin LJ, et al. Effects of a short-term circuit weight training program on glycaemic control in NIDDM. *Diabetes Res Clin Pr* 1998; 40: 53–61.
- Zegan M, Michota-Katulaska E, Lewandowska M, et al. Rola podejmowanej aktywności fizycznej w profilaktyce oraz wspomaganiu leczenia otyłości oraz cukrzycy typu 2. *Med Rodz* 2017; 4: 273–278.
- Aune D, Norat T, Leitzmann M, et al. Physical activity and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 2015; 30(7): 529–542.
- Ausili D, Barbaranelli C, Rossi E, et al. Development and psychometric testing of a theory-based tool to measure self-care in diabetes patients: the Self-Care of Diabetes Inventory. *BMC Endocrine Disorders* 2017; 17(1): 66.
- Caro-Bautista J, Martin-Santos FJ, Morales-Asencio JM. Systematic review of the psychometric properties and theoretical grounding of instruments evaluating self-care in people with type 2 Diabetes Mellitus. *J Adv Nurs* 2014; 70(6): 1209–1227.
- Brunisholz KD, Briot P, Hamilton S, et al. Diabetes self-management education improves quality of care and clinical outcomes determined by a diabetes bundle measure. *J Multidiscip Health* 2014; 7: 533–542.
- Araszkiewicz A, Bandurska-Stankiewicz E, Budzyński A, i wsp. 2019 Guidelines on the management of diabetic patients. A position of Diabetes Poland. *Clinical Diabetology* 2019; 8(1): 1–95.
- Tracz M, Sobol E, Cichocka A, et al. Błędy popełniane przez pacjenta chorego na cukrzycę jako potencjalna przyczyna niewyrównania metabolicznego – propozycja listy kontrolnej. *TERAPIA* 2019; 5(376): 10–18.
- Ausili D, Rossi E, Rebora P, et al. Socio-demographic and clinical determinants of self-care in adults with type 2 diabetes: a multicentre observational study. *Acta Diabetologica* 2018; 55(7): 691–702.

Adres do korespondencji:

Dr n med. Sylwia Krzemińska
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 24
E-mail: sylwia.krzeminska@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 12.06.2019 r.
Po recenzji: 10.07.2019 r.
Zaakceptowano do druku: 20.07.2019 r.

W badaniach własnych analizowano również wpływ czynników klinicznych, takich jak czas trwania choroby, typ cukrzycy i rodzaj leczenia na poziom samoopieki. U chorych wraz z trwaniem choroby rosła samodzielność w zakresie zachowań zdrowotnych, kontroli poziomu glukozy oraz pewności siebie, dotyczy to pacjentów z rozpoznaną cukrzycą poniżej 10 lat, natomiast w badaniach Ausili wskazane obszary SCODI były niższe [16].

Nie wykazano istotnego wpływu na poziom samoopieki w żadnym obszarze w grupach różniących się rodzajem leczenia. W dostępnym piśmiennictwie nie ma obserwacji na ten temat.

WNIOSKI

- Badani pacjenci najlepiej radzą sobie z przestrzeganiem zaleceń dotyczących prawidłowych zachowań zdrowotnych SCODI A, a najtrudniej przychodzi im samodzielna kontrola poziomu glukozy SCODI C.
- Zachowania zdrowotne SCODI A, pewność siebie SCODI D i kontrola stanu zdrowia SCODI B są wyższe w grupie kobiet, osób pozostających w związku oraz pracujących umysłowo.
- Czas trwania choroby wpływa na poziom samoopieki w cukrzycy.
- Samodzielność w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych SCODI A koreluje dodatnio z samodzielnością w kontroli stanu zdrowia SCODI B, kontroli poziomu glikemii SCODI C oraz pewności siebie w zakresie samoopieki SCODI D.

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM HOSPITALIZOWANYM Z POWODU SCHIZOFRENII PARANOIDALNEJ

Nursing care over a patient hospitalized for paranoid schizophrenia

Paulina Wiśniewska, Dorota Blajerska

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

adres do korespondencji: paulina.wiisniewska@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Schizofrenia jest przewlekłą, nawrotową chorobą psychiczną. Jest to choroba ludzi młodych, rozpoczyna się między 20. a 30. r.ż. Najczęstszą postacią jest schizofrenia paranoidalna, w której głównie występują objawy wytwórcze, takie jak omamy i urojenia. Osoba cierpiąca na schizofrenię paranoidalną niekoniecznie sprawia wrażenie chorej psychicznie, do momentu, aż wystąpią u niej objawy paranoidalne.

Cel pracy. Ukazanie problemów pielęgnacyjnych u chorego cierpiącego na schizofrenię paranoidalną.

Materiał i metody. Opieką pielęgnacyjną został objęty 25-letni mężczyzna, który trafił do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym, z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Informacje na jego temat pochodzą z analizy dokumentacji medycznej, wnikliwej obserwacji chorego oraz wywiadu przeprowadzonego z mężczyzną i rodziną.

Wyniki. Problemy pielęgnacyjne, które występują u pacjenta cierpiącego na schizofrenię paranoidalną, przejawiają się jako: występowanie omamów i urojeń, zachowania agresywne, wycofanie z kontaktów społecznych, spowolnienie ruchowe utrudniające codzienne funkcjonowanie oraz występowanie objawów ubocznych leków przeciwpsychotycznych (sztywność mięśniowa).

Wnioski. Pacjent chory na schizofrenię paranoidalną wymaga holistycznej oraz kompleksowej opieki. Oznacza to, że chory zostaje objęty całościowym nadzorem. Dotyczy to sfery psychofizycznej dodatkowo biorąc pod uwagę środowisko, w jakim funkcjonuje. Leczy się całego człowieka nie tylko chorobę.

Słowa kluczowe: schizofrenia paranoidalna, problemy pielęgnacyjne, opieka pielęgniarstwa.

SUMMARY

Background. Schizophrenia is a chronic, recurrent mental disorder. It is a disease that affects mainly young people, it starts between 20–30 years of age. The most common form is paranoid schizophrenia, in which there are mainly productive symptoms such as hallucinations and delusions. A person suffering from paranoid schizophrenia does not necessarily appear to be mentally ill until they experience paranoid symptoms.

Objectives. To show nursing problems in a patient suffering from paranoid schizophrenia.

Material and methods. Nursing care was provided to a 25-year-old man who was taken to an emergency psychiatric hospital with a diagnosis of paranoid schizophrenia. Information about him was obtained through the analysis of medical records, careful observation of the patient and an interview with the man and family.

Results. Nursing problems that occur in a patient suffering from paranoid schizophrenia are manifested as: the occurrence of hallucinations and delusions, aggressive behavior, withdrawal from social contacts, slowdown of movement makes the daily functioning harder, and side effects of antipsychotic drugs (muscle stiffness).

Conclusions. A patient with paranoid schizophrenia requires holistic and comprehensive care. This means that the patient is under overall supervision. This applies to the psychophysical field, also taking into account the environment in which it operates. The treatment is for the patient as a whole, not just the disorder.

Key words: paranoid schizophrenia, care problems, nursing care.

WSTĘP

Aktualnie na ziemi żyje około 10 mln ludzi z różnymi rodzajami psychoz [1]. Schizofrenia jest przewlekłą chorobą o podłożu psychotycznym, występującą na całym świecie. Etiologia choroby pozostaje nieznana. Objawy schizofrenii zmieniają postrzeganie świata przez pacjenta, który staje się dla niego wyjątkowo uciążliwy i utrudnia jego normalne funkcjonowanie [2]. Ma ona okresy remisji oraz zaostrzeń, gdzie nasilenia nie są spowodowane żadnym konkretnym czynnikiem. Osoby chore na schizofrenię nie chcą wchodzić w bliższe relacje międzyludzkie oraz podejmować pracy, co skutkuje samotnością i pełnym uzależnieniem od pomocy rodziny [3]. Dla osób cierpiących na schizofrenię nieprzewidywalny przebieg choroby przyczynia się do powstania silnego i przedłużającego się stresu. Czują się oni bezradni podczas zaostrzeń choroby, brakuje im poczucia kontroli nad własnym postępowaniem, nie są w stanie pełnić ról społecznych [4]. Wy różniamy trzy objawy osiowe schizofrenii, są to: autyzm, rozszczepienie osobowości i stopień uczuciowe. Występują również omamy i urojenia, zaburzenia myślenia, objawy depresyjne, katatoniczne oraz zaburzenia poznawcze, w których widoczny jest spadek sprawności intelektualnej [2]. Zapadalność na schizofrenię jest identyczna u obu płci, zachorowalność wynosi 1:1. U mężczyzn występuje wczesny początek: 15–24 r.ż., a u kobiet między

25. a 34. r.ż. Ryzyko zachorowalności w ciągu całego życia waha się między 0,5 a 1,5%. Psychospołeczne czynniki ryzyka wskazują na zwiększoną zapadalność w krajach uboższych, a sam przebieg jest łagodniejszy w krajach rozwijających się [5]. Najczęstszą postacią jest schizofrenia paranoidalna, która występuje u 65% chorych. Dominują w niej objawy wytwórcze. Mają one charakter paranoidalny. Występują w niej głównie urojenia i omamy. Inne objawy, takie jak: zaburzenia myślenia, katatoniczne, depresyjne, są bardzo subtelne lub wcale nie występują [6]. Współczesna farmakoterapia schizofrenii opiera się na teorii dopaminowej oraz serotoninergicznej. Leczenie jest nakierowane na złagodzenie objawów, a nie na eliminację przyczyny. Schizofrenia jest chorobą nieuleczalną. Kuracja powinna zostać wdrożona z chwilą rozpoznania choroby. Leczenie jest procesem długotrwałym, w niektórych przypadkach trwa ona do końca życia [2, 7].

CEL PRACY

Celem pracy jest ukazanie problemów pielęgnacyjnych u chorego cierpiącego na schizofrenię paranoidalną.

MATERIAŁ I METODY

Metoda wykorzystana do pisania pracy oparta jest na indywidualnym przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnacyjnego.

Jest jedną z jakościowych strategii badawczych. Informacje, które są podstawą procesu pielęgnacyjnego uzyskano z wywiadu zebranego z pacjentem i jego rodziną. Wdrożone techniki badawcze to wnikliwa obserwacja chorego oraz analiza dokumentów.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna ma 25 lat, jest kawalerem. Niedawno zakończył roczny związek z jedną z pacjentek szpitala psychiatrycznego, w którym sam był leczony. W głównej mierze utrzymuje się z renty. W czasie remisji choroby pracuje nielegalnie. Mieszka sam. Gdy miał cztery lata jego matka zginęła w wypadku samochodowym. Z wywiadu przeprowadzonego z ojcem wiadomo, że cierpiała ona na zaburzenia afektywne dwubiegunowe, lecz nigdy nie leczyla się w oddziale psychiatrycznym. Gdy skończył 18 lat, pojawiły się pierwsze objawy choroby. Jako chłopiec był żywym, aktywnym dzieckiem, miał duże grono znajomych. Dobrze się uczył i nie sprawiał problemów wychowawczych.

Ostatnia hospitalizacja odbyła się w trybie nagłym z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Chory został przywieziony do szpitala karetką, po ówczesnej interwencji policji. Ratownicy medyczni zostali wezwani przez sąsiadów. Stało się to po tym, jak mężczyzna zaczął wyrzucać meble przez okno z drugiego piętra, krzycząc przy tym coś niezrozumiałego. Do mieszkania chorego udało się dostać dopiero w asyście policji. Pacjent siedział w pustej wannie przykryty narzutą. Przy przyjęciu pacjent był zorientowany co do otoczenia i własnej osoby, lecz nie miał poczucia co do własnej choroby. Miał omamy słuchowe (o charakterze nakazującym i komentującym) oraz wypowiadał urojenia prześladowcze. Występowały u niego formalne zaburzenia myślenia pod postacią myślenia paralogicznego. Treści, które wypowiadał były absurdalne i wielkościowe. Uważał się za posłańca Boga.

Pierwszego dnia pobytu w szpitalu próbował uciec z oddziału, uderzając przy tym sanitariusza. Wymagało to unieruchomienia, jednak pacjent dalej był psychotyczny oraz pobudzony. Na zlecenie lekarza podano choremu domięśniowo haloperydol oraz diazepam, po których uspokoił się i zasnął. Wystąpiły u niego objawy wzmożonego napięcia mięśniowego, trudność z wypowiedaniem się oraz dysfagia (trudności z połykaniem). Aby załagodzić skutki uboczne, musiało zostać wdrożone leczenie korygujące biperydenem. Farmakoterapia początkowo była oparta na olanzapinie, lecz gdy stan pacjenta zaczął się poprawiać, została zmieniona na iniekcje risperidonu o przedłużonym działaniu. O zmianę leku poprosił sam pacjent, gdyż nie chciał dopuścić do wystąpienia efektów ubocznych. Jako pierwsze ustąpiły omamy, kontakt z pacjentem uległ znacznej poprawie. Dalej był urojeniowy i wypowiedzi zawierały elementy myślenia paralogicznego oraz symbolicznego.

Gdy stan pacjenta był już stabilny, zaproponowano mu kontynuację leczenia w warunkach oddziału dziennego. Został wypisany bez widocznych zaburzeń psychotycznych, lecz w afekcie tępy.

Aktualnie mężczyzna jest pod opieką Poradni Zdrowia Psychicznego. Leczony jest risperidonem o przedłużonym działaniu. Na wizytach pojawia się regularnie, najczęściej w obecności ojca. Jego obecny stan psychiczny jest stabilny. Planuje znaleźć pracę oraz w miarę możliwości zacząć samodzielnie funkcjonować.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE

Diagnoza pielęgniarska 1. Niepokój spowodowany obecnością omamów i urojeń.

Cel opieki: zminimalizowanie lub wyeliminowanie omamów i urojeń.

Działania:

- tworzenie przyjaznej atmosfery;
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa;
- obserwacja pacjenta dotycząca zrozumienia zachowań psychotycznych;
- zdobycie zaufania pacjenta poprzez rozmowę, zrozumienie, empatię, zainteresowanie, cierpliwość, akceptację i zrozumienie;

- wysłuchiwanie pacjenta, niedyskutowanie na temat omamów i urojeń, niezaprzeczenie im, stronienie od krytyki;
- podczas rozmowy z pacjentem zabrania się skupiania na objawach patologicznych i interpretowania ich.

Diagnoza pielęgniarska 2. Zagrożenie wobec siebie i otoczenia wynikające z zachowań agresywnych.

Cel opieki: pomoc w uzyskaniu przez pacjenta kontroli nad swoimi emocjami oraz zapewnienie bezpieczeństwa choremu i otoczeniu.

Działania:

- rozpoznanie czynników ryzyka oraz zdolności pacjenta do samokontroli;
- zapewnienie pacjentowi spokojnego i bezpiecznego otoczenia;
- rozpoczęcie rozmowy od neutralnych tematów, używanie prostych sformułowań i unikanie żargonu medycznego;
- podczas rozmowy zabrania się robienia notatek o stanie zdrowia chorego;
- zachęcać chorego do opisu swoich odczuć oraz przeżyć;
- użycie perswazji słownej;
- podjęcie próby ukierunkowania pobudzenia na aktywność fizyczną w celu zmniejszenia pobudzenia;
- ograniczenie kontaktu pacjenta z otoczeniem (rezygnacja z zajęć grupowych);
- podaż leków według zlecenia lekarza, monitorowanie efektów terapeutycznych oraz skutków ubocznych;
- ocena konieczności zastosowania przymusu bezpośredniego oraz zastosowanie go, gdy jest taka konieczność;
- po uspokojeniu pacjenta wspólnie ustalić plan dnia, dając w nim czas na aktywność fizyczną oraz czas na odpoczynek;
- zachęcenie chorego do oceny własnego zachowania (bez sugestii i bez prób ukierunkowania).

Diagnoza pielęgniarska 3. Sztywność mięśniowa będąca wynikiem skutków ubocznych stosowania leczenia przeciwpsychotycznego.

Cel opieki: zniwelowanie lub zmniejszenie skutków ubocznych.

Działania:

- monitorowanie pacjenta dotyczące występowania i nasilenia objawów ubocznych;
- poinformowanie lekarza o obecności objawów;
- obecność przy pacjencie podczas nasilenia objawów;
- podaż leków na zlecenie lekarza;
- stosowanie gimnastyki rozluźniającej, metod relaksacyjnych, ciepłej kąpieli.

Diagnoza pielęgniarska 4. Wycofanie z kontaktów społecznych wynikające z zaburzeń myślenia.

Cel opieki: przywrócenie chorego do życia społecznego.

Działania:

- inicjowanie rozmowy z pacjentem oraz okazywanie autentyczności w kontakcie z nim;
- zapewnienie bezpieczeństwa;
- okazywanie zainteresowania, szacunku, akceptacji, empatii;
- poznanie zainteresowań chorego;
- zachęcanie do werbalizowania uczuć;
- tworzenie więzi między pacjentem a osobami o podobnych zainteresowaniach;
- zachęcanie do uczestnictwa w zajęciach grupowych;
- wzmacnianie akceptowanych zachowań prospołecznych;
- rozmowa z rodziną i uwrażliwienie jej na konieczność rozwijania w chorym samodzielności w podejmowaniu aktywności społecznych.

Diagnoza pielęgniarska 5. Utrudnione komunikowanie się spowodowane zaburzeniami procesów poznawczych.

Cel opieki: poprawa komunikacji pacjenta.

Działania:

- nawiązanie indywidualnego kontaktu z pacjentem;
- akceptacja komunikowania się oraz okazywanie empatii;
- w rozmowie z pacjentem stosowanie technik terapeutycznych;
- wdrożenie zachowań porządkujących oraz pogłębiających komunikację;
- ukazanie pacjentowi, jak jest postrzegany przez innych oraz zachęcanie do wyrażania uczuć;
- wyprzedzanie i zaspokajanie potrzeb pacjenta do czasu powrotu prawidłowej percepcji;
- umacnianie zdolności komunikowania się.

Diagnoza pielęgniarska 6. Utrudnione funkcjonowanie spowodowane pogorszeniem się zachowań adaptacyjnych.

Cel opieki: pomoc pacjentowi w przejściu odpowiedzialności za swoje zachowania.

Działania:

- obserwacja pacjenta;
- ustalenie z pacjentem sytuacji, które wpływają na niego prowokując zachowania nieadaptacyjne;
- omawianie problemów z pacjentem;
- zachęcanie pacjenta do budowania postawy akceptowanej społecznie;
- w razie wystąpienia zachowań nieadaptacyjnych pielęgniarka powinna:
 - przyjąć postawę niezagrażającą i stanowczą,
 - ustalić granice postępowania oraz przedstawić konsekwencje w razie ich nieprzebrzegania;
 - wzmacnianie silnych stron pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 7. Zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa wynikające z przeżywania lęku.

Cel opieki: zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.

Działania:

- obserwacja pacjenta dotycząca objawów wskazujących na obecność lęku;

- minimalizowanie bodźców mogących nasilić odczuwany lęk;
- zachęcanie pacjenta do wyrażania uczuć i przeżyć.
- edukacja pacjenta na temat sposobów radzenia sobie z lękiem;
- podaż leków na zlecenie lekarza;
- wzmacnianie mechanizmów obronnych pacjenta;
- rozwijanie umiejętności wglądu w przeżycia chorego.

WNIOSKI

Postawienie diagnozy schizofrenii dla większości chorych ma zły wpływ na ich późniejsze funkcjonowanie. Odbierani są oni przez społeczeństwo jako szaleni, niezrównoważeni oraz wybuchowi. Proces stygmatyzacji pogłębia istniejące już wycofanie z kontaktów społecznych.

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem ze schizofrenią paranoidalną pełni przede wszystkim funkcję terapeutyczną. Podstawą jej działania jest komunikacja, kształtowanie relacji. Pielęgniarka pomaga w eliminacji niewłaściwych wzorców myślenia pacjenta, a na ich miejsce wdraża prozdrowotne modele. Proces ten zaczyna się wraz z momentem poznania pacjenta. Aby odniósł on sukces, chory musi zostać objęty indywidualną oraz holistyczną opieką. Pielęgniarka musi kierować się empatią oraz akceptacją. Jedynie w taki sposób jest w stanie zdobyć zaufanie pacjenta. Uczy ona chorego poprawnej relacji międzyludzkiej. Pielęgniarka realizująca proces nie skupia się jedynie na stanie psychicznym pacjenta, ale bierze ona również pod uwagę środowisko, w jakim on funkcjonuje.

Problemami pielęgnacyjnymi, z którymi zmagał się pacjent, dotyczą głównie jego sfery psychicznej. Cierpiał z powodu występowania omamów i urojeń, przejawiał skłonności do agresji wobec siebie i otoczenia, przez co musiał zostać unieruchamiany mechanicznie. Utrudnieniem w codziennym funkcjonowaniu było dla niego występujące spowolnienie ruchowe. Mężczyzna wycofał się z kontaktów społecznych. Wystąpiły u niego skutki uboczne leczenia przeciwpsychotycznego, było to wzmoczone napięcie mięśniowe.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Gałęcki P, Szulc A. *Psychiatria*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
2. Jarema M. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016.
3. Kiejna A, Małyszczak K. *Psychiatria. Podręcznik akademicki*. Wrocław: Uniwersytet Medyczny; 2016.
4. Badura-Brzoza K, Piegza M, Błachut M, i wsp. Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatr Pol* 2012; 6: 975–984.
5. Blikiewicz A. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
6. Rybakowski J, Rybakowski F. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2014.
7. Śmierciak N, Krzyściak W, Szwajca M, i wsp. Wybrane czynniki ryzyka schizofrenii: pomiędzy różnorodnością modeli etiologicznych a psychiatrią spersonalizowaną. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 4: 388–398.

Adres do korespondencji:

Paulina Wiśniewska
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartla 5
51-617 Wrocław
Tel.: 71 784 18 39
E-mail: paulina.wiisniewska@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.06.2019 r.

Po recenzji: 12.07.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 20.07.2019 r.

W SPRAWIE ROZWIĄZYWANIA NIEKTÓRYCH PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

On solving some problems related to disability

Krzysztof Tuszyński¹, Andrzej Kierzek², Jacek Kotuła³

¹ Zakład Profilaktyki Lekarskiej Wyższej Szkoły Logistyki w Poznaniu

² Sekcja Historyczna Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

³ Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Zielonogórskiego

Adres do korespondencji: andrzejkierzek@wp.pl

STRESZCZENIE

Na wstępie zdefiniowano istotę niepełnosprawności, przedstawiono trzy stopnie niepełnosprawności. Zanalizowano uwarunkowania prawne osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, wynikające z nich uprawnienia i ulgi w szerokim zakresie

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

SUMMARY

The essence of disability is defined, three levels of disability are presented at the beginning. The legal conditions of people with a significant degree of disability, the resulting rights and reliefs in a wide range are analyzed.

Key words: disability, adjudication of disability.

Wieloletnie obserwacje dają autorom¹ pogląd, że osoby niepełnosprawne – uprawnione ze względu na stan zdrowia do wielu ulg i przywilejów – w ponad 90% nie korzystają z tych uprawnień. Przyczyną jest z reguły brak informacji lub lęk przed urzędniczymi procedurami. Z tych przyczyn autorzy pragną przekazać stan prawny tego zagadnienia oraz pomóc w otrzymaniu świadczeń.

CO OZNACZA SŁOWO NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ?

Niepełnosprawność to długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu, spowodowane obniżeniem sprawności funkcji fizycznych lub psychicznych. Jest to także uszkodzenie, czyli utrata lub wada psychiczna, fizjologiczna bądź anatomiczna struktury organizmu. Utrata ta może być całkowita, trwała lub okresowa, wrodzona lub nabyta, ustabilizowana lub progresywna.

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization) zdefiniowała niepełnosprawność, jako istotne obniżenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego przy towarzyszących mu trudnościach w zachowaniu adaptacyjnym występujących przed ukończeniem 18. roku życia.

W Polsce osoby, które nie ukończyły 16. roku życia zaliczane są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy, z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu. Opisany rozstrój zdrowia powoduje konieczność zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku.

¹ Tematyka ta towarzyszy pierwszemu autorowi artykułu od wielu lat. Ponad 30 lat orzekał w ZUS-ie i KRUS-ie o inwalidztwie i o wypadkach, odrębnie był orzecznikiem w sprawach ustalenia stopnia niepełnosprawności w II instancji – wojewódzkiej. W Sądzie Okręgowym w Poznaniu występował jako ekspert – stały biegły sądowy. Drugi autor był lekarzem orzecznikiem w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych oraz Dolnośląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Trzeci autor jest orzecznikiem Sądu Okręgowego w Zielonej Górze, ekspertem ds. niepełnosprawności w Uniwersytecie Zielonogórskim.

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

Istnieją trzy stopnie niepełnosprawności:

– **lekki stopień niepełnosprawności**, do którego zalicza się osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu ze zdolnością, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mającą ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować za pomocą wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne;

– **umiarkowany stopień niepełnosprawności**, do którego zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych;

– **znacznym stopień niepełnosprawności**, do którego zalicza się osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

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

Osoby, które nie posiadają orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, a jednocześnie są niepełnosprawnymi z punktu widzenia własnej oceny zdolności do wykonywania podstawowych czynności, czyli przy zastosowaniu kryterium biologicznego, powinny poddać się weryfikacji orzeczniczej.

Zmodyfikowana skala Barthel

L.p.	Czynność	Wynik (ilość punktów)
1.	Spożywanie posiłków 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. Lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielny, niezależny	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siedzenie) 0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc (fizyczna – jedna lub dwie osoby) 10 – mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 15 – samodzielny	
3.	Utrzymywanie higieny osobistej 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	Korzystanie z toalety (WC) 0 – zależny 5 – potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam 10 – niezależny, samodzielne zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała 0 – zależny 5 – niezależny (lub pod prysznicem)	
6.	Poruszanie się po powierzchniach płaskich 0 – nie porusza się lub < 50 m 5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m 10 – spaceruje z pomocą (słowną lub fizyczną) jednej osoby > 50 m 15 – niezależny (ale może potrzebować pewnej pomocy np. laski) > 50 m	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy (słownej, fizycznej, przenoszenie) 10 – samodzielny	
8.	Ubieranie się i rozbieranie 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy (ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy) 10 – niezależny (zapinanie guzików, zamka, sznurowadeł, itp.)	
9.	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca (lub potrzebuje lewatywy) 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje/utrzymuje stolec	
10.	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10 – panuje/utrzymuje moc	
	Wynik kwalifikacji	

Interpretacja skali (po zsumowaniu punktów):

- 85–100 pkt. – stan pacjenta „lekki”
21–85 pkt. – stan pacjenta „średniociężki”
0–20 pkt. – stan pacjenta „bardzo ciężki”

Rycina 1

Do określenia właściwej oceny stopnia niezdolności do samodzielnej egzystencji pacjenta służy zmodyfikowana skala Barthel, uwzględniająca: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie, kąpiel, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie i rozbieranie się, kontrolowanie stolca, kontrolowanie moczu (ryc. 1) [1–4].

W 2018 r. nastąpiła korzystna zmiana dla **inwalidów I grupy bądź osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności** w zakresie dostępu do rehabilitacji. Wynika to z ustawy z 17 maja 2018 r. ogłoszonej w Dz.U. poz. 932 „**O szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności**”, której towarzyszą przepisy wykonawcze:

- a) Ustawa z 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2018 r. poz. 432),
- b) Ustawa z 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieni osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2018 r. poz. 1076).

Praktycznie oznacza to, że **osoby niepełnosprawne w znacznym stopniu** nabyły prawa do usług medycznych podobnie do kombatanów i inwalidów wojennych lub kobiet w ciąży **w zakresie korzystania bez skierowań od lekarza oraz bez kolejki oczekiwania na miejsce w ośrodku lub szpitalu rehabilitacyjnym, dostępu do specjalistów.**

Uprawnienia te posiadają:

- 1) osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
- 2) inwalidzi I grupy (ZUS),
- 3) osoby całkowicie niezdolne do pracy oraz niezdolne do samodzielnej egzystencji (ZUS),
- 4) osoby całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym oraz niezdolne do samodzielnej egzystencji (KRUS).

Nareszcie podjęto słuszną decyzję, aby osoby te uzyskały prawo do dodatkowych przywilejów.

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

Ulgi i przywileje podatkowe dla osób niepełnosprawnych są uregulowane przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Przywileje te są określane w przepisach podatkowych jako tzw. **wydatki na cele rehabilitacyjne i odlicza się je od dochodu podatnika w takiej wysokości, jaką wynosi wydatek.**

Zgodnie z cytowanymi wcześniej ustawami podstawę obliczenia podatku ustala się po odliczeniu wydatków na cele rehabilitacyjne oraz wydatków związanych z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych poniesionych w roku podatkowym przez podatnika będącego osobą niepełnosprawną lub podatnika, na którego utrzymaniu są osoby niepełnosprawne [5–9].

Za wydatki na cele rehabilitacyjne uznaje się środki przeznaczone na:

- 1) wydatki na lekarstwa;
- 2) adaptację i wyposażenie mieszkań oraz budynków mieszkalnych stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;

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

Kwota odpłatności za zakupione leki w danym miesiącu w ap-tece zawsze musi przekraczać 100 zł. Oznacza to zsumowanie kwot z faktur (w obrębie jednego miesiąca). Można również kupić leki raz na 2–3 miesiące i tylko **raz odliczyć 100 zł.**

Autorzy pragną zwrócić uwagę na możliwości odliczenia wyjazdów na leczenie i rehabilitację, np. na Słowację lub na Węgry do wód termalnych, czy np. do Druskiennik. **Konieczna jest faktura za pobyt i leczenie.**

Jeżeli realizuje się zabiegi rehabilitacyjne w prywatnym gabinecie rehabilitacyjnym, musimy otrzymać rachunek za usługę.

Mało osób orientuje się w tym, że osobie, która przebywa w Domu Pomocy Społecznej i ma co miesiąc pobierane 70% świadczenia (renty, emerytury), może uzyskać od dyrektora tej jednostki (w grudniu) zaświadczenie o pobranych kwotach i w styczniu wypełnić PIT-37 oraz PIT-0 (dot. wydatków rehabilitacyjnych), wpisać tam pobrane kwoty.

Jaka jest wielkość kwot w ramach wydatków rehabilitacyjnych?

Taka sama, jak wielkość potrącanego podatku. Wydatki większe niż potrącony podatek nie mogą przechodzić na następny rok ani zostać zwracane w innej formie.

Oznacza to, że osoba, która płaci wyższe podatki ma prawo do wyższego odpisu na wydatek rehabilitacyjny. Nie podlegają wydatkom rehabilitacyjnym podatki z karty podatkowej, bądź z udziałów w spółkach czy też z giełdy [10–13].

Przedstawiając powyższe udogodnienia dla chorych i niepełnosprawnych seniorów – przybliżamy zarówno niepełnosprawnym, geriatrom, jak i opiekunom osób niepełnosprawnych te dostępne obecnie udogodnienia.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Bilski D. *Orzecznictwo lekarskie na potrzeby ubezpieczeń społecznych realizowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych*. W: Golińska S, red. *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*. Warszawa: IPiSS; 2012.
2. Hryniewicz J. O sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce. *Orzecznictwo Lekarskie* 2005; 2: 279–286.
3. Wilmowska A, Bilski D, Kwołek A, i wsp. *Orzecznictwo lekarskie i rehabilitacja w zabezpieczeniu społecznym: zabezpieczenie społeczne w Polsce*. W: Uścińska G, red. Warszawa: IPiSS; 2008.
4. Dz.U. z 1997 r. nr 123, poz. 776 ze zm.
5. Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 ze zm.
6. Dz.U. z 1998 r. nr 144, poz. 930 ze zm.
7. Dz.U. z 2018 r. poz. 1076.
8. Dz.U. z 2018 r. poz. 432.

9. Dz. U. z 2018 r. poz. 932.
10. Jakubowski S. Stwarzanie osobom niepełnosprawnym warunków do pełnej aktywności w społeczeństwie. W: Gorajewska D, red. *Społeczeństwo równych szans. Tendencje i kierunki zmian. Część I*. Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji; 2005.
11. Kotuła J. *Możliwości opieki stomatologicznej nad dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną*. 2019 (art. przyjęty do druku w materiałach pokonferencyjnych, UZ 2019).
12. Wilmowska A, Kaplińska G, Sławińska B, i wsp. *Orzecznictwo lekarskie w pracowniczym ubezpieczeniu rentowym*. W: Golinowska S, red. *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*. Warszawa: MPiPS, CASE; 2001.
13. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (1980), WHO, Geneva. Dostępny na URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf;jsessionid=CB9210FA315563C68DFABEA149EC5263?sequence=1 [cyt. 30.07.2019].

Adres do korespondencji:

Dr med. Krzysztof Tuszyński
ul. Nowogrodzka 8
61-048 Poznań
Tel.: 61 879 25 54

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.09.2019 r.

Po recenzji: 24.09.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 28.09.2019 r.

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik || Quarterly

Spis treści za lata 2012–2019

ISSN 2084-4212
eISSN 2450-839X

2012, Vol. 1, Nr 1, s. 1–20

PRACE ORYGINALNE: Krzysztof Pawlik: **Przygotowanie do samoopieki pacjenta z niewydolnością nerek**, s. 2–4 • Renata Hanzar, Izabella Uchmanowicz: **Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia serca leczonych angioplastyką tętnic wieńcowych**, s. 5–10.

PRACE POGLĄDOWE: Jakub Trnka, Joanna Rosińczuk-Tonderys, Dominika Kwapisz: **Leki neuroleptyczne a żywność – możliwości niebezpiecznych interakcji**, s. 11–13 • Beata Jankowska-Polańska, Izabella Uchmanowicz, Joanna Rosińczuk-Tonderys: **Zagrożenia czynnikami chemicznymi pracowników ochrony zdrowia**, s. 14–18.

2012, Vol. 1, Nr 2, s. 21–48

PRACE ORYGINALNE: Joanna Rosińczuk-Tonderys, Rafał Czyż, Aleksandra Banaszak, Małgorzata Czudaj, Aleksandra Francikiewicz, Grzegorz Górski, Łukasz Griesman, Dorota Zyśko: **Występowanie omdleń na widok krwi, przy iniekcjach i instrumentacjach w populacji studentów studiów medycznych**, s. 22–25 • Dorota Zyśko, Paulina Pabiszczak, Marta Pytlak, Adam Skorupa, Piotr Sokołowski, Dominika Staffa, Monika Szudlarek, Joanna Rosińczuk-Tonderys: **Czy występują powiązania między wywiadem omdleniowym a chrapaniem – wstępne wyniki**, s. 26–28.

PRACE POGLĄDOWE: Jakub Trnka, Dominika Kwapisz, Joanna Rosińczuk-Tonderys: **Niepowodzenie lecznicze spowodowane interakcjami między lekami anksjolitycznymi a żywnością**, s. 29–31 • Waldemar Smoleń, Leszek Chęciński, Jacek Gajek: **Czasowa stymulacja serca – kiedy i jak ją stosować?**, s. 32–34.

PRACE STUDENCKIE: Agata Śliwińska, Klaudia Wolańczyk: **Nowoczesne metody leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca**, s. 35–37 • Justyna Kaczmarek, Ewelina Okoń, Paulina Olaszewska, Paulina Pawlak: **Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego**, s. 38–39 • Olga Ochyńska, Magdalena Pieniacka: **Ostre zespoły wieńcowe**, s. 40–44.

2012, Vol. 1, Nr 3, s. 49–68

PRACE ORYGINALNE: Monika Szewczuk-Bogusławska, Dorota Zyśko, Małgorzata Kaczmarek, Anil Kumar Agrawal, Jerzy Rudnicki, Jacek Gajek, Artur Federowski: **Wysoki poziom lęku u pacjentów, u których podejrzewano, ale wykluczono podejrzenie omdleń wazowagalnych**, s. 50–54 • Izabela Wróblewska, Malwina Kupczyk: **Jakość życia pacjentów cierpiących na choroby kardiologiczne. Badania własne przeprowadzone na terenie województwa opolskiego**, s. 55–59.

PRACE POGLĄDOWE: Joanna Rosińczuk-Tonderys, Justyna Bazan, Małgorzata Kaciuban, Ireneusz Całkosiński: **Występowanie malarii na świecie, w Europie i w Polsce**, s. 60–63.

PRACE KAZUISTYCZNE: Agnieszka Sławuta, Dorota Zyśko: **Odczucie wstrętu może wyzwoić reakcję neurokardiogenną – opis przypadku**, s. 64–65.

PRACE STUDENCKIE: Elżbieta Wrońska, Izabella Krawczyk, Magdalena Wnuk: **Choroba Parkinsona – postępowanie pielęgnacyjno-rehabilitacyjne wobec chorego na chorobę Parkinsona**, s. 66–68.

2012, Vol. 1, Nr 4, s. 69–92

PRACE ORYGINALNE: Renata Izydorczyk, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska: **Stan wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń odcewnikowych**, s. 70–75 • Ilona Błaszczuk, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska, Magdalena Lisiak, Monika Obiegło: **Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego**, s. 76–80.

PRACE POGLĄDOWE: Irena Wolska-Zogata: **Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych – przegląd badań**, s. 81–86 • Joanna Rosińczuk-Tonderys, Justyna Bazan, Marta Sarnowska, Małgorzata Kaciuban, Katarzyna Dudziak, Ireneusz Całkosiński: **Bezdomność jako istotny czynnik wykluczenia społecznego**, s. 87–88.

2013, Vol. 2, Nr 1, s. 1–20

PRACE ORYGINALNE: Bartosz Uchmanowicz, Bernard Panaszek: **Wybrane parametry oceny jakości życia zależnej od zdrowia (HRQoL) chorych na astmę oskrzelową**, s. 2–6 • Beata Jankowska-Polańska, Izabella Uchmanowicz, Angelika Bober: **Wpływ edukacji na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2**, s. 7–11.

PRACE STUDENCKIE: Marta Wleklík, Anna Uchańska, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska: **Narzędzia badawcze do oceny jakości życia zależnej od zdrowia (HRQoL – Health Related Quality of Life)**, s. 12–14 • Max Paternoga, Joanna Urszula Paźdzur: **O chiropraktyce słów kilka. Alternatywa dla medycyny**, s. 15–18.

2013, Vol. 2, Nr 2, s. 21–48

PRACE ORYGINALNE: Sylwia Karpińska, Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik: **Zachowania zdrowotne w aspekcie seksualności i życia płciowego kobiet z różnych środowisk**, s. 22–26.

PRACE POGLĄDOWE: Joanna Poprawska, Sylwia Krzemińska, Adriana Borodziej-Cedro: **Rola pielęgniarki w opiece nad chorymi z depresją**, s. 27–32 • Ireneusz Całkosiński, Marta Sarnowska, Małgorzata Kaciuban, Anna Zienkiewicz, Aleksandra Szewc, Joanna Rosińczuk-Tonderys: **Mechanizm i skutki reakcji stresowej**, s. 33–35.

PRACE STUDENCKIE: Rafał Czyż, Joanna Leszczyńska, Karolina Krawczyk, Milena Majkut, Dorota Zyśko: **Występowanie nadmiernej senności dziennej wśród studentów wrocławskich uczelni wyższych**, s. 36–39 • Ewelina Heidner, Joanna Janusz, Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik: **Opieka paliatywna w perinatologii oczami położnych – model postępowania wobec rodzin i dzieci dotkniętych wadami letalnymi**, s. 40–43 • Agnieszka Tracz: **Opieka pielęgniarska nad pacjentem w ostrym zespole wieńcowym po zabiegu angioplastyki naczyń wieńcowych**, s. 44–47.

2013, Vol. 2, Nr 3, s. 49–72

PRACE ORYGINALNE: Agnieszka Duczak, Beata Jankowska-Polańska: **Styl życia pacjentów z cukrzycą typu 2**, s. 50–54 • Katarzyna Lomper, Beata Jankowska-Polańska: **Występowanie zakażeń odcewnikowych na Oddziale Intensywnej Terapii**, s. 55–58.

PRACE POGLĄDOWE: Izabela Kuberka: **Rola pielęgniarki w zapobieganiu zakażeniom na oddziale chirurgicznym**, s. 59–64. **PRACE STUDENCKIE:** Anastazja Smaga, Beata Kowalczyk: **Odleżyny w obiektywie pielęgniarki i fizjoterapeuty**, s. 65–68 • Olga Ochyńska, Ewelina Okoń, Dominika Olek, Magdalena Pieniacka, Martyna Brzezińska: **Edukacja i pielęgnacja pacjenta z reumatoidalnym zapaleniem stawów**, s. 69–71.

2013, Vol. 2, Nr 4, s. 73–96

PRACE ORYGINALNE: Katarzyna Żelazko, Małgorzata Pałczyńska, Patrycja Ambrozik, Monika Przestrzelska: **Analiza czynników wpływających na powodzenie karmienia piersią**, s. 75–78 • Eleni Kleisiou, Izabella Uchmanowicz: **Praktyka pielęgniarska oparta na faktach (w jęz. ang.)**, s. 79–80.

PRACE POGLĄDOWE: Maciej Dobrzyński, Ireneusz Całkosiński, Justyna Bazan, Joanna Rosińczuk, Łukasz Pałka, Olga Parulska:

Zastosowanie kwasu acetylosalicylowego i tokoferolu w farmakologicznej terapii zatrucia dioksyną – przegląd piśmiennictwa, s. 81–84 • Olga Parulska, Maciej Dobrzyński, Justyna Bazan, Ireneusz Całkosiński: **Dorobek naukowy wrocławskiej szkoły traumatologii szczękowo-twarzowej (1947–2012)**, s. 85–89.

PRACE STUDENCKIE: Martyna Brzezińska, Beata Jankowska-Polańska, Olga Ochyńska, Ewelina Okoń, Dominika Olek, Magdalena Pieniacka, Agnieszka Duczak: **Ocena poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego wśród studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na kierunku Pielęgniarstwo**, s. 90–95.

2014, Vol. 3, Nr 1, s. 1–24

ARTYKUŁY REDAKCYJNE: Ekaterini Lambrinou: **Starzenie się i niewydolność serca: wyzwaniem dla opieki pielęgniarstwa** (w jęz. ang.), s. 2–3.

PRACE ORYGINALNE: Joanna Rosińczuk, Małgorzata Księżyc, Aleksandra Kołtuniuk, Dorota Kublik: **Analiza wybranych czynników ryzyka udaru mózgu wśród pacjentów po udarze**, s. 4–7 • Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik, Kuba Ptaszkowski: **Charakterystyka noworodków urodzonych podczas porodu w wodzie**, s. 8–13 • Katarzyna Rzatowska, Izabella Uchmanowicz, Marta Wleklak: **Wpływ czynników społeczno-demograficznych na jakość życia chorych na niedoczynność tarczycy**, s. 14–18.

PRACE POGLĄDOWE: Bernard Panaszek: **Współczesne postępowanie w alergicznym nieżycie nosa**, s. 19–23.

2014, Vol. 3, Nr 2, s. 25–56

PRACE ORYGINALNE: Joanna Rosińczuk, Małgorzata Księżyc, Aleksandra Kołtuniuk, Dorota Kublik: **Analiza stanu wiedzy o wybranych czynnikach ryzyka udaru mózgu wśród pacjentów po przebytym udarze mózgu**, s. 26–28 • Agata Sodomka, Katarzyna Lomper, Anna Rycombel, Izabella Uchmanowicz: **Zespół wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarki**, s. 29–33 • Izabella Uchmanowicz, Dorota Pikul, Beata Jankowska-Polańska, Maria Kuśnierz, Magdalena Lisiak: **Ocena jakości życia pacjentów po terapii CRT-P i implementacji kardiowertera-defibrylatora (urządzenia do terapii resynchronizacyjnej serca) w zależności od wieku** (w jęz. ang.), s. 34–39.

PRACE POGLĄDOWE: Anna Rymkiewicz: **Przyczyny i skutki urazów czaszkowo-mózgowych**, s. 41–46 • Izabela Wróblewska, Danuta Janik: **Pielęgnacja pacjenta z zakażeniem HCV**, s. 47–51.

HISTORIA MEDYCYN: Andrzej Kierzek, Małgorzata Paprocka-Borowicz, Jadwiga Kuciel-Lewandowska: **Tatarów nad Prutem. Działalność uzdrowiska do roku 1939**, s. 53–55.

2014, Vol. 3, Nr 3, s. 57–80

PRACE ORYGINALNE: Karina Budziejko, Karolina Tropak, Nina Żygadło-Plotnicka: **Leczenie stomatologiczne pacjentów niepełnosprawnych w znieczuleniu ogólnym**, s. 58–61 • Jowita Jakubas, Anna Rycombel, Katarzyna Lomper: **Wpływ akceptacji choroby na jakość życia kobiet z rakiem piersi**, s. 62–66 • Beata Jankowska-Polańska, Krystyna Wijacka, Katarzyna Lomper, Izabella Uchmanowicz: **Zachowania zdrowotne personelu pielęgniarstwa w profilaktyce nadciśnienia tętniczego**, s. 67–70 • Beata Stępień, Katarzyna Lomper, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska: **Czynniki wpływające na opóźnienia hospitalizacji chorych z ostrym zespołem wieńcowym**, s. 71–76.

PRACE STUDENCKIE: Jacek Cebulski: **Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z żylakami kończyn dolnych**, s. 77–79.

2014, Vol. 3, Nr 4, s. 81–112

PRACE ORYGINALNE: Katarzyna Golemo, Anna Rozensztrauch, Anna Janiga, Anna Kłodzińska: **Wiedza rodziców na temat alergii pokarmowych u dzieci**, s. 83–86 • Magdalena Gutt: **Bio-psychoseksualne aspekty nacięcia krocza podczas porodu**, s. 87–89 • Barbara Kinga Wierzbicka, Beata Jankowska-Polańska: **Poziom jakości opieki pielęgniarstwa na przykładzie oddziałów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu**, s. 90–96.

PRACE POGLĄDOWE: Krzysztof Tuszyński, Andrzej Kierzek: **Możliwości obniżenia wydatków indywidualnych osób niepełnosprawnych na leczenie i rehabilitację**, s. 97–101.

PRACE KAZUISTYCZNE: Beata Konecka, Agnieszka Zborowska, Victoria Haaßengier, Anna Rozensztrauch: **Opieka nad dzieckiem z zapaleniem płuc – opis przypadku**, s. 102–105 • Izabella Uchmanowicz, Marta Kurpaska, Aleksandra Kołtuniuk, Joanna Rosińczuk: **Proces pielęgnowania pacjenta po zatruciu propranololem w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii**, s. 106–111.

2015, Vol. 4, Nr 1, s. 1–28

PRACE ORYGINALNE: Aleksandra Brodowska, Justyna Dulko, Anna Jurczak, Małgorzata Szkup, Marzanna Stanisławska, Elżbieta Grochans: **Leczenie uzdrowiskowe a jakość życia pacjentów z przewlekłymi schorzeniami układu oddechowego**, s. 2–4 • Paulina Dudzic, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska, Anna Chudiak: **Ocena jakości życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym krwi**, s. 5–8 • Gabriela Kardas, Agnieszka Zborowska, Izabella Uchmanowicz: **Wpływ lęku i depresji na jakość życia pacjentów z niewydolnością serca**, s. 9–12 • Olga Ochyńska, Izabella Uchmanowicz, Marta Wleklak: **Wpływ wartości skali NYHA i akceptacji choroby na jakość życia w przewlekłej niewydolności serca**, s. 13–16.

PRACE POGLĄDOWE: Izabella Uchmanowicz, Angelika Pierożyńska, Aleksandra Kołtuniuk, Izabela Kuberka, Joanna Rosińczuk: **Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą Alzheimera**, s. 17–21 • Agnieszka Zborowska, Anna Nowak, Victoria Haaßengier, Anna Rozensztrauch: **Problemy opieki pielęgniarstwa nad dzieckiem z cukrzycą typu 1 w środowisku szkolnym w aspekcie kompleksowego planu opieki**, s. 22–24.

HISTORIA MEDYCYN: Andrzej Kierzek, Małgorzata Paprocka-Borowicz, Jadwiga Kuciel-Lewandowska: **Stokliszki – jedno z nadniemeńskich uzdrowisk do 1939 roku**, s. 25–27.

2015, Vol. 4, Nr 2, s. 29–56

PRACE ORYGINALNE: Beata Krysiak: **Przyczyny wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek**, s. 30–33 • Aldona Skrzypiec, Beata Jankowska-Polańska: **Postawa społeczeństwa wobec pobierania i przeszczepiania narządów od zmarłych dawców**, s. 34–39.

PRACE POGLĄDOWE: Joanna Rosińczuk, Aleksandra Kołtuniuk, Anna Madej, Izabela Kuberka: **Problemy pielęgnacyjne pacjentów leczonych operacyjnie z powodu tętniaka mózgu**, s. 40–42 • Magdalena Rybicka, Monika Przestrzelska: **Specyfika znieczulenia zewnątrzoponowego w przebiegu porodu – zadania pielęgniarki anestezjologicznej**, s. 43–46.

PRACE KAZUISTYCZNE: Aleksandra Iżykowska, Anna Rozensztrauch, Agnieszka Zborowska: **Dziecko z padaczką – istotność działalności edukacyjnej pielęgniarki w procesie akceptacji choroby oraz podnoszenia jakości życia pacjentów i opiekunów. Studium przypadku**, s. 48–50.

PRACE STUDENCKIE: Ewa Lentka, Anna Rozensztrauch, Paulina Kowalczyk, Katarzyna Torz: **Rola edukacyjna pielęgniarki w nieswoistych zapaleniach jelit u dzieci**, s. 51–54.

2015, Vol. 4, Nr 3, s. 57–80

PRACE ORYGINALNE: Ewa Bonarska, Anna Chudiak, Beata Jankowska-Polańska: **Czynniki socjodemograficzne i kliniczne w akceptacji choroby u pacjentów z cukrzycą typu 2**, s. 58–62 • Izabella Uchmanowicz, Maria Kuśnierz, Marta Wleklak, Beata Jankowska-Polańska: **Zależność między zespołem kruchości a częstością hospitalizacji w niewydolności serca**, s. 63–67.

PRACE POGLĄDOWE: Eleni Kletsiou: **Pozytywne Środowisko Pracy: uśmiechać się** (w jęz. ang.), s. 68–69 • Karolina Pieczętkiewicz, Anna Rozensztrauch: **Problemy pielęgnacyjne dzieci z zespołem nerczycowym**, s. 70–72 • Joanna Rosińczuk, Aleksandra Kołtuniuk, Izabela Kuberka, Izabella Uchmanowicz: **Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Parkinsona**, s. 73–76 • Bartosz Uchmanowicz, Joanna Rosińczuk, Izabella Uchmanowicz: **Charakterystyka wybranych zmiennych psychologicznych wpływających na jakość życia w astmie oskrzelowej**, s. 77–79.

2015, Vol. 4, Nr 4, s. 81–112

ARTYKUŁ REDAKCYJNY: Marta Wleklak, Izabella Uchmanowicz: **Wskaźnik słabowitości Tilburga – proste narzędzie badawcze do identyfikacji pacjentów z zespołem kruchości**, s. 82–84.

PRACE POGLĄDOWE: Ewelina Kozera: **Zależność między akceptacją choroby a poziomem lęku i depresji u pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego**, s. 85–88 • Katarzyna Łagoda, Urszula Andrejczyk, Grażyna Jurkowska: **Prowadzenie samokontroli przez pacjentów z cukrzycą**, s. 89–93 • Stanisław K. Manulik, Ewa Manulik, Bartosz Uchmanowicz: **Wpływ ISO 9001 oraz modelu EFQM na poprawę wydajności szpitali: przegląd systematyczny**, s. 94–98.

PRACE POGLĄDOWE: Izabela Kuberka, Aleksandra Kołtuniuk, Aleksandra Pytel, Joanna Rosińczuk: **Opatrunki specjalistyczne w praktyce pielęgniarstwa**, s. 99–101 • Irena Wolska-Zogata: **Otyłość i odchudzanie. O roli mediów w promowaniu zdrowego stylu życia**, s. 102–105.

PRACE KAZUISTYCZNE: Paulina Mostyńska, Monika Przestrzelska, Zdzisława Knihinicka-Mercik: **Specyfika opieki położniczej nad ciężarną zakwalifikowaną do innowacyjnych badań prenatalnych**, s. 106–109.

2016, Vol. 5, Nr 1, s. 1–44

PRACE ORYGINALNE: Monika Dullek, Agnieszka Młynarska: **Oce-
na stanu odżywienia i ryzyka powstania odleżyn wśród pen-
sjonariuszek Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego**, s. 3–7 • Bo-
gumiła Fałkowska: **Determinanty czasu dotarcia do pracowni
hemodynamicznej pacjentów w wieku podeszłym z zawałem
STEMI**, s. 8–11 • Rafał Kaczkowski, Agnieszka Młynarska: **Poziom
jakości opieki medycznej na przykładzie oddziałów Szpitala
Uniwersyteckiego**, s. 12–15 • Beata Kędzior, Izabella Uchmanow-
icz, Beata Jankowska-Polańska, Jacek Polański: **Poziom lęku
i depresji a stopień akceptacji choroby u pacjentów objętych
opieką hospicyjną**, s. 16–20 • Klaudia Nawrocka: **Badanie akty-
wacji płytek krwi podczas procesu hemodializy**, s. 21–24 • Ma-
ria Przyszlak, Maria Nowak, Barbara Kot-Doniec, Izabella Uchma-
nowicz, Joanna Rosińczuk: **Ocena kształcenia podyplomowego
pielęgniarek w oparciu o realizację kursu specjalistycznego
„Kompleksowa pielęgniarstwa opieka nad pacjentami z naj-
częstszymi schorzeniami wieku podeszłego”**, s. 25–30.

PRACE POGLĄDOWE: Anna Chudiak, Katarzyna Lomper: **Jakość
życia w nadciśnieniu tętniczym w kontekście nauk społecz-
nych i medycznych**, s. 31–34 • Barbara Prochota: **„Ostry temat”
– postępowanie w przypadku ekspozycji zawodowej**, s. 35–37.
PRACE KAZUISTYCZNE: Katarzyna Łagoda, Alina Nasuta, Grażyna
Jurkowska: **Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem niedożywio-
nym z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc – studium przy-
padku**, s. 38–42.

2016, Vol. 5, Nr 2, s. 45–68

PRACE ORYGINALNE: Eliza Miller, Anna Chudiak, Barbara Procho-
ta, Izabella Uchmanowicz: **Jakość życia pielęgniarek w zależ-
ności od rodzaju zatrudnienia**, s. 47–51 • Katarzyna Żelazko,
Aleksandra Szlęczka, Małgorzata Pałczyńska, Anna Jaros: **Ocena
przygotowania ciężarnej do porodu i macierzyństwa przez
Szkołę Rodzenia**, s. 52–55.

PRACE POGLĄDOWE: Karolina Pieczętkiewicz, Natalia Kuzia,
Anna Rozensztrauch, Iwona Pilarczyk-Wróblewska: **Problemy
pielęgnacyjne dzieci z wodogłowiem**, s. 56–59 • Aleksandra
Pytel, Aleksandra Kołtuniuk, Izabela Kuberka, Joanna Rosińczuk:
**Opieka pielęgniarstwa w świetle praw pacjenta w transgra-
nicznym systemie ochrony zdrowia**, s. 60–62 • Anna Rozensz-
trauch, Paulina Kowalczyk: **Nebulizacja 3% roztworem soli
hipertonicznej – wytyczne dla praktyki pielęgniarstwa w pe-
diatrii (jęz. ang.)**, s. 63–64 • Izabella Uchmanowicz, Beata Jankow-
ska-Polańska, Marta Wleklak: **Ocena samoopieki w niewydolno-
ści serca – narzędzia badawcze**, s. 65–67.

2016, Vol. 5, Nr 3, s. 69–100

PRACE ORYGINALNE: Ewelina Kolarczyk, Grażyna Markiewicz-
Łoskot, Joanna Jaromin: **Ocena stanu zdrowia osób pracują-
cych podczas badań profilaktycznych w zakresie medycyny
pracy**, s. 71–74 • Magdalena Ossowska, Barbara Bednarczyk-Ro-
solak, Tomasz Sterkowicz: **Wczesne wyniki usprawniania cho-
rych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego**, s. 75–78.

PRACE POGLĄDOWE: Emilia Mikołajewska, Dariusz Mikołajew-
ski: **Ograniczenia robotów rehabilitacyjnych**, s. 79–82 • Ma-
gdalena Ossowska, Michał Wolff, Tomasz Sterkowicz: **Krioterapia
w fizjoterapii**, s. 83–87.

PRACE KAZUISTYCZNE: Aleksandra Kołtuniuk, Malwina Stawo-
rowska, Joanna Rosińczuk: **Proces pielęgnowania pacjenta po
przebytym udarze krwotocznym mózgu**, s. 88–93 • Tomasz
Ramuś, Sylwia Krzemińska, Marta Arendarczyk, Adriana Boro-
dzicz: **Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa nad chorym
w pierwszej dobie hipotermii terapeutycznej po nagłym za-
trzymaniu krążenia**, s. 94–98.

2016, Vol. 5, Nr 4, s. 100–128

PRACE ORYGINALNE: Magdalena Kożuchowska, Monika Prze-
strzelska, Krzysztof Łątkowski: **Poziom wiedzy na temat nie-
płodności i zastosowania metody *in vitro* w populacji przy-
szłych rodziców**, s. 103–107.

PRACE POGLĄDOWE: Sebastian Głowoc: **Zarządzanie bezpie-
czeństwem i higieną pracy na stanowisku technik elektrora-
diologii**, s. 108–112 • Anna Janiga, Ewa Durawa: **Zasady pielę-
gnowania pacjenta ze stopą cukrzycową – rola pielęgniar-
ki w zespole multidyscyplinarnym**, s. 113–117.

PRACE KAZUISTYCZNE: Izabela Kuberka, Aleksandra Kołtuniuk,
Monika Michalak, Aleksandra Pytel, Joanna Rosińczuk: **Zastoso-
wanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej
(ICNP) w opiece okołoperacyjnej nad pacjentem z roz-
poznany chrzęstniakomięśniakiem kości krzyżowej**, s. 118–
120 • Patrycja Miniecka, Dorota Błajerska: **Opieka pielęgniar-
ska nad pacjentką ze schizofrenią paranoidalną**, s. 121–124.

2017, Vol. 6, Nr 1, s. 1–40

PRACE ORYGINALNE: Iwona Bonikowska: **Opinia Lubuszan na
temat transplantacji**, s. 3–8 • Natalia Guzenda, Justyna Zachciał,
Izabella Uchmanowicz: **Wpływ występowania zespołu kruchoci
na jakość życia pacjentów hemodializowanych w podeszłym
wieku**, s. 9–14 • Aleksandra Kołtuniuk, Aleksandra Pod-
siadły, Beata Jankowska-Polańska: **Poczucie koherencji a jakość
życia pacjentów z niewydolnością serca**, s. 15–18 • Karolina
Tworek: **Praca zawodowa a bóle kręgosłupa u pielęgniarek
pracujących w szpitalach**, s. 19–22.

PRACE POGLĄDOWE: Iwona Bonikowska: **Transplantacja w as-
pekcie społecznym**, s. 23–28 • Barbara Prochota: **Holistyczno-
funkcjonalny aspekt samoopieki pacjentów z niewydolno-
ścią serca**, s. 29–31.

PRACE KAZUISTYCZNE: Emilia Przygoda, Magdalena Trzęsowska,
Aleksandra Kołtuniuk, Joanna Rosińczuk: **Zastosowanie Mię-
dzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®)
w opiece pielęgniarstwa nad pacjentem z tętniakiem we-
wnątrzczaszkowym**, s. 32–34.

2017, Vol. 6, Nr 2, s. 41–72

PRACE ORYGINALNE: Jarosława Belowska, Mariusz Panczyk,
Aleksander Zarzeka, Joanna Gotlib: **Skuteczność kształcenia
w zakresie Evidence-Based Practice z wykorzystaniem plat-
formy e-learningowej Moodle™ dla studentów Warszawskie-
go Uniwersytetu Medycznego – badanie pilotażowe**, s. 43–49
• Katarzyna Żelazko, Marta Kamińska, Anna Jaros, Monika Prze-
strzelska, Małgorzata Pałczyńska: **Dolegliwości ciążowe – stan
wiedzy ciężarnych i rola edukacyjna położnych**, s. 50–52.

PRACE POGLĄDOWE: Agnieszka Jeł, Ilona Baszkiewicz, Tomasz
Ramuś: **Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki
Pielęgniarskiej (ICNP®) w opiece nad pacjentem po emboli-
zacji tętniaka kompleksu tętnicy łączącej przedniej (ACoA)**,
s. 53–56 • Natalia Świątoniowska, Agnieszka Maj, Anna Rozensz-
trauch: **Inwazyjna choroba pneumokokowa – zapobieganie**,
s. 57–59.

PRACE KAZUISTYCZNE: Kinga Gajewska, Monika Przestrzel-
ska, Zdzisława Knihinicka-Mercik: **Przebieg ciąży u pacjentki
z grupy wysokiego ryzyka położniczego**, s. 60–62 • Agnieszka
Sebda, Monika Przestrzelska, Małgorzata Pałczyńska: **Opieka
nad ciężarną z guzem mózgu**, s. 63–65 • Alicja Targos, Jagoda
Trzebuniak, Daniel Tenerowicz, Anna Rozensztrauch, Izabella
Uchmanowicz: **Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji
Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w opiece pielęgniarstwa
nad pacjentem ze spodziectwem**, s. 66–69.

VARIA: Joanna Gotlib, Izabella Uchmanowicz: **Projekt badaw-
czy „RANCARE – Missed Nursing Care: an International and
Multidimensional Problem” – COST Action CA15208 (w jęz.
ang.)**, s. 70–71.

2017, Vol. 6, Nr 3, s. 73–112

PRACE ORYGINALNE: Anna Dembowska, Joanna Gotlib: **Ocena zapotrzebowania na szkolenia w zakresie prawa medycznego wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego**, s. 75–81 • Violetta Teresa Szewczyk, Dorota Milecka, Jolanta Kolaszińska, Małgorzata Kornatowska, Izabella Uchmanowicz: **Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych**, s. 82–90 • Bożenna Szymczak, Joanna Gotlib: **Ocena możliwości doskonalenia zawodowego wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego**, s. 91–97.

PRACE POGLĄDOWE: Alicja Burzec, Eleonora Mess, Maciej Ornat, Iwona Pirogowicz: **Oparzenia u dzieci – rodzaje, ocena ciężkości oraz zasady postępowania**, s. 98–103.

PRACE KAZUISTYCZNE: Anna Stysiał, Monika Przestrzelska, Katarzyna Żelazko: **Poród lotosowy – studium przypadku**, s. 104–106 • Alicja Targos, Anna Rozensztrauch, Izabella Uchmanowicz: **Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w opiece nad pacjentem z wodogłowiem po wszczęciu zbiornika Rickhama**, s. 107–109.

2017, Vol. 6, Nr 4, s. 113–144

PRACE ORYGINALNE: Bożena Sokolińska, Joanna Gotlib: **Ocena poziomu empatii i umiejętności pracy z emocjami wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, lubelskiego i warmińsko-mazurskiego**, s. 115–120 • Aurelia Świątek, Dorota Milecka, Izabella Uchmanowicz: **Wypalenie zawodowe oraz satysfakcja z życia wśród pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej opieki**, s. 121–128.

PRACE POGLĄDOWE: Agnieszka Sieńko: **Podmiotowość pacjenta w przebiegu choroby**, s. 129–132.

PRACE KAZUISTYCZNE: Magdalena Kazimierska-Zajac, Joanna Bronowicka, Joanna Rosińczuk: **Diagnoza i terapia logopedyczna pacjenta z afazją po urazie głowy**, s. 133–134 • Izabela Kuberka, Aleksandra Aduła, Joanna Rosińczuk: **Profilaktyka odleżyn u pacjentki unieruchomionej po przebyciu udaru niedokrwinnym**, s. 135–139.

VARIA: Roman Heider, Andrzej Kierzek, Małgorzata Paprocka-Borowicz, Jadwiga Kuciel-Lewandowska, Wojciech Laber: **Zasługi Teodora Rafińskiego oraz Jerzego Alkiewicza dla Ośrodka Naukowo-Badawczego Chorób Układu Oddechowego u Dzieci w Kołobrzegu Kliniki Pediatrii Akademii Medycznej w Poznaniu**, s. 140–142.

2018, Vol. 7, Nr 1, s. 1–24

PRACE ORYGINALNE: Katarzyna Kosiorek, Joanna Gotlib: **Ocena wiedzy i postaw wobec praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego**, s. 3–10.

PRACE POGLĄDOWE: Patrycja Walniczek: **Kompleksowa terapia w leczeniu chorych na łuszczycę**, s. 11–13.

PRACE KAZUISTYCZNE: Agnieszka Maj, Elżbieta Licznar, Anna Rozensztrauch: **Uraz czaszkowo-mózgowy u dziecka. Opis przypadku**, s. 14–16 • Jagoda Trzebuniak, Alicja Targos: **Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z niewydolnością serca**, s. 17–20.

2018, Vol. 7, Nr 2, s. 25–52

PRACE ORYGINALNE: Marta Mańska, Barbara Wagner-Łosiecisko, Marta Wleklík: **Ocena zadowolenia wśród osób stosujących soczewki kontaktowe**, s. 27–30 • Jeki Refialdinata, Kumboyono Kumboyono, Tititn Andri Wihastuti, Septi Dewi Rachmawati, Aditya Nuraminudin Aziz: **Ostry zespół wieńcowy: czy pacjenci i członkowie rodzin są świadomi wystąpienia objawów ostrego zespołu wieńcowego?** (w jęz. ang.), s. 31–34 • Olga Szpanka, Joanna Gotlib: **Ocena stylów myślenia wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego**, s. 35–40.

PRACE POGLĄDOWE: Danuta Pulik, Patrycja Polańska, Roksana Gil, Katarzyna Mika, Justyna Spodzieja, Aleksandra Gałka, Ewa

Poleska, Eleonora Mess: **Dystrofia mięśniowa Duchenne'a – rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem**, s. 41–45 • Izabella Uchmanowicz, Joanna Gotlib: **Czym jest racjonowanie opieki pielęgniarskiej?**, s. 46–47.

PRACE KAZUISTYCZNE: Monika Michalak, Paulina Hydzik, Dagmara Waliszewska: **Opieka nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym**, s. 48–50.

2018, Vol. 7, Nr 3, s. 53–80

PRACE ORYGINALNE: Daria Drażba, Joanna Gotlib: **Ocena kompetencji asertywnego rozwiązywania problemów wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego**, s. 55–60 • Maciej Pawłowski: **Opinie obcokrajowców na temat funkcjonowania polskiej ochrony zdrowia – badanie ankietowe** (w jęz. ang.), s. 61–63.

PRACE POGLĄDOWE: Anna Rozensztrauch, Paulina Tylak, Maja Żurek, Kinga Tomaszewska: **Zespół PFAPA u dzieci** (w jęz. ang.), s. 64–65 • Łukasz Rypicz, Joanna Rosińczuk, Izabela Witczak: **Ergonomia w pracy pielęgniarek jako najwyższa forma minimalizowania ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych w szpitalu**, s. 66–69 • Patrycja Walniczek: **Problem jakości życia u pacjentów z łuszczycą**, s. 70–72 • Anna Wojtasińska-Żygadło, Joanna Rosińczuk: **Rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej w monitorowaniu występowania zakażeń szpitalnych**, s. 73–77.

2018, Vol. 7, Nr 4, s. 81–108

PRACE ORYGINALNE: Grzegorz Kubiela, Izabella Uchmanowicz: **Odsrespiratorowe zapalenie płuc u chorych leczonych w oddziale intensywnej terapii**, s. 83–88 • Paulina Piprek, Agnieszka Młynarska: **Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z kolostomią**, s. 89–92.

PRACE POGLĄDOWE: Martyna Kluszczyńska: **Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej przy zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego**, s. 93–96.

PRACE KAZUISTYCZNE: Kamila Bielecka-Kowal, Sandra Józwiak, Marek Woźniowski: **Wpływ rehabilitacji kardiologicznej na parametry hemodynamiczne i pracę serca chorego z niską frakcją wyrzutową lewej komory po zawale mięśnia sercowego – opis przypadku**, s. 97–100 • Dorota Kuba, Dorota Blajerska: **Opieka pielęgniarska nad pacjentką z zaburzeniami schizofrenicznymi**, s. 101–104.

2019, Vol. 8, Nr 1, s. 1–44

PRACE ORYGINALNE: Wiesław Bartkiewicz, Violetta Magiera, Ewa Fabich, Joanna Rosińczuk, Izabella Uchmanowicz: **Czynniki wpływające na wystąpienie nagłego zatrzymania krążenia na podstawie danych z Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu**, s. 3–9 • Ewa Fabich: **Wpływ stylu zachowania na jakość życia chorych z cukrzycą, poziom samoopieki oraz parametry kliniczne**, s. 10–14 • Wiktoria Jonderko, Natalia Klesyk, Marta Polniaszek, Monika Przestrzelska: **Portale internetowe jako źródło wsparcia informacyjnego dotyczącego macierzyństwa**, s. 15–20 • Anna Larysz: **Wpływ leku na zużycie środków przeciwbólowych u pacjentów w pierwszej dobie po zabiegach kardiologicznych**, s. 21–26 • Klaudia Petryka, Barbara Baranowska, Tomasz Duda: **Odmowa lub opóźnienie szczepień obowiązkowych noworodków**, s. 27–29 • Kamil Samordak, Justyna Chałubińska, Joanna Ptaszyńska, Lech Pomorski: **Społeczne i środowiskowe czynniki oraz ich wpływ na jakość życia pacjentów poddanych radioterapii**, s. 30–34.

PRACE POGLĄDOWE: Tomasz Cyrkot, Remigiusz Szczepanowski: **Skuteczność interwencji psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu schizofrenii**, s. 35–37 • Dorota Prędkiewicz, Katarzyna Gil, Beata Kuca: **Dylemat etyczny: szczepić dziecko czy nie? Kto poniesie odpowiedzialność, gdy „coś pójdzie nie tak”?**, s. 38–41.

2019, Vol. 8, Nr 2, s. 45–80

PRACE ORYGINALNE: Adrianna Gawińska, Antonina Doroszewska, Dorota Sys, Barbara Baranowska: **Wpływ obecności osoby towarzyszącej przy porodzie na doświadczenie porodowe rodzącej oraz poziom medykalizacji porodu**, s. 47–50 • Marta Łukasz, Barbara Baranowska, Inga Dańkowska: **Wpływ praktyki jogi na stan psychiczny kobiet w okresie okołoporodowym**,

przebieg porodu i odczucia kobiet związane z porodem, s. 51–55 • Dominika Niemyjska-Matulka, Barbara Baranowska, Dorota Sys, Piotr Węgrzyn: **Przyczyny opóźnienia lub zaniechania wczesnego kontaktu skóra do skóry noworodków i ich matek**, s. 56–59 • Zuzanna Zawadzka, Barbara Baranowska, Tomasz Duda, Aleksandra Romańska, Piotr Węgrzyn: **Znieczulenie zewnątrzoponowe w porodzie drogami natury a urazy okołoporodowe narządu rodowego – charakterystyka porównawcza**, s. 60–63.

PRACE POGLĄDOWE: Aleksandra Pilińska, Monika Przestrzelska: **Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dystroficzne**, s. 64–67 • Maria Romanowska, Barbara Baranowska: **Profilaktyka zakażeń noworodków paciorkowcami grupy B. Aktualne postępowanie okołoporodowe**, s. 68–71.

PRACE KAZUISTYCZNE: Karolina Bajor, Patrycja Andrzejczyk: **Opieka pielęgniarska nad pacjentem po przebyłym udarze niedokrwinnym mózgu – studium przypadku**, s. 72–77.

2019, Vol. 8, Nr 3, 81–106

PRACE ORYGINALNE: Ilona Baszkiewicz: **Racjonowanie opieki pielęgniarskiej na Oddziale Hematologii i Onkologii Dziecię-**

cej, s. 83–88 • Agnieszka Nowacka, Anna Przybył, Grażyna Dykowska: **Rola dokumentacji medycznej w opinii pracowników ochrony zdrowia**, s. 89–94.

PRACE POGLĄDOWE: Izabela Wróblewska, Katarzyna Bilewicz: **Zespół słabości u pacjentów w podeszłym wieku**, s. 95–98.

VARIA: Krzysztof Tuszyński, Andrzej Kierzek, Jacek Kotuła: **Procedury uzyskania orzeczeń o niepełnosprawności w stopniu znacznym oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji**, s. 99–103.

2019, Vol. 8, Nr 4, 107–130

PRACE ORYGINALNE: Sylwia Krzemińska, Edyta Czapor: **Ocena poziomu samoopieki u pacjentów z cukrzycą typu 2 z zastosowaniem kwestionariusza Self-Care of Diabetes Inventory (SCODI)**, s. 109–114.

PRACE KAZUISTYCZNE: Paulina Wiśniewska, Dorota Blajerska: **Opieka pielęgniarska nad pacjentem hospitalizowanym z powodu schizofrenii paranoidalnej**, s. 115–117.

VARIA: Krzysztof Tuszyński, Andrzej Kierzek, Jacek Kotuła: **W sprawie rozwiązywania niektórych problemów związanych z niepełnosprawnością**, s. 118–121 • **Spis treści za lata 2012–2019**, s. 122–126.

Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie

Tom 1

2014, B5, 404 strony
cena 69 zł

Tom 2

2015, B5, 484 strony
cena 75 zł

Tom 3

2016, B5, 536 stron
cena 80 zł

Tom 4

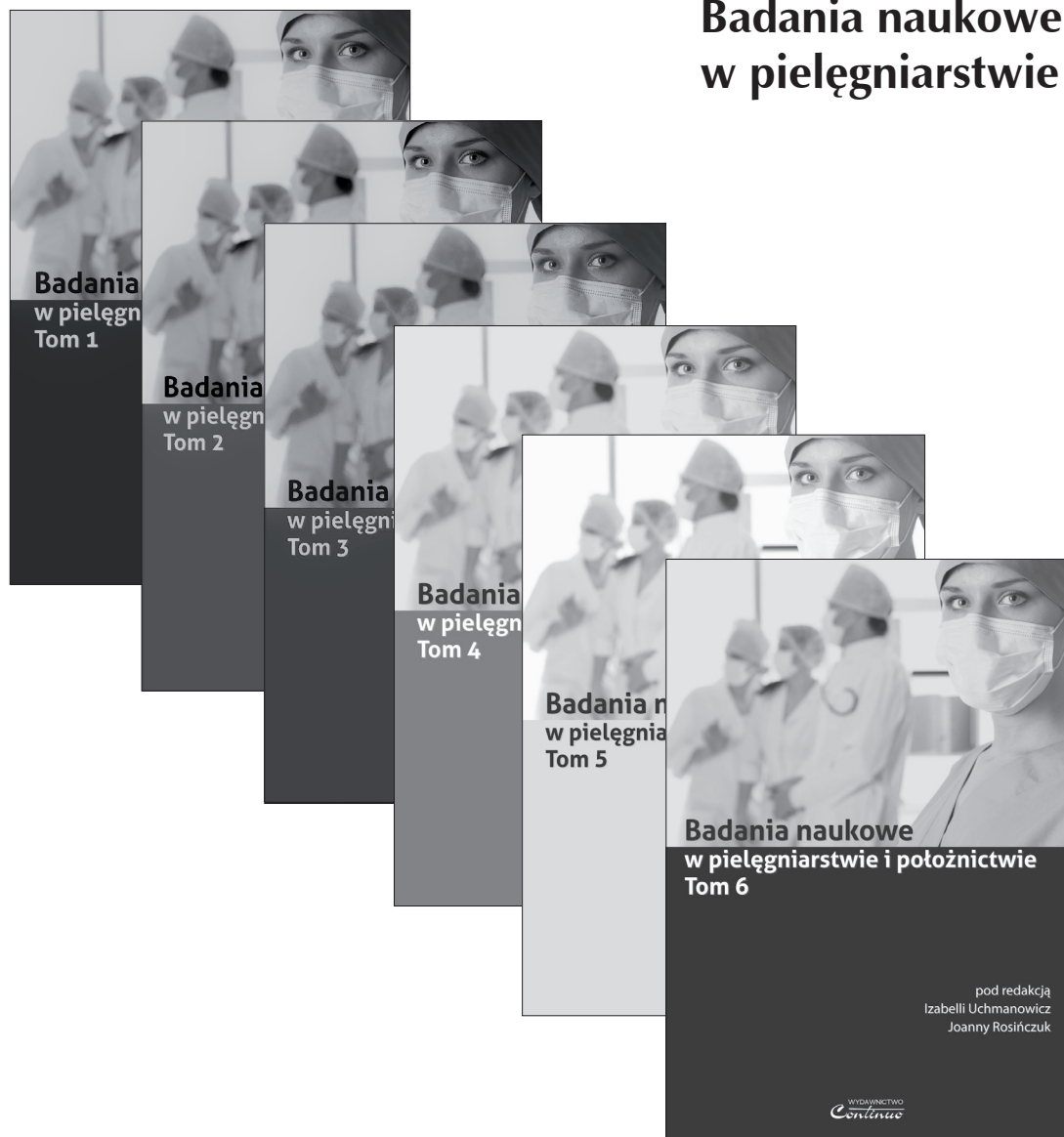
2017, B5, 544 strony
cena 80 zł

Tom 5

2018, B5, 430 stron
cena 75 zł

Tom 6

2019, B5, 378 stron
cena 70 zł



Współczesne pielęgniarstwo powinno opierać swoją praktykę na mocnych podstawach naukowych. Postęp w naukach medycznych i naukach o zdrowiu mobilizuje środowisko medyczne – w tym pielęgniarki i położne – do prowadzenia badań i wykorzystywania ich wyników w codziennej praktyce. Takie postępowanie, zgodne ze światowymi tendencjami (Evidence-Based Medicine, idea leczenia holistycznego), wpływa na poprawę jakości opieki, bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego, czy skuteczność wykonywanych procedur medycznych. W ten nurt wpisuje się monografia „Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie”, która dzięki swojemu wielotematycznemu charakterowi będzie prawdziwym kompendium wiedzy na temat właściwego postępowania z pacjentem w różnych jednostkach chorobowych – sposobów leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, skuteczności przestrzegania standardów, a także korzyści wynikających z wczesnego wdrożenia edukacji zdrowotnej.

Tom 1 składa się z 35 rozdziałów, tomy 2 i 3 mają po 41, tom 4 – 46, tom 5 – 35, a tom 6 – 31 rozdziałów. Autorzy zdobyli swoje doświadczenia w praktyce pielęgniarstwie lub położnictwie, a dodatkowo pogłębili je pracą naukowo-badawczą oraz podczas pełnienia funkcji nauczyciela akademickiego.

Książki adresowane są szczególnie do pielęgniarek oraz położnych praktykujących w szpitalach, przychodniach, zakładach opiekuńczych i leczniczych, w których sprawowana jest opieka nad pacjentem, nauczycieli akademickich oraz studentów.

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC

INFORMACJE OGÓLNE

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

ZASADY RECENZOWANIA PRAC

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

KONFLIKT INTERESÓW

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

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

OCHRONA DANYCH PACJENTÓW

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

WYMAGANIA ETYCZNE

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

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

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

PRAWA AUTORSKIE

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

INFORMACJE SZCZEGÓLWIE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU

PRZESYLANIE PRAC DO REDAKCJI

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

WERSJA ELEKTRONICZNA PRAC

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

MASZYNOPSIS

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

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

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

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

STRESZCZENIE

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

UKŁAD PRACY

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

TABELE

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

RYCINY

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

SKRÓTY I SYMBOLE

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

PIŚMIENICTWO

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

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