

Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym

Tom VI



Praca zbiorowa pod redakcją
dr n. med. Beaty Janiny Olejnik
dr n. med. Anny Baranowskiej
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

**Interdyscyplinarna opieka
nad dzieckiem chorym
Tom VI**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wydział Nauk o Zdrowiu



Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym Tom VI

Praca zbiorowa pod redakcją
dr n. med. Beaty Janiny Olejnik
dr n. med. Anny Baranowskiej
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

Białystok 2023

Recenzenci monografii

dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka

prof. AMP, prof UMK, Prorektor ds. Collegium Medicum Akademii Mazowieckiej w Płocku

dr hab. n. o zdr. Matylda Sierakowska

adiunkt Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Redaktorzy monografii

dr n. med. Beata Janina Olejnik

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

dr n. med. Anna Baranowska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

ISBN komplet 978-83-958200-9-0

ISBN Tom VI 978-83-67454-22-3

Monografia wydana w wersji elektronicznej, dostępna pod adresem:

https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz

Opracowanie graficzne: pliki darmowe <https://pl.freepik.com/>

Skład i łamanie tekstu: Klaudia Krybus @typograficzne

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

Materiały zawarte w publikacji mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Spis treści

Wiedza pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem z odleżynami w lecznictwie zamkniętym	11
Jadłowstręt psychiczny – dylematy pielęgniarki oddziału dziennego psychiatrii dzieci i młodzieży	21
Poziom wiedzy pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych na temat prawa pacjenta do dokumentacji medycznej	32
Wpływ pracy zmianowej na występowanie nadciśnienia tętniczego krwi u pielęgniarek	43
Poziom wiedzy rodziców z województwa pomorskiego na temat szczepionek wysokoskojarzonych 6 w 1	52
Ocena poziomu wiedzy rodziców na temat wirusów wywołujących zakażenia układu pokarmowego u dzieci	64
Ocena poziomu lęku wśród rodziców noworodków urodzonych przedwcześnie	76
Ocena jakości życia opiekunów dzieci chorych na alergię	88
Hospitalizacja jako sytuacja trudna rodziców dzieci w pediatrycznych ośrodkach hematologiczno – onkologicznych	98
Doświadczenia rodziców w opiece nad dzieckiem w śpiączce lub/i wybudzonym ze śpiączki	108
Dziecko z mechanicznym wspomaganiem krążenia – sztuczne komory serca. Opieka pielęgniarska	119
Dziecko z zespołem downa po zabiegu kardiochirurgicznym – problemy pielęgnacyjne	130
Opieka pielęgniarska nad pacjentem pediatrycznym z zapaleniem płuc – studium przypadku	141
Działania pielęgniarskie wobec dziecka z owsicą – studium przypadku	151
Specyfika opieki pielęgniarskiej wobec dziecka z moczeniem nocnym – studium przypadku	167
Dziecko z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych – analiza zjawiska	180
Wybrane problemy dzieci, jako przedmiot zainteresowania zdrowia publicznego	190
Socjodemograficzne determinanty zachowań zdrowotnych oraz wartości osobistych adolescentów szkół ponadpodstawowych	200

Wiedza pielęgniarek jako podstawa wszechstronnej opieki	
mgr Magdalena Kraft-Wirażka, dr n. o zdr. Magdalena Brodowicz-Król, mgr Beata Zams, dr n. med. Ewa Kulbaka	Wiedza pielęgniarek na temat opieki nad pacjentem z odleżynami w lecznictwie zamkniętym
dr n. o zdr. Elżbieta Dróżdż-Kubicka	Jadłowstręt psychiczny- dylematy pielęgniarski oddziału dziennego psychiatrii dzieci i młodzieży
dr Anita Gałęska-Śliwka, mgr zdr. pub. Patrycja Żarnoch, mgr piel. Maria Budnik-Szymoniuk	Poziom wiedzy pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych na temat prawa pacjenta do dokumentacji medycznej
dr n. o zdr. Magdalena Brodowicz-Król, dr n. med. Beata Biernacka1, mgr Anna Sokal, dr n. o zdr. Magdalena Korzyńska-Piętas, mgr Katarzyna Wiśniewska	Wpływ pracy zmianowej na występowanie nadciśnienia tętniczego krwi u pielęgniarek
Rodzice ważny członek zespołu terapeutycznego	
mgr Wiktoria Lubinska, dr n.o zdr. Aneta Kołodziejska, dr n. med. Anna Małecka-Dubiela, dr n.o zdr. Sandra Lange, prof. dr hab. n. o zdr. Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska	Poziom wiedzy rodziców z województwa pomorskiego na temat szczepionek wysokoskojarzonych 6 w 1
dr n. med. Dorota Maciąg, mgr Wiktoria Zięba, dr n. med. Monika Borek, dr n. o zdrow. Małgorzata Cichońska, dr n. o zdrow. Agnieszka Pawłowska-Muc	Ocena poziomu wiedzy rodziców na temat wirusów wywołujących zakażenia układu pokarmowego u dzieci
dr n med. Beata Kunikowska, mgr piel. Dorota Merabet, dr n med. Jolanta Glińska, prof. uczelni	Ocena poziomu lęku wśród rodziców noworodków urodzonych przedwcześnie
dr n o zdr Małgorzata Cichońska, mgr Magdalena Golińska, dr n med. Dorota Maciąg, dr n med. Monika Borek, mgr Joanna Góra	Ocena jakości życia opiekunów dzieci chorych na alergię
dr n.med. Monika Borek	Hospitalizacja jako sytuacja trudna rodziców dzieci w pediatrycznych ośrodkach hematologiczno – onkologicznych

dr n o zdr Małgorzata Cichońska, mgr Bogusława Kądziołka, mgr Agnieszka Michalska, mgr Karolina Cichońska, dr n med. Dorota Maciąg, dr n med. Monika Borek, dr n o zdr. Agnieszka Pawłowska-Muc	Doświadczenia rodziców w opiece nad dzieckiem w śpiączce lub/i wybudzonym ze śpiączki z tomu VII
Dziecko w centrum opieki	
mgr pielęgniarstwa Martyna Dębowska, dr n. o zdr. Gabriela Długosz-Ptaszek	Dziecko z mechanicznym wspomaganiem krążenia – sztuczne komory serca. Opieka pielęgniarska
mgr piel. Wiktoria Grut, dr n.o zdr. Gabriela Długosz-Ptaszek	Dziecko z zespołem Downa po zabiegu kardiochirurgicznym -problemy pielęgnacyjne
lic piel. Bożena Tutkowska, mgr Monika Buzanowska, dr n. med. Kazimiera Hebel	Opieka pielęgniarska nad pacjentem pediatrycznym z zapaleniem płuc – studium przypadku
mgr piel. Patrycja Marczak, dr n. o zdr. Dorota Milecka	Działania pielęgniarskie wobec dziecka z owsicą – studium przypadku
lic. piel. Martyna Michałowicz, dr n. o zdr. Dorota Milecka	Specyfika opieki pielęgniarskiej wobec dziecka z moczeniem nocnym – studium przypadku
mgr Irena Jastrzębska, mgr Katarzyna Szykowna, dr n. med. Ewa Molka	Dziecko z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych - analiza zjawiska
mgr Karolina Cichońska, mgr Agnieszka Michalska, dr n o zdr Małgorzata Cichońska, dr n o zdr. Katarzyna Kowalska	Wybrane problemy dzieci jako przedmiot zainteresowania zdrowia publicznego
dr n med., dr n. o zdr. Małgorzata Roman, mgr piel. Małgorzata Pawelczyk	Socjodemograficzne determinanty zachowań zdrowotnych oraz wartości osobistych adolescentów szkół ponadpodstawowych

Pojawienie się w rodzinie chorego dziecka to wprowadzenie w życie wielu zmian nierozzerwalnie powiązanych z szeregiem konsekwencji psychologicznych, mogących burzyć i utrudniać funkcjonowanie. Choroba dziecka dotyczy bowiem nie tylko jego, ale wpływa także na jego otoczenie. U rodziców wywołuje szereg emocji – od szoku i rozpacz, po lęk, niepewność, bezsilność a nawet poczucie winy, czy wstydu. Wywołuje także smutek z powodu cierpienia dziecka.

Rodzice stają się ważnym członkiem zespołu terapeutycznego. Ciężar opieki nad chorym dzieckiem w dużej mierze spoczywa na nich, na matce, lub ojcu, którzy zmuszeni są zreorganizować życie codzienne i zawodowe, by w całości poświęcić się dziecku. W wielu przypadkach opieka nad chorym dzieckiem zaczyna być treścią ich życia, a oni pomалуż rezygnują z własnego życia, z dotychczasowych pasji i zainteresowań. Pojawiają się problemy związane w radzeniu sobie ze stresem, życiem pod presją, zmęczeniem oraz strachem przed przyszłością i brak szczerości we wzajemnych kontaktach. Muszą przystosować się do choroby poprzez uczenie się nowych umiejętności związanych z opieką nad dzieckiem z wadą serca, z określonymi zabiegami, pielęgnacją, leczeniem i organizacją życia domowego. Muszą także zapewnić dziecku odpowiednie warunki do dalszego rozwoju intelektualnego, emocjonalnego i społecznego, budowania motywacji do działania oraz umacniania poczucia własnej wartości. Ma to szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych.

Rodzice muszą nauczyć się utrzymywać dobrą atmosferę w rodzinie i sprawić, aby choroba stała się nie obciążeniem, a jednym z wielu zadań do wykonania. Bardzo ważne jest bowiem, aby rodzina traktowała chorobę dziecka jako wyzwanie a nie porażkę, aby była gotowa do przyjmowania wsparcia, wierząc, że umiejętność proszenia o pomoc świadczy o sile i ich mądrości, a nie jest oznaką słabości. McCubbin wyróżnia trzy grupy strategii radzenia sobie przez rodzinę z chorobą przewlekłą: koncentracja na życiu rodzinnym i nadawanie znaczenia chorobie, podtrzymywanie u zdrowych członków rodziny dobrego samopoczucia przez dbałość o życie towarzyskie oraz rozwój kulturalny i zawodowy oraz utrzymywanie kontaktów z personelem medycznym, stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz wymiana informacji z rodzinami osób cierpiących na podobną chorobę. O tym,

co świadczy, że rodzina pomyślnie zmagą się z chorobą dowodzi fakt, że rodzina pozostaje integralną całością (spójność rodziny), że członkowie rodziny w pełni akceptują osobę chorą, że współżycie diady małżeńskiej układa się normalnie, że członkowie rodziny są w sposób adekwatny do ich wieku i możliwości rozwojowych poinformowani o chorobie; że rodzina przechodzi pomyślnie przez kolejne fazy tego procesu, że członkowie rodziny wyrażają zadowolenie z zachowania się osoby chorej (przede wszystkim przestrzegania zaleceń lekarskich) oraz rodzina wykazuje chęć współpracy z innymi rodzinami doświadczającymi podobnych trudności.

Na szczęście od kilku lat opiekę nad dzieckiem w szpitalu mogą sprawować także rodzice, bowiem na oddziałach pediatricznych stwarza się warunki do całodobowego/częstego kontaktu rodziców z dziećmi. Celem zminimalizowania u nich strach przed szpitalem, ogranicza się czas pobytu do niezbędnego minimum. Podczas hospitalizacji źródłem wsparcia dla dziecka mogą być nie tylko rodzice, ale także inny członek rodziny, przyjaciele. Do udzielania pomocy dziecku i rodzicom, przygotowani są także pielęgniarki, lekarze, psycholodzy, pracownicy socjalni i inni. Nie można zapominać, że dziecko jako pacjent różni się od chorego człowieka dorosłego. Jest z reguły niesamodzielne, bezbronne i uzależnione od pomocy dorosłych. W przypadku hospitalizacji bez rodziców dziecko cierpi z powodu braku bliskości emocjonalnej oraz braku poczucia bezpieczeństwa. Może być przerażone nową sytuacją, lękać się nieznanych miejsc, osób, aparatury medycznej.

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

dr n. med. Beata Janina Olejnik

dr n. med. Anna Baranowska

Wiedza pielęgniarek jako podstawa wszechstronnej opieki

WIEDZA PIELĘGNIAREK NA TEMAT OPIEKI NAD PACJENTEM Z ODLEŻYNAMI W LECZNICTWIE ZAMKNIĘTYM

mgr Magdalena Kraft-Wirażka¹, dr n. o zdr. Magdalena Brodowicz-Król²,
mgr Beata Zams², dr n. med. Ewa Kulbaka³

1. Absolwent Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu
2. Akademia Zamojska, Instytut Humanistyczno-Medyczny
3. Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Wstęp

Odleżyny to problem pacjentów leżących. Powstają bardzo szybko w miejscach ucisku. Rany trudno gojące się stanowią poważny problem dla każdego pacjenta. Jest to także jedna z trudniejszych ran do gojenia i leczenia [1, 2]. Zwykle leczenie i gojenie jest dłuższe niż jej powstanie. Duże znaczenie w leczeniu i profilaktyce odleżyn ma wiedza pielęgniarek. Stąd ich duża rola przy zajmowaniu się pacjentem z deficytem samoopieki i profilaktyki [3]. Wiedza o odleżynach pomaga pielęgniarkę nie tylko w leczeniu, ale ważna jest także w profilaktyce [4,5]. Natomiast znajomość standardów postępowania w pielęgnacji odleżyn pomaga w zakresie klasyfikacji odleżyn, skal obowiązujących np. Torrance'a oraz Norton. Znajomość klasyfikacji i skal pozwala na ocenę rozwoju powstałej rany u pacjentów, którzy przybyli do szpitala z odleżynami [6].

Cel pracy

Celem pracy była analiza wiedzy pielęgniarek w zakresie opieki nad pacjentem z odleżynami pracujących na oddziałach zamkniętych.

Materiał i metody

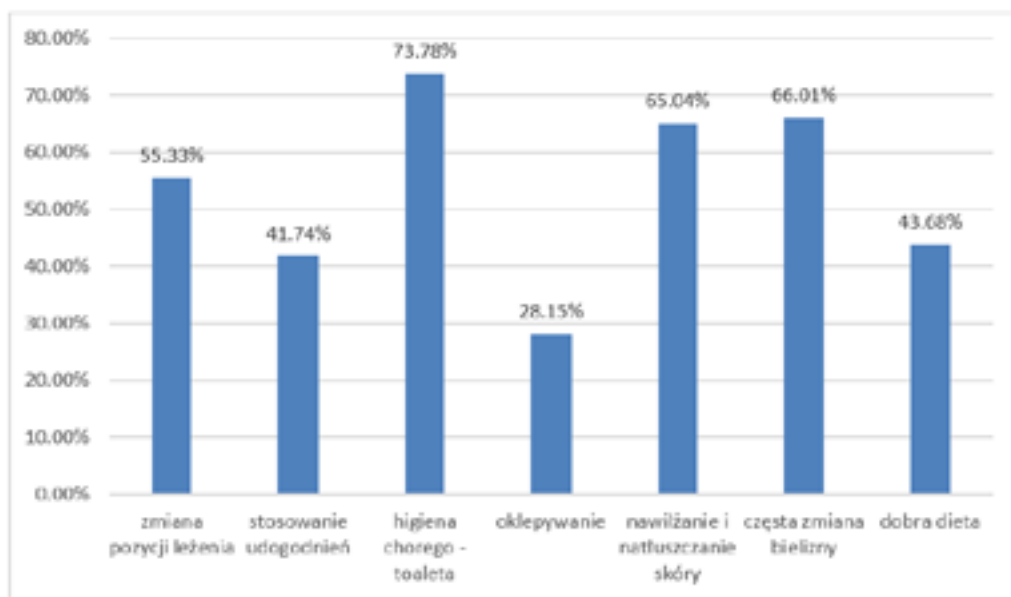
Badania zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania, przy wykorzystaniu narzędzia, którym była autorska, anonimowa ankieta zawierająca 17 pytań i metryczka. Badania zostały przeprowadzone w grupie 103 pielęgniarek. Za pomocą ankiety w Internetowej od 1 do 31 sierpnia 2022 roku.

Wyniki

Wśród badanych pielęgniarek najwięcej było w przedziale wiekowym 51-60 lat,

aż 33,98%, w przedziale 41-50 lat było 26,21%, w przedziale 31 – 40 lat 22,33%, a poniżej 30 roku życia tylko 13%.

Z badań wynika, że najwięcej pielęgniarek miało staż pracy w przedziale od 31 do 40 lat – 32,03%, następnie od 21 do 30 lat 27,16% i od 11 do 20 lat – 16,50%. Z dużym stażem powyżej 40 lat było 5,82% badanych a do 10 lat w sumie 18%. Badane pielęgniarki zapytano także o staż pracy w lecznictwie zamkniętym, ponieważ mogły też pracować w przychodniach, ośrodkach zdrowia i innych. Najwięcej personelu pielęgniarskiego pracowało w lecznictwie zamkniętym w przedziale

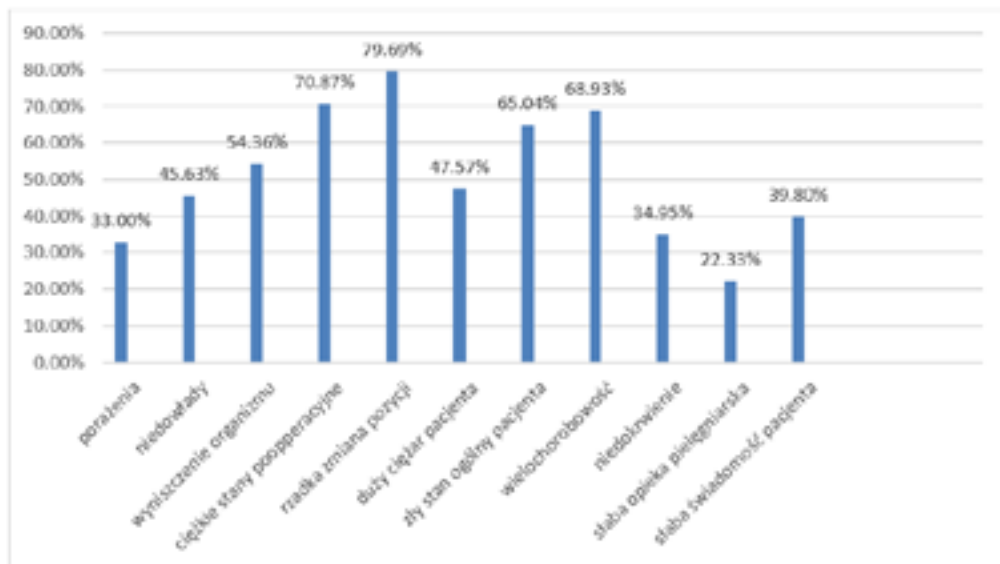


Wykres 1. Wpływ stosowanych zabiegów i czynności na zapobieganie odleżynom

stażu 11 – 20 lat, następnie w przedziale 21 – 30 lat 23,30%, dalej w przedziale 6 – 10 lat 22,33%, poniżej 5 lat pracowało 10,67%, a powyżej 30 lat 6,79%.

Według badanych pielęgniarek najważniejszym zabiegiem była higiena chorego – toaleta całego ciała 73,78% w dalszej kolejności:

- częsta zmiana bielizny (pościelowej i osobistej) – 66,01%
- nawilżanie i natłuszczenie skóry – 65,04%
- zmiana pozycji leżenia – 55,33%
- dobra dieta – 43,68%



Wykres 2. Najczęstsze przyczyny powstawania odleżyn u pacjentów w szpitalach

- stosowanie udogodnień (wałki, krążki) – 41,74%
- oklepywanie, nacieranie spirytusem – 28,15%

Jak wynika z badań najwięcej pielęgniarek jako najczęstsze przyczyny powstawania odleżyn u pacjentów w szpitalach wskazało rzadko zmienianą pozycję 79,69%, dalej w kolejności to:

- ciężkie stany pooperacyjne – 70,87%
- wielochorobowość – 68,93%
- zły stan ogólny pacjenta – 65,04%
- wyniszczenie organizmu – 54,36%
- duży ciężar pacjenta – 47,57%
- niedowłady – 45,63%
- słaba świadomość pacjenta – 39,70%
- niedokrwienie – 34,95%
- porażenia – 33,00%
- słaba opieka pielęgniarska – 22,33%

W celu ustalenia czy wiek pielęgniarek ma wpływ na podstawową wiedzę o odleżynach i ich przyczynach, dokonano obliczeń statystycznych z wykorzystaniem testu t-studenta.

Tabela I. Zależność wiedzy na temat przyczyn powstania odleżyn od wieku pielęgniarek

Przyczyny /wiek	n	< 20 lat	21-30 lat	31-40 lat	41-50 lat	51-60 lat	> 60 lat	Ogółem
Ucisk	n	1	4	2	2	2	1	12
	%	0,97	3,88	1,94	1,94	1,94	0,97	11,65
Tarcie	n	0	4	1	1	0	2	8
	%	0,0	3,88	0,97	0,97	0	1,94	7,76
Ucisk i tarcie	n	0	3	20	24	33	1	81
	%	0,0	2,91	19,41	23,30	32,03	0,97	78,64
Nie wiem	n	1	1	0	0	0	0	2
	%	0,97	0,97	0,0	0,0	0,0	0,0	1,94
Wartość testu chi2	$\chi^2 = 69,826$ $p = 0,0045678$ stopnie swobody 15 Wartość krytyczna = 24,9958							

Wartość testu chi2 wynosi 69,826 jest to wartość większa niż wartość krytyczna, dla $p=0,05$, która wynosi 24,9958. Oznacza to, że zachodzi zależność między wiekiem, a poziomem wiedzy pielęgniarek na temat źródeł powstawania odleżyn. Wynik jest istotny statystycznie, ponieważ współczynnik istotności wynosi $p = 0,0045678$. Poziom tej istotności jest niewielki.

Wartość testu chi2 wynosi 13,779 jest to wartość mniejsza niż wartość krytyczna, dla $p=0,05$, która wynosi 61,6562. Oznacza to, że nie zachodzi zależność między wiekiem, a poziomem wiedzy pielęgniarek na temat źródeł powstawania odleżyn. Wynik jest nieistotny statystycznie ponieważ współczynnik istotności, który wynosi $p=0,99999807$.

Zachodzi niewielka zależność między wiekiem, a poziomem wiedzy pielęgniarek na temat źródeł powstawania odleżyn.

Wartość testu chi2 wynosi 25,519 jest to wartość mniejsza niż wartość krytyczna, dla $p=0,05$, która wynosi 61,6562. Oznacza to, że nie zachodzi zależność między stażem pracy pielęgniarek, a poziomem wiedzy pielęgniarek na temat źródeł powstawania odleżyn. Wynik jest nieistotny statystycznie ponieważ współczynnik istotności, który wynosi $p=0,98720322$. Nie zachodzi zależność między stażem pracy pielęgniarek, a ich podstawową wiedzą o odleżynach i przyczynach ich

Tabela II. Zależność między wiekiem pielęgniarek a wiedzą na temat przyczyn powstawania odleżyn

Przyczyny /wiek	n	< 20 lat	21-30 lat	31-40 lat	41-50 lat	51-60 lat	> 60 lat	Ogółem
Podrażnienia	n	2	6	7	6	8	4	34
	%	1,94	5,82	6,79	5,82	7,76	3,88	33,00
Niedowłady	n	2	6	9	13	13	4	47
	%	1,94	5,82	8,73	12,62	12,62	3,88	45,63
Wyniszczenie organizmu	n	1	8	12	14	16	4	56
	%	0,97	7,76	11,65	13,59	15,53	3,88	54,36
Ciężkie stany pooperacyjne	n	2	9	14	19	23	4	73
	%	1,94	8,73	13,59	18,44	22,33	3,88	70,87
Rzadka zmiana pozycji	n	2	10	18	17	29	4	82
	%	1,94	9,70	17,47	16,50	28,15	3,88	79,69
Duży ciężar pacjenta	n	2	7	11	10	14	4	49
	%	1,94	6,79	10,67	9,70	13,59	3,88	47,57
Zły stan ogólny pacjenta	n	2	9	15	17	20	4	67
	%	1,94	8,73	14,56	16,50	19,74	3,88	65,04
Wielo-chorobowość	n	1	7	17	19	22	5	71
	%	0,97	6,79	16,50	18,44	21,35	4,85	68,93
Niedokrwienie	n	2	6	8	9	9	2	36
	%	1,94	5,82	7,76	8,73	8,73	1,94	34,95
Słaba opieka pielęgniarska	n	2	4	4	5	6	2	23
	%	1,94	3,88	3,88	4,85	5,82	1,94	22,33
Słaba świadomość pacjenta	n	1	4	11	12	10	3	41
	%	0,97	3,88	10,67	11,65	9,70	2,91	39,80
Wartość testu χ^2	$\chi^2 = 13,779$ $p = 0,99999807$ stopnie swobody 45 Wartość krytyczna =61,6562							

powstawania. Staż pracy nie ma wpływu na poziom wiedzy na temat źródeł ich powstania.

Wartość testu χ^2 wynosi 7,584 jest to wartość mniejsza a niż wartość krytyczna, dla $p=0,05$, która wynosi 43,7730. Oznacza to, że nie zachodzi zależność między stażem pracy pielęgniarek, a poziomem wiedzy na temat leczenia odleżyn. Wynik jest nieistotny statystycznie ponieważ współczynnik istotności, który wynosi $p=0,99998916$.

Podsumowanie

Praca pielęgniarki ze względu na specyfikę działań nad osobami całkowicie lub częściowo zależnych od specjalistycznej opieki, wymaga współpracy ze strony rodziny, jak i innych opiekunów chorego. Personel pielęgniarski oraz usługi świadczone przez niego podlegają ocenie pacjentów w zakresie jakości. To jednak zależy w dużej mierze od wiedzy pielęgniarek. Tak jest też w przypadku leczenia i profilaktyce odleżyn. Tu dużą rolę odgrywa wiedza i doświadczenie personelu pielęgniarskiego. Należy podkreślić, że odleżyny są powszechne u pacjentów hospitalizowanych na oddziałach. Według WHO czynniki ryzyka obejmują podeszły wiek, zmniejszoną mobilność, wielochorobowość i złe odżywianie. Pacjenci z tymi czynnikami ryzyka są często przyjmowani na oddział geriatryczny podczas hospitalizacji. Należy jednak zwrócić uwagę na zbadanie nowych podejść stosowanych w profilaktyce, leczeniu i leczeniu odleżyn oraz na upewnieniu się, że praktyka jest oparta na najlepszych dostępnych dowodach.

Należy podkreślić, że odleżyn można uniknąć, a profilaktyka jest często postrzegana jako problem pielęgniarski. Można wykorzystać różne narzędzia, aby skupić się na ustrukturyzowanej ocenie ryzyka wszystkich pacjentów przyjmowanych do szpitala z ponowną oceną za każdym razem, gdy zmieniają się warunki pacjentów.

Wnioski

We wnioskach końcowych ustalono, że:

1. Pielęgniarki znają proces pielęgnowania w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn.
2. Wprowadzenie standardów profilaktyki przeciwodleżynowej przynosi znaczną poprawę jakości świadczonych usług medycznych.
3. Dobra wiedza o odleżynach i profilaktyce przeciwodleżynowej w postaci rzetelnie prowadzonych działań pomaga pacjentom.
4. Duża wiedza i ogólnie przyjęte zasady leczenia odleżyn przynoszą coraz lepsze wyniki terapeutyczne.

5. Znajomość profilaktyki i leczenia odleżyn pozwala na wdrażanie tej wiedzy we wszystkich szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i domach opieki.
6. Wydaje się, że konieczne jest wprowadzenie kompleksowej edukacji przeciwdleżynowej w środowisku pielęgniarstwie, ponieważ pewien odsetek ma ograniczoną wiedzę w tej problematyce.
7. Należy zwrócić uwagę, że ograniczenia wiedzy o odleżynach wyraźnie wskazuje na pewne braki w literaturze naukowej pielęgniarstwie prac empirycznych z zakresu problematyki i leczenia odleżyn, które pozwoliłyby na weryfikację skuteczności sposobów i metod postępowania w praktyce zawodowej.

Dyskusja

Podsumowując, należy podkreślić, że badanie to wskazuje, że większość ankietowanych pielęgniarek wykazała się znajomością wiedzy o odleżynach. Istnieją badania, z których wynika, że zalecenia dotyczące zapobiegania i leczenia odleżyn są znane pielęgniarkom, ale w praktyce są one stosowane rzadziej. Nasze badanie wykazało, że pielęgniarki pracujące na oddziałach zamkniętych przedstawiły odleżyny jako temat, który wymaga uwagi podczas opieki nad pacjentami.

W badaniach przeprowadzonych przez Zulkowskiego [7] dotyczących oceny poziomu wiedzy pielęgniarek w aspekcie jakości opieki wobec chorych z ranami przewlekłymi potwierdzono, że wyższe wyniki w zakresie wiedzy były związane z krótkim czasem ukończenia kursu leczenia ran. W badaniach autorzy zwrócili uwagę na uznanie leczenia ran jako specyficznej „specjalizacji” i podkreślili znaczenie certyfikowanych szkoleń w tym zakresie pracowników ochrony zdrowia jako ważnego czynnika determinującego rozwój zawodowy. W badaniach Mazurek - Melnyk obejmujących grupę pielęgniarek, wykazano, że poziom wiedzy w zakresie profilaktyki i leczenia odleżyn był zależny od stażu pracy. Wraz ze wzrostem stażu pracy zmieniał się poziom wiedzy w zakresie metod oczyszczania ran i w zakresie zakażeń w ranie. Uzyskane wyniki należy rozpatrywać w szerszym kontekście, biorąc pod uwagę bieżące wykorzystanie wiedzy uzyskanej przez pielęgniarki w ramach kształcenia przed- i podyplomowego w codziennej praktyce zawodowej. Wiąże się to koniecznością wdrożenia do praktyki koncepcji rozumianej jako proces, w którym specyficzna wiedza oparta na badaniach (nauce) jest realizowana w praktyce pielęgniarstwie [8]. Natomiast według Bazalińskiego i innych [9] praktyka pielęgniarstwa bazująca na aktualnej wiedzy jest kluczem do zapewnienia wysokiej jakości opieki pielęgniarstwie i obniżenia jej kosztów.

Przeprowadzona przez innych autorów metaanaliza obejmująca 84 badania i 4146 pacjentów wykazała, że pacjenci, którzy otrzymują opiekę pielęgniarską zgodnie z aktualną wiedzą, mają lepsze wyniki niż ci, którzy otrzymują opiekę tradycyjną[9]. Według wielu autorów to pielęgniarki są odpowiedzialne za podejmowanie działań profilaktycznych i strategii miejscowego leczenia ran w opiece nad chorym z ryzykiem i lub z odleżyną. Warunkiem jednak jest ciągła aktualizacja wiedzy, podejmowanie refleksji w praktyce pozwalającej na ocenę zgodności z aktualną wiedzą, zaleceniami i rekomendacjami oraz rozumienie samodzielności zawodowej [10, 11, 12, 13, 14, 15].

Podstawowym celem badań było określenie wiedzy personelu pielęgniarskiego o pielęgnacji pacjentów z odleżynami. Z naszych badań wynika, że jeśli chodzi o wiedzę o odleżynach to 75,72% badanych pielęgniarek ma taką wiedzę, 78,64% wie co to jest odleżyna. Jako najważniejszy zabieg, który zapobiega odleżynom pielęgniarki uznały higienę chorego – toaletę całego ciała 73,78% oraz częstą zmianę bielizny (pościelowej i osobistej) – 66,01%, a także nawilżanie i natłuszczenie skóry – 65,04%.

Według badanych najczęstsze miejsce powstawania odleżyn w pozycji siedzącej to miejsce nad kością ogonową 36,89%, miejsce na pośladkach wskazało 31,06%, a możliwość obu przypadków jednocześnie 30,09%, a w pozycji leżącej między pośladkami 34,95%, następnie wzdłuż kręgosłupa 27,18% i na piętach 23,30%. Jako element profilaktyki należy stosować bieliznę naturalną odpowiedziało 78,64%, oraz nie krochmalenie pościeli - 84,46%, tak odpowiedziało 11,65%, a nie wiem wskazało 3,88%.

Według 73,68% badanych nie należy stosować pozycji półsiedzącej ani półleżącej. Pielęgniarki uznały także, że stosowanie materaca przeciwoleżynowego przyczynia się do redukcji stałego ucisku tkanek w jednym miejscu – 73,78%, ma właściwości terapeutyczne i zmniejszające ból – 69,90% oraz wpływa na komfort osoby chorej – 68,93%.

Pielęgniarki w zdecydowanej większości 83,49% uznały, że wilgotna i mokra pościel nie sprzyja gojeniu ran, a masa ciała pacjenta ma zdecydowany wpływ na powstawanie odleżyn 89,32% badanych. Wpływ na profilaktykę odleżyn ma ograniczona gimnastyka 69,90% badanych. Także właściwa dieta Uznano w 60,19%, że dieta uwzględniająca dużą zawartość białka i soli mineralnych i ograniczenie słodczy zmniejsza ryzyko wystąpienia odleżyn – 60.19%.

Piśmiennictwo

1. Bazaliński D.: Trudno gojące się rany w opiece domowej. [w:] Kochaniuk H. (red.): Pielęgniarska. Opieka nad osobami starszymi. Wydawca Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza, Warszawa 2009, 30-31.
2. Bazaliński D., Fąfara A., Ząbek P., Kózka M.: Profilaktyka i leczenie odleżyn w praktyce personelu pielęgniarskiego oddziałów neurologicznych w odniesieniu do wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Doniesienie wstępne. Leczenie Ran. 2015, 179-186.
3. Białoń-Janusz A.: Profilaktyka i leczenie odleżyn w opiece paliatywnej. [w:] de Walden-Gałaszko K. (red.): Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 149-155.
4. Cierzniałowska K., Szewczyk M., Łabuńska A., Michalak S., Popow A., Jawień A.: Ocena ryzyka rozwoju odleżyn na podstawie skali Doreen Norton. Leczenie Ran. 2011, 8(1), 7-13.
5. Cwajda-Białasik J., Mościcka P., Szewczyk M.T.: Wybrane metody leczenia ran przewlekłych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2019, 1, 1-11.
6. Dullek M., Młynarska A.: Ocena stanu odżywienia i ryzyka powstania odleżyn wśród pensjonariuszek zakładu opiekuńczo-leczniczego. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia. 2016, (1), 3-6.
7. Zulkowski K., Ayello E.A.: Rural and urban nurses knowledge of pressure ulcers. World Council of Enterostomal Therapists, 2005, 25, 24-30.
8. Mazurek-Melnyk B., Fineout-Overholt E., Stillwell S.B., Williamson K.M.: Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. American Journal of Nursing, 2010, 110, 51-53.
9. Budynek M., Nowacki C.: Opatrywanie ran. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008.
10. Cwajda-Białasik J., Mościcka P., Szewczyk M.T.: Wybrane metody leczenia ran przewlekłych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2019, 1, 1-11.
11. Sopata M., Łuczak J.: Odleżyna- profilaktyka i leczenie. Przewodnik Lek 2001, 4(7), 120-126.
12. Sopata M., Łuczak J.: Profilaktyka i leczenie zachowawcze odleżyn. Zakażenia 2003, 4, 81-82.
13. Szewczyk M.T., Cwajda J., Cierzniałowska K.: Zasady prowadzenia skutecznej profilaktyki ran odleżynowych. Wiadomości Lekarskie, 2006, 59, 11-12.

14. Szewczyk M.T., Kózka M., Cierzniańska K. i wsp.: Profilaktyka odleżyn - zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I. Leczenie Ran, 2020, 17, 113-146.
15. Wysokiński P., Świeszczak K.: Odleżyny jako istotny problem w opiece i rehabilitacji pacjenta unieruchomionego, Horyzonty współczesnej fizjoterapii, 2016, 195-212.

JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY – DYLEMATY PIELĘ- GNIARKI ODDZIAŁU DZIENNEGO PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY

dr n. o zdr. Elżbieta Drózd-Kubicka¹

1. Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” Warszawa Warszawa, Ośrodek Psychiatrii dzieci i Młodzieży

Wprowadzenie

Promocja zdrowia od początku swojego istnienia już w pierwszym dokumencie ją definiującym wskazuje na styl życia jako jedno z uwarunkowań sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. W 1974 roku Kanadyjski minister zdrowia Marc La Londé'a w raporcie „Nowe perspektywy dla zdrowia Kanadyjczyków” określił cztery główne determinanty zdrowia, wskazując styl życia jako najważniejszy czynnik (53%) odpowiedzialny za nie przed warunkami genetycznymi, środowiskiem fizycznym i ochroną zdrowia [1]. W XXI wieku nabrało to szczególnego znaczenia w dobie kultu młodości, piękna, ciała, szczupłej sylwetki. Popularyzuje się treści związane z dietą, odżywianiem, aktywnością fizyczną jako świadomość zdrowotną modyfikującą styl życia poszczególnych osób. Jak ważna jest to w tej chwili idea widzimy m. in. w mediach społecznościowych, reklamach telewizyjnych, billboardach. Wszyscy spotkaliśmy się w mass mediach, na stornach internetowych, portalach społecznościowych, blogach z takimi sformułowaniami jak: -jedz 5 posiłków dziennie, -unikaj glutenu, cukru, słodzików, fast-foodów, -pij 2 l wody, -rób minimum 10 tysięcy kroków, -ćwicz regularnie, -dostarczaj odpowiednią ilość mikro i makroskładników, -kochaj swoje ciało, -nie porównuj się z innymi, -bądź sobą. Realizacja tych wskazówek wydaje się dość prosta, jednak przełożenie tych prozdrowotnych porad na realia życia codziennego często nie są łatwe dla osób dorosłych a co dopiero dla wchodzącej w dorosłość młodzieży. Dodatkowo/równolegle łatwy dostęp do stron internetowych o tematyce proanorektycznej, wizerunki modelek w rozmiarach 34-36, zachowania idoli, błędnie interpretowane idee ekologii itp. to niektóre społeczno-kulturowe czynniki mające wpływ na kształtowanie się niekiedy niewłaściwych zachowań żywieniowych w szczególności u dzieci i młodzieży nie mających odpowiedniej wiedzy i samoświadomości oraz wsparcia w sferze psychologiczno-poznawczej, to jedne z czynników predysponujących

do wystąpienia zaburzeń odżywiania. Wśród innych przyczyn prowadzących do wystąpienia jednego z zaburzeń odżywiania najczęściej diagnozowanego wśród adolescentów jakim jest jadłowstręt psychiczny (JP) możemy zaliczyć czynniki:

- Genetyczne,
- Osobowościowe (perfekcjonizm, uległość, nieśmiałość, niska samoocena, poczucie nieefektywności, osobowość – unikająca, histrioniczna, anankastyczna),
- rodzinne (wysokie oczekiwania, nadopiekuńczość, uwikłanie, sztywność, zaburzenia psychiczne u rodziców, trudności w rozwiązywaniu konfliktów, odpowiedzialność dziecka za rodzinę),
- Problemy w środowisku rówieśniczym,
- Problemy w okresie noworodkowym (problemy z karmieniem i snem w okresie niemowlęcym),
- Zaburzenia psychiczne (afektywne, nerwicowe i lękowe, obsesyjno-kompulsywne, szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych, schizofrenia),
- Nadwaga w dzieciństwie,
- Ortoreksja.

Rozwinięcie

ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych to najpowszechniejsze zestawienie kryteriów diagnostycznych dzięki kodom, kategoriom oraz definicjom jednostek nozologicznych związanych między innymi ze zdrowiem psychicznym mające zastosowanie na całym świecie, w tym w Polsce. Wersja dziesiąta (ICD-10) zawiera między innymi podział zaburzeń odżywiania. Klasyfikacja wskazuje podstawowe 8 zaburzeń odżywiania w tym najczęściej omawianą i diagnozowaną wśród dzieci i młodzieży Anorexia Nervosa (jadłowstręt psychiczny). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała w 2018r nową/kolejną wersję ICD-11, w oparciu o postęp w naukach medycznych, badania naukowe i statystykę epidemiologii chorób ma ona na celu uaktualnienie i zwiększenie trafności diagnoz klinicznych, a tym samym wyjście naprzeciw współczesnym problemom klinicznym. W Polsce wersja ta została przetłumaczona i jest wdrażana od 2022r, czas na pełne wprowadzenie tej klasyfikacji obejmuje 5 lat okresu przejściowego. W ICD-11 zmodyfikowano m.in. sam podział zaburzeń odżywiania jak i kryteria kwalifikacji do nich.

Druga stosowana na świecie klasyfikacja to „Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych” DSM-5 (diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego funkcjonująca równolegle z ICD, klasyfikacja ta wskazuje również podział zaburzeń odżywiania. W obu wersjach obecnie zrezygnowano z kryterium braku miesiączki/menstruacji jako jednego z istotnych kryteriów jadłowstrętu psychicznego, dodatkowo wprowadzono kryterium minimalnego czasu trwania objawów do minimum czterech tygodni. Złagodzone zostało wymaganie diagnostyczne dotyczące niedowagi – aktualnie wartość BMI (body mass index) wskazującego na występowanie anoreksji jest równa lub niższa niż 18, 5 kg/m² (w ICD-10 było to BMI poniżej 17, 5 kg/m² lub równe tej wartości). Zwrócono uwagę na kryterium związane z lękiem przed zwiększeniem masy ciała rozszerzając je o koncentrację na masie lub kształcie ciała, jedzeniu i odżywianiu oraz zwiększaniu wydatku energetycznego organizmu jako istotnych wskaźników diagnostycznych [2, 3, 4].

Tab. 1. Podział zaburzeń odżywiania w poszczególnych klasyfikacjach.

ICD-10. zaburzenia odżywiania	ICD-11	DSM-5
F 50.0 jadłowstręt psychiczny	6B80 jadłowstręt psychiczny	307.1 anoreksja psychiczna;
F 50.1 jadłowstręt psychiczny atypowy	6B81 bulimia	>postać z napadami
F 50.2 żarłoczność psychiczna	6B82 zaburzenia z napadami objadania się	objadania się/ przeczystycznia
F 50.3 atypowa żarłoczność psychiczna	6B83 zaburzenia odżywiania polegające na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów	>postać ograniczająca
F 50.4 przejadanie się związane z innymi czynnikami psychicznymi	6B84 Zespół Pica	307.51 bulimia psychiczna
F 50.5 wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi	6B85 zaburzenia ulewania/ przeżuwania pokarmów	307.51 napadowe objadanie się
F 50.8 inne zaburzenia odżywiania	6B8Y inne określone zaburzenia karmienia lub odżywiania	307.52 pica
F 50.9 zaburzenia odżywiania się, nieokreślone [2]	6B8Z zaburzenia odżywiania się lub karmienia, nieokreślone [3]	307.59 zaburzenie przeżuwania
		zaburzenia z unikaniem/ ograniczeniem przyjmowania pokarmu
		307.59 inne zaburzenia karmienia lub odżywiania się
		307.50 nieokreślone zaburzenie karmienia lub odżywiania się [4]

Źródło: Opracowanie własne na podstawie pozycji piśmiennictwa 2, 3, 4.

Do zachowań, które powinny wywołać niepokój, wzmóc czujność wśród rodziców, wzbudzić podejrzenia zaburzeń odżywiania u swoich dzieci zaliczyć możemy:

- odmawianie wspólnych posiłków, jedzenie w samotność przy zamkniętych drzwiach swojego pokoju - tłumaczone dużą ilością nauki,
- chętnie przygotowywania potraw dla rodziny z jednoczesną rezygnacją z posiłku tłumacząc się częstym próbowaniem jedzenia podczas gotowania,
- bardzo częste używanie sformułowań - nie jestem głodna, zjem później, jadłam wcześniej,
- zmiana diety, jedzenie wybiórcze produktów lub tylko niskokalorycznych,
- jedzenie małych porcji, pozostawianie na talerzu większości podanego posiłku,
- jedzenie „niezgrabne” porzucane „przypadkowo” wokół talerza lub na podłodze,
- przyjmowanie posiłków, czytanie, uczenie się w pozycji stojącej lub w ruchu,
- używanie dużej ilości ostrych przypraw,
- wydłużony czas żucia i całościowego przyjmowania posiłku
- odmawianie zabierania śniadania do szkoły, w zamian prośba o pieniądze na kupienie posiłku,
- uczucie zimna, ubieranie się warstwowe, chłodne ręce i stopy,
- znajdowanie niedojedzonego pokarmu w nietypowych miejscach,
- wychodzenie bezpośrednio po posiłku do WC i długie w nim przebywanie,
- znaczne zwiększenie aktywności fizycznej z jednoczesnym obsesyjnym liczeniem kalorii,
- znajomość wartości kalorycznych poszczególnych produktów i przesadne wczytywanie się w etykiety opakowań,
- nadużywanie środków przeczyszczających i moczopędnych, tłumaczone częstymi problemami zdrowotnymi,
- używanie słodzików w dużej ilości,
- częste picie wody, herbat ziołowych, coca-coli „0”,
- ciągle lub bezpośrednio po posiłkach żucie gumy,
- ssanie kostek lodu,
- zwiększona suchość skóry,
- omdlenia, zawroty i bóle głowy,

- częste mycie zębów szczególnie wieczorem (zapach i smak pasty dają efekty jak żucie gumy),
- wąchanie mocnych, stężonych zapachów kwiatów i owoców (zmniejszają apetyt na słodczy) [5].

Zachowania takie wynikają z dążenia do obniżenia masy ciała z powodu zaburzonej i zniekształconej samooceny swojego wyglądu, kształtu ciała. Choć ciało jest coraz bardziej wychudzone pacjent neguje niską wagę, nadal czuje się zbyt gruby i nie przestaje redukować masy ciała, nawet wtedy, gdy osiągną wcześniej zamierzony cel. Działania te podejmowane są w tajemnicy, dotyczy to szczególności pacjentów nieletnich w imieniu których decyzje o leczeniu podejmują rodzice. Służy temu między innymi ubieranie się warstwowe tuszujące wyniszczanie organizmu. Zachowania te maskowane są również perfekcjonizmem, byciem wzorowym, pilnym uczniem co tłumaczy brak czasu na przyjmowanie posiłków.

Przyczyny zmiany dotychczasowego zachowania u dzieci i młodzieży tzw. czynniki spustowe będące inicjacją/początkiem choroby mogą być skrajnie różne, indywidualne dla poszczególnych osób. Zaliczyć do nich możemy między innymi:

- stres np. przed egzaminem, maturą (hamuje łaknienie),
- śmierć ważnego członka rodziny, ciężka choroba w rodzinie, zmiana sytuacji rodzinnej,
- okres dojrzewania, trendy modowe wśród młodzieży,
- problemy szkolne, odrzucenie przez grupę rówieśniczą, chęć zwrócenia uwagi na siebie,
- zmiana szkoły, miejsca zamieszkania,
- urazowe doświadczenia np. seksualne.

Czynniki, które wzmacniają pacjentów w działaniu i pogłębiają proces chorobowy wynikają z sukcesywnych zmian procesów biologicznych w ich organizmie (zaburzenia neuroprzeżytnictwa, funkcjonowanie OUN w zakresie regulacji głodu i sytości, nastroju i ruchliwości, przewodu pokarmowego w obrębie perystaltyki jelit i opróżniania żołądka). Dodatkowo działania te wzmacniane są również bardzo indywidualnymi czynnikami psychologicznymi związanymi z umiejętnym oszukiwaniem najbliższych powodującym u nich zmniejszenie lęku, poprawę samooceny związaną z poczuciem większej samokontroli i autonomii oraz pozytywne reakcje ze strony otoczenia rówieśników, ale również czasami najbliższej rodziny. Innym czynnikiem podtrzymującym może być lęk przed procesem separacji w systemie rodzinnym wynikającym z braku gotowości wejścia w dorosłe życie i wynikające

z tego wyobrażenie o możliwości zatrzymania dojrzewania m.in płciowego [6, 7]. Anorexia Nervosa -jadłowstręt psychiczny to jednostka chorobowa wieloczynnikowa i wieloetapowa niosąca ze sobą szereg powikłań medycznych, których nasilenie wzrasta wraz ze spadkiem masy ciała pacjenta. Większość z nich jest odwracalna wraz z przyrostem masy ciała i leczeniem żywieniowym wymaga jednak to działania zespołu interdyscyplinarnego. Powikłania nie ograniczają się tylko do sfery psychicznej (próby samobójcze, depresja, przejście w bulimie), ale mogą prowadzić do zagrożenia życia w sferze somatycznej w wielu układach m.in. układ sercowo-naczyniowy (wydłużenie odstępu QT, niewydolność krążenia, płyn w osierdziu, tamponada serca, bradykardia), hipoglikemia, ostra rozstrzeń żołądka, zespół tętnicy krezkowej górnej, dysfagia, odma śródpiersia lub opłucnej, zaburzenia hematologiczne (anemia, leukopenia, trombocytopenia), łamliwość włosów, paznokci, nadmierne owłosienie na ciele (lanugo), opóźniony wzrost kości, ostoporoza, zaburzenia endokrynologiczne i osi przysadkowo-gonadalnej (zaburzenia menstruacji u dziewcząt, brak rozwoju narządów płciowych u chłopców, obniżony poziom hormonu wzrostu, nieprawidłowa czynność tarczycy, podwyższony poziom kortyzolu). Bardzo często leczenie JP wśród dzieci i młodzieży zaczyna się od diagnozowania i leczenia w oddziale pediatrycznym. Dopiero wyrównanie stanu somatycznego i wyprowadzenie z skrajnej kacheksji pozwala na kontynuowanie leczenia przez zespół terapeutyczny specjalizujący się w psychiatrii dzieci i młodzieży. Wśród członków zespołu obok lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów rodzinnych, terapeutów zajęciowych, psychodietetyków swoje zadania realizuje pielęgniarka.

Jednym z wyznaczników rozpoczęcia interwencji i skierowania na rozszerzoną diagnostykę i leczenie są wskaźniki BMI w oparciu o siatkę centylową wskazującą spadek wagi lub brak przyrostu o co najmniej 15% poniżej prawidłowej normy wagi stosownie do wieku i wzrostu dzieci i młodzieży.

Brak ciągłości opieki oraz programu scalającego leczenie pacjentów z jadłowstrętem psychicznym w naszym kraju powoduje, że osoby te po wyrównaniu problemów somatycznych wypisani są z oddziałów pediatrycznych z skierowaniem do kontynuowania leczenia w poradniach, oddziałach stacjonarnych lub dziennych psychiatrii dzieci i młodzieży. Uzależnione jest to od wskaźnika BMI jak również od psychicznego nastawienia do dalszego leczenia pacjenta. Klasyfikacja DSM-5 dzieli JP na podgrupy w zależności od wskaźnika BMI:

- łagodne – BMI $\geq 17,00$ kg/m²

- umiarkowane – BMI 16,00 - 16,99 kg/m²
- ciężkie – BMI 15,00 - 15,99 kg/m²
- bardzo ciężkie – BMI < 15 kg/m² [4]

BMI poniżej 15 kg/m² jest wskazaniem do kontynuowania leczenia w systemie stacjonarnym, ze względu na dalsze zagrożenie życia adolescentów. Anoreksja to choroba zaburzająca funkcjonowanie w sferze biopsychospołecznej, wymagająca długotrwałego leczenia behawioralnego i żywieniowego często wspartego farmakoterapią. Leczenie to nie dotyczy wyłącznie osoby z JP ale w przypadku pacjenta małoletniego wymaga terapii systemowej rodziny. Dane statystyczne wskazują na dużą śmiertelność sięgającą 10-20%, dwu-czteroletnie leczenie doprowadza do całkowitego wyzdrowienia tylko około 50% chorych. 10-krotnie częściej choroba ta dotyczy kobiet a następstwa przewlekłego niedożywienia mogą utrzymywać się jeszcze przez wiele lat, nawet po uzyskaniu prawidłowej masy ciała, gdzie BMI > 18,5 kg/m². [5, 7]. Pacjenci po uzyskaniu BMI powyżej 15 kg/m² przekierowywani są do kontynuowania leczenia w oddziałach dziennych, gdzie wymagana jest determinacja chorych do wyleczenia oraz ścisła współpraca rodziców z zespołem terapeutycznym. Zadania pielęgniarki oddziału dziennego psychiatrii dzieci i młodzieży wymagają większego skupienia i czujności nad stanem emocjonalnym pacjenta i wynikających z niego zachowań żywieniowych. Zadania te w stosunku do pacjentów z JP obejmują wszystkie funkcje zawodowe pielęgniarki (terapeutyczna, promocji zdrowia, opiekuńcza, wychowawcza, profilaktyczna, rehabilitacyjna) w szczególności:

- wywiad,
- mierzenie i analiza parametrów życiowych,
- obserwacja wyglądu fizycznego i zachowań,
- nadzór nad przyjmowanymi posiłkami,
- farmakoterapia,
- komunikacja z pacjentem i rodziną [8].

Wywiad nie ogranicza się do zebrania niezbędnej wiedzy od rodziców jak i samego chorego związanego z procesem leczenia i pielęgnowania w momencie przyjmowania do oddziału, ale regularne dowiadywanie się o zmianie lub braku zmiany zachowań podopiecznego w warunkach domowych w szczególności po weekendach. Mając na uwadze tendencje do oszukiwania przez pacjentów należy wypracować z rodzicami zasady realizacji zaleceń kontraktu żywieniowego zawartego indywidualnie z adolescentem oraz sposobu przekazywania personelowi

posiłków przynoszonych z domu. W razie jakichkolwiek podejrzeń o niewłaściwej objętości czy kaloryczności produktów spożywczych należy skontaktować się z rodzicem – dzieci potrafią ukryć, wyrzucić część posiłku podczas drogi do oddziału np. w zakamarkach samochodu rodziców, czy w szatni. Wywiad umożliwia również na bieżąco kontrolę sposobu przechowywania, przyjmowania i działania zalecanej farmakoterapii w warunkach domowych, przedłużając zasadę podawania leków w warunkach oddziału -pod nadzorem zabezpieczającym przed chowaniem leków celem gromadzenia ich i niewłaściwego zastosowania. Komunikując się z pacjentem pielęgniarka musi wykazywać się ograniczonym zaufaniem w stosunku do deklaracji pacjenta, ale czasami również rodziców, którzy w złe pojętej solidarności z dzieckiem potwierdzają nieprawdę z lęku przed przekazaniem pacjenta do oddziału stacjonarnego. Efekty współpracy z pacjentem i jego rodziną widoczne są fizycznie podczas mierzenia parametrów życiowych.

W oddziale w zależności od przyjętych zasad waży się regularnie pacjentów min 3 x w tygodniu wraz z możliwością dodatkowego pomiaru „przez zaskoczenie”, dotyczy to w szczególności momentu szybkiego udania się podopiecznego do WC bezpośrednio po powrocie z gabinetu zabiegowego. Dobrą zasadą jest nieokreślanie dni, w których będzie odbywało się ważenie ze względu na niestwarzanie możliwości przygotowania się pacjenta do fałszywego wskazania wzrostu wagi. Pacjenci w tym celu potrafią już dzień wcześniej nie oddać wieczornej porcji moczu lub przed przyjściem do gabinetu pielęgniarki opić się wodą w WC, jak również schować ciężkie przedmioty we włosach czy drogach rodných, należy zwracać uwagę na biustonosze typu push-up które mogą stanowić dobrą kryjówkę. Sam proces ważenia odbywa się wyłącznie w bieliźnie, bez skarpetek, biżuterii, okularów. Pacjent staje na wadze tyłem do wskaźnika pomiarowego i w zależności od przyjętych zasad w danej placówce może nie być informowany o aktualnym BMI przez pielęgniarkę. Pacjenci bardzo obserwują personel podczas tej czynności celem wywnioskowania jaka jest aktualnie waga, pielęgniarka musi bardzo panować nad swoją mimiką, aby nie wyrazić zdziwienia, szoku czy radości dotyczy to również komentarzy słownych. Pogratulowanie przytycia i zbliżenia się do wagi umożliwiającej zakończenie leczenia w oddziale może wywołać odwrotny skutek, gdyż często zdarza się, że pacjenci nie są psychicznie jeszcze przygotowani do tego etapu informacji. Przy dłuższym pobycie adolescenta w oddziale należy również regularnie kontrolować wzrost, przyrost o każde pół centymetra powoduje obniżenie wskaźnika BMI na co bardzo zwracają uwagę pacjenci - „nie chcą

rosnąć”. Nieprawidłowy schemat odżywiania wpływa na zdrowie fizyczne dlatego pacjentom tym należy mierzyć regularnie ciśnienie krwi, jest to często utrudnione z powodu bardzo małego obwodu ramienia uniemożliwiającego prawidłowy dobór mankietu pomiarowego.

Mierzenie parametrów życiowych jest dobrym momentem na obserwację powłok skórnych pacjenta w kierunku:

- samookaleczeń jako wynik m.in. karania się za zjedzone posiłki, lub rozładowania emocji
- występowania owłosienia typu „lanugo” – meszek niemowlęcy występujący na całym ciele depilowany przez pacjentów,
- odgnieień, przebarwień skóry w okolicach narażonych na powstanie odleżyn
- pojawienie się znacznego zaokrąglenia twarzy z powodu obrzęku ślinianek, typ twarzy „wiewiórki”
- uszkodzeń kącików ust i kostek dłoni w wyniku prowokowania wymiotów w typie bulimicznym JP.

Wygląd fizyczny jest stałym elementem obserwacji przez zespół pielęgniarstwa. Luźne stroje, szerokie rękawy, mankiety, kieszenie, luźne obuwie, długie paznokcie, włosy w szczególności długie stwarzają miejsca do schowania pokarmów, wtarcia tłuszczu podczas przyjmowania posiłków. Asystowanie pacjentom podczas przyjmowania posiłków nie może być natarczywe, aby dodatkowo nie stresować podopiecznych jednak musi być konsekwentne zgodnie z przyjętymi zasadami w placówce. Zasady te określają:

- skład kaloryczny posiłków,
- czas ich przyjmowania – max 30 min,
- postawę podczas posiłku (pozycja siedząca, bez dodatkowych współruchów kończyn),
- estetykę jedzenia, można dodatkowo rozłożyć jednorazowy ręcznik na którym stawia się talerz celem zabezpieczenia przed „przypadkowym” spadnięciem pokarmu,
- ilość używanych przypraw oraz przyjmowanych napoi,
- ilość i sposób używania chusteczek higienicznych lub ręczników jednorazowych podczas jedzenia celem usuwania tłuszczu z poszczególnych elementów posiłku jak i z ust,

- czas odpoczynku po zakończonym posiłku – leżakowanie minimum 30-60 min,
- wyjście do WC dopiero po 1 godzinie od zjedzenia posiłku
- zakaz używania gumy do żucia bezpośrednio po zakończonym jedzeniu
- konsekwencje niezjedzenia całego posiłku w wyznaczonym czasie.

Jedną z przyjętych zasad konsekwencji niezjedzonego posiłku jest wypicie preparatu diety przemysłowej lub podanie przez zgłębnik żołądkowy zmiksowanego pokarmu. Stosowana jest również zasada zamienników kalorycznych przy wybiórczości pokarmowej. Pielęgniarka nadzorująca przyjmowanie posiłków musi mieć podstawową wiedzę o:

- kaloryczności produktów spożywczych,
- zasadach komponowania diety
- zaleceniach stosowania diety lekkostrawnej
- ograniczeniach w przyjmowaniu produktów z dużą ilością błonnika w szczególności w pierwszych etapach leczenia,
- umiejętności komunikacyjne w rozmowach, które dotyczą prób negocjowania przez pacjenta składu i ilości wyznaczonego posiłku.
- przyczynach i objawach zespołu realimentacyjnego.

Zespół realimentacyjny spowodowany może być zbyt szybkim zwiększaniem ilości kalorii, objętości porcji jak również stosowaniem nie zrównoważonej diety ze znaczącą przewagą węglowodanów powodujących nadmierne wyrzuty insuliny odpowiedzialnej m.in. za gospodarkę elektrolitową [9].

Podsumowanie

Praca pielęgniarki oddziału dziennego psychiatrii dzieci i młodzieży wymaga dużej empatii, zrozumienia i wyrozumiałości w stosunku do zachowań pacjentów z anoreksją wynikających z samego procesu chorobowego jednocześnie skupienia uwagi, czujności, spostrzegawczości i szybkiego kojarzenia drobnych szczegółów pozwalających zapewnić bezpieczeństwo pacjentów i powolny powrót do zdrowia. Jako grupa zawodowa jesteśmy najbliżej naszych podopiecznych i najdłużej z nimi przebywamy musimy stworzyć warunki do wzajemnego zaufania, nigdy nie okłamywać pacjentów jednocześnie być konsekwentnym w realizowaniu planu terapeutycznego.

Piśmiennictwo

1. Autorzy: Czynniki warunkujące zdrowie. [w:] Edukacja zdrowotna. B. Woynarowska (red.) PWN 2017, 43-45

2. Pużyński S., Wciórka J.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Vesalius, Kraków 2000
3. Autor: tytuł <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f2fid%2fentity%2f263852475> log. (data pobrania: 16.08.2023)
4. Morrison J.: DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów. Wydawnictwo UJ, 2016
5. Albert P., Banaszkiewicz A., Bibik A., Karolewska-Bochenek K., Kotowska M., Łazowska-Przeorek I., Radzikowski A.: 13.15 Jadłowstręt psychiczny. [w:] Pediatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Radzikowski A., Banaszkiewicz A. (red.) Medipage, Warszawa 2008, 349-351
6. Klonowska B., Olińska A.: III.1.5. Jadłowstręt psychiczny-anorexia. [w:] Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne wybrane zagadnienia. M. Kaczmarek, K. Piskorz-Ogórek (red.) Help-Med, Kraków 2014, 450-452
7. Namysłowska I.: 16.8.1 Zaburzenia odżywiania. [w] Pediatria TOM 2. Kawalec W., Grenda R., Ziółkowska H. (red.). PZWL, Warszawa 2016, 813-814
8. Ciechanowicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarki. Podstawy pielęgniarstwa Tom I. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.) Wyd. CZELEJ, Lublin 2004, 300-314
9. Jabłońska E., Bładowska K., Bronkowska M.: Zaburzenia odżywiania jako problem zdrowotny i psychospołeczny. KOSMOS Problemy nauk biologicznych, 2019, 1(68), 125-128

POZIOM WIEDZY PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH I RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH NA TEMAT PRAWA PACJENTA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

dr Anita Gałęska-Śliwka¹, mgr zdr. pub. Patrycja Żarnoch²,
mgr piel. Maria Budnik-Szymoniuk³

1. Katedra Podstaw Prawa Medycznego Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.
2. Absolwentka wydziału Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.
3. Katedra Chorób Wieku Rozwojowego Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

Wstęp

Dokumentacja medyczna pełni w sektorze ochrony zdrowia bardzo istotną rolę. Stanowi źródło wiedzy o podjętych decyzjach medycznych oraz o zastosowanych procedurach. Jest także cennym materiałem dowodowym przy ewentualnych sporach. Przedmiotem artykułu jest próba określenia poziomu wiedzy pielęgniarek, położnych oraz ratowników medycznych na temat prawa pacjenta do dokumentacji medycznej oraz zasad jej prowadzenia i udostępniania.

Dokumentacja medyczna to zbiór dokumentów zawierających dane i informacje medyczne na temat szeroko rozumianego zdrowia pacjenta oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych [1]. Wedle art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [2] (dalej: ustawa) dokumentacja medyczna zawierać powinna co najmniej: oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości, oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych oraz datę sporządzenia. W dokumentacji medycznej zamieszcza się także informację o wydaniu opinii lub orzeczenia, o których mowa w art. 31 ust. 1 ustawy. Ponadto, w dokumentacji medycznej mogą zostać zamieszczone informacje o kwocie środków publicznych należnych podmiotowi udzielającemu świadczeń opieki zdrowotnej za udzielenie tych świadczeń pacjentowi, którego ta

dokumentacja dotyczy (art. 25 ust. 2a ustawy). Dokumentację medyczną stanowi dokumentacja indywidualna oraz dokumentacja zbiorcza.

Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona, w sposób pozwalający na odtworzenie procesu decyzyjnego realizowanego wobec pacjenta w zakresie diagnostyki, terapii, profilaktyki [3]. W tym celu wpisy w dokumentacji powinny być dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, z zapewnieniem niezaprzeczalności i integralności danych, a w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej w sposób czytelny i w porządku chronologicznym (§ 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, dalej: rozporządzenie) [4].

Dokumentacja medyczna jest jednym z najistotniejszych środków dowodowych w tzw. procesach medycznych [5, 6]. Sąd Najwyższy już wielokrotnie w swoich orzeczeniach podkreślał jej znaczenie dowodowe wskazując między innymi na to, że „Dokumentacja medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu i wyników leczenia” [7]. W innym orzeczeniu Sąd Najwyższy stwierdził, że „Oczywiste jest, że w tzw. procesach medycznych dokumentacja medyczna stanowi - obok opinii biegłych - kluczowy środek dowodowy, pozwalając na rekonstrukcję dotychczasowego procesu diagnostycznego i leczniczego. Dokumentacja medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi bowiem środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu i wyników leczenia” [8].

Utrwalona już linia orzecznicza wyraźnie wskazuje na istotne znaczenie dokumentacji medycznej. Wydawać by się więc mogło, że zasady dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej oraz jej udostępniania powinny być, przez osoby wykonujące zawody medyczne, przestrzegane z należytą starannością. W praktyce jednak, dane płynące ze strony Najwyższej Izby Kontroli, jak i dane cyklicznie udostępniane przez Rzecznika Praw Pacjenta wyraźnie wskazują na liczne, powtarzające się nieprawidłowości dokumentacyjne.

Nieprawidłowości związane z dokumentacją medyczną mogą dotyczyć różnych sfer np. sposobu jej prowadzenia (np. brak ciągłości, brak chronologii, nieczytelność), wad związanych z procedurą udostępniania dokumentacji medycznej (np. nieuzasadnione opóźnienia w udostępnieniu dokumentacji, wymaganie złożenia wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie pisemnej, ograniczanie dostępu osobom uprawnionym) i.in.

Podmiotem, który szczegółowo przygląda się przypadkom naruszeń praw pacjenta, także w zakresie prawa pacjenta do dokumentacji medycznej jest Rzecznik Praw Pacjenta. W 2021 r. do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło 4955 zgłoszeń, wniosków i skarg dotyczących prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, co stanowi 4,6% ogólnej liczby zgłoszeń [9]. Najwięcej zgłoszeń dotyczyło odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej. Na 1512 zakończonych postępowań wyjaśniających 302 dotyczyły prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, co stanowi 20% wszystkich zakończonych postępowań. W sumie, w 2021 r. stwierdzono 293 przypadki naruszeń prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. Oznacza to, że w ponad 96% zakończonych postępowaniach wyjaśniających zostało przez Rzecznika stwierdzone naruszenie prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. Przedmiotem postępowań były m.in. trudności z uzyskaniem dokumentacji w wybranej przez pacjenta formie, zastrzeżenia dotyczące jakości prowadzonej dokumentacji (nieczytelne wpisy, niekompletna lub lakonicznie prowadzona dokumentacja), pobieranie opłaty za udostępnienie pierwszej kopii dokumentacji medycznej, problem z dostępem do dokumentacji medycznej po likwidacji podmiotu leczniczego. Najwięcej naruszeń zostało stwierdzonych w leczeniu szpitalnym tj. 138, co stanowi 47% wszystkich stwierdzeń. W tym 6% dotyczyło SOR. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej stwierdzone naruszenia stanowiły 32%, a w podstawowej opiece zdrowotnej 12%. Rzecznik w 2021 r. wydał podmiotom naruszającym prawo do dokumentacji medycznej 290 zaleceń. W 83% przypadków zalecenia zostały zrealizowane. Poza sprawami z zakresu indywidualnych naruszeń praw pacjenta, Rzecznik w 2021 r. wszczął 181 postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów i wydał 199 decyzji [10]. Trzyście wszczętych przez Rzecznika postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów, dotyczyło m.in. prawa do dokumentacji medycznej, co stanowi 7,1% wszystkich postępowań. Postępowania prowadzone przez Rzecznika dotyczyły przede wszystkim zasad udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom oraz sposobu przechowywania dokumentacji medycznej [11]. Podobnie, niska jakość prowadzonej przez osoby wykonujące zawody medyczne, dokumentacji medycznej wyłania się z informacji o wynikach kontroli w zakresie tworzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli. Przeprowadzone działania kontrolne obejmowały lata 2013-2015 i dotyczyły 24 świadczeniodawców. Z wyników przeprowadzonej przez

NIK kontroli wynika [12], że 21 skontrolowanych podmiotów prowadziło dokumentację medyczną z naruszeniem wymogów nakreślonych przepisami prawa, a stwierdzone naruszenia odnosiły się nie tylko do kwestii stricte formalnych, ale także do braku należytej staranności w zakresie dokumentowania procesu diagnostyki i terapii pacjentów. Kontrolą objęto 1730 indywidualnych dokumentacji medycznych. Nieprawidłowości odnotowano w 73,5% przypadków, w tym w 24,2% dokumentacji znajdowało się ponad pięć nieprawidłowości różnego rodzaju. Spośród 24 skontrolowanych podmiotów, 11 nie respektowało procedur zabezpieczających dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem, utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych. Najwięcej nieprawidłowości NIK odnotował w dokumentacji prowadzonej w lecznictwie ambulatoryjnym. Na 930 skontrolowanych dokumentacji, aż w 924 stwierdzono naruszenia przepisów regulujących zasady prowadzenia dokumentacji medycznej. W przypadku dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, do najczęstszych naruszeń należały braki w zakresie informacji o przebytych chorobach 62,5%, pobytach w szpitalu 65,4%, zabiegach operacyjnych 78,8% oraz chorobach przewlekłych 29,2%. W przypadku dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarzy specjalistów nieprawidłowości stwierdzono w zakresie braku informacji o przebytych chorobach 72% dokumentacji, pobytach w szpitalu 70,7%, zabiegach lub operacjach 84,9% a o chorobach przewlekłych w 50% dokumentacji. NIK zwrócił także uwagę na nieprawidłowości w zakresie numerowania stron skontrolowanej dokumentacji 14,5%, nieczytelność wpisów 12,9%, nieprawidłowe korekty wpisów 15,4%. W przypadku dokumentacji prowadzonej w lecznictwie stacjonarnym, nieprawidłowości zostały stwierdzone w 47,5% badanych dokumentacji. W 12,3% wpisy nie były autoryzowane, a w 20,2% nie została wskazana specjalizacja lekarzy, którzy dokonali wpisów i udzielili świadczenia zdrowotnego. Nieprawidłowe były także sposoby dokonywania korekty wpisów w 57,7% przypadków, a w 29,5% nieprawidłowo numerowano strony. Ponadto NIK zwrócił uwagę na nieprawidłowości w zakresie częstotliwości dokonywania wpisów. W niektórych przypadkach wpisy dokonywane były raz na czternaście dni. Ponadto, skontrolowane podmioty nie przestrzegały obowiązku wystawiania kart informacyjnych z pobytu pacjenta w szpitalu/ZOL, a w przypadku zgonu pacjenta, brakowało w dokumentacji medycznej adnotacji o przeprowadzeniu bądź zaniechaniu przeprowadzenia sekcji zwłok wraz ze stosowanym uzasadnieniem. Ponadto, podczas kontroli stwierdzono przypadki, w których w dokumentacji, znajdowały się fragmenty dokumentacji

innego pacjenta. Nieprawidłowości odnotowano także w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej. Na 24 skontrolowane podmioty, aż 10 nie prowadziło rejestrów udostępnień lub prowadziło je w niewłaściwy sposób. W niektórych przypadkach dokumentacja udostępniana była ze znacznym opóźnieniem. W 14 przypadkach świadczeniodawcy nie podawali w miejscach ogólnie dostępnych dla pacjentów informacji o zasadach udostępniania dokumentacji medycznej oraz odpłatności z tego tytułu.

Cel pracy

Celem badania było określenie poziomu wiedzy pielęgniarek, położnych oraz ratowników medycznych na temat prawa pacjenta do dokumentacji medycznej. W tym celu podzielono ankietę na dwie części. Jedna z nich poświęcona została samoocenie poziomu wiedzy, a druga składała się z pytań pozwalających obiektywnie ocenić poziom wiedzy respondentów w badanym zakresie.

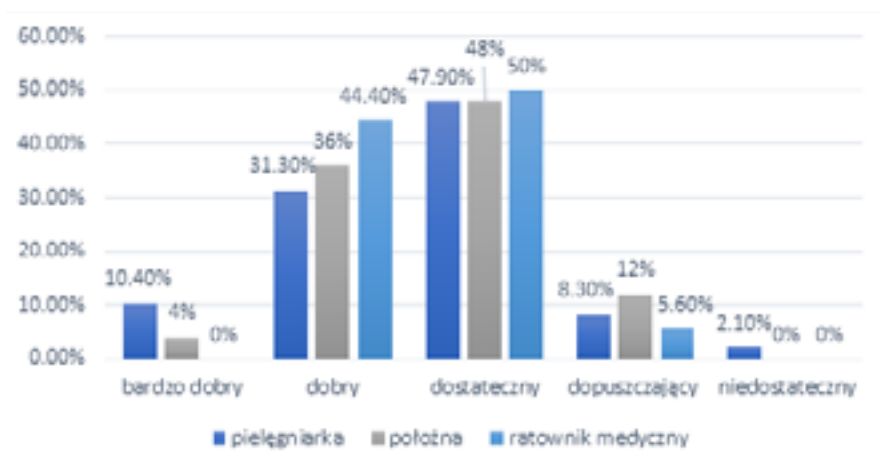
Materiał i metody

Grupę badawczą stanowiły aktywne zawodowo pielęgniarki, położne oraz ratownicy medyczni. Ankiety, z uwagi na ograniczony dostęp do środowiska medycznego spowodowany pandemią SARS-CoV-2, zostały przeprowadzone za pośrednictwem formularza Google Forms na portalach społecznościowych, na stronach dedykowanych środowisku pielęgniarskiemu i położniczemu oraz ratownikom medycznym. Badanie uzyskało pozytywną ocenę komisji bioetycznej CM UMK.

Wyniki

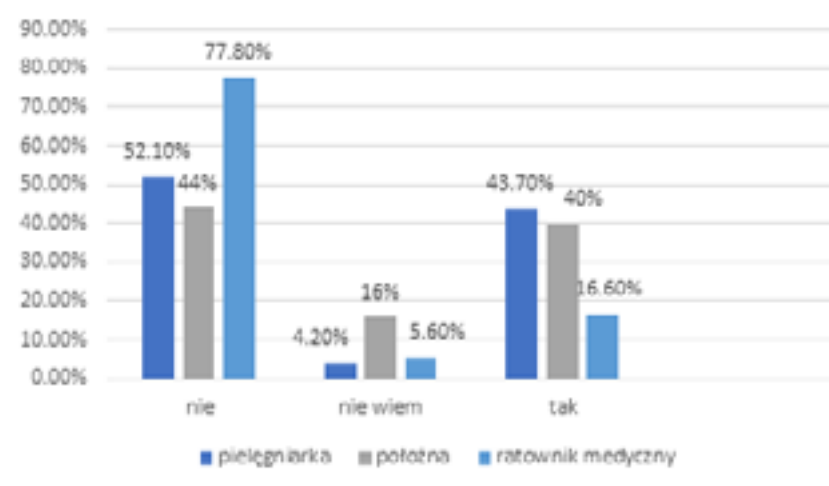
W próbie wzięło udział 91 osób, w tym 52,75% stanowiły pielęgniarki, 27,47% położne, a 19,78% ratownicy medyczni. Największą grupę pod względem płci stanowiły kobiety 83,52%. Najliczniejszą grupą wiekową biorącą udział w badaniu były osoby w wieku do 30 lat 73,63%, a najmniej liczną osoby w wieku 31-40 lat 3,30%. Staż pracy u 74,73% respondentów wynosił do 5 lat, 6-10 lat u 5,49%, 11-20 u 2, 20%, 21-30 lat u 9, 89%, a 31-40 u 7, 69%. Osoby pracujące w zawodzie do 2 lat stanowiły 31%.

Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz anonimowej ankiety. Analizę wyników przeprowadzono z wykorzystaniem programu MS Excel z pakietu Office 360. Analiza wyników obejmowała przedstawienie rezultatów w zakresie liczności (N) oraz procentowego udział danej odpowiedzi (%). Do oceny poziomu wiedzy respondentów w zakresie analizowanego tematu wykorzystano test χ^2 Pearsona.



Wykres 1. Samoocena poziomu wiedzy personelu medycznego na temat praw pacjenta.
Opracowanie własne.

Na pytanie dotyczące samooceny poziomu wiedzy w zakresie praw pacjenta jako bardzo dobry swój poziom wiedzy oceniły pielęgniarki 10,4 %, położne 4%, żaden z ratowników medycznych nie ocenił na tym poziomie swojej wiedzy. Jako dobry swój poziom wiedzy oceniło 31,3% pielęgniarek, 36% położnych i 44,4% ratowników medycznych, dostateczny 47, 9% pielęgniarek, 48% położnych i 50%



Wykres 2. Łamanie praw pacjenta w miejscu pracy ankietowanych. Opracowanie własne.

ratowników medycznych, dopuszczający 8,3% pielęgniarek, 12% położnych oraz 5,6% ratowników medycznych, a niedostatecznie swój poziom wiedzy oceniło 2,1% pielęgniarek (wykres nr 1).

Na pytanie czy był/a Pan/i świadkiem łamania praw pacjenta w swoim miejscu pracy twierdząco odpowiedziało 43,7% pielęgniarek, 40% położnych i 16,6% ratowników medycznych (wykres nr 2).

Zdaniem 75% pielęgniarek, 44% położnych oraz 100% ratowników medycznych, prawo pacjenta do dokumentacji medycznej jest przestrzegane w ich miejscach pracy. Ponadto 87,5% pielęgniarek, 84% położnych oraz 88,9% ratowników medycznych uznało, że znają zasady prowadzenia dokumentacji medycznej.

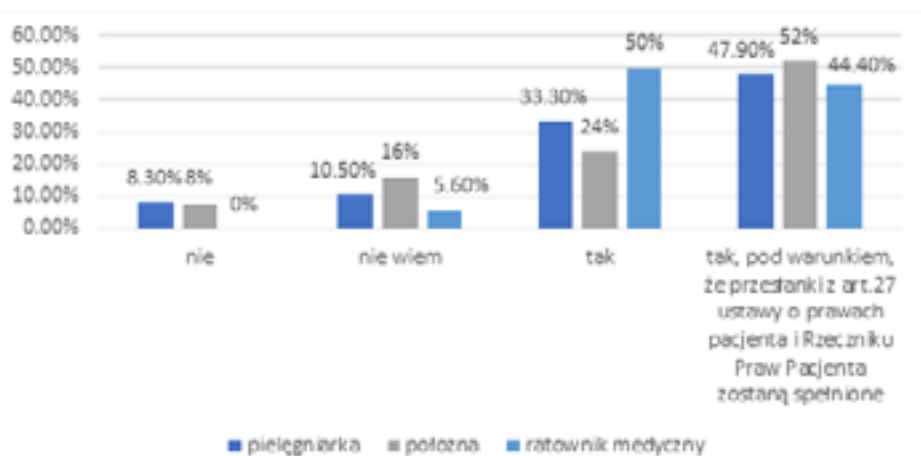
W części ankiety poświęconej obiektywnej ocenie poziomu wiedzy respondentów w zakresie prawa pacjenta do dokumentacji medycznej zapytano m.in. o zasady udostępniania dokumentacji medycznej osobie bliskiej po śmierci pacjenta, udostępnianie oryginałów dokumentacji medycznej, zasady udostępniania



Wykres 3. Opinia respondentów na temat rozwiązań prawnych dotyczących dostępu osoby bliskiej do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta. Opracowanie własne.

dokumentacji medycznej uczelniom wyższym i instytutom badawczym, czasu przechowywania dokumentacji medycznej oraz udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentowi do wglądu.

W zakresie rozwiązań prawnych dotyczących dostępu osoby bliskiej do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta 22,9% pielęgniarek, 28,0% położnych oraz 27,8% ratowników medycznych udzieliło poprawnej odpowiedzi (wykres nr 3).



Wykres 4. Opinia respondentów nt. udostępniania oryginałów dokumentacji medycznej
Opracowanie własne.

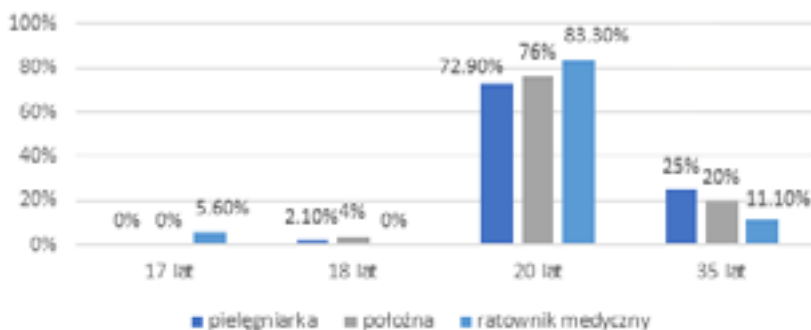
Na pytanie dotyczące udostępniania oryginałów dokumentacji medycznej, poprawnej odpowiedzi udzieliło 47,9% pielęgniarek, 52% położnych oraz 44,4% ratowników medycznych (wykres nr 4).

Respondenci zapytani zostali także o to, czy istnieje możliwość udostępnienia dokumentacji medycznej szkole wyższej lub instytutowi badawczemu. Poprawnie na to pytanie udzieliło odpowiedzi 54,2% pielęgniarek, 68% położnych i 44,4% ratowników medycznych (wykres nr 5).



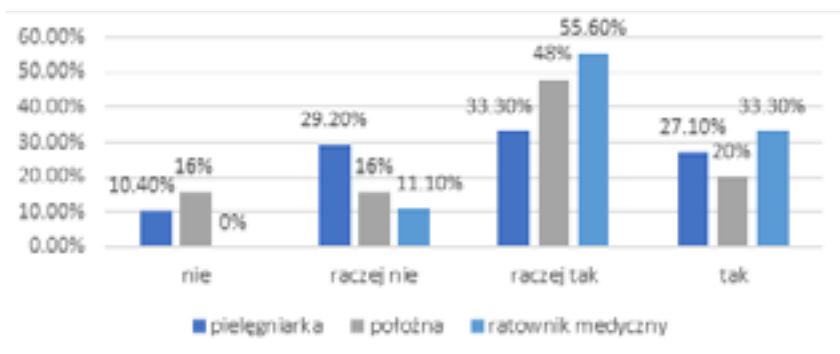
Wykres 5. Opinia respondentów dotycząca możliwości udostępnienia dokumentacji medycznej szkole wyższej lub instytutowi badawczemu. Opracowanie własne

Ponadto, poproszono osoby biorące udział w badaniu o wskazanie właściwej odpowiedzi w zakresie czasu przechowywania dokumentacji medycznej. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 72, 9% pielęgniarek, 76% położnych oraz 83, 3% ratowników medycznych (wykres nr 6).



Wykres 6. Opinia respondentów na temat czasu przechowywania dokumentacji medycznej. Opracowanie własne.

Na pytanie, czy pacjent ma prawo wglądu do swojej dokumentacji medycznej poprawnie (tak i raczej tak) odpowiedziało 60, 4% pielęgniarek, 68% położnych oraz 89, 9% ratowników medycznych (wykres nr 7).



Wykres 7. Opinia respondentów na temat prawa pacjenta do wglądu do swojej dokumentacji medycznej. Opracowanie własne.

Podsumowanie

Problematyka praw pacjenta, w tym prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, podlega zainteresowaniu zarówno ustawodawcy, jak i osób wykonujących zawody

medyczny, a także samych pacjentów i osób im bliskich. Wydawać by się mogło, że szczególna rola dokumentacji medycznej, w tym jej wartość dowodowa powinna uczulać kadrę medyczną i podmioty lecznicze na potrzebę ciągłego podnoszenia i aktualizowania poziomu wiedzy w zakresie prawa pacjenta do dokumentacji medycznej oraz zasad jej prowadzenia i udostępniania.

Niniejsze badanie ujawniło jednak istotny rozdzźwięk pomiędzy subiektywną oceną personelu medycznego w zakresie poziomu posiadanej, w analizowanym zakresie wiedzy, a jej obiektywnym poziomem. Respondenci jako bardzo dobry lub dobry ocenili swój poziom wiedzy w zakresie praw pacjenta (41, 7% pielęgniarek, 44, 4% ratowników medycznych oraz 40% położnych). Jednocześnie 77, 8% ratowników, 52, 10% pielęgniarek oraz 44% położnych odpowiedziała negatywnie na pytanie czy w miejscu ich pracy łamane są prawa pacjenta, a 100% ratowników medycznych stwierdziło, że w miejscu ich zatrudnienia nie jest łamane prawo pacjenta do dokumentacji medycznej (75% pielęgniarek i 44% położnych). Wśród respondentów przeważał pogląd potwierdzający znajomość zasad prowadzenia dokumentacji medycznej (88, 9% ratowników medycznych, 87, 5% pielęgniarek, 84% położnych). Z powyższego wynika więc, że respondenci wysoko oceniają swoją wiedzę w zakresie praw pacjenta, w tym prawa pacjenta do dokumentacji medycznej, są (ich zdaniem) w stanie stwierdzić czy w miejscu pracy zdarzają się przypadki naruszenia praw pacjenta oraz znają zasady prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej. Najwyżej swój poziom wiedzy na temat praw pacjenta oceniają ratownicy medyczni, a najbardziej krytyczne w tym względzie są położne. Powyższe zostało skorelowane z odpowiedziami respondentów na pytania dotyczące konkretnych rozwiązań prawnych, co pozwoliło na obiektywną ocenę poziomu wiedzy badanych. Na pięć przeanalizowanych w niniejszym opracowaniu pytań najczęściej prawidłowe odpowiedzi udzielały położne tj. w trzech pytaniach (w dwóch pytaniach ratownicy medyczni). Najsłabiej, w analizowanym zakresie wypadły pielęgniarki, które trzykrotnie zajęły trzecie miejsce w kategorii poprawności odpowiedzi, a dwukrotnie miejsce drugie.

Wnioski

Analiza przeprowadzona na podstawie niniejszego badania potwierdza nieustającą potrzebę edukacji osób wykonujących zawody medyczne w zakresie prawa medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta, w tym prawa pacjenta do dokumentacji medycznej.

Rozwiązania prawne podlegają licznym przeobrażeniom i aktualizacja wiedzy jest kluczowa dla bezpieczeństwa zarówno samych pacjentów, jak również personelu medycznego czy podmiotów leczniczych.

Piśmiennictwo

1. Drozdowska U., Dokumentacja medyczna, Warszawa 2011, 21-42. tj. Dz. U. 2023, poz. 1975.
2. Gałęska-Śliwka A., Śliwka M.: Staranne prowadzenie dokumentacji medycznej jako element zarządzania ryzykiem, [w:] Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze. Urbaniak M., Śliwka M. (red.). Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2018, 26-39.
3. Załącznik do Obwieszczenia Ministra zdrowia z dnia 22.04.2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. (Dz. U. 2022, poz. 1304).
4. Janiszewska B.: Uwagi o ciężarze dowodu w procesach medycznych, [w:] Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze. Urbaniak M., Śliwka M. (red.), Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2018, 139-154.
5. Świątek B.: Dokumentacja medyczna, a dowód z opinii biegłego, [w:] Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze. Urbaniak M., Śliwka M. (red.). Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2018, 204-214.
6. Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 2010 r. akt II CSK 643/09.
7. Wyrok Sądu Najwyższego z 26 kwietnia 2016 r., IV CSK 396/15.
8. Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w 2021 r. <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/A5162103F41BCE88C12588A-90041E6C5/%24File/2547.pdf> (data pobrania 5.03.2023).
9. Śliwka M., Gałęska-Śliwka A., Praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów w orzecznictwie sądów administracyjnych, Consilium Iuridicum, 2022, 1-2, 205-222.
10. Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania Praw Pacjenta w 2021 roku, 60.
11. Kontrola P/15/061 „Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej” - KZD. 430.002.2015, Nr ewid. 199/2015/P/15/061/KZD.

WPŁYW PRACY ZMIANOWEJ NA WYSTĘPOWANIE NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI U PIEŁĘGNIAREK

dr n. o zdr. Magdalena Brodowicz-Król¹, dr n. med. Beata Biernacka¹, mgr Anna Sokal²,
dr n. o zdr. Magdalena Korzyńska-Piętas³, mgr Katarzyna Wiśniewska⁴

1. Akademia Zamojska, Instytut Humanistyczno-Medyczny
2. Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej, Katedra Rozwoju Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
3. Absolwent, Akademia Zamojska, Instytut Humanistyczno-Medyczny
4. Absolwent, Radomska Szkoła Wyższa

Wstęp

Jedną z najczęstszych chorób układu krążenia obecnie jest nadciśnienie tętnicze, które jednocześnie jest również jednym z najważniejszych i niezależnych czynników wpływających na rozwój chorób układu krążenia [1]. W wielu krajach świata, w tym również w Polsce stanowi aktualnie istotny problem nie tylko zdrowotny ale także społeczny i ekonomiczny. Choroby przewlekłe, a zwłaszcza choroby układu krążenia obecnie są główną przyczyną zgonów ludności na świecie [2]. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia około 30% zgonów na świecie spowodowanych jest chorobami sercowo naczyniowymi, natomiast 12,8% wszystkich zgonów jest wynikiem powikłań nadciśnienia tętniczego [3].

Choroby układu krążenia, w tym nadciśnienie tętnicze należą do chorób cywilizacyjnych, które wraz z postępem globalizacji i urbanizacji wykazują tendencję wzrostową [4,5]. Zapadalność na to schorzenie związana jest z czynnikami populacyjnymi: strukturą płci, starzeniem się oraz elementami behawioralnymi dotyczącymi stylu życia: diety, stosowania używek (alkohol, papierosy), aktywności fizycznej, narażenia na stres.

Cel

Celem niniejszej pracy była analiza wpływu pracy zmianowej na występowanie nadciśnienia tętniczego krwi wśród pielęgniarek [6].

Materiał i metody

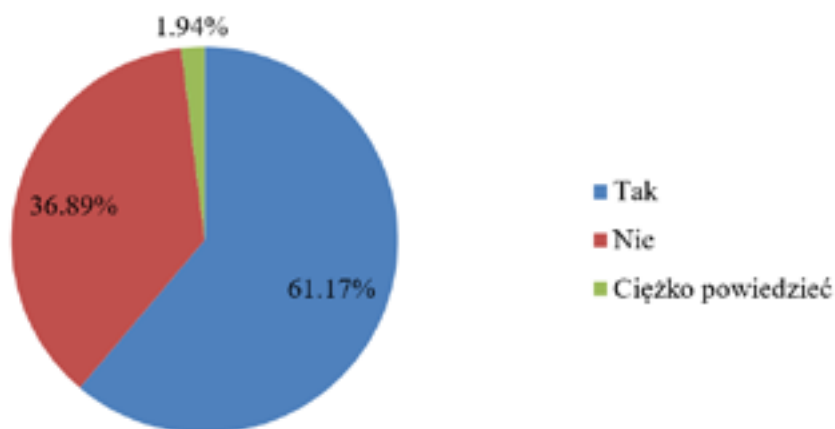
Badania na użytek tej pracy przeprowadzone zostały wśród 103 osób (pielęgniarek i pielęgniarzy) pracujących w systemie pracy zmianowej. Posłużono się metodą

sondażu diagnostycznego, a techniką była ankieta własnego autorstwa. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, składający się z 15 pytań był sondaż diagnostyczny, w tym 11 pytań zamkniętych, 3 otwartych i 1 półotwartego (z opcją odpowiedzi „inne” dającego możliwość dopisania własnej odpowiedzi). Badanie przeprowadzone zostało w okresie od stycznia do lutego 2023 roku wśród pielęgniarek, przy pomocy ankiety internetowej. Badanie miało charakter anonimowy. W celu wykonania analizy porównawczej i badania zależności skorzystano z testu niezależności χ^2 . Ten nieparametryczny test istotności wykorzystuje się do oceny zależności stochastycznej cech jakościowych i ilościowych przy założonym poziomie istotności $\alpha=0,05$.

Wyniki

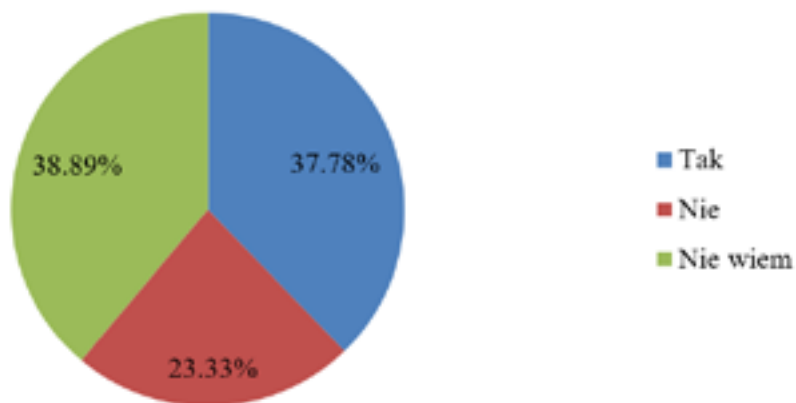
Najliczniejszą grupę wśród respondentów stanowiły osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze w przedziale od 6 do 10 lat – 46,15% (n=12), tak samo liczne były grupy osób chorujące w przedziale 1-5 lat oraz powyżej 11 lat – 26,92% (n=7). Z przeprowadzonej analizy wynika, że aż 38,96% (n=30) badanych nie wie czy występują u nich podwyższone wartości ciśnienia tętniczego. Wśród osób zdrowych 23,38% (n=18) ankietowanych doświadcza sytuacji, gdy poziom ciśnienia tętniczego przekracza wartości optymalne.

Występowanie problemów ze snem wśród respondentów



Ryc. 1. Struktura badanych wg problemów ze snem

Występowanie wyższych wartości ciśnienia w trakcie dyżuru nocnego



Ryc. 2. Struktura badanych wg występowania wyższych wartości ciśnienia w trakcie dyżuru nocnego

Aż 61,17% (n=63) ankietowanych odpowiedziało twierdząco na pytanie o problem z snem.

Ankietowani najczęściej nie wiedzą, czy w trakcie dyżurów nocnych mają wyższe wartości ciśnienia tętniczego – 38,83% (n=35), zbliżoną grupę stanowią osoby, którym w trakcie nocnych dyżurów ciśnienie tętnicze krwi wzrasta – 37,78% (n=34). Zaś tylko 23,33% badanych (n=21) nie ma problemów z wyższymi wartościami ciśnienia tętniczego podczas nocnych zmian.

Najliczniejszą grupę wśród respondentów stanowią osoby, które średnio śpią 7 godzin w nocy – 31,07% (n=32), kolejną dość liczną grupę stanowią badani śpiący 6 godzin – 24,27% (n=25). Najmniejszy odsetek stanowią osoby śpiące 10 godzin – 0,97% (n=1).

Najczęściej ankietowani w ciągu miesiąca wykonują 5 i 6 dyżurów nocnych – 28,89% (n=26), równie dużo osób pracuje przez 7 nocy w ciągu miesiąca – 27,78% (n=25). Najmniej respondentów pełni 4 dyżury nocne w ciągu miesiąca – 3,33% (n=3).

Zdecydowana większość respondentów 88,89% (n=80) deklaruje odesypianie nocnych dyżurów w trakcie dnia, z tego: 63,33% (n=57) – robi to czasami, a 25,56% (n=23) – zawsze. Tylko 11,11% (n=10) nie odesypia nocnych zmian.

Z przeprowadzonego badania wynika, że 33,98% (n=35) badanych nie wie czy po nocnych dyżurach ich ciśnienie tętnicze wzrasta. 20,39% (n=21) respondentów zauważyło tendencję do wyższych wartości ciśnienia po nocnych zmianach, a 33,01% (n=34) ankietowanych takiego trendu nie zaobserwowało.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że aż w 59,22% (n=61) przypadków wśród najbliższej rodziny badanych występuje nadciśnienie tętnicze.

Tabela I. Zależność pomiędzy ilością przepracowanych nocnych dyżurów w ciągu miesiąca a występowaniem nadciśnienia tętniczego

	Osoby z nadciśnieniem		Osoby zdrowe		Razem
	Liczność	%	Liczność	%	
8 dyżurów	5	19,23	5	7,81	10
7 dyżurów	7	26,92	18	28,13	25
6 dyżurów	8	30,77	18	28,13	26
5 dyżurów	5	19,23	21	32,81	26
4 dyżury	1	3,85	2	3,13	3
Razem	26	100,00	64	39,06	90
Analiza statystyczna: $\chi^2=7,03$; $df=4$; $p<0,05$					

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych odsypia nocne dyżury, jednak nie występuje zależność pomiędzy odpowiednim odpoczynkiem po dyżurach nocnych a występowaniem nadciśnienia tętniczego.

Z analizy statystycznej wynika, że wśród osób chorujących na nadciśnienie tętnicze najczęściej jest osób pracujących w zawodzie pielęgniarstwa ponad 21 lat – 69,23% (n=18). Wśród osób zdrowych najliczniejszą grupę stanowią osoby pracujące w przedziale 0-10 lat- 46,75% (n=36). Przeprowadzone badanie wykazało, że istnieje istotna statystycznie zależność między długości pracy w zawodzie pielęgniarstwa, a występowaniem nadciśnienia tętniczego.

Przeprowadzone badanie wykazało, że istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy występowaniem nadciśnienia tętniczego a pracą w systemie zmianowym. Wartość statystyki χ^2 jest mniejsza od wartości krytycznej na poziomie istotności 0,05. Nie występuje statystycznie istotna zależność między występowaniem

nadciśnienia tętniczego, a występowaniem wyższych wartości ciśnienia tętniczego po dyżurach nocnych.

W trakcie dyżurów nocnych występują u badanej grupy wyższe wartości ciśnienia tętniczego, niezależnie od tego czy są oni leczeni z powodu nadciśnienia tętniczego czy też nie.

Nie występuje istotna zależność między średnią ilością dyżurów nocnych w miesiącu, a występowaniem nadciśnienia tętniczego.

Dyskusja

Jednym z najważniejszych czynników rozwoju chorób sercowo-naczyniowych jest nadciśnienie tętnicze. Przeprowadzone w latach 2003-2005 w Polsce badanie WOBASZ wykazało, że nadciśnienie dotyczy 32,9% kobiet i 42,1% mężczyzn[7]. Szacuje się, że w Polsce na nadciśnienie tętnicze krwi choruje około 9 milionów osób, co ukazuje skalę i wagę problemu tej choroby[7]. Praca w trybie zmianowym stanowi zawsze poważne obciążenie dla organizmu i stanowi źródło zmęczenia, które niekoniecznie mija po odpoczynku, z powodu zaburzeń rytmu sen-czuwanie, który zwiększa się przy rotacji dyżurów. Nieodłącznym elementem pracy zmianowej jest również stres. Nienaturalny tryb życia, będący efektem pracy nocnej powoduje nieprawidłową pracę „zegara biologicznego”, co w konsekwencji wywołuje problemy zdrowotne. Rozregulowany rytm okołodobowy, zaburzona synteza melatoniny oraz niewystarczająca ilość snu mogą przyczyniać się do wystąpienia chorób przewlekłych, takich jak: choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia psychiczne, zespoły bólowe kręgosłupa czy choroba wrzodowa[8]. Badanie na temat stanu zdrowia pielęgniarek, obejmujące grupę 79 109 pracujących w systemie zmianowym kobiet, wykazało 1,4-krotnie większe ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca bez skutku śmiertelnego oraz 1,2-krotnie większe ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej ze skutkiem śmiertelnym. W badaniu wykazano, że już po 6 latach pracy zmianowej występuje zwiększone ryzyko choroby niedokrwiennej serca. W roku 2005 w Kanadzie przeprowadzono badania dotyczące stanu zdrowia 19 000 pielęgniarek i pielęgniarzy, które wykazały, że niemal 16% badanych cierpiało na przynajmniej jedną z analizowanych chorób lub czynników ryzyka dotyczących chorób układu krążenia: chorobę serca, cukrzycę lub nadciśnienie tętnicze. Zaś z badań przeprowadzonych na 318 australijskich pielęgniarzach pracujących na zmiany wynika, że prawie połowa z nich (42,8%) posiadała od 1 do 6 chorób przewlekłych takich jak: choroby układu krążenia, depresja czy astma [9].

Kubot wraz ze współpracownikami przeprowadził badanie 36 pielęgniarek ze średnią wieku 32 ± 6 lat. Przy pomocy badania echograficznego metodą Dopplera badacze dwukrotnie zbadali rezerwę przepływu wieńcowego w tętnicy wieńcowej zstępującej. Pierwszy raz badanie zostało wykonane około godziny 9 rano po zmianie nocnej, natomiast drugi raz w dniu niepoprzedzonym zmianą nocną. Bezpośrednio po zmianie nocnej, oznaczony przepływ wieńcowy był niższy – co oznacza gorsze mikro krążenie wieńcowe u personelu pracującego w nocy. Uzyskane wyniki były statystycznie istotne.

Związek pomiędzy pracą zmianową a wysokością ciśnienia tętniczego krwi oceniał De Daudemaris wraz ze współpracownikami. Przeprowadzili oni badanie 2 307 pielęgniarek oraz 1 530 asystentów pielęgniarskich z kohorty wieloośrodkowej „ORSOSA STUDY”. Praca badanych odbywała się w 3 systemach: rotacyjnych zmian (57,7% pielęgniarek, 31,5% asystentów), w systemie stałych zmian nocnych (3,9% pielęgniarek, 4,3% asystentów) oraz stałych zmian dziennych (38,4% pielęgniarek, 31,5% asystentów). Uzyskane wyniki, wykazały istotnie statystycznie wyższe o 2,5 mmHg wartości średniego ciśnienia skurczowego krwi wśród personelu pracującego w stałych zmianach nocnych w porównaniu do osób pracujących w systemie stałych zmian dziennych. Personel wykonujący pracę w systemie rotacyjnym miał niższe wartości ciśnienia skurczowego (o 0,9 mmHg) i rozkurczowego krwi (o 0,6 mmHg) niż ich koleżanki i koledzy pracujący w systemie dziennym. Wśród osób zatrudnionych tylko na nocze zaobserwowano również wiele negatywnych elementów stylu życia wynikających z diety i nieregularnych godzin spożywania posiłków. Grupa 147 pracowników ochrony zdrowia, pracująca w systemie zmianowym została poddana badaniu Copertaro i współpracowników, którzy stwierdzili w nim 12% wzrost częstotliwości występowania nadwagi i otyłości. Obserwacje te zostały dwukrotnie później potwierdzone. Inne badanie przeprowadzone na próbie 446 pracowników pielęgniarskich obu płci wykazały większy przyrost masy ciała u osób pracujących na nocne zmiany niż u pracujących w ciągu dnia. Zależność występowania nadwagi i otyłości a system pracy analizowana była również w badaniu 2 086 położnych i pielęgniarek z Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii. Wyniki przeprowadzonej analizy wykazały minimalnie wyższe ryzyko wystąpienia nadwagi u osób pracujących tylko na nocnych zmianach a także ryzyko wystąpienia nadwagi i otyłości u osób wykonujących pracę w systemie zmian rotacyjnych[8]. 14-letnie badania prowadzone przez Suwazono i współpracowników wśród 6 711

osobach pracujących w hucie stali, wykazały że praca zmianowa to znaczący czynnik ryzyka wzrostu wartości ciśnienia tętniczego krwi, podwyższonego ryzyka rozwoju nadciśnienia, a także przejścia z łagodnego do ciężkiego nadciśnienia (>160/100mmHg).

W trakcie całodobowych dyżurów w szpitalu, zaobserwowane zostały negatywne zmiany ciśnienia tętniczego krwi także u lekarzy rezydentów. W odniesieniu do standardowego dnia pracy w trakcie całodobowych dyżurów, odnotowano wyższe wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego w czasie pracy w nocy oraz wyższe wartości ciśnienia rozkurczowego w czasie snu na dyżurach nocnych[8]. Poddając analizie problemy ze zdrowiem pracowników ochrony zdrowia należy podkreślić, że już w 2015 roku średnia wieku tej grupy zawodowej w Polsce wynosiła 50,1 lat[9]. Przez co można wnioskować, że wraz z wiekiem rzeczywiste obciążenie pracą szczególnie na dyżurach nocnych może wzrastać. Równocześnie wśród starszego personelu z większym stażem pracy, który wiele lat pracował na nocnych zmianach, zauważalny jest rosnący trend występowania chorób przewlekłych. Badania prowadzone na przestrzeni kilku lat wśród pracowników zmianowych, pokazują jednoznacznie zwiększone ryzyko powstawania tak zwanych „zdarzeń sercowych” tj. o 24% zawału serca, o 23% udaru mózgu częściej niż u pracowników pracujących w systemie dziennym[10].

We Włoszech, przy pomocy metody EUROCISS, przeprowadzono badanie wśród pracowników zmianowych określające możliwość zachorowania na choroby związane z układem krążenia (udar mózgu, zawał serca). Uzyskane wyniki nie wykazały istotnych różnic w ryzyku zachorowania, tylko w przypadku pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym obserwowano wyższe średnie ciśnienie skurczowe niż u tych pracujących tylko w systemie dziennym[11].

Wnioski

1. Praca pielęgniarek w systemie zmianowym w znacznym stopniu wpływa na występowanie wśród tej grupy zawodowej nadciśnienia tętniczego krwi.
2. W badanej grupie 25% osób ma zdiagnozowane nadciśnienie tętnicze krwi.
3. Na występowanie nadciśnienia tętniczego ma wpływ długość pracy w zawodzie pielęgniarstwa, im dłuższy staż tym więcej przypadków zachorowań.
4. Im dłuższy okres pracy w systemie zmianowym tym wyższa zachorowalność na nadciśnienie tętnicze.
5. Odsypianie dyżurów nocnych nie niweluje ich negatywnych skutków oraz nie zmniejsza ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego.

6. Zaobserwowano, nawet u zdrowych pielęgniarek, wyższe wartości ciśnienia tętniczego w trakcie pełnienia dyżurów nocnych.

Piśmiennictwo

1. Polakowska M., Piotrowski W.: Czynniki socjoekonomiczne a występowanie nadciśnienia tętniczego na wsi i w mieście. *Badanie WOBASZ. Medycyna Ogólna* 2010, 16, 162-173.
2. Ibrahim M.M., Domasceno A.: Hypertension in developing countries. *Lancet* 2012, 380, 611-619.
3. Harrison M., Maresso K., Broeckel U.: Genetic determinants of hypertension: an update. *Current Hypertension Reports*, 2008, 10, 488-495.
4. Baszczuk A., Kopczyński Z., Pupek-Musialik D., Cymerys M., Kopczyński J., Wojtkowiak J.: Hiperhomocysteinemia u chorych na pierwotne nadciśnienie tętnicze. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2011, 7, 1-10.
5. Olives C., Myerson R., Mokdad A.H., Murray C.J., Lim S.S.: Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in United States counties, 2001–2009. *PloS. One*. 2013, 8, e60308.
6. Mancina G, Bombelli M, Facchetti R i wsp.: Long-term prognostic value of blood pressure variability in the general population: results of the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni Study. *Hypertension*, 2007, 49, 1265-70.
7. Szczeklik A.: *Choroby wewnętrzne stan wiedzy na rok 2010*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 159-170.
8. Burdelak W., Peplowska B., *Praca w nocy a zdrowie pielęgniarek i położnych - przegląd literatury*, *Medycyna Pracy*, 2013, 64(3), 397-418.
9. Andruszkiewicz A.: *Wybrane psychospołeczne aspekty funkcjonowania zawodowego pielęgniarek a ich stan zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2018, 42-53.
10. Pawlak J., Pawlak B., Lalewski P., Klawe J., Zawadzka M., Bitner A.: *Praca zmianowa a powstawanie chorób układu sercowo naczyniowego w kontekście regulacji normatywnej*, *Hygeia*, 2013, 48, 6-9.
11. Szymańska-Czechór, M., and Kędra, E.: Evaluating the impact of shift work on the health status of the nursing staff of the selected medical entity – quantitative data (part I). *Problemy Pielęgniarstwa*, 2017, 25(3), 185-190.

Rodzice ważny członek zespołu terapeutycznego

POZIOM WIEDZY RODZICÓW Z WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO NA TEMAT SZCZEPIONEK WYSOKOSKOJARZONYCH 6 W 1

Mgr Wiktoria Lubinska¹, dr n.o zdr. Aneta Kołodziejska², dr n. med. Anna Małecka-Dubiela², dr n.o zdr. Sandra Lange², prof. dr hab. n. o zdr. Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska³

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, GUMed
2. Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa GUMed
3. Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki GUMed

Wstęp

W ostatnich latach w Polsce można zaobserwować rosnącą popularność szczepień wysokoskojarzonych 6 w 1. Jednocześnie, niektóre badania sugerują, że część rodziców nadal ma niewystarczającą wiedzę na temat korzyści i skutków ubocznych tych szczepień. Dodatkowo, u części społeczeństwa bardzo wyraźnie obserwuje się niechęć do stosowania jakichkolwiek preparatów, nie tylko tych wysokoskojarzonych. Łatwy dostęp do niekoniecznie właściwych informacji, takich jak na przykład źródła internetowe, spowodował, że rodzice poddają wątpliwości słuszność podawania dzieci szczepieniom i coraz częściej decydują się nie szczepić swoich dzieci [1].

W artykule zostało opisane badanie poziomu wiedzy rodziców z województwa pomorskiego na temat szczepień wysokoskojarzonych 6 w 1 oraz zbadane zostały czynniki wpływające na poziom tej wiedzy. Celem pracy jest wykazanie, jakie czynniki mają wpływ na poziom wiedzy rodziców oraz jakie czynniki należy wziąć pod uwagę przy projektowaniu skutecznych kampanii informacyjnych na temat szczepień. Ważnym aspektem badania jest również poznanie głównych źródeł pozyskiwania informacji na temat szczepień.

Ostatecznie, wyniki badania mogą pomóc w opracowaniu bardziej skutecznych strategii informacyjnych dotyczących szczepień wysokoskojarzonych 6 w 1 oraz poprzez poznanie źródeł czerpania informacji do podniesienia poziomu wiedzy rodziców na temat korzyści i zagrożeń związanych ze szczepieniami.

Cel pracy

Określenie opinii rodziców dzieci zamieszkujących województwo pomorskie na temat szczepień wysokoskojarzonych 6 w 1.

Materiał i metody

Gрупę badaną stanowią rodzice dzieci w różnym wieku oraz płci.

Do przeprowadzenia badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, którego zadaniem było zgromadzenie wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach oraz źródłach pozyskiwania informacji przez rodziców.

Badaniami objęto 100 rodziców z województwa pomorskiego. W badaniu posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety oraz opisową analizą statystyczną, analizą frekwencji, wykorzystano test Shapiro-Wilka, współczynnik korelacji monotonicznej *rho*-Spearmana, test Levena, test *t*-Studenta, test dokładny Fishera. Ankieta była anonimowa, zawierała 20 pytań zamkniętych oraz test wiedzy na temat szczepionki wysokoskojarzonej 6 w 1. Kwestionariusz został rozpowszechniony z wykorzystaniem Internetu. Warunkiem przystąpienia do badania było posiadanie przynajmniej jednego dziecka oraz zamieszkanie na terenie województwa pomorskiego.

Za poziom istotności przyjęto $p = 0,05$ (wyniki $p < 0,05$ uznaje się za istotne statystycznie). Analizę przeprowadzono wykorzystując program Excel oraz pakiet statystyczny Jamovi.

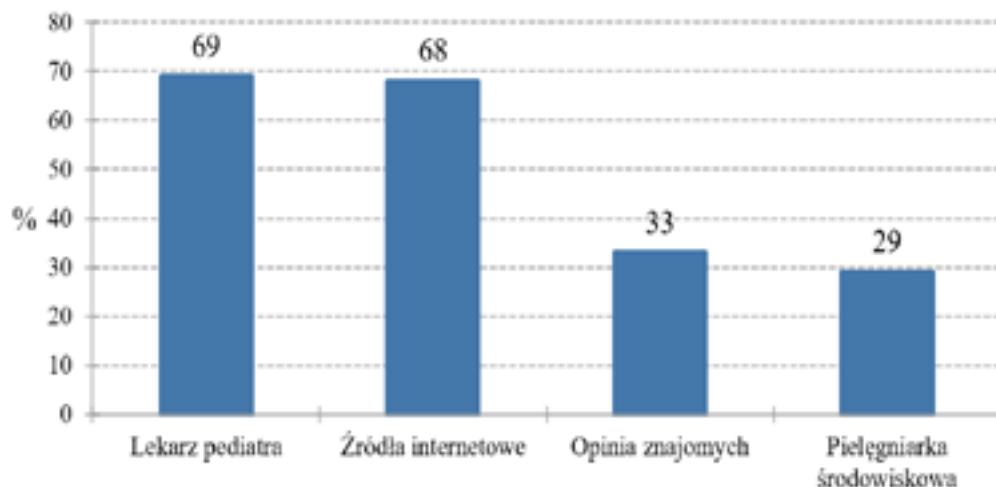
Ocena poziomu wiedzy respondentów na temat szczepionki wysokoskojarzonej 6 w 1

Szczepionka 6 w 1 to szczepionka skojarzona, która zapewnia ochronę przed sześcioma różnymi chorobami, w tym błonicą, krztuścem, polio, tężcem, *Haemophilus influenzae* typu b (Hib) i wirusowym zapaleniem wątroby typu B [2]. Szczepionka tak jak każdy podawany lek może powodować efekty uboczne, ważne jest, aby je znać i zapobiegać ich wystąpieniu. W przypadku szczepień używany jest skrót NOP, czyli niepożądaný odczyn poszczepienny [2,3].

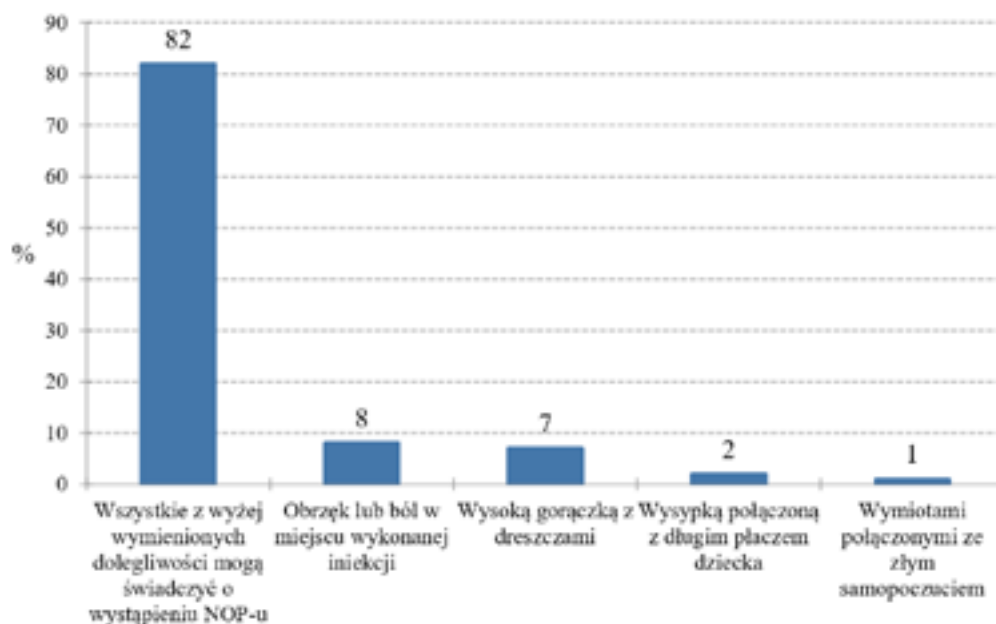
Wyniki

Respondenci w większości przypadków wskazywali na lekarza pediatrę jako źródło informacji na temat szczepień ($n = 69; 69\%$). Znaczna część badanych wiedzę czerpała ze źródeł internetowych ($n = 68; 68\%$). 33% badanych zasięgnęła opinii znajomych ($n = 33$), natomiast 29% uczestników badania uzyskała informacje od pielęgniarki środowiskowej ($n = 29$).

Ankietowani w większości przypadków zgłaszali wszystkie wymienione w pytaniu dolegliwości, które mogą świadczyć o wystąpieniu NOP-u ($n = 82; 82\%$). Pozostali



Ryc. 1. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Z jakiego źródła czerpał/a Pan/Pani informacje na temat szczepień? można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź” (n = 100)



Ryc. 2. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czym Pani/Pana zdaniem objawia się Niepożądany Odczyn Poszczipenny NOP?” (n = 100)

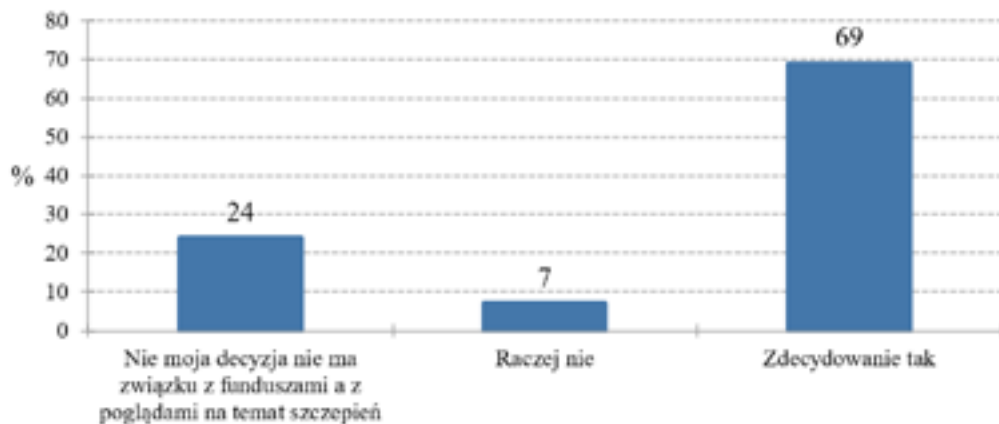
ankietowani stwierdzali, że o wystąpieniu NOP świadczy: „Obrzęk lub ból w miejscu wykonanej iniekcji” ($n = 8$; 8%), „Wysoka gorączka z dreszczami” ($n = 7$; 7%), „Wysypka połączona z długim płaczem dziecka” ($n = 2$; 2%) oraz „Wymioty połączone ze złym samopoczuciem” ($n = 1$; 1%).



Ryc. 3. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy posiada Pan/Pani wiedzę na temat refundacji szczepionki wysokoskojarzonej 6 w 1?”, ($n = 100$)

W większości przypadków respondenci odpowiadali, że szczepionkę wysokoskojarzoną 6 w 1 należy zakupić we własnym zakresie ($n = 60$; 60%). 34% uczestników badania nie miało wiedzy w tym obszarze ($n = 34$; 34%). Zdaniem pozostałych osób szczepionka ta jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) (6%). Większość uczestników badania ($n = 69$; 69%) zdecydowanie potwierdziła, że gdyby szczepionka wysokoskojarzona 6 w 1 była refundowana przez NFZ, zaszczepiliby swoje dziecko. Pozostałe osoby ($n = 24$; 24%) wskazały, że ich decyzja nie ma związku z funduszami, a z ich poglądami na temat szczepień, natomiast 7% ($n = 7$) odpowiedziało, że raczej nie zdecydowałoby się na zaszczepienie swojego dziecka tą szczepionką.

W części autorskiego kwestionariusza ankiety pytania ukierunkowane były na ocenę wiedzy respondentów, podobnie jak w artykule J. Rogalskiej, E. Augustowicz, A. Gzyl, P. Stefanoff, pt., „Źródła informacji oraz wiedza rodziców na temat szczepień ochronnych w Polsce” z 2013 roku cytowanego w dyskusji [4].



Ryc. 4. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona 6 w 1 była refundowana przez NFZ zdecydował/a by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko?”, (n = 100)

Tab. 1. Podstawowe statystyki opisowe dotyczące wiedzy uczestników badania na temat szczepionki wysokoskojarzonej 6 w 1. Podstawowe statystyki opisowe

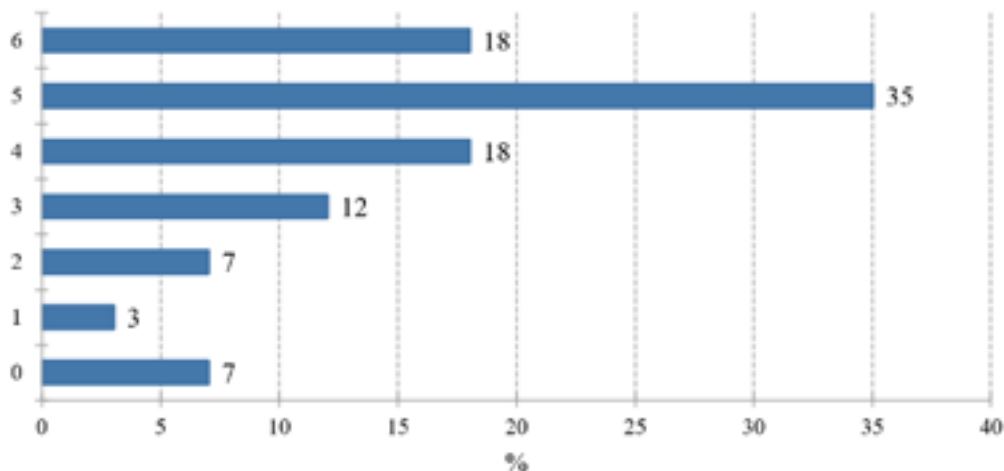
Zmienna	N	M	SD	Me	Min.	Maks.	Skośność	Kurtoza
Wiedza	100	4,08	1,698	5,00	0,00	6,00	-0,99	0,16
Wiedza procent	100	68,00	28,296	83,33	0,00	100,00	-0,99	0,16

N - liczba ważnych obserwacji, M - średnia, SD - odchylenie standardowe, Me - mediana, Min. - wartość minimalna, Maks. - wartość maksymalna. Na 6 możliwych do zdobycia punktów, uczestnicy badania zdobywali średnio $M = 4,08$ ($SD = 1,698$) punktów. Średni uzyskany wynik wyrażony w procentach wyniósł $M = 68,00\%$ ($SD = 28,296$).

Rozkład wyników uzyskanych przez respondentów w teście wiedzy na temat szczepionki wysokoskojarzonej 6 w 1 przedstawiono na wykresie.

Największa grupa badanych uzyskała w teście wiedzy 5 punktów na 6 możliwych ($n = 35$; 35%). Procentowy udział pozostałych wyników respondentów przedstawia się następująco: «4» ($n = 18$; 18%), «6» ($n = 18$; 18%), «3» ($n = 12$; 12%), «0» ($n = 7$; 7%), «2» ($n = 7$; 7%) oraz «1» ($n = 3$; 3%).

Przed rozpoczęciem badania założono, że im wyższe wykształcenie tym poziom wiedzy rodzica na temat szczepień jest większy, co potwierdziła się w uzyskanych wynikach.



Ryc.5. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Wiedza”, (n = 100)

W celu określenia siły i kierunku zależności między zmienną „Wykształcenie” a zmienną „Wiedza” wykorzystano współczynnik korelacji monotonicznej rho-Spearmana. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli.

Tab. 2. Wyniki analizy korelacji rho-Spearmana

					95% CI		
Zmienna 1	Zmienna 2	n	rho		Lower	Upper	p
Wykształcenie	Wiedza	100	0,38	***	0,19	0,54	<0,001

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Wyniki analizy korelacji rho-Spearmana wskazują na występowanie istotnej zależności między zmienną „Wykształcenie” a zmienną „Wiedza” $\rho = 0,38^{***}$, 95% CI [0,19,0,54], $p < 0,001$, $n = 100$ - siła korelacji okazała się wysoka, kierunek korelacji okazał się pozytywny – wraz ze wzrostem zmiennej „Wykształcenie” istotnie wzrasta zmienna „Wiedza”.

Analiza zależności zmiennych nominalnych (podział ze względu na zmienną „Czy zaszczepiła lub zaszczepiłby/zaszczepiłaby Pan/Pani swoje dziecko/dzieci szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1”)

Tab. 3. Procentowy rozkład odpowiedzi - podział ze względu na zmienną: „Czy zaszczepiła lub zaszczepiłby/zaszczepiłaby Pan/Pani swoje dziecko/dzieci szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1”

		Czy zaszczepiła lub zaszczepiłby/zaszczepiłaby Pan/Pani swoje dziecko/dzieci szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1	
	N	Nie, N = 25	Tak, N = 75
Czy słyszała Pan/Pani o szczepionce wysokoskojarzonej 6 w 1	100		
Nie		7 (28,0%)	1 (1,3%)
Tak czytałem/czytałam o niej w Internecie		10 (40,0%)	15 (20,0%)
Tak poinformował mnie lekarz pediatra		5 (20,0%)	48 (64,0%)
Tak poinformował/a mnie kolega/żanka		3 (12,0%)	11 (14,7%)

Tab. 4. Wynik testu dokładnego Fishera (zależność między zmienną „Czy zaszczepiła lub zaszczepiłby/zaszczepiłaby Pan/Pani swoje dziecko/dzieci szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1” a zmienną „Czy słyszała Pan/Pani o szczepionce wysokoskojarzonej 6 w 1”).

					95% CI	
	n	p		Cramer's V	Lower	Upper
	100	<0,001	***	0,49	0,24	0,68

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Wynik testu dokładnego Fishera wskazuje na występowanie istotnej zależności między zmienną: „Czy zaszczepiła lub zaszczepiłby/zaszczepiłaby Pan/Pani swoje dziecko/dzieci szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1”, a zmienną: „Czy słyszała Pan/Pani o szczepionce wysokoskojarzonej 6 w 1”, $p < 0,001$; siła obserwowanego efektu okazała się umiarkowana (V Cramera = 0,49, 95% CI [0,24; 0,68]).

Ryc. 6. Zależność między zmienną: „Czy słyszała Pan/Pani o szczepionce wysokoskojarzonej 6 w 1”, a zmienną: „Czy zaszczepiła lub zaszczepiłby/zaszczepiłaby Pan/Pani swoje dziecko/dzieci szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1” ($n = 100$)

Z oceny uzyskanych wyników można stwierdzić, że osoby korzystające z internetowych źródeł są bardziej sceptycznie nastawione do szczepień dzieci.

Kolejną kwestią wpływającą na podjęcie decyzji o wyborze szczepionki wysokoskojarzonej 6 w 1 są możliwości finansowe rodziców.

Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona 6 w 1 była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko” przedstawiono w tabeli.

Tab. 5. Wyniki analizy rozkładów procentowych – osoby, które zaszczepiłyby swoje dziecko

	N	n (%)
Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona 6 w 1 była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko	75	
Nie moja decyzja nie ma związku z funduszami a z poglądami na temat szczepień		7 (9,3%)
Raczej nie		0 (0,0%)
Zdecydowanie tak		68 (90,7%)

W celu określenia, czy poszczególne kategorie w zakresie zmiennej „Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona 6 w 1 była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko” występują tak samo często. Wykorzystano test χ^2 zgodności rozkładu. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli.

Tab. 6. Wyniki testu χ^2 zgodności rozkładu

							95% CI	
Zmienna	n	χ^2		df	p	Pearson's χ^2	Lower	Upper
Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona 6 w 1 była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko	75	49,61	***	1	<0,001	0,63	0,51	0,72

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Wyniki testu χ^2 zgodności rozkładu wskazują na występowanie istotnej różnicy w częstości występowania poszczególnych kategorii, w zakresie zmiennej „Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona 6 w 1 była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko”, $\chi^2(1) = 49,61^{***}$, $p < 0,001$, $c = 0,63$, 95% CI [0,51; 0,72], $n = 75$; najczęściej występująca kategoria: ‹Zdecydowanie tak› ($n = 68$; 90,7%); siła obserwowanego efektu (c) okazała się bardzo wysoka.

Rozkład odpowiedzi w grupie osób, które nie zaszczepiliby swojego dziecka
Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko” przedstawiono w tabeli.

Tab. 7. Wyniki analizy rozkładów procentowych – osoby, które nie zaszczepiłyby swojego dziecka

	N	n (%)
Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona 6 w 1 była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko	25	
Nie moja decyzja nie ma związku z funduszami a z poglądami na temat szczepień		17 (68,0%)
Raczej nie		7 (28,0%)
Zdecydowanie tak		1 (4,0%)

W celu określenia, czy poszczególne kategorie w zakresie zmiennej „Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona 6 w 1 była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko” występują tak samo często, wykorzystano test χ^2 zgodności rozkładu. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli.

Tab. 8. Wyniki testu χ^2 zgodności rozkładu, Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona w była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko

Zmienna	n	c2		df	p	Pearson's c	95% CI	
							Lower	Upper
Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona w była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko	25	15,68	***	2	<0,001	0,62	0,34	0,76

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Wyniki testu χ^2 zgodności rozkładu wskazują na występowanie istotnej różnicy w częstości występowania poszczególnych kategorii, w zakresie zmiennej „Czy gdyby szczepionka wysokoskojarzona 6 w 1 była refundowana przez NFZ zdecydowała by się Pan/Pani zaszczepić nią swoje dziecko”, $\chi^2(2) = 15,68^{***}$, $p < 0,001$, $c = 0,62$, 95% CI [0,34; 0,76], $n = 25$; najczęściej występująca kategoria: „Nie moja decyzja nie ma związku z funduszami a z poglądami na temat szczepień” ($n = 17; 68,0\%$); siła obserwowanego efektu (c) okazała się bardzo wysoka.

Dyskusja

Na poziom wiedzy rodziców na temat szczepień wysokoskojarzonych 6w1 ma wpływ wiele czynników. Są to m.in wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz ilość posiadanego potomstwa. Część z wymienionych czynników ma większy wpływ na poziom wiedzy rodziców niż pozostałe.

Grupa respondentów została utworzona z 100 rodziców z województwa pomorskiego, którzy anonimowo odpowiedzieli na pytania ankiety. Wśród 100 przebadanych osób aż 75 osób, czyli 75% badanych odpowiedziało, że zgodziłaby się zaszczepić lub zaszczepiła swoje dziecko szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1. Pozostałe 25% opowiedziało się negatywnie za zaszczepieniem swojego dziecka szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1. Analiza statystyczna wykazała, że ponad połowa (53%) ankietowanych informacje o istnieniu szczepień wysokoskojarzonych uzyskała od lekarza pediatry, 25% osób czerpała informacje ze źródeł internetowych, 14% od znajomych rodziców, a 4% ankietowanych nie miało pojęcia o istnieniu szczepionki wysokoskojarzonej 6 w 1. Fakt, że wśród ankietowanych 47% osób czerpało swoją wiedzę na temat szczepionki ze źródeł innych niż lekarz pediatra zajmujący się dzieckiem, obrazuje jak rzadko temat szczepionki wysokoskojarzonej 6 w 1 zostaje poruszany w placówkach ochrony zdrowia i rzetelnych źródłach internetowych.

Uzyskane wyniki są podobne jak w badaniu J. Rogalskiej, E. Augostowicz, A. Gzyl, P. Stefanoff, pt., „Źródła informacji oraz wiedza rodziców na temat szczepień ochronnych w Polsce” W badaniach wykazano, że 90% rodziców za najbardziej wiarygodne i główne źródło informacji uznało lekarza rodzinnego oraz pediatrę. Za drugie źródło informacji uznano media 66%, w tym źródła internetowe, które stanowiły 18%, przy czym ankietowani uznali wiarygodność i trafność tych źródeł jedynie w 4%. W grupie badanych 33 osoby podjęły decyzję o nieszczepieniu swoich dzieci ze względu na usłyszane od znajomych i przeczytane negatywne opinie odnośnie szczepień. Przeprowadzone badanie ukazało niski poziom wiedzy rodziców na temat szczepień [4].

W większości przypadków, rodzice udzielający odpowiedzi zdawali sobie sprawę z istnienia niepożądanych odczynów poszczepiennych, a 82% z nich prawidłowo potrafiło wskazać czym objawia się NOP. 68% ankietowanych prawidłowo wskazało skład szczepionki wysokoskojarzonej 6 w 1, a 80% wiedziało, że dziecko poddawane jest szczepieniu szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1 w drugim miesiącu życia. Z tych danych wynika, iż poziom wiedzy ankietowanych rodziców jest stosunkowo wysoki.

Przeprowadzona analiza odpowiedzi ankietowanych miała na celu wyróżnienie czynników, które w najwyższym stopniu wpłynęły na poziom wiedzy rodziców. Po przeanalizowaniu wyników badania okazało się, że czynnikiem, który wyróżnił się spośród pozostałych jest wykształcenie rodzica. Wyniki analizy korelacji pomiędzy wykształceniem, a wiedzą wskazują na występowanie istotnej zależności, co oznacza, że osoby z wyższym wykształceniem mają większą wiedzę na temat szczepień.

Wśród osób, które w ankiecie odpowiedziały, że nie zaszczepiły lub nie zaszczepiłyby swoich dzieci szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1, 40% z nich swoją wiedzę czerpało ze źródeł internetowych, a 28% nigdy nie słyszało o szczepionkach wysokoskojarzonych, 12% zostało o nich poinformowane przez swoich znajomych, a 20% dowiedziało się o szczepieniu od lekarza i mimo to, nie zdecydowało się zaszczepić swojego dziecka. Z kolei rodzice, którzy opowiedzieli się za szczepieniem swoich dzieci szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1 w 64% dowiadywali się o niej od lekarza pediatry, w 20% ze źródeł internetowych 14,7% od znajomych rodziców. Natomiast 1,3 % nigdy nie słyszało o szczepieniu skojarzonym.

Zestawiając uzyskane wyniki z badaniem M. Pieszki, W. Waksmańskiej oraz H. Woś wydanym w 2016 roku w Medycynie Ogólnej i Nauki o Zdrowiu pt., Wiedza rodziców dzieci do drugiego roku życia na temat szczepień ochronnych” celem było sprawdzenie poziomu wiedzy rodziców dzieci na temat szczepień oraz ustalenie stosunku dzieci zaszczepionych szczepionkami skojarzonymi nad szczepionkami bezpłatnymi.

W badaniu sprawdzono również czynniki, które wpłynęły na podjęcie decyzji o zakupie szczepionek skojarzonych. Dzięki przeprowadzonym badaniom odkryto, że w 89% rodzice posiadają potrzebną wiedzę na temat chorób zakaźnych. W przypadku 14% rodzice nie zaszczepili swoich dzieci zgodnie z kalendarzem szczepień ochronnych. 63% ankietowanych zdecydowało się zaszczepić dziecko szczepionką skojarzoną. Po przeprowadzonych badaniach ustalono, że im wyższe wykształcenie tym poziom wiedzy na temat szczepień oraz wyższy odsetek szczepienia dzieci szczepionką skojarzoną [5].

Po wykonaniu obliczeń statystycznych okazało się, że czynniki takie jak płeć, ilość posiadanego potomstwa, wiek rodzica oraz miejsce zamieszkania nie mają wpływu na poziom posiadanej przez rodzica wiedzy na temat szczepień wysokoskojarzonych.

Wnioski

1. Poziom wiedzy badanych rodziców dzieci z województwa pomorskiego na temat szczepień wysokoskojarzonych jest wysoki, lecz wciąż zdarzają się osoby powtarzające powszechne mity o szczepieniach.
2. Wykształcenie rodzica ma wpływ na poziom wiedzy na temat szczepień wysokoskojarzonych 6 w 1. Im wyższe wykształcenie tym poziom wiedzy jest wyższy.
3. Płeć, miejsce zamieszkania oraz ilość posiadanego potomstwa nie wpływa na poziom wiedzy badanych rodziców.
4. Głównymi źródłami czerpania informacji na temat szczepień wysokoskojarzonych 6 w 1 jest lekarz pediatra oraz źródła internetowe. Osoby przeciwnie szczepieniu swoich dzieci szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1 w większości dowiadywało się o istnieniu szczepionki ze źródeł internetowych oraz od osób znajomych zamiast od lekarza pediatry.
5. Większość rodziców posiadała wiedzę na temat refundacji szczepionki. Brak refundacji szczepionki ma wpływ na podejmowaną przez rodziców decyzję o zaszczepieniu dziecka szczepionką wysokoskojarzoną 6 w 1.

Piśmiennictwo

1. Bogaerts H.: Protection against six childhood diseases with a hexavalent vaccine. *Anales de Pediatria*, 2003, 58(5), 41-6.
2. Charakterystyka produktu leczniczego szczepionki Infanrtix hexa, https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/infanrix-hexa-e-par-product-information_pl.pdf, (data pobrania 18.05.2023).
3. Chmurzyńska-Rutkowska D.: Niepożądany odczyn poszczepienny [Internet]. 2018. Available from: <https://mamapediatra.pl/2018/02/01/niepozadany-odczyn-poszczepienny-nop/>, (data pobrania 09.05.2023).
4. Rogalska J., Augustynowicz E., Gzyl A., Stefanoff P.: Sources of information and knowledge on childhood immunisations among Polish parents - Źródła informacji oraz wiedza rodziców na temat szczepień ochronnych w Polsce. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2010, 64, 83-90.
5. Pieszka M., Waksmańska W., Woś H.: Knowledge of immunization among parents of children under two years of age. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 22(3), 221-6.

OCENA POZIOMU WIEDZY RODZICÓW NA TEMAT WIRUSÓW WYWOŁUJĄCYCH ZAKAŻENIA UKŁADU POKARMOWEGO U DZIECI

dr n. med. Dorota Maciąg^{1,3}, mgr Wiktoria Zięba², dr n. med. Monika Borek¹,
dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska^{1,3}, dr n. o zdr. Agnieszka Pawłowska-Muc¹

1. Katedra Pielęgniarstwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych w Ostrowcu Świętokrzyskim
2. Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych w Ostrowcu Świętokrzyskim
3. Wydział Nauk o Zdrowiu Warszawska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych

Wprowadzenie

Ostre wirusowe nieżyty żołądkowo - jelitowe u dzieci są kluczowym problemem zdrowotnym w krajach rozwijających się jak i rozwiniętych. Stanowią one częsty powód konsultacji u lekarzy rodzinnych a także są drugą po infekcjach układu oddechowego przyczyną hospitalizacji dzieci. W ostatnim czasie zaobserwowano zmniejszenie ilości biegunek o etiologii bakteryjnej, natomiast wzrasta jednak ilość dzieci chorujących na biegunki o podłożu wirusowym, co częściowo tłumaczyć można unowocześnieniem metod diagnostycznych. Wskazuje na to pośrednio regresywny odsetek dzieci z diagnozą biegunki o nieznanym pochodzeniu [1]. Pod koniec lat 90 ubiegłego wieku na świecie coraz częściej zarówno w celach naukowych, jak również epidemiologicznych, wdrożono w diagnostyce techniki biologii molekularnej: RT-PCR, PCR i sekwencjonowanie nukleotydowe. Dzięki temu zauważono oraz opisano wiele czynników etiologicznych, stanowiących przyczynę występowania objawów dyspeptycznych u dzieci, a szczególnie w początkowym okresie życia. Ze względów głównie ekonomicznych Polska nie należy do czołówki światowej, w zakresie wykorzystania molekularnych metod rozpoznawania zakażeń wirusowych.. Konsekwencją tego, jest między innymi ograniczona wiedza dotycząca epidemiologii zakażeń wirusowych układu pokarmowego dzieci [1]. Wirusy dotykające układ pokarmowy są powszechne na całym świecie. Zachorowania są rejestrowane w każdej porze roku i w każdych warunkach atmosferycznych, jednak największy ich odsetek obserwuje się w okresie jesienno - zimowym

w klimacie umiarkowanym. Rotawirusy są sprawcami od 35 do 50% ostrych zakażeń układu pokarmowego. Szacuje się, że rocznie na nieżyty żołądkowo-jelitowe wywołane zakażeniem rotawirusem zapada na świecie w przybliżeniu około 130 mln dzieci i jest ona powodem około 440 tysięcy zgonów dzieci do piątego roku życia. Rotawirusy występują najczęściej oraz są odpowiedzialne za 35–50% ostrych zakażeń układu pokarmowego. Na świecie niewiele mniej powszechne są norowirusy których liczba zakażeń wzrosła 20-krotnie przez ostatnie sześć lat oraz aktualnie sięga ponad 200 000 zachorowań rocznie. Szacuje się, że liczba niezgłoszonych przypadków jest prawie trzykrotnie wyższa. Astrowirus również zyskuje popularność w ostatnich latach, w USA corocznie odnotowuje się prawie 3,9 mln zachorowań dzieci. Największa liczba zarażeń astrowirusem dotyczy biedne kraje o niskiej higienie oraz zbyt małych zasobach finansowych na prowadzenie przynoszącej rezultaty profilaktyki. Adenowirus identyfikuje się u 1 na 10 dzieci hospitalizowanych z powodu wirusowego zarażenia przewodu pokarmowego [2,3]. Rotawirusy są także jedną z częstszych przyczyn etiologicznych ogółu zakażeń szpitalnych. W 2009 r. odnotowano w Polsce łącznie 26 033 zakażeń rotawirusami we wszystkich oddziałach szpitalnych, natomiast w oddziałach pediatrycznych zarejestrowano 20 689. Hospitalizacji dzieci z powodu ostrego przebiegu rotawirusa jest 25%. Norowirusowe zakażenia w Polsce spotykane są prawie tak samo często jak rotawirusowe, co roku ich liczba się zwiększa w 2017 r. było ich 55 563, a w 2018 r. – 48 577 przypadków. W Polsce adenowirusy i astrowirusy są rzadziej spotykane, lecz liczba zachorowań co roku znacznie wzrasta [4]. Jakkolwiek by patrzeć niezależnie od typu wirusa przebieg zakażenia układu pokarmowego jest bardzo podobny, jednak każdy z wirusów ma swoje charakterystyczne cechy. Rotawirusy zostały odkryte i opisane około 30 lat temu. Wirusy te są niewielkie, ich średnica to około 75 nm, wchodzi w skład rodziny Reoviridae [5]. Rotawirus jest jednym z najczęściej występujących wirusów atakujących przewód pokarmowy u dzieci jak i osób starszych. Zakażenie przenosi się drogą fekalno - pokarmową oraz przez brudne ręce, które mają bezpośredni kontakt z zanieczyszczonymi przedmiotami. Po przedostaniu się do organizmu, rotawirusy uszkadzają nabłonek kosmków jelitowych, wywołując stan zapalny żołądka i jelit. Zakażenia rotawirusami dotyczą głównie dzieci od 6 do 24 miesiąca życia. W przypadku najmniejszych dzieci przebieg choroby jest najcięższy. Zakażenie norowirusem jest równie częste jak rotawirusem, i w tym przypadku najbardziej narażone są najmłodsze dzieci. Norowirusy są mikroorganizmami

zaliczającymi się do rodziny kalcywirusów. W grupie tej znajdują się wirusy takie jak: saprowirusy i wirus zapalenia wątroby typu E. Nowirusy to patogeny o wyjątkowo małej dawce zakaźnej, ponieważ wystarczy 18-1000 cząsteczek wirusa aby pojawiły się pierwsze objawy infekcji. Norowirusy są niewrażliwe na podgrzewanie, zamrażanie, związki chloru o stężeniu 10 mg/l, eter, etanol i pozostałe detergenty. Norowirusy na przedmiotach mogą zostać aż do 7 dni. [6] 4] Na skutek zakażenia norowirusem dochodzi do ostrego zapalenia żołądkowo - jelitowego, często mylonego z grypą żołądkową. Na szerzenie się norowirusa ogromny wpływ ma brak podstawowych zasad higieny. Do zakażenia norowirusem dochodzi na ogół drogą pokarmową, w wyniku kontaktu z brudnymi rękami czy zanieczyszczonym jedzeniem [7].

Adenowirusy są to wirusy, których genom składa się z dwuniciowego DNA. Zaliczają się do rodzaju Mastadenovira. Posiadają dużą odporność na wpływ czynników środowiskowych, są odporne na wpływ powszechnie używanych środków dezynfekcyjnych. Zakażenia adenowirusami dotyczą układu oddechowego, układ pokarmowy oraz narządu wzroku. Adenowirusy są wysoce niebezpieczne dla noworodków a także osób z upośledzoną odpornością. Do zakażenia adenowirusem może dojść drogą kropelkową bądź fekalno - oralną. Zakażenie szybko rozsiewa się w takich skupiskach jak: przedszkola, internaty, szpitale, żłobki oraz koszary wojskowe. Przechorowanie zakażenia określonym serotypem wirusa sprawia, że osoba nabywa trwałą odporność na ten określony serotyp, jednak nie na inny. Adenowirus dostaje się do naszego organizmu przez błony śluzowe: dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, spojówek oraz rogówki. Adenowirusy są w szczególny sposób połączone z tkanką limfoidalną, przez co w dotkniętych zakażeniem tkankach oraz narządach powstają nacieki z limfocytów, powodując zmiany niszczące oraz martwicę nabłonka układu oddechowego, pokarmowego i spojówek [8]. Zakażenia najczęściej występują u dzieci pomiędzy 6 miesiącem a 5 rokiem życia. W układzie pokarmowym adenowirusy wywołują stany zapalne jelit lub biegunki [8].

Astrowirusy są znacznie rzadziej spotykane niż inne wirusy wywołujące zakażenia układu pokarmowego. Nie posiadają otoczki lipidowej i są wirusami o dwunastościennej kształcie wirionów wyglądającymi jak gwiazdki o średnicy około 28–35 nm. Obecnie wyróżnia się trzy grupy astrowirusów ludzkich. Najpowszechniejszy jest klasyczny astrowirus człowieka z 8 serotypami. Grupa klasycznego astrowirusa człowieka powoduje od 2 do 9% ostrych wirusowych zakażeń

układu pokarmowego u dzieci w wieku od sześciu miesięcy do drugiego roku życia, w niektórych krajach astrowirus powoduje biegunki u dzieci do 4 roku życia [9]. Zakażenia zazwyczaj kończą się samowyleczeniem. U osób z osłabioną odpornością astrowirusy powodują ostre zapalenie układu pokarmowego. Choroba w większości przypadków ma ciężki lub łagodny przebieg jednak może występować również bezobjawowo u dzieci i dorosłych. Dzieci z niedoborami immunologicznymi, dotknięte zakażeniem astrowirusowym są narażone na wystąpienie zapalenia mózgu [10].

Wystąpienia zakażenia wirusowego układu pokarmowego u dziecka nie można stwierdzić jedynie po typowych objawach. Niezbędne są dodatkowe oznaczenia. Gdy dochodzi do zakażenia wirusowego w badaniach laboratoryjnych nie obserwuje się znaczących nieprawidłowości. W niektórych przypadkach widoczne są wahania w badaniach wskazujące na kwasicę metaboliczną, niewiele podniesiony poziom enzymów wątrobowych bądź poniżej normy poziomu wapnia. Aby zdiagnozować czy biegunka ma podłoże wirusowe wykonuje się specjalne testy, dzięki którym możliwe jest identyfikowanie poszczególnych wirusów. Niekiedy stężenie wirusa jest niewielkie, co powoduje, że jego zdiagnozowanie jest niemożliwe. Wynika to z faktu, że wirus jest wydalany z organizmu już kilka dni przed wystąpieniem pierwszych symptomów zakażenia. Diagnostykę opiera się na występujących objawach, badań serologicznych oraz udowodnieniu wydalanania wirusa ze stolcem. Wirus wykrywany jest na za pomocą testów immunoenzymatycznych, odczynu lateksowego, czy metody PCR [11]. Wynik testu świadczący o zakażeniu jednym z wirusów, nie zmienia sposobu leczenia, który jest tożsamy dla wszystkich zakażeń układu pokarmowego u dzieci. Jego podstawę stanowi skuteczne nawadnianie doustne jak i dożylne w warunkach szpitalnych. Podstawowe zapotrzebowanie organizmu na płyny u dziecka przeliczane jest w stosunku do masy ciała. W warunkach szpitalnych dziecko nawadniane jest za pomocą wlewu kroplowego dożylnego, którego zawartość oraz ilość wyznacza lekarz posługując się wynikami badań krwi oraz badaniem fizykalnym. Zazwyczaj we wlewie kroplowym poza elektrolitami dostarczana jest glukoza oraz potas. W chwili gdy dziecko zostanie wystarczająco nawodnione, częstotliwość wymiotów i biegunki będzie znacznie mniejsza, dziecko powinno wrócić do swojego codziennego odżywiania, dostosowanego do wieku. Karmienie piersią niemowlęcia również ma korzystny wpływ na ograniczenie ilości oraz objętości rozwolnionych stolców, dlatego nie należy z niego rezygnować. Ogromnie ważne jest włączenie do

leczenia preparatów zawierających bakterie probiotyczne. Probiotyki są dostępne w aptece bez recepty, i występują pod wieloma nazwami handlowymi oraz w różnej postaci. Dawkowanie probiotyków jest dostosowane do wieku oraz wagi dziecka, w zależności od stosowanego probiotyku dawka może być różna. Najistotniejszą kwestią w przyjmowaniu probiotyku jest aby nie łączyć go z gorącymi potrawami i napojami, ponieważ może to zniszczyć żywe bakterie, które on zawiera [12]. Prawidłowe zapobieganie zakażeniom wirusowym układu pokarmowego znacznie zmniejsza ryzyko infekcji. Zakażeniom szczególnie sprzyja okres wczesnej wiosny i jesień. Aby zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia infekcji wirusowej układu pokarmowego, dużą wagę należy położyć na higienę, a szczególnie częste mycie rąk oraz higieniczne przygotowanie potraw dla dzieci. Podczas hospitalizacji dzieci należy umieszczać w salach jednoosobowych bądź z tą samą jednostką chorobową, ponieważ zakażenie wieloma patogenami, może wpłynąć na pogorszenie przebiegu choroby. Warto pamiętać też o izolacji osób u których wystąpiły typowe objawy wskazujące na wirus atakujący przewód pokarmowy aby nie miały styczności ze zdrowymi dziećmi. Sposobem niwelowania wystąpienia zakażeń wirusowych są również częste kontrole, oraz odpowiednie i skuteczne oczyszczanie wody pitnej. Istotnym sposobem zapobiegania zakażeniom wirusowym jest zaszczepienie dziecka przeciw rotawirusom. Szczepionki przeciw rotawirusom składają się z żywych atenuowanych wirusów. Sposób podania jest doustny. Pełny cykl szczepień, to dwie lub trzy dawki, które powinny być podane przed ukończeniem przez niemowlę dwudziestego czwartego tygodnia życia. Szczepionki te mogą być stosowane osobno bądź razem, z inaktywowanymi szczepionkami pediatrycznymi. Szczepionki są bezpieczne i skuteczne, jednak zapobiegają jedynie zakażeniu rotawirusowemu, na inne wirusy dziecko nie nabywa po nich odporności [13].

Cel

Ocena poziomu wiedzy rodziców na temat wirusów wywołujących zakażenie układu pokarmowego u dzieci.

Materiał i metody

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 41 pytań, badających cechy socjodemograficzne i wiedzę badanych na temat zakażeń wirusowych układu pokarmowego u dzieci. Badając zależności między zmiennymi zastosowano testy statystyczne. W badaniu udział wzięło 105 rodziców, dzieci w wieku od 1 miesiąca

do 6 lat, leczonych w Oddziale Pediatrycznym Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu.

Ocenę poziomu wiedzy przeprowadzono na podstawie autorskich kryteriów. Za każdą prawidłową odpowiedź badani otrzymywali 1 punkt, natomiast za każdą złą odpowiedź – 0 punktów. W odniesieniu do takiej punktacji wyliczono wartości procentowe. Badani, którzy otrzymali 39% i poniżej posiadali wiedzę na poziomie niedostatecznym. Uzyskanie od 40% do 60% określono jako poziom dostateczny, 61% do 80% poziom dobry, 81 % do 100% poziom bardzo dobry.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 90 kobiet (85%) oraz 15 mężczyzn (15%). Najlicniejszą grupę stanowili rodzice w wieku 20-29 lat 65 osób (62%), w wieku 30-39 - lat 25 (24%). Najmniej było badanych w wieku powyżej 50 lat – 2 (2,5%). Osoby mieszkające w mieście stanowiły 56. Wykształceniem średnim legitymowało się 55 osób (53,5%), wyższym - 20 (19%), zawodowe posiadało 25 badanych (24%). Pozostali badani 5,5% miało wykształcenie podstawowe. Większość stanowiły osoby aktywne zawodowo 41 (39%), 29 osób (27%) studenci. Rodzice bezrobotni stanowili 31% (33). Zdecydowana większość 72 (68%) oceniło swoją sytuację materialną jako dobrą a 27 (26%) jako przeciętną. Ponad połowę stanowili rodzice hospitalizowanych chłopców 61 (58%). Zdecydowana większość, 43 osoby (42%) to rodzice posiadający 2 dzieci, 25 osób (24) to rodzice trójki dzieci, tylko 10 (9%) badanych posiadało czworo i więcej dzieci. Najwięcej hospitalizowanych dzieci, bo po 33% to dzieci w wieku 1 - 2 lata oraz 3 – 4 lata. Do żłobka uczęszczało 17% dzieci, do przedszkola 44%, opiekę nad pozostałymi dziećmi 40 (39%) sprawowali rodzice lub inni opiekunowie w warunkach domowych. Zakażenia przewodu pokarmowego występowały u 35% (37) dzieci już przed obecną hospitalizacją a 29% (30) było już wcześniej leczone w warunkach szpitalnych. W grupie badanych rodziców tylko 40% (42) zaszczepiło swoje dzieci przeciw rotawirusom.

Badani rodzice wskazali, iż wirusowe zakażenie układu pokarmowego najczęściej występują w wieku 2 – 6 lat (21%), 6 miesięcy do 6 lat (32%), 3 miesięcy do 4 lat (25%) oraz 3 – 8 lat (22%). Jako główne objawy wirusowego zakażenia układu pokarmowego u dzieci ankietowani podawali: intensywne wymioty i biegunka (60%), płynne lub półpłynne stolce (10%), bóle brzucha i brak apetytu (27%) oraz jednorazowe wymioty i płynny stolec (3%). Definiując pojęcie „biegunka”, ankietowani odpowiadali, że są to wypróżnienia częstsze niż zwykle (48%), wodniste stolce i ból brzucha (26%), wymioty i półpłynny stolec (21%) oraz nudności i silny ból

brzucha (5%). Jeśli chodzi o znajomość dróg szerzenia się zakażenia wirusowego, badani rodzice wskazywali na: drogę pokarmową (40%), drogę kropelkową (19%) oraz drogę fekalno – ustną (41%). Na pytanie dotyczące metod diagnozowania zakażenia wirusem ankietowani odpowiadali, że jest to badanie krwi (34%), pobranie wymazu z odbytu (14%) oraz pobranie próbki ze stolca (52%).

Zakażenie układu pokarmowego objawiające się uporczywymi biegunką i wymiotami może skutkować odwodnieniem i ciężkimi zaburzeniami metabolicznymi. Badani rodzice podając objawy odwodnienia wskazywali na: zapadnięte gałki oczne (24%), bladą, chłodną i mało elastyczną skórę (14%), apatia lub rozdrażnienie (11%), suche błony śluzowe jamy ustnej i język (14%) oraz wszystkie powyższe odpowiedzi (37%). W przypadku wystąpienia objawów odwodnienia badani uznali iż istotne jest nawadnianie dziecka wodą (60%), podawanie soków lub napojów gazowanych (21%), podawanie napojów mimo, że dziecko je zwraca (10%) oraz wprowadzenie diety lekkostrawnej i usilne karmienie w momencie nasilenia wymiotów (9%). W opinii badanych celem niedopuszczenia dziecko powinno pić bez ograniczeń (43%), jeśli intensywnie wymiotuje należy wstrzymać się z podawaniem płynów (16%), dziecko nie powinno przekroczyć 2l płynów doustnych na dobę (6%) oraz, że dziecko należy dopajać w momencie wystąpienia objawów odwodnienia (35%). Wiedza dotycząca odżywiania dziecka z zakażeniem wirusowym prezentowała się następująco: podawanie produktów wysokotłuszczowych (3%), produktów o wysokiej zawartości cukru (15%), surowych warzyw i owoców (23%) oraz stosowanie diety lekkostrawnej (59%).

Do sytuacji wymagających konsultacji z lekarzem badani zaliczyli: moment gdy dziecko nie jadło i nie piło przez kilka kolejnych godzin, nie wymiotuje, oddaje pojedyncze stolce (17%), biegunkę i wymioty utrzymujące się kilka dni i dziecko przestało przyjmować jakiegokolwiek płyny (42%), dziecko je w niewielkich ilościach, pije chętnie, nie wymiotuje, utrzymuje się intensywna biegunka (22%) oraz dziecko oddaje stolce z domieszką krwi (19%).

Na pytanie dotyczące leczenia zakażeń układu pokarmowego w szpitalu ankietowani odpowiadali, że jest to stosowanie antybiotykoterapii (53%), na nawodnienie dziecka pozajelitowo i zastosowanie probiotyków (26%) oraz na leczenie przeciwbólowe i przeciwzapalne (21%). W opinii badanych probiotyk to: antybiotyk stosowany w leczeniu biegunek (7%), pożyteczne bakterie (39%), lek działający osłonowo na żołądek (41%), natomiast 13% badanych nie udzieliło odpowiedzi. Wiedza dotycząca zapobiegania biegunce wirusowej prezentowała się następująco:

przestrzeganie zasad higieny (22%), zachowanie czystości miejsc przechowywania żywności (3%), zaszczepienie dziecka przeciwko rotawirusom (7%), zadbanie by dziecko bawiło się własnymi zabawkami i nie wkładało ich do buzi (17%) oraz wszystkie powyższe odpowiedzi (51%).

Badani rodzice dokonali samooceny własnej wiedzy na temat zakażeń wirusowych układu pokarmowego u dzieci i tak: 50% (52) oceniło ją jako dobrą, 34% (35) jako zadawalającą natomiast 14% (15) wskazało na brak wiedzy.

Weryfikując wyniki badań stwierdzono, że kobiety mają znacznie wyższy poziom wiedzy niż mężczyźni. Wiek rodzica nie ma większego znaczenia, rodzice w różnym wieku mają podobny zakres wiedzy. Osoby mieszkające na wsi mają zbliżony poziom wiedzy do osób żyjących w mieście. Rodzice z wykształceniem średnim i wyższym mają istotnie większy zasób informacji od osób z niższym wykształceniem. Ponadto rodzice którzy wcześniej byli hospitalizowani z dzieckiem z powodu zakażenia wirusowego układu pokarmowego, mają niebagatelnie większą wiedzę od rodziców którzy nie przebywali z dzieckiem wcześniej w szpitalu. Natomiast rodzice którzy zaszczepili swoje dziecko przeciw zakażeniu rotawirusowemu nie posiadają znacząco wyższej wiedzy niż osoby, które dziecko nie zaszczepiły. Wartość p-value dla płci jest ($>0,0001$), wynik jest istotny statystycznie. P-value dla wieku jest równe (0,09189), nie potwierdzono wpływu poszczególnych grup. Wartość „p” dla poziomu wykształcenia rodziców dzieci, wynosi (0,0445) co świadczy o istotnej zależności statystycznej. Poziom „p” dla miejsca zamieszkania jest równe (0,7037) co świadczy o braku różnic między grupami. P-value dla wcześniejszych hospitalizacji dziecka z powodu jednego z wirusów wynosi (0,0136), wynik ten jest istotny statystycznie. Dla szczepienia przeciw zakażeniom wirusowym „p” stanowi (0,0136) świadczy to o istotnej zależności statystycznej.

Dyskusja

Analiza wyników badań pozwoliła stwierdzić, iż poziom wiedzy rodziców na temat wirusowych zakażeń układu pokarmowego u dzieci jest niewystarczający. Rodzice dzieci na pytania dotyczące pielęgnacji, żywienia i nawadniania odpowiadali w stopniu dostatecznym, co świadczy o posiadaniu przez nich podstawowej wiedzy na ten temat.

Znacznie gorzej wypadły pytania dotyczące wiedzy teoretycznej dotyczącej wirusów (definicji wirusów, objawów, powikłań, rodzajów, występowania, metod zapobiegania), jest to zauważalnie szczególnie u rodziców, których dziecko nigdy wcześniej nie chorowało na żaden z wirusów. Najprawdopodobniej jest to

spowodowane tym, iż rodzice dzieci sięgają po literaturę bądź inne źródła wiedzy, gdy zdrowie ich dziecka jest zagrożone. Analiza badań wykazała również istotną zależność między poziomem wiedzy kobiet i mężczyzn, kobiety są bardziej czytane i w pytaniach sprawdzających wiedzę teoretyczną to właśnie kobiety uzyskiwały najlepsze wyniki.

Podczas weryfikacji wyników przeprowadzonych badań własnych udowodniono, że rodzice dzieci nie znają rodzajów wirusów, które wywołują zakażenia przewodu pokarmowego. Najwięcej informacji rodzice dzieci posiadają na temat zakażenia rotawirusowego, co może być skutkiem wprowadzenia do Kalendarza Szczepień Ochronnych obowiązkowego szczepienia przeciw rotawirusom. Jednak na pytanie: co jest skuteczną metodą zapobiegania biegunkom rotawirusowym, zaledwie 48% rodziców odpowiedziało, że jest to szczepienie przeciw rotawirusom. Podobne wyniki badań uzyskali w swojej pracy: Monika Oleksy, Katarzyna Koligot, Andrzej Dryś i Grażyna Gościński [14], gdzie pomimo upowszechnienia szczepionek przeciw zakażeniom rotawirusowym, współczynnik dzieci zarażonych rotawirusem nie pomniejszył się, co może być powodem rezygnacji rodziców z zaszczepienia dziecka i nie pogłębiania wiedzy na ten temat.

Duże znaczenie ma również okres wystąpienia ognisk infekcji wirusowych, ponieważ w zależności od pory roku, odnotowuje się mniej bądź więcej zakażeń. Najwięcej zakażeń wirusowych układu pokarmowego u dzieci występuje w okresach przejściowych, gdzie pogoda ulega drastycznej zmianie, szczególnie okres jesienno-zimowy sprzyja zakażeniom. Ankieta zawierała pytanie dotyczące pory roku w której jest najczęściej odnotowuje się zakażenia astrowirusem, odpowiedź prawidłowa na to pytanie to: dla wszystkich wirusów wywołujących nieżyt żołądkowo-jelitowy. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 36 % rodziców. Wnioskować można że rodzice nie zdają sobie sprawy oraz nie mają odpowiedniej wiedzy jak ważne jest podjęcie wzmożonych działań profilaktycznych w poszczególnych porach roku, gdzie ich dziecko jest w największym stopniu narażone na zakażenie. Ważnym aspektem zaobserwowanym w analizie wyników badań jest dobry poziom wiedzy dotyczący skutków odwodnienia. Ponadto aż 70% ankietowanych na pytanie dotyczące najgroźniejszych skutków wirusowego zakażenia układu pokarmowego odpowiada, że jest to odwodnienie. Zaobserwowano również że pomimo dobrego poziomu wiedzy na temat skutków wirusów ankietowani nie znają cech odwodnienia, na pytanie odnośnie cech odwodnienia tylko 37% respondentów zaznaczyło prawidłową odpowiedź. Dodatkowo rodzice dzieci nie

posiadają także wystarczającej wiedzy na temat konsekwencji jakich niesie ze sobą wystąpienie odwodnienia. Na pytanie dotyczące konsekwencji wystąpienia odwodnienia u dziecka, zaledwie 37% wskazuje prawidłową odpowiedź czyli zatrzymanie moczu i zapalenie pęcherza moczowego. Biorąc pod uwagę wszystkie pytania odnoszące się do odwodnienia można stwierdzić że wiedza rodziców jest niezadawalająca i wymaga uzupełnienia. Wyniki badań przeprowadzonych przez Cichońską M., Maciąg D., Zielińską B. i Pypeć U. dotyczące pytań o odwodnienie, były odmienne od badań własnych. Ankietowani na dotyczące najgroźniejszych powikłań nieżytu żołądkowo- jelitowego wskazują: częste stolce, wysoka gorączka i odwodnienie (27%). Natomiast prawidłową odpowiedź na pytanie odnośnie najczęściej występujących objawów odwodnienia rodzice uznali osłabienie (78%) [15]. Badania przeprowadzone przez Kluja uwidaczniają wirusy jako przyczynę ciężkich biegunek, jednak w badaniu własnym, zaledwie (46%) opiekunów dzieci wskazało, że są to wirusy czyli wniosek jest podobny). Świadczy to o niskim poziomie wiedzy ankietowanych [16].

Zakażenia wirusowe układu pokarmowego niestety stanowią duży problem, z ich powodu do szpitala trafia największy odsetek dzieci. Wirusy dostają się do organizmu drogą fekalno-ustną, czego ma świadomość jedynie (41%) respondentów. Niezmiernie ważne jest przestrzeganie zasad higieny, aby nie dopuścić do zarażenia. Wśród dzieci zakażenie przenosi się bardzo łatwo dlatego należy pilnować aby dziecko bawiło się własnymi zabawkami i unikało bezpośredniego kontaktu z innymi dziećmi. Wiedza rodziców nie jest wystarczająca, aby zabezpieczyć dziecko możliwie jak najlepiej przed zarażeniem wirusowym. Rodzice dzieci powinni rozszerzyć swoją wiedzę i na jej podłożu podjąć działania profilaktyczne, które ustrzegą ich pociechy przed wirusowymi zakażeniami układu pokarmowego.

Wnioski

1. Ogólny poziom wiedzy rodziców a temat wirusów wywołujących zakażenie układu pokarmowego u dzieci był na niskim poziomie oraz wymagał uzupełnienia, niezależnie od miejsca zamieszkania i wieku.
2. Ankietowani z wykształceniem średnim i wyższym oraz kobiety miały znacząco wyższy zasób wiedzy.
3. Badana grupa rodziców nie posiada dobrego poziomu wiedzy w zakresie pielęgnacji, prawidłowego żywienia, nawadniania, metod leczenia oraz profilaktyki dziecka zarażonego jednym z wirusów wywołujących stan zapalny przewodu pokarmowego.

Piśmiennictwo

1. Panasiuk A.: Diagnostyka mikrobiologiczna przewodu pokarmowego. [w:] Choroby infekcyjne przewodu pokarmowego. (red.) Panasiuk A. PZWL Wydawnictwo Lekarskie Warszawa 2018, 41-57.
2. Woźniakowska-Gęśicka T., Wiśniewska-Ligier M., Józwiak-Markiewicz A.: Zmiana profilu chorób infekcyjnych w Polsce w ostatnim 20-leciu. (red.) Przegląd Pediatryczny, 2010, 40(2), 105-108.
3. Jackowska T., Kowalska-Kuassi D., Ołdak E., Wysocki J.: Zakażenia rotawirusowe – aktualne zalecenia i propozycje dotyczące zapobiegania. (red.) Pediatra Polska, 2014, 89(3), 176-184
4. Kuchar E., Nitsch-Osucha A., Szenborn L., Ołdak E.: Rotawirusy jako czynnik etiologiczny zakażeń szpitalnych w Polsce - przegląd systematyczny z meta-analizą 11 badań. Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych Akademii Medycznej we Wrocławiu. Katedra Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Klinika Obserwacyjno-Zakaźna Dzieci. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Przegląd epidemiologiczny, 2012, 66, 409-415.
5. Stadnicka S., Brodowicz-Król M., Trojanowska A., Zarzycka D.: Analiza przyczyn biegunki ostrej u niemowląt jako wyznacznik profilaktyki pierwotnej i wtórnej. (red.) Polska Platforma Medyczna. Uniwersytet Medyczny w Lublinie - Repozytorium. 2016, 6(7), 91-102.
6. Smok B., Zieniewicz-Cieślik K., Smukalska E., Pawłowska M.: Biegunki o etiologii rotawirusowej u dzieci hospitalizowanych w wojewódzkim szpitalu obserwacyjno-zakaźnym w Bydgoszczy. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Bydgoszcz 2016, 70(3), 462-470.
7. Flaszewska A., Szajewska H.: Ostra biegunka infekcyjna u dzieci - co mówią aktualne dane?. Zakażenia XXII wieku. Klinika Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Warszawa 2018, 1, 21.
8. Biernat-Sudolska M.: Adenowirusy [w: wirusy DNA]. [w:] Podstawy mikrobiologii i epidemiologii szpitalnej, (red.) Bulanda M., Szostek S., PZWL Wydawnictwo lekarskie. Warszawa 2020, 1, 192-193.
9. Pérot P., Lecuit M., Eloit M.: Astrovirus Diagnostics. Institut Pasteur. Biology of Infection Unit. Inserm U1117. Laboratory of Pathogen Discovery. 75015 Paris, France 2017, 9(1), 10.
10. Gliński Z., Żmuda A.: Astrowirusy - Życie weterynaryjne. Wydział Medycyny Weterynaryjnej. Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie. Lublin 2019, 94, 200-266.3.

11. Sawiec P.: Postępowanie w ostrej bieguncie u dzieci. Aktualne (2014) wytyczne European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition oraz European Society for Paediatric Infectious Diseases. *Medycyna Praktyczna - Pediatria. Klinika Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*. 2014; 4: 1-14.
12. Drózd M., Straszak D., Widelska G., Dymek A.: Probiotyki – właściwości lecznicze, zastosowanie i znaczenie w medycynie. Wyd: Młodzi Naukowcy. Katedra i Zakład Chemii Organicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Katedra i Zakład Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Katedra i Zakład Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2019, 10, 68-73.
13. Kuchar E., Nitsch-Osuch A., Szenborn L.: Szczepienia niemowląt przeciwko rotawirusom – czy ochronę populacyjną zyskują starsze dzieci i dorośli? Red: Forum Zakażeń. Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 2013, 4(6), 365–371.
14. Oleksy M., Koligot K., Dryś A., Gościński G.: Występowanie rotawirusów i adenowirusów u dzieci z objawami biegunki na terenie Dolnego Śląska. Pracownia Przesiewowych Testów Aktywności Biologicznej i Gromadzenia Materiału Biologicznego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. *Hygeia Public Health* 2015, 50(4), 598-603.
15. Cichońska M., Maciąg D., Zielińska B., Pypeć U.: Poziom wiedzy rodziców dzieci hospitalizowanych z powodu nieżytu żołądkowo-jelitowych na temat choroby. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim. *Polish Journal of Health and Fitness* 2017, 4, 1-15.
16. Kluj P.: Ocena poziomu wiedzy rodziców i opiekunów w zakresie zapobiegania i rozprzestrzeniania się zakażeń rotawirusowych w środowisku żłobka. *Ostry dyżur*. 2014, 7(1), 1-5.

OCENA POZIOMU LĘKU WŚRÓD RODZICÓW NOWORODKÓW URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE

dr n. med. Beata Kunikowska¹, mgr piel. Dorota Merabet²,
dr n. med. Jolanta Glińska¹, prof. Uczelni

1. Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
2. Klinika Neonatologii, Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Absolwentka Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp

Intensywny rozwój medycyny i wprowadzenie trójstopniowego systemu opieki perinatalnej, w tym neonatologii, przyczyniły się znacznie do ratowania coraz bardziej niedojrzałych noworodków urodzonych z porodów przedwczesnych, definiowanych jako narodziny między 22. a 26. tygodniem ciąży [1]. Noworodki urodzone przedwcześnie, czyli te narodzone po 22. tygodniu ciąży i przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży, zazwyczaj nie są w stanie przeżyć samodzielnie i wymagają wysokospecjalistycznej opieki na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej (OITN). Z powodu swojej niedojrzałości potrzebują wsparcia oddechowego lub sztucznej wentylacji oraz skomplikowanych zabiegów i procedur medycznych [1].

Ratowanie życia i zdrowia noworodków urodzonych przedwcześnie jest głównym celem całego personelu medycznego pracującego na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej. Jednakże nie należy zapominać o rodzicach tych małych pacjentów, którzy również potrzebują szczególnej opieki i wsparcia. Dla rodziców, zwłaszcza matek, poród przedwczesny jest ogromnym szokiem. Matki często nie mogą cieszyć się chwilą narodzin swojego dziecka, ponieważ często nie mogą go przytulić ani nawet dotknąć. Pobyt ich wcześniaka na OITN jest trudnym doświadczeniem. Rodzice często obawiają się pierwszej wizyty u swojego dziecka na oddziale, a matki często odczuwają poczucie winy, myśląc, że w jakiś sposób przyczyniły się do sytuacji, w jakiej znalazło się ich dziecko. Już od pierwszego kontaktu z dzieckiem rodzice doświadczają szeregu sprzecznych uczuć, takich jak lęk o zdrowie dziecka, obawy o powikłania wcześniactwa, poczucie braku kontroli nad sytuacją, złość, bezradność, poczucie straty, smutek, szczęście oraz ogromną nadzieję na przeżycie ich wyczekiwanego dziecka [2, 3].

Narodziny wcześniaka, jego pobyt oraz leczenie w OITN są dla rodziców źródłem silnego stresu, lęku oraz intensywnych emocji, które mogą zaburzać rozwijanie więzi rodzicielskiej z ich nowonarodzonym dzieckiem oraz wpływać na ich stan emocjonalny i przyszłe funkcjonowanie jako rodziny. Empatia ze strony całego personelu medycznego, właściwe odczytywanie emocji rodziców małych pacjentów oraz okazywane wsparcie mogą pomóc rodzicom przetrwać ten trudny okres, podczas hospitalizacji ich dziecka w oddziale [4].

Należy zwrócić szczególną uwagę na poziom emocji, w szczególności lęku i stresu, przeżywanych przez rodziców wcześniaków oraz na wsparcie, jakie otrzymują od personelu medycznego i rodziny oraz na to, jak rodzice radzą sobie z tą trudną sytuacją. W przypadku rodziców noworodków urodzonych przedwcześnie można zidentyfikować dwie strategie radzenia sobie z hospitalizacją dziecka: „zaangażowanie się rodziców w kontakt z dzieckiem” i „dystansowanie się” - działania mające na celu uniknięcie kontaktu z dzieckiem. Nie zawsze rodzice od samego początku chcą nawiązać kontakt z wcześniakiem, a pomimo próśb personelu o obecność przy dziecku, często znajdują różne wymówki, by to odroczyć. Te działania mogą być rodzajem obrony przed trudną rzeczywistością, która jest zbyt bolesna, by ją zaakceptować w danym momencie [5]. Priorytetem dla OITN powinno być zapewnienie rodzicom wsparcia psychologicznego na każdym etapie hospitalizacji ich wcześniaka. Ponadto, ważne jest, aby także fizjoterapeuci regularnie współpracowali z zespołem lekarskim i pielęgniariskim oraz by organizować szkolenia dla rodziców noworodków urodzonych przedwcześnie [6].

Cel pracy

Celem ogólnym badań było ocenienie poziomu lęku występującego wśród rodziców noworodków urodzonych przedwcześnie przebywających na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej.

Szczegółowe cele badań obejmowały odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaki poziom lęku (stresu) wystąpił wśród rodziców noworodków urodzonych przedwcześnie podczas hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej?
2. Jakie czynniki według rodziców wpłynęły na obniżenie ich poziomu lęku podczas pobytu dziecka w oddziale intensywnej terapii neonatologicznej?
3. Czy rodzice noworodków urodzonych przedwcześnie otrzymali wsparcie ze strony personelu medycznego i rodziny?

4. Jaki był poziom tłumienia emocji (gniewu, lęku i depresji) u rodziców noworodków urodzonych przedwcześnie?

Metodyka badań

Badania zostały przeprowadzone za pomocą metody sondażu diagnostycznego w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2021 roku, w Klinice Neonatologii, Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka. Przed rozpoczęciem badań uzyskano wymagane zezwolenia i zgodę na ich realizację. Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniach był kwestionariusz ankiety stworzony specjalnie na potrzeby tego badania oraz arkusz kontroli skali emocji zgodnie ze standaryzacją CECS, służący do pomiaru subiektywnej kontroli uczuć takich jak gniew, lęk i depresja. Ta skala jest stosowana w różnych sytuacjach, zarówno u osób zdrowych, jak i u pacjentów chorych [7]. Warto podkreślić, że ankieta była anonimowa.

Badania przeprowadzono wśród losowo wybranej grupy 100 rodziców (respondentów), w skład której wchodziło 74 matki i 26 ojców. Większość badanych rodziców, aż 75%, mieściła się w optymalnym wieku reprodukcyjnym i należała do grup wiekowych o wieku ≤ 30 lat (45%) i w wieku 31-35 lat (30%). Zdecydowana większość, bo 69%, mieszkała w miastach, zaledwie 13% zamieszkiwało na wsi. Co więcej, 55% badanych posiadało wykształcenie wyższe, a 39% wykształcenie średnie. Ponadto, aż 73% stanowili rodzice żyjący w związkach małżeńskich. Interesujący jest także fakt, że 57% z badanych było rodzicami po raz pierwszy.

Wyniki badań na opisanej próbie statystycznej zostały przedstawione w postaci tabel i wykresów. Do analizy danych wykorzystano narzędzia statystyczne, takie jak miary statystyczne, testy parametryczne, testy chi-kwadrat oraz testy Studenta-Fiera. Poziom ufności przyjęto na $p \leq 0,05$ (co odpowiada poziomowi istotności $\alpha = 0,05$), co stanowiło podstawę do sformułowania hipotez dotyczących występowania statystycznych zależności między poziomem lęku, a rozkładem emocji na skali CECS, zgodnie z celami pracy.

Wyniki

Tabela 1. Zestawienie odpowiedzi na pytanie „Jakie objawy lęku zauważył(a) Pan(i) u siebie podczas hospitalizacji dziecka/dzieci na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej?”. Źródło: opracowanie własne.

Jakie objawy lęku zauważył(a) Pan(i) u siebie podczas hospitalizacji dziecka/dzieci na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej?	Udzielone odpowiedzi		
	Liczba	%	
		Rodziców	Odpowiedzi
Wewnętrzny niepokój i nerwowość	60	60	33, 5
Kołatanie serca	10	10	6
Zaburzenia snu	35	35	19, 5
Przewlekłe zmęczenie	38	38	21
Ból głowy	20	20	11
Utrata apetytu	13	13	7
Placz, rozdrażnienie	2	2	1
Nie odczuwałem(am) żadnych	2	2	1
Ogółem	180	x	100

Legenda: Udziały procentowo naliczone zostały w odniesieniu do liczby 100 dla rodziców oraz w odniesieniu do liczby (sumy) ogółem dla odpowiedzi.

Badania własne wykazały, iż 98% ankietowanych rodziców wykazało, że podczas hospitalizacji dziecka/dzieci na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej, wystąpiły u nich objawy lęku (stresu), które w największej skali dotyczyły wewnętrznego niepokoju i nerwowości.

Tabela 2. Zestawienia poziomu odczuwanego przez ankietowanych rodziców lęku (stresu) w zależności od ich wieku oraz miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia. Źródło: opracowanie własne.

Kryterium badanej zależności		Wpływ na poziom odczuwanego lęku (stresu)									
		Bardzo wysoki		Wysoki		Średni		Niski		Razem	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Grupa wiekowa	≤ 30 lat	20	44	16	36	9	20	0	0	45	100
	31-35 lat	13	43	9	30	5	17	3	10	30	100
	> 35 lat	9	36	7	28	5	20	4	16	25	100
Miejsce zamieszkania	miasto do 100 tys.	17	41	11	27	9	22	4	10	41	100
	miasto 101-500 tys.	15	54	10	36	2	7	1	4	28	100
	wieś	10	32	11	35	8	26	2	6	31	100
Poziom wykształcenia	podstawowe średnie	19	42	16	36	6	13	4	9	45	100
	wyższe	23	42	16	29	13	24	3	5	55	100
Ogółem w każdym kryterium badanej zależności		42	42	32	32	19	19	7	7	100	100

Legenda: Udziały procentowe (do 100%) naliczono odrębnie w każdej analizowanej grupie rodziców, tj. w każdym wierszu tabeli osobno.

grupy wiekowe $\chi^2 = 7,5439p = 0,2735$

miejsce zamieszkania $\chi^2 = 8,3917p = 0,2108$

poziom wykształcenia $\chi^2 = 2,3611p = 0,5009$

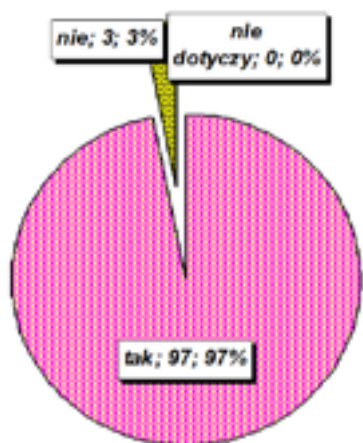
Analiza statystyczna pokazała, iż ogółem znacząca większość, tj. **74%** ankietowanych rodziców wykazało się bardzo wysokim (42%) lub wysokim (32%) poziomem odczuwanego poziomu lęku (stresu) podczas pobytu dziecka/dzieci na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej. Nie zanotowano występowania zależności statystycznej (p z testów chi-kwadrat $> 0,05$) pomiędzy poziomem odczuwanego lęku (stresu), a wiekiem oraz miejscem zamieszkania i poziomem wykształcenia ankietowanych rodziców. W odczuciu bardzo wysokiego i wysokiego poziomu lęku (stresu) największe udziały procentowe (w kolorze czerwonym) mieli rodzice młodzi (w wieku ≤ 30 lat) oraz rodzice zamieszkali w miastach 101-500 tys. mieszkańców i rodzice z wykształceniem podstawowe/ średnie.

Tabela 3. Zestawienie odpowiedzi na pytania „Czy podczas spotkania z dzieckiem/dziećmi na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej mógł/mogła Pan(i) liczyć na wsparcie personelu i kto udzielił tego wsparcia?”. Źródło: opracowanie własne.

Czy podczas spotkania z dzieckiem/dziećmi na oddziale mógł(a) Pan(i) liczyć na wsparcie personelu?	Liczba	%	Kto z personelu udzielił wsparcia?	Liczba	%	
					Rodziców	Personelu
Tak	88	88	Lekarz	23	26	23
			Pielęgniarka	70	80	70
			Psycholog	6	7	6
			Doradca laktacyjny	1	1	1
			Razem	100	X	100
Nie	12	12	Legenda: Udziały procentowo naliczone zostały w odniesieniu do liczby 100 dla rodziców oraz w odniesieniu do liczby (sumy) razem dla personelu.			
Ogółem	100	100				

W przeprowadzonej analizie, zauważono, iż znacząca większość ankietowanych tj. 88% udzieliła odpowiedzi, że podczas spotkań z dzieckiem/dziećmi na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej mogli liczyć na wsparcie personelu i tego wsparcia w największej skali (80% rodziców i 70% wskazanego personelu) uzyskali od pielęgniarek.

Dalsza analiza statystyczna wykazała także, że w wysoce znaczącej większości, tj. w 97% ankietowani rodzice otrzymali wsparcie również od rodziny podczas pobytu ich dziecka/dzieci w szpitalu.



Rycina 3. Struktura wsparcia otrzymanego od rodziny podczas pobytu dziecka/dzieci w szpitalu. Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Zestawienie odpowiedzi na pytanie „Co w Pana(i) przypadku minimalizowało poziom lęku spowodowanego pobytem dziecka/dzieci na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej?”. Źródło: opracowanie własne.

Co w Pana(i) przypadku minimalizowało poziom lęku spowodowanego pobytem dziecka/dzieci na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej?	Udzielone odpowiedzi		
	Liczba	%	
		Rodziców	Odpowiedzi
Rozmowy z innymi rodzicami	28	28	10
Codzienne rozmowy z pielęgniarkami opiekującymi się dzieckiem/dziećmi oraz ich wsparcie	65	65	22
Rozmowa z psychologiem	6	6	2
Wsparcie rodziny i znajomych	100	100	34
Udział w zabiegach pielęgnacyjnych	26	26	9
Karmienie dziecka	23	23	8
Kangurowanie	34	34	12
Rozmowa z lekarzem	5	5	2
Wiadomości pozyskiwane z literatury i z Internetu	3	3	1
Ogółem	290	x	100

Legenda: Udziały procentowo naliczone zostały w odniesieniu do liczby 100 dla rodziców oraz w odniesieniu do liczby (sumy) ogółem dla odpowiedzi.

Ankietowani rodzice wykazali, że podczas hospitalizacji dziecka/dzieci na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej ich lęk (stres), w największym stopniu minimalizowało wsparcie rodziny i znajomych oraz codzienne rozmowy z pielęgniarkami opiekującymi się dzieckiem/dziećmi oraz ich wsparcie.

Tabela 5. Analiza średnich ocen w skali kontroli CECS wśród ankietowanych rodziców w porównaniu z badaniami Juczyńskiego Źródło opracowanie własne.

Analiza średnich kontroli emocji									
	N	wskaźnik ogólny		gniewu		depresji		lęku	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Płeć (według badań normalizacyjnych w skali kontroli emocji CECS [1] autora Zygryda Juczyńskiego dla 535 osób):									
Mężczyźni	241	51, 42	11, 06	16, 19	4, 71	16, 85	4, 71	18, 38	4, 58
Kobiety	294	49, 97	10, 23	16, 01	4, 79	16, 88	4, 48	17, 08	4, 62
Rodzice (według badań własnych w skali kontroli emocji CECS):									
Matki	74	50, 53	7, 88	17, 14	3, 02	17, 8	3, 38	16, 31	2, 87
Ojcowie	26	51, 00	6, 96	17, 19	3, 07	17, 42	3, 60	13, 38	2, 66
Wskaźnik ogólny	50, 6		7, 62	17, 15	3, 02	17, 17	3, 42	16, 33	2, 80
Test Fishera (F)		0, 49		0, 88		0, 66		0, 68	
Poziom ufności (p)		0, 0001		0, 4675		0, 3372		0, 4528	

Dalsza analiza wykazała, iż średnie sumaryczne uzyskanych punktów w badanych emocjach w tym lęku ukształtowały się w następujących przedziałach:

[17, 15 ± 3, 02] punktów dla gniewu (poirytowania),

[17, 17 ± 3, 42] punktów dla depresji (przygnębienia),

[16, 33 ± 2, 80] punktów dla lęku (zatrwożenia).

Przy ogólnym wskaźniku kontroli emocji, który według autora skali CECS Zygryda Juczyńskiego [7] mieści się w przedziale [21 (7x3) ÷ 84 (28x3)], w przeprowadzonych badaniach ukształtował się w przedziale [50, 65 ± 7, 62], co wskazuje na dość wysoki poziom tłumienia emocji wśród ankietowanych rodziców. Badania normalizacyjne przeprowadzone przez autora Z. Juczyńskiego na grupie 535 dorosłych osób, przedstawione w tabeli nr A-14 [7], porównane z wynikami badań własnych, wskazują na zbliżone wyniki, co potwierdza dość wysoki poziom tłumienia emocji negatywnych wśród ankietowanych rodziców

Dyskusja

Więź emocjonalna między rodzicami a dzieckiem rozwija się już od samego początku ciąży. Stopniowo rodzice przystosowują się do nowej sytuacji, snują marzenia o przyszłym dziecku, nadają mu imię i cierpliwie czekają na moment narodzin maluszka. Poród przedwczesny znacząco zakłóca ten proces, wprowadzając rodziców w trudną sytuację, która niesie za sobą wiele silnych emocji, w tym lęk i stres [8, 9].

W badaniach wykazano, że podczas pierwszego spotkania rodziców z dzieckiem/dziećmi na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej, dominującym uczuciem było lękiem o zdrowie i życie dziecka/dzieci. Badania przeprowadzone przez Kopeć A. i wsp. w 2016 roku wykazały, że lęk i strach to najczęściej występujące emocje wśród rodziców [5]. Wyniki badania Łuczak-Wawrzyniak J. i innych sugerują, że matki najczęściej doświadczają lęku podczas hospitalizacji dziecka w oddziale intensywnej terapii neonatologicznej, podczas gdy ojcowie częściej deklarują nadzieję [12]. Badania własne dotyczyły poziomu lęku u rodziców, przy czym znacząca większość, tj. 74%-77% ankietowanych rodziców, wykazała bardzo wysoki (42%-43%) lub wysoki (32%-33%) poziom lęku (stresu) podczas pobytu dziecka/dzieci na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej. Badania Pukas A. i innych sugerują, że 41% rodziców odczuwało wysoki poziom lęku oraz poczucie winy z powodu stanu zdrowia dziecka [10]. Podobne wyniki uzyskano również w badaniach przeprowadzonych przez Swee Leong Ong i innych [11].

W naszych badaniach wyniki wskazują, że 88% ankietowanych rodziców mogło liczyć na wsparcie personelu medycznego, a najwięcej wsparcia otrzymali od pielęgniarek. Dodatkowo, 97% rodziców deklarowało otrzymanie wsparcia od swojej rodziny. Badania Kopeć A. i wsp. również podkreślają istotną rolę personelu medycznego w wsparciu rodziców hospitalizowanych wcześniaków [5].

Wyniki badań Łuczak-Wawrzyniak i wsp., wykazują nieco inne rezultaty, gdzie według badanych rodziców najważniejszym źródłem wsparcia byli współmałżonkowie i dalsza rodzina, a także matki podkreślały wsparcie ze strony pielęgniarek (10%) i lekarzy (11%). Ojcowie często radzili sobie sami [12].

Wyniki badań własnych wykazały, że rodzice minimalizowali swoje uczucia lęku (stresu) podczas hospitalizacji dziecka/dzieci na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej, głównie dzięki wsparciu rodziny i znajomych, co stanowiło źródło ukojenia dla 100% rodziców. Badania Libery A. i innych podkreślają znaczenie kontaktu rodziców z dzieckiem, a także wsparcia personelu medycznego w celu redukcji lęku opiekunów małych pacjentów [3]. Cedrowska-Adamus W. i inni akcentują korzystny wpływ opieki ukierunkowanej na rodzinę (FCC) oraz intensywnej komunikacji na zmniejszenie poziomu lęku, stresu i niepokoju zarówno dzieci, jak i rodziców [13].

Z naszych badań wynika, że 98% ankietowanych rodziców doświadczyło objawów lęku (stresu) podczas hospitalizacji dziecka/dzieci na oddziale intensywnej terapii

neonatologicznej. Te objawy obejmowały wewnętrzny niepokój, nerwowość, przewlekłe zmęczenie, bóle głowy oraz zaburzenia snu. Te wyniki są zgodne z medyczną wiedzą, która wskazuje na objawy towarzyszące lękowi, takie jak zawroty i bóle głowy, tachykardia, hipertonia, nudności, wzmożona czujność, zaburzenia snu, trudności ze skupieniem uwagi i rozluźnieniem oraz szybką męczliwość [14]

Przeprowadzone badania wykazały również, że poziom lęku (stresu) u rodziców nie był statystycznie zależny ani od miejsca zamieszkania, ani od poziomu wykształcenia. Inne badania, takie jak te przeprowadzone przez Gonzáleza Fernándeza A. i innych, na grupie 188 matek wcześniaków przebywających na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej, sugerują, że wskaźniki socjomedyczne mogą wpływać na częstość występowania lęku, depresji i połączenia tych emocji [15]. W naszych badaniach stwierdzono, że nasilenie subiektywnej kontroli gniewu i depresji wzrastało wśród ojców, a lęk wzrastał wśród matek. Ponadto, wraz z wiekiem rodziców, wzrastało nasilenie subiektywnej kontroli tych emocji, szczególnie u ojców powyżej 35 roku życia. Natomiast badania normalizacyjne przeprowadzone przez autora skali kontroli emocji CECS Z. Juczyńskiego na grupie 535 dorosłych osób, przedstawione w tabeli nr A-14 i porównane z wynikami badań własnych, wskazują na zbliżone wyniki, co potwierdza dość wysoki poziom tłumienia emocji negatywnych wśród ankietowanych rodziców[7].

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników, w oparciu o postawione cele szczegółowe, wyciągnięto następujące wnioski:

1. Poziom lęku (stresu) wśród rodziców noworodków urodzonych przedwcześnie i przebywających na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej był wysoki, przy czym najczęściej występowały wewnętrzny niepokój i nerwowość.
2. Obniżenie lęku w opinii rodziców było związane z ich obecnością przy dziecku/dzieciach na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej i z rozmowami z personelem medycznym, szczególnie pielęgniarkami.
3. Wsparcie personelu medycznego, zwłaszcza pielęgniarek, odgrywało istotną rolę w minimalizowaniu poziomu lęku u rodziców. Ponadto, wsparcie ze strony rodziny i znajomych miało duże znaczenie dla rodziców.
4. Poziom tłumienia emocji negatywnych (gniewu, depresji, lęku) był znaczący. Większe nasilenie subiektywnej kontroli gniewu i depresji wystąpiło wśród ojców, a lęku wśród matek.

Piśmiennictwo

1. Świetliński J.: Organizacja opieki neonatologicznej [w:] Neonatologia i opieka nad noworodkiem. Wyd. Lekarskie PZWL, Wydanie I – 1 dodruk, Warszawa 2017, 1- 11.
2. Bonacquisti A., Geller P.A., Patterson C.A.: Maternal depression, anxiety, stress, and maternal-infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2020, 38(3), 297-310.
3. Libera A., Leszczyńska-Gorzela B., Oleszczuk J.: Poziom i struktura stresu wcześniactwa u kobiet po porodzie przedwczesnym – implikacje do działań podejmowanych przez personel medyczny wobec rodziców [w:] *Gynecology and Obstetrics Medical Project* 2016, 1(39), 060-065.
4. Aftyka A., Kopeć A., Wróbel A. i wsp.: Co przeżywają rodzice dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka: Strategie radzenia sobie ze stresem poziom odczuwanego stresu i nasilenie objawów zespołu stresu pourazowego [w:] *Current Problems of Psychiatry*, 2015, 16(2), 75-80.
5. Kopeć A., Aftyka A., Humeniuk E. i wsp.: Hospitalizacja dziecka w Oddziale intensywnej Terapii Noworodka – doświadczenia rodziców [w:] *Current Problems of Psychiatry*, 2016, 17(1), 24-30.
6. Purdy I.B., Craig J.W., Zeanah P.: NICU Discharge planning and beyond: Recommendations for parent psychosocial support. *Journal of Perinatology – Nature*, 2015, 35(1), 24-28.
7. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych, 2012.
8. Kmita G.: Rodzice i ich przedwcześnie urodzone dziecko – z doświadczeń współpracy psychologa z kliniką patologii i intensywnej terapii noworodka. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 2000, IV(2), 119-127.
9. Heidari H., Hasanpour M., Fooladi M.: The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iran. Journal of Nursing and Midwifery*, 2013, 18(3), 208-213.
10. Pukas A., Suda W., Kwiatkowska-Gruca M.: Poziom lęku u rodziców noworodków leczonych w oddziale leczenia i wsparcia a wsparcie ze strony rodziny i postępowania medycznego. *Pediatrics Polska*, 2010, 85(4), 341-344.
11. Swee Leong Ong, et al.: Stress and anxiety among mothers of premature infants a Malaysian. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2019, 37(2), 193-205.

12. Łuczak-Wawrzyniak J., Czarnecka M., Konofalska N. i wsp.: Rodzice wcześniaka – analiza emocji i oczekiwań rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego UM w Poznaniu *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy*, 2009, 9 (4-5), 321-325.
13. Cedrowska-Adamus W., Adamus Ł., Gulczyńska E.: Zmiana w postrzeganiu roli rodziny na Oddziale Intensywnej Opieki Neonatologicznej. *Postępy Neonatologii*. 2015, 21(2), 35-39.
14. Wciórka J.: Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych [w:] Rybakowski J., Pużyński S. *Psychiatria*. Tom I. Wydanie II. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012, 305–396.
15. González-Hernández A., González-Hernández D., Fortuna-Falconi C.M.: Prevalence and Associated Factors to Depression and Anxiety in Women with Premature Babies Hospitalized in Neonatal intensive – Care Unit in a Mexican Population. *Journal of Pediatric Nursing*, 2019, 45, 53-56.

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA OPIEKUNÓW DZIECI CHORYCH NA ALERGIĘ

dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska¹, mgr Magdalena Golińska¹, dr n. med. Dorota Maciąg¹,
dr n. med. Monika Borek¹, mgr Joanna Góra¹

1. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Filia w Miechowie

Wstęp

Alergie pojawiające się w dzieciństwie są jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób przewlekłych w krajach rozwiniętych. Diagnoza alergii jest zawsze wyzwaniem dla rodziny. Rodzice i członkowie rodziny muszą poszerzać swoją wiedzę na temat i stawać przed wyzwaniami związanymi z pielęgnacją, żywieniem, które warunkują ich jakość życia.

Opiekowanie się alergikiem, a w szczególności dzieckiem z takim problemem zdrowotnym wymaga od opiekunów dużych nakładów wewnętrznej energii i własnych zasobów [1].

Od takich rodziców wymaga się, żeby oprócz tego, że są rodzicami i doświadczają życia jak w innych rodzinach, przejęli również wiele innych funkcji pełniąc dla swojego dziecka rolę dietetyka, pedagoga czy psychologa. Często rodzice nie są do tego gotowi, nie posiadają odpowiedniej wiedzy, nie potrafią przejąć tego typu obowiązków, a ich wewnętrzne zasoby kurczą się, ponieważ jest to obciążenie zarówno fizyczne, jak i czasowe.

Udział w procesie terapii alergika wymaga nie tylko kontaktów ze specjalistami, lecz także koncentracji na fachowej wiedzy i ocenie własnego dziecka przez co rodzice doświadczają stresu, zmęczenia i wypalenia, a nieustająca odpowiedzialność wpływa na jakość ich życia [2].

Cel pracy

Celem badań było dokonanie oceny jakości życia opiekunów dzieci chorych na alergię.

Materiał i metoda

W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania, jako narzędzie badawcze autorską ankietę oraz kwestionariusz

jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia (WHOQOL). Badania przeprowadzono wśród 99 opiekunów dzieci chorych na alergię mieszkających w Ostrowcu Świętokrzyskim, w okresie od 11 do 28 kwietnia 2023 roku.

Wyniki

Udział kobiet w 99 osobowej grupie respondentów wyniósł 79,8%, a mężczyzn 20,2%. Pod względem struktury wieku dominowali rodzice w wieku od 25 do 30 lat, których było 55,6%.

W wieku ponad 40 lat było 29,3% badanych, a grupą najmniej liczną (15,2%) stanowiły osoby w wieku od 31 do 40 lat.

Analizując wykształcenie stwierdzono, że w badanej populacji opiekunów dzieci z alergią dominowały osoby z wykształceniem wyższym (46,5%). 44,4% stanowili rodzice ze średnim wykształceniem, 8,1% z zawodowym, a 1% z podstawowym. 71,7% to mieszkańcy miasta, a 28,3% wsi. Wśród matek osoby pracujące stanowiły 77,8% badanych, studiujące 10,1%, 6,1% jednocześnie studiowało i pracowało, a 6,1% to osoby bezrobotne. Ojcowie to 83,3% pracujących, 2% jednocześnie pracowało i studiowało, 4,1% to bezrobotni, a 10,1% nie podało informacji o ojcu (co wynikało głównie

z samodzielnego wychowywania dziecka).

Dzieci chore na alergię pozostające pod opieką badanych opiekunów miały 8 i 10 lat (po 11,1%), 6 i 12 lat (po 10,1%), 5 lat (9,1%), 4,7 i 11 lat (po 8,1%), 14 lat (7,1%), 9 lat (5,1%), 15 lat (4%), 3 lata (3%), 13 lat (2%) i 2, 16 i 17 lat (po 1%).

Dzieci pozostające pod opieką badanych najczęściej (43,4%) cierpiały na alergię pokarmową, 35,4% na wziewną, po 10,1% posiadało oba typy alergii łącznie lub alergię kontaktową.

Najczęściej dzieci badanych opiekunów znajdowały się pod opieką matki i szkoły (24,2%), przedszkola (13,2%), babci (29,3%) lub babci i przedszkola (11,1%). Pod opieką obojga rodziców było 14,1% alergików.

W większości alergii wynika z predyspozycji rodzinnych, gdyż alergikami byli rodzice (25,3%), rodzeństwo (18,2%), rodzice i rodzeństwo (2%), rodzice i dziadkowie (1%) lub tylko dziadkowie (5,1%). W historii alergii 26,1% badanych nie było obciążenia rodzinnego, a 22,2% rodziców nie miało wiedzy na ten temat.

Badani opiekunowie „alergików” byli w wieku od 25 do 30 roku życia, aktywne zawodowo. Model wychowawczy nad dzieckiem z alergiami opiera się bądź na osobie matki, bądź babci przy wsparciu szkoły lub przedszkola. Partnerskie zaangażowanie obu małżonków było rzadszym zjawiskiem.

71,7% spotkało się już przed narodzeniem swojego dziecka z alergią, zaś 28,3% nie spotkało się z tym zjawiskiem.

Analizując postawy badanych co do postrzegania wyzwań związanych z alergią dziecka 55,6% określiło swój stosunek do sytuacji, jako mieszane uczucia, 41,4% nie traktowało alergii jako wyzwania nie do pokonania, a na trudność wskazało jedynie 3% badanych.

Oceniając dostęp do źródeł wiedzy na temat alergii dziecka i sposobu opieki nad nim stwierdzono, że największa grupa licząca 70,7% określiła, że było mało problemów w zdobyciu dostępności do wiedzy na temat alergii dziecka. 22,2% miało duże problemy, 6,1% wskazało, że problemy w ogóle nie występowały, a tylko 1% uznał je za duże.

Respondenci oceniając wsparcie w opiece nad dzieckiem z alergią w 55,6% określili je jako raczej duże, 32,3% uznało je za bardzo duże, 7,1% określono jako małe, a na brak wsparcia wskazało 5,1% badanych.

Niepokoić może fakt, że większość badanych tj. 55,6% nie posiada dostępu do usług poprawiających jakość opieki nad chorym dzieckiem oraz działających grup wsparcia.

Alergie u 32,3% dzieci charakteryzowały się częstym występowaniem zaostrzeń, u 60% zaostrzenia występują rzadko, a ich brak dotyczył zaledwie 5,1% dzieci.

Wśród 49,5% dzieci z zaostrzeniami na ogół pojawiały się wysypki (10,1%), świąd (5,1%), rzadziej katar (4%), kaszel, itp. w różnych kombinacjach objawów. Niepokoić może fakt, że objawy alergii pokarmowej przybierają formę zaostrzoną, co może wskazywać na problemy zastosowania i przestrzegania diet eliminacyjnych. W chwili nasilenia się objawów alergii u dziecka rodzice odczuwają bezradność. 58,6% odczuwa bezradność tylko czasami, 31,3% nie odczuwa jej wcale, a 10,1% zadeklarowało, że stanu bezradności doświadczyło w sposób zdecydowany.

50,5% czasami doświadcza zmartwień o przyszłość dziecka w związku z jego chorobą, bardzo często takie zmartwienia towarzyszą 17,2% badanych, a dość często są udziałem 21,2%, 7,1% bardzo rzadko ma zmartwienia z tego powodu, a nie występują one tylko u 4%.

Pomimo znacznego udziału rodziców zamartwiających się przyszłością dziecka w związku z chorobą trudności związanych z alergią nie odczuwa 76,8% badanych. Jeśli już występują to dotyczą one przygotowywania posiłków i dbania o dietę eliminacyjną (14,2%), u 4% badanych były to trudności związane z pielęgnacją skóry, a po 1% badanych wskazało na pielęgnację skóry wraz z dietą, wykonywanie zajęć

fizycznych oraz na pielęgnację skóry wraz ze złożonością przygotowania posiłków. 85,9% badanych nie odczuwa poczucia, iż nie widać efektów wysiłku wkładanego w opiekę i leczenie nad dzieckiem z alergią, a odczucia takie towarzyszą 14,1% badanych.

Frustracje i zniechęcenie w związku z napotykanymi trudnościami w pielęgnacji występują u zaledwie 2% badanych, a czasami u 21,2%. W efekcie te niepożądane stany emocjonalne nie występują u 76,8% respondentów

Zdecydowana liczba badanych tj. 94,9% wskazała, że nie czują się gorszymi rodzicami w porównaniu z rodzicami dzieci zdrowych.

Analizując odczucia rodziców stwierdzono, że 45,5% opiekunów uznało, że dziecko z alergią budzi niezdrowe zainteresowania otoczenia, jednocześnie w sposób zdecydowany odczucie takie posiada tylko 2% z całej badanej grupy. 52,5% respondentów nie odczuwało niezdrowego zainteresowania otoczenia z powodu choroby swojego dziecka.

2% badanych posiada poczucie, że ich dziecko jest przez otoczenie traktowane jako gorsze z powodu choroby, jednocześnie rzadko takie poczucie posiada 58,6% badanych.

Badane osoby wskazały, że sfera fizyczna jest najbardziej widocznym przejawem alergii u ich dziecka, na co wskazało 45,5%, jednocześnie 35,4% wskazało na sferę somatyczną jako najbardziej widoczny przejaw alergii. 12,1% wskazała na objawy psychiczne, jako te najbardziej widoczne.

Respondenci najczęściej tj. 24,2% i 23,2% za skutek alergii obserwowany u dziecka uznali przygnębienie (24,2%) i napięcie (23,2%). W dalszej kolejności rodzice zwracali uwagę na takie skutki obserwowane u dziecka jak apatia (10,1%), zakłopotanie (7,1%), występujące wraz z przygnębieniem (4%) oraz napięciem i apatią (4%) w pozostałych przypadkach udział odpowiedzi wynosił 3% i mniej. Wrogość oraz połączone ze sobą: napięcie, przygnębienie, poczucie niższości i zakłopotanie deklarowało po 2% badanych, zaś po 1% odczucia: poczucie niższości, wrogość, przygnębienie, zakłopotanie; napięcie, apatia w różnych kombinacjach i połączeniach. Jednocześnie należy podkreślić wielość skutków, w których dominuje sfera somatyczna i psychiczna.

W grupie największych zakłóceń i problemów wystąpienia u rodziców (opiekunów) spowodowanych alergią respondenci wskazywali na ograniczenia w życiu towarzyskim (35,4%), przykre dolegliwości somatyczne (32,3%), trudności w pracy

(32,3%), ograniczenia w każdej dziedzinie (31,5%), brak odczuwania szczęścia (30,3%) oraz trudności finansowe (27,3%).

Sporadycznie respondenci wskazywali na trudności w życiu rodzinnym (5,1%). 61,6% badanych zauważyła u siebie, z powodu choroby dziecka zachowania zaburzające postępowanie i funkcjonowanie. Napięcie i przygnębienie wskazało 53,5%, 40,4% na zmęczenie, 29,3% zaburzenia snu, 27,3% zaniepokojenie, 24,2% poczucie obowiązku, 23,2% znużenie, 19,2% wyczerpanie, a 16,2% irytację.

79,8% badanych uznało za czynnik wymagany od nich w sytuacji choroby dziecka konieczność poświęcenia dodatkowego czasu, 33,3% wskazywało na aspekty związane z przygotowywaniem diety, 25,3% na obciążenia finansowe, 23,2% na konieczność dopasowania sposobu spędzania wolnego czasu do opieki, a 22,2% na zakłócanie funkcjonowania w codziennym życiu. 13,1% osób za czynnik wymagany od rodziców uznało konieczność korzystania ze zwolnień lekarskich, a po 1% respondenci wskazywali na konieczność rezygnacji z pracy zawodowej, częste wizyty w poradni czy udział w terapii uczuleniowej.

Badani rodzice i opiekunowie za najważniejszy element w czasie sprawowania opieki nad dzieckiem z alergią uznali dobrą organizację opieki (27,3%), wsparcie ze strony bliskich (11,1%), konieczność posiadania dużego zasobu wiedzy specjalistycznej po ich stronie (10,1%) oraz dobrej sytuacji finansowej (8,1%).

Najwięcej rodziców i opiekunów za główne źródło poszukiwania informacji o alergii dotyczącej dzieci uznało Internet (35,4%). 16,2% wskazało czasopisma i książki, a 12,1% osoby o podobnych problemach. Zatem kluczowym aspektem jest łatwość dostępu do źródła internetowego, ale także dążenie do zapoznania się z wiedzą fachową w czasopismach i książkach przy uwzględnieniu doświadczeń innych osób z podobnymi problemami.

Badane osoby określiły swój poziom wiedzy w zakresie potrzeb sprawowania opieki nad dzieckiem jako dobry (57,6%), wystarczający (32,3%), bardzo dobry (5,1%), niewystarczający (4%) lub zły (1%).

Rodzice i opiekunowie w większości (59,6%) uznali, że opieka sprawowana nad dziećmi chorymi na alergię jest uciążliwa, dla 28,3% była ona mało uciążliwa, dla 6,1% bardzo uciążliwa, a 5,1% uznało ją za nieuciążliwą.

Analizując jakość życia stwierdzono, że ocena ogólnej jakości życia badanych osób opiekujących się dzieckiem chorym na alergię jest dobra (68,7%) i dostateczna (28,3%). Samoocena jakości życia opiekunów jest na takim samym zadowalającym poziomie (68,7%). Respondenci są zadowoleni z siebie samych w swym aktualnym środowisku.

W zakresie dziedziny somatycznej w ocenie jakości życia największy udział odpowiedzi dotyczył ocen pozytywnych na poziomie 4 (tab. 1).

Tab. 1. Dziedzina somatyczna jakości życia WHOQOL-BREF

Dziedzina somatyczna jakości życia	1	2	3	4	5
Q8. Jak bezpiecznie czuje się Pan w swoim codziennym życiu?	0,0%	1,0%	27,3%	61,6%	9,1%
Q9. W jakim stopniu Pańskie otoczenie sprzyja zdrowiu?	1,0%	1,0%	24,2%	68,7%	4,0%
Q12. Czy ma Pan wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?	1,0%	13,1%	56,6%	27,3%	2,0%
Q13. Na ile dostępne są informacje, których może Pan potrzebować w codziennym życiu?	1,0%	2,0%	33,3%	51,5%	12,1%
Q14. W jakim zakresie ma Pan sposobność realizowania swoich zainteresowań?	1,0%	13,1%	60,6%	22,2%	3,0%
Q23. Jak bardzo jest Pan zadowolony ze swoich warunków mieszkaniowych?	0,0%	2,0%	19,2%	63,6%	15,2%
Q24. Jak bardzo jest Pan zadowolony z placówek służby zdrowia?	1,0%	7,1%	57,6%	33,3%	1,0%
Q25. Czy jest Pan zadowolony z komunikacji (transportu)?	2,0%	19,2%	56,6%	18,2%	4,0%

W efekcie ból fizyczny tylko nieco (3,69) przeszkadza rodzicom w robieniu tego co powinni. Ten sam zakres (3,93) dotyczy również potrzeby uzyskania pomocy medycznej w codziennym funkcjonowaniu. Rodzice (opiekunowie) mają przy tym przeważnie wystarczającą ilość energii do pokonywania problemów życia codziennego (3,64), dobrze oceniali swoją sytuację (3,53) i byli zadowoleni z takich aspektów funkcjonowania jak sen (3,45) czy wydolność w życiu codziennym (3,69).

W aspekcie psychologicznym również dominują oceny pozytywne-(wszystkie pytania uzyskały dominujące odpowiedzi na poziomie 4).

Wyniki badań potwierdziły, że opiekunowie dzieci cierpiących na alergię w dużym stopniu posiadają radość w życiu (3,7), a ich życie ma sens (4,03). Respondenci w dużym stopniu dobrze koncentrują uwagę (3,82) i przeważnie akceptują swój wygląd fizyczny (3,87), będąc zadowolonym z siebie (3,83). Dodatkowo rzadko doświadczają negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk czy rzadko doświadczając depresji (3,73). Wyniki dla sfery socjalnej potwierdziły dominujący udział ocen pozytywnych – na poziomie 4. Potwierdzono, że rodzice i opiekunowie dzieci z alergią są zadowoleni ze swoich osobistych relacji z ludźmi (3,96), ze swojego życia intymnego (3,66), i oparcia, które dostają od przyjaciół (3,60).

W zakresie dziedziny środowiskowej jakości życia dominujące oceny były umiarkowane (3 pkt) i pozytywne (4 pkt) równoważyły się.

Tab. 2. Dziedzina środowiskowa jakości życia WHOQOL-BREF (%)

Dziedzina środowiskowa jakości życia	1	2	3	4	5
Q8. Jak bezpiecznie czuje się Pan w swoim codziennym życiu?	0,0%	1,0%	27,3%	61,6%	9,1%
Q9. W jakim stopniu Pańskie otoczenie sprzyja zdrowiu?	1,0%	1,0%	24,2%	68,7%	4,0%
Q12. Czy ma Pan wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby?	1,0%	13,1%	56,6%	27,3%	2,0%
Q13. Na ile dostępne są informacje, których może Pan potrzebować w codziennym życiu?	1,0%	2,0%	33,3%	51,5%	12,1%
Q14. W jakim zakresie ma Pan sposobność realizowania swoich zainteresowań?	1,0%	13,1%	60,6%	22,2%	3,0%
Q23. Jak bardzo jest Pan zadowolony ze swoich warunków mieszkaniowych?	0,0%	2,0%	19,2%	63,6%	15,2%
Q24. Jak bardzo jest Pan zadowolony z placówek służby zdrowia?	1,0%	7,1%	57,6%	33,3%	1,0%
Q25. Czy jest Pan zadowolony z komunikacji (transportu)?	2,0%	19,2%	56,6%	18,2%	4,0%

Stwierdzono, że dość dobrze rodzice i opiekunowie czują się w swoim codziennym życiu (3,8) i dość dobrze otoczenia sprzyja ich zdrowiu (3,74). Ponadto są oni zadowoleni ze swojej sytuacji mieszkaniowej (3,92), a za ważne należy uznać, że przeważnie są dla nich dostępne (w swoim środowisku) informacje potrzebne na co dzień (3,72). Samą ilość pieniędzy uznali respondenci za umiarkowanie pozwalającą na zaspakajanie swoich potrzeb (3,16), również umiarkowanie realizując swoje zainteresowania (3,13). Z kolei są oni ani zadowoleni, ani niezadowolony z placówek służby zdrowia i transportu publicznego (3,03).

Analizując wyniki badań zgodnie z kluczem zawartym w kwestionariuszu WHOQOL-BREF stwierdzono, że najkorzystniej badani „wypadli” w sferze psychologicznej (średnia 3,83) i kolejno w społecznej (średnia 3,74), fizycznej (średnia 3,65) i najniżej w sferze środowiskowej (średnia 3,47).

Tab. 3. Uśrednione wyniki dla poszczególnych dziedzin wraz z odchyleniem standardowym

Obszar wyniku	Dziedzina fizyczna	Dziedzina psychologiczna	Dziedzina społeczna	Środowisko
Średnia (SD)	3,65	3,83	3,74	3,47
0-100	73,1	76,6	74,8	69,4
korelacji r-Pearsona z samooceną <-1;1>	0,720	0,758	0,734	0,651

Interpretując wyniki w odniesieniu do jakości życia na poziomie do 50 w skali 0-100 uznaje się ją za niską, od 51 do 75 za średnią, a równą i większą niż 76 za wysoką.

W efekcie wysoka jakość życia rodziców dzieci z alergią dotyczy dziedziny psychologicznej (średnia punktów 76,6), a w pozostałych przypadkach umiarkowanej (średnie t0: 74,8; 73,2 i 69,4). Przy czym wyniki dla dziedziny fizycznej i społecznej są zbliżone do granicy dla jakości wysokiej. Jednocześnie wyniki poszczególnych zmiennych korelują dodatnio z samooceną respondentów w sposób silny ($0,6 < r \leq 0,8$).

Dyskusja

We własnych badaniach stwierdzono, że jakość życia opiekunów dzieci chorych na alergię oceniana jest pozytywnie. W literaturze dominują wyniki badań, że alergię u dzieci znacząco obniżają poziom życia rodzica [3].

Zdefiniowano w nich, że alergię, w szczególności pokarmową u dziecka wiąże się z gorszym stanem zdrowia psychicznego rodziców [3].

Opieka nad dzieckiem z alergią pokarmową wiąże się z gorszym zdrowiem psychicznym [1].

W literaturze są doniesienia, że rodzice dzieci z rozpoznaną alergią zgłaszali gorszą ogólną jakość życia, zwłaszcza gdy ich status finansowy był zły [4].

Zatem stabilny status społeczno-ekonomiczny w badanej grupie mógł się przełożyć na lepsze zadowolenie z życia. Choć należy podkreślić, że w badaniu własnym za najbardziej istotną dziedzinę wpływającą na podniesienie jakości życia uznano uwarunkowania społeczne, zwłaszcza otrzymywanie pomocy ze strony bliskich. Należy podkreślić, że przeprowadzone badania wykazują, że nie tylko alergię u dziecka może obniżyć jakość życia opiekunów, ale już jej samo podejrzenie [5]. W przypadku wielu rodzin dzieci z alergią główny problem to niepewność i brak informacji, a nie strach przed jej objawami [5, 6].

Obniżenie jakości życia rodziców w badaniu własnym dotyczyło zwłaszcza rodziców dzieci z alergią pokarmową i konieczności przestrzegania odpowiedniej diety, zwłaszcza w zakresie przygotowania posiłków. W literaturze stwierdza się, że obowiązki z tym związane wpływają negatywnie na jakość życia [1, 3, 7, 8, 9]. W literaturze (odnosząc się do dominujących w pracy własnej problemów sfery społecznej) podkreśla się także, że wielu rodziców doświadczyło wrogości lub konfliktu z bliskimi lub innymi rodzicami w próbach radzenia sobie z alergią swoich dzieci. Rodzice, którzy doświadczyli znacznego stresu i niepokoju z powodu alergii swoich dzieci, często byli stawiani przeciwko swojej społeczności, rodzinie, a nawet współmałżonkom [10].

W niniejszej pracy wskazano, że wsparcie w najbliższym otoczeniu warunkuje odpowiedni poziom jakości życia, zatem wyniki te korelują z wnioskami przywołanymi na podstawie literatury.

Wnioski

1. Jakość życia opiekunów dzieci chorych na alergię oceniono jako dobrą.
2. Jakości życia w wymiarze somatycznym i środowiskowym opiekunów dzieci chorych na alergię była umiarkowana, w wymiarze psychologicznym i socjalnym dobra.
3. Samoocena jakości życia opiekunów jest pozytywna.
4. Na poziom jakości życia opiekunów mają największy wpływ uwarunkowania społeczne.
5. Istnieje spójność pomiędzy samooceną, a oceną jakości życia opiekunów.

Piśmiennictwo

1. Panek T.: Jakość życia [w:] Statystyka społeczna: procesy społeczne, źródła danych i metody analizy. Panek T (red) Wydawnictwo PWE, Warszawa 2020, 110-183.
2. Komorowska O., Kozłowski A.: Jakość życia rodzin opiekujących się dorosłą osobą z niepełnosprawnością intelektualną. Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków 2021.
3. Birdi G., Cooke R., Knibb R.: Quality of life, stress, and mental health in parents of children with parentally diagnosed food allergy compared to medically diagnosed and healthy controls. *Journal of Allergy*. 2016, 5, 1-7.
4. Lau G.Y., Patel N.: Umasuntharetal T.: Anxietyandstress inmothersoffood-allergicchildren, *Pediatric Allergy and Immunology*. 2014, 25, 3, 236-242.
5. Kajornrattana T., Sangsupawanich P., Yuenyongviwat A.: Quality of life among caregivers and growth in children with parent-reported food allergy. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*. 2018, 36 (1), 22-26.
6. Berry M.J., Adams J., Voutilainen H. i wsp.: Impact of elimination diets on growth and nutritional status in children with multiple food allergies. *Pediatric Allergy Immunology*. 2015, 26, 133-138.
7. Abrams E.M., Kim H., Gerdt J. i wsp.: Milk allergy most burdensome in multi-food allergic children. *Pediatric. Allergy Immunology*. 2020, 31, 827-834.
8. Morou Z., Tatsioni A., Dimoliatis I.D.K. et al.: Health-related quality of life in children with food allergy and their parents: A systematic review of the literature. *J. Investig. Journal of Allergy and Immunology*. 2014, 24, 382-397.

9. Ward C.E., Greenhawt M.: Treatment of allergic reactions and quality of life among caregivers of food-allergic children. *Ann. Allergy Asthma Immunology*. 2015, 114, 312-318.
10. Kostecka M., Kostecka-Jarecka J., Kostecka J. i wsp.: Parental Knowledge about Allergies and Problems with an Elimination Diet in Children Aged 3 to 6 Years. *Children*. 2022, 9 (11), 2-14.

HOSPITALIZACJA JAKO SYTUACJA TRUDNA RODZICÓW DZIECI W PEDIATRYCZNYCH OŚRODKACH HEMATOLOGICZNO – ONKOLOGICZNYCH

dr n. med. Monika Borek¹, magister pielęgniarstwa Magdalena Lelito²,
dr n. med. Dorota Maciąg¹, dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska¹,
dr n. o zdr. Agnieszka Pawłowska-Muc¹

1. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu; Akademia Nauk Stosowanych im. Józefa Gołuchowskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim
2. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu; Akademia Nauk Stosowanych im. Józefa Gołuchowskiego w Ostrowcu Świętokrzyskim, Filia w Limanowej

Wstęp

Szpital jak i hospitalizacja jest dla dziecka obcym i nowym środowiskiem w odróżnieniu od środowiska domowego. Hospitalizacja zaburza poczucie bezpieczeństwa oraz ogranicza w znacznym stopniu zaspokajanie potrzeb typowych dla rozwoju dziecka. Chore dziecko powinno czuć, że jest akceptowane oraz otoczone troską. Bliskość dziecka z rodzicem jak również postawa personelu pielęgniarskiego powinna stanowić podłoże dla każdej terapii. Poczucie zaufania buduje w dziecku przekonanie, że konieczna jest walka z zaistniałą chorobą. Dzieci wymagają ochrony przed cierpieniem psychicznym i fizycznym. Zaniedbania w tym względzie mogą spowodować, że zostanie wyleczony z choroby, ale z okaleczoną psychiką powróci do domu. Przekazanie informacji dziecku o chorobie nowotworowej wymaga ogromnego przemyślenia ze strony lekarzy. W przypadku informowania dziecka musi być uwzględniony jego wiek, możliwości poznawcze, temperament oraz sposób reagowania w sytuacjach trudnych [1, 2].

Sytuacja choroby nieuleczalnej to jedno z najtrudniejszych życiowych wydarzeń, z jakimi konfrontują się chore dziecko i jego najbliższa rodzina. Ostatni okres choroby stanowi ogromny stres dla chorego i jego rodziny. Obserwuje się w tym okresie zwiększoną spójność rodziny. Świadomość niepomyślnego rokowania wywiera wpływ na kondycję psychiczną chorego i jego rodziny. Uruchamiane zostają mechanizmy obronne, które są pomocne w przejściu przez proces zmagania się z umieraniem i samą śmiercią [3, 4]. Choroba i hospitalizacja stanowią źródło lęku, niepokoju i stresu dla najbliższych chorego dziecka [5]. Rodzice we wszystkich

etapach leczenia dziecka pełnią znaczącą rolę. Biorą na siebie zadania i funkcje, które są nowe by sprostać postawionym przed nimi nowym wymaganiom [6]. U rodziców pacjentów onkologicznych często obserwuje się zmęczenie zarówno psychiczne jak i fizyczne na skutek intensywnego leczenia onkologicznego, transplantacji szpiku kostnego, ciężkiego i długotrwałego pobytu w oddziale oraz dużego ryzyka wystąpienia skutków ubocznych leczenia [7]. Doświadczają oni traumy związanej z diagnozą, leczeniem, powagą choroby, zagrożeniem dla zdrowia i życia, osamotnieniem, długim czasem trwania choroby oraz niekorzystnym w niektórych rozpoznaniach rokowaniem. Występują objawy depresji oraz zespołu stresu pourazowego – PTSD [8, 9].

Cel pracy

Celem poniższej pracy było określenie, czy hospitalizacja dziecka w oddziale onkologicznym i transplantacji szpiku kostnego jest procesem trudnym dla jego opiekunów/ rodziców oraz które etapy procesu leczenia i hospitalizacji stanowiły najtrudniejszą część pobytu w szpitalu.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 108 rodziców dzieci z chorobą nowotworową leczonych w Oddziale Onkologii i Hematologii Dziecięcej oraz w Oddziale Przeszczepiania Komórek Krwiotwórczych (OPKK) po wcześniejszym uzyskaniu zgody Dyrekcji jednostki ochrony zdrowia. Badania ankietowe zostały przeprowadzone anonimowo i dobrowolnie wśród rodziców dzieci w okresie: luty – marzec 2022 roku. W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania. Narzędzia badawcze użyte w pracy to kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji składający się z 2 części: pierwsza część ankiety obejmowała zagadnienia z zakresu społeczno – demograficznego. Część druga ankiety zawierała 26 pytań dotyczących rozpoznania, leczenia, pobytu w OPKK i Oddziale Onkologii i Hematologii Dziecięcej, postrzegania choroby, leczenia jako sytuacji trudnej, wyłonienia co według rodziców było dla nich najbardziej stresującą i traumatyczną sytuacją związaną z leczeniem, wpływu choroby na emocje i umiejętność radzenia sobie z emocjami i pytaniami swoich dzieci, oraz jak ankietowani oceniali warunki, opiekę, wsparcie i pobyt w poszczególnych oddziałach.

W trzeciej części badan wykorzystano 2 standaryzowane kwestionariusze:

Skala Mini-COPE – Inwentarz Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem zawierającą 28 pytań, oceniającą strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych w skali od 0 – 3, Skala Odczuwanego Stresu PSS-10 zawierającą 10 pytań oceniający poczucie stresu w skali od 0 – 4.

Do opracowania wyników badań wykorzystano metody statystyczne: analizy różnic między zmiennymi jakościowymi dokonano przy użyciu testu niezależności χ^2 oraz testem Manna-Whitney'a (po wcześniejszym sprawdzeniu normalności rozkładów zmiennych testem Kołmogorowa-Smirnowa).

Wyniki

W badaniu ankietowym udział wzięło 108 rodziców dzieci z chorobą nowotworową, w tym 72,2% kobiet (N=78) oraz 27,8% mężczyzn (N=30). W grupie wiekowej 25-30 lat znalazło się 19,4% osób (N=21). Od 30 do 40 lat miało 42,6% badanych (N=46), a ponad 40 lat 38,0% rodziców (N=41). W dużym mieście mieszkało 20,4% ankietowanych (N=22), a w małym mieście 33,3% osób (N=36). Wieś, jako miejsce zamieszkania wymieniło 46,3% rodziców (N=50). Wykształcenie wyższe posiadało 40,7% respondentów (N=44). Wykształcenie średnie miało 42,6% osób (N=46), a nieliczni (N=18, tj. 16,7%) dysponowali jedynie wykształceniem zawodowym. Sytuacja materialna 12,0% rodziców była bardzo dobra (N=13). Połowa ankietowanych (N=54, tj. 50,0%) przyznała, że sytuacja materialna ich rodziny była dobra. Średnią sytuację materialną rodziny miało 37,0% osób (N=40), a złą jeden badany (tj. 0,9%).

Średni wiek chorego dziecka wyniósł 7,98 lat (SD=5,26) i wahał się od pół roku do 21 lat. Nie więcej niż 5 lat miało 39,8% dzieci (N=43). Od 6 do 10 lat miało 27,8% dzieci (N=30), a 11-15 lat 23,1% dzieci (N=25). Powyżej 15 lat miało 9,3% dzieci chorujących onkologicznie (N=10). Dla 7,4% dzieci (N=8) był to początek leczenia choroby nowotworowej, a kilka miesięcy leczonych było 41,7% dzieci (N=45). W przypadku 31,5% dzieci (N=34) okres leczenia trwał ponad rok i dłużej, natomiast nieliczne dzieci leczone były po raz kolejny w związku ze wznowieniem choroby nowotworowej (N=15, tj. 13,9%) lub oczekiwaniem na przeszczepienie szpiku kostnego (N=6, tj. 5,6%).

Nieco ponad połowa rodziców przyznała, że choroba nowotworowa u dziecka została szybko rozpoznana i postawiono diagnozę (N=56, tj. 51,9%). W przypadku 25,9% dzieci (N=28) od wystąpienia pierwszych objawów choroby do rozpoznania minęło kilka miesięcy. W grupie 14,8% dzieci (N=16) objawy choroby były niespecyficzne, a u nielicznych dzieci (N=8, tj. 7,4%) rozpoznanie choroby było długim i żmudnym procesem diagnostyki

Hospitalizacja jako sytuacja trudna

Diagnoza choroby nowotworowej u dziecka wpłynęła na zmianę sposobu patrzenia na dziecko i rodzinę (N=60, tj. 55,6%), przewartościowanie całego życia (N=55, tj.

50,9%), rzadziej wywoływała załamanie się świata (N=46, tj. 42,6%), czy rodzice przyznali, że nic nie wiedzieli dotąd o tej chorobie (N=45, tj. 41,7%). Niemal połowa rodziców przyznała, że jedno z nich musiało zrezygnować z dotychczasowej pracy w związku z chorobą dziecka (N=52, tj. 48,1%). Musiało zmienić dotychczas funkcjonujący model rodziny 31,5% osób (N=34), pogorszyła się sytuacja materialna 25,9% ankietowanych (N=28), a tylko 20,4% rodziców (N=22) uznało, że nic się nie zmieniło w ich sytuacji życiowej w związku z chorobą dziecka.

Najczęściej wskazywanym przez rodziców trudnym przeżyciem był lęk o życie i zdrowie dziecka (N=84, tj. 77,8%). W mniejszym stopniu rodzice obawiali się diagnozy choroby nowotworowej (N=52, tj. 48,1%), zmiany jakości życia i dotychczasowego funkcjonowania rodziny (N=35, tj. 32,4%), czy konieczności diagnostyki i oczekiwania na wyniki badań (N=26, tj. 24,1%). Rodzice dzieci z chorobą nowotworową przyznali, że choroba spowodowała, że musieliby być silni dla swojego dziecka (N=81, tj. 75,0%) oraz wierzyli, że wszystko skończy się dobrze (N=65, tj. 60,2%). Rzadko ankietowani przyznali, że choroba dziecka pozwoliła im na umiejętność radzenia sobie z emocjami (N=17, tj. 15,7%), często płakali z bezsilności (N=12, tj. 11,1%) lub załamał się ich świat i nie umieli się odnaleźć (N=8, tj. 7,4%). Podczas leczenia p/nowotworowego, jak i po przeszczepieniu szpiku kostnego rodzice i dzieci żywili nadzieję, że efekty leczenia będą dobre i umożliwią dalsze życie (N=79, tj. 73,1%). W mniejszym zakresie występowały obawy o niepowodzenie leczenia i ryzyka wznowy choroby (N=39, tj. 36,1%), lęk złość, gniew, poczucie niesprawiedliwości (N=21, tj. 19,4%), czy obniżony nastrój, wycofanie, załamanie, płacz, czasem krzyk (N=10, tj. 9,3%).

Zdaniem 20,4% rodziców (N=22), dziecko po zdiagnozowaniu choroby było zamknięte w sobie - wycofane, a w opinii 19,4% ankietowanych (N=21) dziecko nie chciało rozmawiać o swojej chorobie i leczeniu, często się buntowało. Co trzeci rodzic przyznał, że zachowanie dziecka było takie samo, jak przed chorobą i leczeniem (N=35, tj. 32,4%), a 27,8% rodziców (N=30) wskazało, że dziecko było zbyt małe i nie wydać zmiany jego zachowania.

Grupa 31,5% rodziców (N=34) spotkała się z pytaniem ze strony dziecka „Dlaczego ja?” i była to dla nich trudna rozmowa. Nie umiało na ten temat rozmawiać z dzieckiem 1,9% rodziców (N=2), a starało się nie rozmawiać o chorobie z dzieckiem 11,1% badanych (N=12). Ponad połowa rodziców (N=60, tj. 55,6%) nigdy nie usłyszała od dziecka pytania „Dlaczego ja?”. Kilka razy w trakcie leczenia o śmierć pytało rodziców 22,2% dzieci (N=24). Nie umiało rozmawiać z dzieckiem

o śmierci 3,7% badanych (N=4), a 25,9% osób (N=28) przyznało, że dziecko było zbyt małe i nie zadawało pytań. Nigdy nie usłyszało od swojego dziecka pytania o śmierć 48,1% rodziców (N=52). W opinii rodziców dla dziecka najbardziej stresującymi sytuacjami była konieczność ciągłego przebywania w szpitalu (N=65, tj. 60,2%) oraz utrata kontaktu z rówieśnikami (N=55, tj. 50,9%). Mniej stresujący był dla dziecka lęk o zdrowie i życie (N=38, tj. 35,2%), niezrozumienie pewnych wykonywanych procedur i czynności - ze względu na wiek dziecka (N=36, tj. 33,3%), czy utrata włosów, zmiana wyglądu ciała (N=33, tj. 30,6%). Rodzice zaobserwowali również, iż ich dziecko było świadome choroby nowotworowej, która u niego wystąpiła (38,9% rodziców (N=42)). Grupa 32,4% badanych (N=35) przyznała, że dziecko nie było świadome choroby nowotworowej, bo było zbyt małe. Trudno było ocenić ten aspekt 28,7% ankietowanym (N=31).

Wymioty, biegunki, złe samopoczucie, gorączka, spadki wartości morfologii, to zdaniem 67,6% rodziców (N=73) najbardziej niepokojące i trudne objawy i powikłania. Mniejsze trudności sprawiało badanym pogorszenie stanu zdrowia wskutek leczenia (N=41, tj. 38,0%), utrata apetytu, wychudzenie (N=35, tj. 32,4%), czy utrata włosów, zmiana wyglądu na skutek leczenia (N=32, tj. 29,6%). Dla większość rodziców (N=82, tj. 75,9%) przeszczepienie szpiku kostnego postrzegane było, jako szansa na dalsze życie dziecka. Nieliczni postrzegali przeszczep szpiku kostnego, jako konieczność (N=19, tj. 17,6%), kolejny etap cyklu leczenia (N=12, tj. 11,1%) lub nie chcieli o tym myśleć, bo budziło to w nich strach (N=11, tj. 10,2%)

Za trudność dla rodziców i dziecka w procesie leczenia badani uznali najczęściej obawę o niepowodzenie leczenia, pogorszenie stanu zdrowia dziecka (N=75, tj. 69,4%). Rzadziej wskazywanymi trudnościami w procesie leczenia była konieczność ponownej hospitalizacji w związku z dalszym leczeniem (N=41, tj. 38,0%), konieczność częstych kontroli w Poradni, pobierania krwi, zmian opatrunków (N=28, tj. 25,9%), czy konieczność zażywania leków po (N=6, tj. 5,6%)

Grupa badanych rodziców została zapytana również o stosunek personelu pielęgniarskiego do pacjentów i ich rodzin. Ponad połowa ankietowanych przyznała, że personel oddziału był miły uczynny (N=67, tj. 62,0%), profesjonalnie i fachowo podchodził do wykonywanych czynności (N=64, tj. 59,3%) oraz był oddany swojej pracy i pacjentom (N=60, tj. 55,6%). Tylko 1,9% ankietowanych nie był zadowolony z opieki pielęgniarskiej.

Rodzice, których dziecko było leczone ponad rok lub po raz kolejny częściej wśród trudności związanych z opieką nad dzieckiem wskazywali brak możliwości

zmieniania się w opiece nad dzieckiem ($p=0,0074$). Dla rodziców, których dziecko dopiero zaczynało leczenie lub było leczone kilka miesięcy trudnością było usłyszenie diagnozy choroby nowotworowej ($p=0,0125$). Rodzice, którzy uważali, że chorobę nowotworową u dziecka nie rozpoznano w optymalnym czasie częściej wśród trudności wskazywali lęk o życie i zdrowie dziecka ($p=0,0348$) oraz nieemożność wyjścia z oddziału ($p=0,0234$).

Poziom odczuwanego stresu związany z hospitalizacją dziecka

Ponad połowa rodziców (60,2%) odczuwała wysoki poziom stresu, natomiast przeciętny poziom wystąpił u 24,1% badanych, natomiast niski tylko 15,7% rodziców. Choroba nowotworowa dziecka, wpłynęła na zmianę sposobu patrzenia na dziecko i rodzinę (55,6%) oraz przewartościowanie całego życia (50,9%). Rodzice przyznali, że choroba nowotworowa spowodowała, że musieli być silni dla swojego dziecka (75,0%) oraz wierzyli, że wszystko dobrze się skończy. Na poziom odczuwanego przez rodziców stresu nie wpływał istotnie okres leczenia dziecka ($p=0,2226$). Wysoki poziom stresu odczuwali nieco częściej rodzice ($p=0,0642$), którzy uważali, że choroba nowotworowa u dziecka nie została rozpoznana w optymalnym czasie, jak również rodzice mieszkający na wsi ($p=0,0530$), z zawodowym lub średnim wykształceniem ($p=0,0028$), w rodzinach, gdzie co najmniej jeden z rodziców pracował zawodowo ($p=0,0291$).

Strategie radzenia sobie ze stresem

Preferowanymi przez rodziców sposobami radzenia sobie w sytuacjach trudnych były: aktywne radzenie sobie (średnia 2,29), planowanie (2,14) oraz akceptacja (2,00.). Niewielkim zainteresowaniem cieszyły się takie strategie radzenia sobie, jak zażywanie substancji psychoaktywnych (średnia 0,27), czy poczucie humoru (0,45). Kobiety preferowały częściej od mężczyzn strategie radzenia sobie oparte na aktywnym radzeniu sobie ($p=0,0343$), planowaniu ($p=0,0205$), poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego ($p=0,0050$) i instrumentalnego ($p=0,0006$), czy wyładowaniu ($p=0,0101$). Mężczyźni natomiast częściej wybierali zażywanie substancji psychoaktywnych ($p=0,0020$). Również osoby z wykształceniem wyższym częściej w sytuacjach trudnych wybierały aktywne radzenie sobie ($p<0,0001$), planowanie ($p=0,0001$), akceptację ($p=0,0041$), poczucie humoru ($p=0,0400$), zwrot ku religii ($p=0,0490$), zajmowanie się czymś innym ($p=0,0053$), czy wyładowanie ($p=0,0132$). Rodzice, których sytuacja materialna była co najmniej dobra częściej w sytuacjach trudnych wybierali aktywne radzenie sobie ($p=0,0136$), planowanie ($p=0,0262$), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ($p=0,0347$), zajmowanie się czymś innym

($p=0,0116$). Osoby z co najwyżej średnią sytuacją materialną częściej zażywały substancje psychoaktywne ($p=0,0421$), zaprzestawały działań ($p=0,0446$) lub obwiniały siebie ($p=0,0104$).

Rodzice, którzy odczuwali wysoki poziom stresu częściej w sytuacjach trudnych wybierali zaprzeczanie ($p=0,0030$) oraz obwinianie siebie ($p=0,0001$). Rodzice z niskim/ przeciętnym poziomem stresu częściej wybierali strategie oparte na akceptacji ($p=0,0001$), czy poczuciu humoru ($p=0,0001$).

Dyskusja

Każda hospitalizacja, nawet krótkotrwała, jest dla dziecka i jego rodziców niezwykle trudną sytuacją. Mały pacjent i jego rodzice, muszą zapoznać się z nowym otoczeniem, a także zasadami panującymi w szpitalu. Jednak, gdy u dziecka diagnozuje się chorobę nowotworową poziom stresu jest ogromny. Przerazenie, lęk i niepewność o skuteczność leczenia towarzyszą rodzicom przez cały czas, uniemożliwiając proces adaptacji do nowych warunków. Choroba nowotworowa u dzieci jest nieodłącznie związana z licznymi hospitalizacjami, które zawsze są sytuacją trudną dla chorego dziecka i jego rodziców.

W trakcie analizy wskazano, które etapy procesu leczenia i hospitalizacji stanowiły najtrudniejszą część pobytu w szpitalu. Określono również, że niezastąpionym czynnikiem wzmacniającym rozwój dziecka oraz zapewniającym bezpieczeństwo jest obecność i wsparcie otrzymane od rodziców.

Wysoki poziom stresu odczuli nieco częściej rodzice mieszkający na wsi, z zawodowym lub średnim wykształceniem, w rodzinach, gdzie co najmniej jeden pracował zawodowo. Wskazaniem przez prawie wszystkich (77,8%) respondentów trudnym przeżyciem był lęk o życie i zdrowie dziecka.

Pomimo, że charakterystyka badanej grupy była zgodna z badaniami własnymi Grochowska i wsp.[7] posługując się anonimowym kwestionariuszem ankiety oraz Kwestionariuszem Oceny Stresu, uzyskali nieco odmienne, bardziej pozytywne wyniki badań. Najczęstszą reakcją na chorobę dziecka był szok i zaskoczenie (34%). Lękiem przed chorobą nowotworową zareagowała tylko 1/3 badanych, a 1/5 osób odczuła strach o życie dziecka, lęk przed śmiercią lub poczucie winy. Bunt i gniew odczuło 10% rodziców, a rezygnacji i wycofania się doświadczyło tylko 6% badanych. Kobiety zdecydowanie częściej reagowały szokiem i zaskoczeniem (37,3%), natomiast mężczyźni prezentowali postawę rezygnacji i wycofania. (20%). Poziom lęku zauważalnie zmniejszał się wraz z wiekiem rodziców. Wiek, w którym dziecko zachorowało i etap leczenia nie różnicowały istotnie poziomu lęku o życie

dziecka. Jednak u połowy badanych (60%), to właśnie chemioterapia pogłębiła lęk o zdrowie i życie dziecka. Podczas, gdy w badaniach własnych przede wszystkim w leczeniu p/ nowotworowym niemal wszyscy rodzice (73,1%) żywili nadzieję, że na dobre dalsze życie. W mniejszym zakresie występowały obawy o niepowodzenie leczenia i ryzyka wznowy choroby.

Celem badania Kichler i Hnatyszyn [10] było poznanie funkcjonowania matki, która przez większość czasu przebywała w szpitalu z dzieckiem chorym na nowotwór. W badaniu posłużono się różnorodnymi metodami, między innymi Kwestionariusz Poczucia Stresu, Skale Oceny Rodziny. Pozwoliło to stworzyć pełen obraz funkcjonowania rodziny z ciężko chorym na nowotwór dzieckiem. Jako reakcję na diagnozę nowotworu u córki, matka w pierwszej kolejności wymienia szok, strach oraz poczucie niewiedzy na temat choroby. Przyznaje, że wraz z upływem czasu i uzupełnieniem swojej wiedzy, poziom stresu zmniejszył się. Jednak dotychczasowe spokojne życie rodzinne zostało zaburzone, dlatego z powodu swojej nieobecności w domu bardzo martwiła się o relacje ze swoimi starszymi dziećmi. Kobieta otrzymywała wsparcie od męża oraz dalszej rodziny. Podkreśliła również, że cały czas doświadczała wsparcia informacyjnego i instrumentalnego ze strony personelu medycznego.

Wyniki powyższych badań są tożsame z wynikami uzyskanymi we własnym badaniu.

Za trudność dla rodziców i dziecka w procesie leczenia badani najczęściej uznali obawę o niepowodzenie leczenia i pogorszenie stanu zdrowia dziecka (69,4%). Rzadziej wskazywanymi trudnościami w procesie leczenia była konieczność ponownej hospitalizacji w związku z dalszym leczeniem (38,0%), czy częste kontrole w poradni onkologicznej. W większości rodzice przyznali, że przez chorobę nowotworową musieli stać się silni dla swojego dziecka (75,0%) oraz musieli wierzyć, że wszystko skończy się dobrze.

Repka i wsp.[11] skupili się na ocenie zmęczenia życiem codziennym rodziców dzieci z chorobą nowotworową, hospitalizowanych w tym samym szpitalu, co w badaniach własnych. U większości badanych rodziców autorzy wykazali cechy zmęczenia życiem codziennym, na który wpływał wysoki poziom stresu oraz negatywne strategie radzenia sobie z nim. Zmęczenie życiem codziennym częściej występuje wśród kobiet, młodych rodziców, osób bezrobotnych i tych, które porzuciły prace zawodową na rzecz opieki nad dzieckiem. Można przypuszczać, że w badaniach własnych zmęczenie życiem codziennym, mogło dotyczyć nielicznej

grupy respondentów, ponieważ kobiety, które stanowiły przeważającą grupę badanych preferowały aktywne strategie radzenia sobie ze stresem, planowanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz wyładowanie. Mężczyźni natomiast wybierali najczęściej zażywanie substancji psychoaktywnych.

W badaniach własnych znaczną część poświęcono na poznanie opinii rodziców na temat, czy hospitalizacja jest sytuacją trudną dla ich dziecka.. Prawie wszyscy (74,1%) badani rodzice przyznali, że dziecko zawsze mogło na nich liczyć i byli zaangażowani w cały proces jego leczenia. Rodzice wspierali dziecko we wszystkim, co możliwe w trakcie całego procesu leczenia. Można stwierdzić, że obecność i wsparcie rodzica korzystnie wpływało na akceptację zmiany środowiska i poczucie bezpieczeństwa dziecka podczas hospitalizacji, skoro tylko grupa 12% badanych czasem skorzystała z porad psychologa.

Witanowska i wsp. [12] uzyskała podobne wyniki, w których prawie 3/4 badanych (71,6%) całkowicie zgadza się z opinią, że obecność rodzica przy dziecku w trakcie hospitalizacji bardzo korzystnie wpływa na proces diagnostyki i leczenia. Rodzice zapewniają dziecku poczucie bezpieczeństwa i zmniejszają lęk, a także są niezastąpionymi członkami zespołu terapeutycznego. Prawie wszystkie (80,7%) zapytane pielęgniarki potwierdziły, że obecność rodzica ma szczególne znaczenie w przypadku dziecka, z którym kontakt słowny jest trudny do nawiązania ze względu na wiek.

Zasadne staje się kontynuowanie badań, a także objęcie rodziny chorego dziecka opieką psychologiczną oraz wsparciem edukacyjnym i społecznym.

Wnioski

1. Zmienne socjodemograficzne w niewielkim stopniu wpływały na poziom stresu odczuwanego przez rodziców. Wysoki poziom stresu odczuwali nieco częściej rodzice mieszkający na wsi, z zawodowym wykształceniem, w rodzinach gdzie co najmniej jeden rodzic pracował zawodowo.
2. Zmienne socjodemograficzne wpływały istotnie na sposoby radzenia sobie ze stresem przez rodziców.
3. Okres leczenia dziecka i moment rozpoznania choroby nie zwiększyły trudności w opiece i poziomu stresu oraz nie oddziaływały na sposoby radzenia sobie ze stresem.
4. Poziom stresu wpływa na sposoby radzenia sobie przez rodziców w sytuacjach trudnych. Rodzice, którzy odczuwali wysoki poziom stresu częściej w sytuacjach trudnych wybierali zaprzeczenie oraz obwinianie siebie.

Rodzice z niskim / przeciętnym poziomem stresu częściej wybierali strategie oparte na akceptacji, czy poczuciu humoru.

Piśmiennictwo

1. Burkiewicz A., Samardkiewicz M., Karczmarczyk T.: Poziom depresji i postrzeżanego wsparcia społecznego u rodziców dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*, 2017, 21(1), 17–21.
2. Szweda E.: Psychologiczne aspekty leczenia dzieci z chorobami nowotworowymi. [w:] *Pediatrica* tom 2. Pietrzyk J.J., Kwinta P. (red.) Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018, 641–646.
3. Piotrowska E.Z.: Problemy społeczne rodzin opiekujących się bliskimi w terminalnym okresie choroby nowotworowej. *Medycyna Paliatywna*, 2015, 7(1), 45–57.
4. Szczepaniak L.: Rozmowa o cierpieniu i śmierci. *Bioetyczne Zeszyty Pediatryi*, 2011–2012, 7(8–9), 98–111.
5. Gietka B., Szewczyk L.: Nasilenie lęku i zapotrzebowanie na wsparcie wśród matek hospitalizowanych dzieci. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 2018, 3(2), 51–57.
6. Stenka K. E., Izdebski P.: Rodzice w obliczu choroby nowotworowej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2018, 18 (3), 306–314.
7. Grochowska A., Bodys-Cupak I., Kubik B., Starzec P. Ocena poziomu stresu i lęku rodziców dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2018, 68(2), 173–178.
8. Cepuch G., Wojnar-Gruszka K., Gdańska K.: Kontrola emocji a lęk, agresja i zaburzenia o charakterze depresyjnym u dzieci chorych onkologicznie. *Psychoonkologia*, 2014, 1, 35–41.
9. Ogińska-Bulik N., Socha I.: Przetwarzanie emocjonalne a negatywne i pozytywne skutki traumy u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka. *Psychoonkologia*, 2017, 21(1), 1–8.
10. Kichler K., Hnatyszyn M.: Rodzina z dzieckiem z chorobą rozrostową układu krwiotwórczego – perspektywa matki. *Psychoonkologia*, 2015, 4, 69–174.
11. Repka B., Betka P., Kuźmich I., Puto G., Zurzycka P.: Zmęczenie rodziców sprawujących opiekę nad dzieckiem z chorobą nowotworową. *Medycyna Paliatywna*, 2019; 11(2), 88–96.
12. Witanowska J., Warmuz-Wancisiewicz A., Ullman A.: Hospitalizacja jako sytuacja trudna dla dziecka w opinii jego rodziców i personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2019, 72(2), 15–22

DOŚWIADCZENIA RODZICÓW W OPIECE NAD DZIECKIEM W ŚPIĄCZCE LUB/I WYBUDZONYM ZE ŚPIĄCZKI

dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska¹, mgr Bogusława Kądziołka¹, mgr Agnieszka Michalska¹,
mgr Karolina Cichońska¹, dr n. med. Dorota Maciąg¹, dr n. med. Monika Borek¹,
dr n. o zdr. Agnieszka Pawłowska-Muc¹

1. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych
im. Józefa Gołuchowskiego, Filia w Tomaszowie Mazowieckim

Wstęp

Choroba jednego z członków rodziny, dotyka tak naprawdę wszystkich domowników, zwłaszcza, gdy pojawia się nagle, a potem przechodzi w stan śpiączki czy wegetatywny. To szczególnie dotkliwe w przypadku, gdy choroba dotyczy dziecka. Kiedy nagle okazuje się, że wszystko, co mieliśmy, sposób bycia razem, marzenia i plany, zanim pojawiła się śpiączka, teraz przeminęło. Kiedy dziecko staje się osobą „obecną i nieobecną”, kiedy można powiedzieć, że mamy dziecko, ale równocześnie jakby nie mamy, że najukochańsza osoba odeszła, a zarazem nie odeszła. Śpiączka powoduje uczucie, że coś zostało bezpowrotnie utracone, ale równocześnie nie jest sytuacją, tak jak to jest w przypadku śmierci ukochanej osoby, gdzie można potwierdzić stratę w sposób „namacalny”, pożegnać się i szukać pocieszenia w żałobie.

Cel pracy

Celem pracy była diagnoza problemów rodziców dziecka w śpiączce lub/i po jego wybudzeniu oraz ocena obszarów zapotrzebowania na wsparcie w opiece nad takim dzieckiem.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 33 rodziców dzieci w śpiączce lub wybudzonych ze śpiączki, pacjentów Kliniki Budzik dla dzieci w Warszawie w 2022 roku. W niniejszej pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, posługując się techniką ankietowania, a jako narzędzie zastosowano autorski kwestionariusz autorskiej ankiety oraz skalę wsparcia społecznego wg. Kmiecik-Baran.

Wyniki

Zdecydowaną większość w grupie 33 badanych stanowiły kobiety, których było 27 tj. 81,82%. Wśród badanych było 6 mężczyzn (18,18%).

48,48% badanych było w wieku od 41 do 50 lat, 30,3% miało od 31 do 40 lat, 12,12% od 51 do 60 lat, 3,03% miało powyżej 61 lat, a 6,06% poniżej 30 lat.

Większość badanych posiadała wykształcenie średnie (42,42%), 33,33% legitymowała się wykształceniem wyższym, 18,18% zawodowym, a 6,06% podstawowym. Większość badanych tj. 45,45% mieszkało na wsi, 26,27% w mieście od 25 do 100 tys. mieszkańców, 12,12% w mieście od 100 do 200 tysięcy mieszkańców, 9,09% w mieście do 25 tys. mieszkańców, a 6,06% w mieście powyżej 200 tys. mieszkańców. 69,7% badanych posiadało dwoje dzieci, 15,15% więcej niż troje, 9,09% troje, a dla 6,06% badanych chore dziecko było jedynym.

Większość badanych tj. 75,76% mieszkała z pełną rodziną, 15,15% z partnerem, a 9,09% stanowiły osoby samotnie wychowujące dzieci.

Przed chorobą dziecka aktywnych zawodowo było 81,82% badanych. W chwili opieki nad dzieckiem w śpiączce zawodowo pracowało 21,21% rodziców.

Najlicniejsza grupa tj. 39,39% badanych sytuację materialną rodziny oceniła jako złą, 24,24% jako przeciętną, a 36,36% jako dobrą.

Większość badanych tj. 66,67% oceniała sytuację ekonomiczną w stosunku do okresu sprzed choroby dziecka jako gorszą, a 33,33% uznało, że nie uległa ona zmianie.

Wśród dzieci będących w śpiączce większość stanowili chłopcy (69,7%), 30,3% to dziewczynki.

Najczęściej dzieci będące w śpiączce były w wieku poniżej 4 roku życia i w wieku 10 do 12 lat (po 24,24%). W wieku od 8 do 10 lat było 21,21% dzieci, powyżej 12 lat miało 18,18%, a 5 do 7 lat 12,12% dzieci.

W zależności od czasu jaki upłynął od chwili zdarzenia prowadzącego do śpiączki dziecka najczęściej wskazywanym był 1 rok do 2 lat (39,39%). W przypadku 27,27% było to więcej niż 2 lata, a w przypadku 24,24% mniej niż pół roku temu.

Od 3 do 12 miesięcy w stanie śpiączki było 42,42% dzieci, powyżej 12 miesięcy 30,3%, a poniżej 3 miesięcy 27,27%.

Najczęstszą przyczyną wystąpienia śpiączki u dzieci były wypadki komunikacyjne (27,27%), uraz (18,18%), nagle zatrzymanie akcji serca, udar mózgu i utonięcie (po 9,09%), niegroźny uraz, próby samobójcze i tętniak (po 6,06%) oraz zakrztuszenie, zapalenie mózgu i choroba neurologiczna (3,03%).

45,45% dzieci nie została wybudzona ze śpiączki, 24,24% było w stanie minimalnej świadomości. Świadomość odzyskało, ale nadal było w pełni zależnych w opiece i pielęgnacji 30,3% dzieci.

Najczęściej badanym w momencie diagnozy śpiączki u ich dziecka towarzyszyły rozpacz (63,64%) i bezsilność (57,58%).

Pojawiało się również obwinianie za to co się stało siebie i współmałżonka (45,45%). Wśród innych emocji wskazywano załamanie (42,42%) czy nadzieję, że dziecko się zaraz wybudzi, że można tę chorobę wyleczyć (39,39%). Postawiona diagnoza u 21,21% budziła złość.

W momencie badania respondentom najczęściej towarzyszyło poczucie zmęczenia (75,76%). 54,55% odczuwała bezradność i apatię, a 48,48% złość. Wskazywano też na poczucie osamotnienia, rozdrażnienia i napięcia (39,39%). Rodzice odczuwali również inne emocje tj. ciągły strach (9,09%), niepokój oraz tęsknotę za „dawnym dzieckiem”. Wymieniano również poczucie szczęścia (27,27%) i radości (21,21%) w kontekście osiągnięć dziecka, na co bardzo często wskazywały własne wypowiedzi respondentów.

Wśród odczuć związanych z wychowywaniem dziecka w śpiączce dominował lęk o przyszłość dziecka, który wyrazili prawie wszyscy rodzice (96,97%). 60,61% towarzyszyła świadomość, że zawsze będzie dziecku potrzebna oraz poczucie braku sił i wypalenia (51,52%). Z drugiej strony badanym towarzyszyło poczucie akceptacji sytuacji i walki

o zdrowie dziecka (48,48%) i satysfakcji z jego osiągnięć (45,45%).

Największym problemem wpływającym na emocje badanych rodziców był ciężar i czasochłonność codziennej opieki sprawowanej nad dzieckiem (78,79%), zapewnienie dziecku stałej rehabilitacji (66,67%) oraz konieczność przerywania lub ograniczenia pracy zawodowej (60,61%).

Osobą sprawującą głównie opiekę nad dzieckiem w śpiączce była matka dziecka (81,82%). Pozostali opiekunowie to ojciec (12,12%) oraz babcia oraz wspólna opieka rodziny (po 3,03%).

Zmian w relacjach między rodzeństwem nie potrafiło określić 36,36% badanych. Niesprawność dziecka nie zmieniła relacji wg. 30,3% badanych, 15,15% określiło zmiany jako pozytywne. Na negatywne zmiany w relacjach rodziny oraz że nie dotyczą one rodziny wskazało po 9,09% badanych.

48,48% badanych wskazało, że obecna sytuacja pogłębiła więzi małżeńskie, wg 18,18% spowodowała ich rozpad, a w przypadku 9,09% stała się powodem odejścia współmałżonka. Na brak wpływu wskazało 24,24% badanych.

Większość badanych nie miała czasu wolnego dla siebie (69,7%). Czas wolny w bardzo ograniczonym zakresie, najczęściej tylko wtedy, kiedy dziecko jest pod

opieką rehabilitanta lub pielęgniarki miało 18,18% rodziców. Dużą ilością czasu wolnego dysponowało 12,12% badanych.

Choroba dziecka spowodowała ograniczenia w kontaktach towarzyskich w ocenie 69,7% badanych. Na częstsze kontakty i poznanie nowych znajomych wskazało 18,18%, a 12,12% uznała, że nie zmieniły one charakteru.

Choroba dziecka spowodowała zmiany aktywności zawodowej rodziców. Najczęściej była to rezygnacja z pracy przez matkę dziecka (39,39%), a w 21,21% przez ojca. Dla 18,18% sytuacja nie wpłynęła na rezygnację z pracy przez żadnego z opiekunów.

Problemy badanych w opiece stopniowano uznając je za bardzo duże, duże, średnie lub niewielkie (lub ich brak).

Brak kontaktu z dzieckiem (reakcji na słowa, działania) najczęściej tj. przez 36,36% opiekunów był uznany za duży problem. 24,24% uznało go za bardzo duży problem, 21,12% wskazało, że nie ma takiego problemu lub jest niewielki, a 18,18% uznało go za średni.

Utrudniona komunikacja (werbalna, pozawerbalna) to najczęściej (dla 39,39%) duży problem, dla grup po 21,21% był on średni, a dla 18,18% nie było to problemem lub było niewielkim.

Czynności w zakresie pielęgnacji nie były problemem dla 42,42% opiekunów, 27,27% uznało go za średni problem, 18,18% za duży, a 12,12% za bardzo duży.

Utrzymanie należytnej masy dziecka dla 42,42% było dużym problemem, 24,24% uznało jego brak lub oceniło jako niewielki, 18,18% uznało za średni, a 15,15% oceniło jako duży.

Spastyczność mięśni dla 33,33% opiekunów było średnim problemem. 27,27% nie odczuwało go wcale lub w niewielkim stopniu, 21,21% uznało go za bardzo duży problem, a 18,18% za duży.

Dla 33,33% opiekunów średnim problemem było rozróżnienie ataków padaczki od mioklonii, dla 30,30% nie stanowiło to problemu, a po 18,18% uznało go za duży lub bardzo duży problem w opiece nad dzieckiem.

Najczęściej, bo dla 36,36% opiekunów rozróżnianie ruchów i zachowań celowych od odruchów mimowolnych było dużym problemem. 27,27% uznało go za średni problem, a po 18,18% za bardzo duży oraz niewielki lub jego brak.

Dla 42,42% opiekunów ocena świadomości dziecka była dużym problemem, po 21,21% badanych uznało do za bardzo duży lub średni, a 15,15% nie postrzegało wcale lub w niewielkim stopniu.

Przyswajanie wiedzy na temat śpiączki było średnim problemem dla 33,33% opiekunów, dużym dla 30,30%, a po 18,18% uznało go za duży lub nie dostrzegało go wcale.

Analizując stopień trudności czynności pielęgnacyjno- rehabilitacyjnych w opiece nad dzieckiem w śpiączce badani potwierdzili, że (w kategorii wcale lub niewielkie, średnie, duże lub bardzo duże) pielęgnacja drzewa oskrzelowego i rurki tracheotomijnej najczęściej sprawiała duże trudności (36,36%), bardzo duże kłopoty odczuło 24,24%, średnie 21,21%, a wcale lub niewielkie 18,18%.

Toaleta jamy ustnej najczęściej nie sprawiała problemów lub niewielkie (45,45%), 27,27% odczuwało średni problem, 15,15% duży, a 12,12% bardzo duży.

Toaleta ciała (kąpiel, mycie) nie sprawiała problemu 36,36% opiekunom, 30,30% średnie, 27,27% duże, a 6,06% bardzo duże.

Karmienie przez sondę i jej pielęgnacja stanowiło najczęściej średni problem, po 27,27% opiekunów odczuwało w tym zakresie duże problemy oraz niewielki problem lub jego brak, 15,15% odczuwało bardzo duży problem w tym obszarze. Zakładanie sondy najczęściej było dla opiekunów dzieci w śpiączce dużym problemem (30,30%), dla 27,27% był to średni problem, dla 24,24% bardzo duży, a 18,18% niewielki.

Obsługa i pielęgnacja gastrostomii/ PEG-a najczęściej (bo dla 39,39%) była średnim problemem. Dla grup liczących po 24,24% był to duży problem lub niewielki, a dla 12,12% bardzo duży.

Wykonywanie podstawowych ćwiczeń było problemem o dość zbliżonym stopniu trudności, gdyż dla grup liczących po 27,27% był on średnim lub dużym problemem, dla 24,24% bardzo dużym, a dla 21,21% niewielkim.

Wykonywanie cewnikowania przerywanego stanowiło średni problem dla 33,33%, po 24,24% uznało go za duży lub bardzo duży problem, a 18,18% za niewielki.

Najczęściej wskazywanym źródłem wiedzy na temat śpiączki dla opiekunów był Internet (63,64% badanych), a w dalszej kolejności inni rodzice dzieci będących w śpiączce (42,42%). Na lekarza wskazało 36,36% badanych, a na pielęgniarkę 27,27%.

Badani najczęściej w opiece nad dzieckiem w śpiączce oczekiwali wsparcia emocjonalnego 45,45% oraz informacyjnego (21,21%). Potrzebne też było wsparcie instrumentalne dla 18,18% oraz prawne oczekiwane przez 15,15%.

Najbardziej oczekiwanym sposobem wsparcia było udzielanie małego wsparcia przez dłuższy czas, aby stopniowo pomóc sobie poradzić z problemami (57,58%).

Rozwijanie umiejętności umożliwiających samodzielne rozwiązanie problemu preferowało 42,42% badanych. Natomiast żaden rodzic nie uważał, że jednorazowa pomoc finansowa jest dobrym sposobem wspierania.

Najczęściej źródłem wsparcia w badanej grupie opiekunów dzieci w śpiączce była rodzina (81,82%), następnie dzieci (54,55%), znajomi (48,48%) i współmałżonek (45,54%). 42,42% oczekiwało wsparcia od pielęgniarki, 27,27% od fizjoterapeuty, 21,21% od innych rodziców w tej samej sytuacji, a 12,12% od innych specjalistów. Wsparcie instytucjonalne badani uzyskiwali najczęściej od PFRON-u (48,48%), rzadziej od fundacji i grup wsparcia (27,27%), czy ochrony zdrowia (21,21%). Wśród badanych 12,12% nie wiedziało, gdzie może uzyskać wsparcie instytucjonalne. Grupy liczące po 12,12% uzyskiwały wsparcie od Stowarzyszenia Rodziców Dzieci w Śpiączce lub od wolontariuszy. 9,09% od Ośrodka Opieki Wyręczającej lub Miejskiego OPS.

Odwołując się do wykorzystanej w badaniu Skali Wsparcia Społecznego opracowanej przez K. Kmiecik-Baran maksymalnie można było uzyskać 400 punktów – co oznacza otrzymywanie pełnego wsparcia społecznego, a minimalnie – 80 punktów, a jego poziomy to: < 140 punktów bardzo niski poziom wsparcia; 140–270 punktów średni, a > 270 punktów wysoki.

Średnia uzyskanego wsparcia ocenionego przez respondentów wynosiła 293,97 ±28,75, co w stosunku do przyjętej skali punktów wskazuje na wysoki poziom uzyskanego wsparcia. Badani najwyżej oceniali wsparcie informacyjne (76,82), a najniżej wsparcie instrumentalne (70,0). Nieco niżej niż wsparcie instrumentalne oceniono emocjonalne (75,64) i wartościujące (75,45). Najwyżej oceniono wsparcie otrzymane od rodziny (70,27), następnie od współmałżonka (66,24), przyjaciół (63,79) i profesjonalistów (50,76). Natomiast najniżej od urzędników w instytucjach (44,76).

Analiza korelacji wykazała istotną zależność relacji rodzinnych od płci badanych. Istotnie częściej do rozpadu więzi dochodzi w przypadku mężczyzn niż kobiet ($p < 0,001$).

Nie wykazano istotnej zależności między relacjami rodzinnymi, a wiekiem ($p = 0,29$) i wykształceniem ($p = 0,21$).

Analiza wykazała istotny wpływ sytuacji materialnej na relacje rodzinne. Pogorszenie sytuacji istotnie determinowało rozpad więzi i odejście współmałżonka ($p = 0,05$).

Upływający czas od chwili zapadnięcia dziecka w śpiączkę istotnie negatywnie wpływał na relacje rodzinne poprzez rozpad więzi i odejście współmałżonka ($p=0,01$). Podobnie brak poprawy stanu dziecka niszczył relacje rodzinne ($p=0,03$).

Dyskusja

Opieka nad dzieckiem przewlekłe chorem jest sytuacją trudną, która u rodziców wywołuje wiele reakcji emocjonalnych i stanowi ogromne źródło stresu. Przeciętny rodzic nie myśli o chorobie dziecka, a o tym jak zdrowie i normalne poruszanie się jest ważne zdaje sobie sprawę dopiero w momencie pojawienia się choroby. Rodzic widząc chorobę dziecka cierpi podwójnie, za siebie i za dziecko. I to nie tylko fizycznie, ale też psychicznie.

Do rzeczywistości dochodzi obarczenie zmęczeniem, którym obciążony jest zwłaszcza główny opiekun, gdyż wypełnianie obowiązków bardzo często wiąże się z koniecznością ograniczenia kontaktów towarzyskich, utrudnia lub czasem wręcz uniemożliwia wypoczynek czy wykonywanie pracy zawodowej.

Z badań własnych wynika, że to właśnie zmęczenie i osamotnienie są najczęściej towarzyszącymi emocjami w opiece nad dzieckiem w śpiączce.

Do tego dołącza się ciągle napięcie i lęk o dalsze losy dziecka z pełną świadomością, że będzie się mu już potrzebnym do końca życia.

W literaturze trudno jest znaleźć artykuły poruszające problematykę doświadczeń i jakości życia opiekunów osób w śpiączce. Można je znaleźć fragmentarycznie jako wybrane wskaźniki będące elementem dodatkowym głównego tematu badawczego. Przykładem takim jest praca Rębiałkowskiej- Stankiewicz, która omawiając jakość życia dzieci w śpiączce i podejmowane działania zmierzające do jej poprawy, podkreśla, że osiągnięcie zamierzonych celów, możliwe jest tylko w przypadku pełnej współpracy z rodzicami dziecka [1].

Bardziej dostępna jest literatura omawiająca funkcjonowanie opiekunów osób dorosłych i dzieci z postępującą chorobą przewlekłą lub ofiar chorób cywilizacyjnych, jak np. udar mózgu, padaczką, otępienie w przebiegu choroby Alzheimera, stwardnieniem rozsianym czy w przebiegu chorób reumatycznych. O ile inna jest specyfika śpiączki i wspomnianych chorób, o tyle wykładnik pozostaje ten sam. A mianowicie zmęczenie, przewlekły strach i stres.

W badaniach własnych opiekunami dziecka w śpiączce były głównie kobiety. Taka zależność obserwowana jest również przez wielu innych autorów. Szala, badając obciążenia opiekunów w opiece nad chorymi z Alzheimerem, stwierdziła, że opiekunami także najczęściej były kobiety.

Kulturowy stereotyp, kobiety której przypisuje się takie cechy, jak wrażliwość, opiekuńczość czy wyrozumiałość, powoduje, że uważna za strażniczkę domowego ogniska kobieta niejako z nakazu powinna przyjąć rolę opiekuna. To właśnie kobiety najczęściej w sytuacji konieczności opieki nad chorym członkiem rodziny rezygnują z pracy zawodowej, rozrywki, planów osobistych i życiowych [2].

Kędra z kolei badając funkcjonowanie opiekunów chorych na SM wskazała, że opiekunowie, oceniając swoją jakość życia, szczególne znaczenie przypisują relacjom w rodzinie, możliwości równoczesnego pełnienia ról ważnych tak dla chorego, jak i dla pozostałych członków rodziny i siebie samego [3].

Zasoby posiadanego i otrzymywanego wsparcia są czynnikiem, od którego zależy doświadczany poziom obciążenia u opiekuna dziecka. Badania własne wskazują, że otrzymywane wsparcie rodzice oceniają bardzo wysoko, a szczególną rolę pełni w nim rodzina.

Do podobnych wniosków doszła Szala, gdzie postrzegane i otrzymywane przez opiekunów wsparcie było jednym z czynników redukujących odczuwane zmęczenie, zwiększające poczucie kontroli nad własnym życiem i wpływające na lepsze radzenie sobie ze stresem [2].

Według Krzezińskiej brak wsparcia ze strony zwłaszcza pozostałych członków rodziny w krótkim czasie prowadzi do poczucia osamotnienia opiekuna. Opiekun, na którym spoczywa cały ciężar opieki nad chorym, w krótszym lub dłuższym czasie, ulega zniechęceniu, co staje się przyczyną dodatkowych zaburzeń wzajemnych relacji rodzinnych [4].

Kaczmarek jako główne źródło stresu opiekunów pacjentów z chorobą Alzheimera wskazuje sferę finansową, która prowadzi u nich do poważnych obciążeń psychicznych, a w konsekwencji nawet do depresji [5].

Z badań własnych wynika, że pogarszające się warunki materialne rodziny wpływały na osłabienie i zerwanie więzi rodzinnych, a w konsekwencji do odejścia współmałżonka.

W Polsce istnieje wiele fundacji i stowarzyszeń działających na rzecz osób chorych przewlekłe, w tym także będących w śpiączce. Natomiast brak jest systemowych rozwiązań grup wsparcia, dla opiekunów pacjentów chorych przewlekłe. Tak naprawdę oprócz sformalizowanej opieki długoterminowej nie istnieją inne formy pomocy w domowej opiece nad pacjentem przewlekłe chorym w warunkach domowych.

Brak jest miejsc, gdzie członkowie rodzin mogliby podzielić się swoimi uczuciami i emocjami związanymi ze sprawowaną opieką oraz nabyć umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Ważnym rozwiązaniem jest rozwój i organizacja tzw. opieki wytchnieniowej. Jest to element systemu pomocy społecznej, który polega na czasowej usłudze opiekuńczej nad osobą niesamodzielną. Organizowana w formie weekendowej, kilkudniowej czy nawet kilkunastodniowej opieka w zastępstwie za opiekuna faktycznego umożliwia opiekunom załatwienie spraw życia codziennego lub zwyczajnego odpoczynku. Pomoc takich grup wsparcia bez wątpienia zmniejszałaby ryzyko wypalenia członków rodzin. Jednak wieloletnie zaniedbania w sferze pomocy opiekunom osób niepełnosprawnych i chorych przewlekłe spowodowały, że opieka wytchnieniowa w Polsce jest dopiero w fazie rozwoju [1].

Nadzieję stanowi fakt, że pojawiają się prace z obszaru opieki nad osobami w śpiączce, a badania potwierdzają, że rodzice dzieci będących w śpiączce wysoko oceniają otrzymywane wsparcie od wszystkich grup społecznych, w sferze informacyjnej, instrumentalnej, wartościującej i emocjonalnej. Wskazuje to jak ważne jest otoczenie społeczne dla funkcjonowania rodziców w nowej odmiennej rzeczywistości [6]. W opracowaniu Dróżdż-Kubickiej, Olejnik i Krajewskiej-Kułał, do którego odniesiono się podobnie jak w badaniach własnych wsparcie zostało ocenione wysoko.

Potrzeba pomocy i wsparcia prezentowana i oceniona w literaturze [6] oraz na bazie doświadczeń i emocji rodziców dzieci w śpiączce przedstawiona w pracy własnej uświadamia nam, że jest ona pilna, realna i na chwilę obecną ciągle nierozwiązana. Opiekunowie mogą korzystać ze wsparcia otoczenia w różnych wariantach, w tym min. informacyjnego [7].

Jednak ciągle zagadnienie wymaga zgłębiania i badania, aby można było stworzyć bazę edukacyjną dla opiekunów i ich podopiecznych w sytuacji życiowej jaką jest śpiączka.

Reasumując można stwierdzić, że wiedza w obszarze doświadczeń opiekunów dzieci w śpiączce ma charakter indywidualnych przeżyć i problemów ciągle oczekujących na interdyscyplinarne działania obejmujące: wsparcie, propozycje rozwiązań i pomoc.

Wnioski

1. Opieka nad dzieckiem w śpiączce i/lub wybudzonym ze śpiączki stwarza na co dzień dużo problemów dla jego rodziców, którzy potrzebują wsparcia w jej sprawowaniu.

2. Dla rodziców opiekujących się dzieckiem w śpiączce i/lub wybudzonym ze śpiączki największym problemem był brak kontaktu z dzieckiem, a spośród czynności pielęgnacja drzewa oskrzelowego i rurki tracheotomijnej.
3. Choroba dziecka pogłębiła więzi małżeńskie oraz pozytywnie wpłynęła na relacje rodzeństwa wobec choroby brata lub siostry.
4. Choroba dziecka spowodowała rezygnację z pracy zawodowej matki dziecka i wpłynęła na ograniczenia w kontaktach towarzyskich.
5. Badani rodzice uzyskane wsparcie całościowe oceniają jako średnie, najwyżej oceniają wsparcie instrumentalne, a najniżej emocjonalne.
6. Płeć, wiek, wykształcenie i status materialny rodziny istotnie determinują relacje w rodzinie opiekującej się dzieckiem w śpiączce.

Piśmiennictwo

1. Rębiałkowska-Stankiewicz M.: Poprawa jakości życia dzieci i młodzieży w stanie śpiączki- oddziaływania psychopedagogiczne. *Chowanna* 2014; 1, 221-234.
2. Szala N., Potemkowski A.: Sytuacja polskich opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2018; 14 (2), 75–84.
3. Kędra E., Borczykowska-Rzepka M., Wilusz J.: Ocena, jakości życia rodzin/opiekunów osób chorych na stwardnienie rozsiane dokonana w świetle przeprowadzonych badań, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017, 3(65), 396-403.
4. Krzemińska A., Magolan J., Borodzicz J. i wsp.: Wybrane problemy emocjonalne opiekunów pacjentów odżywianych przez gastrostomię w warunkach domowych. *Piel ZdrPubl.* 2017, 7(2), 117–123.
5. Kaczmarek M., Durda M., Skrzypczak M., Szwed A.: Ocena, jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera. *Gerontologia Polska*, 2010, 18(2), 86–94.
6. Dróżdż-Kubicka E., Olejnik B.J., Krajewska-Kułak E.: Wybrane aspekty funkcjonowania rodzin dzieci w śpiączce i wybudzonych ze śpiączki pacjentów kliniki budzik i podopiecznych fundacji „A kogo?” „Duchno” Teresa Duchnowska, Białystok 2021.
8. Fundacja Ewy Błaszczuk, Mamczarek i Migdalska Kancelaria Radców Prawnych. *Poradnik prawny dla rodzin osób w śpiączce*. Fundacja Ewy Błaszczuk „Akogo?” : 02.08.2023
9. www.klinikabudzik.pl/sites/default/files/poradnik-prawny.dostep

Dziecko w centrum opieki

DZIECKO Z MECHANICZNYM WSPOMAGANIEM KRĄŻENIA – SZTUCZNE KOMORY SERCA. OPIEKA PIELĘGNIARSKA

mgr piel. Martyna Dębowska¹, dr n. o zdr. Gabriela Długosz-Ptaszek²

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, ŚCCS w Zabrze
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ŚCCS w Zabrze

Wstęp

Niewydolność serca to schorzenie, które dotyka nie tylko dorosłych lub seniorów, ale także i dzieci. Jest to stan, w którym układ krążenia nie jest na tyle wydolny, by dostarczyć organom objętość krwi, niezbędnej do spełnienia potrzeb metabolicznych ustroju. Wyróżnia się dwa rodzaje niewydolności krążenia: ostrą oraz przewlekłą. Ostra niewydolność krążenia pojawia się w wyniku gwałtownego zdarzenia: zawału serca, uszkodzenia zastawek lub gwałtownego upośledzenia kurczliwości mięśnia sercowego. Najcięższą postacią tej niewydolności jest wstrząs, którego przebieg charakteryzuje się spadkiem ciśnienia tętniczego i błyskawicznie pogłębiającymi się zaburzeniami metabolicznymi, które spowodowane są znacznym zmniejszeniem przepływu krwi przez organy. Przewlekła niewydolność krążenia rozwija się powoli, a jej objawy stopniowo pogłębiają się. [1]

W przypadku noworodków i niemowląt za najczęstszą przyczynę niewydolności serca uznaje się wady serca, powodujące upośledzenie utlenowania krwi, natomiast u dzieci starszych jest to uszkodzenie mięśnia sercowego. [2]

Za optymalne leczenie niewydolności serca uważa się usunięcie przyczyny schorzenia: zabiegi kardiochirurgiczne lub farmakologiczne, w przypadku dzieci, których wada serca nie może zostać skorygowana. Czasami jednak nie jest to wystarczające więc konieczne jest użycie mechanicznego wspomagania krążenia. [1]

Sztuczne komory serca, które najczęściej stosuje się w Polsce to BerlinHeart® wyprodukowane w Niemczech. Sztuczne komory serca pozwalają odciążyć serce i doczekać przeszczepu, lub w zależności od stanu organu, bezpiecznie usunąć urządzenie. Komory serca pozostają na zewnątrz dziecka, łącząc się z sercem dziecka za pomocą kaniul, z kolei część pneumatyczna połączona jest z jednostką

napędową za pomocą przewodu sterującego. W zależności od potrzeb, może być to wspomaganie jedno lub dwukomorowe. [1]

Zastosowanie sztucznych komór serca wymaga hospitalizacji, dlatego jest wyzwaniem zarówno dla pacjenta, jego rodziców jak i personelu medycznego. Opieka pielęgniarska nad dzieckiem po zabiegu wszczepienia sztucznych komór serca jest wieloetapowa i wymaga ogromnej wiedzy w zakresie anestezjologii, pediatrii oraz psychologii. Każdy z etapów charakteryzuje się innymi problemami, z którymi należy się zmierzyć. Każdy z etapów to ogromny stres dla pacjenta i opiekunów, dlatego pielęgniarka powinna być cierpliwa, wspierająca oraz rozwiewać wszelkie wątpliwości. [3]

Wprowadzenie

Przeszczep serca uznawany jest za ostateczne leczenie skrajnej niewydolności krążeniowej, gdy wszystkie inne metody zawiodły. Zastosowanie sztucznych komór serca uznawane jest za pomost do przeszczepu - odciążając serce pacjenta sprawia, że chory może poczekać nieco dłużej na potrzebny organ. [4]

Sztuczne komory serca u pacjentów pediatrycznych z powodzeniem stosowane są zarówno w przypadku małych, jak i dużych dzieci, cierpiących na skrajną niewydolność serca, która nie reaguje na leczenie farmakologiczne. Sztuczne komory serca są tym samym uważane za pomost do transplantacji lub regeneracji serca pacjenta, pozwalającej na wyszczepienie wspomagania. [5]

W zależności od stopnia i rodzaju niewydolności serca pacjenta, rozważa się wspomaganie dwukomorowe lub jednokomorowe.

Zgodnie z analizą przeprowadzoną w 2018 roku, najczęstszymi schorzeniami, które prowadzą do skrajnej niewydolności serca kwalifikującej do zabiegu wszczepienia sztucznych komór serca są:

- Kardiomiopatie: rozstrzeniowa, przerostowa
- Zapalenie mięśnia sercowego
- Zespół Blanda, White'a i Garlanda [5]

Jak przy każdej metodzie wspomagania krążenia, sztuczne komory posiadają szereg przeciwwskazań:

1. Bezwzględne:

- Brak zgody pacjenta lub jego opiekunów prawnych
- Stan anatomiczny pacjenta, który uniemożliwia wszczepienie komór

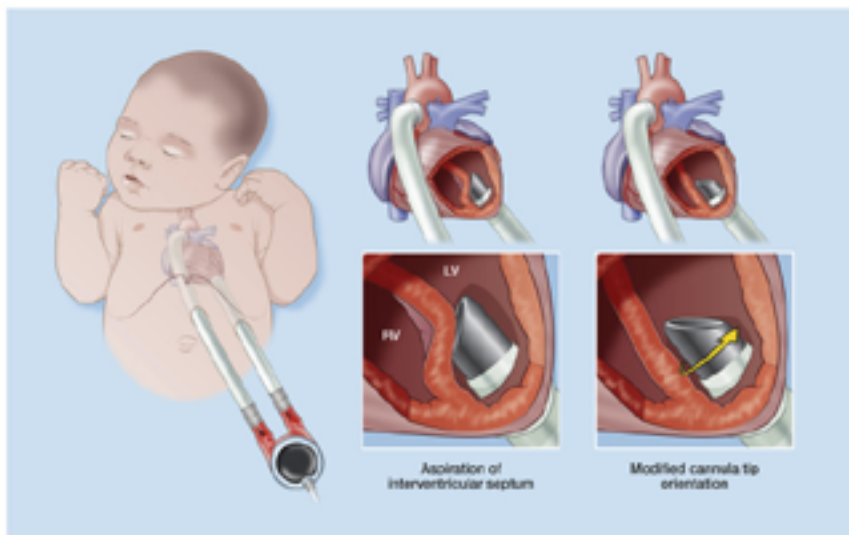
2. Względne:

- Niewydolność wielonarządowa

- Zaburzenia krzepliwości krwi
- Zakażenie ogólnoustrojowe [6]

Zastosowanie sztucznych komór serca u małego pacjenta jest niezwykle inwazyjnym leczeniem i często ostatnią deską ratunku. Decyzja o wszczepieniu sztucznych komór nigdy nie jest prosta. Jest to metoda, która może dać szansę na normalne życie dziecku, u którego inne sposoby leczenia skrajnej niewydolności krążenia zawiodły. Zastosowanie sztucznych komór serca przeważnie wiąże się z długotrwałą hospitalizacją, która stawia wyzwania przed dzieckiem i jego opiekunami, jak i personelem medycznym, który opiekuje się takim pacjentem. Bezpośrednią opiekę nad pacjentem po zabiegu wszczepienia sztucznych komór serca pełni pielęgniarka, której wiedza na wielu płaszczyznach i doświadczenie pozwalają prowadzić sukcesywną opiekę nad tak specyficznym przypadkiem.

Wszczepienie sztucznych komór serca odbywa się metodą chirurgiczną, na sali operacyjnej. Jest to zabieg przeprowadzany w pełnej sedacji oraz w krążeniu pozaustrojowym. Miejsce wszczepienia kaniul jest zależne od typu wspomagania, jakiego wymaga dziecko. Należy uwzględnić również możliwości anatomiczne pacjenta, współistniejące wady, specyfikę wybranego sprzętu oraz ewentualną możliwość przeszczepu serca w przyszłości. [7]



Ryc.1. - Sposób wszczepienia kaniul. Źródło: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1443950620302742>

Od samego początku zastosowania terapii należy kontrolować kaniule i komorę pod kątem wystąpienia osadów. Kontrola powinna być bardzo dokładna i regularna, co pozwoli uniknąć poważnych powikłań, z jakimi wiąże się pojawienie złogów włókniaka. By mieć pewność, że kontrola została przeprowadzona w sposób staranny, należy wyczyścić zewnętrzną powierzchnię komory i użyć światła latarki lub lusterka. Złogi mogą występować w różnej formie - niektóre z nich wymagają zaledwie modyfikacji leczenia. Wtedy należy dokonać kontroli parametrów krzepliwości krwi, na ich podstawie dokonać zmian w leczeniu. [8]

Zmiany opatrunku wokół kaniul dokonuje lekarz. Specyfika rany nakazuje traktować ją jako ranę otwartą. Należy zachować wszelkie zasady aseptyki i antyseptyki, co pozwoli znacznie zmniejszyć ryzyko rozwinienia się zakażenia. Ponadto, należy zachować szczególną ostrożność, jeżeli chodzi o uszkodzenie mechaniczne kaniul np. unikać zbliżania ostrych narzędzi do sztucznej komory. Zmian opatrunku dokonuje się według standardu, jednak zależnie od potrzeb, zmian można dokonywać częściej. W przypadku zainfekowanej rany, zmiany powinno dokonywać się przynajmniej dwa razy dziennie. [9] Według standardu, zmiana odbywa się:

- Przez około 14 dni po zabiegu codziennie
- Od 14 do 28 dnia po zabiegu co dwa dni
- Powyżej miesiąca dwa razy w tygodniu

Do zmiany opatrunku potrzebne są dwie osoby. Co więcej, nie ma przeciwwskazań, by opiekun był obecny w trakcie procedury - jego obecność może wpłynąć kojąco na przestraszone dziecko.

Materiały potrzebne do zmiany opatrunku to:

- Środek, który ułatwia odklejenie opatrunku od skóry
- Preparaty odkażające
- Jałowe kompresy gazowe
- Jałowe opatrunki
- Sterylne rękawiczki
- Maseczka, czapka

Zadania, jakie ma pielęgniarka opiekująca się pacjentem pediatrycznym po zabiegu wszczepienia sztucznych komór serca:

- Kontrola układu oddechowego poprzez pomiar parametrów (saturacja, liczba oddechów), kontrola parametrów na respiratorze, toaleta dróg oddechowych.
- Kontrola układu krążenia za pomocą monitorowania parametrów

- życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, akcja serca, ośrodkowe ciśnienie żyłne)
- Obserwacja układu moczowego i funkcji nerek poprzez kontrolę diurezy, bilansu płynów
- Kontrola układu krzepnięcia. Zapobieganie powikłaniom zakrzepowo-zatorowym
- Obserwacja rany pooperacyjnej oraz miejsca wszczęcia kaniul. Kontrola drenażu z rany pooperacyjnej
- Zapobieganie zakażeniom poszczególnych układów
- Monitorowanie nasilenia bólu pacjenta
- Zadbanie o stan odżywienia chorego
- Dbanie o prawidłową higienę ciała oraz zapobieganie powstawaniu odleżyn
- Sukcesywne prowadzenie rehabilitacji ruchowej oraz układu oddechowego, zadbanie o bezpieczeństwo pacjenta

Cel pracy

Celem tej pracy jest określenie i opisanie problemów pielęgniarских, wynikających ze wszczęcia sztucznej komory serca.

Głównym problemem badawczym jest pytanie: Jakie są zadania pielęgniarki wobec dziecka z mechanicznym wspomaganie krążenia?

Materiał i metody

W pracy wykorzystana została metoda indywidualnego przypadku. Metoda ta polega na przeanalizowaniu jednostkowych losów ludzkich, które wynikają z sytuacji klinicznej, dążąc do zrozumienia problemów jednostki, które wynikają z rozpoznania choroby i jej następstw. Ponieważ analiza indywidualnego przypadku opiera się na szeregu technik badawczych, poddaną badaniu jednostkę można scharakteryzować na wiele sposobów. Techniki badawcze stosowane w analizie indywidualnego przypadku to najczęściej:

Wywiad

Czynność, wymagająca bezpośredniego kontaktu pomiędzy informatorem, a osobą zbierającą wywiad [10].

Obserwacja

Czynność angażująca wyłącznie badającego, polegająca na gromadzeniu danych metodą spostrzeżeń [10].

Obserwacja pielęgniarська

Celowe dostrzeganie pacjenta, jego wyglądu, zachowania, funkcjonowania poszczególnych układów oraz narządów w stanie zdrowia i choroby, potrzebne do gromadzenia informacji potrzebnych do określenia rozpoznania pielęgniarstwa. Podmiotem takiej obserwacji jest nie tylko pacjent, ale i jego bliscy [10]. Pomiar Podejmowana przez pielęgniarkę czynność, celem ilościowego opisu cechy bądź wartości, jaka występuje u chorego. Uzyskany wynik porównuje się z normą ustaloną dla określonej grupy ludzi lub zbiorowości z uwzględnieniem ich wieku [10]. Analiza dokumentacji

Metoda pozwalająca na zgromadzenie danych, polegająca na ilościowej i jakościowej analizie dokumentów, składających się na dokumentację medyczną chorego. Jej celem jest uzyskanie jak największej ilości informacji o chorym i jego otoczeniu [10].

Badanie zostało przeprowadzone w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu na Oddziale Kardiochirurgii, Transplantacji i Mechanicznego Wspomagania Krążenia u Dzieci. Po uzyskaniu zgody na wykorzystanie dokumentacji medycznej, dokonano analizy dokumentacji pacjenta po wszczepieniu sztucznych komór serca - historię choroby, karty zleceń lekarskich oraz obserwacji chorego, a także karty pielęgnacji pacjenta i raporty pielęgniarstwa.

Opis przypadku

W badaniu metodologicznym podmiotem był 7 letni chłopiec, w trybie planowym przyjęty z Oddziału "Reanimacyjnego Dzieci", mieszczącego się w tej samej placówce. Powodem przyjęcia chłopca był zabieg wszczepienia lewokomorowego wspomagania serca (LVAD) typu EXCOR, zaplanowany z powodu stopniowo pogłębiającej się niewydolności układu krążenia w wyniku kardiomiopatii rozstrzeniowej z niescalenia mięśnia sercowego oraz niską frakcją wyrzutową serca. Z wywiadu przeprowadzonego z rodzicami: potwierdzony Zespół Bartha i atopowe zapalenie skóry, informacja o obciążeniu rodzinnym - brat pacjenta zmarł w wieku 5 miesięcy z powodu kardiomiopatii rozstrzeniowej oraz jedna ciąża poroniona. W dniu przyjęcia na oddział chłopiec w stanie ogólnym stabilnym, wykazujący objawy tachykardii nasilającej się przy jakimkolwiek wysiłku.

W dniu 12.10.21 w krążeniu pozaustrojowym dokonano wszczepienia sztucznej lewej komory serca typu EXCOR® BerlinHeart. Po zabiegu dziecko przyjęto na oddział intensywnej terapii. Pacjent był wentylowany mechanicznie - oddech PC, FiO

30 % + NO. We wlewach stałych: Adrenalina, Levonor, Simdax. Dziecko sedowane za pomocą wlewów stałych z Propofolu i Fentanylu, diureza stymulowana wlewem z Furosemidu, dodatkowo kroplówka z jonami. Dodatkowo antybiotykoterapia (Piperacylina oraz Teikoplanina) oraz leki przeciwbólowe. W pęcherzu utrzymany cewnik Foleya. Przy przyjęciu z bloku, parametry życiowe pacjenta: RR 76/39 (53) mmHg, HR 120/min, Sat. 100 %, 35.4 C, utrzymane dwa drenaże ze śródpiersia. W I dobie po zabiegu operacyjnym odstawiono Propofol i włączono wlew Dexdoru oraz Heparyny (pod kontrolą ACT i APTT). Rozpoczęto redukcję Levonoru do odstawienia. W II dobie rozpoczęto redukcję Adrenaliny oraz odstawiono tlenek azotu. Z powodu płynu w opłucnej prawej, założono drenaż odbarczający. W III dobie po zabiegu pacjent ekstubowany. Rozpoczęto karmienie oraz pojenie doustne. W IV dobie zredukowano przepływ Adrenaliny, co pozwoliło na odstawienie go. Z powodu niskich wartości HCT, pacjent wymagał przetoczenia jednej jednostki Koncentratu Krwinek Czerwonych zgodnej grupowo, bez powikłań. W V dobie po implantacji komór usunięte zostały drenaże ze śródpiersia oraz opłucnej prawej. Odstawiono również wlew z Heparyny, przechodząc na leki przeciwkrzepliwe podawane doustnie. Stan dziecka był na tyle stabilny, że w VI dobie możliwe było przekazanie go na oddział kardiologii dzieci, celem dalszej rehabilitacji oraz leczenia. Z powodu obniżonego nastroju, chłopiec wielokrotnie był konsultowany psychiatrycznie oraz zapewniono stały dostęp do psychologa.

Model opieki

Uwzględniając czynności wykonywane przez pielęgniarkę w celu kompleksowej opieki nad dzieckiem ze wszczepionymi sztucznymi komorami, że system całkowicie kompensacyjny był prowadzony przez 6 dób po zabiegu. Był to okres od przyjęcia dziecka po zabiegu z bloku operacyjnego, aż do wybudzenia i ekstubacji oraz obejmował czynności wykonywane przez pielęgniarkę przy chorym. System częściowo kompensacyjny wprowadzano stopniowo, wraz z poprawą stanu oraz samopoczucia dziecka. Po przekazaniu chłopca z sali intensywnej opieki medycznej na salę ogólną, pielęgnacja w systemie częściowo kompensacyjnym zaczęła przybierać formę pielęgnacji opartej na wsparciu psychicznym oraz edukacji, zarówno chłopca jak i jego rodziców. Opieka nad pacjentem pediatrycznym jest specyficzna i różni się od opieki nad chorym dorosłym. Na określenie zakresu opieki pielęgniarskiej wpływały dodatkowe obciążenia chorego (tj. Atopowe Zapalenie Skóry, Zespół Bartha), powikłania wynikające z zabiegu wszczepienia sztucznej komory

oraz stan psychiczny dziecka. Po przeanalizowaniu zgromadzonych informacji, sformułowano najważniejsze problemy pielęgnacyjne:

- Stan zagrożenia życia pacjenta zaintubowanego, wynikający z nieefektywnego oczyszczania dróg oddechowych z zalegającej wydzieliny
- Stan zagrożenia życia chorego, spowodowany zabiegiem kardiochirurgicznym polegającym na wszczepieniu sztucznej komory serca.
- Ból klatki piersiowej oraz okolicy wszczepienia kaniul wywołane zabiegiem.
- Zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych związanych z zastosowaniem sztucznej komory serca.
- Zwiększone ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane ograniczeniem mobilności.
- Ryzyko wystąpienia zakażenia odcewnikowego związane z założonym cewnikiem dotętniczym, żylnym oraz cewnikiem Foleya.
- Zwiększone ryzyko krwawienia oraz zakażenia rany spowodowane wszczepieniem sztucznej komory serca.
- Utrzymujący się, uporczywy świąd skóry oraz suchość, zwłaszcza na łokciach oraz kolanach, spowodowane atopowym zapaleniem skóry.
- Lęk i niepokój pacjenta oraz jego rodziny, związane z długotrwałą hospitalizacją oraz zabiegiem wszczepienia komór.

Omówiono cztery najbardziej charakterystyczne dla wybranego przypadku problemy:

Problem pielęgnacyjny 1: Stan zagrożenia życia chorego, spowodowany zabiegiem kardiochirurgicznym polegającym na wszczepieniu sztucznej komory serca.

Cel: Zmniejszenie stanu zagrożenia życia pacjenta, poprzez wczesną interwencję w przypadku niepokojących objawów

Interwencje pielęgniarские

- Kontrola parametrów życiowych pacjenta (akcja serca, ciśnienie tętnicze, saturacja)
- Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia niepokojących objawów
- Kontrola opatrunku na ranie pooperacyjnej oraz wokół kaniul
- Ocena drenażu (zabarwienie, ilość), celem szybkiego wykrycia cech tamponady serca

Problem pielęgnacyjny 2: Ból klatki piersiowej oraz okolicy wszczępienia kaniul wywołane zabiegiem.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych

Interwencje pielęgniarские

- Ocena natężenia dolegliwości bólowych za pomocą skali PHHPS (Załącznik nr2)
- Obserwacja pacjenta pod kątem objawów towarzyszących bólowi: wysokie ciśnienie tętnicze, tachykardia, nadmierne wydzielanie potu, grymas twarzy, niepokój
- Podawanie leków przeciwbólowych zgodnie z drabiną analgetyczną oraz na zlecenie lekarza
- Zapewnienie pacjentowi właściwych warunków do odpoczynku i snu
- Wsparcie psychiczne pacjenta i jego rodziny, zachęcanie go by informowali personel o objawach świadczących o bólu

Problem pielęgnacyjny 3: Zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych związanych z zastosowaniem sztucznej komory serca

Cel: Zapobieganie pojawieniu się powikłań zakrzepowo-zatorowych, wynikających z obecności sztucznej komory serca jak i unieruchomienia chorego

Interwencje pielęgniarские

- Systematyczna kontrola sztucznej komory serca, ze szczególnym uwzględnieniem wystąpienia skrzepów, osadów lub złożeń
- Regularna kontrola parametrów krzepliwości krwi poprzez pobieranie badań (INR, ACT) według harmonogramu
- Prowadzenie dokumentacji pracy pompy
- Podawanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie ze zleceniem lekarskim
- Prowadzenie rehabilitacji chorego, zwłaszcza gimnastyki kończyn górnych oraz dolnych

Problem pielęgnacyjny 4: Zwiększone ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane ograniczeniem mobilności.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn

Interwencje pielęgniarские

- Ocena ryzyka powstania i rozwoju odleżyn za pomocą odpowiednich narzędzi

- Obserwacja miejsc szczególnie narażonych na pojawienie się odleżyn, kontrola stanu skóry przy zmianach pozycji (temperatura, zmiany patologiczne, zabarwienie)
- Zastosowanie udogodnień w postaci sprzętu profilaktycznego, indywidualnie dobranego w zależności od potrzeb pacjenta (materace przeciwdleżynowe, podpórki)
- Odpowiednio częsta zmiana pozycji
- Pielęgnacja skóry odpowiednio dobranymi preparatami, zastosowanie środków ochronnych
- Ograniczenie dodatkowych czynników, które mogą wpływać na pojawienie się odleżyn (niedożywienie, niedokrwistość, hipertermia, hipotensja)
- Dokumentowanie wykonanych czynności

Podsumowanie

Jak wspomniano wcześniej, niniejsza praca dotyczy opieki pielęgniarskiej nad pacjentem pediatrycznym po zabiegu wszczepienia sztucznej komory serca. Pomimo, że ta metoda leczenia niewydolności serca stosowana jest od lat, jest to wciąż wyzwanie dla personelu, zwłaszcza w przypadku pacjentów pediatrycznych. Opieka nad małym pacjentem znacznie różni się od opieki nad dorosłym - doświadczeni medycy podkreślają, że dziecko nie jest miniaturą dorosłego, oraz należy uwzględniać odrębności anatomiczno-fizjologiczne, a także zwracać uwagę na psychikę i potrzebach, które są odmienne od potrzeb dorosłego. Niestety, publikacji na ten konkretny temat jest bardzo niewiele i warto byłoby pochylić się nad tematem głębiej, by móc z jak najlepszą jakością świadczyć usługi pielęgniarskie dzieciom w tak ciężkim dla nich okresie. Za największe wyzwania pielęgniarskie uważa się możliwość wystąpienia krwawień związanych z zastosowaniem leczenia antykoagulacyjnego. Wiąże się z nimi konieczność zapobiegania powikłaniom zakrzepowo-zatorowym. Z powodu wyjątkowej specyfiki rany (miejsce wszczepienia kaniuli), należy traktować ją jako zwiększone ryzyko powstania zakażenia, niezależnie od etapów hospitalizacji chorego. [3]

Przeprowadzone studium przypadku pozwoliły określić najważniejsze problemy, z jakimi zmagają się personel pielęgniarski, pod którego opieką znajduje się pacjent po wszczepieniu sztucznych komór serca.

Wnioski

1. Za sprawą sztucznych komór serca pacjent bezpiecznie może oczekiwać na przeszczep serca.

2. Mały pacjent ze wszczepionymi sztucznymi komorami serca wymaga specyficznej opieki, łączącej w sobie elementy pielęgnacyjno-medyczne oraz wsparcia psychologicznego chorego oraz jego opiekunów.

Piśmiennictwo

1. Malec E., Januszevska K., Pawłowska M.: Moje dziecko ma wadę serca, Wydawnictwo Cor Infantis, 2014, Lublin
2. Skalski J., Kołocz J., Mroczek T.: Kardiochirurgia Dziecięca, PZWL, Warszawa 2020
3. Chytkiewicz M.: Opieka pooperacyjna nad dzieckiem po wszczepieniu mechanicznego wspomagania krążenia typu Berlin Heart Excor, Pielęgniarstwo Specjalistyczne 2013, 2, 9-11
4. Morales D., Almond C., Jaquiss R., Mazor R., Gandhi S., Fraser Jr C.: Bridging children of all sizes to cardiac transplantation: The initial multicenter North American experience with the Berlin Heart EXCOR ventricular assist device, The Journal of Heart and Lung Transplantation, 2011, 30, 1, 1-8
5. Pawlak S., Przybylski R., Skalski J., Śliwka J., Kansy A., Grzybowski A., Wierzyk A., Białkowski J., Maruszewski B., Zembala M.: First Polish analysis of the treatment of advanced heart failure in children with the use of BerlinHeart EXCOR mechanical circulatory support. Kardiologia Polska, 2018, 76, 1, 83-90
6. Drabik A., Menzel F., Wita B., Derkacz A.: Mechaniczne wspomaganie rzutu serca. Przegląd metod i urządzeń, Inżynier i Fizyk Medyczny 2017, 1, 6, 57-60
7. Skalski J., Kołocz J., Mroczek T.: Kardiochirurgia Dziecięca, PZWL, Warszawa 2020
8. Maeda K., Almond C., Hollander S., Rosenthal D., Kaufman B., Gowen M., Murray J., Shuttleworth R., Reinhartz O.: Characteristics of deposits and pump exchange in the Berlin Heart EXCOR ventricular assist device: Experience with 67 cases, Pediatric Transplantation, 2018, 22, 4
9. <http://policyandorders.cw.bc.ca/resource-gallery/Documents/BC%20Children%27s%20Hospital/CC.09.38%20Berlin%20Heart%20Dressing%20Change.pdf>
10. Lenartowicz H., Kózka M.: Metodologia badań w pielęgniarstwie. PZWL, Warszawa 2010

DZIECKO Z ZESPOŁEM DOWNA PO ZABIEGU KARDIO-CHIRURGICZNYM – PROBLEMY PIELĘGNACYJNE

mgr piel. Wiktoria Grut¹, dr n. o zdr. Gabriela Długosz-Ptaszek²

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ŚCCS w Zabrze
2. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ŚCCS w Zabrze

Wstęp

Zespół Downa to choroba cechująca się zaburzeniami rozwojowymi. Jest to najczęstsze zaburzenie genetyczne charakteryzujące się obecnością dodatkowego, nadprogramowego chromosomu w 21 parze. Prowadzi to do niepełnosprawności umysłowej oraz fizycznej, a ryzyko jego wystąpienia jest coraz większe wraz z wiekiem matki. Cechy charakterystyczne rozpoznaje się już w chwili urodzenia dziecka są to:

- Mała okrągła głowa, spłaszczona w części potylicznej,
- Skośne, wąskie oczy, fałdy powiekowe,
- Małe uszy nisko osadzone,
- Mały krótki oraz płaski nos,
- Okrągła i płaska twarz,
- Usta często otwarte z wysuniętym językiem,
- Krótka szyja z fałdem,
- Wiotkość mięśni, obniżone napięcie mięśniowe,
- Dłonie mniejsze, palce krótsze [1].

Osoby z zespołem Downa często cierpią na różnego rodzaju problemy zdrowotne, w tym wady serca. Często wymagające specjalistycznej opieki, leczenia kardiologicznego oraz interwencji chirurgicznej. Jednym z często wykonywanych zabiegów u dzieci z zespołem Downa jest zabieg korygujący całkowity ubytek przedsionkowo-komorowy. Zabieg ten jest zwykle wykonywany u dzieci w ciągu pierwszych miesięcy życia. Całkowity ubytek przedsionkowo-komorowy oznacza, że serce nie ma oddzielonej komory i przedsionka, co utrudnia prawidłowe krążenie krwi. Leczenie może obejmować operację korekcyjną lub przeszczep serca. Dziecko z zespołem Downa i wadą serca powinno być regularnie monitorowane przez lekarza pediatrę i być pod opieką specjalisty kardiologa. Ważne jest również

edukowanie rodziny i opiekunów dziecka w temacie potrzeb i wymagań dziecka, by zapewnić mu jak najlepsze warunki rozwoju i życia [1]. Zabieg kardiochirurgiczny u dziecka z zespołem Downa może być skomplikowany i wymagać indywidualnego podejścia. Po zabiegu dziecko będzie wymagać odpowiedniej opieki i rehabilitacji [1,2]. Wczesny okres pooperacyjny wiąże się z koniecznością zastosowania wentylacji mechanicznej z użyciem respiratora i leków wspomagających układ krążenia. Rehabilitacja po zabiegu jest bardzo ważna i powinna skupiać się na zapewnieniu dziecku właściwej opieki, odpowiedniego żywienia i aktywności fizycznej. Przeciętny czas hospitalizacji po zabiegu wynosi około 7-10 dni, często leczenie wymaga jednak dłuższego pobytu. Ważne jest, aby rodzice mieli dostęp do informacji o stanie zdrowia dziecka i w razie potrzeby mogli uzyskać odpowiedź na nurtujące ich pytania [2].

Wprowadzenie

Szereg wrodzonych wad serca związanych z zatrzymaniem lub nieprawidłowym rozwojem zarodkowych poduszek wsierdzia w obrębie pierwotnego kanału przedsionkowo-komorowego określa się jako „kanał przedsionkowo-komorowy” lub „ubytek przegrody przedsionkowo-komorowej”. Dotykają 40% dzieci z zespołem Downa oraz stanowią około 3% wszystkich wrodzonych wad serca [3,4]. Całkowity kanał przedsionkowo-komorowy (common atrioventricular canal – CAVC) – najbardziej skomplikowana postać wady kanału przedsionkowo-komorowego składa się z ubytku przegrody międzyprzedsionkowej typu otwór pierwotny oraz ubytku przegrody międzykomorowej, która znajduje się tuż poniżej poziomu zastawek. Zastawki mitralna i trójdzielna nie są prawidłowo wykształcone, a ujście przedsionkowo-komorowe zamyka wspólna zastawka, najczęściej 5-płatkowa, z dwoma płatkami głównymi: górnym (przednim) oraz dolnym (tylnym) [3]. Anatomia wady charakteryzuje się:

- ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej (otwór w ścianie oddzielający górne komory serca),
- ubytkiem przegrody międzykomorowej (otwór w ścianie oddzielającej dolne jamy serca),
- nieprawidłowości zastawek trójdzielnej i mitralnej [5].

Przegroda przedsionkowo-komorowa, która w zdrowym sercu oddziela prawy przedsionek od drogi odpływu lewej komory ze względu na różnicę wysokości między pierścieniem zastawki mitralnej i trójdzielnej, oprócz niedoboru ma zazwyczaj defekt. Pierścień zastawki wspólnej jest przesunięty w kierunku komór

(w porównaniu z sercem prawidłowym), aorta jest przesunięta z pozycji przepukliny między zastawkami przedsionkowo-komorowymi w prawo i do góry, a płatki przegrody lewej i prawej strony serca zastawki znajdują się na tej samej wysokości, powyżej przegrody międzykomorowej. W rezultacie wykazano, że droga napływu do lewej komory skraca się, a droga odpływu wydłuża się.

Zastawki mitralna i trójdzielna nie wykształcają oddzielnych pierścieni, ponieważ środkowe obszary rozwijających się górnych i dolnych płatków zastawki kanału przedsionkowo-komorowego (płatki łączące) nie łączą się. Trzypłatkowa lewostronna zastawka kanału przedsionkowo-komorowego rozwija się w wyniku pęknięcia płatka przedniego po stronie lewej. Podobnie jak w przypadku zastawki lewostronnej, kanał przedsionkowo-komorowy rozwija pięciopłatkową zastawkę prawostronną, gdy przednie i/lub przegrodowe płatki zastawki po prawej stronie są rozszczepione. Wspólna zastawka przedsionkowo-komorowa może zatem mieć 5-7 płatków [5, 6].

Dzieci urodzone z kanałem przedsionkowo-komorowym rzadko wykazują wyraźne objawy kliniczne w ciągu pierwszych kilku tygodniach życia, a szmer nad sercem jest jedynym objawem wady wrodzonej serca. Łagodne objawy zaczynają pojawiać się po 4-6 tygodniach w postaci:

- trudności w oddychaniu,
- świszczący oddech,
- zmęczenie,
- brak apetytu, niechęć do jedzenia,
- słaby przyrost wagi,
- blady kolor skóry,
- chłodna skóra
- przebarwienia na wargach i skórze w kolorze niebieskim,
- nadmierne pocenie się,
- nieregularne lub szybkie bicie serca,
- obrzęki nóg, kostek i stóp,
- często występujące zakażenie dróg oddechowych [3,4].

Klinicznie częściowe formy kanału przedsionkowo-komorowego przypominają ubytek międzyprzedsionkowy. Rozwój jest zwykle prawidłowy w okresie niemowlęcym i noworodkowym. W dole lewego brzegu mostka (LBM) widoczny jest wzmoczony impuls prawej komory, a drugi ton serca jest szeroko i sztywno rozdwojony. Z powodu czynnościowego zwężenia zastawki trójdzielnej podczas

normalnego trzeciego tonu serca w dolnej części LBM może występować krótki szmer rozkurczowy, a w górnej części LBM skurczowy szmer wyrzutowy, który promieniuje do płuc. Niewydolność krążenia (najpierw lewej komory, potem prawej komory) objawia się w drugim lub trzecim miesiącu życia, kiedy kanał przedsionkowo-komorowy jest w pełni rozwinięty, a zastawki przedsionkowo-komorowe funkcjonują prawidłowo. Wzrost impulsu LV i akcentacja pierwszego tonu (dół LBM). Dusznosc podczas wysiłku, impuls lewej komory i skurczowy szmer decrescendo nad koniuszkiem w dole LBM są oznakami narastającej niedomykalności zastawki mitralnej [3, 5].

Operacje należy rozpocząć od razu, jeśli u pacjenta występują objawy niewydolności krążenia. Sugeruje się wykonanie zabiegu, gdy dziecko ma trzy miesiące, ze względu na wyrównane ciśnienie w obu jamach serca. W rezultacie po operacji usunięcia nieprawidłowości nadciśnienie płucne nie rozwinie się i nie wystąpią kryzysy nadciśnieniowe. Operacje należy zakończyć zanim dziecko skończy 5 miesięcy [3, 5].

Cel pracy

Celem pracy był opis szczególnych trudności jakie są udziałem personelu medycznego i rodziców podczas opieki nad dzieckiem z zespołem Downa po zabiegu kardiochirurgicznym. Aby ten cel w pełni osiągnąć w pracy przedstawiono opis przypadku, aby na jego przykładzie zaprezentować metody jakie mogą być stosowane w celu skutecznego zarządzania opieką i ułatwienia dziecku powrotu do zdrowia po operacji.

Materiał i metody

W pracy wykorzystana została metoda indywidualnego przypadku. Metoda ta polega na szczegółowej analizie przypadku, biorąc pod uwagę jego historię chorobową oraz długoterminowe wyniki diagnostyczne badań. W przypadku pacjenta po zabiegu kardiochirurgicznym, analiza ta pozwala na zrozumienie potrzeb oraz wyzwań, jakie stoją przed personelem medycznym i rodzicami. Pozwala przede wszystkim na opracowanie indywidualnego planu leczenia oraz opieki, która uwzględnia wszystkie najważniejsze czynniki. Dzięki temu metoda indywidualnego przypadku przyczynia się do poprawy jakości życia oraz wyleczenia małego pacjenta.

W pracy zastosowano następujące techniki badawcze:

1. Wywiad – metoda polegająca na nawiązaniu rozmowy pośredniej z opiekunem dziecka w sytuacji, gdy wiek lub stan pacjenta uniemożliwia

przeprowadzenie z nim wywiadu w celu uzyskania informacji o pacjencie i jego środowisku, niezbędnych do sprawowania nad nim opieki.

2. Analiza dokumentacji pacjenta – czynność polegająca na uporządkowaniu, zbadaniu oraz interpretacji dokumentów medycznych, takich jak historia choroby, badania laboratoryjne oraz badania obrazowe, w celu uzyskania informacji o zdrowiu pacjenta oraz odszukanie treści pod kątem problemu - celu badawczego.
3. Obserwacja – czynność polegająca na zaobserwowaniu zachowań, objawów, wyglądu oraz reakcji pacjenta, uzyskując wartościowe informacje na temat zdrowia dziecka i funkcjonowania układów oraz narządów w stanie choroby.
4. Dokonywanie pomiarów – metoda pozwalająca na zbieranie informacji o stanie zdrowia oraz funkcjonowaniu organizmu dziecka [7].

Badanie indywidualnego przypadku zostało przeprowadzone na oddziale Kardiologii, Transplantacji i Mechanicznego Wspomagania Krążenia u Dzieci w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Na potrzeby pracy dokonano analizę dokumentacji dziecka po zabiegu kardiologicznym po uprzednim uzyskaniu zgody na wykorzystanie dokumentacji medycznej pacjenta.

Opis przypadku

Dziewczynka urodzona w maju 2022 roku jako drugie dziecko jej rodziców. Poród odbył się w szpitalu w 37 tygodniu ciąży, siłami i drogą natury. Urodziła się w stanie ogólnym dobrym, otrzymała 9 punktów w skali Apgar. Urodzeniowa masa ciała wynosiła 2840g.

Przyjęta z domu w trybie planowym. Powodem przyjęcia był zabieg zamknięcia kanału przedsionkowo-komorowego. Rozpoznanie: CAVC zbalansowany, średnica 12 mm ubytku. Z wywiadu przeprowadzonego z matką: wada rozpoznana po porodzie, potwierdzona genetycznie Trisomia 21 oraz niedoczynność tarczycy oraz informacja o obciążeniu rodziny- brak wad wrodzonych serca.

W dniu 7.11.2022 dokonano zamknięcia kanału przedsionkowo-komorowego. Po zabiegu dziecko przyjęto na oddział intensywnej terapii. Pacjentka była wentylowana mechanicznie- oddech początkowo PRVC 60%, następnie zmieniony na SIMV(PRVC)+ PS 50%. We wlewach stałych: Dopamina oraz Corotrop. Dziecko sedowane za pomocą wlewów stałych z Fentanyl i Propofolu. Diureza stymulowana wlewem z Furosemidu oraz nawodnienie za pomocą kroplówki z jonami. Dodatkowo antybiotykoterapia (Cefazolin) oraz leki przeciwbólowe. W pęcherzu utrzymany cewnik Foley. Przy przyjęciu z bloku parametry życiowe: RR 76/46(59)

mmHg, HR 120/min, Saturacja 100%, temperatura ciała 36,1 st C, utrzymany drenaż z śródpiersia, układ krążenia wypełniono 5% Albuminami. W badaniu UKG komory serca zbalansowane, kurczliwość 68 %, bez płynu w osierdziu. Płyn w prawej jamie opłucnowej około 17 mm, w lewej śladowa ilość. Łata na VSD szczelna. W I dobie po zabiegu operacyjnym redukcja tlenu na respiratorze do 40%, rozpoczęto karmienie przez sondę, drenaż czynny surowiczy średni, wykonano przetoczenie preparatem zastępczym osocza na zlecenie.

W II dobie redukcja tlenu na respiratorze do 30%. Rozpoczęto redukcje Dopaminy, usunięto drenaż ze śródpiersia oraz włączono wlew stały Heparyny. Extubacja odbyła się w godzinach wieczornych po obciążeniu oddechem własnym, bez powikłań, oddech własny wspierany tlenoterapią bierną przez wąsy. Rozpoczęto pojenie i karmienie mlekiem modyfikowanym Nan 1.

W III dobie u dziecka wystąpiła duszność oraz duże ilości zalegającej wydzieliny w górnych drogach oddechowych, wykonano próbę karmienia przez smoczek bez powodzenia, występował słyszalny stridor i wysiłek spoczynkowy.

W IV dobie rozpoczęto karmienie przez smoczek po 40-50 ml oraz usunięto sondę do żołądka. Rozpoczęto redukcje wlewu z Corotropu o 1 ml/h do całkowitego odstawienia, u pacjentki wystąpiła jednorazowo bradykardia do 66u/min.

W V dobie odstawiono wlew Heparyny przechodząc na podawanie leku dożylnie we frakcjach oraz Furosemidu przechodząc na leki diuretyczne doustne.

W VII dobie odstawiono antybiotykoterapie oraz usunięto wejście centralne, założono wejście powierzchowne. Stan dziecka oceniono na tyle stabilny, że możliwe było przekazanie na oddział kardiochirurgii dzieci celem dalszego leczenia. Dziecko na oddechu własnym bez wsparcia tlenem, wejście centralne utrzymane do kontynuacji antybiotykoterapii.

W X dobie W UKG śladowa ilość płynu w osierdziu- za ścianą przednią oraz płyn w prawej jamie opłucnowej ok. 2,5 cm, bez płynu w prawej. Z powodu płynu w opłucnej prawej założono drenaż odbarczający. Po konsultacji z dietetykiem rozpoczęto karmienie na żądanie. W XIII dobie w badaniu UKG płyn w jamie opłucnej około 7 mm, dzięki czemu usunięto drenaż.

W XVI Pacjentka została wypisana do domu z dalszymi zaleceniami farmakologicznymi oraz rehabilitacyjnymi.

Model opieki

Po przeanalizowaniu zgromadzonych informacji o pacjencie sformułowano następujące problemy pielęgnacyjne:

Problem pielęgnacyjny 1: Stan zagrożenia życia pacjenta, spowodowany przebytym zabiegiem kardiochirurgicznym.

Cel: Wczesne rozpoznanie stanu zagrożenia życia, właściwa i szybka interwencja, zapobieganie powikłaniom.

Realizacja:

- Monitorowanie parametrów życiowych pacjenta (akcja serca, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja, ośrodkowe ciśnienie żyłne, temperatura ciała)
- Zabezpieczenie dostępu naczyniowego
- Kontrola dobowego bilansu płynów
- Kontrola ilości oraz zabarwienia drenażu, obserwacja pod kątem objawów tamponady serca
- Utrzymanie drożności dróg oddechowych
- Ocena stanu świadomości chorego, zapewnienie bezpieczeństwa i poczucia godności
- Farmakoterapia i kontrola badań według zleceń lekarskich

Problem pielęgnacyjny 2: Stan zagrożenia życia zaintubowanego dziecka, wynikający z nieefektywnego oczyszczania dróg oddechowych z zalegającej wydzieliny.

Cel: Likwidacja zalegającej wydzieliny z dróg oddechowych oraz poprawa wentylacji płuc.

Realizacja:

- Kontrola parametrów życiowych pacjenta, pomiar saturacji krwi;
- Kontrola parametrów na respiratorze oraz ocena skuteczności wentylacji mechanicznej, zachowanie odpowiedniej temperatury oraz wilgotności gazów oddechowych za pomocą nawilzacza
- Ocena drożności dróg oddechowych, osłuchiwanie płuc, ocena jakości oddechu dziecka;
- Ocena reakcji chorego, np. spokój, kaszel, krztuszenie;
- Oklepywanie pacjenta, regularne oczyszczanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego raz toaleta, jamy ustnej i nosowo- gardłowej;
- Obserwacja pod kątem rozwoju wczesnych powikłań;
- Farmakoterapia i kontrola badań według zleceń lekarskich oraz prowadzenie dokumentacji.

Problem pielęgnacyjny 3: Stan zagrożenia życia pacjenta, spowodowany dusznością, trudnością w odkrztuszaniu oraz stridorem krtaniowym.

Cel: Zapewnienie prawidłowej wymiany gazowej, utrzymanie drożności dróg oddechowych, zapobieganie powikłaniom niedotlenienia.

Realizacja:

- Zastosowanie najwygodniejszej pozycji dziecka (wysoka, półwysoka)
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych
- Utrzymanie prawidłowego mikroklimatu na Sali
- Zastosowanie tlenoterapii biernej, rehabilitacji oddechowej oraz inhalacji
- Ocena stanu świadomości
- Zastosowanie wentylacji mechanicznej według potrzeby pacjenta
- Farmakoterapia na zlecenie lekarza oraz dokumentacja działań

Problem pielęgnacyjny 4: Ból w klatce piersiowej oraz miejsca założonego drenażu.

Cel: Zminimalizowanie lub wyeliminowanie bólu, poprawa samopoczucia chorego oraz zapewnienie komfortu.

Realizacja:

- Ocena nasilenia bólu.
- Ocena pozawerbalnych oznak bólu (tachykardia, wysokie ciśnienie tętnicze krwi, niepokój, grymas twarzy);
- Kontrola podstawowych parametrów życiowych;
- Zastosowanie optymalnej pozycji ciała pacjenta oraz udogodnień;
- Pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych dziecka;
- Podawanie leków przeciwbólowych według zleceń lekarskich.

Problem pielęgnacyjny 5: Zwiększone ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane unieruchomieniem po zabiegu operacyjnym.

Cel: Zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn.

Realizacja:

- Ocena ryzyka powstania odleżyn według odpowiedniej skali;
- Zastosowanie udogodnień profilaktycznych np. materac przeciwoodleżynowy
- Zmiana pozycji ciała dziecka co ok. 3 godziny- rotowanie pacjenta na prawy i lewy bok;

- Wykonywanie dokładnej toalety dziecka, obserwacja miejsc narażonych na powstanie odleżyn oraz kontrola stanu skóry (zabarwienie, temperatura)
- Zastosowanie odpowiedniej pielęgnacji skóry, zastosowanie preparatów ochronnych;
- Dbanie o właściwe odżywienie dziecka- karmienie przez smoczek lub zgłębnik żołądkowy;
- Prowadzenie dokumentacji czynności pielęgniarских.

Problem pielęgnacyjny 6: Zwiększone ryzyko zakażeń związane z założonym cewnikiem dotętniczym, żylnym, cewnikiem Foleya oraz drenem do jamy opłucnowej.

Cel: Zmniejszenie ryzyka zakażenia, zapobieganie rozwojowi oraz powikłaniom zakażenia.

Realizacja:

- Dezynfekcja rąk oraz korzystanie z rękawiczek jednorazowych każdorazowo przed manipulacją przy dostępach naczyniowych;
- Przestrzeganie zasad aseptyki oraz antyseptyki podczas zmiany opatrunków;
- Utrzymanie drożności wkłuc oraz toaleta miejsc założonych kaniul właściwymi środkami dezynfekującymi;
- Stosowanie zaworów bezigłowych przy żylnych dostępach naczyniowych, dezynfekcja zaworów bezigłowych przed każdym korzystaniem z cewnika centralnego;
- Dezynfekcja ujścia linii tętniczej przed pobieraniem krwi na gazometrię oraz badania według zleceń;
- Stosowanie półprzezroczystych plastrów przy dostępach naczyniowych;
- Obserwowanie miejsc dostępów naczyniowych pod kątem wystąpienia cech stanu zapalnego (zaczerwienienie, wysięk, obrzęk, ucieplenie);
- Monitorowanie parametrów życiowych oraz pomiar temperatury ciała;
- Toaleta krocza oraz ujścia cewki moczowej wodą z mydłem oraz przemycie antyseptykiem;
- Kontrola diurezy oraz ocena zabarwienia moczu;
- Podawanie antybiotyków oraz kontrola badań mikrobiologicznych według zleceń lekarskich;
- Prowadzenie dokumentacji obserwacji kaniul;

Problem pielęgnacyjny 7: Lęk i niepokój pacjenta, związane z hospitalizacją, rozłąką z rodziną oraz środowiskiem oddziału intensywnej terapii.

Cel: Zminimalizowanie napięcia emocjonalnego, likwidacja niepokoju oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Realizacja:

- Pomoc w adaptacji do warunków szpitalnych;
- Zapewnienie dziecku potrzeby bezpieczeństwa i poczucia godności;
- Zapewnienie rodzicowi możliwości obecności przy dziecku na oddziale pooperacyjnym w warunkach intymnych i spokoju;
- Zapewnienie wsparcia emocjonalnego rodzicom poprzez rozmowę, chęć odpowiadania na wszelkie pytania oraz zachęcanie do skorzystania z pomocy psychologa;
- Zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza.

Podsumowanie i wnioski

Dziecko z zespołem Downa po zabiegu kardiochirurgicznym to pacjent wymagający szczególnej opieki i troski ze strony personelu medycznego i rodziny. Zespół Downa jest chorobą genetyczną, która wpływa na rozwój intelektualny, fizyczny i emocjonalny dziecka. Dlatego leczenie i rehabilitacja pacjenta z tą chorobą jest bardzo skomplikowane i wymaga specjalistycznej wiedzy i doświadczenia. Zabiegi kardiochirurgiczne są często konieczne dla pacjentów z zespołem Downa ze względu na wysokie ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Po takim zabiegu dziecko potrzebuje długiej i intensywnej rehabilitacji. Rodzina dziecka z zespołem Downa po zabiegu kardiochirurgicznym również wymaga wsparcia. Często musi ona zmienić swoją codzienną rutynę, a opieka nad dzieckiem staje się bardziej intensywna. Rodzice muszą być gotowi na długotrwałą i ciężką pracę w celu zapewnienia dziecku najlepszej opieki i rehabilitacji. Ważnym aspektem opieki nad takimi dziećmi jest dostosowanie procedur pielęgnacyjnych do ich specyficznych potrzeb i ograniczeń.

Analiza uzyskanych danych pozwoliła na/4 e sformułowanie następujących wniosków:

1. Opieka nad dzieckiem z zespołem Downa w bezpośrednim okresie pooperacyjnym po całkowitej korekcji wrodzonej wady serca wymaga specjalistycznej opieki i przygotowania merytorycznego pielęgniarki.
2. Opieka pooperacyjna dziecka po zabiegu kardiochirurgicznym jest

indywidualna i powinna być ustalona zgodnie z zaleceniami lekarza.

3. Dobry wpływ na zdrowie dziecka ma otoczenie go troskliwą i czułą opieką.

Ważne jest wsparcie psychologiczne oraz emocjonalne jego opiekunów.

Piśmiennictwo

1. Delany D.R., Gaydos S.S., Romeo D.A. i wsp.: Down syndrome and congenital heart disease: perioperative planning and management. *Journal of Congenital Heart Disease* 5, 7(2).
2. Lewanda A.F., Matisoff A., Revenis M., Harahsheh A., Futterman C., Nino G. i wsp.: Preoperative evaluation and comprehensive risk assessment for children with Down syndrome. *Pediatric Anesthesia*. 2016, 26(4), 356-62.
3. Calabrò, R., Limongelli, G. Complete atrioventricular canal. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2006, 1, 8.
4. Ahmed I., Anjum F.: Atrioventricular Septal Defect [in:] StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan 2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562194/>
5. Jacek K.: Wspólny kanał przedsionkowo- komorowy. [w:] *Kardiochirurgia Dziecięca*. Skalski J., Kołcz J., Moczek T. [red.] Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020, 397-410
6. Twarduś K., Perek M.: Opieka nad dzieckiem w wybranych chorobach chirurgicznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014
7. Wioletta D.: Rola pielęgniarki w opiece nad dziećmi z wadami serca. [w:] *Kardiochirurgia Dziecięca*. Skalski J., Kołcz J., Moczek T. [red.] Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020, 105-110

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PEDIATRYCZNYM Z ZAPALENIEM PŁUC – STUDIUM PRZYPADKU

lic piel. Bożena Tutkowska¹, mgr Monika Buzanowska², dr n. med. Kazimiera Hebel²

1. Absolwentka Instytutu Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku
2. Zakład Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku

Wprowadzenie

Zakażenia ze strony układu oddechowego uznawane są za najczęstszą przyczynę wszystkich porad ambulatoryjnych u dzieci. Są one przeważającym powodem podwyższenia temperatury u najmłodszych. Liczą blisko 50-60% wszelkich zakażeń pozaszpitalnych. Dzieci do piątego roku życia należą do grupy szczególnie narażonej na różnego rodzaju zakażenia układu oddechowego. Głównymi czynnikami tego typu zachorowań jest zarówno niedojrzałość fizjologiczna układu odpornościowego jak i najbliższe środowisko (takie jak przedszkola, żłobki) oraz coraz częściej występujące alergie. Kluczową rolę w dążeniu do poprawy zarówno stanu zdrowia jak i jakości życia pacjenta w wieku przedszkolnym z zapaleniem płuc (ZP) odgrywa pielęgniarka. Istotny wpływ mają wszystkie interwencje pielęgniarские wykonywane w trakcie trwania choroby, ale także w czasie rekonwalescencji [1].

Rozwinięcie

Rozpoznanie zapalenia płuc wstępnie diagnozowane jest na podstawie objawów klinicznych. Symptomy chorobowe w wieku rozwojowym mogą mieć niespecyficzny charakter, wymagający przeprowadzenia diagnostyki różnicowej. Pozaszpitalne zapalenia płuc (PZP), ze względu na umiarkowany przebieg choroby, mogą być leczone ambulatoryjnie, natomiast chorzy z ciężkim przebiegiem PZP wymagają szpitalnego leczenia specjalistycznego. Wyjątkową kategorię stanowią zapalenia płuc u dzieci w okresie noworodkowym oraz z zachłystowym zapaleniem płuc, które z reguły są leczone w oddziałach szpitalnych.

W Polsce w 2014 roku współczynnik hospitalizacji z powodu zapalenia płuc wśród noworodków i niemowląt wynosił: 645,2/10 000, dzieci w wieku od 1 roku do 4 roku życia: 168,7/10 000, od 5 do 14 roku życia: 39/10 000, młodzieży w wieku od 15 do 19 lat: 8,4 /10 000 tysięcy [2].

Ustalenie etiologii ZP u małych dzieci jest bardzo trudne z powodu problemów związanych z pobraniem materiału biologicznego do badań. Wirusowe zapalenie płuc przeważa u najmłodszych i stanowi 30-77% przypadków, natomiast typ o charakterze wirusowo - bakteryjnym występuje u 1/3 dzieci. Izolowane, bakteryjne pochodzenie zapalenia płuc najczęściej spowodowane jest przez paciorkowiec tj. *streptococcus pneumoniae* – dwóinkę zapalenia płuc – potocznie zwaną pneumokokiem. Przed wprowadzeniem skonfigurowanej szczepionki przeciwko pneumokokom – PVC (ang. pneumococcal conjugate vaccine) do kalendarza szczepień obowiązkowych, a jednocześnie bezpłatnych, patogen ten był powodem 37-44% zakażeń szpitalnych i 20% dzieci leczonych ambulatoryjnie. Pozostałe przyczyny występowania zapalenia płuc u dzieci mają źródło w: bakteriach atypowych, gronkowcach, infekcjach grzybiczych oraz sporadyczne w czynnikach chemicznych, promieniowaniu, lekach i mechanizmach immunologicznych [3].

Do typowych objawów klinicznych zapalenia płuc należy gorączka powyżej 38,5°C, tachypnoe, duszność, suchy, męczący kaszel, odksztuszanie wydzieliny. Dodatkowo wysiłek oddechowy powoduje wciąganie podżebrzy, występuje zniesienie ruchów klatki piersiowej po stronie chorej. Przy osłuchiwaniu płuc można stwierdzić zaostrenie szmeru pęcherzykowego, oskrzelowego oraz trzeszczenia. Odgłos opukowy jest stłumiony, występuje pobudzenie dodatkowych mięśni w trakcie oddychania. Sinica pojawia się u chorych z nasilonymi utrudnieniami wymiany gazowej i niewydolnością oddychania. Toczący się proces zapalny obejmuje struktury obwodowe, a także podścielisko płuca. Miąższ płuc przemienia się w naciek zapalny powodując powstanie wysięku w pęcherzykach płucnych. Wśród symptomów może wystąpić ból w klatce piersiowej oraz dolnych partiach płuc promieniujący do brzucha, powodujący utrudnienia w diagnostyce.

Leczenie pacjentów z ZP polega najczęściej na farmakoterapii w postaci antybiotykoterapii. U chorych z hipoksemią zaleca się tlenoterapię pod kontrolą SaO_2 . Przy obecności nadmiernej wydzieliny stosowane są leki mukolityczne. Typowymi lekami wykorzystywanymi w leczeniu objawowym są analgetyki i antypiretyki. W przypadku zapalenia płuc powikłanego zapaleniem opłucnej, konieczne jest zastosowanie drenażu czynnego jamy opłucnej. Do głównych powikłań zapalenia płuc można zaliczyć: wysięk w jamie opłucnej, ropień płuc, ropniaki opłucnej, ostrą niewydolność oddechową, niewydolność wielonarządową, ropień mózgu oraz zgon [4, 5].

Nie ma możliwości, by całkowicie zapobiec zapaleniu płuc, jednakże można je w dużym stopniu zminimalizować. Jednym ze sposobów jest wykonanie szczepień

ochronnych przeciwko Haemophilus influenzae typu b (aktualnie obowiązkowa, refundowana szczepionka Hib kalendarzu szczepień na 2023 rok), Streptococcus pneumoniae (aktualnie obowiązkowa, refundowana szczepionka PCV w kalendarzu szczepień na 2023 rok) oraz grypie (zalecana, od sezonu 2023/24 szczepionka podawana we wstrzyknięciu jest w pełni refundowana dzieciom powyżej 6 mc życia do ukończenia 18 r. ż.) [6].

Dodatkowo w działaniach prewencyjnych szczególną uwagę należy zwrócić na izolację pacjentów: w zakażeniach RSV (ang. Respiratory Syncytial Virus - syncytialny wirus oddechowy), przestrzeganie zasad higieny, karmienie piersią w okresie noworodkowym i niemowlęcym oraz unikanie narażenia na dym tytoniowy [7].

Opis indywidualnego przypadku

Chłopiec w wieku 4 lat i 7 miesięcy pochodzący z małej wsi w powiecie kościerskim na Pomorzu. Mieszka w domu jednorodzinnym z najbliższymi, w skład których wchodzi: matka, ojciec oraz dwójka starszego rodzeństwa. Widoczna jest silna więź pomiędzy członkami rodziny. Warunki mieszkaniowe są dobre. Dotychczasowy rozwój dziecka przebiegał prawidłowo, w badaniach przesiewowych nie wykazano odchyłeń od normy. Szczepienia obowiązkowe wykonano zgodnie z PSO 2018 (Programem Szczepień Ochronnych).

Symptomy obecności nadmiernej wydzieliny w jamie nosowej, kaszlu, bólu gardła i ogólnego gorszego samopoczucia pojawiły się wraz z rozpoczęciem uczęszczania do przedszkola. 8 października 2022r. nagle wystąpiła u chłopca wysoka temperatura ciała – 39,8°C. Stosowanie paracetamolum w postaci syropu nie przyniosło oczekiwanego rezultatu. 10 października 2022r. dziecko wraz z rodzicami, udało się do przychodni POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej). Chłopiec otrzymał skierowanie do szpitala w trybie pilnym ze względu na duszność wydechową i utrzymującą się wysoka gorączkę. W SOR (Szpitalnym Oddziale Ratunkowym) zastosowano sterydoterapię dożylną i wziewną, przynoszącą niewielką poprawę. W badaniach laboratoryjnych obecne podwyższone parametry stanu zapalnego: CRP (białko C-reaktywne) 325,5 mg/l (norma 5mg/l), PCT (prokalcytonina) 18 (norma: 0,1- 0,5 ng/ml, >2 ng/ml – wysokie prawdopodobieństwo rozwoju ciężkiej sepsy). W RTG klatki piersiowej potwierdzono płatowe prawostronne zapalenie płuc. Pacjent został przyjęty na oddział dziecięcy, na którym po zastosowaniu interwencji medycznych uzyskano wyniki: saturacja: 97%, tętno: 140 ud/min. (napięcie prawidłowo, regularne) ciśnienie tętnicze krwi: 122/85mmHg, 30 oddechów/min., oddech niemiary, glikemia = 104mg/dl, osłuchowo nad płucami

szmer pęcherzykowy nieco ściszony nad płucem prawym, odgłos opukowy jawny, objawów otrzewnowych brak, objaw Goldflama występuje obustronnie. Badanie antygenowe moczu (ang.urinary pneumococcal antigen – UPA) potwierdziło obecność pneumokoków. Włączono antybiotykoterapię (Ceftriaksonum 1g i.v.) oraz leczenie objawowe (została zlecona toaleta nosa, nebulizacje, monitorowanie podstawowych parametrów życiowych oraz ćwiczenia oddechowe). U chłopca diagnozowano pneumokokowe zapalenie płuc.

W drugiej dobie hospitalizacji dziecko nie gorączkowało, zmniejszyła się intensywność i częstotliwość kaszlu, okolica gardła zaczerwieniona. Osluchowo nad płucami po stronie prawej obecne ściszenie szmeru pęcherzykowego, w polu środkowym na ograniczonym obszarze trzeszczenia, bez cech obturacji. Skóra prawidłowo różowiona i ucieplona. Podstawowe parametry życiowe w normie. W czwartej dobie pobytu na oddziale dziecięcym pobrano krew do kontrolnych badań laboratoryjnych. CRP: 56,3mg/l; PCT: 2,03mg/ml; Hb: 11,3 g/dl; WBC: 15,8g/l; PLT: 203 g/l; monocyty: 13%; limfocyty: 32%; neurocyty:50%; K+ 4,4; Na+ 139. Zredukowano podaż Berodualu® (fenoterol+ ipratropium) z 3 na 2 razy na dobę. Chłopiec w stanie ogólnym dobrym, ze znaczną poprawą aktywności i nastroju względem poprzednich dni.

Pacjent większość czasu na oddziale spędzał z matką. Na samym początku hospitalizacji był bardzo wystraszony i wykazywał olbrzymią niechęć przy wykonywaniu niektórych zadań pielęgniarских. Proces pielęgnowania dziecka rozpoczęto od momentu przyjęcia na oddział pediatryczny, natomiast zakończono dnia 21 października 2022r. Za zgodą opiekuna prawnego pacjenta zostało przeprowadzone badanie podmiotowe i przedmiotowe, na których podstawie zdefiniowano występujące problemy pielęgniarские:

Diagnoza pielęgniarська 1: Ryzyko nasilenia duszności i kaszlu.

Cel opieki: Ułatwienie oddychania.

Interwencje pielęgniarские:

- stosowanie pozycji półwysokiej,
- zapewnienie luźnej, bawełnianej bielizny,
- monitorowanie oddechu,
- tlenoterapia bierna w razie potrzeby,
- pomiar saturacji,
- wykonanie nebulizacji z fenoterolu+ ipratropium,

- wykonanie gazometrii z krwi włóśniczkowej,
- profilaktyka przeciw kandydozie po wykonanych nebulizacjach z zastosowaniem glikokortykosteroidów,
- edukacja pacjenta w zakresie efektywnego kaszlu, gimnastyki oddechowej,
- obserwacja wydzieliny odkasztuszanej (kolor, zapach, ilość, częstotliwość),
- reżim sanitarny (przestrzeganie zasad aseptyki, antyseptyki, stosowanie ŚOI- środków ochrony indywidualnej, segregacja materiału zakaźnego).

Ewaluacja podjętych działań: Duszność znacznie się zmniejszyła. Kaszel pacjenta jest mniej uciążliwy. Chłopiec nauczył się skutecznie odkasztuszać zalegającą wydzielinę.

Diagnoza pielęgniarstwa 2: Gorączka utrudniająca funkcjonowanie pacjenta.

Cel opieki: Obniżenie temperatury ciała.

Interwencje pielęgniarstwa:

- farmakoterapia przeciwgorączkowa,
- podaż płynów w oparciu o normy wiekowe,
- stosowanie bawełnianej bielizny,
- stosowanie nawilżacza powietrza,
- wykonywanie pacjentowi codziennej toalety ciała,
- regularna kontrola temperatury i prowadzenie dokumentacji medycznej.

Ewaluacja podjętych działań: Dzięki zastosowanym działaniom, ciepłota ciała pacjenta obniżyła się do wartości fizjologicznych. Chory, dzięki obniżeniu gorączki, stał się radośniejszy, chętny do rozmowy i zabawy.

Diagnoza pielęgniarstwa 3: Dolegliwości bólowe głowy.

Cel opieki: Zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarstwa:

- ocena bólu dziecka z wykorzystaniem skali VAS,
- podanie analgetyków w razie potrzeby z uwzględnieniem masy ciała,
- umożliwienie kontaktu z bliskimi,
- płynoterapia dostosowana do wieku.

Ewaluacja podjętych działań: Dolegliwości bólowe zostały zniwelowane. Dzięki wizytom rodziny w oddziale, dziecko było radośniejsze.

Diagnoza pielęgniarska 4: Utrudniona współpraca z małoletnim pacjentem przejawiająca się w postaci niechęci do przyjmowania leków doustnych, dożylnych oraz w formie nebulizacji.

Cel opieki: Zachęcenie pacjenta do przyjmowania leków.

Interwencje pielęgniarskie:

- nawiązanie relacji z dzieckiem, dostosowanie komunikacji werbalnej i niewerbalnej odpowiednio do wieku pacjenta,
- próba wytłumaczenia pacjentowi i rodzicom realizowanych działań i ich wpływu na dobrostan chorego w procesie leczenia (np. założenie krótkiej kaniuli obwodowej),
- komunikacja werbalna dostosowana do poziomu intelektualnego dziecka, przedstawienie nebulizacji w formie zabawy,
- stosowanie nagród np. naklejek „dzielny pacjent”.

Ewaluacja podjętych działań: Pacjent nadal odczuwa niepokój przed nebulizacją. Leki doustne oraz podawane drogą dożylną przyjmuje bez problemu.

Diagnoza pielęgniarska 5: Niepokój spowodowany hospitalizacją i zabiegami diagnostyczno-leczniczymi oraz niemożnością podejmowania aktywności adekwatnej do wieku dziecka.

Cel opieki: Zniwelowanie niepokoju.

Interwencje pielęgniarskie:

- nawiązanie konstruktywnej komunikacji z pacjentem,
- zapoznanie dziecka jak i rodziców z topografią oddziału, personelem oraz obowiązującym planem dnia,
- wyjaśnienie w sposób zrozumiały dla dziecka i rodziców istoty oraz celu działań przed wykonaniem każdego zabiegu,
- nauka dziecka oraz rodziców prawidłowego sposobu wykonywania in-
halacji,
- unikanie stresujących sytuacji (np.: straszenie dziecka poprzez wnikliwy opis inwazyjnej czynności medycznej, zawstydzanie),
- w przypadku polepszenia stanu zdrowia - zachęcenie dziecka do wspólnej zabawy np.: z innymi pacjentami (jeśli nie istnieją przeciwwskazania sanitarno-epidemiologiczne).

Ewaluacja podjętych działań: Pacjent jest spokojniejszy, chętnie współpracuje z personelem, mimo to nadal czuje niechęć do zabiegu nebulizacji.

Diagnoza pielęgnarska 6: Występowanie nudności i wymiotów.

Cel opieki: Zapobieganie nudnościom i wymiotom.

Interwencje pielęgnarskie:

- ułożenie pacjenta w pozycji bezpiecznej lub półwysokiej,
- zastosowanie u pacjenta diety lekkostrawnej,
- wyeliminowanie u pacjenta czynników prowokujących nudności i wymioty (np.: intensywne zapachy, słodkie lub tłuste potrawy),
- podawanie pokarmów w małych ilościach, ze zwiększoną częstotliwością,
- odnotowanie w dokumentacji ilości oraz charakteru treści wymiotnej,
- podanie leków antyemetycznych zgodnie z możliwą i preferowaną przed dziecko drogą podażą,
- kontrola poziomu elektrolitów w badaniach laboratoryjnych,
- ocena nawodnienia organizmu (napięcia, elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych),
- kontrola diurezy moczu, prowadzenie bilansu płynów,
- przygotowanie zabezpieczenia w razie wymiotów (miska nerkowata, lignina, woda do przepłukania jamy ustnej)
- zapewnienie możliwości higieny jamy ustnej.

Ewaluacja podjętych działań: Wymioty oraz uczucie nudności ustąpiły.

Diagnoza pielęgnarska 7: Brak apetytu, niechęć do przyjmowania posiłków.

Cel opieki: Poprawa apetytu pacjenta, zapobieganie odwodnieniu oraz niedożywieniu.

Interwencje pielęgnarskie:

- zastosowanie u pacjenta diety lekkostrawnej,
- podawanie posiłków w małych ilościach, ze zwiększoną częstotliwością,
- nie zmuszanie dziecka na siłę do jedzenia,
- podawanie urozmaiconych posiłków, atrakcyjnie wyglądających,
- serwowanie posiłków dziecku z wykorzystaniem talerzy i sztućców dopasowanych do potrzeb pacjenta,
- w razie konieczności rozdrobnienie pokarmu,
- kontrolowanie masy ciała pacjenta,
- założenie pacjentowi karty kontroli przyjmowanych płynów oraz posiłków.

Ewaluacja podjętych działań: Pacjent coraz chętniej spożywa przygotowane posiłki.

Diagnoza pielęgniarska 8: Deficyt wiedzy rodziców na temat choroby oraz pielęgnacji dziecka z zapaleniem płuc.

Cel opieki: Poszerzenia zakresu wiedzy rodziców dotyczącej danej jednostki chorobowej.

Interwencje pielęgniarskie:

- edukacja rodziców na temat istoty zapalenia płuc, jej objawów oraz mogących wystąpić powikłań,
- zapoznanie rodziców z zasadami pielęgnacji dziecka z zapaleniem płuc,
- przygotowanie rodziców do opieki nad dzieckiem w warunkach domowych,
- nauczanie technik poprawnego wykonywania inhalacji oklepywania dziecka oraz wykonywania drenażu złożeniowego,
- asysta pielęgniarska przy wykonywanych przez matkę czynnościach np. nebulizacji, tak aby wyeliminować ewentualne błędy,
- zachęcanie rodziców do zadawania pytań, analizowanie wątpliwości, zapewnienie wsparcia.

Ewaluacja podjętych działań: Rodzice rozumieją istotę choroby, potrafią, w sposób właściwy sprawować opiekę nad dzieckiem z zapaleniem płuc oraz uzyskali odpowiedzi na nurtujące ich pytania.

Diagnoza pielęgniarska 9: Konieczność pobrania moczu i krwi do badań diagnostycznych.

Cel opieki: Pobranie materiału biologicznego do badań diagnostycznych.

Interwencje pielęgniarskie:

- poinformowanie rodziców i dziecka o konieczności oddania moczu do badania,
- zapewnienie obecności rodziców w trakcie wykonywania zabiegu,
- zapewnienie intymności,
- wyedukowanie rodziców i dziecka jak prawidłowo pobrać mocz do badania: umyć krocze dziecka wodą z mydłem, osuszyć jednorazowym ręcznikiem, nie kontaminować pojemnika na mocz, pobrać materiał ze środkowego strumienia,
- jeżeli dziecko nie chce współpracować, zaleca się użycie jałowych woreczków do pobierania moczu,

- właściwe oznaczenie i przekazanie materiału biologicznego do diagnostyki laboratoryjnej,
- przed wykonaniem nieprzyjemnego zabiegu zastosowanie na skórę (w miejscu planowanego wkłucia) środka znieczulającego, np. lidokainy + pryllokainy (np. maść Emla®),
- pozwolenie dziecku na wyrażanie swoich emocji,
- skupienie uwagi dziecka na ulubionej zabawce,
- nagradzanie np. naklejka „dzielny pacjent”

Ewaluacja podjętych działań: Materiał biologiczny został pobrany prawidłowo i wysłany do badań.

Podsumowanie

Opieka pielęgniarska nad pacjentem pediatrycznym z zapaleniem płuc wymaga profesjonalizmu w postaci wiedzy oraz umiejętności, wpływających na efektywne leczenie. Na powrót do zdrowia pacjenta pediatrycznego mają wpływ czynniki takie jak, m. in: współpraca całego zespołu terapeutycznego, właściwa pielęgnacja pacjenta oraz nawiązywanie konstruktywnych relacji z rodziną dziecka.

Powyższe studium przypadku dotyczyło 4,5 letniego chłopca, przyjętego na oddział pediatryczny z powodu pneumokokowego zapalenia płuc. W czasie pobytu pacjenta w szpitalu przeprowadzono wywiad pielęgniarski, wykonano badanie fizykalne m. in. płuc potwierdzające symptomy zapalne. Dodatkowo ujawnione zostały symptomy, potwierdzające rozpoznanie, w postaci dodatniego obustronnego objawu Goldflama, tachypnoe, gorączki oraz kaszlu.

Z punktu widzenia przeprowadzonego procesu pielęgnowania, najistotniejszymi problemami pielęgnacyjnymi u pacjenta w wieku 4-5 lat z zapaleniem płuc, były: występujące duszności, silny, napadowy kaszel, dolegliwości bólowe, podwyższona temperatura ciała - wysokie ryzyko infekcji ogólnoustrojowej, ryzyko odwodnienia z powodu gorączki oraz wymiotów, niechęć do przyjmowania leków oraz lęk przed hospitalizacją.

Po zastosowanych interwencjach pielęgniarskich stan pacjenta, zarówno fizyczny jaki psychiczny uległ znacznej poprawie. Nawiązano konstruktywną komunikację z matką dziecka, co dodatkowo korzystnie wpłynęło na okres hospitalizacji i rekonwalescencji. Działania edukacyjne, przeprowadzone wobec dziecka jak i jego rodziców umożliwiły łatwiejszą adaptację czynności, które były wykonywane w celu polepszenia jego stanu zdrowia.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zapaleniem płuc w wieku przedszkolnym stanowi wyzwanie nie tylko w zakresie czynności instrumentalnych, ale również komunikacyjnych. Nawiązanie więzi z dzieckiem jak i jego rodzicem w dalszych etapach czynności podejmowanych w zakresie leczenia zwiększa szansę na współpracę i tym samym szybszy powrót do zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Konecka B., Zborowska A., Haaßengier V., Rozensztrauch A.: Opieka nad dzieckiem z zapaleniem płuc- opis przypadku, „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia”, 2014, 3, 4, 102-104.
2. Bielska D.E.: Zapalenie płuc u dzieci – do kiedy można leczyć w domu. *Pediatrics po dyplomie*, 2016 (6).
3. Kulus M., Krenke K., *Pulmonologia Dziecięca*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
4. Krenke K., Doniec Z., Mastalerz-Migas A. i wsp.: Zalecenia postępowania diagnostyczno - terapeutycznego w kaszlu u dzieci. *Lekarz POZ*, 2022, (3), 165-176.
5. Lange J.: Zapalenie płuc [w:] *Pediatrics I*. Kawalec W., Grenda R., Kulus M. (red.) Wyd. PZWL, Warszawa 2018, 320-323.
6. Szczepionka przeciw pneumokokom. Pneumokoki - Szczepienia.Info (pzh.gov.pl) (data pobrania: 29.11.2023)
7. Kapusta K., Sopińska M., Kalicki B.: Zakażenie RSV a nawrotowość obturacji dróg oddechowych u dzieci. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna* 2016, 12 (2), 124.

DZIAŁANIA PIELĘGNIARSKIE WOBEC DZIECKA Z OWSICĄ – STUDIUM PRZYPADKU

mgr piel. Patrycja Marczak¹, dr n. o zdr. Dorota Milecka²

1. Absolwentka kierunku pielęgniarstwo – studia II stopnia, Państwowa Akademia

Nauk Stosowanych w Głogowie

2. Instytut Medyczny, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie

Wstęp

Owsica jest najczęściej występującą chorobą pasożytniczą w krajach uprzemysłowionych. Jedynym gospodarzem pasożyta jest człowiek, zwłaszcza dzieci w wieku przedszkolnym i wczesno szkolnym, szacuje się, że 10 % dzieci w wieku 5-14 lat, jest zarażona pasożytem [1]. Do zarażenia dochodzi, poprzez przypadkowe przeniesienie inwazyjnych jaj do przewodu pokarmowego. Jaja owsika dostają się do organizmu człowieka trzema drogami [2]: fekalno-oralną-poprzez połknięcie inwazyjnych jaj, przeniesionych podczas drapania okolic odbytu pod płytką paznokcia; na drodze retroinwazji – larwy, które rozwinęły się z jaj znajdujących się na skórze przy odbycie, wracają do jelita grubego przez odbytnicę (częściej występuje u osób z zaparciami); przez inhalację – wdychanie i połknięcie występujących w powietrzu jaj. Owsica (enterobioza), jest chorobą jelita grubego, wywołaną przez pasożyta – owsika ludzkiego (*Enterobius vermicularis*), należącego do grupy nicieni [3, 4]. Jaja pasożyta dostają się do układu pokarmowego człowieka, gdzie w jelicie cienkim zaczynają się wykluwać. Dorosłe samice owsika przedostają się przez odbyt, w którego okolicy składają jaja. Wędrujące larwy wywołują uporczywy świąd. Samice często wracają z powrotem do jelita, niekiedy jednak wędrują w okolicę sromu [5]. Do wylęgania jaj dochodzi w świetle dwunastnicy. Wyklute larwy przemieszczają się w kierunku jelita grubego, w którym dojrzewają. Po osiągnięciu dojrzałości, owsiki bytujące w okolicy krętniczko-kątniczej, parują się [6]. Zapłodnione samice w godzinach nocnych, zaczynają wędrować w kierunku odbytnicy, gdzie w fałdach skóry otaczającej odbyt składają jaja otoczone kleistą substancją, wywołując silny świąd. Samica jest w stanie złożyć jednorazowo od 8000-12000 tys. jaj [4]. Substancja, którą otoczone są jaja sprzyja ich rozprzestrzenianiu poprzez przyklejanie się do rąk, pościeli, ręczników. Rozwój

larw w nowo złożonych jajach zajmuje ok. 6 godzin co nadaje im inwazyjności [7]. Samice po złożeniu jaj najczęściej giną, jednak mogą też wrócić do jelita grubego (retroinwazja). Czasami zdarza się, że zawędrują w okolice żeńskiego układu rozrodczego. Początkowo choroba nie daje żadnych objawów, lecz wraz z jej rozwojem zaczynają występować nasilające się objawy. Pierwszym objawem jest świąd odbytu, nasilający się w godzinach wieczornych, często utrudniający zasypianie lub wybudzający ze snu, co skutkuje jego zaburzeniem lub bezsennością. Inne najczęściej występujące objawy to: pobudliwość nerwowa, zacienienie pod oczami, bladość powłok skórnych [8], a także zmiany skórne okolicy odbytu mające charakter wyprysku i mechanicznych zadrapań (często ulegających wtórnemu zakażeniu bakteryjnemu); „zgrzytanie zębami”; bóle głowy; trudność w skupieniu uwagi; przewlekłe stany zapalne sromu lub pochwy (spowodowane wędrówką samicy owsika do żeńskiego układu rozrodczego); ból brzucha; zaburzenia rytmu wypróżnień; brak łaknienia; utrata masy ciała [9, 10]. Rozpoznanie opiera się głównie na objawach klinicznych oraz pobraniu wymazu z okolic odbytu, przez kolejne trzy dni [4]. Na zachorowanie szczególnie narażeni są ludzie przebywający w dużych skupiskach np. przedszkolach, domach dziecka, internatach. Często też nawracające inwazje występują w grupach zawodowych takich jak: pielęgniarki, nauczyciele, wychowawcy, opiekunowie, ze względu na częsty kontakt z osobami zarażonymi [6]. Diagnozowanie owsicy opiera się na pobieraniu wymazu z okolicy około odbytniczej za pomocą przylepca celofanowego. Badanie należy wykonać rano, przed poranną toaletą oraz wypróżnieniem. Przyklepiec należy przykleić do skóry wokół odbytu, a następnie przenieść na szkiełko podstawowe dołączone do zestawu pobraniowego. Badanie należy powtarzać codziennie rano, przez 3 dni [11]. W zaawansowanej postaci choroby (najpewniej w godzinach wieczornych) można zauważyć białe samice owsików w okolicy odbytu lub na bieliźnie, kale lub przy badaniu endoskopowym (wykonywanym np. z innej przyczyny) [12]. Do diagnozowania owsicy służy także badanie krwi pod kątem występowania przeciwciał klasy IgM i IgG, a także badanie OB i CRP, dzięki którym można stwierdzić proces zapalny [12]. Leczenie polega na podaniu preparatu przeciwpasożytniczego, najczęściej na bazie pyrantelu, ale również mebendazolu lub albendazolu [13]. Lek działa porażająco na układ nerwowy pasożytów, przez co blokuje ich poruszanie. Dzięki temu są one wydalone z organizmu poprzez ruchy perystaltyczne jelit. W przypadku sporadycznego zarażenia, najczęściej nie ma potrzeby powtarzania dawki leku. Jednak, gdy owsica jest zaawansowana, kurację należy

powtórzyć. W zależności od preparatu po 2 do 4 tygodni od pierwszej dawki. Ze względu na dużą zaraźliwość, leczeniu powinni zostać poddani wszyscy domownicy i osoby z najbliższego otoczenia zarażonego [14]. Leczenie owsicy nie opiera się jednak wyłącznie na terapii przeciwpasożytniczej, równie ważne jest leczenie objawowe. Podstawowym działaniem jest podanie leków przeciwświądowych w formie kremu lub maści, bezpośrednio na skórę wokół odbytu. W przypadku zapalenia sromu, powinno wykonywać się nasiadówki z preparatem niwelującym świąd, pieczenie i stan zapalny, ponadto gdy pacjent wykazuje zaniepokojenie, rozdrażnienie, doraźnie w celu wyciszenia powinien zostać podany środek uspokajający np. Hydroksyzyna [15]. Owsica, mimo najczęściej łagodnego przebiegu, nieleczona może skutkować groźnymi dla zdrowia i życia skutkami ubocznymi tj. [16] m.in. zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie otrzewnej. Postępowanie pielęgnacyjne obejmuje m.in. codzienną zmianę bielizny, utrzymanie okolic kroczka w czystości i dbanie o wysoki poziom higieny całego ciała i otoczenia dziecka, edukację zarówno dziecka jak i jego rodziny na temat owsicy [17]. Głównymi problemami sfery biologicznej w owsicy jest uporczywy świąd odbytu, ogólne rozdrażnienie, problem ze snem, odwodnienie, niedożywienie [13]. Zadaniem pielęgniarki jest zaspokojenie wszystkich potrzeb dziecka oraz zniwelowanie dolegliwości, poprzez dobór odpowiednich i zindywidualizowanych działań do każdego z problemów [16]. Pielęgniarka powinna skupić się również na dobraniu diety do jednostki chorobowej, co spowoduje poprawę samopoczucia chorego i zminimalizuje objawy ze strony układu pokarmowego. W owsicy ważnym czynnikiem w powrocie do zdrowia jest profilaktyka. Pielęgniarka powinna zaznajomić dziecko, a zwłaszcza jego rodziców z podstawowymi zasadami higieny osobistej jak i otoczenia. W przypadku strefy psychicznej, często spotykane jest wycofanie dziecka, skłonność do płaczu, rozdrażnienie, a także strach o wykluczenie z grupy rówieśników. Pielęgniarka w takiej sytuacji powinna przeprowadzić rozmowę edukacyjną z dzieckiem i wyjaśnić mu, że owsica to nie powód do wstydu [18]. Pielęgniarka może również przeprowadzić wykład na temat owsicy w odpowiedni do wieku odbiorców sposób w szkołach lub przedszkolach. Dzięki temu poziom świadomości dzieci i ich rodziców na temat choroby, poprawi się.

Cel pracy

Celem głównym pracy była diagnoza problemów pielęgnacyjnych oraz ustalenie postępowania pielęgniarstwa wobec pacjenta z owsicą.

Materiał i metody

Badaniem objęto 5 letnią pacjentkę, hospitalizowaną z powodu owsicy, wobec której zastosowano leczenie przeciwpasożytnicze i objawowe. W badaniu wykorzystano metodę indywidualnego przypadku oraz następujące techniki zbierania danych o pacjencie: wywiad, obserwację, pomiar, analizę dokumentacji oraz elementy badania przedmiotowego.

Wyniki

Opis przypadku

Pacjentka M.M., lat 5, została przyjęta na oddział pediatriczny z rozpoznaniem zaawansowanej owsicy. Dziecko urodzone cięciem cesarskim, ciąży pierwszej z masą urodzeniową 3 kg i 8 pkt. w skali Apgar. Poród przebiegł bez powikłań, dziewczynka była karmiona mlekiem modyfikowanym od narodzin, ze względu na brak pokarmu u matki. W wieku 2 lat przeżyła zapalenie płuc. Rodzice dziecka zdrowi, ojciec zmaga się z chorobą alkoholową (jest w trakcie leczenia), a matka pali ok. 2 paczki papierosów dziennie. Ojciec pracuje dorywczo jako murarz, a matka nie pracuje. Rodzina utrzymuje się przede wszystkim z zasiłków socjalnych. Rodzina mieszka w bloku na 3 piętrze. Warunki mieszkaniowe dość dobre. W mieszkaniu znajduje się salon z aneksem kuchennym, pokój oraz łazienka. Dziecko posiada własny pokój. Mieszkanie jest ciemne, ale suche i czyste, wyposażone w bieżącą wodę i centralne ogrzewanie. Relacje w rodzinie są zaburzone. Dziewczynka jest zdystansowana do ojca, widoczna jest mocniejsza więź z matką. Dziecko nie posiada rodzeństwa, uczęszcza do przedszkola od 3 r.ż., obecnie znajduje się w grupie 5 latków. Rozwój psychomotoryczny i fizyczny dziecka jest adekwatny do wieku. Pacjentka waży 16 kg (10 centyl) i mierzy 105 cm (10 centyl); BMI wynosi 14. Powodem zgłoszenia się do poradni pediatricznej był utrzymujący się świąd okolic odbytu i sromu wywołujący odruch drapania, ból brzucha, brak apetytu, błądność powłok skórnych, nadmierna pobudliwość oraz znaczna utrata masy ciała. Dziecko zostało przekazane w trybie pilnym na szpitalny oddział pediatriczny. Dziewczynka w dniu przyjęcia skarży się na świąd odbytu i sromu, nudności oraz ból brzucha. Zaobserwowano błądność powłok skórnych, głębokie cienie pod oczami i nadpobudliwość nerwową. U dziecka zaobserwowano, że świąd odbytu i sromu nasila się w godzinach wieczornych, przez co dziewczynka intensywnie się drapie. Świąd jest intensywny na tyle, że dziecko budzi się w nocy kilkakrotnie, przez co się nie wysypia. Ponadto pacjentka jest nadpobudliwa, co objawia się płaczliwością, obgryzaniem paznokci, ciągłym

niepokojem, trudnością w skupieniu uwagi, zgrzytaniem zębami. Zauważono, że dziecko niechętnie spożywa posiłki, jednocześnie mając biegunki przez co masa ciała utrzymuje się na niskim poziomie. U pacjentki występują zmiany skórne okolicy odbytu o charakterze wyprysku i mechanicznych zadrapań oraz stan zapalny sromu. Matka dziecka przebywa z nią na oddziale całą dobę, dzięki czemu dziecko jest spokojniejsze. Podczas wywiadu zauważono niski poziom wiedzy matki na temat owsicy, jej skutków i profilaktyki.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarska 1: Uporczywy świąd odbytu spowodowany owsicą

Cel opieki pielęgniarskiej: zniwelowanie świądu

Interwencje pielęgniarskie:

- Zastosowanie ubrań przewiewnych, bawełnianych,
- Dostosowanie ubioru do temperatury otoczenia, unikanie wychłodzenia lub przegrzania ciała
- Zastosowanie środków farmakologicznych zmniejszających świąd, na zlecenie lekarza (Prurifem- maść, 3 razy dziennie- aplikacja na wcześniej podmytą okolicę odbytu)
- Polecenie matce dziecka, aby w warunkach domowych prała ubrania z zastosowaniem proszku dla alergików, w temp. co najmniej 60°C
- Pilnowanie, aby dziecko nie drapało się mimowolnie np. podczas oglądania bajek
- Ocena uzyskanych wyników opieki:
- U dziewczynki na trzeci dzień po wdrożeniu powyższych działań zaobserwowano zmniejszenie świądu

Diagnoza pielęgniarska 2: Stan zapalny sromu spowodowany nieleczoną owsicą

Cel opieki pielęgniarskiej: złagodzenie stanu zapalnego

Interwencje pielęgniarskie:

- Nauczenie dziecka prawidłowej techniki korzystania z papieru toaletowego oraz ręcznika jednorazowego w trakcie higieny intymnej (od pochwy w stronę odbytu)
- Codzienna zmiana bielizny (bielizna bawełniana)
- Podmywanie sromu po każdej mikcji/wypróżnieniu żelom do higieny intymnej na bazie kwasu mlekowego

- Zastosowanie nasiadówek z lekiem przeciwzapalnym (Tantum Rosa), na zlecenie lekarza (dwa razy dziennie, przez trzy dni)
- Pobranie moczu do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza (badanie ogólne oraz posiew)
- Podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim (Mupirocyna i Zentel)
- Zrezygnowanie z używania perfumowanego papieru toaletowego i mydeł
- Ocena uzyskanych wyników opieki:
- Dziewczynka po dwóch dniach od zastosowania leczenia, przestała uskarżać się na pieczenie i swędzenie sromu. Zauważono, że odruch drapania występuje rzadziej.

Diagnoza pielęgniarska 3: Zmiany skórne okolicy odbytu spowodowane uporczywym drapaniem

Cel opieki pielęgniarskiej: złagodzenie istniejących zmian skórnych oraz podjęcie działań ograniczających odruch drapania

Interwencje pielęgniarskie:

- zastosowanie miejscowo maści przeciwświądowej – Prurifem (rano i wieczorem)
- dbanie o higienę okolic odbytu (podmywanie krocza po każdej mikcji/ wypróżnieniu. Używanie mydła z pH 5.
- stosowanie kosmetyków zawierających kwas mlekowy
- pilnowanie alby dziecko się nie drapało
- zastosowanie na zlecenie lekarskie miejscowo maści Afloderm (raz dziennie)
- wietrzenie pośladków dziecka
- założeniu dziecku bawełnianej bielizny
- eliminacja czynników potęgujących wypryski (np. proszku do prania, mydła oraz papieru toaletowego- perfumowanego)

Ocena uzyskanych wyników opieki:

Dzięki podjętym działaniom zmiany skórne zaczęły się goić. Problem pielęgnacyjny wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ból brzucha spowodowany owsicą

Cel opieki pielęgniarskiej: zniwelowanie bólu

Interwencje pielęgniarские:

- Podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim (Espumisan p.o)
- Ułożenie dziecka w wygodnej, dla niego pozycji
- Zastosowanie diety lekkostrawnej, unikanie potraw wzdymających
- Masowanie brzucha ruchem okrężnym
- Obserwacja perystaltyki jelit
- Obserwacja natężenia bólu, według skali NRS

Ocena uzyskanych wyników opieki:

Natężenie bólu zostało ocenione w skali NRS: 4. Doraźnie podano Espumisan. Dziecko zostało ułożone w pozycji bocznej z przykurczonymi nogami. Dwa razy w ciągu dnia zbadano ruchy perystaltyczne jelit oraz masowano brzuch ruchem okrężnym. Wieczorem dziecko nie zgłaszało dolegliwości bólowych, w skali NRS przyznało 0 pkt.

Diagnoza pielęgniarская 5: Biegunka w przebiegu owsicy

Cel opieki pielęgniarskiej: zapobiegnięcie odwodnieniu, przywrócenie prawidłowych wypróżnień

Interwencja pielęgniarские:

- Obserwacja ilości i charakteru wypróżnień
- Częste podawanie płynów drogą doustną, małymi porcjami
- Zachowanie czystości w okolicy odbytu, poprzez podmywanie, osuszanie, kremowanie
- Prowadzenie bilansu płynów
- Zastosowanie diety lekkostrawnej, bogatej w błonnik, bez surowych warzyw i owoców
- Podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim (Smecta p.o. 2 razy dziennie, NaCl 500 ml- wlew kroplowy)
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych, zgodnie ze zleceniem lekarskim (morfologia, glikemia, CRP, OB)

Ocena uzyskanych wyników opieki:

Dziecko wymaga dalszej obserwacji, ze względu na dalej występującą biegunkę i niski poziom elektrolitów.

Diagnoza Pielęgniarская 6: Obniżone pragnienie z powodu bólu brzucha

Cel opieki pielęgniarskiej: niedopuszczenie do odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych

Interwencje pielęgniarskie:

- Prowadzenie bilansu płynów
- Podaż płynów często, ale w małych ilościach
- Wytlumaczenie w sposób dostosowany do wiek dziecka jak ważne jest prawidłowe nawodnienie organizmu
- Urozmaicenie podawanych płynów
- Na zlecenie lekarskie podaż płynu wieloelektrolitowego we wlewie dożylnym
- Podawanie owoców i warzyw bogatych w soki (np. pomidory, jabłka)

Ocena uzyskanych wyników opieki:

W trzecim dniu pobytu w szpitalu, wraz z poprawieniem się samopoczucia dziecka, zaczęło wracać pragnienie i łaknienie. Dziewczynka zaczęła przyjmować większe ilości płynów doustnie. Dziecko wymaga jednak dalszej obserwacji, ze względu na zbyt małą ilość przyjmowanych płynów.

Diagnoza pielęgniarska 7: Zaburzenia wodno-elektrolitowe spowodowane biegunką

Cel opieki pielęgniarskiej: wyrównanie zaburzeń wodno- elektrolitowych oraz poprawa samopoczucia

Interwencje pielęgniarskie:

- Zwiększenie poziomu spożywanych płynów
- Prowadzenie bilansu płynów
- Podanie dożylnie płynów zgodnie ze zleceniem lekarskim
- Monitorowanie stanu nawodnienia organizmu chorej: ocena napięcia skóry, wilgotności błon śluzowych, stopnia wypełnienia żył szyjnych, pomiar tętna, ciśnienia tętniczego

Ocena uzyskanych wyników opieki:

Stan dziecka po pierwszej dawce płynów poprawił się. Początkowo dziewczynka nie chciała przyjmować płynów doustnie, jednak wraz z poprawą stanu ogólnego poprawił się również apetyt i wzrosło pragnienie. Problem wymaga dalszej obserwacji, ze względu na występującą biegunkę.

Diagnoza pielęgniarska 8: Oliguria (skąpomocz) spowodowana odwodnieniem

Cel opieki pielęgniarskiej: utrzymanie równowagi wodno-elektrolitowej

Interwencje pielęgniarские:

- Obserwacja ilości i charakteru wydalanego moczu
- Prowadzenie bilansu płynów
- Kontrola parametrów życiowych
- Zastosowanie diety ubogiej w potas i sód, lekkostrawnej
- Podaż dużej ilości płynów (często, ale w małych ilościach)
- Obserwacja zachowania dziecka

Ocena uzyskanych wyników opieki:

Mocz w pierwszy dzień pobytu miał ciemne zabarwienie, natomiast trzeciego dnia, miał kolor słomkowy. Problem wymaga dalszej obserwacji, ze względu na małe pragnienie pacjentki.

Diagnoza pielęgniarская 9: Niska masa ciała spowodowana niedożywieniem

Cel opieki pielęgniarskiej: Odżywienie pacjentki, niedopuszczenie do powikłań

Interwencje pielęgniarские:

- Podawanie posiłków ciepłych
- Zadbanie o estetyczny i ciekawy wygląd posiłków
- Urozmaicenie podawanych potraw
- Podawanie posiłków które dziecko lubi
- Zastosowanie witaminowych suplementów diety
- Zastosowanie diety bogatej w białko
- Podawanie posiłków często, ale w małych porcjach (6 razy dziennie)

Ocena uzyskanych wyników opieki:

Dzięki podjętym działaniom apetyt dziecka nieznacznie się poprawił.

Diagnoza pielęgniarская 10: Moczenie nocne

Cel opieki pielęgniarskiej: Zmniejszenie częstości niekontrolowanych nocnych mikcji

Interwencje pielęgniarские:

- Dopilnowanie alby dziecko oddało mocz bezpośrednio przed pójściem spać
- W godzinach wieczornych ograniczenie podaży płynów
- Zrezygnowanie z podawania płynów w nocy
- Zadbanie o regularność mikcji w ciągu dnia
- Regulacja wypróżnień (niedopuszczenie do zaparcí)

- Wprowadzenie „alarmu nocnego”, po którym dziecko powinno pójść oddać mocz

Ocena uzyskanych wyników opieki:

Stan dziecka wymaga dalszej obserwacji z uwagi na zbyt krótki czas od wdrożenia działań, ale istotne jest, że liczba mikcji w nocy zmniejszyła się.

Diagnoza pielęgniarska 11: Obniżone łaknienie z powodu bólu brzucha w przebiegu owsicy

Cel opieki pielęgniarskiej: zwiększenie apetytu dziecka

Interwencje pielęgniarskie:

- Podawanie dziecku posiłków często, ale w małych porcjach (w odstępie 3h)
- Zadbanie o estetyczny i ciekawy wygląd posiłku
- Zadbanie o różnorodność posiłków
- Podanie dziecku jego ulubionych potraw
- Unikanie pikantnych przypraw w posiłku
- W przypadku długotrwałej utraty łaknienia, podaż płynów dożylnie, zgodnie ze zleceniem lekarskim

Ocena uzyskanych wyników opieki:

Po dwóch dniach zauważono poprawę. Samopoczucie dziecka poprawiło się. Dziewczynka chętniej spożywała posiłki, lecz w dalszym ciągu zjadała nieduże porcje.

Diagnoza pielęgniarska 12: Nadmierna pobudliwość spowodowana chorobą

Cel opieki pielęgniarskiej: uspokojenie dziecka i zapewnienie bezpiecznego otoczenia

Interwencje pielęgniarskie:

- Przewidywanie wpływu wydarzeń i procedur medycznych na dziecko
- Wyeliminowanie niebezpiecznych przedmiotów i niepotrzebnego sprzętu z otoczenia dziecka
- Niedopuszczenie, aby dziecko zostawało same
- Tłumaczenie wszystkich czynności wykonywanych przy dziecku
- Ograniczenie ilości bodźców w otoczeniu dziecka

Ocena uzyskanych wyników opieki:

W trzeci dzień pobytu zaobserwowano znaczną poprawę w zachowaniu pacjentki.

Podczas wizyt personelu medycznego, dziewczynka siedziała spokojnie i czekała aż wszystkie czynności pielęgnacyjne zostaną zakończone.

Diagnoza pielęgniarstwa 13: Zaburzenia snu spowodowane dolegliwościami w przebiegu owsicy

Cel opieki pielęgniarstwiej: poprawa jakości snu

Interwencje pielęgniarstwiej:

- Zapewnienie dziecku stałego rytmu dnia, aby miało poczucie bezpieczeństwa
- Wyciszenie dziecka przez snem (ciepła kąpiel, opowiedzenie bajki na dobranoc, puszczenie muzyki relaksacyjnej np. szumu lasu)
- Ograniczenie dziecku dostępu do telewizji, telefonu komórkowego przed snem
- Ustalenie stałych godzin spoczynku i wstawania
- Zostawianie dziecku zapalanej lampki nocnej
- Obecność przy dziecku podczas zasypiania, zapewnienie o swojej obecności podczas snu
- Poproszenie rodziców dziecka o przyniesienie ulubionej maskotki/poduszki/koca dziecka
- Wywietrzenie sali przed snem

Ocena działań pielęgniarstwiej:

Dzięki wyciszeniu i zapewnieniu bezpieczeństwa, dziecko stało się spokojniejsze. Dziewczynka zaczęła szybciej zasypiać i przesypiała całą noc.

Diagnoza pielęgniarstwa 14: Lęk spowodowany hospitalizacją

Cel opieki pielęgniarstwiej: zmniejszenie niepokoju

Interwencje pielęgniarstwiej:

- Ograniczenie liczby osób przebywających w otoczeniu dziecka
- Wykonywanie wszelkich badań diagnostycznych i czynności pielęgnacyjnych w obecności matki dziecka
- Tłumaczenie dziecku i jego matce na czym polega wykonywana czynność
- Stosowanie metod terapeutycznego dotyku
- Włączenie dziecku ulubionej bajki/przeczytanie ulubionej książki

Ocena uzyskanych wyników opieki:

Dzięki zastosowaniu powyższych działań pacjentka podczas czynności pielęgnacyjnych, w dalszym ciągu była wycofana, ale spokojna.

Diagnoza pielęgnarska 15: Deficyt wiedzy matki dziecka na temat owsicy

Cel opieki pielęgnarskiej: zwiększenie wiedzy matki na temat owsicy, zapobieganie nawrotom choroby

Interwencje pielęgnarskie:

- Przekazanie pacjentce w jaki sposób dochodzi do zakażenia
- Przedstawienie pierwszych objawów
- Wy tłumaczenie jakie ryzyko niesie ze sobą nieleczona owsica
- Omówienie ważności przestrzegania podstawowych zasad higieny
- Poinstruowanie matki dziecka w jaki sposób powinna wyprać odzież i pościel dziecka, oraz przygotować mieszkanie na powrót córki ze szpitala

Ocena uzyskanych wyników opieki

Matka była zaangażowana w rozmowę, uważnie słuchała i zadawała dużo pytań. Obiecała, że wszystkie wskazówki i wytyczne wdroży w życie codzienne.

Dyskusja

Przedstawione problemy pielęgnacyjne dziecka z owsicą w badaniu własnym takie jak uporczywy świąd i zmiany skórne okolicy odbytu, stan zapalny sromu, a także występujący w przebiegu owsicy ból brzucha, biegunka znajdują potwierdzenie w dostępnej literaturze. Przykładem może być publikacja Tylewskiej-Wierzbanowskiej, [16]. Wyżej opisane problemy zdrowotne u dziecka objętego analizą przypadku m.in. z powodu bólu brzucha doprowadziły do obniżonego łaknienia i pragnienia, a te z kolei do zaburzeń wodno-elektrolitowych, skąpomoczu oraz utarty masy ciała. Są to objawy opisane w publikacji Kuchar i wsp., którzy przedstawiają do czego prowadzi nieleczona owsica [1]. Problemy pielęgnacyjne związane ze sferą psycho-społeczną dziecka i jego bliskich w analizowanym studium przypadku takie jak: nadmierna pobudliwość, zaburzenia snu, znane są także w literaturze przedmiotu badań. Rybaczek i wsp. opisują wpływ świądu krocza na zachowanie dziecka. Pacjent, któremu uporczywie towarzyszy świąd, jest rozdrażniony, pobudzony, niespokojny. Świąd powoduje wybudzenie ze snu lub utrudnianie zasypiania. W skutek czego dziecko nie wysypia się, a przez zmęczenie jest bardzo marudne i niespokojne [2]. W przedstawionej analizie przypadku opisywana pacjentka miała podobne objawy. Uporczywy świąd wywoływał nieustanny odruch drapania. Dziecko nie wysypiało się przez kilkukrotne

przebudzenie w nocy. W ciągu dnia dziecko było niewyspane, rozdrażnione, płaczliwe i niespokojne. Wszelkie próby kontaktu z dzieckiem kończyły się kończyły się płaczem i ponownym pobudzeniem psycho-ruchowym pacjentki. Z uwagi na wiek dziecka objętego studium przypadku w szczególnie widoczny sposób był lęk związany z hospitalizacją. Małe dzieci szczególnie są wrażliwe na zmianę otoczenia i stres z tym związany, a także rozłąkę z matką, dlatego ważne jest, aby dziecko w trakcie hospitalizacji przebywało z matką, a wszelkie procedury były wyprzedzane tłumaczeniem dziecku na poziomie możliwości percepcyjnych dziecka. W przedstawionym studium przypadku widoczny jest niski poziom wiedzy matki dziecka na temat owsicy- przyczyn choroby, leczenia i profilaktyki. Ważę edukacji i profilaktyki w zapobieganiu nawrotom choroby podkreśla Majda-Stanisławska. Działania profilaktyczne obejmują: częstą higienę rąk, zwłaszcza przed posiłkiem oraz przed i po skorzystaniu z toalety; gruntowne sprzątanie mieszkania; pranie wszystkich rzeczy należących do osoby chorej w temperaturze co najmniej 60°C oraz dezynfekcja rzeczy osobistych tj. zabawek; codzienna zmiana bielizny osobistej, pościelowej i ubrań do momentu wyleczenia [19].

Wnioski

1. Owsica należy do częstych chorób pasożytniczych układu pokarmowego dzieci, której rozpoznanie głównie opiera się na objawach klinicznych. Wśród objawów miejscowych dominuje świąd i zmiany skórne okolicy odbytu; wśród objawów ogólnych bóle brzucha, utrata łaknienia. Natomiast diagnostyka opiera się głównie na badaniach obejmujących wymazy z okolic odbytu oraz na pobraniu krwi w kierunku obecności przeciwciał IgG i IgM.
2. Leczenie owsicy polega na leczeniu przyczynowym: preparaty przeciwpasożytnicze oraz na leczeniu objawowym: zastosowaniu maści przeciwświądowych, preparatu przeciwzapalnego, podaniu doraźnie leków uspokajających.
3. Z uwagi na możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby, w przypadku każdego zachorowania, leczeniem powinna być objęta najbliższa rodzina (domownicy), a w przypadku dziecka także inne dzieci z najbliższego otoczenia.
4. Problemy pielęgnacyjne związane ze sferą biologiczną dziecka z owsicą na podstawie przedstawionego studium przypadku, związane są przede wszystkim z uporczywym świądem i zmianami skórnymi okolicy odbytu, stanem zapalnym sromu, a także występującymi w przebiegu owsicy bólami brzucha,

biegunkami prowadzącymi do obniżonego łaknienia i pragnienia. Kaskada objawów ostatecznie prowadzi do zaburzeń elektrolitowych, skąpomoczu oraz niskiej masy ciała.

5. Problemy pielęgnacyjne związane ze sferą psycho-społeczną dziecka i jego bliskich w analizowanym studium przypadku to głównie nadmierna pobudliwość, zaburzenia snu oraz lęk związany z hospitalizacją. Szczególnej uwagi wymaga niski poziom wiedzy matki dziecka na temat owsicy- przyczyn choroby, leczenia i profilaktyki.
6. Zaproponowane rozwiązania problemów pielęgnacyjnych w części okazały się skuteczne, co oznacza, że założone cele opieki zostały zrealizowane. Stan zdrowia dziecka poprawił się, a uciążliwe objawy zwłaszcza miejscowe (świąd, stan zapalny, zmiany skórne), a także ogólne (ból brzucha, biegunka) zostały zminimalizowane. Widać wyraźny wpływ poprawiającego się stanu somatycznego na stan psychiczny dziecka.
7. Wśród problemów zdrowotnych wymagających dłuższego stosowania zaproponowanych rozwiązań w opiece nad dzieckiem objętym studium przypadku należy nocne oraz niska masa ciała- co oznacza, że ocena uzyskanych wyników opieki będzie możliwa podczas wizyty kontrolnej.
8. Edukacja, zalecenie i wskazówki udzielone matce dziecka stanowią konieczny warunek zapobiegania nawrotom choroby. Najważniejsze działania profilaktyczne obejmują: codzienną toaletę całego ciała, podmywanie krocza wodą z mydłem tuż po przebudzeniu i w ciągu dnia, częste mycie rąk, codzienną zmianę bielizny osobistej i co najmniej raz w tygodniu pościelowej, podmywanie odbytu po każdym wypróżnieniu, prasowanie ubrań i bielizny, unikanie strzepywania używanej pościeli, częste sprzątanie w domu (ścieranie kurzy, mycie podłóg, odkurzanie, wierzenie domu co najmniej 3 razy w ciągu dnia), unikanie wkładania rąk do ust, obcinanie paznokci na krótko, dietę bogatą w błonnik z ograniczeniem słodczy i jedzenia typu fast food, codzienną wymianę ręczników kąpielowych.
9. Oceniając całościowo zaproponowany wobec dziecka proces pielęgnowania, należy podkreślić, że oddział zapewniał wszelkie potrzebne do sprawowania opieki metody i środki, w celu jednak podniesienia jakości świadczeń pielęgniarских można położyć nacisk na większą dostępność do środków higienicznych jednorazowego użytku typu: ręczniki jednorazowe dla pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Kuchar E., Własienko A., Jasonek J.: Najczęstsze choroby pasożytnicze w praktyce lekarza pediatry. *Klinika pediatryczna*, 2016, 24(5), 5054-5056.
2. Rybaczek Z., Dziekiewicz M.: Najczęstsze zakażenia pasożytnicze u dzieci. *Terapia*, 2018, 26(11), 24-26.
3. Stępień-Rukasz H., Rzymkowska J., Kołodziej P. i. wsp.: Diagnostyka wybranych inwazji pasożytniczych przewodu pokarmowego człowieka. *Medpharma Polska*, Wrocław 2017.
4. Lebensztejn D., Kamińska D.: *Gastroenterologia Dziecięca – podręcznik do specjalizacji*. Medi Press, Warszawa 2016.
5. Ołdak E.: Zakażenia pasożytnicze jelit u dzieci. *Standardy medyczne, pediatria*, 2019, 16(5), 622-628.
6. Kaleta P., Palacz-Wróbel P., Chajec Ł.: Częstość występowania robaczyc u dzieci w wieku przedszkolnym – określenie czynników predysponujących. *Medycyna Rodzinna*, 2018, 21(4), 315-321.
7. Pomorska-Wesołowska M.: Pasożyty jako czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych. *Zakażenia XXI wieku*, 2019, 2(2).
8. Duszczyk E.: Choroby pasożytnicze [w:] *Nasze dziecko, rozwój, pielęgnowanie i wychowanie*. Rokicka-Milewska R. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 440-444.
9. Flisiak R. (red.) *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Czelej, Lublin 2020, IV, 1158-1160.
10. Gałęcka M., Basińska A.M., Bartnicka A.: Świąd odbytu – przyczyny i diagnostyka wspomagająca leczenie. *Nowa Medycyna*, 2017, 4.
11. Hadaś E., Derda M.: Pasożyty - zagrożenie nadal aktualne. *Probl Hig Epidemiol* 2014, 95(1), 6-13.
12. Popielska J., Marczyńska M.: Zakażenia pasożytnicze przewodu pokarmowego. *Standardy medyczne, pediatria*, 2013, 10, 474-479.
13. Kotowska M., Albrecht P.: Najczęstsze choroby pasożytnicze przewodu pokarmowego. [w:] *Gastroenterologia dziecięca – poradnik lekarza praktyka*. Albrecht P. (red.) Wydawnictwo Czelej, Lublin 2014, 110-112.
14. Pawlaczyk B.: *Pielęgniarstwo pediatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wyd. I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.

15. Popielska J.: Zakażenia pasożytnicze przewodu pokarmowego.[w:] Gastroenterologia dziecięca – podręcznik do specjalizacji. Socha P., Lebensztejn D., Kamińska D. (red.). Medi Press, Warszawa 2016, 130-132.
16. Tylewska-Wierzbanowska S.: Owsica u dzieci (enterbioza, enterbiosis). Forum Pediatrii Praktycznej, 2019. <https://forumpediatrii.pl/artypkul/owsica-u-dzieci-enterobioza-enterobiosis> (data pobrania 27.10.2023).
17. Popielska J.: Zakażenia pasożytnicze. [w:] Pediatria II. wyd. 2. tom 2. Kawalec W., Grenda R., Kulus M. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
18. Profilaktyka chorób pasożytniczych- owsica, wszawica, świerzp. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy. <https://www.gov.pl/web/ws-se-bydgoszcz/profilaktyka-chorob-pasozvtniczych--owsica-wszawica-swierzp> (data pobrania 27.10.2023).
19. Majda-Stanisławska E.: Najczęstsze choroby pasożytnicze przewodu pokarmowego u dzieci w wieku przedszkolnym. Pediatria po dyplomie, 2018, 2, 74-76.

SPECYFIKA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ WOBEC DZIECKA Z MOCZENIEM NOCNYM – STUDIUM PRZYPADKU

lic. piel. Martyna Michałowicz¹, dr n. o zdr. Dorota Milecka²

1. Licencjat pielęgniarstwa, studentka, studia II stopnia, Państwowa Akademia

Nauk Stosowanych w Głogowie

2. Instytut Medyczny, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie

Wstęp

Moczenie nocne można zaliczyć do najczęściej występujących chorób przewlekłych wieku dziecięcego zaraz po problemach alergicznych. Szacuje się, że występuje u około 5-15% dzieci pomiędzy 6 a 7 rokiem życia [1]. Większość dzieci zaczyna kontrolować oddawanie moczu i przestaje oddawać mocz w nocy przed ukończeniem 3 roku życia, jednak jeśli moczenie występuje u dziecka po przekroczeniu tego wieku może to być niepokojące. Problem z moczeniem nocnym w Polsce występuje u około 300 tysięcy dzieci. Choroba ta znacznie częściej dotyka chłopców. Istotnym faktem jest, że występowanie problemu jakim jest moczenie nocne maleje z wiekiem, jednak nadal 2-3% dzieci w trakcie dojrzewania moczy się w nocy [2]. Prawidłowe opróżnienie pęcherza moczowego to oddanie moczu w trakcie mikcji- świadomie i pod kontrolą. Tą umiejętność nabywają dzieci zazwyczaj pomiędzy 15 a 18 miesiącem życia, niekiedy zdarza się, że posiadają tę umiejętność dopiero między 4 a 5 rokiem życia [3]. Moczenie nocne występuje u dzieci kiedy dochodzi do niekontrolowanego wycieku moczu w trakcie snu w momencie, kiedy dziecko jest w wieku, w którym powinno już świadomie oddawać mocz oraz gdy skończyło już trening czystości, czyli nabyło umiejętność oddawania moczu w sposób kontrolowany [1, 2]. Dzieci po 5 roku życia powinny oddawać 2-3 razy więcej moczu w dzień niż w nocy, a dzieje się to dzięki działaniu wazopresyny [4]. Moczenie nocne można zaliczyć do dysfunkcji dolnych dróg moczowych powodujących nieprawidłowości w fazie gromadzenia moczu. Do incydentu jakim jest moczenie nocne może dojść w momencie kiedy poziom diurezy nocnej jest większy od pojemności pęcherza moczowego, a mechanizmy odpowiadające za wybudzanie w momencie gdy pęcherz jest przepełniony nie

spełniają swojej funkcji [3]. Moczenie nocne można podzielić na monosymptomatyczne moczenie nocne i niemonosymptomatyczne moczenie nocne, a także na pierwotne i wtórne. Najczęściej występującym rodzajem moczenia nocnego u dzieci jest MMN, czyli takie moczenie, w którym nie występują żadne inne objawy dotyczące dolnych dróg moczowych. MMN występuje u ok. 80% wszystkich dzieci moczących się w nocy, natomiast NMMN występuje dużo rzadziej niż MMN i dotyczy tylko 20% dzieci moczących się i charakteryzuje się dodatkowym występowaniem objawów pochodzących z dolnych dróg moczowych [1, 2] np.: częstomocz, nagłace parcie, trudność w rozpoczęciu mikcji, nietrzymanie moczu w dzień, zakażenie układu moczowego, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza [5]. Pierwotnym można nazwać moczenie nocne, jeżeli w momencie moczenia nie pojawił się 6-miesięczny okres nocy suchych, natomiast wtórnym jeżeli ten okres się pojawił [1, 2]. Wtórne moczenie nocne kryje za sobą zwykle wady bądź choroby układu moczowego, a także może oznaczać zaburzenia emocjonalne. Pierwotne monosymptomatyczne moczenie nocne może pojawić się w momencie, gdy u dziecka występuje problem z utrzymaniem równowagi między objętością moczu, który jest produkowany w porach nocnych a pojemnością pęcherza moczowego, znacznie częściej dotyczy dzieci płci męskiej [1, 6]. U dzieci z izolowanym moczeniem może występować nocny wielomocz lub zmniejszona pojemności pęcherza moczowego [1]. Do ogólnych przyczyn moczenia nocnego można zaliczyć: alergie pokarmową, padaczkę, zaparcia, zaburzenia psychiczne, ADHD, zespół bezdechu sennego, zaburzenia emocjonalne, zakażenia układu moczowego, wady anatomiczne układu moczowego, kamice moczową, choroby przebiegające z poliurią, przyczyny neurogenne, źle wyrównaną cukrzycę [2, 7]. Główną przyczyną moczenia nocnego u dzieci może okazać się brak impulsu, który pozwala na wybudzenie się dziecka w momencie, gdy pęcherz jest przepelniony co może być efektem głębokiego snu [1]. Istotnym czynnikiem występowania poliurii nocnej jest zmniejszone wydalenie wazopresyny w porach nocnych, natomiast zmniejszona pojemność pęcherza moczowego wiąże się z nadczynnością wypieracza i z brakiem możliwości przytrzymania moczu, który jest zagęszczony w pęcherzu [1, 2]. Znaczący wpływ na pojawienie się problemu z moczeniem nocnym odgrywają także czynniki genetyczne. Moczenie dotyczy 70% dzieci u których oboje z rodziców miało taki problem w dzieciństwie, a także 40% dzieci jeżeli moczył się tylko jeden z rodziców [8, 9]. W prowadzonych badaniach nad moczeniem nocnym zaobserwowano także predyspozycje do wstępowania MM

u bliźniąt, 68% u jednojajowych i 36% u bliźniąt dwujajowych. Na pojawienie się problemu wpływają również złe nawyki np. spożywanie znacznej ilości płynów w godzinach wieczornych, nie oddawanie moczu w momencie uczucia przepełnionego pęcherza moczowego [9]. Przyczyną moczenia nocnego może być również opóźnione dojrzewanie mechanizmów kontroli nad czynnością pęcherza moczowego lub także zbyt późne wprowadzenie odpowiednich nawyków higienicznych przez rodziców [7]. Problem z moczeniem nocnym u dzieci może mieć także powiązanie z zaburzeniami oddychania podczas snu [10]. W pewnej grupie dzieci moczących się w nocy zauważono współwystępowanie także nadreaktywności pęcherza moczowego z dyssynergizmem wypieraczowo-zwieraczowym [11]. Natomiast do skutków moczenia nocnego można zaliczyć utratę własnej wartości oraz zaburzenia emocjonalne [2]. Problem z moczeniem nocnym jest dla dzieci poważnym zagrożeniem zdrowotnym oraz źródłem stresu [5]. W każdym przypadku wystąpienia moczenia nocnego dziecko powinno mieć zlecone wykonanie badania ogólnego moczu, posiewu moczu, badania czynnościowe nerek oraz dolnych dróg moczowych, oznaczenie elektrolitów, poziomu cukru, a także przeprowadzony wywiad rodzinny, który powinien dotyczyć występowania: moczenia nocnego u rodziców, wad wrodzonych układu moczowego w rodzinie, kamicy układu moczowego, moczówki, tubulopatii, alergii w rodzinie [3, 8]. Badanie przedmiotowe opiera się na ocenie stanu ogólnego, pomiaru ciśnienia tętniczego, uważnym badaniu palpacyjnym jamy brzusznej, okolicy narządów moczowo-płciowych, okolicy krzyżowo-lędźwiowej oraz polega na ocenie czucia w okolicy krocza i kończyn dolnych a także odruchów nosidłowych, ponadto istotna jest ocena stóp w celu wyeliminowania dysfunkcji neurogennych [3, 8]. W diagnostyce dużą rolę odgrywa przeprowadzenie oceny diurezy nocnej, prowadzenie dziennika mikcji. Dzienniczek mikcji zawiera informacje takie jak: objętość i godzina spożywanych płynów, objętość i czas oddawania moczu, częstotliwość epizodów moczenia, godzina rozpoczęcia i zakończenia snu, defekacja, występowanie popuszczania stolca, a także przypadki moczenia dziennego. Aby rozpoznać czy dziecko cierpi na MMN czy NMMN moczenie nocne ważną kwestią jest uzyskanie odpowiedzi na poniższe pytania: czy dziecko moczy się od urodzenia bez przerwy, czy w moczeniu była przerwa dłuższa niż 6 miesięcy; czy moczeniu nocnemu towarzyszy popuszczanie moczu w ciągu dnia lub uczucie nagłej potrzeby oddania moczu; czy nie towarzyszą dolegliwości bólowe w trakcie oddawania moczu; ile razy w tygodniu oraz ile razy w ciągu nocy dziecko moczy się; czy

dziecko nie ma zaparc, nadmiernego pragnienia, nawracających zakażeń układu moczowego, trudności z rozpoczęciem mikcji, żadnych schorzeń neurologicznych; czy dziecko nie chrapie w czasie snu [8]. Pierwszym etapem leczenia są działania wspomagające oraz motywujące, które opierają się na: zwiększaniu ilości spożywanych płynów w trakcie dnia, ograniczeniu picia wieczorem, wyrabianiu nawyku regularnego oddawania stolca i opróżniania pęcherza moczowego, treningu pęcherza moczowego, prowadzeniu dziennika mikcji [1]. W leczeniu nefarmakologicznym uwaga jest skupiona na rodzicach dziecka aby nauczyć ich odpowiedniego postępowania w celu zmniejszenia incydentów moczenia [8]. Jeżeli u dziecka występują zaparcia bardzo ważne jest, aby wprowadzić zbilansowaną dietę bogatą w błonnik, ponieważ zaparcia są jedną z przyczyn wystąpienia moczenia nocnego, dozwolone jest także stosowanie środków zmiękczających stolec [12, 13]. W drugim etapie leczenia zastosowanie ma alarm wybudzeniowy lub przyjmowanie leków [1]. Aby zastosować alarm wybudzeniowy potrzebne są majteczki, które reagują na wilgoć, a w nich musi znajdować się czujnik, który skutecznie wybudza dziecko ze snu w momencie rozpoczęcia mikcji. Innymi sposobami mogą być: pozostawione zapalone światło w pokoju, postawiony w pokoju nocnik lub zapalone światło w drodze do toalety. Te metody nie są skuteczne w każdym przypadku, jeżeli dziecko śpi głęboko i nie pamięta, że wybudzano je w nocy te sposoby nie pomagają [8]. W chwili, gdy leczenie nefarmakologiczne nie przynosi efektów wprowadza się leczenie farmakologiczne. Leki używane w moczeniu nocnym to: desmopresyna, chlorowodorek oksybutyniny, imipramina [1]. W przypadku nieuzyskania oczekiwanych efektów można zastosować alarm wybudzeniowy z farmakoterapią w tym samym czasie [2]. Wpływ na leczenie moczenia nocnego u dzieci ma także przestrzeganie diety oraz ilość i rodzaj spożywanych płynów. Dziecko od południa nie powinno spożywać nabiału, jajek, czekolady, produktów na bazie pomidorów, soków z cytrusów, ponieważ produkty te mają wpływ na zwiększenie ilości moczu lub zaburzają czynność pęcherza. Wieczorem dziecko powinno unikać spożywania napojów gazowanych, ostrych przypraw i owoców. Konieczne jest, aby dziecko wstrzymało się od przyjmowania płynów 2 godziny przed snem [1, 5].

Cel pracy

Celem głównym pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania wobec dziecka z moczeniem nocnym.

Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku, w której w celu pozyskania danych o pacjencie i jego środowisku użyto techniki wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji, pomiaru oraz badania fizykalnego.

Wyniki

Opis przypadku

Chłopiec, lat 11 został przyjęty na oddział pediatriczny w trybie planowym, w stanie ogólnym dobrym w celu wykonania diagnostyki wtórnego moczenia nocnego. Z wywiadu wiadomo, że u pacjenta od ok. 4 lat występują przypadki popuszczania moczu w nocy. Problem występuje od 1-4 razy w miesiącu. W ciągu dnia nie zdarzają się problemy z oddawaniem moczu. U pacjenta występują także zaparcia stolca, stolec oddawany jest z wysiłkiem. Okresowo zdarza się popuszczanie kału. Dodatkowo dziecko ma nadwagę, które wiąże się z nieprawidłowym odżywianiem. Dziecko w momencie przyjęcia na oddział jest zdenerwowane, niechętnie nawiązujące kontakty rówieśnicze, boi się zbliżających badań. W dniu przyjęcia wykonano badanie ogólne moczu, posiew moczu, morfologię krwi i badanie biochemiczne krwi. W celu pobrania materiału do badań, pacjent miał założoną kaniulę obwodową oraz cewnik moczowy. Wdrożono czynności mające na celu zlikwidowanie zaparć- zastosowano dietę bogatą w błonnik. Pacjent i jego matka wykazują zaangażowanie w zakresie edukacji i działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia. W drugiej dobie pobytu pacjenta zostały wykonane kolejne badania diagnostyczne: USG jamy brzusznej oraz cystoureografię mikcyjną. Pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości bólowych. Podczas dyżuru wykonano obserwację miejsca dostępu dożylnego oraz cewnika moczowego, wyniki obserwacji odnotowano w kartach obserwacji. Po przebytych badaniach pacjent w stanie dobrym wypisany do domu. Przekazano pacjentowi oraz jego matce podstawową wiedzę z zakresu moczenia nocnego oraz udzielono wskazówek dotyczących prowadzenia zdrowego stylu życia w celu zmniejszenia masy ciała oraz konieczności stosowania diety bogatej w błonnik, aby zapobiec wystąpieniu zaparć. Zalecono matce pacjenta, aby udała się z dzieckiem do psychologa w celu poprawy samooceny dziecka oraz kontaktów rówieśniczych.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarstwa 1: Wtórne moczenie nocne o nieznannej przyczynie – dziecko w trakcie diagnostyki.

Cel opieki: Zmniejszenie częstości występowania epizodów moczenia nocnego w czasie i po hospitalizacji.

Interwencje pielęgniarские:

- ograniczenie podaży płynów na 2 godziny przed snem,
- ograniczenie przyjmowania napojów gazowanych, soku jabłkowego oraz warzyw i owoców przed snem,
- pouczenie pacjenta o konieczności oddania moczu bezpośrednio przed snem,
- wyprowadzanie pacjenta do toalety 2-3 razy w ciągu nocy,
- wprowadzenie porannego obowiązku samodzielnego sprzątania mokrej pościeli i bielizny w celu wzmacniania przez to kontroli mikcji i ułatwiania budzenia się przy uczuciu przepełnionego pęcherza,
- prowadzenie treningu pęcherza moczowego w ciągu dnia - wstrzymanie mikcji pomimo uczucia parcia na pęcherz oraz zaciskanie mięśni krocza w czasie mikcji (zwiększenie pojemności pęcherza moczowego),
- prowadzenie dziennika mikcji,
- prowadzenie ćwiczeń ruchowych- naprzemienne odwodnienie i zaciskanie ud, przysiady (dotlenienie mięśni odpowiedzialnych za kontrolę pęcherza moczowego),
- dbanie o regularne wypróżnienia- stosowanie diety bogatoresztkowej,
- zaplanowanie rozmowy z psychologiem.

Ocena: W czasie hospitalizacji częstość występowania moczenia nocnego zmniejszyła się.

Diagnoza pielęgniarская 2: Dyskomfort psychiczny spowodowany wtórnym moczeniem nocnym.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu psychicznego.

Interwencje pielęgniarские:

- wyjaśnienie dziecku, że występujące moczenie nocne jest wynikiem choroby i nie powinno się go wstydzić,
- wyjaśnienie dziecku, że jeżeli będzie stosowało się do zaleceń oraz do leczenia to krępujące objawy ustąpią,
- przeprowadzenie rozmowy z matką, aby dawała wsparcie dziecku w chorobie,

- zachęcenie do zadawania pytań w razie jakichkolwiek wątpliwości,
- zachęcenie do rozmowy z psychologiem.

Ocena: Dziecko otrzymało wsparcie w chorobie, dyskomfort psychiczny został zmniejszony.

Diagnoza pielęgniarstwa 3: Nadwaga spowodowana brakiem wiedzy na temat prawidłowego stylu życia.

Cel opieki: Pomoc w zmniejszeniu masy ciała, zwiększenie wiedzy dziecka oraz matki na temat prawidłowego stylu życia w tym odżywiania.

Interwencje pielęgniarstwa:

Edukowanie dziecka oraz matki z zakresu prawidłowej diety:

- spożywanie posiłków regularnie – 5 posiłków co 3-4 godziny
- unikanie spożywania słodczy, posiłków smażonych, pieczonych, tłustych oraz typu fast food,
- włączenie do diety warzyw oraz owoców,
- unikanie produktów takich jak np.: masło, smalec, śmietana, mleko pełnotłuste, pieczywo jasne, ser żółty, sery pełnotłuste,
- spożywanie produktów np.: ciemne pieczywo, jogurt, kefir, maślanka, chude mięso, ryby, oliwa z oliwek, brązowy ryż,
- wyeliminowanie napojów gazowanych,
- spożywanie wody, herbaty niesłodzonej, soków wyciskanych,
- zachęcenie dziecka do zwiększenia aktywności fizycznej,
- udzielenie odpowiedzi na zadane pytania,
- polecenie konsultacji z dietetykiem.

Ocena: Dziecko z matką otrzymali podstawową wiedzę na temat prawidłowego stylu życia.

Diagnoza pielęgniarstwa 4: Uczucie lęku i zdenerwowania spowodowane zbliżającymi się badaniami.

Cel opieki: Uspokojenie dziecka, przygotowanie do badań.

Interwencje pielęgniarstwa:

- poinformowanie o rodzaju i celu zaplanowanych się badań,
- przygotowanie fizyczne i psychiczne dziecka do wykonania planowanych badań,
- umożliwienie stałego kontaktu z matką,

Ocena: Dziecko uspokoiło się, podczas badań wykonywało polecenia.

Diagnoza pielęgnarska 5: Brak wiedzy w zakresie utrzymania prawidłowej higieny intymnej.

Cel opieki: Zwiększenie wiedzy z zakresu prawidłowej higieny intymnej.

Interwencje pielęgnarskie:

Edukowanie dziecka oraz matki z zakresu higieny intymnej:

- prowadzenie systematycznej pielęgnacji i utrzymanie czystości miejsc intymnych,
- stosowanie kosmetyków dedykowanych do higieny okolic intymnych,
- używanie bielizny osobistej (bawełnianej, nieuciskającej),
- unikanie stosowania gąbek do pielęgnacji miejsc intymnych,
- osuszanie miejsc intymnych innym ręcznikiem niż reszta ciała.

Ocena: Dziecko i matka uzyskali podstawową wiedzę na temat prawidłowej higieny miejsc intymnych.

Diagnoza pielęgnarska 6: Zaparcia stolca spowodowane błędami dietetycznymi.

Cel opieki: Pomoc w przywróceniu prawidłowego wydalania stolca.

Interwencje pielęgnarskie:

- kontrolowanie częstotliwości i konsystencji wydalanego stolca
- zastosowanie diety bogatej w błonnik:
- wprowadzenie większej ilości warzyw i owoców do diety,
- spożywanie produktów zbożowych np. kasza gryczana, jęczmienna, jaglana, chleb żytni, razowy,
- zalecenie spożywania regularnie posiłków 4-5x/dobę,
- objaśnienie konieczności spożywania dużej ilości wody w ciągu dnia,
- wykonanie masażu brzucha z zastosowaniem np. oliwki,
- zachęcenie dziecka do nie wstrzymywania oddawania stolca,
- zachęcenie do zwiększenia aktywności fizycznej w celu pobudzenia perystaltyki jelit,
- utrzymanie higieny osobistej polegającej na wykonaniu dokładnej pielęgnacji okolic odbytu dziecka,
- poinformowanie o konieczności spożywania produktów, które odpowiednio wpływają na konsystencję stolca: kefiry, jogurty,
- zastosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza, lactuloza 3 razy dziennie po 15 ml.

Ocena: Dziecko regularnie oddaje stolec, zaparcia ustąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 7: Dyskomfort spowodowany okresowym nietrzymaniem stolca.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu, wyeliminowanie dolegliwości.

Interwencje pielęgniarskie:

- poinformowanie o konieczności wykonania dokładnej toalety krocza po każdym epizodzie oddania niekontrolowanego stolca,
- wykonanie wywiadu w celu uzyskania informacji na temat sytuacji, w których dochodzi do epizodów nietrzymania stolca,
- zachęcenie do prowadzenia dzienniczka wypróżnień, który może pomóc w ustaleniu przyczyn nietrzymania stolca,
- wykazanie zrozumienia i nieocenianie dziecka,
- zachęcenie do wykonywania ćwiczeń funkcji zwieraczy,
- pomaganie w wykonywaniu czynności higienicznych w razie potrzeby,
- wyjaśnienie matce konieczności okazania wsparcia i zrozumienia dziecku.

Ocena: Sytuacja w małym stopniu uległa polepszeniu, problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 8: Brak wiedzy w zakresie problemu jakim jest moczenie nocne.

Cel opieki: Poznanie istoty choroby.

Interwencje pielęgniarskie:

- wyjaśnienie matce konieczności zaakceptowania problemu z jakim zmagają się dziecko i konieczności udzielenia wsparcia,
- edukacja dziecka oraz jego matki na temat moczenia nocnego:
- przedstawienie przyczyn choroby,
- poinformowanie o sposobach diagnostyki,
- przedstawienie metod leczenia,
- objaśnienie celowości wykonywania prostych czynności pomagających zmniejszyć problem z moczeniem nocnym:
- unikanie spożywania dużej ilości płynów, a także owoców w godzinach wieczornych,
- wprowadzenie zakazu spożywania płynów w nocy,
- przekazanie broszur informacyjnych, poradników,

Ocena: Dziecko i matka poznali istotę choroby.

Diagnoza pielęgniarska 9: Zaniżona samoocena, poczucie wstydu, spowodowane problemem z moczeniem nocnym.

Cel opieki: Podwyższenie poczucia własnej wartości.

Interwencje pielęgniarskie:

- okazanie wsparcia i zrozumienia,
- wysłuchanie problemów z jakimi się zмага dziecko,
- motywowanie do zrozumienia problemu jakim jest moczenie nocne,
- zachęcenie do rozmowy z psychologiem.

Ocena: Zwiększenie poczucia własnej wartości wymaga rozmowy z psychologiem.

Diagnoza pielęgniarska 10: Brak kontaktu z rówieśnikami spowodowane poczuciem inności.

Cel opieki: Otwarcie się dziecka na nawiązanie kontaktu z rówieśnikami.

Interwencje pielęgniarskie:

- zachęcenie dziecka do nawiązywania kontaktów z innymi dziećmi znajdującymi się na oddziale,
- wyjaśnienie innym pacjentom przyczyn powstałych trudności z nawiązaniem kontaktu z dzieckiem,
- wyjaśnianie możliwie powstałych konfliktów między dziećmi na oddziale,
- poinformowanie matki dziecka o udzieleniu wsparcia w budowaniu kontaktów z rówieśnikami,
- umożliwienie i zachęcenie do kontaktu z psychologiem.

Ocena: Dziecko nawiązało kontakt z rówieśnikami.

Dyskusja

Moczenie nocne jest bardzo często występującym schorzeniem wieku dziecięcego stanowi bardzo trudny dla dzieci problem zdrowotny, stąd wymaga poszukiwania przyczyn i leczenia, chociaż jak podaje literatura w niektórych przypadkach zdarza się, że moczenie nocne samoistnie przemija [14]. U dziecka objętego analizą indywidualnego przypadku występują przewlekłe zaparcia, które mają negatywny wpływ na mechanizm opróżniania pęcherza, nie pozwalają na całkowite opróżnienie go co prowadzi do zbyt dużego wypełnienia pęcherza, a to skutkuje niekontrolowanym wyciekami moczu [12]. W leczeniu powinno się zastosować działania mające na celu przywrócenie prawidłowego wydalania [5, 13]. W badaniu własnym na zlecenie lekarza podano pacjentowi Laktulozę oraz wprowadzono dietę bogatą w błonnik. Według Jankowskiego i wsp. aby uniknąć powstawania zaburzeń

emocjonalnych, poczucia niskiej wartości, a także problemów w przystosowaniu się do środowiska rówieśników kluczową rolę odgrywa natychmiastowe rozpoczęcie diagnostyki i leczenia moczenia nocnego w momencie zaobserwowania problemu [15]. Z wywiadu wykonanego w badaniu własnym wynika, że problem z moczeniem nocnym u dziecka występuje od około 4 lat i nie prowadzono wcześniej diagnostyki ani leczenia w tym kierunku. Problem z moczeniem nocnym trwający tak długi czas spowodował, że dziecko odczuwa dyskomfort psychiczny, poczucie wstydu oraz ma zaniżoną samoocenę. Dziecko utrzymuje kontakt tylko z jednym kolegą, nie potrafi otworzyć się na innych rówieśników. W dostępnej literaturze istnieją doniesienia, podkreślające, że problem jakim jest moczenie nocne w negatywny sposób oddziałuje na dziecko w sferze rozwoju psychicznego. Prowadzi do zaburzeń w kontaktach z rówieśnikami, dziecko ma problem z nawiązywaniem kontaktu, ponieważ dziecko wstydzi się swojej choroby i uważa się gorsze od innych [4]. Taki sam problem miało dziecko opisywane w analizie indywidualnego przypadku. Dziecko unikało kontaktu z innymi, ponieważ czuło się inne, gorsze. W celu zmniejszenia tego problemu zachęcano do kontaktów z innymi dziećmi na oddziale oraz zaproponowano rozmowę z psychologiem. Według wielu autorów dostępnych publikacji istotne znaczenie w zmniejszeniu problemu jakim jest moczenie nocne odgrywa prawidłowe spożywanie płynów [5, 6], a także stosowanie odpowiedniej diety [5]. Opisywane dziecko oraz jego matka nie posiadali wiedzy w tym zakresie, dlatego przeprowadzono edukację z zakresu moczenia nocnego z uwzględnieniem konieczności unikania spożywania płynów oraz owoców w godzinach wieczornych jak również zachęcono matkę do wprowadzenia zakazu spożywania płynów w trakcie nocy. Dziecko objęte analizą indywidualnego przypadku zostało przyjęte do szpitala w celu poznania przyczyny moczenia nocnego. Dziecko miało wykonane wszystkie niezbędne badania diagnostyczne: badanie ogólne moczu, mikroskopowy osad moczu, posiew moczu, morfologię krwi, mikroskopową ocenę rozmazu krwi, biochemię krwi w tym badanie gospodarki kwasowo-zasadowej, USG jamy brzusznej, RTG cystoureteriografię mikcyjną.

Wnioski

1. Moczenie nocne jest najczęściej występującym problemem urologicznym oraz należy do najczęściej występujących chorób przewlekłych wieku dziecięcego zaraz po schorzeniach alergicznych.

2. Pielęgniarka pełni ważną rolę w diagnostyce oraz leczeniu dzieci z moczeniem nocnym. Do zadań pielęgnacyjno-opiekuńczych należą przede wszystkim: stosowanie odpowiedniej diety, ograniczenie podaży płynów przed snem oraz edukacja.
3. Istotnym elementem w opiece nad dzieckiem z moczeniem nocnym jest współpraca pielęgniarki z rodzicem oraz psychologiem.
4. W badaniu własnym wiodące problemy pielęgnacyjne dziecka związane były głównie z psychicznym i społecznym funkcjonowaniem dziecka, co znajduje także potwierdzenie w dostępnej literaturze: dyskomfort psychiczny, zaniżona samoocena, poczucie wstydu, trudności w nawiązywaniu kontaktów rówieśniczych. Wśród problemów natury biologicznej, najistotniejsze to: moczenie nocne, zaparcia, nadwaga oraz okresowo występujące nietrzymanie stolca.
5. Podjęte działania pielęgniarskie dotyczące moczenia nocnego takie jak: ograniczenie podaży płynów przed snem, prowadzenie dzienniczka mikcji oraz trening pęcherza moczowego- spowodowały zmniejszenie częstości „nocy mokrych”, co także wpłynęło na poprawę stanu psychicznego dziecka.
6. W opiece nad dzieckiem z moczeniem nocnym przeprowadzono edukację matki i dziecka obejmującą głównie konieczność unikania czynników wpływających na niekontrolowane oddawanie moczu oraz zapewnienie dziecku wsparcia w celu wzrostu samooceny.
7. W poszukiwaniu rekomendowanych metod wpływających na poprawę funkcjonowania dzieci z moczeniem nocnym należy promować wczesną diagnostykę w poszukiwaniu przyczyn moczenia nocnego oraz psychoterapię indywidualną lub rodzinną.

Piśmiennictwo

1. Ziółkowska H., Grenda R.: Choroby układu moczowego. [w:] Pediatria I. Kawalec W., Grenda R., Kulus M.: Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 709-727.
2. Zwolińska D., Musiał K.: Choroby nerek i układu moczowego. [w:] Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne. Zarzycka D., Emeryk A.: Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2020, 404-429.
3. Maternik M., Chudzik I.: Moczenie nocne – przyczyny, diagnostyka i leczenie. Standardy medyczne/ pediatria, 2019, 16, 478-488.

4. Jobs K., Jung A.: Moczenie nocne u dzieci – aktualnie obowiązujące definicje i standardy postępowania. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 2014, 10(1), 32-35.
5. Lewandowska-Kidoń T., Korzeniecka-Kozerska A.: Zalecenia dietetyczne i restrykcje płynowe u dzieci z zaburzeniami oddawania moczu. *Polska Platforma Medyczna* 2021. <https://ppm.edu.pl/info/article/UMB1f5b94ffeb9440c1946ff367879df12a/> (data pobrania 27.10.2023).
6. Krakowska A., Maternik M., Wosiak A., i wsp.: Dzieci z monosymptomatycznym pierwotnym moczeniem nocnym – charakterystyka profilu klinicznego pacjentów pierwszorazowo zgłaszających się do nefrologa. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 2017, 13, 498-506.
7. Zwolińska D., Medyńska A.: Moczenie nocne u dzieci. *Pediatrica po dyplomie*, 2016, 6, 13-25.
8. Nosek H., Dobrowolska A., Ocelewska I.: Choroby dróg moczowych u dzieci. [w:] *Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne. Wybrane zagadnienia*. Badowska W. i wsp.: Wydawnictwo Help-Med., Kraków 2014, 293-318.
9. Szymańska U.: Zaburzenia wydalania. [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży. Tom 2*. Janas-Kozik M., Wolańczyk T.: Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2021, 115-133.
10. Kostrzewa M., Faltin K., Konopka W. i wsp.: Wpływ usunięcia migdałków na moczenie nocne u chrapiących dzieci. *Pediatr Med Rodz*, 2017, 13, 507-513.
11. Radziszewski P., Dobroński P., Szalecki P. i wsp.: Czynnościowe zaburzenia mikcji. [w:] *Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydanie II. Borkowski A. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 45-68.
12. Gruszka M., Kudela G., Koszucki T.: Wybrane aspekty opieki nad dzieckiem z pęcherzem neurogennym i przetoką mitrofanoffa. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2019, 3, 301-305.
13. Tkaczyk M., Maternik M., Apoznański W. i wsp.: Moczenie nocne u dzieci – racjonalne postępowanie w podstawowej opiece zdrowotnej. Część 2. Leczenie. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012, 14, 3, 514-518.
14. Maternik M.: Dziecko z zaburzeniami w oddawaniu moczu i moczeniem nocnym. [w:] *W gabinecie lekarza specjalisty. Pediatrica. Nefrologia dziecięca w praktyce pediatry*. Traczyk M.: Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2020, 12-32.
15. Jankowski Z., Jabłoński J., Lewandowska M., i wsp.: Moczenie nocne u dzieci – problem leczniczy i społeczny. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2013, 15, 2, 114-115.

DZIECKO Z UZALEŻNIENIEM OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH – ANALIZA ZJAWISKA

mgr Irena Jastrzębska¹, mgr Katarzyna Szykowna¹, dr n. med. Ewa Molka²

1. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana z siedzibą w Lublińcu
2. Katedra i Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wprowadzenie

W Polsce patologia społeczna wskazuje tendencje wzrostowe [1]. Zachowania, które w wyraźny sposób odbiegają od przyjętych norm i wartości dotyczą wszystkich grup społecznych bez względu na wiek, wykształcenie czy region zamieszkania. Wzrasta liczba przestępstw w związku z nadużywaniem narkotyków i liczba ofiar śmiertelnych w wyniku ich przedawkowania. Wzrasta wyraźnie liczba osób uzależnionych od opiatów, halucynogenów, kokainy i amfetaminy [2]. W Polsce jednym z najpoważniejszych zjawisk patologicznych jest zjawisko zespołu uzależnienia od alkoholu, czyli szkodliwego używania alkoholu prowadzącego do uzależnienia. Problem dotyczy różne osoby, niezależnie od wieku, płci i statusu majątkowego [1]. Obserwowany jest wzrost spożycia alkoholu wśród młodzieży. Nadużywania narkotyków jest poważnym problemem społecznym, stanowi zagrożenie, szczególnie wśród dzieci i młodzieży. Ma to swoją genezę w szybkim napływie środków odurzających oraz łatwym dostępie, a nawet panującej „modzie”. Niezależnie od przyczyn, społeczne skutki tego zjawiska są bardzo niebezpieczne, począwszy od zanikania więzi i systemów wartości po całkowitą degradację społeczną. Kolejnym zjawiskiem patologii społecznej w Polsce jest przestępczość, która wiąże się z nieprzestrzeganiem prawa, norm regulujących życie społeczne. Niepokojące jest to, że wzrasta liczba dokonywanych przestępstw przez osoby małoletnie. Przyczyny tego zjawiska należy szukać w kryzysie rodziny, niepowodzeniach szkolnych oraz zagrożeniach uzależnieniem. Ma to wpływ na rozluźnienie więzi, co może zniekształcić system rodziny a w rezultacie doprowadzić do jej rozpadu. Podejmowanie prób samobójczych jest kolejnym zjawiskiem patologii społecznej. W przypadku braku wzorców, odpowiednich zachowań, u dzieci mogą wystąpić

skłonności do przejawiania zachowań agresywnych i autoagresywnych, destruktywnych i samobójczych [2].

Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM – V) „Zespół uzależnienia jest to forma zaburzenia, zdefiniowana jako wadliwy wzorzec zachowania, powodujący ewidentne szkody fizyczne, psychiczne i społeczne” [1]. Pojęcie uzależnienia używane jest zazwyczaj w odniesieniu do konkretnej substancji lub zachowania. Natomiast definicja zawarta w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku z późniejszymi zmianami, uzależnienie ma następujące brzmienie: „uzależnienie od środków odurzających lub psychoaktywnych to zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych wynikających z działania środków odurzających lub psychoaktywnych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem” [3]. U podstaw uzależnienia leży utrata kontroli nad własnym myśleniem i zachowaniem [4]. Mechanizmy uzależnienia związane są z nałogowym regulowaniem uczuć, który działa na poziomie emocjonalnym, mechanizmem rozproszonego i rozdwojonego „ja”, który z kolei jest na poziomie zachowań i mechanizmem iluzji i zaprzeczeń, który dotyczy procesów poznawczych. Długotrwałe stosowanie środka uzależniającego może powodować, że organizm przyzwyczaja się do jego obecności. Osoba uzależniona często zwiększa dawki lub częstotliwość zażywania substancji, aby uzyskać oczekiwany efekt. Od pierwszego kontaktu ze środkiem uzależniającym do pojawienia się pierwszych symptomów uzależnienia upływa wiele tygodni, miesięcy a nawet lat [5]. Często sygnały są mało widoczne. Mechanizm wypierania może dotyczyć również najbliższego otoczenia. Dlatego tak ważny jest stały kontakt z dzieckiem pozwalający wychwycić pierwsze niepokojące sygnały, świadczące o kontakcie ze środkami psychoaktywnymi świadomość i umiejętność oceny realnego zagrożenia. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „zespół uzależnienia jest stanem psychicznym, a zazwyczaj również fizycznym, spowodowanym spożywaniem środka odurzającego i charakteryzujący się określonymi zachowaniami bądź innymi reakcjami, w których okresowo lub zawsze pojawia się przymus spożycia danego środka po to, aby doświadczyć jego działania na psychikę, a niekiedy również, by uniknąć dyskomfortu związanego z jego odstawieniem” [1].

Rozwinięcie

Na podstawie definicji do rozpoznania zespołu uzależnienia upoważnia łączna obecność przynajmniej trzech z wymienionych poniżej objawów utrzymujących się przez miesiąc, lub trwających krócej, ale powtarzających się kilkakrotnie w ciągu 12 miesięcy:

silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania substancji,
trudności w kontrolowaniu zachowania i w ocenie ilości przyjmowania substancji,
objawy odstawienia występujące po zmniejszeniu ilości lub odstawieniu,
widoczne zwiększanie się tolerancji powodujące przyjmowanie coraz większych dawek w celu uzyskania oczekiwanego efektu,
zaniedbywanie źródeł przyjemności i utrata zainteresowań oraz poświęcanie coraz większej ilości czasu na zdobywanie i przyjmowanie substancji,
uporczywe przyjmowanie substancji mimo jawnie szkodliwych następstw [6].

Uzależnienie jest procesem pogłębiającym się i doprowadzającym do wielu zmian w organizmie człowieka. Zmiany te dotyczą wszystkich sfer aktywności człowieka. Szczególnie atakują myślenie, zachowanie i odczuwanie [7].

Etapy rozwoju uzależnienia stanowią specyficzną całość i dotyczą rozwoju choroby, a odnoszą się do obrazu klinicznego, wobec czego wyodrębniamy cztery fazy rozwoju uzależnienia [1]. Faza pierwsza: eksperymentowanie – tym pierwszym w życiu środkiem odurzającym bywa z reguły środek, jakiego używają osoby z najbliższego otoczenia dziecka – rodzice lub koledzy [6]. Dotyczy to głównie tytoniu lub alkoholu, ale może to być również marihuana albo środki wziewne [13]. Dziecko zazwyczaj nie kupuje samodzielnie używek, jest częstowane. Nie zdaje sobie sprawy z zagrożenia, zażywa raz na jakiś czas [8]. W tej fazie występuje wysoki entuzjazm i euforia, istotną rolę odgrywa tu przynależność do grupy. Dziecko odczuwa akceptację otoczenia i przynależność. [9]. Faza druga: stan odurzenia przyjemnością – dziecko na tym etapie kupuje substancje, bierze w grupie, zmienia starych znajomych, ma nowych [8]. Zaczyna się podwójne życie, pierwsze kradzieże, porzucenie zainteresowań, agresja słowna, kłamstwo, rosnące upodobania do posługiwania się slangiem [11]. W tej fazie entuzjazm i euforia są jeszcze wysokie, dziecko jest dumne z poczucia kontroli nad użyciem środków. Często obserwuje się, że dziecko doświadcza stanów dyskomfortu po ustąpieniu działania środka. Faza trzecia: stan odurzenia staje się celem nadrzędnym [8]. Z uwagi na wysoką tolerancję, coraz częściej odurza się w samotności, podejmuje próby zmniejszenia dawek lub rzucenia nałogu [10]. W fazie tej mogą

wystąpić pierwsze przedawkowania. Zachowanie dziecka jest coraz gorsze, zaniedbuje kontakty z kolegami nie zażywającymi narkotyków, jawnie identyfikuje się z narkomanami [8]. Dziecko zaczyna kraść i handlować w celu zdobycia pieniędzy, wagaruje, rzuca szkołę, rozpoczynają się incydenty z policją, często dochodzi do łamania prawa [11]. Samopoczucie dziecka pogarsza się, gdyż chęć odurzenia staje się treścią życia, bywa zły nastrój, nawracające bolesne poczucie winy i wstydu. U większości dzieci obniża się samoocena, pojawiają się myśli samobójcze [2]. Faza czwarta: stan odurzenia jest już normą [8]. Dziecko zażywa środki szkodliwe, żeby żyć, żyje żeby brać. Stale używa środków odurzających, zwiększa dawki, więc koszty są bardzo wysokie [6]. Obserwuje się na tym etapie, utratę kontroli nad używaniem, niemożność odróżnienia stanu normalnego od stanu odurzenia. W fazie tej często występują przedawkowania, całkowite wyniszczenie fizyczne, chroniczny kaszel, wybuchy wściekłości, agresja wobec rodziny i innych, ciężka paranoja [12]. Samopoczucie ciągle się pogarsza, występuje depresja wymuszająca przyjęcie środka, poczucie winy, żal, wstyd i lęk są stale obecne. Objawy abstynencyjne są trudne do przetrwania, mogą nasilać myśli rezygnacyjne i doprowadzić do podjęcia próby samobójczej.

Bardzo częsty kontakt z uzależnieniami dzieci mają już w domu rodzinnym. Uzależnienia te nie dotyczą ich bezpośrednio, ale ich najbliższych: rodziców, starszego rodzeństwa, krewnych, sąsiadów. Młodzież natomiast najczęściej z problemem tym spotyka się na różnego rodzaju imprezach, prywatkach, dyskotekach [5]. Jednak zdecydowana większość młodzieży uważa siebie za osoby wolne od uzależnień. Wynika to z tego, że nie znają oni mechanizmów uzależnień. Nie do końca zdają sobie sprawę, że są już osobami uzależnionymi. Niejednokrotnie dzieci nie widzą nic złego w tym, że palą, piją alkohol czy zażywają narkotyki [11]. Do podstawowych przyczyn uzależnienia możemy zaliczyć: niedojrzałość emocjonalną, zaburzenia osobowości, poważne stresy i urazy, które istotnie naruszają równowagę psychiczną [8]. Zjawisko uzależnienia wiąże się z młodzieńczą fazą życia, egocentryzmem młodzieńczym, psychika jest nieustabilizowana, a osobowość nieukształtowana [2]. Choć większość dzieci próbuje środków odurzających, tylko nieliczne podporządkowują im swoje życie. Predyspozycje do używania środków psychoaktywnych mają dzieci, które czują się samotnie i obco w swoim otoczeniu [8]. Niektóre dzieci z powodu braku samodyscypliny, braku przynależności i niedowartościowania, uciekają w stan odurzenia. Nałóg rodziców również może być przyczyną sięgania przez dziecko po środki uzależniające [1]. Zażywania środków psychoaktywnych

dzieci uczą się od dorosłych [8]. Pobłażliwa postawa wobec tych niebezpiecznych środków przyjęta w domu jest równie niebezpieczna, jak zgoda na ich przyjmowanie. W środowisku rodzinnym mogą kształtować się warunki przesądzające o tym, czy dana osoba stanie w obliczu ryzyka nadużywania środków odurzających i uzależnienia [9]. Dzieci, które mają wpajane odpowiednie wzorce wychowawcze często są odporne na proponowane mu wzorce subkulturowe i zachowania dewiacyjne, związane z używaniem środków odurzających. Kiedy natomiast w rodzinie dochodzi do niekorzystnego i niebezpiecznego nagromadzenia negatywnych warunkowań, dzieci tracą podstawę do obrony przed zewnętrznymi zagrożeniami. Wyniki analiz wskazują jednoznacznie, że właściwości środowiska rodzinnego są istotnie powiązane z występowaniem zachowań ryzykownych. Im większe wsparcie w rodzinie oraz zaangażowanie rodziców w monitorowanie tym mniejsze nasilenie objawów występowania zachowań ryzykownych [11]. Młodzież uzależniona często od wczesnego dzieciństwa doświadcza przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej czy też głębokiego zaniedbania. U dzieci, podlegających długotrwałej przemocy, dochodzi do nagromadzenia wielu bolesnych, trudnych i niemożliwych do zniesienia uczuć, takich jak złość, wściekłość, nienawiść, strach, smutek i ból. Młodzież wchodząc w uzależnienie i degradowując się fizycznie, psychicznie i moralnie, rekompensuje pewne braki niezaspokojonych potrzeb niewłaściwie postępując. Podobne reakcje mogą pojawić się u dzieci, w rodzinach których, we wczesnym okresie ich życia nastąpił rozwód rodziców. Dla małego dziecka takie wydarzenie niesie ze sobą traumatyczne skutki zwłaszcza, gdy dochodzi do porzucenia dziecka przez jedno z rodziców [5]. Inną przyczyną bywa też to, że rodzice nie potrafią dostatecznie jasno i jednoznacznie określać czego wymagają od dziecka. Rodzice nazbyt przyzwalający, którzy nie reagują zdecydowanie i nie uczą odpowiedzialności za podejmowane działania, też mogą spotkać się z problemem odurzania się dziecka [9]. Ostatnim czynnikiem, który potwierdza niewydolność wychowawczą rodziców młodzieży uzależnionej, to brak dostatecznej umiejętności posługiwania się systemem nagród i kar. Tworzenie niestabilnego i niekonsekwentnego otoczenia niesie za sobą problemy wychowawcze. Tymczasem nadawanie i odbieranie dziecku określonych przywilejów, stanowi o wiele bardziej skuteczną i bezpieczną drogę kształtowania zachowań, charakteru i osobowości dziecka [8]. Według klasyfikacji ICD-10 środki psychoaktywne dzielimy na: alkohol, opiaty, kanabinoidy, leki uspakajające i nasenne, kokainę, substancje halucynogenne, lotne rozpuszczalniki i papierosy. Zachowanie dzieci, zależy głównie od spożytych ilości

i indywidualnej tolerancji. Środki psychoaktywne nawet w małej ilości upośledzają funkcje spostrzegania i pamięci [4]. Po zażyciu środków odurzających może wystąpić zaburzenie orientacji, osłabienie refleksu i trudności w wysławianiu [2]. Objawami po długotrwałym używaniu mogą być: depresja, lęk, społecznie nie akceptowane zachowania, marskość wątroby, uszkodzenie mózgu, samobójstwa, gwałtowne zachowania. Długotrwałe przyjmowanie tych środków jest bardzo wyniszczające dla organizmu [4].

Związane z uzależnieniem zmiany w zachowaniu dziecka są wcześniej dostrzegane przez otoczenie i wydają się mniej przerażające niż późniejsze zmiany osobowości. Używanie środków odurzających niszczy struktury zorganizowanego życia dziecka [9]. Dzieci wciągnięte w uzależnienie coraz częściej wracają do domu spóźnione [8]. Nieprzestrzeganie ustalonych przez rodziców godzin i częste wymykanie się z domu, również mogą przemawiać za tym, że z dzieckiem coś się dzieje. Podejrzeniem przyjmowania środków psychoaktywnych może być również, przesiadywanie godzinami w swoim pokoju [2]. Wraz z izolowaniem się od życia rodzinnego, własne role i obowiązki stają się dla dziecka mało ważne [8]. Dziecko mające problem z uzależnieniem przestaje wypełniać swoje zadania w domu. Zapomina o uroczystościach rodzinnych i odmawia uczestniczenia w nich [12]. Ma nieporządek w swoim pokoju, ogólnie jest zdeorganizowane i nieporządne. Nowe znajomości, utrata dotychczasowych przyjaciół i ukrywanie kolegów przed rodzicami, mogą świadczyć o kontakcie dziecka ze środkami odurzającymi. Dziecko zaczyna często wychodzić na krótko z kolegami, zaniedbuje zwyczaj przedstawiania kolegów rodzicom. Nagła popularność dziecka wyraźnie ostrzega o możliwości zajmowania się dostawą i handlem środków odurzających. Nagłe podjęcie życia seksualnego i przypadkowość kontaktów sugerują, iż nastąpiła drastyczna zmiana w postawie wobec życia i w doborze towarzystwa [8]. Kolejnym objawem są zmiany nawyków żywieniowych [9]. Napady żarłoczości, zwłaszcza nagłe zapotrzebowanie na słodkie są niezwykle charakterystycznym, ubocznym skutkiem palenia marihuany. Spadek na wadze, jeśli jest gwałtowny, może być następstwem zażywania środków odurzających. Dziecko uzależnione zaczyna kraść, chowa alkohol, papierosy, pożycza różne rzeczy kolegom [8]. Paweł Karpowicz ujmuje to tak „osoba staje się zniewolona, nie potrafi żyć bez narkotyków, tak jak nie potrafi oddychać bez powietrza” [7]. Skutki wciągnięcia dziecka w środki odurzające bywają widoczne w szkole [8]. Dziecko zażywające środki psychoaktywne zaczyna mieć słabsze oceny i brak mu motywacji do nauki. Dziecko odurzające się, często się spóźnia

do szkoły, zasypia na lekcjach, wagaruje, narusza dyscyplinę szkolną w różnych zakresach [10]. Bywa też tak, że lekceważy nauczycieli, przerywa szkołę, w końcu zostaje z niej wyrzucone. Dziecko uzależnione staje się gburowate, izoluje się. W zmianach osobowości zaznaczają się wprawdzie indywidualne różnice, ale regułą jest postępujący charakter tych zmian. W wyniku zażywania środków psychoaktywnych u dziecka dochodzi do trwałych zmian charakterologicznych, ponieważ środki te hamują rozwój emocjonalny nastolatka. Dzieci biorące środki psychoaktywne oddalają się od swoich bliskich i nie okazują im ciepłych uczuć [11]. Stają się przy tym tak drażliwe na swoim punkcie, iż reszta rodziny musi uważać na to, co mówi. Typowe dla dziecka odurzającego się jest izolowanie się i zamykanie w sobie. U wielu dzieci uzależnionych obniża się sprawność intelektualna i zdarzają się krótkotrwałe okresy niepamięci [1]. Dzieci zażywające środki psychoaktywne nie tylko nie nadążają za rówieśnikami w rozwoju intelektualnym, ale są także mniej dojrzałe [2]. Są niezdolne do obiektywnej oceny własnych problemów, a tym samym do ich rozwiązania. Ogólna utrata inicjatywy powoduje, że sprawy, które dotąd wydawały się pochłaniać bez reszty, schodzą na dalszy plan [8]. W trakcie rozwoju uzależnienia u dzieci rozwija się, poczucie beznadziejności i bezradności, męczy poczucie winy [11]. Dziecko czuje się smutne, pokrzywdzone i wystraszone. Problemy społeczne dzieci i młodzieży wiążą się z obrazem warunków życia i dorastania w tej grupie populacji we współczesnym świecie. Ostatnie dekady charakteryzują się gwałtownymi zmianami politycznymi, społecznymi i ekonomicznymi. Tempo, głębokość i zakres tych zmian stwarzają wiele zagrożeń dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży. Powodują poczucie braku bezpieczeństwa i stabilności. Nakładają również presję, spod której trudno się wydostać. Jednym z nich jest powstanie uzależnień w wyniku przyjmowania substancji psychoaktywnych, odurzanie się nieletnich sprzyja popełnianiu czynów karalnych, ma też znaczny wpływ na ich charakter [10]. Do czynów karalnych najczęściej popełnianych przez nieletnich, będących pod wpływem środków odurzających możemy zaliczyć: rozbój i wymuszenie rozbójnicze, udział w bójce i pobiciu, uszkodzenie ciała, uszkodzenie mienia [8]. Czyny dokonywane przez nieletnich, będących pod wpływem alkoholu lub innych substancji odurzających cechuje przede wszystkim brutalne zachowanie. Środki odurzające osłabiają kontrolę wewnętrzną młodego człowieka, wywołując błędną interpretację jego zachowania [2]. Mogą wywołać stany psychotyczne, urojenia - co często wymaga interwencji psychiatrycznej. Długotrwałe spożywanie środków psychoaktywnych może być bardzo kosztowne,

tym bardziej dla małoletniego [8]. Uzależnienie wyzwała wrogość do wszelkich instytucji społecznych i ich przedstawicieli. Pospolitej kradzieży w sklepie dokonuje młodociany dla zdobycia przedmiotów, które może sprzedać lub wymienić, ale włamanie i rabunek wskazują już na poważny nałóg [8]. Dziewczęta uzależnione godzą się na kontakty seksualne w zamian za narkotyki [13]. Ale gdy staną się zależne od dużych dawek, mogą zacząć uprawiać regularną prostytutkę.

Szacuje się, że 70–90% młodych osób, które miały myśli suicydalne lub podejmowały próby samobójcze, miały zdiagnozowane zaburzenia lub chorobę psychiczną, wśród których dominowały: zaburzenia nastroju (zaburzenia depresyjne, choroba afektywna dwubiegunowa), zaburzenia lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia zachowania. Istotnym czynnikiem ryzyka są również współistniejące choroby somatyczne, a zwłaszcza te o przewlekłym przebiegu [14]. Szczególnie duże i wyraźne ryzyko samobójstwa istnieje u osób uzależnionych w okresie występowania zaburzeń związanych z pojawieniem się zespołu abstynencyjnego. U osób z zaburzeniami psychotycznymi, w zespołach depresyjnych towarzyszących uzależnieniom ryzyko wystąpienia myśli i zachowań suicydalnych jest zwiększone.

Najgroźniejszym skutkiem zażywania środków odurzających, szczególnie stosowanych dożylnie jest zakażenie wirusem HIV. Dane epidemiologiczne wykazują, że narkomani uzależnieni od narkotyków przyjmowanych w formie iniekcji dożylnych, stanowią grupę o najwyższym stopniu ryzyka - ponad 22%. Choroba, jaką powoduje wirus HIV, prowadzi do wyniszczenia organizmu i do śmierci. Pojawiają się przypadki odmawiania pomocy medycznej osobom odurzającym się, gdy przyznają się do nosicielstwa, nic więc dziwnego, że zatajają oni fakt zakażenia. Z kolei liczba nastolatków, u których stwierdza się nosicielstwo HIV, ulega wzrostowi szczególnie w Europie środkowowschodniej [13].

Podsumowanie

Patologie społeczne występują w każdym środowisku a problem uzależnienia jest jedną z ich form. Z punktu widzenia zdrowotności, uzależnienie jako patologia to indywidualna tragedia człowieka. Jest wiele rodzajów uzależnień. Uzależnić się można od wszystkiego. Każde zachowanie nawet najbardziej niewinne, może stać się nałogiem. Z przedstawionych wiadomości wynika, że mechanizm powstania uzależnienia i jego rodzaje są wieloczynnikowe.

Rodzina powinna być miejscem zaspakajania jego potrzeb dziecka adekwatnie do rozwoju psychomotorycznego. W środowisku rodzinnym powinien przebiegać

proces kształtowania się odpowiednich zachowań dziecka zwany procesem wychowania. Zaburzenia modelu systemowego rodziny mają ogromny wpływ na funkcjonowanie dziecka i w rezultacie jego rozwój. Dziecko powinno się czuć bezpiecznie w domu. Przedstawione materiały wskazują, że nieprawidłowe postawy rodzicielskie prowadzą do zaniedbań, braku odczuwania miłości przez dziecko. Dziecko bez poczucia bezpieczeństwa będzie szukało, akceptacji. Zaprowadzić to może do uzależnienia. Istotny wpływ ma budowanie świadomości z zagrożeń rodziców oraz edukacja w środowisku nauczania. Bardzo ważne jest orientowanie się jakie są rodzaje środków psychoaktywnych oraz jak działają na organizm człowieka. Mając świadomość, jakie objawy mogą wystąpić po spożyciu określonego środka psychoaktywnego, wiedząc na co trzeba zwracać uwagę, łatwiej można rozpoznać, czy dziecko zażywa środki odurzające. Posiadanie wiedzy o rodzaju i działaniach niepożądanych środków odurzających, może zapobiec wielu niebezpiecznym sytuacjom. Jest zatem oczywiste, że konkretne dane o przyjmowanych środkach ułatwią wczesną interwencję. Podsumowując, należy zaznaczyć, że przyjmowanie przez dzieci środków psychoaktywnych pociąga za sobą wiele zmian i niebezpiecznych zachowań bezpośrednio zagrażających ich zdrowiu. Kolejną konsekwencją jest utrata więzi społecznych, konflikty z prawem i ostatecznie utrata własnych wartości. Zmiany te są widoczne w wyglądzie zewnętrznym, nawykach dziecka i zmianach osobowości.

Piśmiennictwo

1. Pospiszyl I.: Patologie społeczne i problemy społeczne. Scholar. Warszawa 2023.
2. Kozak S.: Patologie wśród dzieci i młodzieży – leczenie i profilaktyka. Centrum Doradztwa i Informacji Difin sp. z o. o. Warszawa 2016, 11-6, 37-71
3. Dziennik Ustaw Nr 179. poz. 1485. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku. Art. 4.
4. Wciórka J., Rybakowski J., Pużyński S.: Psychiatria kliniczna. Tom II. Wydawnictwo Medyczne Edra Urban & Partner. Wrocław 2011.
5. Ostaszewski K., Pisarska A.: Relacje w rodzinie a syndrom zachowań ryzykownych okresu adolescencji. [w:] Sawicki K., Ćwikowski R., Chańko A. (red.) Dylematy i wyzwania współczesnej resocjalizacji. Alter Studio, Białystok 2015.
6. Malczewski, A. (red.). Raport o stanie narkomanii w Polsce 2019. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Warszawa, 2019.
7. Myers D.G.: Psychologia społeczna. Wydawnictwo Zys i S-ka. Poznań 2003, 205-214, 236, 485-524.

8. Malorny I.: Ryzyko uzależnienia młodzieży szkolnej od narkotyków. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2016.
9. Pielą M., Tyłenda M.: Rodzicu uważaj – narkotyki! Centrum wspierania rodzin „Swoboda” w Poznaniu https://cwr-poznan.pl/wp-content/uploads/2021/08/Krotki_poradnik_rodzicielski-narkotyki.pdf (dostęp 13.12.2022.).
10. Jurczyk M.: Odpowiedzialność sądowa oraz tło motywacyjne nieakceptowanych społecznie zachowań młodzieży. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, 2021, 10, 72-84
11. Klimak K.: Zbiór standardów przyjęcia, opieki, socjalizacji i wypisu chorego ze szpitala psychiatrycznego. Wydawnictwo Czelej. Lublin 2002, 16- 69.
12. Carlton K.: Erickson, Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia, Warszawa 2020.
13. Szmulik-Misiurek K., Niedźwiedzka-Stadnik M., Rosińska M.: Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2018 roku. *Przegl Epidemiol* 2020, 74(2), 223-238
14. Rajewska-Rager A., Lepczyńska N., Sibilski P.: Czynniki ryzyka samobójstw u dzieci i młodzieży ze spektrum choroby i chorobą afektywną dwubiegunową o wczesnym początku, *Psychiatria Polska*, 2015, 49(3), 477-488.

WYBRANE PROBLEMY DZIECI, JAKO PRZEDMIOT ZAINTERESOWANIA ZDROWIA PUBLICZNEGO

mgr Karolina Cichońska¹, mgr Agnieszka Michalska¹, dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska¹,
dr n. o zdr. Katarzyna Kowalska¹

1. Akademia Nauk Stosowanych im. Józefa Gołuchowskiego. Wydział Nauk o Zdrowiu Filia w Miechowie
Katedra Pielęgniarstwa

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie jedynie brak choroby lub niepełnosprawności [1]. O kondycji i poziomie zdrowia populacji świadczą wskaźniki, w tym m.in. te oceniające populację dziecięcą tj.: spadek umieralności dzieci i młodzieży, opieka perinatalna, wyszczepialność, opieka profilaktyczna, dostęp do specjalistów, są jednymi z głównych wyznaczników rozwoju cywilizacyjnego i poziomu opieki zdrowotnej [1]. Zaburzenia zdrowia w okresie dziecięcym są bardzo niebezpieczne, gdyż mogą zaburzyć rozwój i doprowadzić do trwałych problemów zdrowotnych w dorosłym życiu. Opieka nad dzieckiem jeszcze przed narodzeniem i całe jego życie do pełnoletniości rzutują na całe dorosłe życie człowieka, dlatego dzieciństwo powinno przebiegać w jak najlepszych warunkach zapewniających zdrowy i harmonijny rozwój. Kondycja zdrowotna społeczeństwa zależy w dużej mierze od standardu i jakości życia, profilaktyki zdrowotnej, dostępu do opieki zdrowotnej, czy wydatków na ochronę zdrowia przez co jej zakres jest wielopłaszczyznowy, a dziecko wymaga w tym obszarze szczególnego zainteresowania i ochrony [2].

Problemy dzieci, jako przedmiot zainteresowania zdrowia publicznego

Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarских mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz rozwój mechanizmów

społecznych, które zapewnią każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia [2].

Zdrowie dzieci powinno stanowić jeden z głównych aspektów zdrowia publicznego, gdyż zdrowe młode pokolenie stanowi szansę na rozwiązanie w przyszłości wielu problemów, z którymi borykamy się dzisiaj [3].

Stan zdrowotny dzieci w Polsce jest wysoce niezadowolający, problemy zdrowotne liczne, więc większość z nich spełnia warunki, aby stać się przedmiotem zainteresowania i interwencji w ramach zdrowia publicznego.

Ocena i monitorowanie stanu zdrowia populacji Polski potwierdzają, że dzieci i młodzież w wieku szkolnym nie mają aktualnej w pełni zapewnionej spójnej i kompleksowej opieki zdrowotnej [4].

Oprócz niewystarczającej liczby personelu medycznego i gabinetów pomocy przedlekarskiej, brakuje współdziałania i koordynacji pomiędzy podmiotami odpowiedzialnymi za leczenie najmłodszych członków populacji [4].

Przeanalizowanie wiedzy dostępnej w literaturze na temat problemów populacji dziecięcej wydaje się zasadne i potrzebne.

Rozwinięcie

Wykaz i lista problemów i czynników powodujących, że populację dziecięcą dotykają liczne problemy jest długa i obejmuje min.: badania prenatalne, szczepienia, wady postawy.

Badania prenatalne są zlokalizowane w problematyce zdrowia matki i dziecka w trakcie ciąży. To właśnie w tym okresie rozwijają się wszystkie funkcje, z których dziecko będzie korzystało przez całe późniejsze życie, a zakłócenia, które w tym czasie wystąpią, mogą mieć długofalowe negatywne skutki [4].

Okres ciąży jest nie tylko ważny dla przyszłych rodziców, którzy przygotowują się na pojawienie się dziecka, ale także dla samego dziecka. Od zachowania i stylu życia ciężarnej może zależeć zdrowie i przyszły rozwój dziecka. Podczas ciąży, porodu i połogu mogą wystąpić czynniki wpływające negatywnie na rozwój dziecka. Mogą być to działania (przemoc prenatalna) lub zaniechania (zaniedbania prenatalne) dorosłych, głównie matki, zarówno intencjonalne, jak i wynikające z braku wiedzy i nieprzygotowania do rodzicielstwa.

Zaniedbania prenatalne obejmują: picie alkoholu, używanie narkotyków, palenie papierosów, nadużywanie leków i brak odpowiedniej opieki medycznej, w tym badań prenatalnych (te dwa aspekty nie są zależne tylko od samej matki, mogą też wynikać z utrudnionego dostępu do usług zdrowotnych).

W Polsce jedynie około 20% kobiet przechodzi badania prenatalne, pozwalające na wczesne wykrycie wad u dziecka i podjęcie leczenia jeszcze w czasie ciąży, co przyczynia się do zredukowania długotrwałych negatywnych skutków zdrowotnych u dziecka [1, 4].

Poziom realizacji badań profilaktycznych i wizyt patronażowych

Polski system opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem gwarantuje wszystkim kobietom, które urodziły dziecko, profesjonalną opiekę w domu w postaci wizyt położnej, z których pierwsza powinna się odbyć w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia od podmiotu leczniczego sprawującego opiekę nad matką w trakcie porodu. Wizyt powinno być nie mniej niż cztery, a w ich trakcie położna m.in. ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka, udziela rad na temat opieki i pielęgnacji noworodka, ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości, udziela wskazówek na temat zdrowego stylu życia, radzenia sobie ze stresem, a także ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej.

Gwarantowana opieka obejmuje także porady patronażowe udzielane przez lekarza i pielęgniarki, a także zakres i częstotliwość badań bilansowych, którymi powinny być objęte wszystkie dzieci [1].

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia podaje, że 14% niemowląt do 4 tygodnia życia nie jest objętych opieką lekarską i rośnie on do 30% w 9 miesiącu życia (stwierdza się, że występują znaczące różnice między województwami, od 69% dzieci objętych opieką lekarską do 4 tygodnia życia w województwie podkarpackim po 97% w województwie podlaskim) [4].

Profilaktyczna, powszechna, wysokiej jakości opieka zdrowotna nad dzieckiem stanowi jeden z najistotniejszych aspektów zapewnienia dzieciom, szczególnie najmłodszym, dobrego stanu zdrowia. Stwarza możliwość wczesnego wykrycia zaburzeń czy nieprawidłowości, przez co może niwelować ich długofalowe konsekwencje [1] .

Ocena poziomu realizacji badań profilaktycznych i wizyt patronażowych potwierdza, że obowiązek przeprowadzenia minimum czterech wizyt patronażowych położnej w domu zamieszkania dziecka nie jest w pełni realizowany. Średnia liczba wizyt przypadających na jedno dziecko wyniosła w 2015 roku jedynie 3,63. Obserwuje się także znaczące zróżnicowanie między województwami w przypadku wizyt patronażowych (tylko siedem województw przekracza średnią czterech wizyt

na noworodka), a są też miejsca gdzie ustawowy obowiązek gwarantowanej opieki nie jest realizowany [5].

Sytuacja jest niepokojąca, ze względu na fakt, że wizyty patronażowe przeszkolonych położnych pozwalają na wczesne wykrycie problemów w relacjach z dzieckiem, niewłaściwej opieki, diety, objawów depresji poporodowej u matki oraz innych czynników, które mogą stwarzać ryzyko dla prawidłowego rozwoju dziecka oraz jego bezpieczeństwa.

Również badania profilaktyczne i bilansowe nie obejmują wszystkich dzieci i na różnych etapach życia dziecka ich realizacja wynosi 51–73% [1].

Jest to kolejny czynnik, który w sytuacji globalnego postrzegania zdrowia populacji przez pryzmat kondycji najmłodszych kształtuje ich stan zdrowia.

Wady postawy u dzieci

Prawidłowa postawa ciała oznacza sposób utrzymania pozycji stojącej statycznej oraz w czasie ruchu, którą określają cechy układu ruchu u osób zdrowych w tym samym wieku, jednakowej płci i mających podobne właściwości psychofizyczne. Jest ona wynikiem współdziałania właściwie rozwiniętych i wydolnych układów: kostnego, więzadłowego oraz mięśniowego oraz nerwowego, który decyduje o utrzymaniu właściwego odruchu prawidłowej postawy [6].

Prawidłowa postawa ciała to taka, która występuje dostatecznie często w danej populacji, aby można ją było uznać za charakterystyczną, natomiast wada postawy oznacza odchylenie od ogólnie przyjętych cech postawy prawidłowej, która charakteryzuje daną płć, wiek i typ budowy. Zaburzenia postawy u dzieci występują w ostatnich latach niepokojąco często [7].

Prawidłowo rozwinięty aparat ruchu i układ nerwowy stanowi podłoże dla niezaburzonego rozwoju mechanizmu odruchu postawy. Mają na nią także wpływ warunki środowiskowe i zdolność do utrzymania ciała w równowadze. Kształtowaniu i utrwalaniu się nieprawidłowego nawyku postawy sprzyja labilność postawy w wieku wczesnoszkolnym powodująca częste przyjmowanie niewłaściwych pozycji [8].

Zaburzenia układu ruchu to realne zagrożenie dla zdrowia populacji dziecięcej w Polsce, gdyż szacunkowo występują u 10% do 80% dzieci w wieku szkolnym. Szacuje się, że poważne zaburzenia mogą dotyczyć 10% do 15% dzieci i obejmują: skoliozę (u 2-4% dzieci oraz młodzieży), młodzieńczą kifozę piersiową (u 3-5% nastolatków), zniekształcenia statyczne kończyn dolnych (u 10-15% dzieci) oraz

wady postawy. Wady, a szczególnie kręgosłupa, stóp i kolan mogą dotyczyć 90% dzieci w Polsce [9].

Natomiast w raporcie Ośrodka Rozwoju Edukacji wskazano, że wady postawy występują u 50-60% dzieci w wieku rozwojowym i do ich najczęstszych przyczyn powstawania należą złe nawyki lub zbyt duże obciążenie ciała, co może skutkować trwałymi zniekształceniami układu ruchu [10].

Z kolei zgodnie z danymi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia jest to problem ponad 17% dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat oraz u 9,7% w wieku 2-9 lat, u których zdiagnozowano zniekształcenie kręgosłupa [11].

Prognozy epidemiologiczne wykazują, że wady postawy są poważnym problemem zdrowotnym polskich dzieci, co potwierdziło Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia, Informator Statystyczny ochrony zdrowia oraz mapy potrzeb zdrowotnych [12].

Fakt, że wady postawy stanowią najczęstszy problem zdrowotny dzieci potwierdzają również badania regionalne wykazujące, że w tej grupie dominują zaburzenia statyczne narządu ruchu w postaci koślawości kolan i stóp płasko-koślawych [13]. Zaburzenia narządu ruchu można uznać, więc za kolejny czynnik kształtujący stan zdrowia populacji aktualnie i w przyszłości.

Szczepienia ochronne

Polscy eksperci z zakresu pediatrii, alergologii, wakcynologii i epidemiologii potwierdzają, że aktualnie największym wyzwaniem dla zdrowia publicznego jest kwestia szczepień ochronnych [14].

Temat szczepień to jeden z najbardziej aktualnych problemów współczesnej ochrony zdrowia w Polsce. Jest to kwestia będąca pokłosiem wzmożonej aktywności ruchów antyszczepionkowych i w konsekwencji spadającego poziomu wszczepialności.

Wyszczepialność dzieci w Polsce utrzymuje się na wysokim poziomie, jednak można zauważyć, że w ostatnich latach rośnie odsetek dzieci, które nie przechodzą obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych. Rośnie liczba rodziców, którzy odmawiają wykonania szczepień co jest widoczne w kolejnych latach (w 2011 roku odmowa rodziców była przyczyną niezaszczepienia około 4,7 tys. dzieci, w 2012 roku – ok. 5,3 tys., w 2013 roku – ponad 7 tys., a w 2014 roku – już ponad 12 tys. dzieci).

Spadki poziomu zaszczepienia dzieci odnotowano w każdym województwie, a rodzice pytani o przyczyny niezaszczepienia dziecka, najczęściej wskazują na

powikłania po poprzednim szczepieniu u własnego dziecka lub innych dzieci w rodzinie oraz strach przed powikłaniami, a także przekonanie o szkodliwości szczepień [14].

Analizując wyniki obserwacji można uznać, że obszar szczepień jest kolejnym obszarem, który wymaga zaangażowania zdrowia publicznego, gdyż jest to czynnik kształtujący stan zdrowia całej populacji (aktualnie i w przyszłości).

Stan psychiczny dzieci i depresja

W ostatnich latach rośnie liczba dzieci i młodzieży objętych pomocą specjalistyczną ze względu na zaburzenia psychiczne. W 2020 r. z takiej pomocy korzystało ponad 170 tys. osób do 18 roku życia, z których ponad 57% stanowili chłopcy [15].

Najczęstszym rozpoznaniem w 2020 roku były zaburzenia rozwojowe, w tym zaburzenia rozwoju mowy i języka, zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych, całościowe zaburzenia rozwoju, w tym związane ze spektrum autyzmu, zaburzenia hiperkinetyczne, w tym ADHD, zaburzenia zachowania i in., a kolejno zaburzenia nerwicowe, afektywne i upośledzenie umysłowe.

Co roku w Polsce kilka tysięcy dzieci i nastolatków jest hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania i nastroju, w tym depresji i liczba ta rośnie od kilku lat [15].

Z badań przeprowadzonych na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka (RPD) wśród dzieci i młodzieży w 2021 r. wynika, że ok. 14% uczniów w Polsce wymaga interwencji związanej z ich funkcjonowaniem psychicznym i jest to wynik świadczący o niskim samopoczuciu psychicznym i niezadowoleniu dzieci i młodych ludzi ze swojego życia.

Niepokoí także wzrastający odsetek dzieci z gorszym samopoczuciem oraz z problemami zdrowia psychicznego. Niemal 8% dziewcząt i 6% chłopców ocenianych w końcu 2021 r., zaklasyfikowano do grupy dzieci z objawami depresji [4].

Przyczyną alarmujących wskaźników jest fakt, że w ostatnich latach wzrósł znacząco odsetek dzieci i nastolatków, które odczuwają silny stres związany ze szkołą. Kryzysową sytuację pogłębia fakt, że łatwość rozmów z rodzicami pogarsza się z wiekiem.

Alarmująca jest także sytuacja odnosząca się do liczby prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży, która utrzymuje się w Polsce na wysokim poziomie. Zaburzenia zdrowia psychicznego w grupie wiekowej dzieci i młodzieży do 18 roku życia

stanowią prawie 10% ogółu leczonych w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej [5]. Konieczna i zasadna wydaje się więc promocja zdrowia psychicznego z zapobieganiem zachowaniom samobójczym.

Otyłość i nadwaga

Badania odnotowały wzrost częstości występowania takich problemów zdrowotnych u dzieci i młodzieży jak nadwaga i otyłość (ponad 4% populacji) oraz wypadki i zatrucia (około 5%) [13].

Liczba dzieci 8-letnich z nadwagą i otyłością zwiększyła się z 32,2% w 2018 roku do 35,3% w 2021 roku. Podwyższone wartości skurczowego ciśnienia tętniczego krwi występowały u 27,1% uczniów klas drugich, a rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi – u 21,9% [4].

Musimy systematycznie monitorować stan zdrowia dzieci z nadmiarem masy ciała, a szczególnie dzieci otyłych, których wyniki wykraczają poza bilanse zdrowia. Sytuację w tym zakresie pogłębiła pandemia COVID-19, która miała negatywny wpływ na zachowania zdrowotne oraz dobrostan psychiczny dzieci. Dlatego wdrożenie strategii naprawczych i prewencyjnych to współczesne priorytety, gdyż prawidłowy i harmonijny rozwój fizyczny dzieci uważany jest za główny pozytywny miernik zdrowia [4].

Masa ciała polskich dzieci rośnie najszybciej w Europie. WHO podaje, że w ostatnich 20 latach, aż trzykrotnie wzrosła liczba dzieci z nadwagą, a nasze nastolatki są w niechlubnej czołówce młodzieży z otyłością na świecie. Nadmiar zbędnych kilogramów ma w Polsce 31% chłopców i 20% dziewczynek, a z otyłością zmagają się już 13 % chłopców i 5 % dziewczynek.

Otyłość wśród dzieci śmiało można uznać, za jeden z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego XXI wieku.

Za przyczynę tak negatywnej kondycji populacji dziecięcej w naszym kraju uznaje się styl odżywiania, w tym niedostateczne spożycie owoców, bardzo niskie spożycie warzyw (żadne niemowlęta ani dzieci w wieku 13-36 miesięcy nie jedzą wystarczająco dużo warzyw każdego dnia), wysokie dzienne spożycie napojów bezalkoholowych, dieta uboga w mleko i inne produkty mleczne, ryby i produkty pełnoziarniste, a nadmiar pieczywa pszennego, ziemniaków, żywności wysoko przetworzonej oraz słonych i słodkich przekąsek przy niskiej aktywności fizycznej. Wyniki stanu masy ciała populacji dziecięcej sygnalizują o konieczności kolejnego problemu, jaki stoi przed zdrowiem publicznym i wymaga pilnych działań naprawczych i zapobiegawczych w populacji dziecięcej.

Podsumowanie

Wśród aktualnych przyczyn mnożących się problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży będących problemami zdrowia publicznego wymienia się sposób realizowania potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży, bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, czy organizację nauki i wypoczynku.

Nadzór przeprowadzony przez NIK wykazał, że samorządy w zbyt małym zakresie angażują się w realizowanie potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży, w rezultacie czego powstają nieodpowiednie i bazujące na nieznajomości tematu programy strategii regionów. W planowaniu działań zapewniających kondycję zdrowotną populacji dziecięcej planowane programy regionalne oparte na nierzetelnych danych, bez aktualnej liczby dzieci i młodzieży z problemami np. nieprawidłową wagą ciała i diagnozy potrzeb zdrowotnych [4].

Stołówki i sklepiki szkolne nie spełniają wymogów zawartych w rozporządzeniu ministra zdrowia, a dzieci nie są poddawane kształtowaniu odpowiednich i prozdrowotnych nawyków. Nie działa specjalistyczna opieka psychologiczna, a szkoły i podmioty lecznicze nie mogą jej, jak i innych wskazań, realizować m.in. przez brak wystarczającego wsparcia finansowego [4].

Wśród najczęściej wskazywanych przyczyn nierówności w dostępie do opieki medycznej wymienia się: status społeczno-ekonomiczny rodziny, poziom wykształcenia, poziom świadomości zdrowotnej, osiągalność (mierzoną np. liczbą specjalistów, łóżek szpitalnych), dostępność przestrzenną (odległość do ośrodków zdrowia) i dostępność organizacyjną (mierzoną np. godzinami przyjęć, sposobem zapisów itd.) usług z zakresu zdrowia.

W przypadku dzieci i młodzieży podaje się również sprzyjające środowisko szkolne i domowe, a wśród dzieci cudzoziemskich – różnice kulturowe i barierę językową. Ważna jest także organizacja nauki i wypoczynku obejmująca m.in. bezpieczeństwo i higiena w szkole, wydłużenie przerw międzylekcyjnych, a w tym dłuższej przerwy na spożycie posiłku.

Niekorzystne są również wyniki badań dotyczących czasu spędzanego przez dzieci przed ekranem telewizora, smartphona czy komputera, w celach niezwiązanych z edukacją, który zwiększył się w trakcie pandemii zarówno w ciągu tygodnia (43,6%), jak i w weekendy (37,4%) [5].

Przy licznych i coraz to nowych, identyfikowanych czynnikach wpływających negatywnie na zdrowie i stan populacji dzieci ważny staje się element dążenia do poprawy sytuacji w zakresie zdrowotności dzieci i młodzieży. Należy uwzględnić

m.in. komunikację w edukacji oraz rolę kampanii społecznych w profilaktyce zdrowotnej. Należy uwzględnić różnorodność i współczesny kształt przekazu, jaki dociera do najmłodszych. Bardzo ważną rolę odgrywają tutaj także nowoczesne technologie, obecność w sieci i kanały społecznościowe. Nowe media, pomimo wynikających z nich również zagrożeń dla najmłodszych, mogą być w bardzo mądry sposób wykorzystane w promowaniu odpowiednich i prozdrowotnych wzorców [4].

Wnioski

1. W populacji dziecięcej stwierdza się liczne problemy identyfikowane min. w obszarze badań prenatalnych, realizacji badań profilaktycznych i wizyt patronażowych, wad postawy, szczepień ochronnych, stanu psychicznego, depresji oraz otyłości i nadwagi.
2. Lista koniecznych działań prewencyjnych obejmuje wykonywanie testów przesiewowych oraz badań bilansowych, konieczność zmodyfikowania sposobów realizowania potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży, likwidowanie barier w dostępie do opieki zdrowotnej, poprawy organizacji nauki i wypoczynku, poprawy sytuacji finansowej rodziny oraz dążenia do poprawy sytuacji w zakresie zdrowotności dzieci i młodzieży.
3. Inicjowanie i angażowanie środowisk lokalnych do podejmowania działań zapobiegawczych i naprawczych w zakresie stanu zdrowia populacji dziecięcej.
4. Motywowanie rodzin i środowiska opiekunów dzieci i młodzieży do korzystania z oferowanych i dostępnych metod zapobiegania problemom zdrowotnym.

Piśmiennictwo

1. Szerdzińska R.: Zdrowie dzieci i młodzieży. [w] Dzieci się liczą. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja dajemy dzieciom siłę. 2017, 94-131.
2. Respond E.: Prawne aspekty ochrony zdrowia dzieci w Polsce. Roczniki nauk prawnych. 2014, XXIV, 3, 41-59.
3. Szymborski J.: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy. [w:] Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. (red.) Szymborski J., Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, 41, 43-44.
4. Opieka zdrowotna nad uczniami. Debata zorganizowanej przez NIK i Instytutu Strategii i Rozwoju. NIK., Rosną problemy zdrowotne u dzieci i młodzieży.

<https://www.medexpress.pl/ochrona-zdrowia/nik-rosna-problemy-zdrowotne-u-dzieci-i-mlodziezy-71628/>, (data pobrania 15.08.2023).

5. Borek E., Libura M., Chwiałkowska A., Kołodziej M., Turkiewicz J.: Profilaktyka pediatryczna w Polsce z perspektywy rodziców małych dzieci. Fundacja My Pacjenci, Fundacja Nutricia. 2014.
6. Wczesne rozpoznanie i korekcja wad postawy wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym na lata 2019- 2021. Załącznik nr 4 do uchwały nr 769 Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego z dnia 9 maja 2018 r. Szczecin, 2018.
7. Motow-Czyż M., Orczyk A., Orczyk M.: Postural defects correction in the process of physical education and sport, *Physical Activity Review* 2014.
8. Skorupka E., Asienkiewicz R.: Funkcja szkoły w zapobieganiu wad postawy ciała u dzieci, *Rocznik Lubuski*, 2014, 40, 177-188.
9. Informacja o wynikach kontroli NIK. Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w szkołach publicznych. Warszawa 2020. https://www.nik.gov.pl/plik/id,22210,v,artykul_21326.pdf, dostęp: 15.08.2023.
10. Woynarowska B, Oblacińska A.: Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. *Studia BAS* 2014, 2(38), 41-64.
11. Ostrega W.: Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.
12. Ministerstwo Zdrowia: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego, <http://www.mpz.mz.gov.pl/wojewodztwo-zachodniopomorskie/> [dostęp: 15.08.2023].
13. Kocka K., Kachaniuk H., Bartoszek A. i wsp.: Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły i gimnazjum w Lublinie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19, 4, 508-513.
14. Szczepienia dzieci, a zdrowie publiczne w świetle danych epidemiologicznych- debata na temat zdrowia publicznego w Polsce. Materiał powstał we współpracy z Polskim Towarzystwem Zdrowia Publicznego. <https://www.medonet.pl/zdrowie,-szczepienia-dzieci-a-zdrowie-publiczne-w-swietle-danych-epidemiologicznych----debata-na-temat-zdrowia-publicznego-w-polsce,artykul,32506382.html>, (data pobrania 15.08.2023).
15. Szerdzińska R.: Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. [w] *Dzieci się liczą. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Fundacja dajemy dzieciom siłę. 2017, 136-157.

SOCJODEMOGRAFICZNE DETERMINANTY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH ORAZ WARTOŚCI OSOBISTYCH ADOLESCENTÓW SZKÓŁ PONADPODSTAWOWYCH

dr n med., dr n. o zdr. Małgorzata Roman^{1,2}, mgr piel. Małgorzata Pawelczyk³

1. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn
2. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy, Olsztyn
3. Absolwentka Wyższej Szkoły Gospodarki, Bydgoszcz

Wstęp

Rozwój świadomości zdrowotnej rozpoczyna się w dzieciństwie, a okres dojrzewania jest kluczowym momentem dla promowania zdrowego stylu życia i dobrego samopoczucia w wieku dorosłym [1]. W tym czasie wzmacniają się systemy wartości osobistych kształtujące postawy wobec zdrowia, ale także powstają lub ujawniają się zaburzenia utrzymujące się w następnych okresach życia. Mogą one ograniczać możliwości twórcze człowieka, pogarszając jego jakość życia, a nawet prowadzić do niepełnosprawności. O potencjale zdrowotnym społeczeństwa decydować będą zachowania zdrowotne wnoszone przez adolescenta w dorosłe życie, tworząc wzorce, które mogą recypować jego dzieci. Korygować lub zmienić zachowania zdrowotne w wieku dorosłym jest trudniej, dlatego kształtowanie w dzieciństwie i młodości dokonywania wyboru zdrowego stylu życia oraz zachowań prozdrowotnych to podstawowa inwestycja w zdrowie społeczeństwa [2, 3].

Zachowania prozdrowotne realizowane przez ludzi uzależnione są w dużej mierze od ich płci, wieku, poziomu wykształcenia, indywidualnych przekonań, poglądów i oczekiwań. Ponadto ludzie mają różne możliwości i formy wdrażania zachowań prozdrowotnych w swoim życiu, które są uwarunkowane poziomem wiedzy ogólnej na temat zdrowia, poziomem społecznym, wykonywanym zawodem, poziomem finansowym, itp. [4].

Cel pracy

Celem badań była ocena wpływu socjodemograficznych uwarunkowań na zachowania zdrowotne oraz wartości osobiste adolescentów szkół ponadpodstawowych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w grudniu 2021 roku po uzyskaniu pozytywnej opinii Zespołu ds. Zagadnień Bioetycznych w Procesach Badawczo-Kształceniowych Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy z dnia 12 lipca 2021 r, numer Z 06/2021. Aby ocenić wpływ socjodemograficznych uwarunkowań na zachowania zdrowotne adolescentów szkół ponadpodstawowych wybrano wieś Jednorożec oraz miasto Ostrołęka. Uzyskano zgodę dyrektorów szkół oraz rodziców/opiekunów młodzieży na przeprowadzenie badań wśród uczniów klas drugich i trzecich szkół ponadpodstawowych.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były kwestionariusze ankiet: autorski kwestionariusz oraz kwestionariusze ankiet autorstwa Zygfryda Juczyńskiego: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i Lista Wartości Osobistych (LWO). Autorski kwestionariusz zawierał pytania o płeć, wiek, miejsce zamieszkania, rodzaj szkoły, strukturę rodziny, liczbę rodzeństwa, ocenę sytuacji materialnej rodziny oraz o relacje z rodzicami/opiekunami. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) obejmuje 24 stwierdzenia opisujące pozytywne zachowania połączone ze zdrowiem. Pozycja 25 „inne” daje możliwość wpisania własnego stwierdzenia. Określenia odzwierciedlające zachowania zdrowotne zostały podzielone na cztery kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne.

Lista Wartości Osobistych (LWO) składa się z dwóch części. Pierwszą stanowi opis dziewięciu symboli szczęścia, a druga przedstawia dziesięć kategorii wartości osobistych związanych ze zdrowiem, które utożsamiane jest ze sprawnością fizyczną i psychiczną. Badanie umożliwia oszacowanie wartości, jaką przypisuje się zdrowiu w kontekście innych ważnych dla człowieka dóbr osobistych i wartości. Ankietowani wybierali pięć najważniejszych dla siebie symboli szczęścia oraz kryteriów wartości osobistych [5].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Zastosowano analizę zgodności rozkładu zmiennych z rozkładem normalnym przy pomocy testu Shapiro-Wilka. W związku z tym, że zmienne w większości nie spełniały warunku normalności rozkładu zmiennych oraz nie był spełniony warunek równoliczności porównywanych grup, wykorzystano testy nieparametryczne takie jak: test U Manna Whitney’a (różnice uznawano za znamienne przy $p < 0,05$), Anova

Kruskala Wallisa oraz test korelacji rang Spearmana. Analizy przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu statystycznego SPSS Statistics 23.

Wyniki badań

Udział w badaniu wzięło łącznie 97 ankietowanych: 25 uczniów liceum ogólnokształcącego i 22 uczniów szkoły branżowej w Jednoróżcu oraz 25 uczniów liceum ogólnokształcącego i 25 uczniów szkoły branżowej w Ostrołęce.

Wśród respondentów było 61 chłopców (62,9%), oraz 36 dziewcząt (37,1%), w wieku od 16 do 18 roku życia. Wieś zamieszkiwało 77 (79,4%) respondentów, a miasto 20 (20,6%) badanych. Do szkoły średniej uczęszczało 50 (51,5%) uczniów, a 47 (48,5%) do szkoły branżowej. Pełną rodzinę posiadało 87 badanych, co stanowiło 89,7% ankietowanych. Deklarowało posiadanie rodzeństwa 91 (93,8%) respondentów. Swoją sytuację materialną jako dobrą oszacowało 46 ankietowanych, a 39 osób jako bardzo dobrą, co stanowiło odpowiednio 47,4% i 40,2% badanych. Dorastającej młodzieży zadano pytanie odnośnie ich relacji z rodzicami/ opiekunami. Ponad połowa badanych deklarowała, że ma bardzo dobre relacje z rodzicami/opiekunami, dobre 30 uczniów, a 15 miało „takie sobie” relacje z rodzicami/opiekunami, co stanowiło 30,9% i 15,5% ankietowanych.

Zachowania zdrowotne

Wykorzystując test statystyczny U Manna Whitney’a zbadano wpływ typu szkoły na zachowania prozdrowotne młodzieży szkół ponadpodstawowych (tabela 1). Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy uczniami szkół średnich i branżowych pod względem zachowań profilaktycznych ($U=881,0$, $Z=-2,128$, $p<0,05$) oraz pozytywnego nastawienia psychicznego ($U=866,0$, $Z=-2,238$, $p<0,05$). Dla zachowań profilaktycznych wyższy wynik średni uzyskali uczniowie ze szkół średnich ($M=17,74$, $SD=5,122$). Młodzież ze szkół branżowych cechuje bardziej pozytywne nastawienie psychiczne ($M=19,91$, $SD=4,840$).

Wpływ płci na zachowania prozdrowotne młodzieży szkół ponadpodstawowych zbadano testem statystycznym U Manna Whitney’a (tabela 2). Analiza wykazała istotną statystycznie różnicę pomiędzy dziewczętami i chłopcami pod względem pozytywnego nastawienia psychicznego ($U=736,5$, $Z=-2,708$, $p<0,05$). Chłopcy uzyskali wyższą średnią ($M=19,70$, $SD=5,071$) oraz wyższą medianę ($Me=20$) od dziewcząt dla zmiennej „Pozytywne nastawienie psychiczne”. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych był porównywalny dla obu płci.

Tabela 1. Wpływ typu szkoły na zachowania prozdrowotne młodzieży szkół ponadpodstawowych (N=97)

Zachowania prozdrowotne	Szkoła	N	M	SD	U	Z	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Średnia	50	17,14	4,357	1027,0	-1,072	0,284
	Branżowa	47	16,38	4,046			
Zachowania profilaktyczne	Średnia	50	17,74	5,122	881,0	-2,128	0,033
	Branżowa	47	15,60	5,144			
Pozytywne nastawienie psych.	Średnia	50	17,40	5,099	866,0	-2,238	0,025
	Branżowa	47	19,91	4,840			
Praktyki zdrowotne	Średnia	50	18,04	3,326	1054,0	-0,877	0,380
	Branżowa	47	18,57	4,519			
Ogólny wskaźnik nasilenia zach. zdrowotnych	Średnia	50	70,32	14,475	1174,0	-0,004	0,997
	Branżowa	47	70,47	14,930			

Analiza U Manna Whitney'a

Tabela 2. Wpływ płci na zachowania prozdrowotne młodzieży szkół ponadpodstawowych (N=97)

Zachowania prozdrowotne	Płeć	M	Me	SD	U	Z	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Dziewczęta	17,28	17	4,476	970,000	-0,959	0,338
	Chłopcy	16,48	17	4,044			
Zachowania profilaktyczne	Dziewczęta	17,81	17	4,671	877,5	-1,651	0,099
	Chłopcy	16,05	15	5,448			
Pozytywne nastawienie psych.	Dziewczęta	16,78	18	4,685	736,5	-2,708	0,007
	Chłopcy	19,70	20	5,071			
Praktyki zdrowotne	Dziewczęta	17,67	18	2,849	891,5	-1,549	0,121
	Chłopcy	18,67	19	4,437			
Ogólny wskaźnik nasilenia zach. zdrowotnych	Dziewczęta	69,53	70	13,447	1052,0	-0,344	0,731
	Chłopcy	70,90	71	15,357			

Analiza U Manna Whitney'a

Wykorzystując test korelacji rang Spearmana, zbadano związek pomiędzy sytuacją materialną młodzieży szkół ponadpodstawowych a zachowaniami zdrowotnymi (tabela 3).

Pomiędzy sytuacją materialną młodzieży a pozytywnym nastawieniem psychicznym ($\rho=0,199$, $p<0,05$) oraz ogólnym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych ($\rho=0,206$, $p<0,05$) istnieją związki istotne statystycznie.

Tabela 3. Związek pomiędzy sytuacją materialną młodzieży szkół ponadpodstawowych a zachowaniami zdrowotnymi

Zachowania zdrowotne		Sytuacja materialna
Prawidłowe nawyki żywieniowe	rho	0,190
	p	0,063
Zachowania profilaktyczne	rho	0,117
	p	0,252
Pozytywne nastawienie psych.	rho	0,199
	p	0,049
Praktyki zdrowotne	rho	0,091
	p	0,376
Ogólny wskaźnik nasilenia zach. zdrowotnych	rho	0,206
	p	0,043

Analiza z wykorzystaniem testu korelacji rang Spearmana

Zaobserwowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy wpływem relacji z rodzicami/opiekunami na zachowania profilaktyczne ($\chi^2=11,483$, $p<0,05$), pozytywne nastawienie psychiczne ($\chi^2=18,144$, $p<0,05$), praktyki zdrowotne ($\chi^2=10,524$, $p<0,05$), a także ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych młodzieży szkół ponadpodstawowych ($\chi^2=17,374$, $p<0,05$) (Tabela 4). Przeprowadzona analiza post hoc wykazała, że najbardziej pozytywne zachowania zdrowotne wykazuje młodzież, która ma bardzo dobre relacje z rodzicami/opiekunami. Uzykali oni najwyższe wyniki średnie dla poszczególnych zmiennych, takich jak zachowania profilaktyczne ($M=18,50$, $SD=5,418$), pozytywne nastawienie psychiczne ($M=20,52$, $SD=4,756$), praktyki zdrowotne ($M=19,30$, $SD=3,727$). Średnia dla ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych w tej grupie wynosiła $M=75,86$, $SD=13,981$.

Tabela 4. Wpływ relacji z rodzicami/opiekunami na zachowania prozdrowotne (N=95)

Zachowania prozdrowotne	Relacje z rodzicami	N	M	SD	chi ²	df	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Takie sobie	15	15,33	3,940	3,223	2	0,200
	Dobre	30	16,53	3,821			
	Bardzo dobre	50	17,54	4,358			
Zachowania profilaktyczne	Takie sobie	15	14,07	5,189	11,483	2	0,003
	Dobre	30	15,17	3,896			
	Bardzo dobre	50	18,50	5,418			
Pozytywne nastawienie psych.	Takie sobie	15	14,53	4,549	18,144	2	0,000
	Dobre	30	17,57	4,133			
	Bardzo dobre	50	20,52	4,756			
Praktyki zdrowotne	Takie sobie	15	15,47	4,533	10,524	2	0,005
	Dobre	30	18,03	3,459			
	Bardzo dobre	50	19,30	3,727			
Ogólny wskaźnik nasilenia zach. zdrowotnych	Takie sobie	15	59,40	15,968	17,374	2	0,000
	Dobre	30	67,30	11,207			
	Bardzo dobre	50	75,86	13,981			

Analiza Anova Kruskala Wallisa

Lista Wartości Osobistych (LWO)

Korzystając z testu U Manna Whitney'a, zbadano, czy istnieje zależność wyboru wartości osobistych od miejsca zamieszkania. Wykazano różnicę statystyczną pomiędzy młodzieżą zamieszkującą wieś i miasto pod względem znaczenia dla szczęścia osobistego takich czynników jak duży krąg przyjaciół ($U=203,0$, $Z=-2,061$, $p<0,05$) oraz udane życie rodzinne ($U=369,5$, $Z=-2,516$, $p<0,05$) (tabela 5). Przeprowadzona analiza wykazała różnice istotne statystycznie pomiędzy młodzieżą szkół ponadpodstawowych zamieszkującą wieś oraz miasto pod względem znaczenia dla nich takich wartości osobistych jak miłość, przyjaźń ($U=424,5$, $Z=-1,996$, $p<0,05$) oraz poczucie humoru, dowcip ($U=97,0$, $Z=-2,850$, $p<0,05$). Dla młodzieży zamieszkującej wieś większe znaczenie ma miłość przyjaźń ($M=3,52$, $SD=1,580$) w porównaniu z młodzieżą z miasta. Z kolei poczucie humoru jest

Tabela 5. Wpływ miejsca zamieszkania młodzieży szkół ponadpodstawowych na preferowane symbole szczęścia osobistego (N=97)

Symbole szczęścia	Miejsce zamieszkania	N	M	SD	U	Z	p
Duży krąg przyjaciół	Wieś	54	3,02	1,394	203,0	-2,061	0,039
	Miasto	12	2,08	1,240			
Udane życie rodzinne	Wieś	66	3,62	1,345	369,5	-2,516	0,012
	Miasto	18	2,72	1,227			
Wykonywanie ulubionej pracy	Wieś	47	2,77	1,202	226,5	-1,084	0,278
	Miasto	12	3,17	0,835			
Sukces w nauce, pracy	Wieś	31	2,52	0,996	121,0	-1,836	0,066
	Miasto	12	3,25	1,357			
Dobre zdrowie	Wieś	64	3,83	1,229	382,0	-0,903	0,366
	Miasto	14	3,93	1,592			
Bycie potrzebnym dla innych ludzi	Wieś	36	2,83	1,342	129,5	-1,767	0,077
	Miasto	11	3,64	1,206			
Dobre warunki materialne	Wieś	39	2,49	1,254	144,0	-1,710	0,087
	Miasto	11	1,82	1,168			
Życie pełne przygód, podróży	Wieś	35	2,11	1,345	62,5	-1,081	0,280
	Miasto	5	3,20	2,049			
Sława, popularność	Wieś	12	2,00	1,809	13,5	-1,898	0,058
	Miasto	5	3,60	1,140			

Analiza U Manna Whitney'a

cenniejszą wartością dla młodzieży pochodzącej z miasta ($M=3,50$, $SD=1,269$) (tabela 6).

Tabela 6. Wpływ miejsca zamieszkania młodzieży szkół ponadpodstawowych na preferowane wartości osobiste ($N=97$)

Wartości osobiste	Miejsce zamieszkania	N	M	SD	U	Z	p
Miłość, przyjaźń	Wieś	67	3,52	1,580	424,5	-1,996	0,046
	Miasto	18	2,61	1,720			
Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	Wieś	61	3,79	1,416	297,5	-1,478	0,139
	Miasto	13	3,08	1,553			
Poczucie humoru, dowcip	Wieś	44	2,09	1,254	97,0	-2,850	0,004
	Miasto	10	3,50	1,269			
Inteligencja, bystrość umysłu	Wieś	38	2,71	0,898	125,5	-1,292	0,196
	Miasto	9	3,22	1,302			
Wiedza, mądrość	Wieś	30	2,93	1,285	81,0	-1,441	0,150
	Miasto	8	3,63	0,744			
Radość, zadowolenie	Wieś	49	3,02	1,127	300,5	-0,320	0,749
	Miasto	13	3,15	1,573			
Odwaga, stanowczość	Wieś	25	2,88	1,424	99,5	-0,521	0,603
	Miasto	9	2,56	1,014			
Dobroć, delikatność	Wieś	23	2,70	1,329	43,0	-0,211	0,833
	Miasto	4	2,50	1,732			
Ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	Wieś	23	2,39	1,406	80,5	-0,991	0,322
	Miasto	9	2,89	1,364			
Bogactwo, majątek	Wieś	24	2,71	1,301	82,0	-0,097	0,923
	Miasto	7	2,86	1,574			

Analiza U Manna Whitney'a

W tabeli 7 przedstawiono wyniki badań preferencji wartości osobistych w zależności

od płci respondentów Wykazano różnicę istotną statystycznie pomiędzy dziewczętami a chłopcami pod względem sławy, popularności jako czynnika decydującego o szczęściu osobistym ($U=2,0$, $Z=-2,115$, $p<0,05$), gdzie dziewczęta przypisują większe znaczenie sławie, popularności ($M=5,00$, $SD=0,000$). Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy dziewczętami a chłopcami pod względem znaczenia takich wartości osobistych jak radość, zadowolenie ($U=261,0$, $Z=-2,592$, $p<0,05$) oraz ładny wygląd zewnętrzny ($U=60,5$, $Z=-2,070$, $p<0,05$). Radość, zadowolenie ma większe znaczenie dla chłopców ($M=3,32$, $SD=1,234$) niż dla dziewcząt

Tabela 7. Wpływ płci młodzieży szkół ponadpodstawowych na preferowane symbole szczęścia osobistego (N=97)

Szczęście osobiste	Płeć	N	M	SD	U	Z	p
Duży krąg przyjaciół	Dziewczęta	16	2,69	1,195	363,5	-0,560	0,576
	Chłopcy	50	2,90	1,474			
Udane życie rodzinne	Dziewczęta	34	3,44	1,418	840,5	-0,089	0,929
	Chłopcy	50	3,42	1,341			
Wykonywanie ulubionej pracy	Dziewczęta	18	3,11	1,079	298,0	-1,213	0,225
	Chłopcy	41	2,73	1,162			
Sukces w nauce, pracy	Dziewczęta	20	2,50	1,192	176,0	-1,372	0,170
	Chłopcy	23	2,91	1,083			
Dobre zdrowie	Dziewczęta	29	3,69	1,257	611,0	-1,082	0,279
	Chłopcy	49	3,94	1,314			
Bycie potrzebnym dla innych ludzi	Dziewczęta	21	2,95	1,322	259,5	-0,297	0,767
	Chłopcy	26	3,08	1,383			
Dobre warunki materialne	Dziewczęta	17	1,94	1,298	191,0	-1,898	0,058
	Chłopcy	33	2,55	1,201			
Życie pełne przygód, podróży	Dziewczęta	22	2,68	1,615	133,0	-1,868	0,062
	Chłopcy	18	1,72	1,074			
Sława, popularność	Dziewczęta	2	5,00	0,000	2,0	-2,115	0,034
	Chłopcy	15	2,13	1,598			

Analiza U Manna Whitney'a

($M=2,52$, $SD=1,030$). U dziewcząt to ładny wygląd zewnętrzny jest istotniejszy ($M=3,30$, $SD=1,418$) niż dla chłopców ($M=2,18$, $SD=1,259$) (tabela 8).

Tabela 8. Wpływ płci młodzieży szkół ponadpodstawowych na preferowane wartości osobiste (N=97)

Wartości osobiste	Płeć	N	M	SD	U	Z	p
Miłość, przyjaźń	Dziewczęta	34	3,44	1,561	828,5	-0,359	0,720
	Chłopcy	51	3,25	1,707			
Dobre zdrowie, sprawność fizyczna i psychiczna	Dziewczęta	29	3,79	1,398	608,0	-0,518	0,604
	Chłopcy	45	3,58	1,500			
Poczucie humoru, dowcip	Dziewczęta	19	2,53	1,429	298,0	-0,650	0,516
	Chłopcy	35	2,26	1,336			
Inteligencja, bystrość umysłu	Dziewczęta	17	3,00	1,173	219,0	-0,837	0,402
	Chłopcy	30	2,70	0,877			
Wiedza, mądrość	Dziewczęta	16	2,81	1,377	142,0	-1,037	0,300
	Chłopcy	22	3,27	1,077			
Radość, zadowolenie	Dziewczęta	21	2,52	1,030	261,0	-2,592	0,010
	Chłopcy	41	3,32	1,234			
Odwaga, stanowczość	Dziewczęta	15	2,47	1,125	109,5	-1,174	0,240
	Chłopcy	19	3,05	1,433			
Dobroć, delikatność	Dziewczęta	9	2,11	1,269	53,5	-1,456	0,145
	Chłopcy	18	2,94	1,349			
Ładny wygląd zewnętrzny, prezencja	Dziewczęta	10	3,30	1,418	60,5	-2,070	0,038
	Chłopcy	22	2,18	1,259			
Bogactwo, majątek	Dziewczęta	9	2,67	1,581	93,0	-0,268	0,788
	Chłopcy	22	2,77	1,270			

Analiza U Manna Whitney'a

Dyskusja

Zachowania zdrowotne budują styl życia człowieka. Mają wpływ bezpośredni oraz pośredni na jego samopoczucie oraz zdrowie, dlatego tak ważne jest wykształcenie nawyków prozdrowotnych już od dzieciństwa. Znajdą odzwierciedlenie w życiu

dorostym [6]. Do zadań rozwojowych w okresie dojrzewania młodzieży należy tworzenie indywidualnej hierarchii wartości, gdyż to system wartości człowieka reguluje jego wybory i zachowania [7].

Zdrowie dziecka determinują nie tylko czynniki genetyczne, ale także warunki środowiskowe oraz rodzinne w otoczeniu których młody człowiek wzrasta i dojrzewa [8]. W okresie pokwitania istotny wpływ na zdrowie mają czynniki globalne i krajowe, takie jak muzyka, moda, polityka czy sport [9]. Przeanalizowano wpływ miejsca zamieszkania na zachowanie prozdrowotne młodzieży. Wyniki średnie dla ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych były w obu grupach bardzo zbliżone do siebie. W badaniach przeprowadzonych przez Koporowicz [10] w roku szkolnym 2017/2018 wśród uczniów liceów ogólnokształcących, techników oraz szkół zawodowych na Mazowszu, również nie ujawniono dużych różnic w zachowaniach zdrowotnych. Stanowi to potwierdzenie wyników własnych. Zależne od miejsca zamieszkania są preferencje wartości osobistych. Ważnymi wartościami mieszkańców wsi są miłość, przyjaźń, a młodzieży miejskiej poczucie humoru, dowcip. Także uczniowie szkół średnich w badaniach Łosiak-Pilch [11] wskazywali miłość i przyjaźń jako wartości istotne w dążeniu do szczęścia.

Szkoła przygotowuje młodego człowieka do pełnienia określonych ról w społeczeństwie. W szkole dziecko kształtuje swoje umiejętności, a także uczy się funkcjonować w grupie rówieśniczej. Zbadano, czy typ szkoły, do której uczęszcza adolescent, ma wpływ na zachowania zdrowotne. Młodzież szkół średnich uzyskała wyższy wynik średni dla zachowań profilaktycznych, a młodzież szkół branżowych dla bardziej pozytywnego nastawienia psychicznego. Różnice w zachowaniach zdrowotnych młodzieży między różnymi typami szkół zauważyła Korporowicz [10] w wyżej cytowanym badaniu. Młodzież ze szkół zawodowych z województwa mazowieckiego, rzadziej dostrzegała zachowania zagrażające zdrowiu m.in. spożywała mniej warzyw, częściej spożywała alkohol. Przypuszczalnie może to być związane z niedostatecznym przystosowaniem społecznym młodzieży szkół branżowych poprzez niewłaściwe wzorce zachowań zaczerpnięte ze środowiska rodzinnego. Uwarunkowania kulturowe mają wpływ na różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami w zakresie odmienności pełnionych ról społecznych, postaw życiowych, a także zachowań względem zdrowia [12]. W badaniach własnych chłopców cechuje bardziej pozytywne nastawienie psychiczne, lecz ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych był porównywalny dla obu płci. Obserwacje własne pozostają w sprzeczności z wynikami badania przeprowadzonego przez Michalskiego

i wsp. [12] Badaniem objęto uczniów szkół średnich w Bydgoszczy. Udowodniono w nim istotne różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w zachowaniach zdrowotnych na korzyść kobiet. Także Korporowicz-Żmichowska [13] badając spożycie alkoholu przez pełnoletnią młodzież szkolną Warszawy i młodzież Mazowsza, dowiodła, iż kobiety rzadziej sięgają po alkohol niż mężczyźni. Płeć determinuje wybór wśród hedonistycznych wartości osobistych. Dziewczęta cenią sobie sławę i popularność oraz ładny wygląd zewnętrzny bardziej niż chłopcy. Podobne wyniki uzyskała Boczkowska [7], w której badaniach dziewczęta częściej niż chłopcy utożsamiają poczucie szczęścia ze sławą. Wartością osobistą istotną dla płci męskiej w badaniu własnym jest radość, zadowolenie.

Rodzina, pomimo obecnych przemian funkcjonalnych, nadal stanowi istotne środowisko wychowawcze i socjalizacyjne. Do zadań rodziny należy przygotowanie potomstwa do życia w zmieniającym się świecie, w tym do kreowania i umacniania zachowań prozdrowotnych [14]. Z badań własnych wynika, iż najbardziej o zdrowie dba młodzież, która ma z rodzicami bardzo dobre relacje. Uzyskali oni najwyższe wyniki średnie w zakresie zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych. Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach Kózka [3] badając wybrane determinanty zachowań zdrowotnych uczniów szkół gimnazjalnych. Na pozytywne zachowania zdrowotne adolescentów ma wpływ silna więź z ojcem. Silna więź z matką wpływa na niektóre zachowania zdrowotne: odżywienie, czas wolny, aktywność fizyczna oraz stosowanie przemocy rówieśniczej.

Zbadano wpływ sytuacji materialnej młodzieży na zachowania zdrowotne. Lepiej usytuowani młodzi ludzie wykazali się pozytywnym nastawieniem psychicznym i racjonalnym dbaniem o zdrowie. Natomiast w badaniach Velasco i wsp. [1] oceniających zachowania zdrowotne uczniów w wieku 13-15 lat z Lombardii w północnych Włoszech, nie stwierdzono wpływu sytuacji materialnej na poziom zachowań zdrowotnych.

Koncept alfabetyzacji zdrowotnej wymaga innego opracowania dla nastolatków, aby uwzględnić ich potrzeby [15]. Wiedza zdrowotna zależy od treści i kontekstu, dlatego nieuniknione jest, że powinna być definiowana inaczej dla tak ciągle zmieniającej się populacji, jaką jest młodzież [16]. Dzieciństwo i młodość to jedne z najskuteczniejszych okresów na interwencję i promowanie umiejętności zdrowotnych. Wyniki badań *własnych* mogą pomóc zidentyfikować obszar i kategorie

odbiorców indywidualnie ukierunkowanej edukacji zdrowotnej w celu poprawy kompetencji zdrowotnych. Krytyczne umiejętności zdrowotne pozwolą młodzieży na włączenie się w procesy społeczne i polityczne oraz modyfikację uwarunkowań zdrowia [1].

Wnioski

1. Większe znaczenie stosowania zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby wykazuje młodzież ze szkół średnich. Uczniowie szkół branżowych oraz chłopcy włączają w zakres zachowań zdrowotnych unikanie stresów i zbyt silnych emocji. Dziewczęta cenią sobie sławę i popularność oraz ładny wygląd zewnętrzny bardziej niż chłopcy. Wartością osobistą istotną dla płci męskiej jest radość, zadowolenie.
2. Na zachowania zdrowotne ma wpływ sytuacja materialna młodzieży. Lepiej usytuowani młodzi ludzie wykazali się pozytywnym nastawieniem psychicznym oraz racjonalnym dbaniem o zdrowie.
3. Najbardziej pozytywne zachowania zdrowotne wykazuje młodzież, która ma bardzo dobre relacje z rodzicami/opiekunami.
4. Wartości osobiste dające pełne zadowolenie z życia są uzależnione od miejsca zamieszkania. Mieszkańcy wsi preferują tradycyjne wartości, takie jak miłość, przyjaźń. Mieszkańcy miast cenią sobie poczucie humoru i dowcip.

Piśmiennictwo

1. Velasco W., Gragnano A., Gruppo Regionale HBSC Lombardia 2018, et.al.: Vecchio Health Literacy Levels among Italian Students: Monitoring and Promotion at School. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18, 9943, 2-13.
2. Wojnarowska B.: Profilaktyka w pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2019.
3. Kózka M., Jałocha M., Mrozowska A.: Wybrane determinanty zachowań zdrowotnych uczniów szkół gimnazjalnych. Pielęgniarstwo XXI Wieku, 2014, 1(46), 5-9.
4. Letvak S.: We cannot ignore nurses' health anymore: a sythesis of the literature on evidence-based strategies to improve nurse health. Nursing Administration Quarterly, 2013, 37(4), 295-308.
5. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd.1. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2001, 116-121.

6. Bień A., Rzońca E., Krysa J. i wsp.: Socjodemograficzne uwarunkowania zachowań zdrowotnych kobiet w okresie prokreacji. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 22(3), 210-215.
7. Boczkowska M.: Wartości osobiste preferowane przez młodzież gimnazjalną a wybrane wskaźniki socjodemograficzne. *Lubelski rocznik pedagogiczny XXXV*, 2016, 3, 225-240.
8. Kelm H.: Ochrona zdrowia matek oraz dzieci jako globalne dobro publiczne na przykładzie działań ONZ. *Horyzonty Polityki*, 2017, 8(24), 79-97.
9. Bröder J., Okan O., Bollweg T.M. et.al.: Child and Youth Health Literacy: A Conceptual Analysis and Proposed Target-Group-Centred Definition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, 16, 3417.
10. Korporowicz V.: Przestrzenne zróżnicowania zachowań zdrowotnych dorosłej młodzieży w województwie Mazowieckim. *Studia z Polityki Publicznej*, 2019, 6, 9-25.
11. Łosiak- Pilch J.: Koncepcja zdrowia u młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. *Forum pedagogiczne*, 2017, 2, 17-31.
12. Michalski P., Wagner S., Andruszkiewicz A., i wsp.: Zróżnicowanie zachowań zdrowotnych, wartości osobistych i kryteriów zdrowia w zależności od płci wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2016, 10(4), 219-227.
13. Korporowicz-Żmichowska V.: Spożycie alkoholu przez pełnoletnią młodzież szkolną w świetle badań „Młodzież Warszawy” i „Młodzież Mazowska”. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2022, 28(3), 258-266.
14. Jarosz E.: Dziecko i dzieciństwo pejzaż współczesny. *Rzecz o badaniach nad dzieciństwem. Pedagogika Społeczna. Pokolenia i generacje*, 2017, 2(64), 57-81.
15. Joseph P. Fleary S.A.: The Way you Interpret Health. Adolescent Definitions and Perceptions of Health Literacy. *J. Sch. Health*, 2021, 91, 599–607.
16. Nutbeam D.: Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot. Int.*, 2000, 15(3), 259–267.

The background of the page is an abstract design featuring overlapping, wavy shapes in various shades of teal and green. The colors transition from a darker green at the top and bottom to a lighter, almost white-green in the center. The overall effect is a sense of fluid motion and depth.

ISBN - 978-83-67454-22-3