

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom 4

praca zbiorowa pod red.
Krystyny Klimaszewskiej,
Anny Baranowskiej,
Elżbiety Krajewskiej-Kułak



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA Tom IV

**Praca zbiorowa pod redakcją
Dr n. med. Krystyny Klimaszewskiej,
Dr n. med. Anny Baranowskiej,
Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kulak**

Białystok 2021

RECENZENCI MONOGRAFII

Prof. Andrei Shpakou

Uniwersytet im. Janka Kupały w Grodnie

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Wydawca

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego 1
Białystok

ISBN komplet

978-83-951075-6-6

ISBN IV tom

978-83-961984-3-3

Wydanie I

Białystok 2021

Wszelkie prawa zastrzeżone

Druk

RobotA Piotr Duchnowski
15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307 NIP 966-035-40-80

Druk monografii finansowany przez Stowarzyszenie Pro Salute

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

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

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA

Tom IV



***Choć zdrowie nie jest na pewno wszystkim,
to bez zdrowia wszystko jest niczym***
Arthur Schopenhauer

Słowo wstępu

Szanowni Państwo

Przed współczesną medycyną stoją to coraz nowsze i nieznane wyzwania. To nie tylko wdrażanie medycyny spersonalizowanej, rozwój medycyny perinatalnej, psychiatrii, zwłaszcza dziecięcej, wprowadzanie nowoczesnego modelu ochrony zdrowia pracujących, ale także leczenie otyłości, udarów, nowotworów, ochrona przed wirusem HPV, szeroko rozumiana opieka geriatryczna, długoterminowa i paliatywna itp.. W opinii Josuha J. Marine, dzięki nowym wyzwaniom rozwijamy się, to one „*sprawiają, że życie staje się ciekawe. Przewyciężenie ich jest tym, co czyni życie znaczącym*”. Podobnie dzieje się w medycynie.... Znaczący postęp rozpoczął się w niej pod koniec XIX wieku wraz z ogólnym rozwojem nauk przyrodniczych – od szeregu ważnych odkryć w dziedzinie fizyki i chemii, udoskonalenie technik mikroskopii, nowe sposoby syntezy związków chemicznych, rozwój licznych technologii pozwalających, po coraz doskonalsze opisywanie budowy i funkcji organizmu na poziomie molekularnym, opracowanie struktury ludzkiego genomu.

Obecnie, w dobie pandemii SARS-CoV-2, szczególnie ważne jest nie tylko wdrażanie wytycznych i nowoczesne leczenie, pielęgnowanie chorych w różnych jednostkach chorobowych, lecz także bezpieczeństwo personelu oraz pacjentów. W ostatnim czasie powstało wiele istotnych dokumentów, których celem jest ułatwienie organizacji leczenia chorych z zachowaniem ram czasowych, w myśl słów Alberta Camusa (Dżuma) „*(...) albo zbuduje się przeciw epidemii prawdziwą barierę, albo nie warto w ogóle zaczynać...*”.

Oddajemy do Państwa rąk IV tom monografii **WSPÓŁCZESNE WYZWANIA W OCHRONIE ZDROWIA** przybliżającej po raz kolejny zasadnicze problemy z jakimi musi borykać się współczesna medycyna.

Poszczególne rozdziały monografii obejmują szeroką skalę problemów, w tym sposób odżywiania się, warunki pracy i wypoczynku, działania higieniczne, zapobieganie chorobom (badania kontrolne), unikanie zagrożeń w postaci używek, szkodliwych nawyków czy nałogów.

Dziękujemy wszystkim Autorom opracowania, niezależnie od omawianego przez nich tematu. Każdy z nich włożył tu oprócz wiedzy również swoje doświadczenie w praktycznej organizacji opieki nad pacjentem. Ten ostatni aspekt wydaje się szczególnie ważny nie tylko z

punktu widzenia pacjenta, lecz także ze względu na konieczność zachowania najlepszych standardów leczenia, co ostatecznie przekłada się na jakość terapii i rokowanie pacjentów.

Dr n. med. Krystyna Klimaszewska

Dr n. med. Anna Baranowska

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska – Kułak

Wykaz autorów

Augustynek Iwona

Lic. piel.

Uczelnia Państwowa im. Szymona Szymonowica w Zamościu. Instytut Humanistyczno-Medyczny. Zakład Pielęgniarstwa

Baranowska Anna

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Białomyzy Maria

Mgr piel.

Absolwentka studiów II stopnia, kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Szpital im. PCK w Białymstoku

Bubieniec Dorota Marta

Lic. piel.

Absolwenta Kierunku Pielęgniarstwo I stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Dobrogowska-Piętka Anna

Lic. piel.

Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Chrzanowska Urszula

dr n. o zdr.

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku,

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia i Alergologii Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

Dolińska Cecylia

Dr n. med.

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Doroszkievicz Halina

Dr hab. n. o zdr.

Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Drózdź-Kubicka Elżbieta

Dr n. o zdr.

*Ośrodek Psychiatrii Dziecięcej Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” Warszawa
Klinika Budzik Warszawa*

Figiel Karolina

Lic. piel.

Absolwentka Uczelni Państwowej im. Szymona Szymonowica w Zamościu. Instytut Humanistyczno-Medyczny. Zakład Pielęgniarstwa.

Jankowiak Barbara

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jankowska Dorota

Mgr matematyki

Zakład Statystyki i Informatyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kiczuk Joanna

Mgr piel.

Absolwenta Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Kirpsza Bożena

Dr n. med.

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Klimaszewska Krystyna

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kowalewska Beata

Dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kowalska Elżbieta

Lic. piel.

Stacja Dializ II Kliniki Nefrologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Kulbaka Ewa

Dr n. med.

Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu

Kwiatkowska Julia

Lic. piel.

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Kwika Maria Dorota

Dr n. med.

Uczelnia Państwowa im. Szymona Szymonowica w Zamościu. Instytut Humanistyczno-Medyczny. Zakład Pielęgniarstwa

Malesińska Magdalena

Dr n. o zdr.

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Olejniki Beata Janina

Dr n. med.

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Osipiuk Dominika

Lic. piel.

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku;

Klinika Hematologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Owłasiuk Anna

Dr n. o zdr.

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Padlewska Katarzyna

Mgr położnictwa

Poliklinika Położniczo-Ginekologiczna Arciszewscy, Białystok

Panas Agata

Dr n. o zdr.

ZOZ Hospicjum Domowe w Białymstoku,

Perkowska Ewa

Dr n. o zdr.

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Rejniak Dominika

Lic. piel.

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Roszkowska Urszula

Lic. piel.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Snarska Katarzyna Krystyna

Dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Szafarska Katarzyna

Lic. piel.

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Szymanowska Milena

Mgr położnictwa

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

UrwanMonika Maria

Lic. piel.

Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo I stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Szpitalny Oddział Ratunkowy z Pododdziałem Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Wawrzyn Marta

Mgr położnictwa

Prywatna Klinika Położniczo – Ginekologiczna w Białymstoku

Wiśniewska Katarzyna

Lic. piel., mgr pedagogiki

Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu,

Absolwentka Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Wydział Pedagogiki i Psychologii.

Wojewódzka-Żeleznikowicz Marzena

Dr hab. n. med.

Klinika Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Zadrożniak Martyna Małgorzata

Mgr piel.

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Zajczyk Maria

Mgr piel.

Absolwenta Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Blok Operacyjny, SPZOZ Sokółka

SPIS TREŚCI

ANALIZA POZIOMU WIEDZY KOBIET CIĘŻARNYCH W ZAKRESIE STANDARDU OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ I ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z TEGO TYTUŁU PRZYSŁUGUJĄCYCH	17
<i>Katarzyna Padlewska, Ewa Perkowska</i>	
ANALIZA PRZYPADKU PACJENTA OPARZONEGO	29
<i>Bożena Kirpsza, Dominika Rejniak</i>	
WPŁYW SPOSOBU UKOŃCZENIA CIĄŻY NA STAN PSYCHICZNY KOBIET	49
<i>Marta Wawrzyn, Ewa Perkowska</i>	
WPŁYW SPOSOBU UKOŃCZENIA CIĄŻY NA STAN FIZYCZNY KOBIET...	62
<i>Marta Wawrzyn, Ewa Perkowska</i>	
ANALIZA WYSTĘPOWANIA PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z LAKTACJĄ WE WCZESNYM OKRESIE POŁOGU	77
<i>Milena Szymanowska, Ewa Perkowska</i>	
ZESPÓŁ METABOLICZNY WSPÓŁCZESNYM PROBLEMEM ZDROWOTNYM	93
<i>Beata Kowalewska, Dominika Osipiuk</i>	
DIAGNOSTYKA I LECZENIE ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH	108
<i>Krystyna Klimaszewska, Julia Kwiatkowska</i>	
ELEMENTY OPIEKI NAD PACJENTEM Z ROZPOZNANĄ DEPRESJĄ KLINICZNĄ	118
<i>Katarzyna Krystyna Snarska, Anna Dobrogowska-Piętka, Beata Janina Olejnik, Marzena Wojewódzka- Żeleźniakowicz</i>	
ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTKĄ Z NIETRZYMANIEM MOCZU POWYŻEJ 55 ROKU ŻYCIA - STUDIUM PRZYPADKU	137
<i>Maria Dorota Kwika, Iwona Augustynek, Ewa Kulbaka, Katarzyna Wiśniewska</i>	
INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ NAD NOWORODKIEM Z ALKOHOLOWYM ZESPOŁEM PŁODOWYM.....	157
<i>Magdalena Malesińska, Katarzyna Szafarska, Anna Owłasiuk</i>	
ZABURZENIA SNU U STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH	179
<i>Beata Janina Olejnik, Martyna Małgorzata Zadrozniak, Dorota Jankowska, Anna Baranowska, Elżbieta Dróżdż-Kubicka, Urszula Chrzanowska, Agata Panas</i>	
MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW I OZW POD POSTACIĄ KARDIOMIOPATII TAKOTSUBO -OBRAZ KLINICZNY	223
<i>Beata Kowalewska, Elżbieta Kowalska</i>	

POSTAWY MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO WOBEC OSÓB CHORYCH PSYCHICZNIE	240
<i>Barbara Jankowiak, Joanna Kiczuk</i>	
POSTAWY PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO WOBEC ŚMIERCI PACJENTA	268
<i>Katarzyna Krystyna Snarska, Cecylia Dolińska</i>	
WPŁYW CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH NA WYSTĘPOWANIE PROBLEMÓW LAKTACYJNYCH WE WCZESNYM OKRESIE POŁOGU	294
<i>Milena Szymanowska, Ewa Perkowska</i>	
PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z URAZEM WIELONARZĄDOWYM	305
<i>Barbara Jankowiak, Monika Maria Urwan</i>	
WIELOASPEKTOWOŚĆ PROBLEMÓW OPIEKI NAD CHORYM Z OSTRĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ ODDECHOWĄ	327
<i>Roszkowska Urszula, Doroszkiewicz Halina</i>	
PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ	341
<i>Bożena Kirpsza, Dorota Marta Bubieniec</i>	
WIEDZA I POSTAWA SPOŁECZEŃSTWA WOBEC NOSICIELI WIRUSA HIV	362
<i>Barbara Jankowiak, Maria Zajczyk</i>	
ROLA PIELĘGNIARKI W ZAPOBIEGANIU POWIKŁANIOM WYNIKAJĄCYM Z UNIERUCHOMIENIA STARSZEGO PACJENTA - STUDIUM PRZYPADKU	376
<i>Maria Dorota Kwika, Karolina Figiel , Katarzyna Wiśniewska, Ewa Kulbaka</i>	
OCZEKIWANIA KOBIET CIĘŻARNYCH DOTYCZĄCE OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ ZAWARTE W PLANIE PORODU	398
<i>Katarzyna Padlewska, Ewa Perkowska</i>	
WPŁYW ŚMIERCI PACJENTA NA PERSONEL MEDYCZNY	413
<i>Krystyna Klimaszewska, Maria Białomyzy</i>	

ANALIZA POZIOMU WIEDZY KOBIET CIĘŻARNYCH W ZAKRESIE STANDARDU OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ I ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z TEGO TYTUŁU PRZYSŁUGUJĄCYCH

Katarzyna Padlewska¹, Ewa Perkowska²

¹ – Poliklinika Położniczo-Ginekologiczna Arciszewscy ul. Zamenhofa 19, Białystok.

² – Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

1 stycznia 2019 r. weszły w życie przepisy znowelizowanego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018, poz. 1756). Dotyczą one nie tylko ciąży i porodu przebiegającego fizjologicznie, ale również procedur medycznych uwzględniających m.in. indukcję porodu, łagodzenie bólu porodowego, stymulację czynności skurczowej macicy przez podawanie oxytocyny, amniotomię, nacięcie krocza czy cięcie cesarskie [1, 2, 3]. Pozwalają one na objęcie matki i dziecka powszechnymi zasadami postępowania w przypadku przejściowo pojawiających się powikłań. Pomagają kobiecie podejmować właściwe decyzje dotyczące postępowań prozdrowotnych w ciąży, połogu i opiece nad noworodkiem [1, 2, 3]. Standard pozwala ciężarnej na zapoznanie się z miejscem porodu, wypełnienie dokumentacji medycznej i w zależności od możliwości podmiotu leczniczego, odbycie konsultacji anestezjologicznej [2, 3]. Zapewnia dobrą jakość edukacji przedporodowej, poprzez wyznaczenie ram programowych, które obejmują okres prenatalny, porodu, poporodowy oraz wsparcie społeczne ciężarnej, położnicy i jej rodziny w okresie okołoporodowym [1, 2]. Szczegółowo reguluje zakres świadczeń medycznych obowiązujących w ciąży, dotyczących profilaktyki, badań diagnostycznych, konsultacji medycznych w identyfikacji czynników ryzyka powikłań okołoporodowych [1, 2]. Kobieta w ciąży powinna być konsultowana nie rzadziej niż co 3-4 tygodnie. Każdy zidentyfikowany czynnik ryzyka powinien być omówiony z ciężarną, aby mogła świadomie podjąć decyzję dotyczącą miejsca porodu, które jest na odpowiednim poziomie referencyjności dla zapewnienia profesjonalnej opieki perinatalnej i neonatologicznej [1].

Zgodnie ze standardem kobieta w ciąży fizjologicznej może wybrać kto będzie prowadził jej ciążę, lekarz czy położna, której kwalifikacje pozwalają na samodzielne prowadzenie fizjologicznej ciąży i porodu [1, 4]. Ona decyduje o tym, gdzie chce rodzić – w

domu czy w szpitalu i kto będzie jej towarzyszył na sali porodowej. Za zgodą osoby sprawującej opiekę, może spożywać posiłki w trakcie porodu. Swoje oczekiwania związane z przebiegiem porodu, w tym ewentualne interwencje medyczne, które dopuszcza, może przedstawić i omówić w przygotowanym wcześniej planie porodu. Personel medyczny opiekujący się kobietą na sali porodowej, powinien uwzględnić te życzenia [1]. Powyższe dokumenty – standard opieki okołoporodowej i plan porodu są powszechnie dostępne. Kobiety mają możliwość zapoznania się z ich treścią i podjęciem decyzji dotyczących własnych oczekiwań i potrzeb. Kobiety często nie są świadome należnych sobie podstawowych praw [5, 6].

Założenia i cel pracy

Celem głównym pracy była analiza poziomu wiedzy kobiet ciężarnych w zakresie standardu opieki okołoporodowej i świadczeń zdrowotnych z tego tytułu przysługujących.

Materiał i metodyka badań

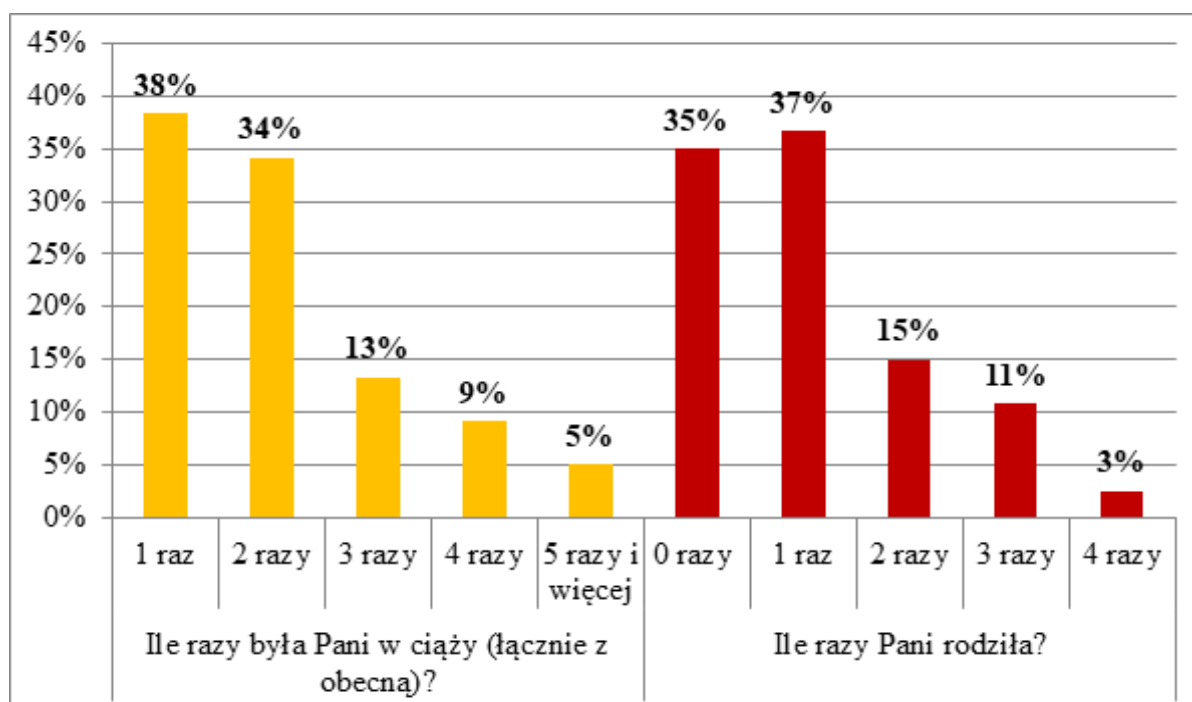
Badania przeprowadzono wśród 120 kobiet ciężarnych, które ukończyły 18 rok życia, wyraziły zgodę na badanie oraz ich stan psychiczny pozwalał na udzielanie odpowiedzi. Respondentki były pacjentkami Poradni Ginekologiczno - Położniczej Polikliniki Ginekologiczno – Położniczej Arciszewscy w Białymstoku. Ankiety zebrano w terminie od lutego do końca kwietnia 2021 roku. Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr APK.002.65.2021. Wszystkie uczestniczki biorące udział w badaniu zostały poinformowane o jego celu, o anonimowości wykonywanych badań i ochronie danych osobowych oraz o możliwości wycofania zgody na dalszy udział w badaniu bez podawania przyczyny.

W badaniu wykorzystano autorską ankietę, opracowaną na podstawie przepisów standardu opieki okołoporodowej znowelizowanego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 1756) składającą się z 20 pytań podzielonych na dwie części. Pierwsza część ankiety autorskiej dotyczyła charakterystyki socjodemograficznej respondentek, przeszłości położniczej, obecnej ciąży oraz korzystania z zajęć w Szkole Rodzenia czy spotkań edukacyjnych z położną POZ. W drugiej części ankietowane odniosły się do tematu znajomości przepisów standardu okołoporodowego, wiedzy dotyczącej przebiegu porodu, opieki nad dzieckiem, możliwości wcześniejszego poznania miejsca porodu, źródeł czerpania wiedzy na dany temat oraz jakości otrzymanych informacji. Poproszono również ankietowane o dokonanie samooceny posiadanej wiedzy.

Do przeprowadzenia analizy statystycznej posłużono się oprogramowaniem Microsoft Excel oraz STATISTICA 13, w którym wykorzystano test Shapiro-Wilka w celu sprawdzenia normalności rozkładu danych i test χ^2 Pearsona. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$. Wyniki uznawano za statystycznie istotne, gdy wartość $p \leq 0,05$.

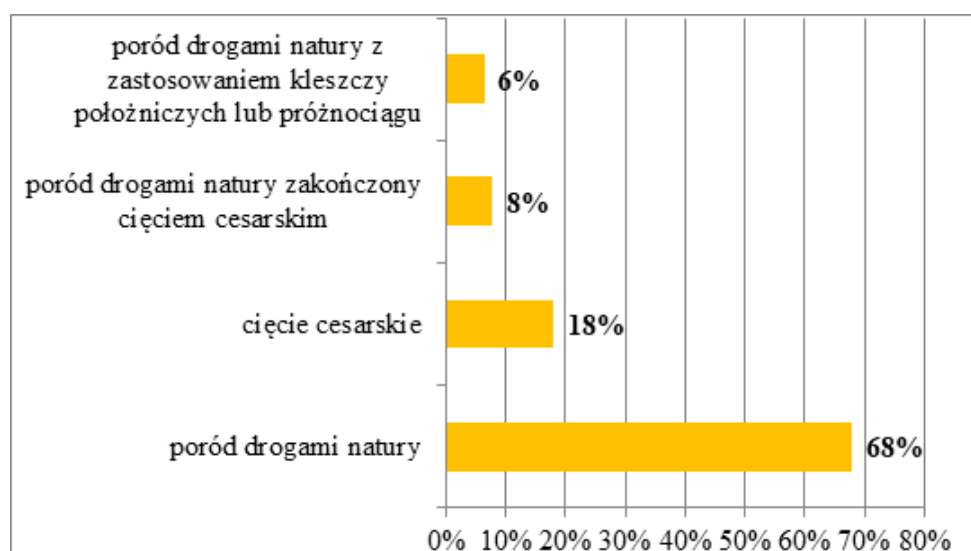
Wyniki

Blisko 2/5 badanych była w ciąży tylko 1 raz ($n=46$; 38%), zaś zaledwie 5% było w ciąży 5 razy (lub więcej) - ($n=6$). Ponadto, równo 35% badanych nigdy nie rodziło ($n=42$), 37% rodziło tylko 1 raz w życiu ($n=44$), zaś zaledwie 2% rodziło 4 razy ($n=3$) - (Ryc.1).



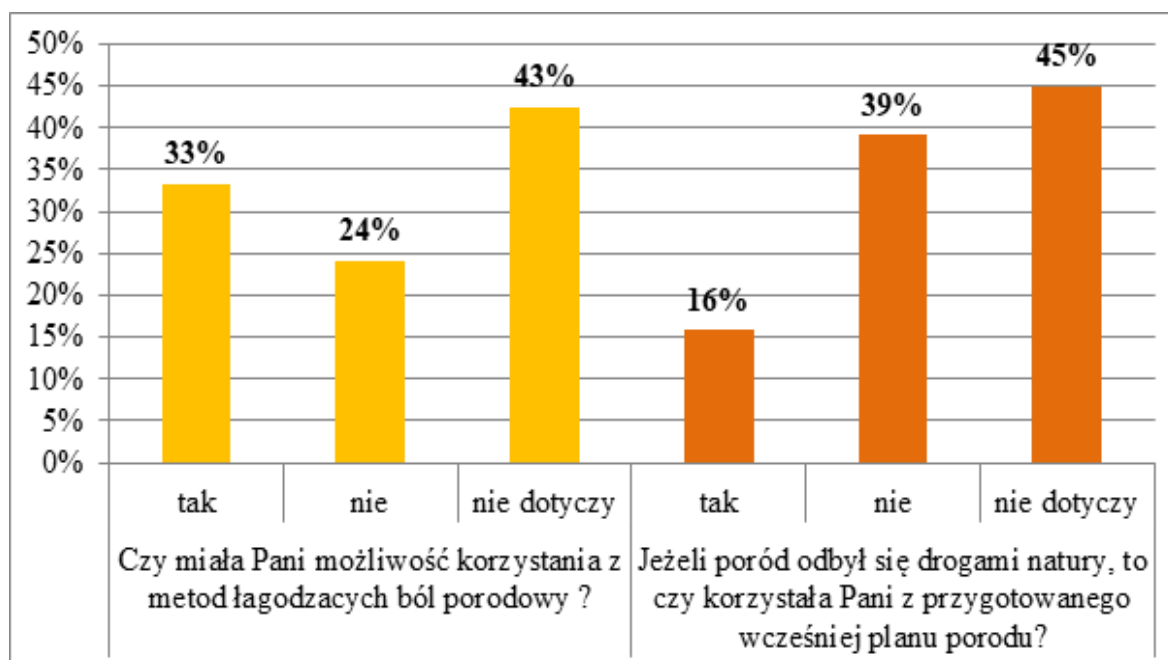
Rycina 1. Ilość ciąż i porodów wśród respondentek (opracowanie własne)

Wśród ankietowanych kobiet, które rodziły najczęstszą metodą porodu był poród naturalny ($n=53$; 68%). 1/4 respondentek przechodziła cesarskie cięcie ($n=20$; 26%), przy czym w przypadku 8% z nich poród rozpoczął się drogami natury ($n=6$) - (Ryc. 2).



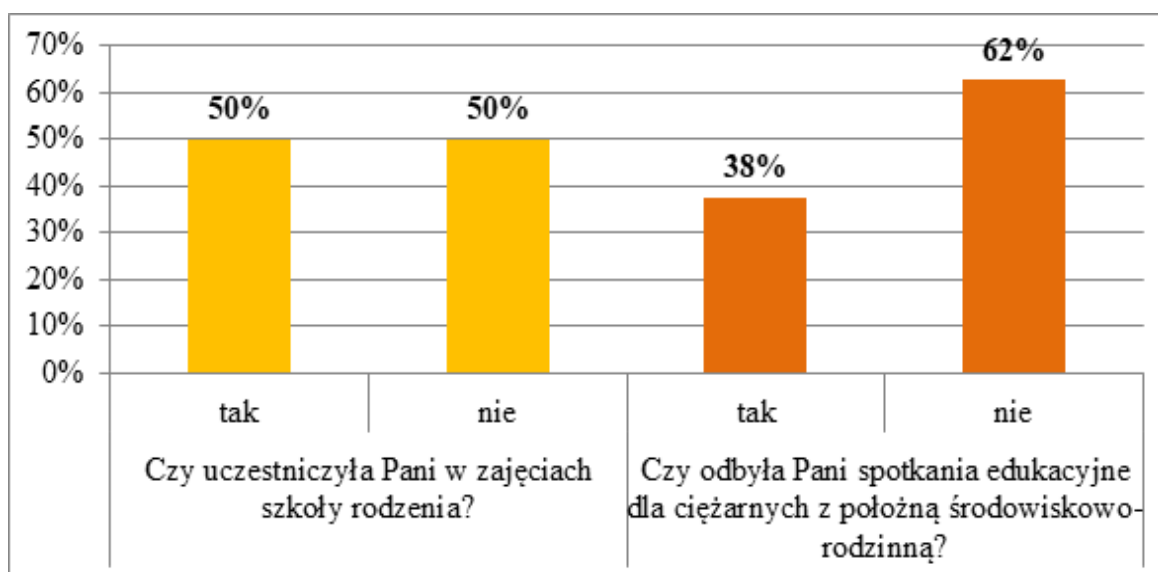
Rycina 2. Sposób porodu wśród respondentek (opracowanie własne)

1/3 badanych zadeklarowała, że miała możliwość skorzystania w trakcie porodu z metod łagodzących ból porodowy (n=40; 33%), niestety blisko 1/4 respondentek takiej możliwości nie miała (n=29; 24%). Ponadto tylko 16% kobiet, które rodziły drogami natury korzystało z przygotowanego wcześniej planu porodu (n=19) - (Ryc. 3).



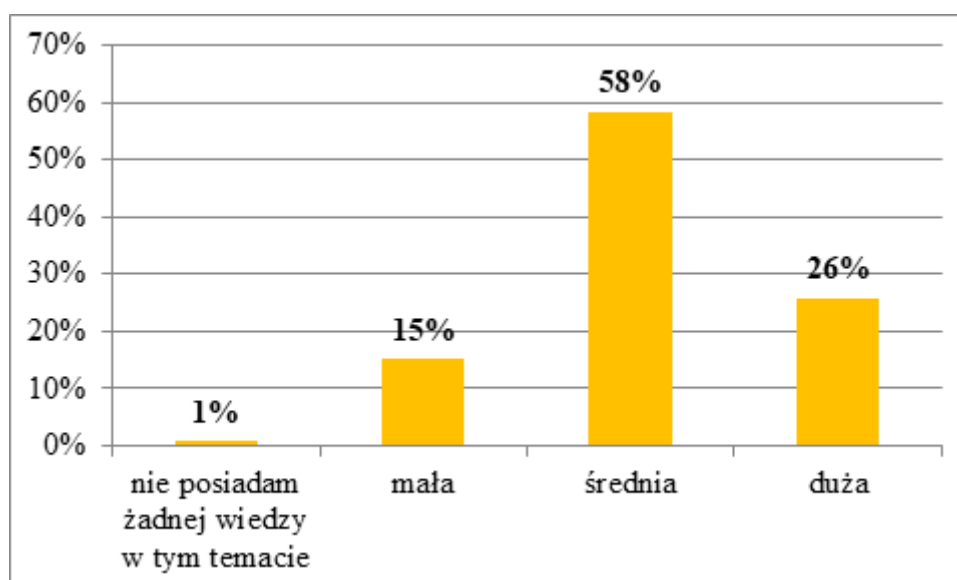
Rycina 3. Status korzystania z metod łagodzących ból porodowy oraz planu porodu wśród respondentek (opracowanie własne)

Równo połowa badanych kobiet zadeklarowała, że uczestniczyła w zajęciach Szkoły Rodzenia (n=60; 50%), zaś niecałe 2/5 odbyła spotkania edukacyjne dla ciężarnych z położną środowiskowo-rodzinną (n=45; 37,50%) - (Ryc. 4).



Rycina 4. Status uczestniczenia w zajęciach Szkoły Rodzenia oraz spotkaniach edukacyjnych dla ciężarnych z położną środowiskowo-rodzinną wśród respondentek (opracowanie własne)

Blisko 3/5 badanych kobiet oceniło swój poziom wiedzy na temat aktualnego standardu opieki okołoporodowej jak średni (n=70; 58%), zaś zaledwie 1/4 jako duży (n=31; 26%). Równo 15% badanych zadeklarowało mały poziom wiedzy na temat aktualnego standardu opieki okołoporodowej (n=18), zaś tylko 1 badana otwarcie przyznała, że nie posiada żadnej wiedzy w tym temacie (1%) - (Ryc.5).



Rycina 5. Samoocena poziomu wiedzy na temat aktualnego standardu opieki okołoporodowej wśród respondentek (opracowanie własne)

Aby sprawdzić czy status wiedzy na temat aktualnego standardu opieki okołoporodowej wiąże się ze statusem wykształcenia ankietowanych wykonano test χ^2 , przyjmując następujące hipotezy:

H0: status wiedzy na temat aktualnego standardu opieki okołoporodowej nie wiąże się ze statusem wykształcenia ankietowanych

H1: status wiedzy na temat aktualnego standardu opieki okołoporodowej wiąże się ze statusem wykształcenia ankietowanych

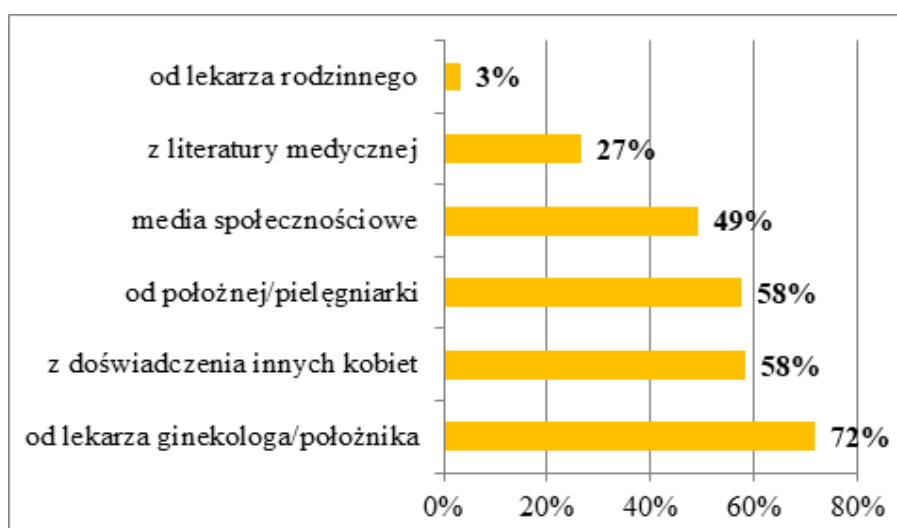
Po przeprowadzonej analizie uzyskano następujący wynik: $p=0,34 > 0,05$.

Wniosek: Status wiedzy na temat aktualnego standardu opieki okołoporodowej nie wiąże się ze statusem wykształcenia ankietowanych ($p=0,34$). Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Status poziomu wiedzy nt. aktualnego standardu opieki okołoporodowej
w zależności od wykształcenia respondentek (opracowanie własne)

Wykształceni e	Poziom wiedzy na temat aktualnego standardu opieki okołoporodowej				RAZEM
	nie posiadam żadnej wiedzy na ten temat	mała	średnia	duża	
zawodowe	-	1; 1%	4; 3%	-	5; 4%
średnie	1; 1%	5; 4%	18; 15%	5; 4%	29; 24%
wyższe	-	12; 10%	48; 40%	26; 22%	86; 72%
RAZEM	1; 1%	18; 15%	70; 58%	31; 26%	120; 100%

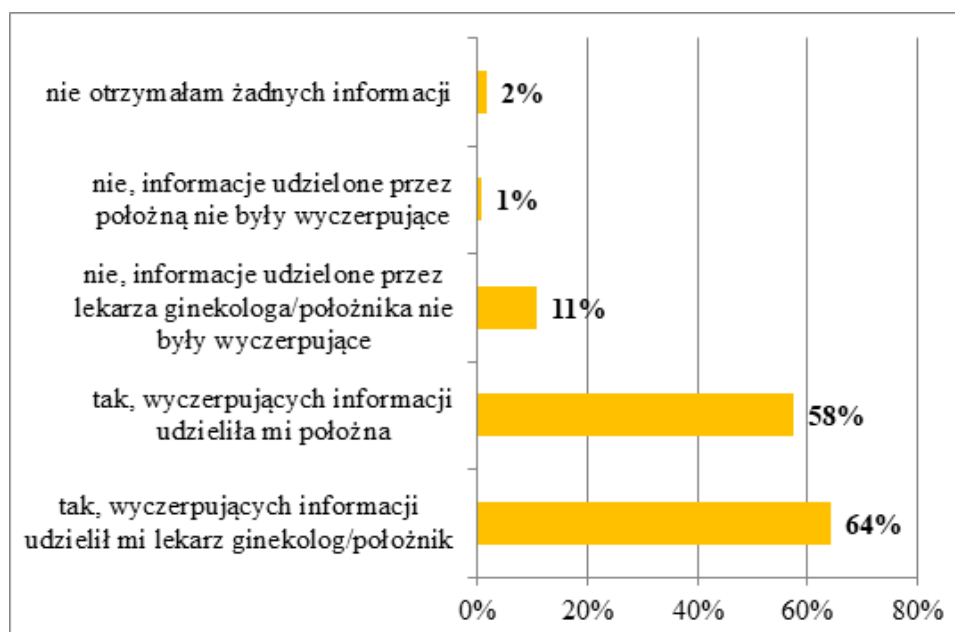
Respondentki najczęściej czerpały wiedzę na temat przysługujących świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej od lekarza ginekologa/położnika (n=86; 71,67%), najrzadziej zaś od lekarza rodzinnego (n=4; 3,33%) - (Ryc. 6).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondentki mogły wybrać kilka odpowiedzi

Rycina 6. Źródła wiedzy na temat przysługujących świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej wśród respondentek.

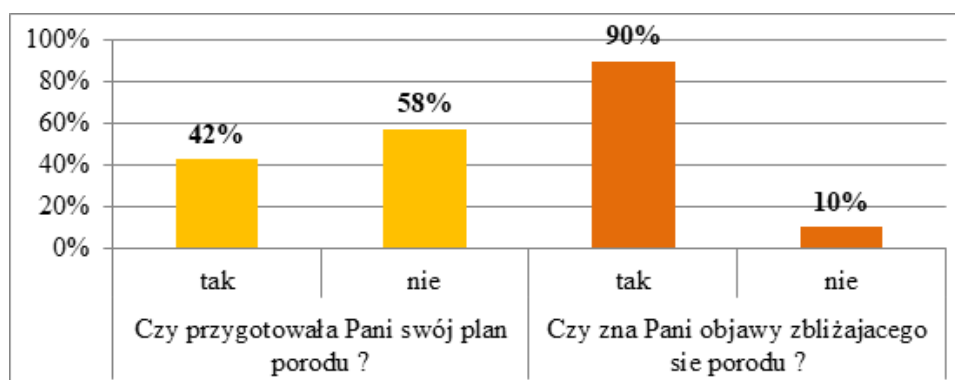
Ponad 3/5 badanych zadeklarowała, że lekarz ginekolog/położnik udzielił im wyczerpujących informacji w zakresie opieki okołoporodowej (n=77; 64%), zaś 58% kobiet stwierdziło, że takich informacji udzieliła im położna (n=69). Tylko 14 kobiet wykazało, że nie uzyskało wystarczającej wiedzy w tym zakresie (11%), zaś dwie pacjentki nie otrzymały żadnych informacji od lekarza czy położnej (2%) - (Ryc. 7).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondentki mogły wybrać kilka odpowiedzi

Rycina 7. Opinia respondentek nt. czy informacje udzielane przez lekarza ginekologa/położnika i położną były wyczerpujące.

Blisko 3/5 badanych kobiet nie przygotowywała planu porodu (n=69; 58%), zaś równo 1/10 nie zna objawów świadczących o zbliżającym się porodzie (n=12; 10%) - (Ryc. 8).



Rycina 8. Status przygotowania planu porodu oraz znajomości objawów zbliżającego się porodu wśród respondentek (opracowanie własne)

Aby sprawdzić czy status przygotowania planu porodu wiąże się ze statusem uczestnictwa ankietowanych w zajęciach szkoły rodzenia wykonano test χ^2 , przyjmując następujące hipotezy:

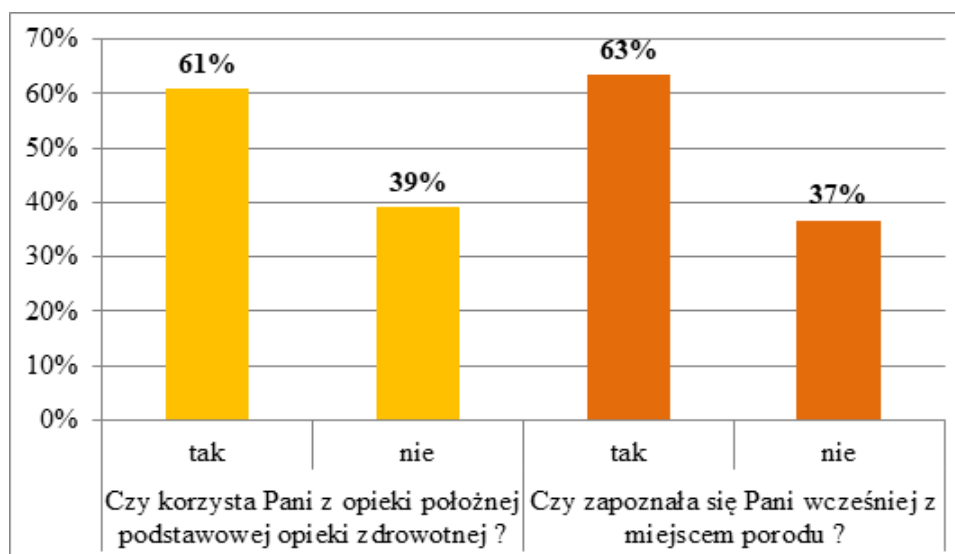
H0: Status przygotowania planu porodu nie wiąże się ze statusem uczestnictwa ankietowanych w zajęciach szkoły rodzenia.

H1: Status przygotowania planu porodu nie wiąże się ze statusem uczestnictwa ankietowanych w zajęciach szkoły rodzenia.

Po przeprowadzonej analizie uzyskano następujący wynik: $p=0,20 > 0,05$.

Wniosek: Status przygotowania planu porodu nie wiąże się ze statusem uczestnictwa ankietowanych w zajęciach szkoły rodzenia. ($p=0,20$).

Blisko 2/5 badanych kobiet nie korzystało z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej ($n=47$; 39%). Zaś blisko 37% badanych nie zapoznawała się wcześniej z miejscem porodu ($n=44$; 36%) - (Ryc. 9).



Rycina 9. Status korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz zapoznania się z miejscem porodu wśród respondentek (opracowanie własne)

Dyskusja

Od wielu lat obserwuje się wzrost świadomości kobiet ciężarnych na temat swoich potrzeb i oczekiwań dotyczących porodu oraz możliwości ich realizowania. Potrzebują być

profesjonalnie i z troską poprowadzone przez najważniejsze w życiu wydarzenie. Dlatego istotą opieki nad kobietą spodziewającą się potomstwa jest edukacja okołoporodowa prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia, gwarantowana przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018r. Świadoma rodząca w mniejszym stopniu odczuwa lęk, napięcie i ból, co korzystnie wpływa na przebieg porodu i porodu.

Przedstawione powyżej wyniki pokazują, że znajomość standardu opieki okołoporodowej wśród pacjentek Poradni Ginekologiczno - Położniczej jest zjawiskiem dość powszechnym. Wśród 120 badanych kobiet tylko 15% zadeklarowało mały poziom wiedzy. Jedna pacjentka przyznała się do nieposiadania żadnej wiedzy w tym temacie. Ankietowane najczęściej zdobywały informacje na temat przysługujących świadczeń zdrowotnych w ramach opieki okołoporodowej od lekarza prowadzącego ciążę (71,7 %) oraz od położnej (57,6%). Potwierdziły, że udzielone informacje były wyczerpujące. Jedynie 11% kobiet wykazało, że uzyskane informacje nie były dla nich wystarczające, a dwie pacjentki nie otrzymały żadnych informacji od lekarza i położnej. 49,2% ankietowanych oprócz wskazówek od lekarza i położnej korzystało z informacji powszechnie udostępnionych w mediach społecznościowych, które nie zawsze są wiarygodnym źródłem wiadomości. W badaniach przeprowadzonych przez Doroszewską A. i Dmoch- Gajzlerską E. dla 80% ankietowanych internet był źródłem wiedzy o ciąży, porodzie i porodu oraz pielęgnacji noworodka [7]. W badaniach Król i wsp. również został podany jedno z głównych źródeł informacji w tym temacie [8]. W badaniach Puszczalskiej- Lizis E., zbliżonych do wyników badań własnych, 60 % ankietowanych wskazało położną jako źródło informacji, zaś 33% wybrało internet [9]. Ankietowane najczęściej poszukiwały tematów o prawidłowym rozwoju dziecka w czasie ciąży oraz właściwego żywienia w tym okresie, a następnie konsultowały je z lekarzem prowadzącym i położną [7]. W badaniu własnym nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich wiedzą na temat aktualnego standardu opieki okołoporodowej ($p=0,34$). Wykazano również, że wysoki i średni poziom zdobytej wiedzy nie zależy statystycznie od uczestnictwa respondentek w zajęciach szkoły rodzenia czy spotkaniach z położną POZ ($p=0,44$). Porównując powyższe badania z raportem prac przeprowadzonych przez Fundację Rodzić po Ludzku z 2013 r, według którego na 30 ciężarnych kobiet tylko 5 zgłosiło znajomość rozporządzenia, a 5 innych tylko słyszało o tym dokumencie [5,10], można stwierdzić, że wzrasta poziom wiedzy kobiet w zakresie praw, ustaw i rozporządzeń, a to motywuje personel medyczny do polepszania jakości sprawowanej opieki i wychwycenia pacjentek wymagających edukacji.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania wysunięto następujące wnioski:

1. Pacjentki wykazały się dość dobrym poziomem wiedzy i świadomości na temat praw, ustaw i rozporządzeń, które gwarantują im wysoki poziom sprawowanej opieki okołoporodowej.
2. Status wiedzy na temat aktualnego standardu opieki okołoporodowej nie wiąże się ze statusem wykształcenia ankietowanych.
3. Status przygotowania planu porodu nie wiąże się ze statusem uczestnictwa ankietowanych w zajęciach szkoły rodzenia.
4. Ankietowane najczęściej czerpały wiedzę na temat przysługujących im świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej od lekarza prowadzącego ciążę i położnej.

Wykaz piśmiennictwa

1. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018, poz. 1756).data pobrania 21.04.2021.
2. Iwanowicz-Palus G.: Wybrane zagadnienia prawne dotyczące opieki okołoporodowej i ochrony macierzyństwa [w:] Edukacja przedporodowa, Iwanowicz-Palus G, Bień A.(red.). PZWL, Warszawa 2020, 95-105
3. Praktyczne uwarunkowania wprowadzenia nowego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Ministerstwo Zdrowia. Narodowy Program Zdrowia. Prometriq Akademia Zarządzania, Warszawa 2018.data pobrania 21.04.2021.
4. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).data pobrania 21.04.2021.
5. Stanisław M., Ćwiek D.: Znajomość standardu opieki okołoporodowej przez pacjentki wybranych szpitali województwa zachodniopomorskiego. Pielęgniarstwo Polskie 2016, 2, 139-143,
6. Romańska A., Baranowska B., Sys D., Węgrzyn P.: Wybrane zagadnienia z planu porodu w kontekście oczekiwań kobiet i ich wyników okołoporodowych. Hygeia Public Health 2019,54 (2), 123-129.

7. Doroszeńska A, Dmoch-Gajzlerska E. Internet jako źródło informacji o ciąży, porodzie, połogu i pielęgnacji dziecka – analiza wyników badań. Zdr. Pub. 2011, 121(2), 129.
8. Król M, Kaczor P, Grobelny M Jakie zagadnienia należy poruszyć w edukacji kobiet ciężarnych na temat porodu nieobciążonego patologią? Med Ogólna I Nauki o Zdrowiu 2014, 20(3), 245-250.
9. Puszczałowska-Lizis E, Mokrzycka K, Jandziś S. Wpływ edukacji przedporodowej na przebieg ciąży, porodu i wczesne macierzyństwo. Med. Ogólna Nauki o Zdrowiu 2016, 22(4), 264–269.
10. Kubicka- Kraszyńska U. (red).: Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego. Raport. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku, 2013.

ANALIZA PRZYPADKU PACJENTA OPARZONEGO

Bożena Kirpsza¹, Dominika Rejniak²

¹ - Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² - Absolwentka kierunku pielęgniarstwo I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Na przestrzeni ostatnich lat liczba zgonów i urazów spowodowana oparzeniami znacząco zmniejszyła się. Było to możliwe dzięki rozwojowi coraz to doskonalszych metod leczenia oraz nowej generacji leków i środków opatrunkowych. Pomimo to oparzenia nadal stanowią bardzo poważny problem medyczny, społeczny oraz ekonomiczny. Urazy oparzeniowe są obarczone wysokim ryzykiem wystąpienia ciężkich powikłań i w dalszym ciągu stanowią duże wyzwanie dla środowisk medycznych.

Rozwinięcie

Według Światowej Organizacji Zdrowia oparzenia powodują 11 milionów hospitalizacji i 180 tysięcy zgonów na świecie w ciągu roku. Statystyki podają natomiast, że w Polsce oparzeniom wymagającym hospitalizacji ulega rocznie około 12 tysięcy osób, a około 600 umiera z powodu oparzeń. W początkowym okresie większość chorych trafia na oddziały chirurgii ogólnej, a tylko 30% pacjentów leczy się w ośrodkach specjalistycznych. Do takich placówek trafiają z reguły osoby w stanie ciężkim bądź krytycznym.

W populacji kobiet do oparzeń najczęściej dochodzi w warunkach domowych, natomiast mężczyźni częściej ulegają urazom w pracy. Oparzenie często związane jest z rodzajem aktywności zawodowej pacjentów (górnicy, hutnicy, strażacy). Według najnowszych danych kobiety mają nieco wyższe wskaźniki zgonów z powodu oparzeń niż mężczyźni.

Około 50-80% wszystkich oparzeń dotyczy dzieci. Oparzenia najczęściej zdarzają się u pacjentów w wieku od 2. do 4. roku życia. Przyczyną urazów jest najczęściej duża ruchliwość, chęć poznawania świata i brak odpowiedniego nadzoru ze strony dorosłych. Nierzadko urazy oparzeniowe przytrafiają się także osobom starszym i niedołężnym, zwłaszcza samotnym, co wynika z ograniczenia sprawności funkcjonalnej takich osób [1, 2, 3, 4].

Oparzeniem określa się uraz skóry oraz tkanek i narządów położonych głębiej, na skutek działania ciepła, prądu elektrycznego, substancji chemicznych lub promieniowania [1, 2, 3].

Ciężkie oparzenia; rozległe, głębokie, okolic wstrząsoporodnych, nie tylko powodują uszkodzenia skóry i przylegających tkanek, ale prowadzą również do rozwoju choroby oparzeniowej, czyli ogólnoustrojowych zaburzeń metabolicznych oraz niewydolności wielu narządów. Wyróżnia się trzy fazy choroby oparzeniowej [2, 5].

I. Wstrząs oparzeniowy

Wstrząs oparzeniowy jest rodzajem wstrząsu hipowolemicznego. Rozwija się po kilku godzinach od urazu, wskutek zwiększenia przepuszczalności naczyń włosowatych dla wody i białka, które gromadzą się w pęcherzach i oparzonej skórze i wydostają na zewnątrz w postaci wysięku. Z powodu hipowolemii dochodzi do centralizacji krążenia, czyli zmniejszenia obwodowego przepływu krwi w celu zachowania prawidłowego przepływu w życiowo ważnych narządach tj. mózgu i mięśniu sercowym. Charakterystyczne zmiany ogólnoustrojowe w przebiegu hipowolemicznego wstrząsu oparzeniowego to: spadek objętości wyrzutowej serca, zmniejszenie objętości krwi krążącej, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, niedotlenienie tkanek, zmniejszone wydzielanie moczu. Wstrząs oparzeniowy trwa do kilku dni, po czym następuje kolejna faza [6].

II. Faza kataboliczna

W tej fazie charakterystyczny jest wzrost tempa metabolizmu na skutek uzupełniania strat białka i energii z zapasów zgromadzonych w wątrobie mięśniach i tkance tłuszczowej. Zwiększony metabolizm może być także efektem rozwoju SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrom*, zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej), wskutek osłabienia mechanizmów odpornościowych. Poważne i długotrwałe zaburzenia metaboliczne w skrajnych przypadkach mogą doprowadzić do niewydolności wielonarządowej i zgonu pacjenta. Faza kataboliczna może trwać od kilku do kilkunastu miesięcy.

III. Faza anaboliczna

Nazywana inaczej fazą regeneracji. Jeżeli nie doszło do rozwoju poważnych powikłań lub zostały one skutecznie opalone stan pacjenta zaczyna ulegać stabilizacji. Dochodzi do odbudowy zapasów białek i tłuszczów, zwiększeniu ulega masa ciała pacjenta. Faza ta

rozpoczyna się w momencie wygojenia się rany oparzeniowej i może trwać nawet do dwóch lat [7,8].

Leczenie oparzeń

Leczenie oparzeń jest niezwykle złożonym procesem i wbrew obiegowej opinii nie ogranicza się tylko do miejsca oparzenia. Uraz ten niesie za sobą także szereg ogólnoustrojowych powikłań, które muszą być brane pod uwagę w procesie leczenia.

Leczenie oparzeń możemy podzielić na leczenie zachowawcze oraz chirurgiczne. Na leczenie zachowawcze składają się miejscowe leczenie rany oparzeniowej, leczenie żywieniowe, rehabilitacja oraz leczenie ogólne, mające na celu przede wszystkim zwalczanie wstrząsu oparzeniowego, a także zapobieganie powikłaniom choroby oparzeniowej [9].

Następstwa ciężkich oparzeń mają charakter przewlekły. Postępowanie w ostrej fazie choroby jest dopiero początkiem całego procesu zdrowienia. Po wygojeniu rany oparzeniowej i ustabilizowaniu się stanu pacjenta wymaga on długiej, czasem nawet kilkuletniej specjalistycznej opieki. W placówkach specjalizujących się w leczeniu oparzeń zapewnia się pacjentom opiekę odpowiednio wykwalifikowanego w tym zakresie personelu, tworzącego interdyscyplinarny zespół, na który składają się: chirurdzy, w tym także chirurdzy plastyczni, anestezjolodzy, pielęgniarki, fizjoterapeuci, dietetycy, a także psycholodzy i terapeuci zajęciowi [3].

Miejscowe leczenie zachowawcze

Najważniejszym celem miejscowego leczenia rany oparzeniowej jest zapewnienie optymalnych warunków do regeneracji skóry lub przyjęcia przeszczepu oraz zapobieganie zakażeniom [10].

Oparzenia I stopnia nie wymagają hospitalizacji i specjalnego leczenia. Takie oparzenia mogą być leczone przez samego pacjenta bądź lekarza rodzinnego. Zaleca się w ich przypadku stosowanie jedynie chłodzących okładów, lecz musi to być wykonane od razu po zadziałaniu czynnika parzącego (do 15 min). Przy powierzchownych oparzeniach bez pęcherzy można również zastosować preparaty z dekspantenolem do złagodzenia objawów oparzenia. Substancja ta wspomaga naturalne procesy regeneracji skóry, zmniejsza przeznaskórkową utratę wody i łagodzi podrażnienia. Nie należy samodzielnie przekłuwać pęcherzy powstałych na oparzonej skórze, smarować oparzeń tłuszczem ani przemywać spirytusem [11].

Istnieją trzy metody miejscowego leczenia rany oparzeniowej:

- metoda otwarta – bez opatrunku,
- metoda zamknięta - z opatrunkiem,
- wczesne operacyjne usunięcie martwych tkanek i zamknięcie ubytków autoprzeszczepami, alloprzeszczepami lub innymi alternatywnymi materiałami (dotyczy tylko oparzeń II i III stopnia) [10].

Metodą otwartą, bez opatrunku można leczyć oparzenia I stopnia i powierzchowne oparzenia II stopnia (II°A). Miejsca takie jak twarz, krocze i pośladki zawsze leczone są metodą otwartą, niezależnie od stopnia oparzenia. Bardzo ważnym elementem przy tej metodzie jest zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki. Oparzone powierzchnie przemywa się wodnym 0,01% roztworem hibitanu lub 0,9% roztworem chlorku sodu. Uszkodzone pęcherze należy usuwać, a następnie posmarować preparatem z neomycyną lub gentamycyną, ewentualnie zastosować środek enzymatycznie oczyszczający martwe tkanki. Osoba oparzona powinna być codziennie kąpana. Należy również regularnie usuwać martwą tkankę oraz dokładnie zmywać resztki nakładanych na skórę preparatów. Wśród zalet metody otwartej należy wymienić łatwą pielęgnację trudno dostępnych miejsc, pozostawienie choremu dużej swobody ruchów, jak również możliwość codziennej obserwacji rany [1, 10, 12].

W metodzie zamkniętej z zastosowaniem opatrunków stosuje się miejscowo środki bakteriobójcze i bakteriostatyczne w różnej postaci oraz różnego rodzaju opatrunki [2, 5, 13].

Do najczęściej stosowanych środków przeciwbakteryjnych należą: 1% sól srebrowa sulfadiazyny z dodatkiem lub bez dodatku 2,2% azotanu ceru, 0,5% azotan srebra, maść gentamycynowa lub neomycynowa, 3% kwas borny, 2%, 5% lub 10% roztwór chlorku sodu oraz betadyna w postaci maści [1, 13].

W przypadku głębokich oparzeń opatrunek stanowi zabezpieczenie rany przed zakażeniem do czasu wykonania zabiegu operacyjnego, ogranicza parowanie wody z powierzchni rany, dzięki czemu zapobiega wysychaniu rany i tworzeniu się strupa oraz zmniejsza ból [1, 2, 5].

Przed założeniem opatrunku należy oczyścić ranę i wykonać toaletę całego ciała, w tym także skóry zdrowej. Woda powinna mieć temperaturę zbliżoną do temperatury ciała i zawierać dodatek mydła. Jest to bardzo ważny element profilaktyki zakażeń. Podczas toalety należy także dokładnie zmyć resztki, wcześniej nakładanych na skórę preparatów. Istotne jest, aby wykonanie opatrunków odbywało się sprawnie i umiejętnie, aby ograniczyć dolegliwości bólowe chorego i nie doprowadzić do wychłodzenia organizmu. Przed rozpoczęciem opatrywania ran oparzeniowych można podać pacjentowi środki przeciwbólowe [1, 10, 12].

Dopiero tak przygotowana rana może zostać pokryta opatrunkiem. Specjalistyczne opatrunki są dostępne zarówno w formie uniwersalnej, na różnego rodzaju rany, jak i w formie specjalnych opatrunków przeznaczonych tylko do leczenia oparzeń. Właściwy dobór opatrunku jest warunkiem prawidłowego gojenia się rany oparzeniowej [2, 5, 10].

Operacyjne leczenie rany oparzeniowej

Stałym elementem nowoczesnego leczenia oparzeń głębokich II stopnia oraz oparzeń III stopnia powinno być wczesne wycięcie martwych tkanek, czyli tzw. nekrektomia. Zabieg ten jest istotnym elementem profilaktyki zakażeń rany oparzeniowej, ponieważ zmienia ranę oparzeniową z urazowej w chirurgiczną. Usunięcia tkanek martwiczych należy dokonać najszybciej jak to możliwe, uwzględniając jednak stan chorego, gdyż wykonanie nekrektomii wiąże się z ryzykiem utraty dużej ilości krwi.

Jeżeli stan chorego jest stabilny, zabieg można wykonać jednoetapowo, a jeśli nie należy go podzielić na kilka etapów. W takim przypadku w pierwszym etapie usuwa się ok. 30% martwej tkanki, a następne zabiegi wykonuje się odstępach kilku dni w zależności od stanu pacjenta. W przypadku gdy stan pacjenta na to pozwala, najkorzystniej jest usunąć całość tkanki martwiczej do 3 dni od urazu, gdyż wtedy ryzyko masywnego krwawienia jest najmniejsze [1].

W przypadku oparzeń okrężnych III stopnia pod grubym i twardym strupem oparzeniowym tworzy się narastający obrzęk, który utrudnia krążenie i powoduje niedokrwienie w miejscu oparzenia. W takich przypadkach stosowany jest zabieg escharotomii, polegający na wykonaniu nacięcia odbarczającego strupa, włącznie z powięzią leżącą pod nim.

Złotym standardem w operacyjnym leczeniu oparzeń jest pokrycie ran po usunięciu tkanki martwiczej autoprzyszczepem. W pierwszej kolejności autoprzyszczepami pokrywane są rany umiejscowione na twarzy, szyi, rękach, stopach oraz powierzchniach okółostawowych. Nie należy wycinać tkanki martwiczej, jeżeli nie ma możliwości zamknięcia powstałej w ten sposób rany chirurgicznej za pomocą autoprzyszczepu lub innego materiału zastępczego. Płaty skóry do przeszczepu pobiera się ze skóry własnej chorego. Miejscem dawczym teoretycznie mogłaby być każda okolica ciała, jednak najczęściej wybierane są okolice ud lub pośladków [1].

W rozległych oparzeniach, możliwości pobrania skóry do autoprzyszczepu mogą być ograniczone. Wielokrotne pobieranie skóry z tego samego miejsca, również obarczone jest pewnymi ograniczeniami, ponieważ pomiędzy kolejnymi pobraniami musi minąć czas

potrzebny do wygojenia się miejsca dawczego. W takich sytuacjach konieczne jest użycie materiałów zastępczych. Jest to zróżnicowana grupa materiałów, która czasowo lub stale pełni funkcję skóry. Tymczasowe substytuty skóry mają zapewniać ochronę przed uszkodzeniami oraz chronić przed zakażeniem do czasu pokrycia rany przeszczepem lub do momentu wygojenia się ubytków naskórka, natomiast materiały stałe służą do ostatecznego uzupełniania ubytków skóry. Substytuty skóry mogą być pochodzenia biologicznego (allografy, ksenografy) lub syntetycznego np. Integra – sztuczna skóra lub Suprathel – sztuczny naskórek [1, 10, 14, 15].

Leczenie wstrząsu oparzeniowego

Polega na uzupełnianiu strat płynów w łożysku naczyniowym, w ilości niezbędnej do utrzymania perfuzji w ważnych życiowo narządach. W celu prowadzenia właściwej resuscytacji płynowej niezbędna jest znajomość reguł przetoczeniowych oraz monitorowanie ilości, szybkości i rodzajów przetaczanych płynów [16].

Istnieje kilka reguł przetoczeniowych stosowanych w celu określenia ilości i rodzaju przetaczanych płynów:

- reguła Parkland – przetaczanie krystaloidów,
- reguła Evans’a i Brook’a - przetaczanie krystaloidów i koloidów,
- reguła Monafo – przetaczanie stężonych roztworów chlorku sodu,
- reguła Slatera – przetaczanie świeżo mrożonego osocza [6].

Mają one tylko charakter orientacyjny. Najważniejszym wskaźnikiem prawidłowości przebiegu resuscytacji płynowej jest diureza godzinowa na poziomie 30-50 ml na godzinę u osób dorosłych. O ilości przetaczanych płynów należy decydować biorąc pod uwagę także wartość takich parametrów jak: ciśnienie tętnicze krwi, OCŻ (*ośrodkowe ciśnienie żyłne*), tętno, zabarwienie powłok skórnych, częstość oddechów, wilgotność błon śluzowych, zmiany osłuchowe w płucach, wyniki badań laboratoryjnych (hemoglobina, stężenie sodu i potasu, gazometria krwi tętniczej). Należy uważnie obserwować chorego pod kątem wystąpienia powikłań resuscytacji płynowej, a w szczególności przewodnienia. Może ono prowadzić do obrzęku płuc, mózgu, zwiększenia obrzęku rany i niedokrwienia skóry, a w konsekwencji do pogłębienia martwicy i zwiększenia rozległości oparzenia [16].

Leczenie żywieniowe

Stan nasilonego metabolizmu rozpoczyna się zaraz po urazie. Charakteryzuje się znacznym przyspieszeniem przemiany materii oraz zaburzeniami metabolizmu substancji

odżywczych. Głównym źródłem energii zamiast glukozy stają się białka, co prowadzi do wykorzystywania zapasów białkowych zgromadzonych w mięśniach i wątrobie. Brak prawidłowego żywienia skutkuje zanikiem mięśni, zaburzeniem gojenia ran, osłabieniem odporności, a w konsekwencji wyniszczeniem. Odpowiednio prowadzone i jak najwcześniej wdrożone leczenie żywieniowe zapewnia wystarczającą ilość substratów dla wzmożonego katabolizmu pooparzeniowego, zapobiega tworzeniu się wrzodu Curlinga i przyspiesza proces gojenia się ran [17].

Terapię żywieniową można prowadzić przy pomocy żywienia dojelitowego lub pozajelitowego. Najlepszą drogą podaży składników odżywczych jest jednak droga dojelitowa. Bezpiecznie można rozpocząć żywienie dojelitowe już po 6 godzinach od urazu. Jest ono preferowane ze względu na pobudzanie motoryki oraz sprawności immunologicznej jelit, co zapobiega rozprzestrzenianiu się bakterii i minimalizuje ryzyko wystąpienia sepsy. Ponadto niektóre składniki, np. glutamina mogą być dostarczane tylko tą drogą. Żywienie pozajelitowe należy stosować tylko w sytuacji, gdy u chorego występują zaburzenia czynności przewodu pokarmowego lub z jakichś przyczyn nie jest on w stanie samodzielnie jeść [17].

Według wytycznych ESPEN (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*, Europejskie Towarzystwo Żywienia Klicznego i Metabolizmu) zalecenia dietetyczne dla osób z oparzeniami powinny obejmować spożycie produktów wysokokalorycznych, gdyż zapotrzebowanie energetyczne po rozległych oparzeniach zwiększa się o ok. połowę w pierwszym tygodniu od urazu i bogatych w białko, aby zapobiec utracie beztłuszczowej masy ciała. Ciężko oparzonym pacjentom należy podawać także odpowiednie ilości węglowodanów, aby oszczędzić białka jako substrat energetyczny. Podaż białka u pacjentów z ciężkimi oparzeniami powinna wynosić ok. 2g na kg masy ciała na dobę, a węglowodany muszą dostarczać 55-60% całkowitej energii dziennie [17, 18].

Szczególnie istotną formą leczenia żywieniowego w przypadku oparzeń jest żywienie immunomodulujące. U pacjentów, u których doszło do rozległych oparzeń, reakcja odpornościowa organizmu jest w znacznym stopniu zaburzona. W wyniku upośledzenia funkcji komórek układu odpornościowego rozwija się stan immunosupresji. Badania wykazują, że stosowanie u pacjentów oparzeniowych żywienia immunomodulującego wpływa na poprawę reakcji odpornościowych, wzmacnia barierę jelitową, a także ogranicza procesy zapalne i ryzyko powikłań na podłożu infekcyjnym. Związkiem wykazującym szczególne działanie immunomodulujące jest glutamina. ESPEN zaleca jej suplementację w dawce 0,3g na kg masy ciała na dobę przez ok. 5-10 dni.

Podczas oparzenia organizm jest narażony na znaczne straty witamin i pierwiastków, takich jak: witamina C, witamina E, selen, miedź i cynk, dlatego konieczna jest ich suplementacja. Składniki te wspomagają procesy antyoksydacyjne, pobudzają układ odpornościowy, zapewniają lepsze gojenie ran oraz ograniczają ryzyko rozwoju infekcji, co znacząco wpływa na skrócenie czasu hospitalizacji pacjentów [17,18].

Leczenie bólu

Zwalczanie bólu jest priorytetowym zadaniem w leczeniu oparzeń. Specyfika bólu oparzeniowego polega na jego zmienności w czasie w zależności od przebiegu procesu gojenia się rany i związku z wykonywanymi procedurami medycznymi, np. zmianą opatrunków. Głębokie oparzenia III stopnia paradoksalnie powodują początkowo mniejszą bolesność niż oparzenia II, czy nawet I stopnia. Dzieje się tak dlatego, że uszkodzeniu ulegają znajdujące się w skórze zakończenia nerwowe. Jednakże po chirurgicznym opracowaniu tkanki martwiczej ból może się nasilać, ze względu na możliwość uszkodzenia tkanek nie objętych oparzeniem. Wzrost bólu może następować także w fazie gojenia się rany, kiedy dochodzi do odtwarzania zniszczonych zakończeń nerwowych. Kolejnym czynnikiem powodującym ból jest pobieranie zdrowej skóry do przeszczepów autologicznych [19].

Aby leczenie bólu było skuteczne musi być prowadzone systematycznie ze stałą kontrolą nasilenia bólu. Jest to istotne przez wzgląd na komfort pacjenta, ale także z powodu ryzyka przedawkowania lub uzależnienia od środków przeciwbólowych. Po wdrożeniu leczenia przeciwbólowego niezwykle istotna jest uważna obserwacja chorego. Istnieje wiele różnych skal do oceny natężenia bólu. Najczęściej stosowaną z nich jest VAS (*Visual Analogue Scale*, skala wizualno-analogowa). Ma ona postać linijki o długości 10 cm. Pacjent wskazuje palcem nasilenie bólu, gdzie 0 to brak bólu, a 10 to najsilniejszy ból.

W leczeniu oparzeń zastosowanie mają leki przeciwbólowe z różnych grup:

- NLPZ (niesteroidowe leki przeciwzapalne), np. ketoprofen,
- nieopiodowe leki przeciwbólowe, np. paracetamol lub metamizol,
- słabe opioidy, np. tramadol,
- silne opioidy, np. morfina.

W przypadku, gdy u pacjenta występują objawy niepożądane wynikające z zastosowania terapii przeciwbólowej konieczne jest zmodyfikowanie dawki leku lub zastosowanie innego [2, 19].

Leczenie blizn i przykurczów

Ważnym elementem leczenia oparzeń jest także zapobieganie tworzeniu się blizn przerostowych. Powstają one na skutek nadmiernego wytwarzania kolagenu w gojącej się ranie. Mają postać podskórnych węzłów włókien kolagenowych, które odpowiadają za znaczny przerost i nierówną fakturę blizny. Blizny przerostowe mogą tworzyć się w przypadku oparzeń głębokich II stopnia oraz oparzeń II stopnia. W ich leczeniu zastosowanie znajduje metoda zwana presoterapią. Polega ona na noszeniu opatrunków wywierających słaby, ale stały i równomierny ucisk na bliznę. Odpowiednio założony opatrunek stabilizuje brzegi zdrowej skóry wokół blizny, poprawia wygląd blizny, uelastycznia ją, rozjaśnia i spłaszcza, dając korzystny efekt kosmetyczny. Opatrunki mogą mieć postać specjalnej odzieży uciskowej, opasek, plastrów lub opatrunków silikonowych. Mają one duże możliwości dopasowywania się do naturalnych krzywizn ciała przez co nie krępują ruchów i mogą być stosowane długotrwale, aż do utraty swoich właściwości [20].

Pomocne w profilaktyce i leczeniu blizn przerostowych mogą być, także kremy lub żele, np. na bazie wyciągu z cebuli, maści zawierające glikokortykosteroidy, masaże, terapia ultradźwiękami lub terapia światłem spolaryzowanym.

Istotne znaczenie ma także rehabilitacja chorego, która zapobiega tworzeniu się blizn przykurczających, które mogą prowadzić do przykurczów w stawach. Dlatego tak ważnym elementem profilaktyki przykurczów jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie rehabilitacji i usprawniania pacjenta, najlepiej już w pierwszych dobach leczenia oparzenia.

Jeśli jednak dojdzie już do powstania bliznowatych zniekształceń, konieczne jest postępowanie operacyjne. Polega ono na wycięciu blizny i zamknięciu rany plastyką miejscową lub przeszczepem skóry, jeżeli nie ma ubytku tkanki podskórnej bądź wykonaniu rekonstrukcji w przypadku, gdy jest ubytek. Korekcyjne zabiegi operacyjne ze wskazań estetycznych można wykonywać najwcześniej po 6-9 miesiącach od urazu, po zakończeniu dojrzewania blizny. Natomiast zabiegi ze wskazań funkcjonalnych należy wykonać jak najszybciej, gdy leczenie zachowawcze i fizjoterapia nie przynoszą oczekiwanych efektów [1, 20].

Cel pracy

Na przestrzeni ostatnich lat liczba zgonów i urazów spowodowana oparzeniami znacząco zmniejszyła się. Było to możliwe dzięki rozwojowi coraz to doskonalszych metod leczenia oraz nowej generacji leków i środków opatrunkowych. Pomimo to oparzenia nadal stanowią bardzo poważny problem medyczny, społeczny oraz ekonomiczny. Urazy

oparzeniowe są obarczone wysokim ryzykiem wystąpienia ciężkich powikłań i w dalszym ciągu stanowią duże wyzwanie dla środowisk medycznych.

Celem pracy było:

1. Rozpoznanie problemów pielęgniarских u pacjenta oparzonego.
2. Określenie celów opieki pielęgniarской.
3. Sformułowanie indywidualnego planu opieki nad pacjentem oparzonym.

Material i metody badań

Badaniem objęto pacjenta M. S., w wieku 28 lat przebywającego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku z powodu oparzenia termicznego o charakterze mozaikowym.

W pracy posłużono się metodą analizy indywidualnego przypadku. z wykorzystaniem procesu pielęgnowania jako naukowej metody pielęgnowania, której celem jest podejmowanie planowych działań, dostosowanych do aktualnego stanu biopsychospołecznego pacjenta, mającej na celu utrzymanie, umocnienie lub przywrócenie zdrowia pacjenta. W procesie pielęgnowania zgodnie z założeniami uwzględniono 5 etapów: gromadzenie danych o pacjencie, rozpoznanie, planowanie, realizację oraz ocenę podjętych działań.

Ocenę stanu biopsychospołecznego pacjenta dokonano w oparciu o wywiad, obserwację, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiary.

Analizie poddano dokumenty wchodzące w skład całościowej dokumentacji medycznej pacjenta tj.: historia choroby, karty obserwacji, karta gorączkowa, wyniki badań diagnostycznych i laboratoryjnych, karty zleceń lekarskich oraz karty indywidualnej opieki pielęgniarской.

Dokonane pomiary obejmowały zarówno pomiary bezpośrednie jak i pośrednie. Do bezpośrednich należały: pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury, liczby oddechów, saturacji, glikemii oraz wagi i wzrostu. Pomiary pośrednie dotyczyły oceny wartości wskaźnika BMI (*Body Mass Index*) oraz oceny bólu w skali VAS.

Opis przypadku

Mężczyzna M. S., lat 28, hospitalizowany w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku z powodu oparzenia termicznego, mozaikowego o głębokości II°B/III, dotyczącego ok. 52% TBSA. Oparzenia obejmowały: klatkę piersiową, kończynę górną

prawą i obie kończyny dolne. Twarz, szyja, krocze, stopy, brzuch i plecy nie uległy oparzeniu. Do urazu doszło na skutek nieostrożnego obchodzenia się z substancjami łatwopalnymi pod wpływem alkoholu. Hospitalizacja trwała 3 doby, po czym pacjent został przekazany do specjalistycznego Centrum Leczenia Oparzeń.

Na miejscu zdarzenia oraz podczas transportu pacjenta do szpitala Zespół Ratownictwa Medycznego zastosował tlenoterapię bierną o przepływie 15 l/min, ochłodził oraz opatrzył jałowymi opatrunkami rany oparzeniowe, przykrył chorego kocem termoizolacyjnym, aby uniknąć wychłodzenia, założył obwodowe wkłucie dożylnie w lewym dole łokciowym w rozmiarze 18 G oraz podał 500 ml 0,9% roztworu NaCl i.v. i 5 mg morfiny i.v.

Pacjent przytomny, w logicznym kontakcie słownym, zorientowany co do miejsca i czasu, ból ocenia na 9 punktów w skali VAS. W badaniu przedmiotowym stwierdzono prawidłowy szmer pęcherzykowy, brzuch miękki, źrenice równe, reagujące na światło, obrzęk na kończynie górnej prawej. Parametry życiowe pacjenta w momencie przyjęcia wynosiły:

- ciśnienie tętnicze - 95/45 mmHg,
- tętno - 105 uderzeń/min.,
- saturacja – 96%,
- liczba oddechów - 12/min.,
- temperatura – 38,7°C,
- glikemia – 198 mg/dl,
- waga – 84 kg,
- wzrost – 189 cm,
- BMI – 23,52.

Po przyjęciu do szpitala pacjent został podłączony do kardiomonitora, założono cewnik Foley’a, zgłębnik żołądkowy oraz wkłucie centralne do lewej żyły podobojczykowej. Cewnik Foley’a, zgłębnik żołądkowy i wkłucie centralne utrzymane, drożne. Pacjenta wprowadzono w stan analgosedacji podając midazolam oraz morfinę, każde w dawce 50 mg/50 ml 0,9% roztworu NaCl i.v. w pompie infuzyjnej z przepływem 2 ml/godz. Podano także anatoksynę przeciwtężcową s.c., heparynę w dawce 60 mg s.c. oraz omeprazol i.v. w dawce 40 mg/100 ml 0,9% roztworu NaCl. Wdrożono intensywną resuscytację płynową przez podanie 4000 ml płynu Ringera i.v. Jednocześnie kontrolowano parametry hemodynamiczne i diurezę. Ze względu na skąpomocz podano 20 mg furosemidu i.v.

W warunkach sali operacyjnej oczyszczono rany oparzeniowe z martwej tkanki i dokonano zmiany opatrunków. Rany zabezpieczono opatrunkami hydrowłóknistymi z

dotądkiem srebra. Zastosowano także preparaty enzymatycznie oczyszczające rany z martwej tkanki. Podjęta została decyzja o wykonaniu escharotomii odbarczającej na kończynie górnej prawej. Zabieg zakończył się powodzeniem, nie doszło do niedokrwienia kończyny górnej prawej, a obrzęk zmniejszył się.

Proces pielęgnowania

- **Diagnoza pielęgnarska 1: Ryzyko rozwoju wstrząsu hipowolemicznego w reakcji na utratę dużej objętości płynów ustrojowych.**
 - ✓ **Cel opieki:** Zapobieganie rozwojowi wstrząsu, a w razie jego wystąpienia wczesne rozpoznanie objawów.
 - ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Asystowanie przy zakładaniu wkłucia centralnego lub zapewnienie obwodowego dostępu żylnego o dużym świetle.
 - Pielęgnacja i utrzymanie drożności dostępu żylnego.
 - Prowadzenie pomiarów: tętna, ciśnienia tętniczego, oddechów, saturacji i OCŻ oraz dokumentowanie wyników w karcie obserwacyjnej.
 - Kontrola stanu świadomości pacjenta.
 - Założenie cewnika do pęcherza moczowego.
 - Kontrola diurezy godzinowej i dobowej oraz odnotowywanie wyników w dokumentacji medycznej.
 - Prowadzenie bilansu płynów.
 - Pobranie krwi do badań laboratoryjnych tj. hematokryt, grupa krwi, gazometria, stężenie elektrolitów, mocznika, kreatyniny, białka.
 - Prowadzenie resuscytacji płynowej zgodnie ze zleceniem lekarskim.
 - Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia powikłań resuscytacji płynowej, zwłaszcza przewodnienia. Obserwacja wilgotności powłok skórnych, codzienne ważenie pacjenta, obserwacja pod kątem występowania obrzęków.
 - Kontrola szybkości przetaczanych płynów na podstawie wartości diurezy.
 - ✓ **Ocena działań:** Nie zaobserwowano objawów wstrząsu hipowolemicznego, parametry życiowe pacjenta w normie, diureza godzinowa wynosi 50 ml/godz., bilans płynów zerowy, wyniki badań laboratoryjnych prawidłowe, obrzęków brak.
- **Diagnoza pielęgnarska 1: Silne dolegliwości bólowe spowodowane rozległymi i głębokimi ranami oparzeniowymi.**

- ✓ **Cel opieki:** Złagodzenie dolegliwości bólowych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Zabezpieczenie ran opatrunkami chłodzącymi.
 - Ocena natężenia bólu przy pomocy skali VAS.
 - Podawanie leków przeciwbólowych we wlewie ciągłym, zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
 - Ułożenie pacjenta w pozycji, która sprawia mu najmniejszy ból.
 - Wykonywanie procedur medycznych przy pacjencie z jak największą delikatnością i ostrożnością.
 - Zmiana opatrunków tylko w razie potrzeby.
 - Stosowanie opatrunków nieprzywierających do ran.
 - Obserwacja pacjenta pod kątem zapotrzebowania na leki przeciwbólowe.
 - Ponowna ocena natężenia bólu przy pomocy skali VAS, w celu sprawdzenia skuteczności terapii przeciwbólowej.
 - Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych w czasie terapii przeciwbólowej.
- ✓ **Ocena działań:** Natężenie bólu zmniejszyło się, po wdrożeniu terapii pacjent ocenia ból na 3 punkty w skali VAS, parametry w normie, nie wystąpiły żadne skutki niepożądane terapii przeciwbólowej.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 3: Ryzyko wyniszczenia spowodowane stanem nasilonego metabolizmu w przebiegu choroby oparzeniowej.**

- ✓ **Cel opieki:** Zapewnienie prawidłowego stanu odżywienia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Prowadzenie intensywnej resuscytacji płynowej w pierwszych 24 godzinach od urazu.
 - Ocena łaknienia.
 - Podawanie pacjentowi posiłków i płynów drogą doustną najszybciej jak to możliwe.
 - Założenie zgłębnika do żołądka i podaż substancji odżywczych i płynów tą drogą w razie braku chęci do samodzielnego spożywania posiłków.
 - Zastosowanie diety wysokobiałkowej i bogatoenergetycznej po konsultacji z dietetykiem.
 - Podawanie posiłków regularnie, częściej i w mniejszych ilościach.
 - Codzienny pomiar masy ciała pacjenta.
 - Pobranie krwi do badania na stężenie białka w surowicy.

- ✓ **Ocena działań:** Wyniki badań laboratoryjnych wskazują na poziom białka całkowitego w surowicy krwi poniżej 60 g/l, co jest wartością za niską. Pacjent ma zmniejszone łaknienie, niechętnie przyjmuje samodzielnie posiłki, nie pozwala na utrzymanie zgłębnika żołądkowego. Problem wymaga dalszych interwencji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 4: Ryzyko wystąpienia zakażenia ran oparzeniowych z powodu utraty funkcji ochronnej skóry.**

- ✓ **Cel opieki:** Zapobieganie zakażeniu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Oczyszczenie ran z tkanki martwiczej w warunkach aseptycznych.
 - Stosowanie opatrunków pochłaniających wysięk z rany o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych oraz preparatów enzymatycznie oczyszczających ranę.
 - Częste i dokładne mycie i dezynfekcja rąk.
 - Zmiana opatrunków w zależności od potrzeby z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
 - Toaleta całego ciała, zarówno skóry oparzonej jak i zdrowej.
 - Zapewnienie pacjentowi sterylnej bielizny osobistej i pościelowej.
 - Wdrożenie profilaktyki przeciwżłaczowej.
 - Pobranie wymazów z rany oparzeniowej i wdrożenie antybiotykoterapii w razie potrzeby.
 - Obserwacja skóry pod kątem wystąpienia objawów zakażenia - zaczerwienienia obrzęku, pęcherzy, martwicy, wydzieliny.
 - Ograniczenie odwiedzin u chorego.
 - Zapewnienie właściwej wentylacji w pomieszczeniu, w którym przebywa chory.
- ✓ **Ocena działań:** Po pobraniu posiewów z ran oparzeniowych wyhodowano bakterie *Staphylococcus aureus* oraz *Pseudomonas aeruginosa*. Zastosowano u pacjenta izolację kontaktową i wdrożono antybiotykoterapię celowaną o szerokim spectrum. Problem wymaga dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 5: Ryzyko wystąpienia zaburzeń oddychania z powodu oparzenia okolicy klatki piersiowej.**

- ✓ **Cel opieki:** Zapobieganie rozwojowi zaburzeń oddychania, a razie ich wystąpienia wczesne rozpoznanie objawów.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Monitorowanie częstości oddechu i saturacji.
- Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów niewydolności oddechowej tj. kaszel, duszność, niepokój, zaburzenia świadomości.
- Pobranie próbki krwi do badania gazometrycznego.
- Zachęcanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń oddechowych.
- Zastosowanie pozycji półwysokiej poprawiającej wentylację płuc.
- Doraźne stosowanie tlenoterapii na zlecenie lekarza w razie potrzeby.
- ✓ **Ocena działań:** U pacjenta nie wystąpiły zaburzenia oddychania, parametry w normie.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko wystąpienia niewydolności nerek spowodowane hipowolemią w przebiegu choroby oparzeniowej.**

- ✓ **Cel opieki:** Zapobieganie wystąpieniu niewydolności nerek, a w razie powikłań wczesne zaobserwowanie objawów.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Założenie cewnika do pęcherza moczowego.
 - Kontrola diurezy godzinowej i dobowej.
 - Prowadzenie bilansu płynów.
 - Pomiar OCŻ.
 - Prowadzenie dożylną płynoterapii na zlecenie lekarza.
 - Pobranie próbek krwi do badań na stężenie elektrolitów i kreatyniny we krwi.
- ✓ **Ocena działań:** Nie zaobserwowano objawów wskazujących na rozwój niewydolności nerek, kontrolowane parametry pozostały w normie.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 7: Zaburzenia termoregulacji spowodowane rozległym uszkodzeniem bariery skórnej i utratą dużej objętości płynów ustrojowych.**

- ✓ **Cel opieki:** Zapewnienie pacjentowi komfortu cieplnego.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Częste pomiary temperatury.
 - Prowadzenie płynoterapii na zlecenie lekarza.
 - Obserwacja skóry na nosie i małżowinach usznych pod kątem wystąpienia sinicy.
 - Obserwacja potliwości.
 - Dostosowanie temperatury i wilgotności powietrza do indywidualnych potrzeb pacjenta.

- Zapewnienie pacjentowi dodatkowych sterylnych okryć w razie potrzeby.
 - ✓ **Ocena działań:** Pomimo wdrożenia wszystkich wymienionych powyżej działań temperatura ciała pacjenta utrzymuje się na poziomie ok. 38°C. Problem wymaga dalszych interwencji.
- **Diagnoza pielęgniarstwa 8: Ryzyko wystąpienia choroby zatorowo-zakrzepowej wynikające z długotrwałego unieruchomienia.**
- ✓ **Cel opieki:** Minimalizacja ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.
 - ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Podawanie preparatu Clexane 60mg/0,6ml, zawierającego heparynę drobnocząsteczkową zgodnie ze zleceniem lekarskim.
 - Wczesne uruchamianie pacjenta dostosowane do jego aktualnego stanu.
 - Współpraca z fizjoterapeutą.
 - ✓ **Ocena działań:** U pacjenta nie zaobserwowano objawów choroby zatorowo-zakrzepowej.
- **Diagnoza pielęgniarstwa 9: Ryzyko rozwoju odleżyn wynikające z unieruchomienia.**
- ✓ **Cel opieki:** Zapobieganie rozwojowi odleżyn.
 - ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Usprawnianie pacjenta, najszybciej jak to możliwe.
 - Ułożenie pacjenta na materacu przeciwoleżynowym.
 - Stosowanie podkładów żelowych i wałków.
 - Zmiana pozycji ułożeniowej pacjenta co 2 godziny.
 - Dbanie o czystość i suchość skóry.
 - Natłuszczanie i oklepywanie zdrowej skóry.
 - Stosowanie diety bogatobiałkowej.
 - ✓ **Ocena działań:** Nie zaobserwowano u pacjenta odleżyn.
- **Diagnoza pielęgniarstwa 10: Deficyt samoopieki spowodowany silnym bólem i ograniczoną aktywnością.**
- ✓ **Cel opieki:** Pomoc w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych, uaktywnienie pacjenta.
 - ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Rozpoznanie możliwości pacjenta w zakresie aktywności.
- Rozpoznanie trudności w samoopiece.
- Dostosowanie pomocy do potrzeb i możliwości pacjenta.
- Zachęcanie do samodzielności.
- Uruchamianie i aktywizowanie pacjenta najwcześniej jak to możliwe, uwzględniając jego stan.
- ✓ **Ocena działań:** Z powodu osłabienia i bólu zdolność pacjenta do samoopieki jest mocno ograniczona. Pacjent niechętnie siada w łóżku, nie chodzi, nie spożywa samodzielnie posiłków, nie jest w stanie samodzielnie wykonać toalety ciała, wymaga dużej pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności dnia codziennego. Problem wymaga dalszych interwencji.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji

1. Kontynuacja terapii przeciwbólowej zgodnie ze zleceniami lekarskimi.
 - Zapewnienie ciągłości podaży leków przeciwbólowych.
 - Ocena natężenia bólu w skali VAS.
 - Delikatne i ostrożne wykonywanie procedur medycznych przy pacjencie.
2. Dalsze prowadzenie leczenia żywieniowego.
 - Kontynuacja stosowania diety bogatobiałkowej i wysokoenergetycznej.
 - Mobilizowanie pacjenta do samodzielnego przyjmowania posiłków drogą doustną.
 - Codzienne wykonywanie pomiarów masy ciała.
3. Kontynuacja profilaktyki zakażeń i antybiotykoterapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
 - Podaż antybiotyków zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
 - Stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki.
 - Utrzymanie pacjenta w izolacji kontaktowej.
 - Stosowanie opatrunków o właściwościach przeciwdrobnoustrojowych.
4. Dalsze zapobieganie zaburzeniom termoregulacji.
 - Prowadzenie pomiarów temperatury ciała.
 - Podaż leków przeciwgorączkowych według potrzeby.
 - Dostosowywanie temperatury i wilgotności otoczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta.
5. Dalsze prowadzenie profilaktyki przeciwdleżynowej i przeciwzkrzepowej.

- Stosowanie materaców przeciwodleżynowych, wałków.
 - Zmiana pozycji co 2 godziny.
 - Natłuszczanie i oklepywanie skóry w celu zabezpieczenia i poprawy krążenia.
 - Podawanie heparyny zgodnie ze zleceniem lekarskim.
6. Przywrócenie pacjentowi zdolności w zakresie samoopieki.
- Wczesne uruchamianie, o ile stan pacjenta na to pozwala.
 - Motywowanie do wykonywania samodzielnie niektórych czynności.
 - Dostosowywanie pomocy do faktycznego deficytu w samoopiece.
 -

Podsumowanie

Ciężkie oparzenia nie tylko powodują uszkodzenia skóry i przylegających tkanek, ale prowadzą również do rozwoju choroby oparzeniowej, czyli ogólnoustrojowych zaburzeń metabolicznych oraz niewydolności wielu narządów. W prezentowanym przypadku wystąpiło oparzenie termiczne, mozaikowe o głębokości II°B/III, dotyczące ok. 52% TBSA. Oparzenia obejmowały: klatkę piersiową, kończynę górną prawą i obie kończyny dolne. Do urazu doszło na skutek nieostrożnego obchodzenia się z substancjami łatwopalnymi pod wpływem alkoholu. Hospitalizacja trwała 3 doby, po czym pacjent został przekazany do specjalistycznego Centrum Leczenia Oparzeń. Proces pielęgnowania pacjenta oparzonego zależy od stopnia i rozległości oparzenia oraz od stanu klinicznego pacjenta. Do najważniejszych działań należą: kontrola parametrów życiowych, prowadzenie płynoterapii, terapia przeciwbólowa, leczenie miejscowe rany oparzeniowej, leczenie żywieniowe, tlenoterapia. Leczenie uzupełniające polega na stosowaniu antybiotykoterapii, profilaktyce przeciwzakrzepowej i przeciwodleżynowej oraz psychoterapii.

Wnioski

1. Wśród potencjalnych problemów pielęgnacyjnych szczególną uwagę należy zwrócić na:
 - Ryzyko rozwoju wstrząsu hipowolemicznego w reakcji na utratę dużej objętości płynów ustrojowych.
 - Silne dolegliwości bólowe spowodowane rozległymi i głębokimi ranami oparzeniowymi.
 - Ryzyko wyniszczenia spowodowane stanem nasilonego metabolizmu w przebiegu choroby oparzeniowej.

- Ryzyko wystąpienia zakażenia ran oparzeniowych z powodu utraty funkcji ochronnej skóry.
 - Ryzyko wystąpienia zaburzeń oddychania z powodu oparzenia okolicy klatki piersiowej.
 - Ryzyko wystąpienia niewydolności nerek spowodowane hipowolemią w przebiegu choroby oparzeniowej.
 - Zaburzenia termoregulacji spowodowane rozległym uszkodzeniem bariery skórnej i utratą dużej objętości płynów ustrojowych.
 - Ryzyko wystąpienia choroby zatorowo-zakrzepowej wynikające z długotrwałego unieruchomienia.
 - Ryzyko rozwoju odleżyn wynikające z unieruchomienia.
 - Deficyt samoopieki spowodowany silnym bólem i ograniczoną aktywnością.
1. Rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta pozwoliło na wyznaczenie celów opieki pielęgniarskiej, zaplanowanie i realizację interwencji pielęgniarskich oraz ocenę ich skuteczności.

Spis piśmiennictwa

1. Karcz W.: Oparzenia i odmrożenia. [w:] Chirurgia. Podstawy. Głuszek S. (red.). PZWL, Warszawa 2019, 27-38.
2. Kozłowska E., Szewczyk M.T., Cierzniałowska K., Mościcka P., Cwajda-Białasik J., Popow A.: Opieka, nadzór i leczenie rany oparzeniowej. Zakażenia 2014, 1, 45-53.
3. Witmanowski H., Pisanko K.: Skóra i tkanki miękkie. [w:] Chirurgia plastyczna. Witmanowski H., Jundziłł A. (red.). PZWL, Warszawa 2019, 39-44.
4. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>. Data pobrania: 19.04.2021.
5. Kozłowska E., Szewczyk Maria T., Cierzniałowska K., Mościcka P., Cwajda-Białasik J., Popow A.: Wybrane aspekty opieki nad raną oparzeniową. Zakażenia 2014, 6, 82-87.
6. Drozd Ł., Mądry R., Strużyna J.: Wstrząs oparzeniowy, diagnostyka, monitorowanie i leczenie płynowe ciężkich oparzeń - nowe spojrzenie. Wiadomości Lekarskie 2011, 4, 288-293.
7. Kucharzewski M., Ryszkiewicz I., Wilemska-Kucharzewska K., Rojczyk-Gołębiewska E., Pałasz A.: Metabolizm białka u chorych oparzonych. Leczenie Ran 2014, 3, 91-96.
8. Bugaj M., Strużyna J., Drozd Ł., Mądry R., Stachura A., Krajewski A.: Katabolizm w oparzeniach. Postępy Żywienia Klinicznego 2011, 2, 41-47.

9. Jędrys J., Chrapusta A.: Oparzenia. Pierwsza pomoc i leczenie oparzeń termicznych. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia* 2015, 2, 64-66.
10. Kozłowska E., Cierzniaowska K., Szewczyk M.T.: Postępowanie miejscowe w oparzeniach. *Chirurgia po Dyplomie* 2019, 3, 30-35.
11. Jędrys J., Chrapusta A.: Ciężkie oparzenie: najczęstsze problemy kliniczne, ocena stanu chorego, czynniki prognostyczne intensywne leczenie chirurgiczne i nerkozastępcze. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia* 2015, 1, 35-38.
12. Kawecki M., Mikuś K., Glik J., Knefel G., Nowak M., Nowak M., Kowalski M.: Leczenie oparzeń w codziennej praktyce lekarza. *Lekarz* 2012, 3, 25-31.
13. Paleczny J., Junka A., Bartoszewicz M.: Postępowanie przeciwbakteryjne (antyseptyka) u pacjentów oparzonych. *Chirurgia Plastyczna i Oparzenia* 2019, 3, 91-100.
14. Gosk J., Materiały zastępcze skóry - terażniejszość i przyszłość. *Polimery w Medycynie* 2012, 2, 109-114.
15. Szymański K., Waś J.: Potencjalne możliwości leczenia i regeneracji skóry w rozległych ranach oparzeniowych przy zastosowaniu substytutów regenerujących skórę. *Leczenie Ran* 2014, 1, 11-20.
16. Piszczyk J., Korzeniowski T.: Resuscytacja płynowa we wstrząsie oparzeniowym z punktu widzenia procedur pielęgniarstwa. *Chirurgia Plastyczna i Oparzenia* 2017, 4, 175-184.
17. Koźlik M., Kazanowski M., Krajewski A.: Terapia żywieniowa dorosłych pacjentów w chorobie oparzeniowej. *Chirurgia Plastyczna i Oparzenia* 2014, 1, 15-18.
18. Rousseau A. F., Losser M. R., Ichai C., Berger M.: Zatwierdzone zalecenia ESPEN: Leczenie żywieniowe po poważnych oparzeniach. *Postępy Żywienia Klinicznego* 2014, 4, 35-42.
19. Kawecki M., Hoff-Lenczewska D., Klama-Baryła A., Glik J., Łabuś W., Nowak M.: Oparzenia. *Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego* 2012, 20, 185-196.
20. Jędrys J., Chrapusta A.: Oparzenia. Leczenie blizn i przykurczów pooparzeniowych. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia* 2016, 1, 44-46.

WPŁYW SPOSOBU UKOŃCZENIA CIĄŻY NA STAN PSYCHICZNY KOBIET

Marta Wawrzyn¹, Ewa Perkowska²

¹ – Prywatna Klinika Położniczo – Ginekologiczna w Białymstoku ul. Parkowa 6.

² – Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Poród drogami natury jest jednym ze sposobów ukończenia ciąży. Zasadniczą rolę w trakcie jego przebiegu odgrywa kanał rodny (części miękkie oraz kostne). Do czynników porodowych oprócz dróg rodnych zalicza się także płód i siły porodowe. Stosunek wielkości główki płodu do wymiarów miednicy ma największe znaczenie w podejmowaniu decyzji o sposobie ukończenia ciąży. Siły porodowe, czyli czynność skurczowa mięśnia macicy powodująca rozwieranie, skracanie i w ostateczności samodzielne wydalenie płodu również decyduje o przebiegu porodu. Brak czynności skurczowej (poród przedłużający się, objawy zakażenia wewnątrzmacicznego) lub nadmierna aktywność mięśnia macicy (nasilona, gwałtowna czynność skurczowa, skurcz tężcowy) mogą stanowić wskazanie do zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego [1, 2, 3].

Wskazaniem do odbycia porodu drogą pochwową jest położenie podłużne główkowe, pośladkowe lub miednicowe zupełne z przygiętą główką płodu. Ważna jest także szacowana masa ciała, która powinna mieścić się w przedziale 2000g – 3700g. Wskazaniem przemawiającym za porodem drogami natury jest wiek ciążowy między ukończonym 36. tygodniem ciąży a ukończonym 40. tygodniem ciąży, prawidłowa budowa miednicy ciężarnej pacjentki oraz prawidłowe usadowienie łożyska. W podejmowaniu decyzji o sposobie zakończenia ciąży duże znaczenie ma przeszłość położnicza pacjentki. Nawet jeżeli poprzednia ciąża zakończyła się cięciem cesarskim nie należy rezygnować z podjęcia próby odbycia porodu drogami natury. Ciąża bliźniacza może zakończyć się porodem naturalnym w sytuacji, gdy oba płody położone są podłużnie główkowo. Tylko u wieloródki można zdecydować o porodzie drogą pochwową, gdy jeden płód położony jest podłużnie główkowo, a drugi miednicowo. Zaawansowany postęp porodu oraz zgon wewnątrzmaciczny płodu przemawiają za porodem drogą pochwową. Podjęcie decyzji o ukończeniu ciąży powinna przede wszystkim poprzedzać wnikliwa analiza obecnego stanu rodzącej oraz płodu [4,5].

W niektórych sytuacjach położniczych poród drogami natury nie należy do zalecanych sposobów ukończenia ciąży, wówczas powinno wykonać się cięcie cesarskie. Do przeciwwskazań prowadzenia porodu drogą pochwową należy położenie miednicowe płodu z

szacowaną masą powyżej 3750g, wady macicy, niewspółmierność porodowa oraz zwężona miednica. Z porodu drogami natury należy zrezygnować w sytuacjach, w których konieczne jest jak najszybsze jego zakończenie tj. w powtarzających się objawach zagrożenia życia i dobrostanu płodu (bradykardia, deceleracje późne i zmienne), przy wypadnięciu pępowiny oraz przedwczesnym oddzieleniu łożyska. Łožysko przodujące również stanowi przeciwwskazanie do porodu drogą pochwową. Od prowadzenia porodu naturalnego należy odstąpić w objawach wskazujących na pęknięcie macicy, pojawienie się krwotoku wewnętrznego oraz wystąpienie rzucawki. Porody trojacze i o większej krotności nie powinny odbywać się drogą pochwową ze względu na wysokie ryzyko powikłań okołoporodowych. Przeciwwskazanie do porodu drogami natury po cięciu cesarskim występuje w sytuacji nieprawidłowej budowy miednicy, zagrażającego pęknięcia mięśnia macicy w bliźnie, położenia miednicowego płodu, obfitego krwotoku z dróg rodnych oraz wewnątrzmacicznego zagrożenia życia i dobrostanu płodu. W sytuacji, gdy poprzednie cięcie cesarskie zostało wykonane z powodu braku postępu porodu, wówczas w obecnej ciąży ryzyko niepowodzenia porodu naturalnego znacznie wzrasta. Jeżeli pacjentka miała wykonane więcej niż jedno cięcie cesarskie, kolejna ciąża nie powinna zakończyć się porodem drogą pochwową ze względu na zbyt duże ryzyko pęknięcia macicy w bliźnie po operacji. Podejmując decyzję o sposobie zakończenia ciąży należy wziąć pod uwagę przeszłość ginekologiczną pacjentki. Usunięcie mięśniaka wnętrza jamy macicy również stanowi przeciwwskazanie do porodu drogami natury. Dużą grupę przeciwwskazań do porodu naturalnego stanowią czynniki pozapłodnicze. Poród drogą pochwową odradzany jest u pacjentek z zaawansowaną niewydolnością krążenia (III i IV stopień w skali NYHA), z urazem miednicy kostnej w wywiadzie, u kobiet cierpiących na padaczkę, u ciężarnych z tętniakiem i guzami mózgu, a także pacjentek z głębokimi zaburzeniami psychicznymi [5, 6].

Cięcie cesarskie (łac. *caeso utero* – „przez wycięcie z macicy”) jest sposobem zakończenia ciąży, w którym to rodzące się dziecko nie pokonuje kanału rodnego, a jest wyjmowane z jamy macicy przez rozcięcie powłok brzusznych i mięśnia macicznego. Pierwsze cięcia cesarskie wykonywano już w VIII – VII w.p.n.e. jedynie na zmarłych kobietach. W Polsce taką operację po raz pierwszy przeprowadzono w 1598r. u zmarłej królowej Anny Habsburżanki – żony króla Zygmunta III Wazy. Według doniesień kronikarzy dziecko urodziło się żywe, ale po półgodzinie zmarło. W późniejszych latach cięcia cesarskie zaczęto wykonywać również na żywych kobietach, jednak śmiertelność po takim porodzie wynosiła ok.80-90%. Główną przyczyną zgonów był obfity krwotok i zakażenie. Początkowo rodzące nie były znieczulane, rozcięcie macicy wykonywano w linii środkowej ciała, a rany

nie zaszywano. Pierwsze cięcie cesarskie na żywej kobiecie w Polsce przeprowadził Andrzej Franciszek Dybek w 1821r. (dziecko urodziło się zdrowe, pacjentka zmarła w 6 dobie po operacji). Wraz z rozwojem medycyny, poznaniem nowych technik operacyjnych i wprowadzeniem zasad aseptyki i antyseptyki śmiertelność po cięciu cesarskim znacząco zmniejszyła się [7, 8].

Istnieje kilka rodzajów cicia cesarskiego. Za najstarsze uważa się klasyczne cięcie cesarskie, które polega na wydobyciu płodu przez rozcięcie przedniej ściany trzonu macicy w linii środkowej ciała. Stosowany jest zazwyczaj w nagłych sytuacjach położniczych, w których istnieje bezpośrednie zagrożenie życia matki i dziecka, ponieważ pozwala na szybki i prosty sposób wydobycia płodu. Najbardziej rozpowszechnionym rodzajem jest cięcie cesarskie sposobem Misgav Ladach. Polega na poprzecznym rozcięciu powłok jamy brzusznej na wysokości ok. 3 centymetrów nad spojeniem łonowym. Cechą charakterystyczną tego rodzaju cicia cesarskiego jest wykorzystanie skalpela jedynie do rozcięcia skóry, tkanki podskórnej i rozciągnięcia mięśni brzucha. Powieź preparowana jest na tępo. Mięsień maciczny nacina się na długość 2cm poprzecznie w dolnym odcinku, a dalej jama macicy otwierana jest również na tępo. Największą zaletą tego rodzaju cicia cesarskiego jest szybki czas wykonania, mało obfite krwawienie śródoperacyjne oraz mniejsze ryzyko powstania zrostów pooperacyjnych. Pozostałe trzy rodzaje cicia cesarskiego nie są obecnie wykorzystywane, albo wykonuje się je niezwykle rzadko. Cięcie cesarskie sposobem Porro zostało zaproponowane w 1876r. Polega na nadszyjkowym usunięciu macicy wraz z przydatkami po wydobyciu płodu. Autor tej techniki uważał, że pozostawienie macicy po operacji w jamie brzusznej przyczynia się do rozwoju zapalenia otrzewnej, a to skutkuje zgonem pacjentki. Obecnie okołoporodowego usunięcia macicy dokonuje się niezwykle rzadko np.: w atonii, pęknięciu macicy, w łożysku wrośniętym, a także przerośniętym. Innym rodzajem cicia cesarskiego jest cięcie cesarskie nadszyjkowe pozaotrzewnowe. Głównym wskazaniem do wykorzystania tej metody jest zapobieganie infekcji otrzewnej przy okołoporodowym zakażeniu macicy. Polega na wydobyciu płodu bez otwierania otrzewnej. Dostęp do macicy uzyskuje się przez odpreparowanie otrzewnej od pęcherza moczowego. Nacięcie macicy wykonuje się w jej dolnym odcinku. Jeszcze innym rodzajem cicia cesarskiego jest cięcie nadszyjkowe wewnątrzotrzewnowe. Charakteryzuje się poprzecznym nacięciem macicy na wysokości ujścia wewnętrznego i dwuwarstwowym szyciu macicy oraz otrzewnej. Do zalet tej metody można zaliczyć mniejsze krwawienie śródoperacyjne oraz ograniczenie ryzyka pęknięcia mięśnia macicy podczas kolejnych ciąż [2].

Na podjęcie decyzji o rodzaju cięcia cesarskiego wpływają wskazania do jego wykonania. Wskazania elektywne to nieprawidłowe położenie płodu, niewspółmierność porodowa, ciąża wielopłodowa (pierwszy bliźniak w położeniu miednicowym), wady macicy i miednicy, przeszłość położnicza (stan po więcej niż 2 cięciach cesarskich), rozejście spojenia łonowego, czynniki pozapołożnicze np.: zaburzenia psychiatryczne, infekcja HIV, choroby serca, odwarstwienie siatkówki, brak zgody pacjentki na poród drogami natury. W powyższych przypadkach cięcie cesarskie nie wynika z bezpośredniego zagrożenia życia matki i płodu. Odminną grupę wskazań stanowią wskazania pilne, w których istnieje potencjalne zagrożenie zdrowia i życia matki i/ lub dziecka. Operacja powinna być wykonana w ciągu najbliższych kilku godzin po uzyskaniu wszelkich niezbędnych wyników badań laboratoryjnych. Do wskazań pilnych zalicza się np.: stan przedrzucawkowy, łożysko przodujące, w zapisie KTG powtarzające się bradykardie oraz deceleracje późne i zmienne, dystocja szyjkowa, nieprawidłowe położenie i ułożenie płodu przy trwającej już czynności skurczowej mięśnia macicy. Ostatnią grupą wskazań do cięcia cesarskiego są wskazania nagłe np.: wypadnięcie pępowiny, przedwczesne oddzielenie się łożyska, pęknięcie macicy, rzucawka oraz HELLP. W tych przypadkach istnieje bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia matki i/lub płodu, a więc operację wykonuje się najszybciej jak to możliwe, nawet jeżeli pacjentka nie ma wykonanych potrzebnych badań laboratoryjnych [9, 10].

Przyjście na świat dziecka stanowi duże przeżycie psychiczne, ponieważ wiąże się z rozpoczęciem nowego etapu życia. Na stan psychiczny po porodzie wpływa wiele czynników np.: przygotowanie psychofizyczne do porodu, przebieg porodu, sytuacja rodzinna i materialna pacjentki, czy też przeszłość położnicza. W zapobieganiu poporodowym zaburzeniom psychicznym dużą rolę odgrywa uczestnictwo w szkołach rodzenia. Pacjentki, które posiadają wiedzę na temat przebiegu porodu, cięcia cesarskiego, możliwych powikłań oraz opieki nad noworodkiem nie doświadczają nagłej konfrontacji z nową i nieznaną rzeczywistością. Wpływ na stan psychiczny ma również sposób ukończenia ciąży. Pacjentki, które urodziły drogami natury są w stanie bezpośrednio po porodzie samodzielnie zajmować się dzieckiem, zwykle nie mają trudności z poruszaniem się i samoopieką, co pozwala na szybkie kształtowanie więzi z nowo narodzonym dzieckiem oraz wchodzenie w rolę matki. Pacjentki po cięciu cesarskim wymagają szczególnej opieki personelu medycznego, a więc kontakt z noworodkiem jest u nich utrudniony, co zwiększa ryzyko zaburzeń psychicznych w położu. Kobiety, które przez całą ciążę przygotowywały się psychicznie i fizycznie do porodu drogami natury, a na skutek nieprawidłowości porodu konieczne jest wykonanie cięcia cesarskiego, mogą odczuwać niezadowolenie, a nawet przygnębienie. Sytuacja ta może

utrudniać budowanie pozytywnej tożsamości macierzyńskiej. Obecność osoby towarzyszącej przy narodzinach dziecka obniża stres pacjentki, a to przekłada się na poprawę samopoczucia po porodzie. Kobiety, których dzieci urodziły się w złym stanie, chore lub martwe są najbardziej narażone na poporodowe zaburzenia psychiczne. Należy otoczyć je szczególną opieką wykonując testy przesiewowe w kierunku depresji, czy też zalecić konsultację z psychologiem. Zarówno kobiety po cięciu cesarskim, jak i po porodzie drogami natury są narażone na wystąpienie zaburzeń psychicznych takich jak: przejściowe obniżenie nastroju w pierwszym tygodniu po porodzie, depresja poporodowa, zaburzenie stresowe pourazowe oraz psychoza poporodowa. Odpowiednie przygotowanie do porodu, wczesne rozpoznanie niepokojących objawów oraz opieka zespołu interdyscyplinarnego (położnej, lekarza położnika, psychologa, psychiatry) pozwoli na skuteczne zadbanie o zdrowie psychiczne położnicy [11].

Założenia i cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu sposobu ukończenia ciąży na stan psychiczny kobiet. Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Ocena wpływu porodu fizjologicznego i cięcia cesarskiego na kontakt między matką, a noworodkiem.
2. Ocena wpływu porodu fizjologicznego i cięcia cesarskiego na emocje odczuwane przez położnicę.

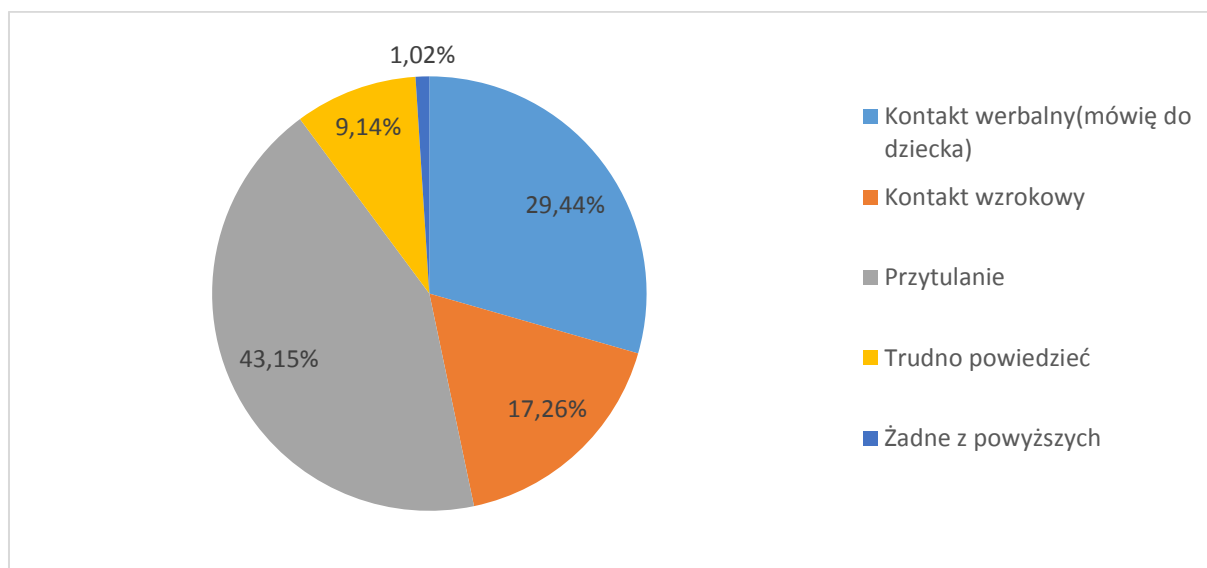
Materiał i metodyka badań

W badaniu ankietowym przeprowadzonym na potrzeby niniejszej pracy uczestniczyło 197 kobiet. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Materiał stanowiły informacje uzyskane z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety od pacjentek będących w pierwszym tygodniu połogu, przebywających na oddziale położniczym. Kwestionariusz ankiety przygotowano po uprzednim zapoznaniu się z literaturą przedmiotu. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB (Uchwała nr:APK.002.315.2020).

Wyniki

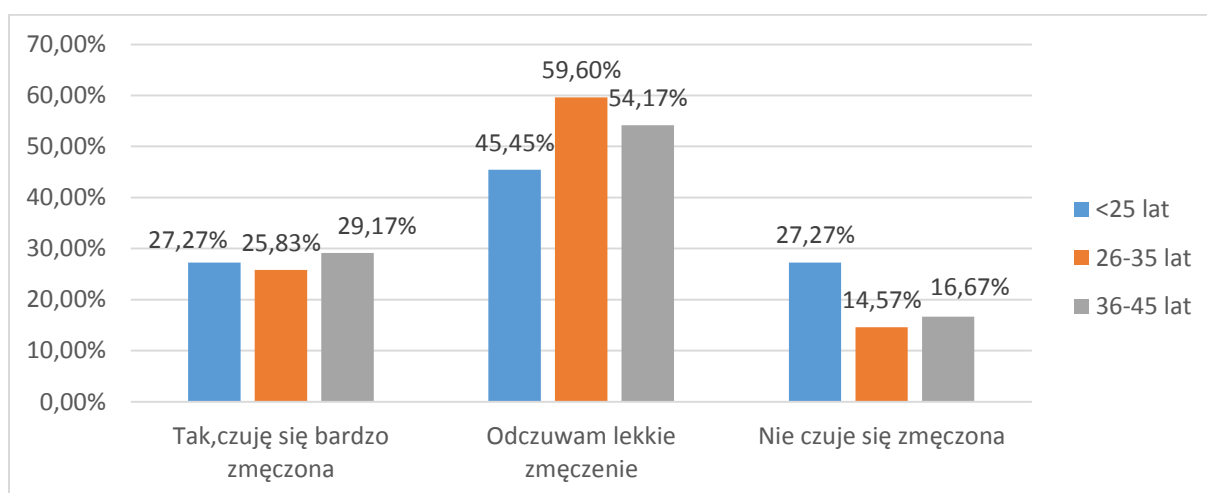
Pacjentki biorące udział w badaniu za najczęstszą formę komunikowania się z noworodkiem po porodzie uznały przytulanie. Kontakt werbalny deklarowało 29,44%

położnic. Około 17% respondentek uważało kontakt wzrokowy za najczęstszy sposób ich komunikacji z nowo narodzonym dzieckiem (Rycina 1).



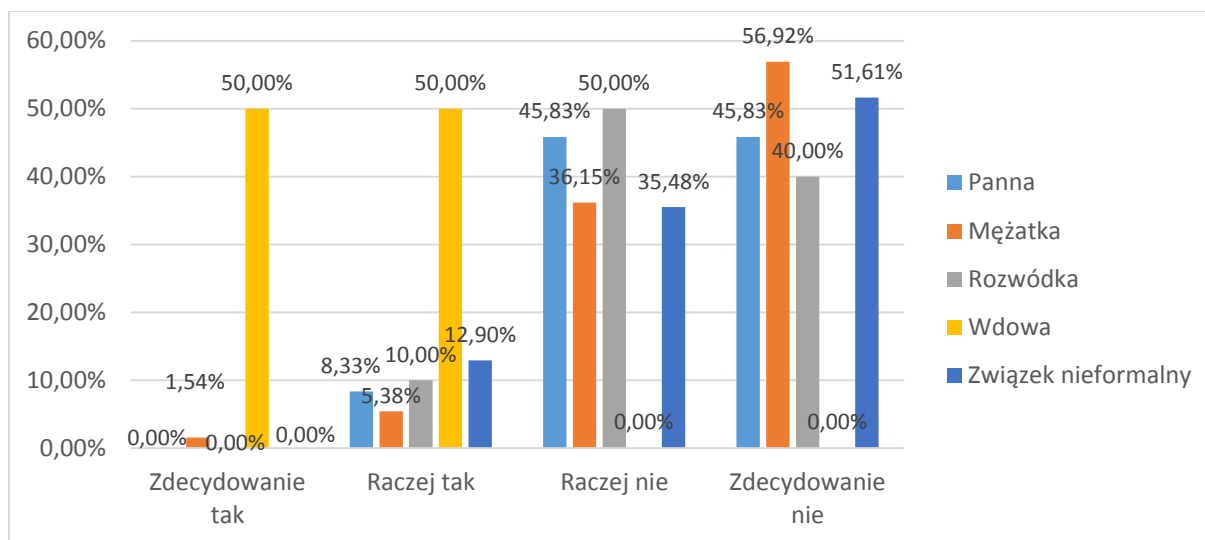
Rycina 1. Najczęstszy sposób komunikacji położnicy z noworodkiem

Największe zmęczenie po porodzie odczuwały respondentki w przedziale wiekowym 36-45 lat. Prawie 60% ankietowanych położnic między 26, a 35 rokiem życia odczuwało lekkie zmęczenie po porodzie. Najmniej zmęczone po porodzie były kobiety w wieku poniżej 25 lat. Dokładne dane przedstawia Rycina 2.



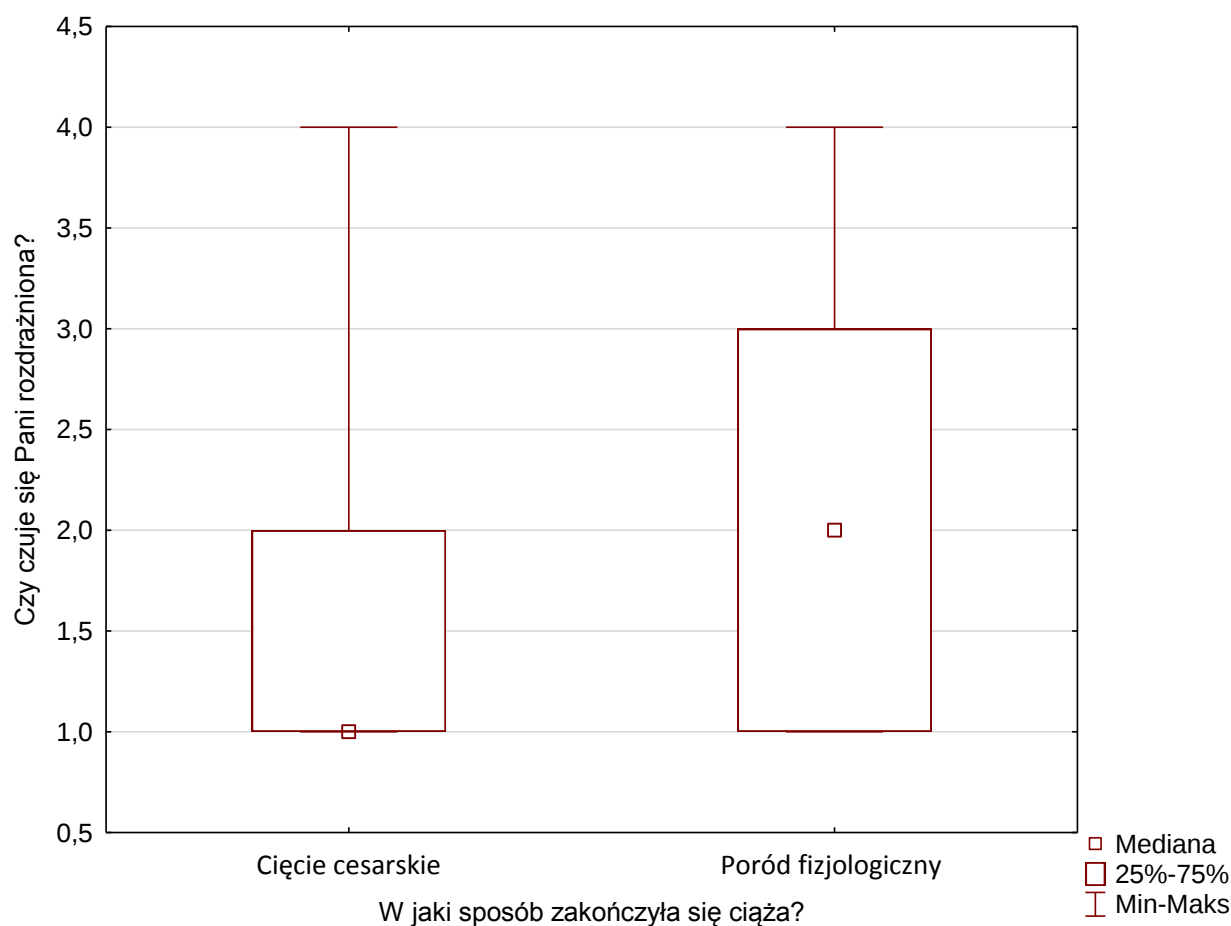
Rycina 2. Zmęczenie po porodzie w zależności od wieku respondentek

Na pytanie o przygnębienie odczuwane po porodzie przez respondentki odpowiedź twierdzącą częściej udzielały wdowy oraz kobiety w związku nieformalnym. Prawie 57% położnic będących w związku małżeńskim było pewnych, że nie są przygnębione po porodzie. Spośród ankietowanych kobiet będących po rozwodzie 50% twierdziło, że raczej nie odczuwają przygnębienia. Położnice o stanie cywilnym panna w większości nie doświadczyły przygnębienia po porodzie (Rycina 3).



Rycina 3. Przygnębienie po porodzie

Respondentki po porodzie fizjologicznym częściej odczuwały rozdrażnienie niż położnice, których ciąża zakończyła się drogą cięcia cesarskiego (Rycina 4).



Gdzie:

Zdecydowanie nie - 1

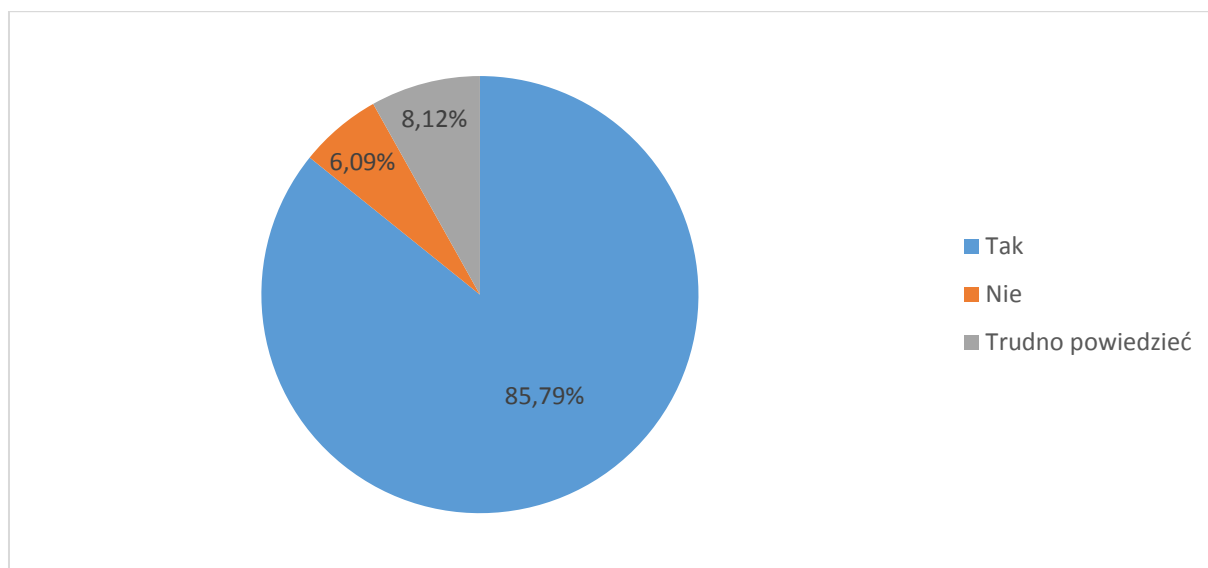
Raczej nie - 2

Raczej tak - 3

Zdecydowanie tak – 4.

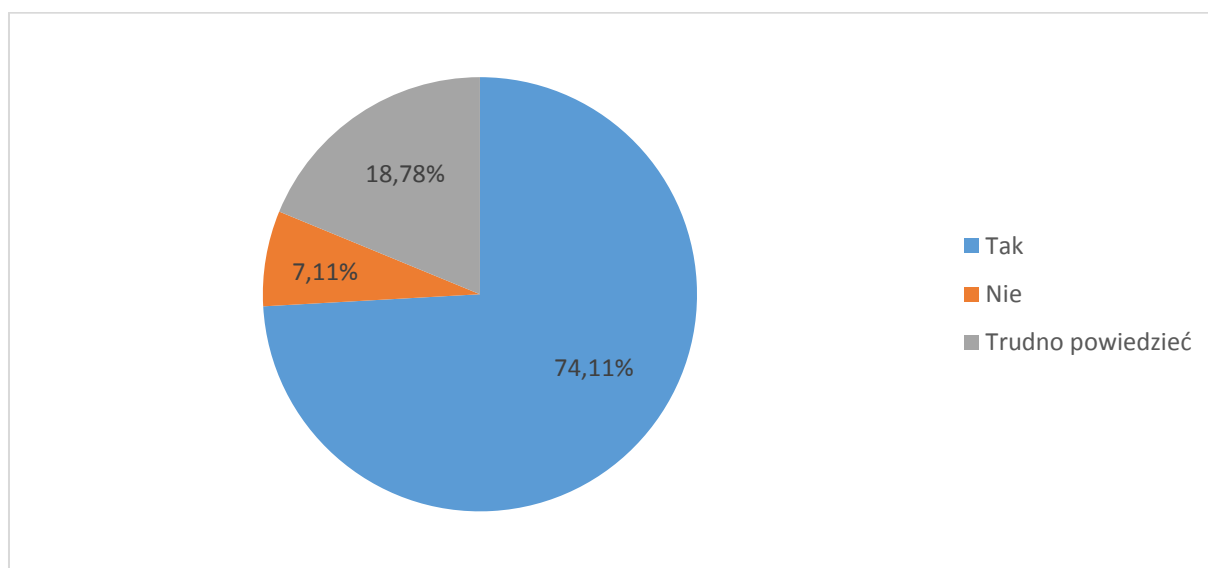
Rycina 4. Rozdrażnienie po porodzie w zależności od sposobu zakończenia ciąży

Prawie 86% ankietowanych odbyło poród w placówce, w której planowało urodzić dziecko. Dokładne dane przedstawia Rycina 5.



Rycina 5. Miejsce odbycia porodu

Na pytanie dotyczące pełnego poczucia bezpieczeństwa podczas porodu i dalszej hospitalizacji 74,11% respondentek udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Jedynie ok.7% badanych położnic nie miało pełnego poczucia bezpieczeństwa podczas porodu i dalszej hospitalizacji (Rycina 6).



Rycina 6. Poczucie bezpieczeństwa podczas porodu i dalszej hospitalizacji

Dyskusja

Poród fizjologiczny jest zalecanym sposobem zakończenia ciąży zarówno przez lekarzy położników, jak i przez położne. Dzieci urodzone drogami natury mają mniej

trudności z adaptacją do życia poza łonem matki, niż noworodki urodzone drogą cięcia cesarskiego. Operacyjne zakończenie ciąży powinno mieć miejsce tylko wtedy, gdy istnieją wskazania do jego wykonania. Wielu współczesnym kobietom poród drogami natury kojarzy się z ogromnym bólem i wysiłkiem, co przekłada się na wzrost wykonywanych cięć cesarskich. Ciężarne niewyrażające zgody na poród drogami natury są często nieświadome powikłań, jakie niesie za sobą operacyjne zakończenie ciąży [12].

Większość kobiet ciężarnych jeszcze w czasie trwania ciąży tworzy swoje własne wyobrażenie, jak powinny wyglądać narodziny jej dziecka. Przebieg porodu powinien mieć zatem duży wpływ na emocje odczuwane przez położnicę. W badaniu własnym zapytano pacjentki, czy są zadowolone ze sposobu ukończenia ciąży. Najwięcej odpowiedzi „Zdecydowanie tak” udzieliły położnice po cięciu cesarskim. Kobiety, które rodziły drogami natury w większości także były zadowolone z przebiegu porodu, ale częściej udzielały odpowiedzi „Raczej tak”. Badaniem wpływu modułu porodowego na stan emocjonalny położnicy zajmowała się także Pilch. W swoim badaniu ukazała, że sposób ukończenia ciąży nie ma znacznego wpływu na emocje pacjentki odczuwane po porodzie [13].

W badaniu własnym zapytano położnice o ich sposób komunikowania się z dzieckiem po porodzie. Najczęstszą formą komunikacji z noworodkiem było przytulanie (43,15%). Kontakt werbalny deklarowało ok. 29% respondentek, a kontakt wzrokowy 17,26% położnic. Natomiast w badaniu przeprowadzonym przez Kaźmierczak i wsp. najczęstszą formą komunikacji matki z noworodkiem był kontakt werbalny. Przytulanie deklarowało 60% respondentek, a kontakt wzrokowy 57% położnic [14].

Analizując samopoczucie położnic zapytano respondentki o odczuwanie przez nich zmęczenia po porodzie. Najbardziej zmęczone były kobiety w przedziale wiekowym 36-45 lat. Brak zmęczenia deklarowały głównie ankietowane poniżej 25 roku życia. Można zatem przypuszczać, że późne macierzyństwo wiąże się z gorszą wydolnością organizmu, co przekłada się na większe zmęczenie po porodzie. W badaniu przeprowadzonym przez Augustyniuk i wsp. analizowano odczuwanie zmęczenia kobiet po porodzie w zależności od uczestnictwa w programie edukacji poporodowej. Zmęczenie deklarowało 68,8% położnic uczestniczących w zajęciach Szkoły Matek i Ojców oraz 75,5% respondentek, które nie brały udziału w programie edukacji [15].

Półóg jest to także czas największego narażenia na wystąpienie zaburzeń psychicznych np. depresji poporodowej. W badaniu własnym zapytano pacjentki o to, czy odczuwają przygnębienie po porodzie. Rozwódki, wdowy oraz kobiety żyjące w związku

nieformalnym częściej udzielały odpowiedzi: zdecydowane tak/ raczej tak. Najwięcej odpowiedzi „zdecydowanie nie” udzieliły położnice będące w związku małżeńskim (56,92%). Kaźmierczak i wsp. analizowali częstość odczuwania przygnębienia po porodzie w zależności od sposobu ukończenia ciąży. Z przeprowadzonego badania wynika, że rodzaj porodu nie wpływa na obniżenie nastroju położnicy. Częstość odczuwania przygnębienia po porodzie była podobna zarówno u kobiet po porodzie fizjologicznym, jak i po cięciu cesarskim [16]. Można zatem przypuszczać, że w profilaktyce zaburzeń psychicznych po porodzie znaczącą rolę odgrywa wsparcie emocjonalne bliskiej osoby, szczególnie męża. Najprawdopodobniej ma to większe znaczenie niż rodzaj porodu.

W badaniu własnym sprawdzono, czy sposób ukończenia ciąży ma wpływ na odczuwanie rozdrażnienia przez położnice. Uzyskane wyniki dowodzą, że pacjentki po porodzie fizjologicznym są częściej rozdrażnione niż po cięciu cesarskim. Natomiast w badaniu przeprowadzonym przez Gebuzę i wsp. nie wykazano wpływu sposobu porodu na rozdrażnienie położnic [17].

Szeroki dostęp do opieki medycznej umożliwia ciężarnym indywidualny dobór placówki, w której chciałyby prowadzić ciążę oraz urodzić dziecko. We własnym badaniu ankietowym zapytano położnice, czy poród odbył się w placówce, w której planowały urodzić. Prawie 86% respondentek udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Pełne poczucie bezpieczeństwa podczas porodu i dalszej hospitalizacji deklarowało 74,11% położnic. Można zatem przypuszczać, że możliwość wyboru placówki, w której ma odbyć się poród zwiększa poczucie bezpieczeństwa podczas porodu i porożu. Stadnicka i wsp. w przeprowadzonym badaniu również zauważyli, że możliwość wyboru szpitala, w którym ciężarna chce urodzić dziecko wpływa korzystnie na poczucie bezpieczeństwa podczas hospitalizacji [18].

Przebieg porożu różni się znacząco u kobiet po porodzie drogami natury i po cięciu cesarskim. Indywidualne podejście do każdej pacjentki, zapewnienie jej komfortu psychicznego niezależnie od sposobu ukończenia ciąży pozwalają na ograniczenie powikłań sfery psychicznej oraz tworzenie pozytywnej więzi między matką, a noworodkiem [1,2].

Wnioski

1. Poród fizjologiczny ułatwia nawiązywanie relacji między matką, a noworodkiem.
2. Negatywne emocje odczuwane po porodzie częściej dotyczą położnic, które odbyły poród drogami natury niż kobiet po cięciu cesarskim.

Spis piśmiennictwa

1. Dudenhausen J.W., Pschyrembel W., Położnictwo praktyczne i operacje położnicze, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
2. Troszyński M., Położnictwo ćwiczenia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
3. Simkin P., Ancheta R., Metody sprzyjające postępowi porodu. Część1. Pozycje ciała matki i sposoby jej poruszania się. [w:] Udany poród. Jak wcześniej zapobiec dystocji i ją leczyć. Chazan B. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, 284-335.
4. Ropacka-Lesiak M., Bręborowicz G.H.: Poród prawidłowy. [w:] Położnictwo i ginekologia, tom I. Bręborowicz G.H. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 375,376.
5. Malinowski W.: Miednicowe położenie płodu. [w:] Położnictwo i ginekologia, tom I. Bręborowicz G.H. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 399-400.
6. Malinowski W.: Poród w ciąży wielopłodowej. [w:] Położnictwo i ginekologia, tom I. Bręborowicz G.H. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 426- 427.
7. Wyszynski E.: Operacje położnicze – rys historyczny. [w:] Operacje w położnictwie, Położnictwo tom 3. Bręborowicz G.H. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 1-11.
8. Kubicki J.: Historia cięcia cesarskiego. Puls Uczelni 2012, 1, 14-16.
9. Bręborowicz G.H., Bręborowicz A.K.: Operacje położnicze. [w:] Położnictwo i ginekologia, tom 1. Bręborowicz G.H. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016, 438-459.
10. Szumska M., Kozłowska-Wytyk M., Olejniczak T.: Analiza wskazań do porodów operacyjnych w latach 2016-2018 w Szpitalu Św. Rodziny w Poznaniu. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2019, 2, 184-190.
11. Charles C.: Cesarskie cięcie. [w:] Prowadzenie porodu. Chapman V., Charles C. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 199-215.
12. Suchocki S.: Jak ograniczyć epidemię cięć cesarskich?. Ginekologia i Położnictwo Medical Project 2012, 2, 9-16,
13. Pilch D.: Wpływ modułu porodowego na stan emocjonalny matki, tworzenie więzi z dzieckiem i stan neurobehawioralny noworodka. Pomeranian Journal of Life Sciences 2015, 3, 249-256.

14. Kaźmierczak M., Wróbel-Bania A., Mieczkowska E., Gebuza G., Gierszewska M., Jarzynka I.: Sposoby komunikowania się matki i dziecka po porodzie. Przegląd Naukowo Metodyczny – Edukacja dla bezpieczeństwa 2015, 2, 243-278.
15. Augustyniuk K., Rudnicki J., Grochans E., Jurczak A., Wieder-Huszla S., Szkup-Jabłońska M.: Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Matek i Ojców a częstość występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie poporodowym. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2013, 19, 138-141.
16. Kaźmierczak M., Gierszewska M., Gebuza G., Mieczkowska E., Banaszkiewicz M.: Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014, 20, 390-395.
17. Gebuza G., Kaźmierczak M., Mieczkowska E., Gierszewska M.: Ocena jakości życia skalą MGI kobiet po porodzie fizjologicznym i cięciu cesarskim. Przegląd Naukowo Medyczny-Edukacja dla Bezpieczeństwa 2015, 29, 365-377.
18. Stadnicka G., Górka B., Iwanowicz-Palus G.: Satysfakcja z opieki i poczucie bezpieczeństwa pacjentek podczas porodu i położenia. Problemy Pielęgniarstwa 2013, 21, 360-366.

WPLYW SPOSOBU UKOŃCZENIA CIĄŻY NA STAN FIZYCZNY KOBIET

Marta Wawrzyn¹, Ewa Perkowska²

¹ – Prywatna Klinika Położniczo – Ginekologiczna w Białymstoku ul. Parkowa 6.

² – Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Czas pierwszych 6 tygodni po porodzie drogami natury oraz po cięciu cesarskim określa się mianem pòłogu. W tym okresie następuje cofanie się zmian w organizmie matki, które zaszły na skutek ciąży i porodu, rozpoczyna się laktacja, goją się rany poporodowe, a jajniki stopniowo wznawiają swoją aktywność. Pod wpływem skurczów pòłogowych macica obkurcza się i zmniejsza swoją masę z 1000g do 50g. Wydalane są również odchody pòłogowe: początkowo krwiste, następnie brunatne, brudnożółte, surowicze, a po 4-6 tygodniach całkowicie zanikają. Stan fizyczny pacjentek w pòłogu różni się w zależności od sposobu zakończenia ciąży. Kobiety, które urodziły dziecko drogami natury są szybko uruchamiane, co wpływa korzystnie na układ krążenia, zmniejsza ryzyko zmian zakrzepowozatorowych, ułatwia oddawanie moczu, wydalanie odchodów pòłogowych oraz powrót napięcia mięśni brzucha. Umiarkowane problemy z poruszaniem się mogą mieć pacjentki, u których podczas porodu doszło do urazu/nacięcia krocza. Taka pòłożnica powinna szczególnie zadbać o higienę okolicy intymnych. Zaleca się regularne podmywanie rano i wieczorem oraz po każdej defekacji preparatami o kwaśnym pH, z dużą zawartością pałeczek kwasu mlekowego oraz gliceryny. Samodzielność pacjentek po cięciu cesarskim jest natomiast znacznie zmniejszona, przez co zwiększa się ryzyko powikłań pòłogu. Pionizacja zależy głównie od rodzaju znieczulenia (średnio po około 8-10 godzinach od operacji). W kolejnych dobach po cięciu cesarskim aktywność pòłożnic jest ograniczona głównie przez ból rany pooperacyjnej. Znacznie częściej pojawiają się trudności z samodzielnym oddawaniem moczu, infekcje dróg moczowych oraz obrzęki kończyn dolnych. Kobiety powinny być poinformowane o obserwacji i sposobach pielęgnacji rany brzucha. Zacerwienienie, obrzęk, wydzielina, czy też rozchodzenie się rany stanowią wskazania do konsultacji z lekarzem. Rana powinna być czysta, do mycia zalecane jest szare mydło, a bielizna przewiewna i niepodrażniająca. Umiarkowane ćwiczenia fizyczne w pòłogu pomagają w sprawnym powrocie do stanu sprzed ciąży, stanowią profilaktykę powikłań pòłogu oraz sprzyjają osiągnięciu równowagi psychofizycznej. U pacjentek po cięciu cesarskim w szczególności

należy zalecić ćwiczenia mięśni brzucha, które zapobiegają rozstępowi mięśni prostych oraz przepuklinie pooperacyjnej. Położnice, które urodziły dziecko drogami natury powinny skupić się na ćwiczeniach mięśni dna miednicy, gdyż są one szczególnie narażone na występowanie w przyszłości zaburzeń statyki narządu rodneę (szczególnie wieloródki). Kobiety, u których doszło do nacięcia lub pęknięcia krocza nie powinny rezygnować z ćwiczeń MDM, ponieważ poprawiają one miejscowe ukrwienie, przyspieszając tym samym gojenie się rany, ale także zmniejszają nasilenie dolegliwości bólowych. Ich wykonywanie należy rozpocząć jak najwcześniej po porodzie i kontynuować nawet przez kolejnych kilka miesięcy [1,2].

Założenia i cel pracy

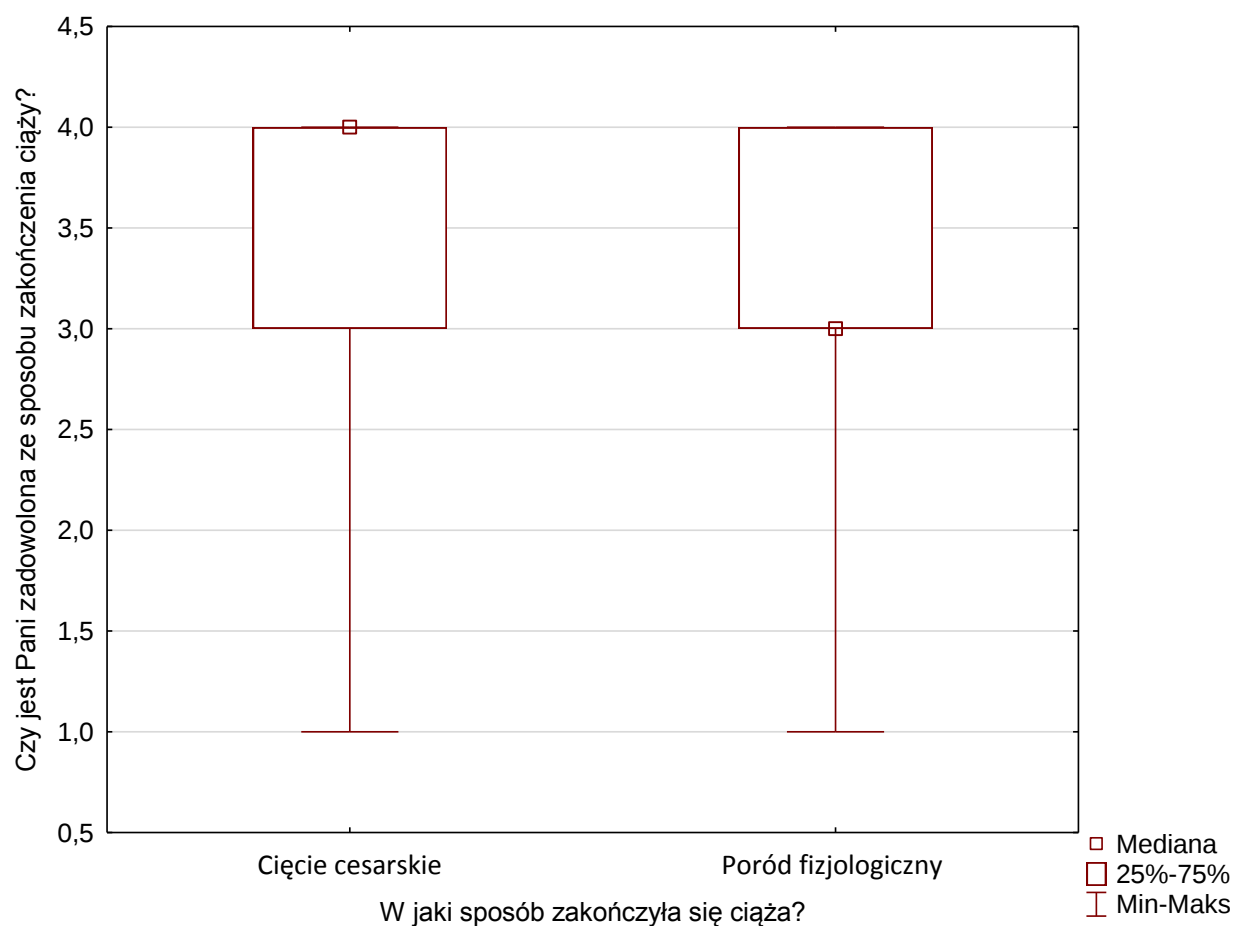
Celem pracy była ocena wpływu sposobu ukończenia ciąży na stan fizyczny kobiet.

Materiał i metodyka badań

W badaniu oceniającym wpływ sposobu ukończenia ciąży na stan fizyczny kobiet wzięły udział położnice w pierwszym tygodniu połogu przebywające na oddziale położniczym w Prywatnej Klinice Położniczo – Ginekologicznej w Białymstoku ul. Parkowa 6. Badaniem objęto 197 kobiet (110 po porodzie fizjologicznym i 87 po zakończeniu ciąży drogą cięcia cesarskiego). W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety oraz Numeryczną Skalę Oceny Bólu (NRS – Numerical Rating Scale). Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB (Uchwała nr:APK.002.315.2020). Zebrane informacje zostały wyłącznie wykorzystane w celach naukowych. Poddano je analizie i przedstawiono w formie statystycznego zestawienia z zachowaniem anonimowości osoby uczestniczącej w badaniu i wszelkich informacji przez nią udzielonych.

Wyniki

Ankietowane położnice po cięciu cesarskim były bardziej zadowolone ze sposobu zakończenia ciąży niż kobiety, które rodziły drogami natury (Rycina 1).



Gdzie:

Zdecydowanie nie - 1

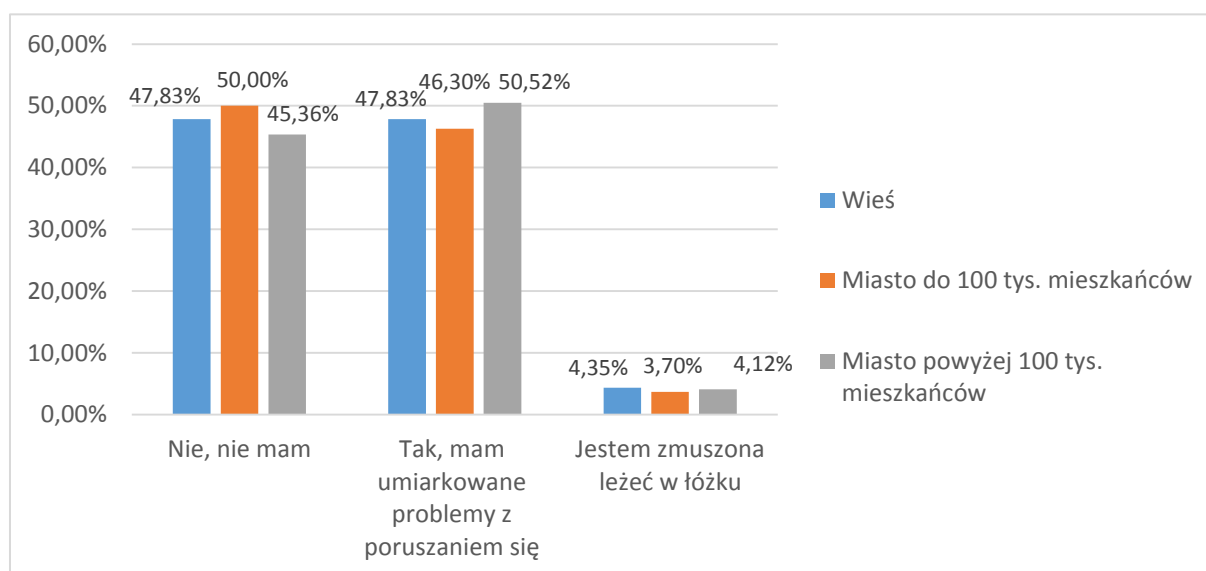
Raczej nie - 2

Raczej tak - 3

Zdecydowanie tak – 4

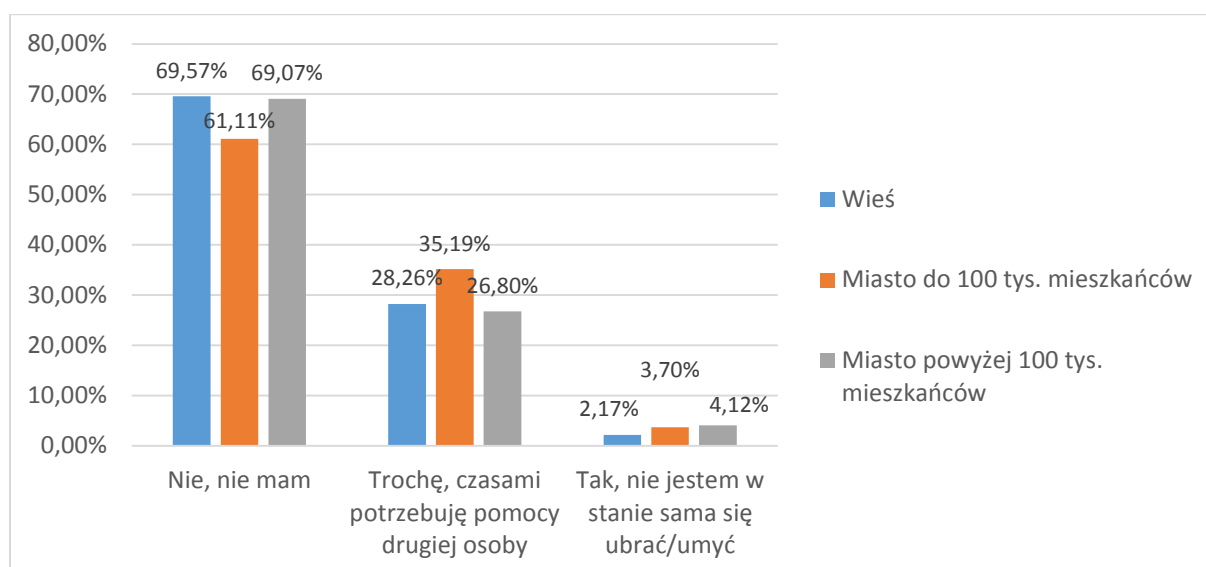
Rycina 1. Zadowolenie położnicy ze sposobu zakończenia ciąży

Spośród kobiet biorących udział w badaniu najmniej problemów z poruszaniem się po porodzie miały mieszkanki miast do 100 tys. mieszkańców. Około 50% ankietowanych położnic mieszkających w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców problemy z poruszaniem się określało jako umiarkowane. Natomiast jedynie 4,35% respondentek zamieszkujących wieś musiało leżeć w łóżku po porodzie. Szczegółowe informacje przedstawia Rycina 2.



Rycina 2. Problemy położnic z poruszaniem się

Najwięcej trudności z samoopieką spośród kobiet biorących udział w badaniu zgłaszały mieszkanki miast powyżej 100 tys. mieszkańców. Około 35% położnic zamieszkujących miasta do 100 tys. mieszkańców twierdziło, że czasami potrzebują pomocy drugiej osoby. Najbardziej samodzielne były mieszkanki wsi (Rycina 3).



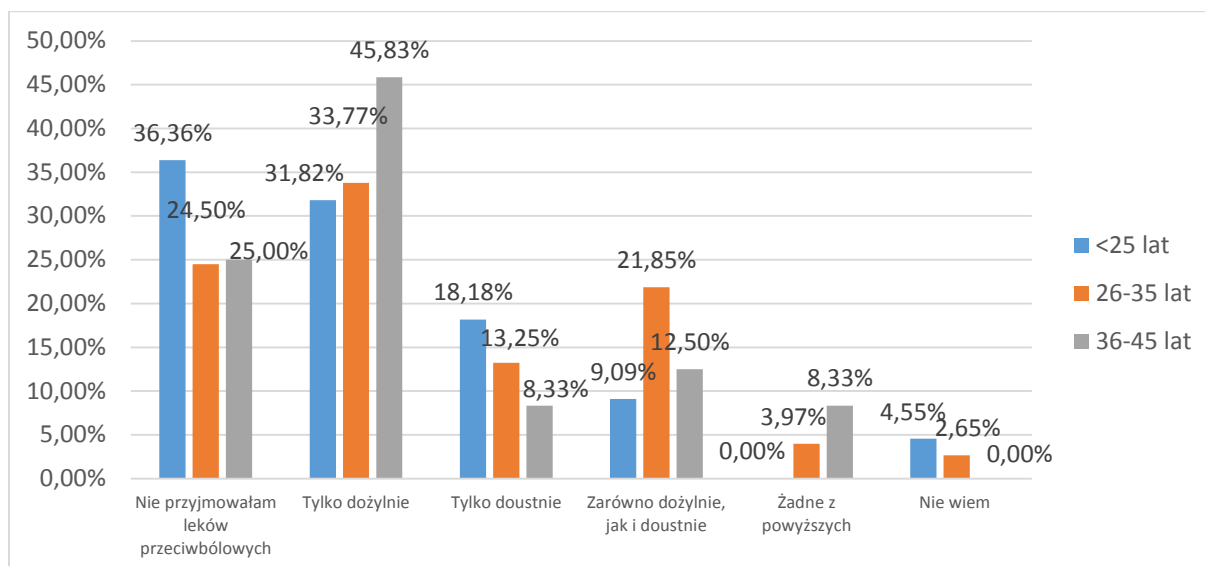
Rycina 3. Trudności z samoopieką respondentek z zależności od miejsca zamieszkania

Średnia ocena dolegliwości bólowych po porodzie wśród ankietowanych położnic wg skali NRS wynosi 3 pkt. Ból o największym nasileniu został oceniony na 10 pkt. (Tabela 1).

Tabela 1. Nasilenie dolegliwości bólowych po porodzie

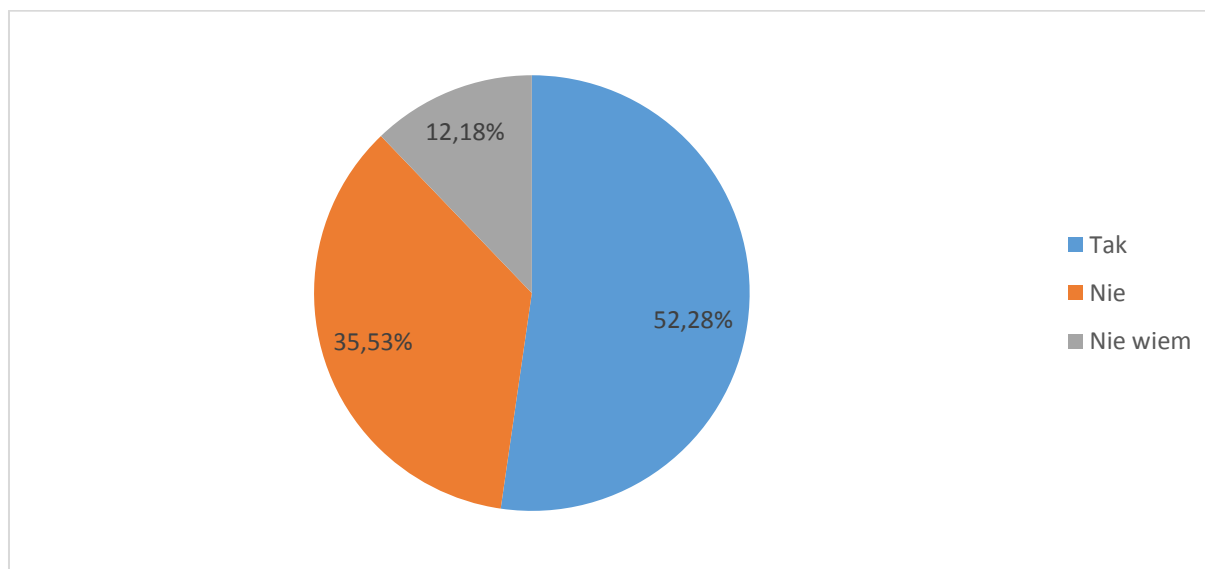
Na ile punktów ocenia Pani dolegliwości bólowe po porodzie wg skali NRS?	
Minimum	0
Maksimum	10
Średnia	3
Odchylenie standardowe	2

Spośród położnic w wieku poniżej 25 lat biorących udział w badaniu 36,36% ankietowanych nie potrzebowało leków przeciwbólowych po porodzie. Najwięcej leków dożylnych łagodzących ból przyjmowały pacjentki w przedziale wiekowym 36-45 lat. Leki przeciwbólowe zarówno dożylnie, jak i doustnie stosowało ok.22% ankietowanych w wieku 26-35 lat. Dokładne dane na temat formy stosowanych leków przeciwbólowych po porodzie ilustruje Rycina 4.



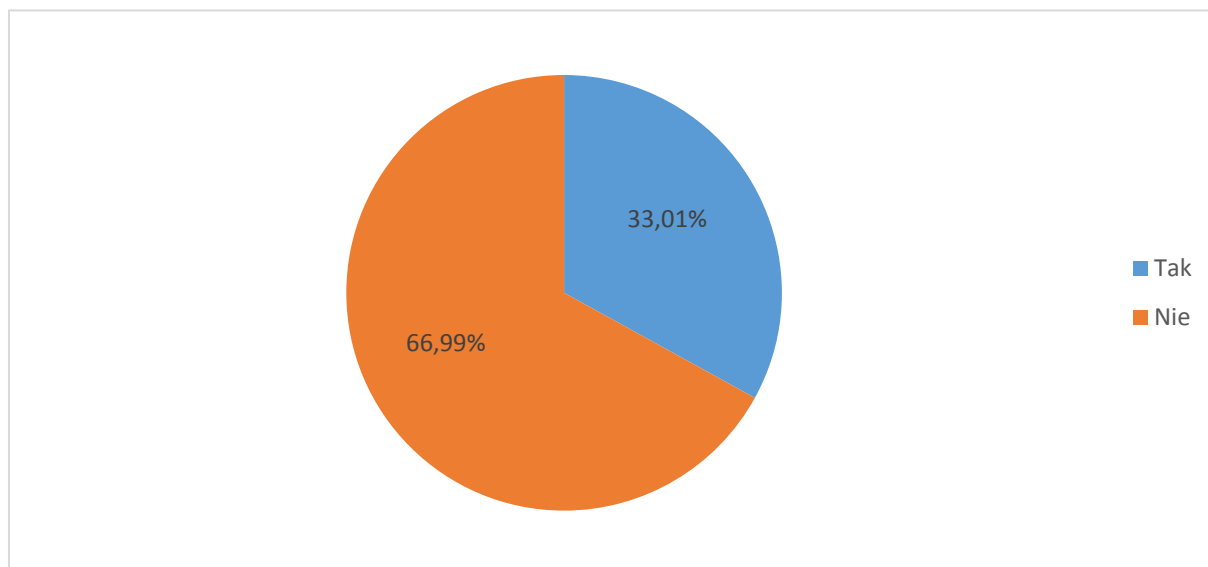
Rycina 4. Forma leków przeciwbólowych stosowanych po porodzie

Ponad połowa respondentek miała założony cewnik do pęcherza moczowego podczas porodu. Pozostała część pytaných kobiet udzieliła odpowiedzi negatywnej lub nie posiadała wiedzy na ten temat (Rycina 5).



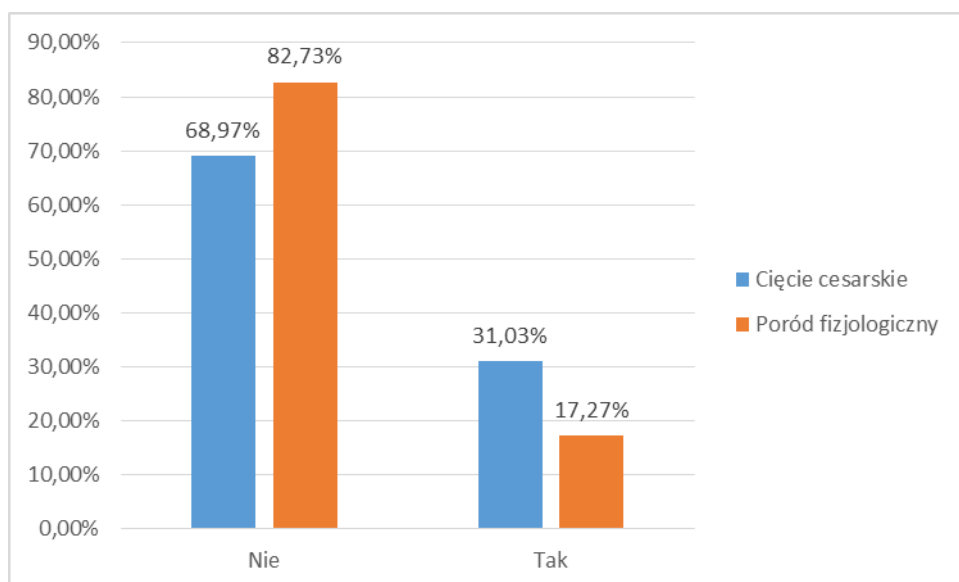
Rycina 5. Cewnikowanie pęcherza moczowego podczas porodu

Prawie u 67% respondentek, które miały założony cewnik do pęcherza moczowego podczas porodu, nie pojawiły się trudności z pierwszym samodzielnym oddaniem moczu po usunięciu cewnika (Rycina 6).



Rycina 6. Trudności z samodzielnym oddaniem moczu po usunięciu cewnika z pęcherza moczowego

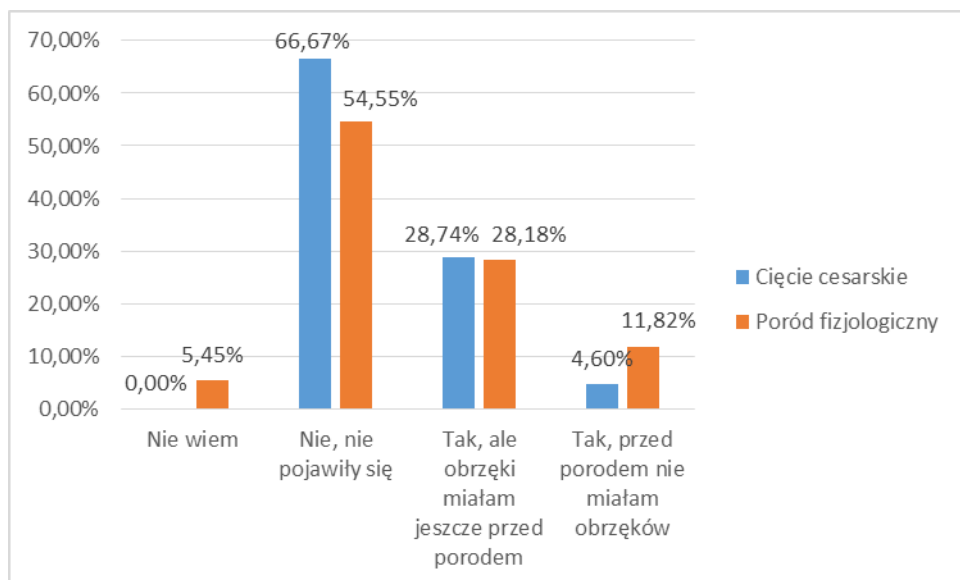
Na nudności i wymioty po porodzie częściej skarżyły się pacjentki po cięciu cesarskim. 82,73% kobiet po porodzie fizjologicznym nie doświadczyło nudności i wymiotów (Rycina 7).



Rycina 7. Nudności i wymioty po porodzie

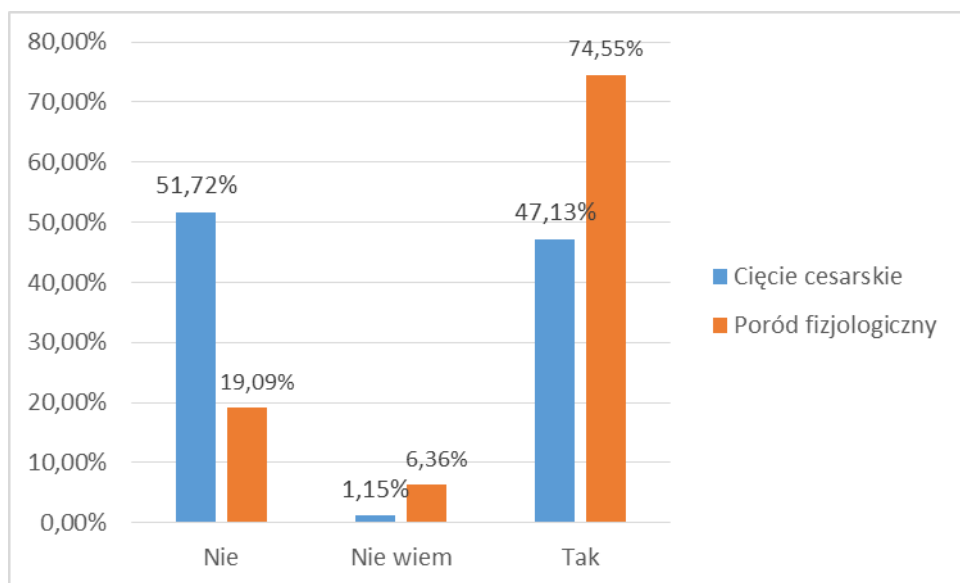
Spośród położnic biorących udział w badaniu u 11,82% pacjentek po porodzie fizjologicznym pojawiły się obrzęki kończyn dolnych i/lub górnych (przed porodem nie miały obrzęków). Około 30% respondentek, które miały obrzęki przed porodem, zmagaly się z tą

dolegliwością także po urodzeniu dziecka, zarówno po porodzie fizjologicznym, jak i po cięciu cesarskim. U 66,67% położnic po cięciu cesarskim obrzęki nie pojawiły się. Dokładne dane przedstawia Rycina 8.



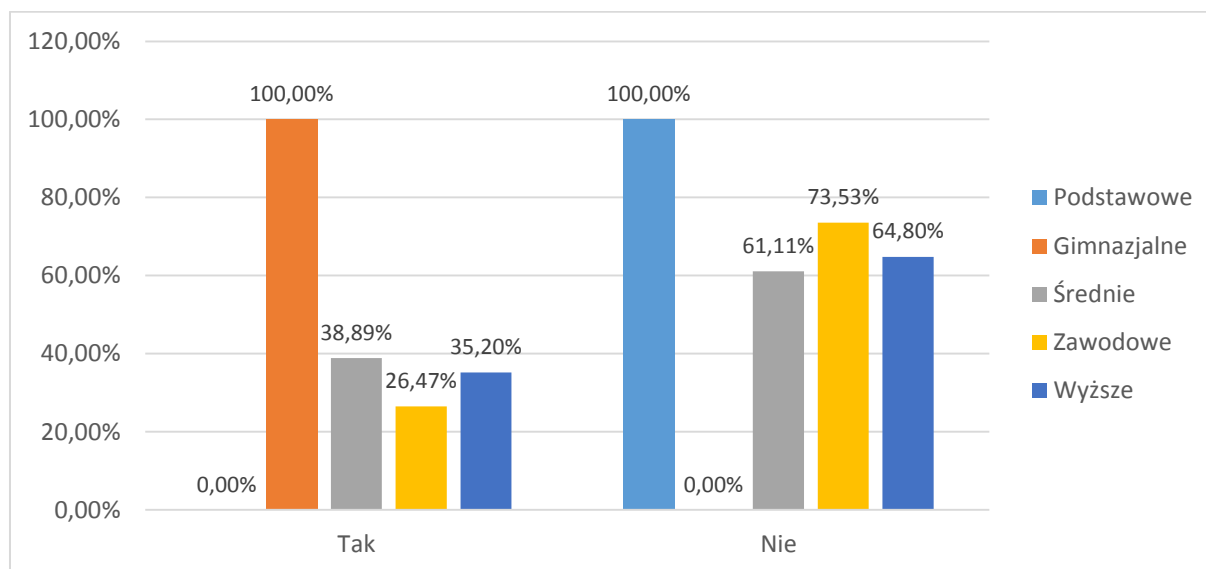
Rycina 8. Obrzęki kończyn dolnych i/lub górnych po porodzie

Zdecydowana większość ankietowanych pacjentek po porodzie fizjologicznym miała możliwość bezpośredniego kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry” tuż po jego narodzinach niż kobiety, których ciąża zakończyła się drogą cięcia cesarskiego (Rycina 9).



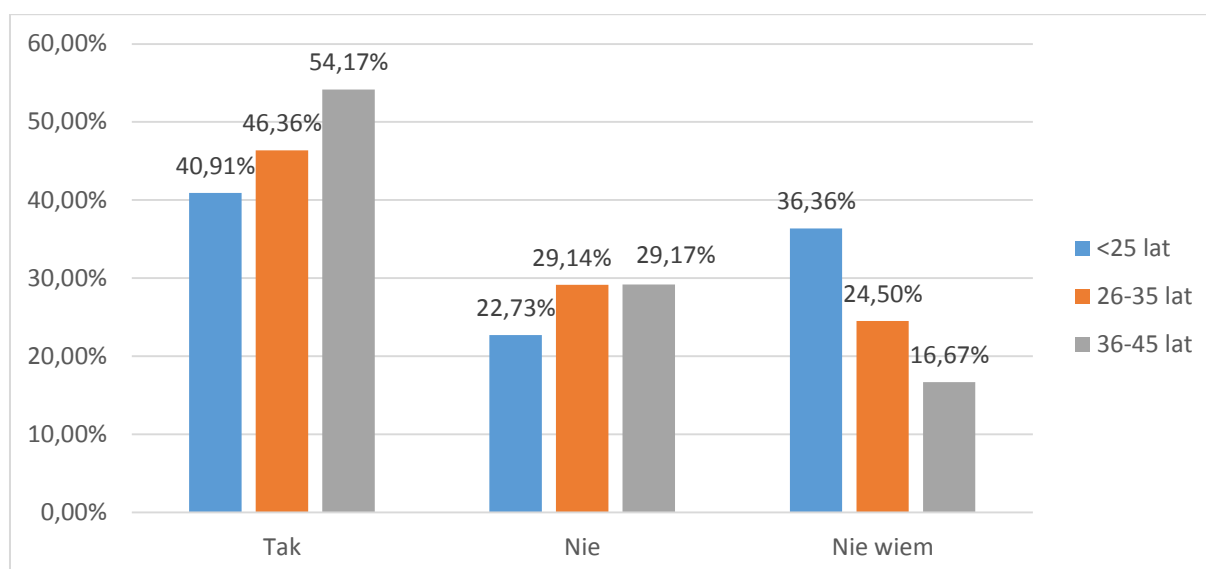
Rycina 9. Kontakt z dzieckiem „skóra do skóry” w zależności od sposobu zakończenia ciąży

Problemy z pierwszym przystawieniem dziecka do piersi częściej pojawiały się u respondentek z wykształceniem gimnazjalnym i średnim. Około 35% ankietowanych pacjentek z wykształceniem wyższym miało trudności z pierwszym przystawieniem dziecka do piersi. Spośród badanych kobiet z wykształceniem zawodowym podobne trudności deklarowało 26,47% położnic. Szczegółowe dane ilustruje Rycina 10.



Rycina 10. Trudności z pierwszym przystawieniem dziecka do piersi

Na pytanie dotyczące pojawienia się siary bezpośrednio po porodzie odpowiedź twierdzącą udzieliło ponad 50% respondentek w przedziale wiekowym 36-45 lat. Spośród ankietowanych kobiet w wieku 26-35 lat siara nie pojawiła się u 29,14% położnic. Około 36% respondentek w wieku poniżej 25 lat nie posiadało wiedzy na temat pojawienia się siary bezpośrednio po porodzie. Dokładne dane przedstawia Rycina 11.



Rycina 11. Pojawienie się siary bezpośrednio po porodzie

Dyskusja

Ciąża jest wyjątkowym czasem w życiu każdej kobiety. Zmiany, które zachodzą w organizmie ciężarnej mają na celu umożliwienie prawidłowego rozwoju poczętego dziecka oraz przygotowanie do porodu drogami natury. Poród fizjologiczny jest najlepszym sposobem ukończenia ciąży zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Istnieją jednak sytuacje, w których poród drogami natury jest niemożliwy, wówczas konieczne jest wykonanie cięcia cesarskiego. Operacyjne zakończenie ciąży wiąże się z licznymi powikłaniami u położnicy i noworodka, a więc powinno być wykonywane jedynie wtedy, gdy istnieją konkretne wskazania ze strony pacjentki lub płodu [3,4].

Wydawać by się mogło, że cięcie cesarskie wpływa negatywnie na zadowolenie pacjentki z porodu. Jest to operacja chirurgiczna, po której mogą wystąpić powikłania zarówno u matki, jak i u dziecka. Pacjentki po cięciu cesarskim przez minimum 6 godzin są unieruchomione w łóżku, wymagają szczególnej opieki przez personel medyczny, a ich sprawność w kolejnych dobach połoгу jest ograniczona głównie przez ból i dyskomfort rany pooperacyjnej. Kobiety, które odbyły poród drogami natury mają pełną sprawność fizyczną po porodzie i mogą samodzielnie zajmować się noworodkiem. Mimo to, ankietowane po cięciu cesarskim były bardziej zadowolone ze sposobu ukończenia ciąży niż kobiety po porodzie fizjologicznym. Być może respondentki, których ciąża zakończyła się operacyjnie nie chciały rodzić drogami natury. Uznanie cięcia cesarskiego za operację ratującą życie sprawia, że kobiety chcą aby ich ciąża zakończyła się operacyjnie, ponieważ czują się

wówczas bezpieczniejsze o zdrowie swoje oraz dziecka (nawet jeśli ciąża przebiegała w pełni fizjologicznie). Najprawdopodobniej wysiłek, zmęczenie i ból towarzyszący porodowi drogami natury sprawia, że położnice są mniej zadowolone ze sposobu porodu.

W badaniu własnym zapytano położnice o ich sprawność fizyczną po porodzie. Brak problemów z poruszaniem się deklarowało ok. 50% respondentek. Druga część pytanых twierdziła, że ma umiarkowane problemy z aktywnością fizyczną. Uzyskane wyniki były podobne, niezależnie od miejsca zamieszkania położnicy. Świadczy to o tym, że nie istnieją znaczne różnice między przygotowaniem do porodu i powrotem do pełnej sprawności po urodzeniu dziecka między mieszkankami wsi i dużych miast. Odpowiednia aktywność fizyczna przed poczęciem dziecka oraz w czasie ciąży pozwala uniknąć cięcia cesarskiego, urazów i nacięcia krocza podczas porodu drogami natury oraz wpływa pozytywnie na sprawność fizyczną po porodzie. Stadnicka i wsp. badali natomiast wpływ aktywności fizycznej na przebieg porodu. Spośród mieszkanek wsi biorących udział w badaniu jedynie 38,33% kobiet wykonywało ćwiczenia fizyczne podczas ciąży. Około 60% respondentek mieszkających w mieście deklarowało podejmowanie aktywności fizycznej podczas ciąży. To miało przełożenie na przebieg porodu. Kobiety niećwiczące niezależnie od miejsca zamieszkania częściej rodziły drogą cięcia cesarskiego, a podczas porodu drogami natury doszło u nich do urazu/ nacięcia krocza [5].

Narodziny dziecka związane są z licznymi zmianami zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej kobiety. Po porodzie matka powinna umieć zadbać zarówno o swoje zdrowie, jak i o dobrostan nowo narodzonego potomstwa. Bobek i wsp. w przeprowadzonych badaniach ukazali, że położnice po porodzie fizjologicznym znacznie rzadziej deklarowały trudności z samoopieką niż kobiety po cięciu cesarskim. Aż 87% respondentek po porodzie drogami natury nie miało problemów z samoopieką. Z przeprowadzonego badania można wyciągnąć wnioski, iż rodzaj porodu wpływa na samodzielność położnic [6]. Natomiast w badaniu własnym analizowano częstość występowania trudności z samoopieką wśród położnic w zależności od ich miejsca zamieszkania. Uzyskane wyniki dowodzą, że miejsce zamieszkania nie ma znacznego wpływu na samodzielność kobiet po porodzie niezależnie od sposobu ukończenia ciąży. Ponad 60% ankietowanych zarówno ze wsi, jak i z miast do 100 tys. mieszkańców oraz większych deklarowało, że nie doświadczyły trudności z samoopieką po porodzie.

Ból odczuwany po porodzie może towarzyszyć zarówno kobietom, które rodziły drogą cięcia cesarskiego, jak i po porodzie fizjologicznym. Dolegliwości bólowe po cięciu cesarskim pochodzą zazwyczaj z rany pooperacyjnej i mają większe nasilenie. Ból zgłaszany

przez położnice po porodzie drogami natury ma zazwyczaj dużo mniejsze natężenie i wynika z urazów i nacięcia krocza podczas porodu. W badaniu własnym zapytano położnice o ocenę dolegliwości bólowych po porodzie wg skali NRS. Średnia ocena nasilenia dolegliwości bólowych respondentek wynosiła 3 pkt. Maksymalny ból został określony na 10 punktów. Część ankietowanych w ogóle nie odczuwała bólu po porodzie. Były to kobiety w wieku poniżej 25 roku życia niezależnie od sposobu zakończenia ciąży. Zapytano również pacjentki o formę przyjmowanych leków przeciwbólowych. W większości były to leki podawane dożylnie położnicom w przedziale wiekowym 36-45 lat (45,83% ankietowanych). Leki zarówno dożylnie, jak i doustnie podawano najczęściej kobietom w wieku 26-35 lat. Kameduła i wsp. w swoim badaniu skupili się na leczeniu dolegliwości bólowych pacjentek po cięciu cesarskim. 89,9% respondentek oceniło odczuwany ból w zakresie od 4 do 10 punktów. Jedynie 0,4% kobiet twierdziło, że nie doświadcza bólu po porodzie. Do łagodzenia dolegliwości bólowych również najczęściej stosowano leki dożylne, a w kolejnych dobach także doustne [7].

Konieczność założenia cewnika do pęcherza moczowego dotyczy wszystkich kobiet, których ciąża zakończona jest cięciem cesarskim. W niektórych sytuacjach konieczne jest jednorazowe cewnikowanie pęcherza moczowego podczas porodu drogami natury np.: w przedłużającym się porodzie, gdy nadmiernie wypełniony pęcherz moczowy rodzącej uniemożliwia obniżanie się główki płodu, a samodzielne oddanie moczu przez rodzącą jest niemożliwe. Badania własne wykazały, że 52,28% respondentek niezależnie od sposobu ukończenia ciąży miało podczas porodu założony cewnik do pęcherza moczowego. Natomiast problemy z pierwszym samodzielnym oddaniem moczu po usunięciu cewnika Foleya wystąpiły u ok.33% cewnikowanych kobiet. Analizując literaturę przedmiotu nie znaleziono publikacji opisujących wyniki badań na temat częstości występowania zatrzymania moczu po cewnikowaniu pęcherza moczowego. Można spodziewać się zatem, że problem ten dotyczy nielicznej grupy położnic, a więc nie wzbudził zainteresowania wśród badaczy.

W badaniu własnym zapytano respondentki o to, czy po porodzie pojawiły się u nich nudności i wymioty. Odpowiedź twierdzącą częściej udzielały pacjentki po cięciu cesarskim niż po porodzie fizjologicznym. Można przypuszczać, że nasilenie nudności i wymiotów u położnic po cięciu cesarskim wynika ze znieczulenia przewodowego zastosowanego do operacji. Przygotowanie ciężarnej do cięcia cesarskiego ma także wpływ na częstość pojawiania się nudności i wymiotów w okresie pooperacyjnym. Prawie 70% położnic, które urodziły drogą cięcia cesarskiego nie zgłaszało nudności i wymiotów po operacji. Może to

świadczą o odpowiednim przygotowaniu pacjentek do znieczulenia zastosowanego podczas cięcia cesarskiego.

Inną dolegliwością fizyczną kobiet po porodzie mogą być obrzęki kończyn dolnych i/ lub górnych. W badaniu własnym zapytano położnice, czy pojawiły się u nich obrzęki kończyn. Ponad połowa kobiet zarówno po porodzie fizjologicznym, jak i po cięciu cesarskim nie uskarżała się na obrzęki. Można przypuszczać, że odpowiednie przygotowanie ciężarnych do porodu pozwoliło uniknąć obrzęków. Zauważalny w ostatnich czasach wzrost zainteresowania uczestnictwem w zajęciach prowadzonych przez szkoły rodzenia sprawia, że kobiety nie rezygnują z aktywności fizycznej w czasie ciąży. Badania prowadzone przez Barłowską-Trybulec i wsp. dowodzą, że aktywność fizyczna w ciąży, szczególnie trening w wodzie, skutecznie redukuje obrzęki kończyn dolnych. Spośród kobiet uczestniczących w ćwiczeniach u 56,4% ciężarnych obrzęki ustąpiły [8]. W badaniu własnym obrzęki kończyn zgłaszały głównie położnice, które miały ten problem także przed porodem. Można zatem przypuszczać, iż brak obrzęków w czasie ciąży, zmniejsza ryzyko ich pojawienia się po porodzie.

Wyjątkowo ważnym momentem po narodzinach dziecka jest jego pierwszy kontakt z matką „skóra do skóry”. Niesie on wiele korzyści zarówno dla pacjentki, jak i dla noworodka m.in. umożliwia kolonizację nowo narodzonego dziecka florą bakteryjną matki oraz wpływa korzystnie na tworzenie więzi w relacji matka-noworodek. Badania prowadzone przez Pilch i wsp. wskazują, że moduł porodowy ma wpływ na bezpośredni kontakt matki i noworodka. Pacjentki po porodzie fizjologicznym znacznie częściej miały umożliwiony kontakt z dzieckiem po porodzie niż kobiety, których ciąża zakończyła się cięciem cesarskim [9]. Podobne wyniki uzyskano w badaniu własnym. Spośród kobiet, które urodziły drogami natury 74,55% ankietowanych miało kontakt z dzieckiem „skóra do skóry” po porodzie. Natomiast po cięciu cesarskim bezpośredniego kontaktu doświadczyło jedynie 47,13% pacjentek.

Już od najstarszych czasów wiadomo, że mleko kobiece jest najlepszym pokarmem dla noworodka i niemowlęcia. W swoim składzie zawiera wszystkie niezbędne substancje odżywcze potrzebne dla jego prawidłowego wzrostu i rozwoju. Możliwie najwcześniejsze przystawienie dziecka do piersi po porodzie ułatwia prawidłowy przebieg laktacji. W badaniu własnym zapytano położnice, czy miały problemy z pierwszym przystawieniem dziecka do piersi. Zdecydowana większość pacjentek nie miała trudności z pierwszym karmieniem. Można zatem przypuszczać, że świadomość kobiet na temat laktacji jest bardzo duża. Niezależnie od wykształcenia są one odpowiednio przygotowane do porodu i położu, co

pozwoili uniknć trudności z pierwszym przystawieniem dziecka do piersi. Józefów i wsp. również prowadzili badania na temat problemów z karmieniem piersią po porodzie. Uzyskane wyniki wskazują, że najwięcej problemów z przystawieniem dziecka do piersi miały pierwsiatki po cięciu cesarskim, a najmniej wieloródki, których ciąża również zakończyła się drogą cięcia cesarskiego [10]. Można zatem przypuszczać, że wiedza i doświadczenie zdobyte w poprzedniej ciąży pozwoliły uniknąć trudności z przystawianiem do piersi nowo narodzonego dziecka.

Na pytanie o pojawienie się siary bezpośrednio po porodzie odpowiedzi twierdzącej udzieliło ok.54% respondentek w przedziale wiekowym 36-45 lat. U młodszych kobiet siara nie pojawiła się bezpośrednio po porodzie lub nie posiadały one wiedzy na ten temat. Józefów i wsp. w przeprowadzonym badaniu skupili się natomiast na pojawieniu się siary po porodzie w zależności od sposobu ukończenia ciąży. Uzyskane wyniki pokazują, iż siara częściej występowała u kobiet po porodzie fizjologicznym niż po cięciu cesarskim bez względu na rodność kobiety [10].

Z badania własnego wynika, że sposób ukończenia ciąży ma wpływ na stan fizyczny kobiet po porodzie. Warto zatem edukować ciężarne na temat porodu drogami natury i cięcia cesarskiego tak, aby ciąża kończyła się operacją tylko wtedy, gdy istnieją ku temu określone wskazania medyczne, a zdecydowana większość kobiet rodziła dzieci drogami natury.

Wnioski

1. Położnice po cięciu cesarskim są bardziej narażone na dolegliwości fizyczne w porożu w porównaniu do kobiet, które odbyły poród fizjologiczny.
2. Bardziej zadowolone ze sposobu zakończenia ciąży są położnice, których ciąża zakończyła się cięciem cesarskim niż kobiety po porodzie drogami natury.

Spis piśmiennictwa

1. Augustyniuk K., Boberski M.: Okres porożu. [w:] Edukacja poporodowa. Augustyniuk K., Rudnicki J. (red.). Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Szczecin 2015, 110-119.
2. Czekanowski R.: Zarys położnictwa i ginekologii oraz mastologia z elementami fizjokinezykoterapii i rehabilitacji. Borgis, Warszawa 2013.
3. Dudenhausen J.W., Pschyrembel W.: Położnictwo praktyczne i operacje położnicze, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.

4. Troszyński M.: Położnictwo ćwiczenia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
5. Stadnicka G., Łepecka-Klusek C., Konstancja Pawłowska-Muc A., Bogusława Pilewska-Kozak A.: Wpływ aktywności fizycznej w okresie ciąży na przebieg porodu. *Journal of Education, Health and Sport* 2015, 5, 505-514.
6. Bobek M., Humaj-Grysztar M., Matuszyk D., Put M.: Ocena jakości życia pierwiastek w okresie wczesnego porodu w zależności od sposobu ukończenia ciąży. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2018, 2, 154-160.
7. Kameduła N., Bączek G., Dmoch-Gajzlerska E.: Skuteczność leczenia przeciwbólowego u pacjentek po cięciu cesarskim. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2018, 12, 45-51.
8. Barłowska-Trybulec M., Lisowska S., Zaremba M., Porębski Ł., Leja-Szpak A., Jaworek J.: Wpływ wysiłku fizycznego w wodzie na samopoczucie kobiety ciężarnej. *Sztuka Leczenia* 2018, 2, 21-29.
9. Pilch D., Rudnicki J., Safranow K.: Wpływ modułu porodowego na triadę: matka–ojciec–dziecko. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2015, 9, 161-163.
10. Józefów P., Przestrzelska M., Knihinicka-Mercik Z.: Przebieg laktacji we wczesnym porodu u kobiet po porodzie siłami natury i przez cesarskie cięcie z uwzględnieniem rodności kobiety. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2013, 3, 133-142

ANALIZA WYSTĘPOWANIA PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z LAKTACJĄ WE WCZESNYM OKRESIE POŁOGU

Milena Szymanowska¹, Ewa Perkowska²

¹– *Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku ul Skłodowskiej-Curie 24A.*

²– *Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

Wstęp

Karmienie tylko i wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka jest uznawane jako „złoty standard” żywienia przez wszystkie towarzystwa naukowe oraz autorytety w dziedzinie żywienia, pediatrii [1,2].

Wykwalifikowany personel medyczny: położne i pielęgniarki oddziałów położniczych oraz położna POZ starają się pomóc pacjentce w dążeniu do odniesienia sukcesu w dziedzinie karmienia piersią. Na początku swoich zmagania pacjentki często napotykają liczne problemy laktacyjne, dlatego istotne znaczenie ma by kadra sprawująca nad nimi opiekę była należycie przeszkolona. Odpowiednie podejście oraz doświadczenie pozwoli przekazać zdobytą wiedzę matkom oraz rozwiązać napotkane przez nie problemy.

Do najczęściej występujących problemów występujących we wczesnym okresie połogu możemy zaliczyć:

- Uszkodzenie brodawek sutkowych;
- Ból brodawek sutkowych;
- Przepętnienie piersi (nawał);
- Obrzęk i zaburzenia w przepływie pokarmu (zastój);
- Zablockowanie kanalików mlecznych;
- Niewystarczająca ilość pokarmu [3,4].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy było poznanie najczęściej występujących trudności oraz problemów laktacyjnych we wczesnym okresie połogu.

Materiał i metodyka badań

W badaniach wzięło udział 100 losowo wybranych kobiet we wczesnym okresie połogowym w okresie od 28.01.2021 r. do czerwca 2021r. Respondentki były

hospitalizowane w Klinice Perinatologii i Położnictwa ze Szkołą Rodzenia w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

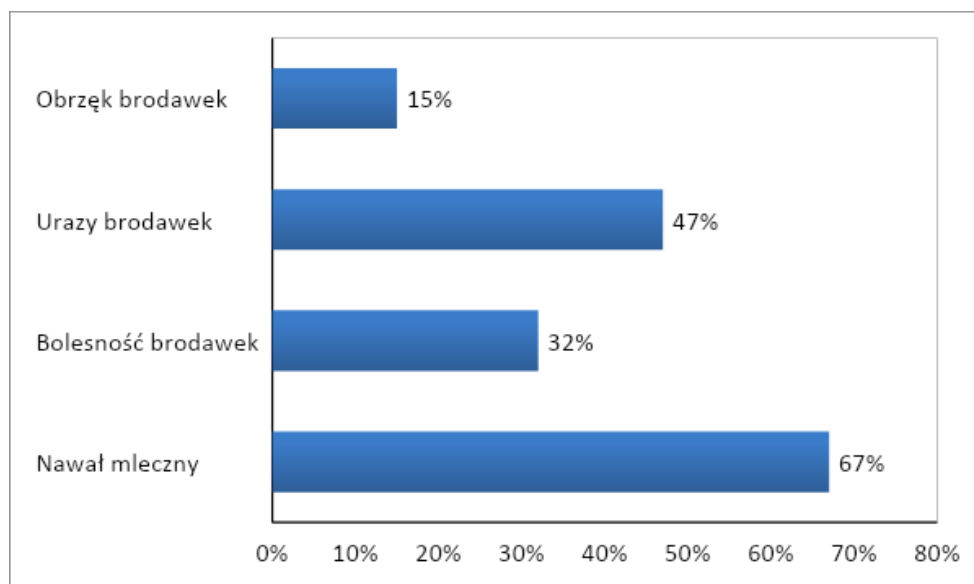
W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Kwestionariusze ankiety zostały rozdane w kopertach, które po wypełnieniu zostały zaklejone przez respondentki. Kobiety miały możliwość rezygnacji z badań na każdym ich etapie. Wypełnienie ankiety było równoznaczne ze zgodą na przeprowadzenie badania. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, uchwała nr. APK.002.63.2021. Kwestionariusz ankiety składał się z metryczki oraz pytań dotyczących występowania problemów laktacyjnych.

Obliczenia i wykresy zostały opracowane za pomocą programu Microsoft Office Excel 2013. w celu obliczenia istotności statystycznej posłużono się kalkulatorem chi – kwadrat (<http://www.socscistatistics.com/tests/chisquare/Default2.aspx>). o istotności statystycznej badanej zależności świadczyło tzw. prawdopodobieństwo testowe (p).

Wyniki

Najczęściej występujące problemy laktacyjne

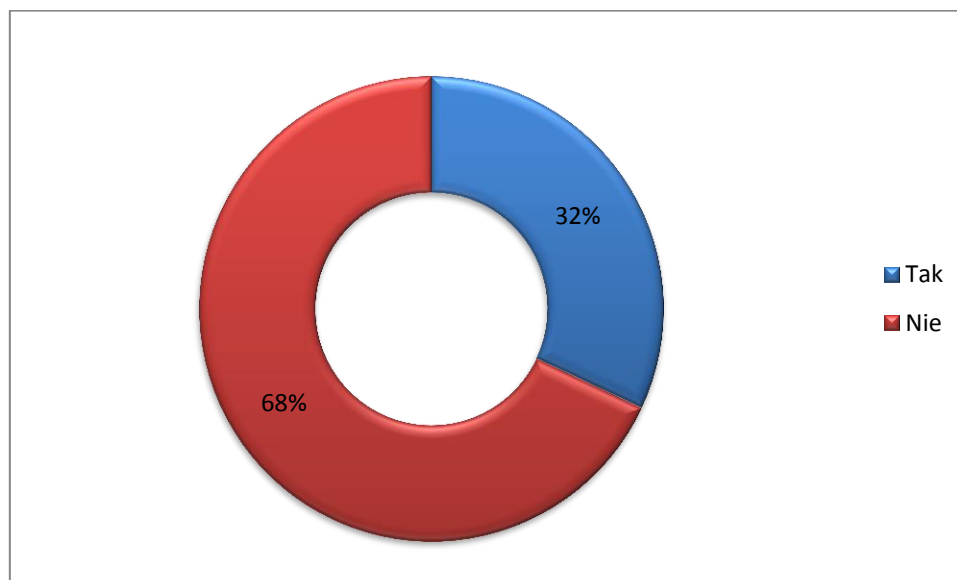
Na podstawie danych przedstawionych na Rycinie 1 zaobserwowano, że najczęstszym problemem laktacyjnym we wczesnym okresie połogu jest nawał mleczny (67%). Kolejnymi dość istotnymi problemami były urazy oraz bolesność brodawek. Najmniej pacjentki skarżyły się na obrzęk piersi- 15%.



Rycina 1. Najczęściej występujące problemy laktacyjne

Wystąpienie bolesności brodawek podczas laktacji

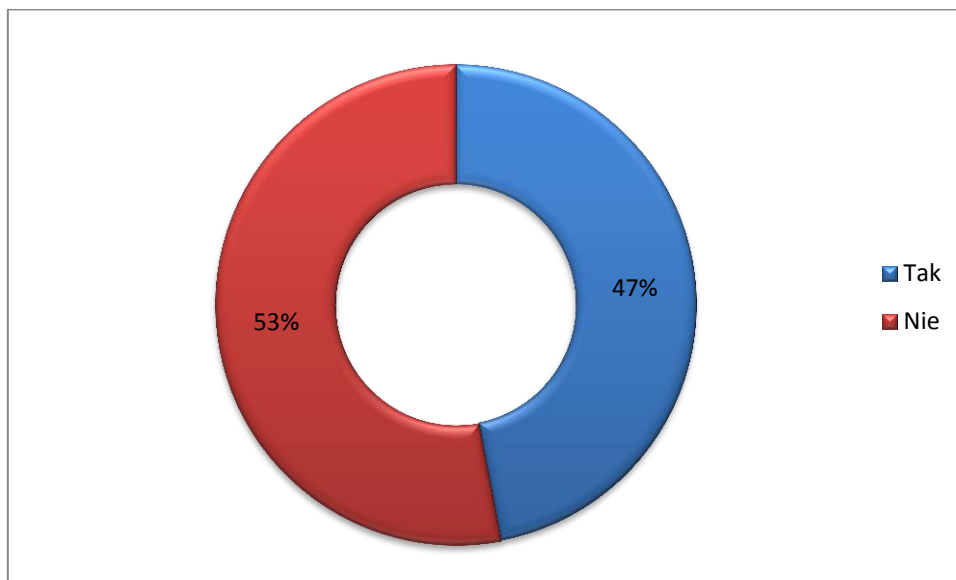
Wyliczono, że aż 68% badanych nie odczuwało bolesności brodawek podczas laktacji, natomiast nieznacznie mniej niż 1/3 respondentek (32%) przyznało, że odczuwa bolesność brodawek podczas laktacji. Rycina 2.



Rycina 2. Wystąpienie bolesności brodawek podczas laktacji

Uszkodzenie brodawek podczas karmienia

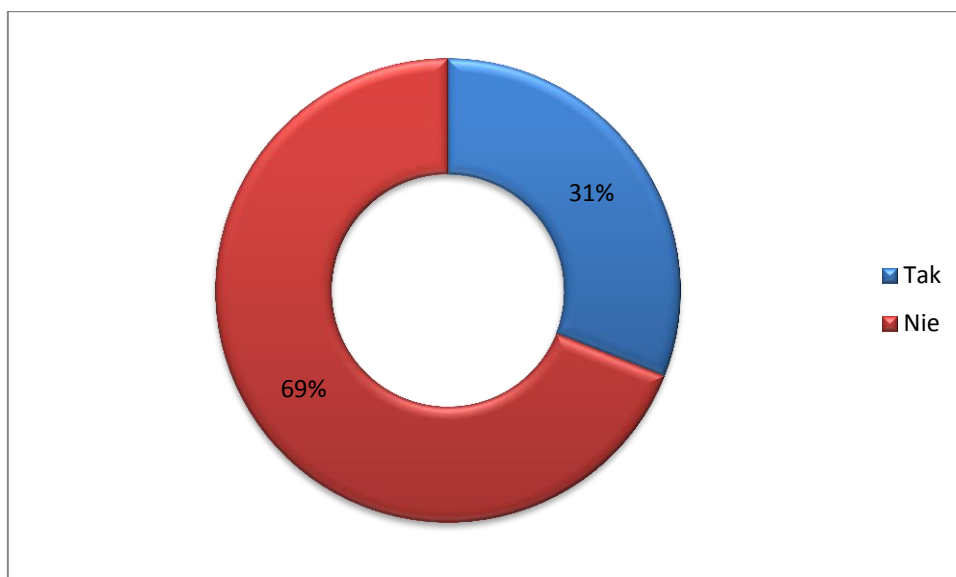
Na podstawie danych przedstawionych na Rycinie 3 zauważono, że niewiele więcej niż połowa badanych (53%) przyznało, że miało uszkodzone brodawki podczas karmienia, natomiast 47% kobiet deklaroowało, że nie miało uszkodzonych brodawek podczas karmienia.



Rycina 3. Uszkodzenie brodawek podczas karmienia

Problemy z uchwyceniem piersi przez noworodka podczas karmienia

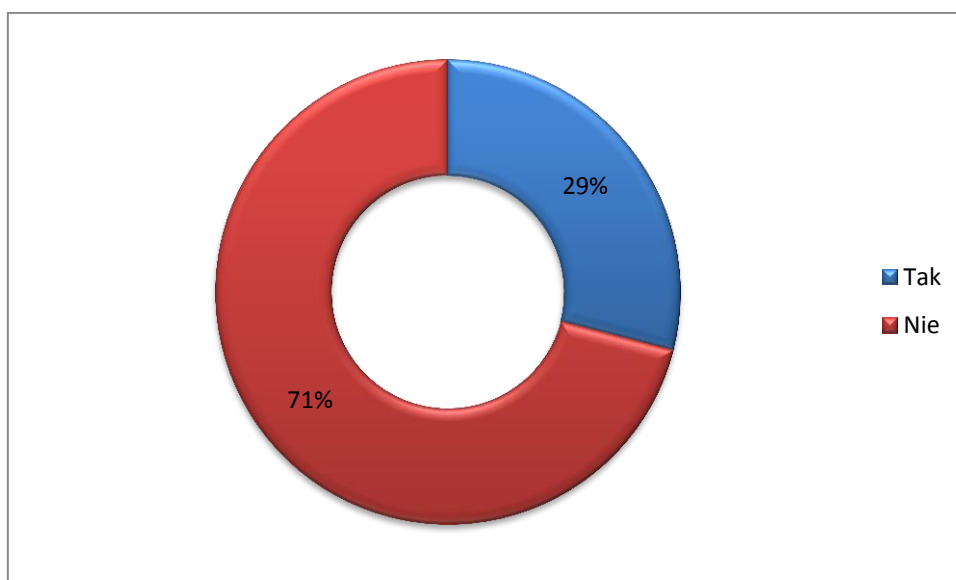
Większość kobiet (69%) deklaroowało, że noworodek nie miał problemu z uchwyceniem piersi podczas karmienia, natomiast niewiele mniej niż 1/3 kobiet (31%) przyznało, że noworodek miał problem z uchwyceniem piersi podczas karmienia. Rycina 4 ilustruje opisywane dane.



Rycina 4. Problemy z uchwyceniem piersi przez noworodka podczas karmienia

Konieczność stosowania kapturków na piersi podczas karmienia

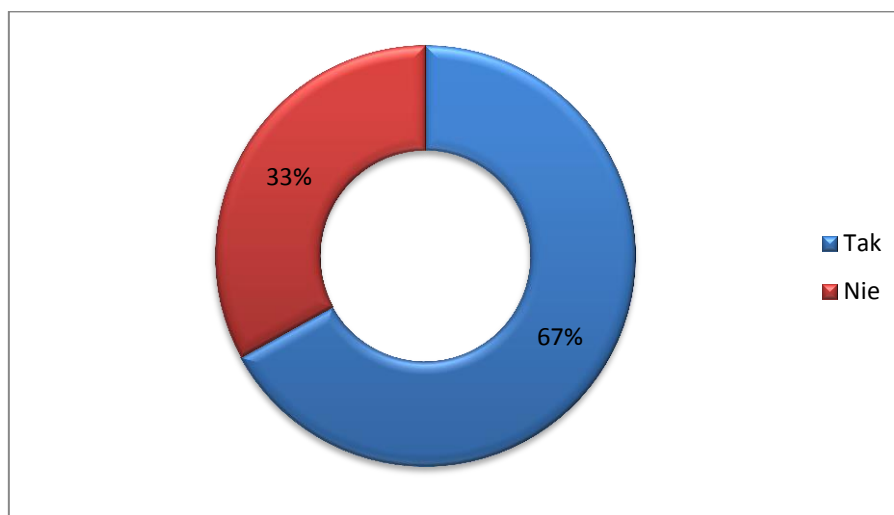
Z informacji przedstawionych na Rycinie 5 wynika, że prawie $\frac{3}{4}$ matek (71%) deklarowało, że nie stosowały kapturków ochronnych na piersi podczas karmienia, natomiast 29% badanych deklarowało, że wystąpiła u nich konieczność stosowania kapturków ochronnych.



Rycina 5. Konieczność stosowania kapturków na piersi podczas karmienia

Wystąpienie nawału mlecznego podczas laktacji

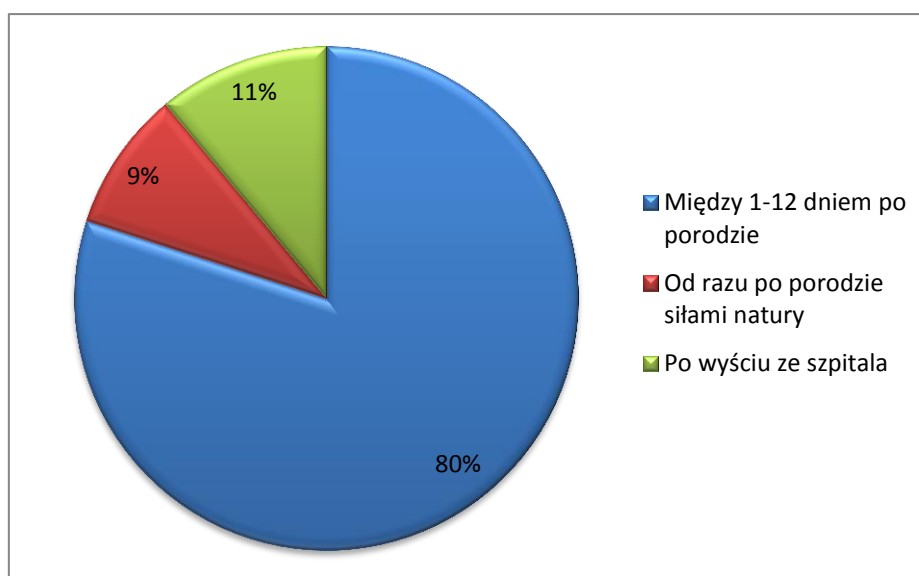
Większość matek (67%) deklarowało, że wystąpił u nich nawał mleczny podczas karmienia, natomiast u 1/3 kobiet nawał mleczny nigdy nie wystąpił. Rycina 6 ilustruje opisywane dane.



Rycina 6. Wystąpienie nawału mlecznego podczas laktacji

Moment występowania nawału mlecznego

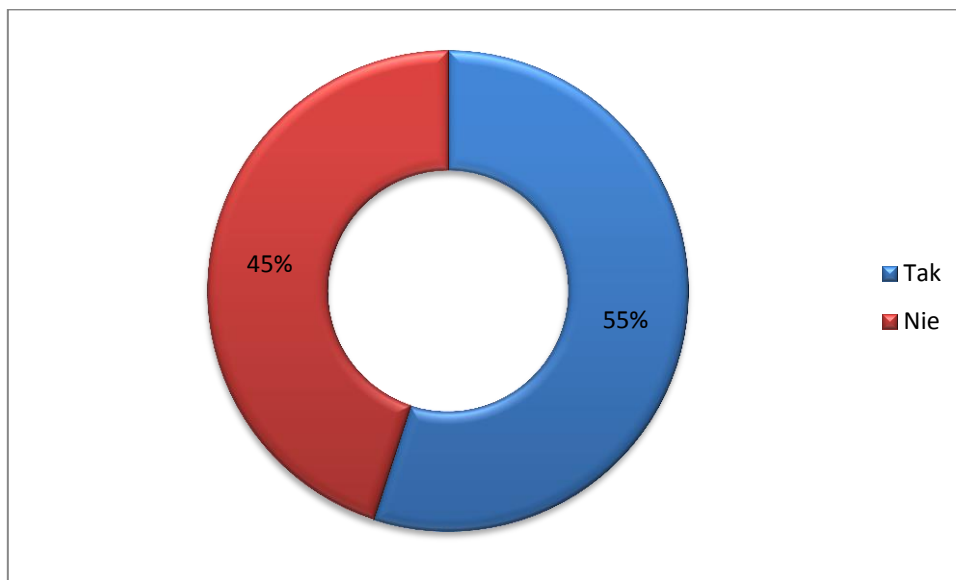
Z danych ukazanych na Rycinie 7 wynika, że zdecydowana większość matek, bo aż 80% wiedziało, że nawał mleczny występuje między 1 a 12 dniem po porodzie. Aż 20% kobiet błędnie uznało, że nawał mleczny pojawia się po wyjściu ze szpitala lub od razu po porodzie drogami i siłami natury.



Rycina 7. Moment występowania nawału mlecznego

Wrażenie, że dziecko się nie najada podczas karmienia piersią

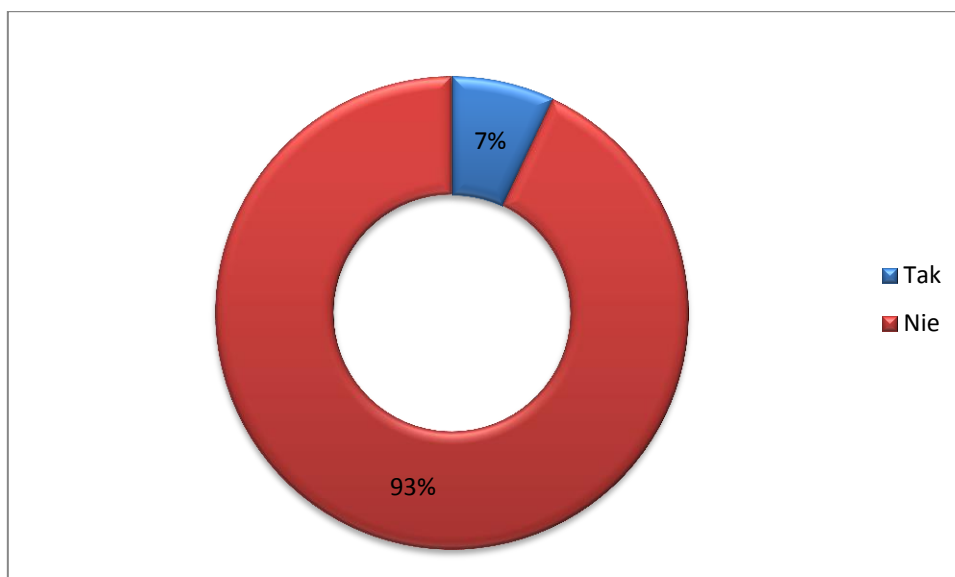
Więcej niż połowa matek (55%) miało wrażenie, że dziecko się nie najada podczas karmienia piersią, natomiast 45 matek przyznało, że miało wrażenie iż dziecko się najada. Powyższy opis przedstawiono na Rycinie 8.



Rycina 8. Wrażenie, że dziecko się nie najada podczas karmienia piersią

Występowanie podczas laktacji problemów zdrowotnych u dziecka

Na podstawie danych ukazanych na Rycinie 9 stwierdzono, że u zdecydowanej większości matek (93%) nie wystąpiły podczas laktacji problemy zdrowotne u dziecka, natomiast niewielki odsetek kobiet przyznało, że podczas laktacji pojawiły się problemy zdrowotne u dziecka.

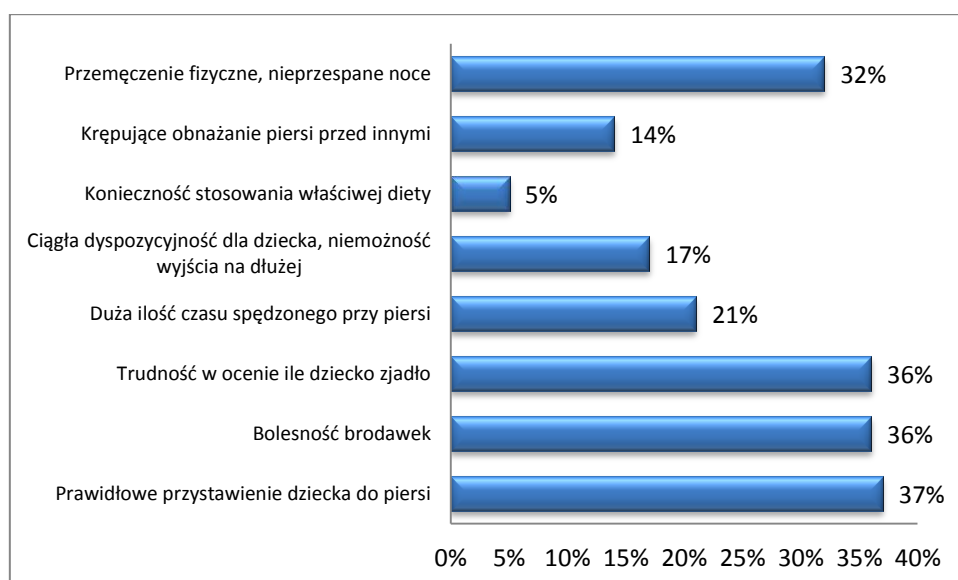


Rycina 9. Występowanie podczas laktacji problemów zdrowotnych u dziecka

Dwie najczęstsze trudności w karmieniu naturalnym

W pytaniu możliwe było wybranie dwóch opcji odpowiedzi, więc suma wartości procentowych nie wynosi 100%.

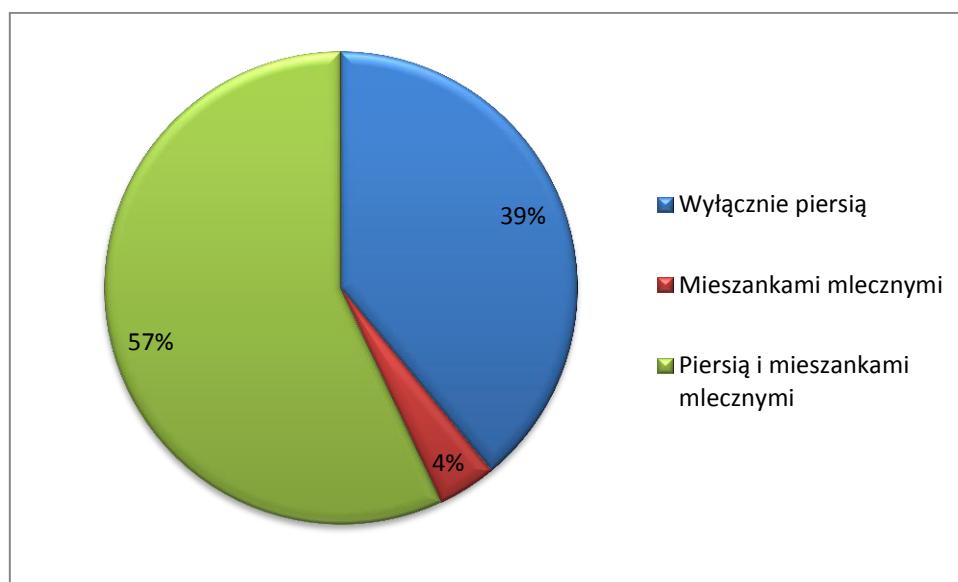
Zbliżony odsetek matek uważa za największe trudności w karmieniu piersią prawidłowe przystawianie dziecka (37%), dyskomfort bólowy brodawek oraz trudność oceny ile dziecko zjadło (36%). Podobna liczba kobiet problem stanowiło także przemęczenie fizyczne i nieprzespane noce (32%). Dla prawie ¼ respondentek (21%) problem stanowiła duża ilość czasu spędzanego przy piersi. Zbliżona ilość ankietowanych wskazała na ciągłą dyspozycyjność i niemożność wyjścia na dłużej. Najmniejszy odsetek badanych jako największy problem wskazało dietę. Powyższe dane zaprezentowano na Rycinie 10.



Rycina 10. Dwie największe trudności w karmieniu naturalnym

Pierś czy mieszanka sztuczna

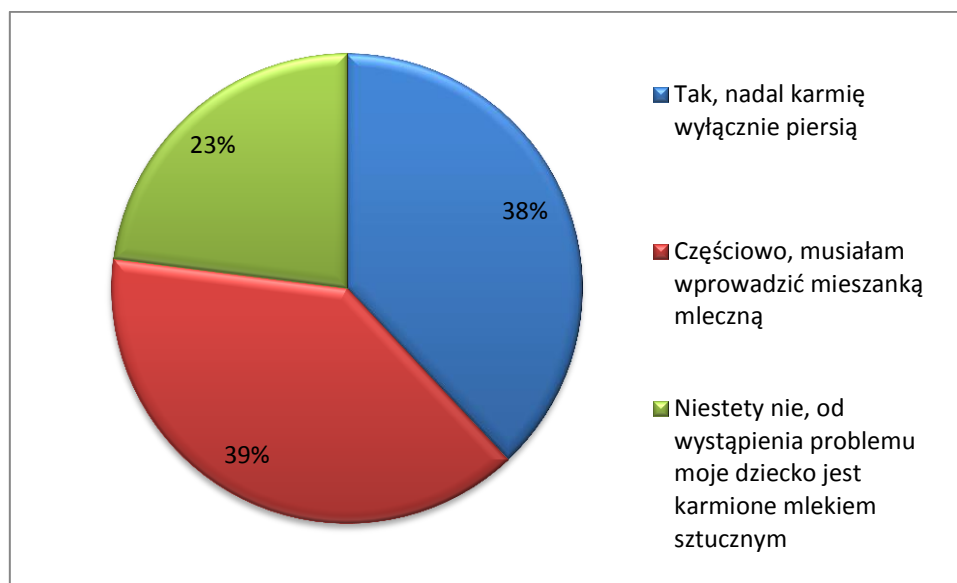
Z danych przedstawionych za pomocą Ryciny 11 wynika, że większość pacjentek (57%) karmiło dziecko piersią oraz mieszankami mlecznymi. Niewiele więcej niż 1/3 kobiet karmiło tylko piersią. Najmniejszy odsetek kobiet deklarowała, że karmi tylko i wyłącznie mlekiem modyfikowanym.



Rycina 11. Sposób karmienia noworodka

Rozwiązanie pojawiających się problemów w sposób zachowujący karmienie piersią

Na podstawie zebranych danych zaprezentowanych na Rycinie 12 zaobserwowano, że niewiele mniej niż połowa respondentek częściowo wprowadziła mleko modyfikowane na okres pojawienia się kłopotów laktacyjnych (39%). Niestety dla 23% kobiet nie udało się kontynuować karmienia piersią i od chwili wystąpienia problemu karmiło za pomocą mleka modyfikowanego.

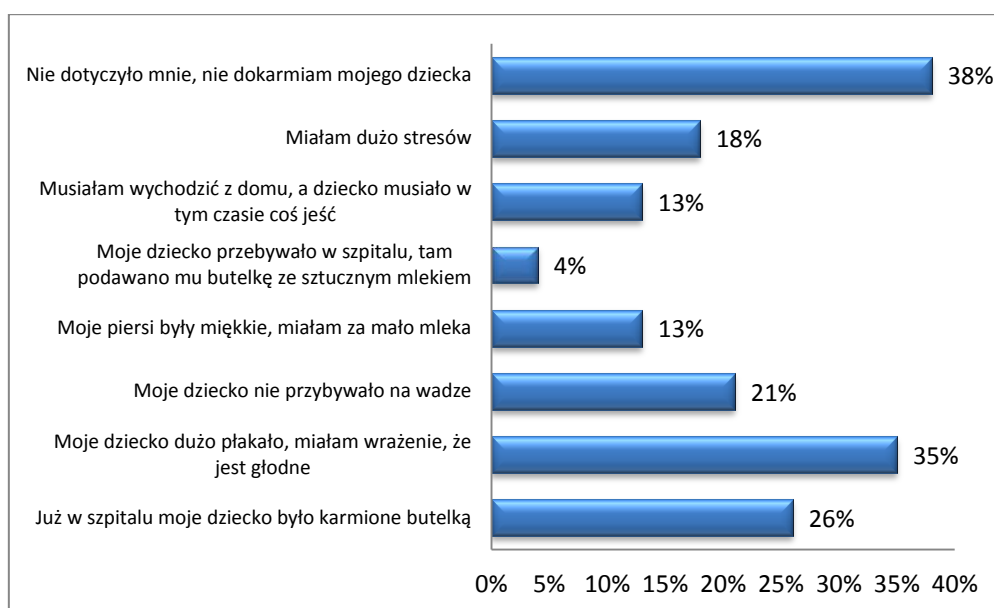


Rycina 12. Rozwiązanie pojawiających się problemów w sposób zachowujący karmienie piersią

Powód włączenia mleka sztucznego dla noworodka

W pytaniu tym badani także mieli możliwość wybrania kilku wariantów odpowiedzi, tak więc suma wartości procentowych nie wynosi 100%.

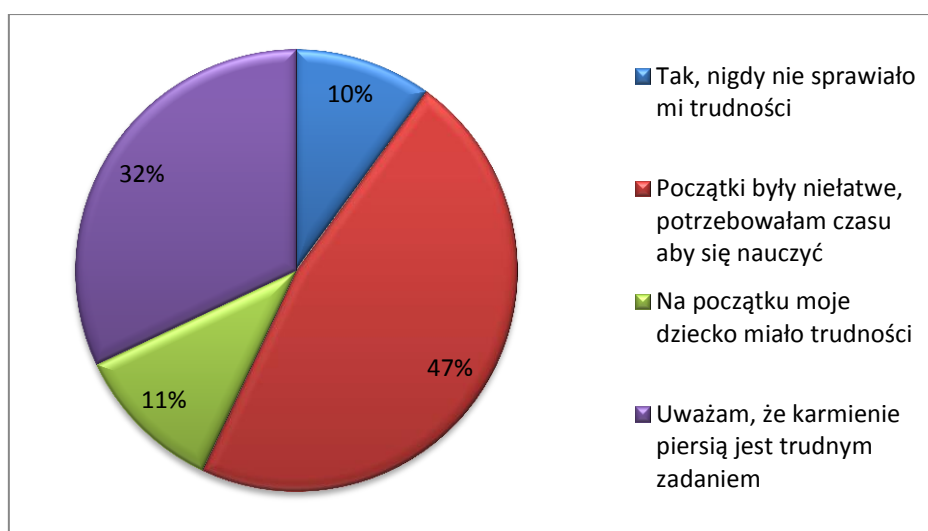
Na podstawie danych zaprezentowanych na Rycinie 13 zauważono, że dla lekko ponad 1/3 kobiet (35%) głównym powodem włączenia mleka modyfikowanego był płacz dziecka i wrażenie, że dziecko jest głodne. Niewiele mniejsza ilość ankietowanych (26%) oznajmiło, że już podczas hospitalizacji ich dziecko wymagało dokarmienia. Najmniejsza grupa kobiet jako powód podała hospitalizację noworodka oraz niemożność karmienia w tym czasie. 38% kobiet nie dokarmiła swojego dziecka mlekiem modyfikowanym.



Rycina 13. Powód włączenia mleka sztucznego dla noworodka

Ocena trudności karmienia naturalnego

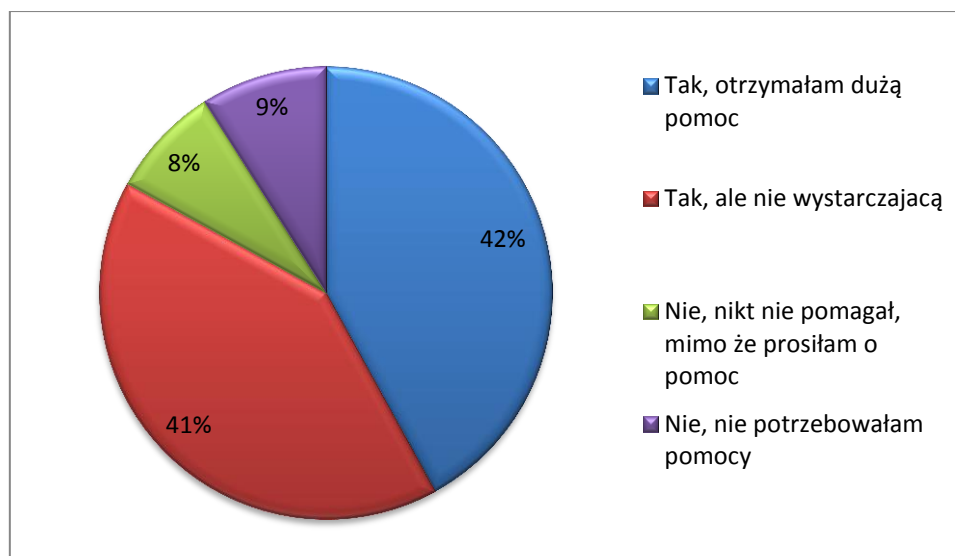
Z prowadzonych badań przedstawionych na Rycinie 14 wynika, że dla prawie połowy respondentek (47%) miały niełatwy start karmienia naturalnego i potrzebowały czasu aby nauczyć się prawidłowego postępowania. Około 1/3 pacjentek (32%) uznało karmienie piersią za trudne zadanie. Najmniejsza grupa ankietowanych przyznała że karmienie piersią nigdy nie sprawiało trudności.



Rycina14. Ocena trudności karmienia piersią

Udzielenie porad oraz pomocy przy prawidłowym przystawianiu dziecka do piersi podczas hospitalizacji.

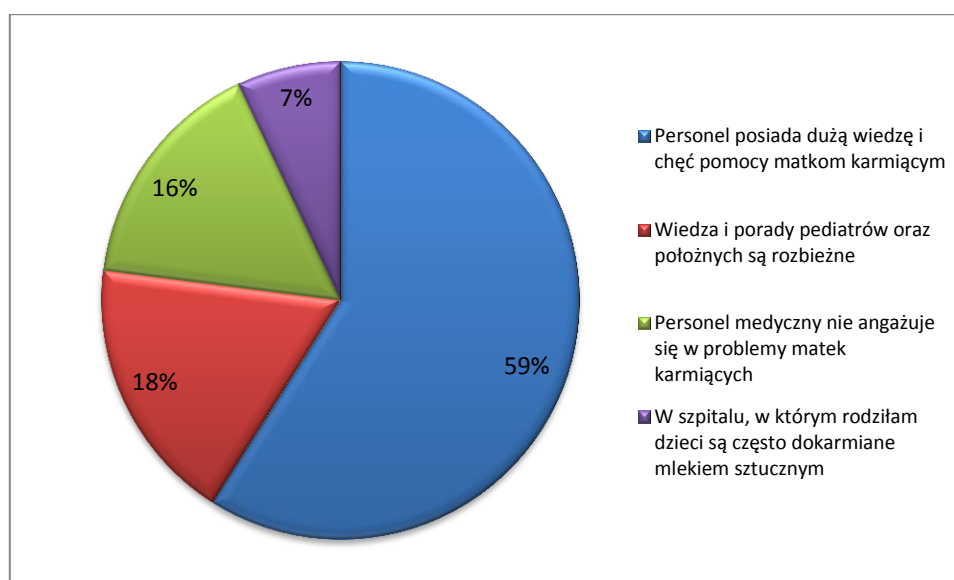
Z przeprowadzonych badań wynika, że 42% kobiet otrzymało dużą pomoc oraz wiele wskazówek odnośnie karmienia naturalnego. Taka sama liczba ankietowanych stwierdziła, że otrzymana pomoc była niewystarczająca (41%). Niewielka ilość ankietowanych przyznała, że niestety nie otrzymała pomocy podczas hospitalizacji (8%). Dane zaprezentowano na Rycinie 15.



Rycina 15. Udzielenie wskazówek oraz pomocy przy prawidłowym przystawianiu dziecka do piersi podczas hospitalizacji

Wiedza i zaangażowanie personelu medycznego podczas hospitalizacji.

Większość badanych (59%) deklarowało, że personel szpitala charakteryzował się dużą wiedzą oraz chęcią pomocy dla kobiet karmiących naturalnie. Niewielka liczba pacjentek uważała, że zarówno wiedza jak i porady pediatrów oraz położnych były rozbieżne. Zbliżona liczba kobiet uznała, że personel szpitala nie angażował się w chęć niesienia pomocy matkom. Nieliczna grupa respondentek przyznała, że noworodki często karmione były mlekiem sztucznym. Rycina 16.



Rycina 16. Wiedza i zaangażowanie personelu medycznego

Dyskusja

Każda kobieta do karmienia piersią przygotowuje się przez cały okres trwania ciąży. Jej postawa jest kształtowana m.in. poprzez otoczenie, obserwacje bliskich w dzieciństwie oraz w dorosłym życiu, wiedzę, nastawienie społeczne oraz partnera [5,6]. Rozpoczęcie karmienia piersią nie zawsze jednak przebiega z łatwością. Na drodze mogą pojawić się przeszkody, które wydawać się mogą nie do pokonania.

W badaniach własnych wykazano, że u zaledwie 42% kobiet nie pojawiły się problemy związane z karmieniem naturalnym. Praca Bączyk i wsp.[4] na temat wybranych problemów okresu połogowego podaje że tylko 57% badanych nie zgłaszało problemów z gruczołami piersiowymi. Obrzęk, zaczerwienienie, ból zgłaszały natomiast podobnie licznie grupy (15%, 14% oraz 14%). W badaniach przeprowadzonych przez Bączyk i wsp. [4] najczęściej występującym problemem laktacyjnym u pacjentek były poranione (35%) i tkliwe (39%) brodawki. Zaledwie 21 % ankietowanych nie zgłaszało dolegliwości gruczołów piersiowych. W pracy Gebuzy i wsp. [7] na temat wsparcia społecznego podczas karmienia piersią dyskomfort z powodu bólu brodawek występował 69,1% kobiet, nie zgłaszało takiego problemu 30,8% matek. W badaniach własnych najczęściej zgłaszanym problemem przez pacjentki był nawał mleczny (67%). Mniej niż połowa (32%) zgłosiło wystąpienie bolesności brodawek sutkowych, a ich uszkodzenie podczas karmienia wystąpiło u 47% ankietowanych. W pracy Jasik [8] na temat karmienia naturalnego również za najczęściej występujący problem laktacyjny uznano nawał pokarmu (98%), niewielką ilość pokarmu zgłosiło 75%, a zastój wystąpił zaledwie u 30 % kobiet.

Kolejnym ważnym aspektem była analiza sposobu karmienia noworodka. W badaniach własnych większa połowa ankietowanych odnosiła wrażenie, że dziecko się nie najada. Z tego powodu zaledwie 39% kobiet karmiło swoje dziecko wyłącznie piersią, a aż 57% sposobem mieszanym. Jeżeli chodzi o karmienie piersią „na żądanie” jest to wskaźnik bardzo niski biorąc pod uwagę korzyści płynące z pokarmu kobiecego. Podobne wyniki uzyskano w pracy Bączyk i wsp. [4] To właśnie w tej grupie kobiet karmiących swoje dzieci w sposób mieszany najczęściej dochodzi do rezygnacji z karmienia piersią. Na kolejnym miejscu również znalazło się wyłącznie karmienie piersią (41%).

W ankiecie znalazło się również pytanie odnośnie trudności z uchwyceniem brodawki sutkowej przez noworodka. Większość kobiet (69%) deklarowało, że noworodek nie miał problemu z przystawieniem się do piersi, natomiast u mniej niż 1/3 kobiet dany problem wystąpił. U 29% ankietowanych wystąpiła konieczność zastosowania kapturków podczas karmienia. W badaniach Bączyk i wsp.[4] analizowano mechanizm ssania noworodków który uchodzi za najczęstszą przyczynę wystąpienia trudności z uchwyceniem brodawki sutkowej. Okazało się, że większość noworodków (61%) nie umie ssać w sposób prawidłowy co może sprawiać ból pacjentce.

Istnieje wiele powodów dla których powinno się wspierać pacjentkę na początku jej drogi do udanego karmienia piersią. Jednym z najważniejszych jest umacnianie więzi pomiędzy dzieckiem, a matką co owocuje w przyszłości. Podczas karmienia naturalnego dłużej zachowany jest fizyczny, bezpośredni kontakt. Pozwala to na lepsze poznanie noworodka, czerpanie radości zarówno z bliskości jak i macierzyństwa. Dziecko poza zaspokojeniem głodu i pragnienia ma zagwarantowane poczucie bezpieczeństwa, lepszy rozwój intelektualny i emocjonalny poprzez zapewniony kontakt wzrokowy [5].

Do osiągnięcia samodzielności przez matkę potrzeba wiele czynników. Do najważniejszych zaliczana jest dojrzałość emocjonalna oraz wsparcie ze strony najbliższego otoczenia. Dużą rolę odgrywa w tym rodzina oraz przyjaciele, którzy pomagają w codziennych obowiązkach, darzą miłością oraz wiarą we własne siły [5,6]. Istotnym źródłem wsparcia jest personel medyczny, który pełni funkcje autorytetu merytorycznego. Rozmowa z życzliwą, uczciwą oraz rzetelną osobą pomaga zrozumieć pacjentce pojawiające się problemy oraz wybrać odpowiedni sposób postępowania [9].

Wnioski

W toku niniejszych badań sformułowano następujące wnioski:

- u przeważającej grupy pacjentek występują problemy związane z laktacją.
- najczęściej występującymi problemami i trudnościami związanymi z laktacją są: nawał mleczny, niedobór pokarmu, urazy i bolesność brodawek sutkowych, trudności z prawidłowym przystawianiem dziecka do piersi, problemy z oceną czy dziecko najada się i przemęczenie fizyczne.
- występowanie trudności podczas karmienia piersią sprzyja rozpoczęciu karmienia sposobem mieszanym lub wyłącznie mlekiem modyfikowanym.
- w ocenie respondentek personel medyczny posiada wiedzę i chęć pomocy matkom karmiącym. Należy zwiększyć nacisk na edukację pacjentek w kierunku karmienia piersią.

Spis piśmiennictwa

1. World Health Organization: Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. A joint WHO/UNICEF Statement, Geneva 2017.
2. World Health Organization: Ten Steps to Successful Breastfeeding. Dostępne na <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>. Data pobrania: 23.01.2021 r.
3. Gebuza G, Jaworska K, Kaźmierczak M, Mieczkowska M, Gierszewska M.: Najczęściej występujące problemy laktacyjne w okresie poporodowym. Pol. Przegl. Nauk Zdr. 2016, 2, 148–155.
4. Bączyk G, Golubińska H, Dmoch-Gajzlerska E.: Wybrane problemy okresu połogowego – rola położnej środowiskowo-rodzinnej. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, 2012, 2, 200–212.
5. Kanadys K., Rzepecka D.: Wsparcie kobiet karmiących piersią. Pielęgniarstwo Polskie 2017, 2 (64), 220-225.
6. Doroszevska A.: Rola współczesnego ojca w opiece nad noworodkiem i jego matką. Położ. Nauka Prakt. 2012, 1(17), 30–33.
7. Gebuza G., Kaźmierczak M., Mieczkowska M., Gierszewska M.: Wsparcie społeczne podczas karmienia piersią. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2018, 4(57), 422-427.
8. Jasik J.: Karmienie naturalne – cenny dar i kamień milowy opieki nad noworodkiem. Rocznik Lubuski 2014, 40, 7, 247-259

9. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Podstawka D, Stec M.: Opieka personelu medycznego oddziałów położniczych nad kobietą i noworodków w ocenie pacjentek. Med. Og. Nauk Zdr. 2013, 19 (3), 288–293.

ZESPÓŁ METABOLICZNY WSPÓŁCZESNYM PROBLEMEM ZDROWOTNYM

Beata Kowalewska¹, Dominika Osipiuk²

¹ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² - Klinika Hematologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Definicja zespołu metabolicznego w ostatnich latach była modyfikowana. Zmieniane były kryteria rozpoznania ZM (*zespół metaboliczny*). Definicja podana w 1998 roku przez WHO (*World Health Organization*) jest już nieaktualna. Obecnie obowiązuje definicja z 2009 roku opracowana przez IDF (*International Diabetes Federation*), AHA (*American Heart Association*), WHF (*World Heart Federation*), NHLBI (*Narodowy Instytut Kardiologii, Pulmonologii i Hematologii*), IASO (*Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań nad Otyłością*), IAS (*Międzynarodowe Towarzystwo Miażdżycy*). Uznano, że jednym z pięciu kryteriów rozpoznania ZM jest otyłość brzuszna [1, 2].

Zespół metaboliczny określa się jako złożone zaburzenia endokrynologiczne polegające na współwystępowaniu związanych ze sobą czynników ryzyka pochodzenia metabolicznego powodujących rozwój chorób sercowo – naczyniowych o podłożu miażdżycowym i cukrzycy typu 2 [2].

Zmodyfikowana definicja National Cholesterol Education Program- Adult Treatment Panel III (*NCEP-ATP III*) uwzględnia:

- otyłość brzuszną, czyli obwód talii u kobiet 88 cm i więcej, u mężczyzn 102 cm i więcej,
- glikemię na czczo równą bądź większą 100 mg/dl lub stosowanie leczenia hipoglikemizującego;
- ciśnienie tętnicze: większe bądź równe 130/85 mm Hg lub stosowanie leczenia hipotensyjnego u chorych na nadciśnienie tętnicze;

- stężenie trójglicerydów: większe bądź równe 150mg/dl ($\geq 1,7$ mmol/l) albo stosowanie leczenia hipolipemizującego;
- stężenie cholesterolu frakcji lipoprotein o dużej gęstości (HDL-C) poniżej 40 mg/dl ($< 1,0$ mmol/l) u mężczyzn, poniżej 50 mg/dl ($< 1,3$ mmol/l) u kobiet bądź stosowanie odpowiedniej terapii.

Według powyższej definicji do rozpoznania zespołu metabolicznego powinny być spełnione dowolne trzy kryteria z wyżej wymienionych cech [2].

Rozwinięcie

Epidemiologia

Według badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Polsce zespół metaboliczny dotyka około 20% osób dorosłych (ok. 5,8 miliona mieszkańców Polski). Na zespół metaboliczny częściej zapadają kobiety niż mężczyźni [3]. Zespół metaboliczny jest określany jako czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych [4].

Badanie epidemiologiczne przeprowadzone w 2011 roku miało na celu wykrycie cech zespołu metabolicznego u pacjentów z cukrzycą typu 2. Wśród osób badanych mężczyźni stanowili 36,89% a kobiety 63,11%. Średni wiek wynosił 67,2 lat. Średni czas trwania cukrzycy wynosił 7,5 roku. Kryterium rozpoznania zespołu metabolicznego według WHO spełniło 63,39% pacjentów z cukrzycą typu 2. Z badania wynika, że częściej występuje zespół metaboliczny u kobiet, które chorują na cukrzycę typu 2 niż u mężczyzn. Kolejnym wnioskiem jest, że ZM (wg kryteriów WHO) częściej występuje wraz z czasem trwania cukrzycy typu 2 niż wraz z wiekiem [5].

Do oszacowania występowania zespołu metabolicznego w Polsce posłużyły wyniki badań programu WOBASZ przeprowadzone w latach 2003-2005. Według wniosków Bogdana Wyrzykowskiego, Tomasza Zdrojewskiego oraz współautorów [6] częstość chorowania na zespół metaboliczny szacuje się na 19,5% mężczyzn oraz 18,6% kobiet – według kryteriów NCEP-ATP III z 2001 roku oraz 23% mężczyzn i 20 % kobiet – według kryteriów NCEP-ATP III z 2005 roku. Wynika z tego, że co 5 mieszkańców Polski w wieku od 20 do 74 roku życia choruje na zespół X (*zespół metaboliczny*) [3].

Czynniki ryzyka

Zespół metaboliczny sprzyja powstawaniu chorób sercowo – naczyniowych. Czynniki ryzyka sercowo – naczyniowego to obecność parametrów, która zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia w przyszłości u pacjenta incydentu sercowo – naczyniowego, np. zawału mięśnia sercowego, tętniaka aorty, niedokrwienia mózgu itp. [6].

Czynniki ryzyka dzielimy na [7]:

- Czynniki modyfikowalne – możemy na nie wpłynąć poprzez zmianę stylu życia bądź zastosowanie środków farmakologicznych:
 - ✓ cukrzyca,
 - ✓ otyłość,
 - ✓ nadciśnienie tętnicze,
 - ✓ dyslipidemia,
 - ✓ palenie tytoniu,
 - ✓ siedzący tryb życia,
 - ✓ dieta bogata w tłuszcze,
 - ✓ spożywanie alkoholu;
- Czynniki niemodyfikowalne – nie mamy na nie wpływu:
 - ✓ wiek (ryzyko jest większe u kobiet powyżej 55 r.ż., u mężczyzn powyżej 45 r.ż.),
 - ✓ płeć,
 - ✓ dziedziczność (choroba serowo – naczyniowa u krewnych I- stopnia) [7].

Wyniki badań klinicznych, które zostały przeprowadzone w ciągu ostatnich lat na całym świecie, wykazały, że czynniki ryzyka, takie jak otyłość centralna, nadwaga, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz dyslipidemia współwystępują ze sobą częściej niż wykazywały to badania i przypuszczenia badaczy [8].

Skala SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) służy do oceny ryzyka sercowo – naczyniowego opracowana została dla krajów europejskich, aby określić 10 letnie ryzyko zgonu z powodu chorób sercowo – naczyniowych bądź powikłań z nimi związanych. Skala pomaga oszacować ryzyko sercowo – naczyniowe oraz pozwala na wdrożenie działań profilaktycznych [9]. Tablica SCORE zawiera 5 czynników ryzyka prowadzących do rozwoju chorób sercowo – naczyniowych: płeć, wiek, skurczowe ciśnienie tętnicze, palenie tytoniu oraz stężenie cholesterolu [7, 8].

Składowe zespołu metabolicznego

- **Otyłość**

Liczba osób z nadmierną masą ciała stanowi około 1,5 mld. Na nadwagę cierpi około 35% zaś na otyłość około 11% populacji ludzi w wieku ponad 20 lat. Często przyczyną przedwczesnych zgonów jest otyłość. W Polsce w ciągu ostatnich lat obserwuje się zwiększenie problemu nadwagi i otyłości. Stanowi ona około 20% ludzi dorosłych [10].

Otyłość zależy od czynników genetycznych a także od czynników środowiskowych, do których zaliczamy niewłaściwą dietę oraz niską aktywność fizyczną. Na patogenezę otyłości ma wpływ także stan hormonalny organizmu [11].

Zespół metaboliczny jest związany z otyłością, a szczególnie z otyłością centralną. Definicją otyłości jest obecność nadmiaru tkanki tłuszczowej [4, 11]. Otyłość dzielimy na dwa podtypy:

- Otyłość androidalna, czyli brzuszna (trzewną/ centralną)
- Otyłość gynoidalna, czyli pośladkowo - udowa

Powszechnie do określenia prawidłowej masy ciała używa się wskaźnika BMI (*body mass index*) [12]. Do uzyskania wyniku podstawiamy odpowiednie parametry do wzoru:

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa ciała [kg]}}{\text{wzrost [m}^2\text{]}}$$

Jednak wskaźnik BMI jest niemiarodajny, ponieważ wykazuje on statystyczny charakter i nie uwzględnia fizjologicznych proporcji względem masy tłuszczowej a masy mięśniowej oraz masy kostnej zależnej od budowy indywidualnej organizmu [11]. Zaleca się korzystanie z wskaźnika WHR (*Waist to Hip Ratio*), który oznacza proporcje obwodu w talii do obwodu w biodrach. Wzór:

$$\text{WHR} = \frac{\text{obwód brzucha na poziomie pępka [cm]}}{\text{obwód bioder na poziomie kolców biodrowych górnych [cm]}}$$

Wartości WHR nie powinny przekraczać 0,8 u kobiet oraz 0,9 u mężczyzn. Wyniki większe świadczą o otyłości trzewnej, z kolei wartości niższe wskazują na otyłość gynoidalną.

Wskaźnik BMI powinien być analizowany wspólnie z wskaźnikiem WHR oraz powinno się brać pod uwagę stan zdrowia pacjenta [11].

Badania epidemiologiczne, wykazują, że wskaźnik masy ciała BMI (*body mass index*) przyczynia się do wzrostu śmiertelności z powodu przyczyn sercowo – naczyniowych. Otyłość brzuszna niekorzystnie wpływa na inne składowe zespołu metabolicznego takie jak nadciśnienie tętnicze, tolerancja glukozy, insulinooporność czy też hiperlipidemię [7].

W przyjętych definicjach ZM istnieją niewielkie różnice co do wartości obwodu talii. Międzynarodowa Federacja Cukrzycy podaje wartości obwodu talii u mężczyzn <94 cm, u kobiet <80 cm, z kolei definicja podana przez Narodowy Program Edukacji Cholesterolowej (*NCEP- ATP III*) wartości u mężczyzn < 102 cm, a u kobiet < 88 cm [12]. Należy zwrócić uwagę, że nadwaga podwyższa ryzyko kardiometaboliczne i jest czynnikiem prowadzącym do rozwoju przewlekłego wewnątrznaczyniowego stanu zapalnego [2].

Okazuje się, że redukcja masy ciała zmniejsza ryzyko kardiometaboliczne pacjenta. Utrata o 5-10% masy ciała od początkowej wartości prowadzi do wyrównania wartości ciśnienia tętniczego, zmniejszenia ryzyka pojawienia się cukrzycy typu 2 – poprawa wartości parametrów glukozy u osób z cukrzycą jak i stanem przedcukrzycowym. Poprawie ulegają także parametry gospodarki lipidowej, głównie stężenie trójglicerydów [5].

- **Nadciśnienie tętnicze**

Jednym z kryteriów definiujących zespół metaboliczny jest nadciśnienie tętnicze, czyli podwyższone ciśnienie krwi [13].

Nadciśnienie tętnicze możemy podzielić na: nadciśnienie pierwotne oraz nadciśnienie wtórne. Najczęściej pojawia się nadciśnienie samoistne (pierwotne) obejmuje 95% chorych. Nie znamy bezpośredniej przyczyny powstania nadciśnienia pierwotnego, lecz jest ono spowodowane różnymi czynnikami genetycznymi oraz środowiskowymi [13, 14]. Do czynników środowiskowych możemy zaliczyć: nadmiar soli w diecie chorego, palenie tytoniu, otyłość (szczególnie brzuszną), stres, brak aktywności fizycznej. Nadciśnienie wtórne (objawowe) spowodowane jest procesem chorobowym [13].

Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (*PTNT*) z 2019 roku przy leczeniu nadciśnienia tętniczego należy dążyć do wartości poniżej 130/80 mmHg [14]. Aby zdiagnozować nadciśnienie tętnicze należy przeprowadzić kilka pomiarów w odstępie kilku godzin. Jeśli wartość z pomiarów są równe bądź wyższe niż 140/90 mmHg możemy rozpoznać nadciśnienie tętnicze u pacjenta [13].

W badaniu NATPOL z 2011 roku, stwierdzono, że w Polsce na nadciśnienie tętnicze choruje 32% (9,5 mln osób) populacji osób w wieku 18 – 79 lat, natomiast łącznie z osobami najstarszymi (≥ 80 lat) dotyka 34% i jest tym samym jednym z najpowszechniej występujących czynników ryzyka chorób układu sercowo – naczyniowego. Ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego wzrasta wraz z wiekiem tak jak wystąpienie ZM. U osób w wieku ≥ 80 lat u prawie 75% z nich stwierdza się nadciśnienie tętnicze. Częściej na zespół metaboliczny chorują kobiety, które również cierpią na nadciśnienie tętnicze [14].

U osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze pierwotne zespół metaboliczny pojawia się częściej niż u innych osób. Im starszy wiek pacjenta tym zwiększa się ryzyko wystąpienia ZM [14].

• **Cukrzyca typu 2**

Cukrzyca typu 2 występuje częściej niż cukrzyca typu 1. Cukrzyca typu 2 jest spowodowana niewłaściwym sposobem odżywiania oraz niewielką aktywnością fizyczną. Może ona być uwarunkowana genetycznie, lecz główną przyczyną jest występowanie otyłości brzusznej. W wyniku otyłości oraz zwiększonej ilości kwasów tłuszczowych dochodzi do zatrzymania glikolizy. W wątrobie w skutek nadmiernej ilości kwasów tłuszczowych można zauważyć zwiększoną produkcję glukozy. Powolna destrukcja komórek beta trzustki prowadzi do pojawienia się cukrzycy typu 2 oraz zatrzymania metabolizmu glukozy [15]. Cukrzyca objawia się charakterystycznymi objawami m.in. wzmożone pragnienie, wielomocz, osłabienie, uczucie senności oraz ciągłego zmęczenia. W cukrzycy typu 2 najczęściej nie widać typowych objawów cukrzycy. U większości osób przebiega bezobjawowo, chorobę wykrywa się przy badaniach przesiewowych. Cukrzyca typu 2 sprzyja rozwojowi powikłań sercowo- naczyniowych, które są bezpośrednią przyczyną zgonów [16].

Zaleca się wykonywanie badań przesiewowych, w celu wykrycia cukrzycy o przebiegu bezobjawowym. Badania przesiewowe pod kątem rozpoznania cukrzycy, należy robić co 3 lata u osób powyżej 45 roku życia bądź co roku w przypadku osób z grupy ryzyka zachorowalności na cukrzycę typu 2: u osób z nadwagą lub otyłością, cukrzyca występująca u rodzeństwa bądź rodziców, u osób z nadciśnieniem tętniczym, u kobiet, które urodziły dziecko o masie ciała wyższej niż 4 kg, przebytej cukrzycy ciążowej [17].

Kryteria rozpoznania cukrzycy :

1. Przygodna glikemia (wykonana o dowolnej porze) 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) oraz jeden z typowych objawów cukrzycy
2. Dwukrotny pomiar glikemii na czczo 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l)
3. Glikemia w 120 minucie OGTT (*oral glucose tolerance test*) $\geq 11,1$ mmol/l

Leczenie cukrzycy typu 2 obejmuje leczenie niefarmakologiczne, wprowadzenie zdrowej, regularnej i zbilansowanej diety oraz wprowadzenie systematycznego wysiłku fizycznego. Również stosuje się leczenie farmakologiczne, najczęściej wprowadza się doustne leki przeciwcukrzycowe. Przy cukrzycy typu 2, gdy nie ma przeciwwskazań stosuje się metforminę - lek pierwszego wyboru [16,17].

• **Dyslipidemia**

Dyslipidemia aterogenna jest jedną ze składowych ZM, charakteryzuje się:

- Zwiększonym stężeniem trójglicerydów $\geq 1,7$ mmol/l (150 mg/dl)
- Małe stężenie HDL- C $< 1,0$ mmol/l (40 mg/dl) u mężczyzn oraz $< 1,2$ mmol/l (45 mg/dl) u kobiet
- Nieprawidłowych cząsteczek LDL [17].

Do badań zalecanych w celu zdiagnozowania zaburzeń lipidowych zaliczamy: stężenie cholesterolu całkowitego, trójglicerydów, cholesterolu HDL- C, cholesterolu LDL. Dyslipidemię w zespole metabolicznym określa się na podstawie podwyższonego stężenia trójglicerydów we krwi, niskiego stężenia cholesterolu frakcji lipoprotein o dużej gęstości (HDL) oraz zmiany ilościowej lipoprotein o małej gęstości (LDL). Występowanie zaburzeń lipidowych w zespole metabolicznym zwiększa ryzyko powstania miażdżycy [18].

• **Insulinooporność**

Insulinooporność (*IR*) jest zaburzeniem metabolicznym, w którym zmniejszona jest wrażliwość tkanek na działanie prawidłowych ilości insuliny [19]. W krajach wysoko rozwiniętych wzrasta odsetek osób chorujących na insulinooporność. Jest ona prawdopodobnie uwarunkowana genetycznie. Na czynniki genetyczne ogromny wpływ mają również czynniki środowiskowe, zła dieta bogata w tłuszcze zwierzęce oraz dieta bogata w węglowodany, a także niska aktywność fizyczna. W rozwoju insulinooporności ogromną rolę odgrywa stres emocjonalny, który powoduje wzrost stężenia glukozy we krwi, przez co w trzustce dochodzi do wzrostu wydzielania insuliny co prowadzi do insulinooporności [20]. Ryzyko wzrasta u osób z nadwagą oraz otyłością, ponieważ tkanka tłuszczowa, powoduje

oporność na działanie insuliny i osłabia działanie zależne od insuliny hamowanie lipolizy, prowadząc do zwiększenia krążenia we krwi wolnych kwasów tłuszczowych. Organizm zaczyna wykorzystywać wolne kwasy tłuszczowe jako źródło energii zamiast glukozy. Glukoza wówczas spalana jest w tkankach, co powoduje wzrost jej poziomu we krwi. Organizm do utrzymania prawidłowego poziomu cukru we krwi, zwiększa produkcję insuliny. Uważa się, że zwiększona ilość krążących wolnych kwasów tłuszczowych w organizmie przy insulinooporności odgrywa kluczową rolę w patogenezie zespołu metabolicznego [15].

Czynniki ryzyka powstawania insulinooporności [19, 20]:

- Wiek (ryzyko wzrasta wraz z wiekiem),
- Płeć (u mężczyzn częściej diagnozuje się otyłość brzuszną, która jest przyczyną rozwoju upośledzenia wrażliwości tkanek na działanie insuliny),
- Mała aktywność fizyczna,
- Dieta wysokokaloryczna,
- Alkohol,
- Palenie tytoniu,
- Stosowanie niektórych leków, które mają działanie diabetogenne (np. diuretyki pętlowe, tabletki antykoncepcyjne, glikokortykosteroidy, blokery kanałów wapniowych);

Do zdiagnozowania insulinooporności u pacjenta wykorzystuje się matematyczny model oceny insulinooporności HOMA (*Homeostatic Model Assessment*). Na podstawie stężenia glukozy i insuliny w surowicy krwi obliczamy współczynnik insulinooporności na podstawie poniższego wzoru [21]:

$$\text{HOMA-IR (mmol/l x } \mu\text{j./ml)} = \frac{\text{stężenie glukozy na czczo (mmol/l) x stężenie insuliny na czczo (} \mu\text{j./ml)}}{22,5}$$

Normą dla wskaźnika HOMA-IR jest wartość, która nie powinna przekraczać 1. Jeżeli współczynnik HOMA-IR będzie wyższy niż 2, wtedy diagnozujemy insulinooporność u pacjenta [21].

Leczenie zespołu metabolicznego

• Leczenie nefarmakologiczne

Do leczenia zespołu metabolicznego wykorzystuje się zmianę stylu życia. Wśród czynników zespołu metabolicznego wyróżnia nieprawidłowy sposób odżywiania. Oprócz zastosowania u pacjenta prawidłowej diety, należy skupić się na edukacji pacjenta w zakresie prawidłowego odżywiania, a także motywacji. Deficyt energetyczny oraz ograniczenie w diecie węglowodanów i nasyconych kwasów tłuszczowych są podstawą w leczeniu dietetycznym pacjenta z zespołem metabolicznym [22]. Celem leczenia dietetycznego pacjenta z ZM jest zmniejszenie ryzyka rozwoju chorób układu sercowo – naczyniowego. Do najbardziej skutecznej diety w ZM zaliczamy dietę śródziemnomorską, która jest: niskokaloryczna, ubogotłuszczowa, bogata w produkty zbożowe z pełnego przemiału, zawiera nienasycone kwasy tłuszczowe pochodzenia roślinnego, owoce, warzywa, oliwa z oliwek, ryby, a także chude mięso, najlepiej pochodzenia drobiowego. Głównym celem prawidłowej diety, jest dostarczenie organizmowi wszystkich składników odżywczych w odpowiedniej ilości oraz proporcji. Aby organizm człowieka prawidłowo funkcjonował, potrzebuje pokarmu, który jest źródłem energii, białka, tłuszczów, cukrów, a także witamin. Dieta powinna zawierać wszystkie składniki potrzebne organizmowi w ilości ok. 15 % białka, 55% cukier, 30% tłuszcze [23].

Przy leczeniu dietetycznym ZM należy stosować się, następujących zasad [23]:

- Należy spożywać 10% tłuszczów wraz z kwasami tłuszczowymi (jednonienasyconymi), np. oliwa z oliwek, olej rzepakowy.
- Zrezygnować z mięsa czerwonego, zastąpić go rybami (przynajmniej 2 porcje ryb w tygodniu, w tym raz w tygodniu ryby tłuste).
- Rezygnacja ze słodkich napojów oraz alkoholu.
- Ograniczyć spożywanie soli (mniej niż 5g).
- Spożywać około 200 g warzyw dziennie (2-3 porcje).
- Spożywać ok. 200 g owoców dziennie.
- Unikać tłuszczów nasyconych pochodzenia zwierzęcego.
- Codziennie spożywać produkty z pełnego przemiału.
- Spożycie płynów, najlepiej wodę mineralną 1000-1200 ml dziennie.
- Unikać produktów o wskaźniku glikemicznym większym niż 70.
- Aktywność fizyczna, np. spacer bądź 30-45 minutowy, umiarkowany wysiłek fizyczny dostosowany do stanu zdrowia.

Kolejnym bardzo ważnym aspektem w leczeniu nefarmakologicznym zespołu metabolicznego jest aktywność fizyczna. Systematyczne treningi przyczyniają się do spadku ciśnienia tętniczego krwi, obniżenia częstości skurczów serca (w spoczynku), a także zwiększenie objętości wyrzutowej serca. Aktywność fizyczna wpływa również na obniżenie stężenia trójglicerydów, cholesterolu całkowitego oraz frakcji LDL (ze wzrostem frakcji HDL), zatem działa kardioprotekcyjnie [23].

W związku ze spadkiem poziomu aktywności fizycznej i prowadzeniem siedzącego trybu życia wśród populacji różnych grup wiekowych zaleca się promowanie aktywności fizycznej w celu poprawy zdrowia populacji. Zalecenia opublikowane przez WHO określają czas trwania wysiłku, częstotliwość, intensywność, formy aktywności fizycznej oraz całkowity wymiar do poprawy zdrowia [23].

Osoby dorosłe w wieku 18-64 lata powinny wykonywać 150 minut umiarkowanych ćwiczeń o charakterze tlenowym w ciągu całego tygodnia bądź przynajmniej 75 minut dynamicznych ćwiczeń o charakterze aerobowym przez cały tydzień. Czas trwania ćwiczeń aerobowych to przynajmniej 10 minut, wykonane w sposób ciągły. Powinno się wykonywać przynajmniej 2 razy w tygodniu ćwiczenia wzmacniające główne grupy mięśniowe [37, 39]. Każdy powinien dobrać aktywność w taki sposób, aby nie sprawiała trudności w wykonywaniu jej i była przyjemnością [24].

Regularna aktywność fizyczna u pacjentów z zespołem metabolicznym korzystnie wpływa na regulację parametrów życiowych, insulinooporności oraz spadku masy tłuszczowej ciała, co jest ważne w leczeniu ZM [24].

- **Leczenie farmakologiczne**

Celem leczenia zespołu metabolicznego jest przede wszystkim modyfikowanie czynników ryzyka oraz stosowanie farmakoterapii w celu zapobiegania chorobom układu krążenia. Nie ma jednej terapii lekowej, którą stosuje się w zespole metabolicznym. Przy leczeniu skupiamy się na leczeniu poszczególnych składowych tego zespołu. U pacjentów z zespołem metabolicznym stosuje się leki hipolipemizujące czyli statyny, które są lekami z wyboru przy leczeniu dyslipidemii. Statyny zmniejszają też ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych [4].

Przy leczeniu ZM rośnie zainteresowanie stosowaniem naturalnie występujących związków, które zmniejszają ryzyko oraz progresję zespołu metabolicznego. Związki

naturalne pochodzące z ekstraktów roślinnych, przypraw, ziół oraz olejków eterycznych korzystnie wpływają na leczenie pacjentów z ZM. Są one przez społeczeństwo postrzegane jako bezpieczniejsza, a także tańsze [25].

Podsumowanie

Standaryzowana kompozycja polifenoli z bergamoty (*BPF*) zaliczana jest do suplementów diety, która ma korzystny wpływ na 4 z 5 elementów zespołu metabolicznego [26]. Według badania opublikowanego w 2011 roku przez Mollace V., Sacco I., Agewall S. oraz wsp. [27], BPF powoduje spadek cholesterolu LDL o ok. 30%, wzrost o ok. 30% HDL cholesterolu, powoduje redukcję trójglicerydów do 41% oraz wpływa na redukcję poziomu glukozy do 22%. Do randomizowanego badania metodą podwójnie ślepej próby oraz kontrolowanego placebo zostało zakwalifikowanych 237 pacjentów z hipercholesterolemią. 30 - dniowa terapia BPF w dawkach 500 mg bądź 1000 mg skutkowało znacznym obniżeniem cholesterolu całkowitego i LDL-C oraz znacznym wzrostem stężenia cholesterolu frakcji HDL. W grupie pacjentów przyjmujących placebo nie zostały odnotowane istotne zmiany w parametrach lipidowych [27]. Redukcję zaobserwowano w przypadku trójglicerydów, w szczególności u chorych z zespołem metabolicznym, przy zastosowaniu terapii BPF [25]. U chorych z zespołem metabolicznym uzyskano istotny spadek stężenia glukozy we krwi (obniżenie o 18,9% w grupie leczonej BPF w dawce 500 mg i obniżenie o 22,4% w grupie leczonej BPF w dawce 1000mg). Także zaobserwowano w grupach przyjmujących BPF (w dawkach 500mg i 1000mg) poprawę przekrwienia reaktywnego w tętnicy ramiennej, co wskazują na korzystny wpływ BPF na śródbłonek naczyniowy u pacjentów z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej oraz gospodarki lipidowej [25, 27].

Natomiast badanie opublikowane w 2013 roku przez Gliozzi M., Walker R., Muscoli S. i wsp. [28] wykazały, że standaryzowana kompozycja polifenoli z bergamoty obniża poziom cholesterolu LDL -C do 40%. Było to prospektywne, randomizowane, otwarte badanie przeprowadzone w grupach równoległych oraz w grupach kontrolowanego placebo, badające wpływ BPF na profil lipidowy u chorych z mieszaną dyslipidemią lub osób leczonych bądź nieleczonych rosuwastatyną. Do badania zakwalifikowane zostały 77 osób z mieszaną dyslipidemią. Po trzydziestodniowej terapii stosowania 1000 mg BPF oraz 10 mg i 20 mg rosuwastatyny istotnie obniżyło się stężenie cholesterolu całkowitego, trójglicerydów oraz LDL oraz wzrost stężenia HDL w grupie przyjmującej BPF [28]. Terapia złożona 1000 mg BPF oraz 10 mg rosuwastatyny wykazały nasilony efekt hipolipemizujący w porównaniu z monoterapią statyną (tą samą dawką). Także zaobserwowano znaczący spadek stężenia

trójglicerydów oraz wzrost stężenia HDL, efekt terapii był większy niż w przypadku monoterapii rosuwastatyną (dawka 10 mg) [25, 28].

Kolejnym badaniem przeprowadzonym w 2014 roku przez Gliozzi M i wsp. [29] to badanie określające wpływ kompozycji polifenoli z bergamoty na profil lipidowy i NAFLD (niealkoholowe stłuszczenie wątroby) u chorych z zespołem metabolicznym. W badaniu podzielono chorych na dwie grupy – pierwsza grupa otrzymywała BPF w dawce 2 razy 650mg/dobę przez 120 dni i druga grupa placebo. W badaniu wzięło udział 107 osób z ZM i NAFLD. W pierwszej grupie zaobserwowano obniżenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL-C, trójglicerydów, glukozy. Autorzy badania stwierdzili, że polifenole pochodzące z bergamoty przyjmowane przez chorych z zespołem metabolicznym oraz NAFLD powodują znaczną poprawę profilu lipidowego, glikemii i znacznego ograniczenia stłuszczenia wątroby [29].

Z kolei w badaniu przeprowadzonym w 2019 roku przez Capomolla A. i wsp. [30] wynika, że BPF wpływa również na redukcję masy ciała do 16%. Pierwszym celem badania była ocena zmian w zawartości lipidów i glukozy w surowicy po 90 dniach leczenia dwiema dawkami BPF 650 mg i 1300 mg. Celem drugorzędnym natomiast ocena możliwej utraty masy ciała u pacjentów z zespołem metabolicznym.

52 pacjentów (kobiet i mężczyzn) o indeksie BMI >26 z miażdżycowym indeksem osocza powyżej 0,34 i łagodną hiperglikemią zrekrutowano do randomizowanego z podwójnie ślełą próbą. Podzielono ich na 3 grupy eksperymentalne: placebo, 650 mg BPF na dobę i 1300 mg BPF na dobę. Kolejnym zaleceniem było stosowanie zdrowej diety bogatej w owoce i warzywa oraz ubogiej w tłuszcze i węglowodany.

Po 90 dniach zgodnie z oczekiwaniami wszystkie parametry znacząco się zmniejszyły (trójglicerydy, LDL-C, cholesterol całkowity, poziom glukozy we krwi) podobnie jak w wyżej opisanych badaniach.

Ważnym odkryciem natomiast było zmniejszenie masy ciała o 10-16% u pacjentów otrzymujących odpowiednio małą i wysoką dawkę BPF przez 90 dni [30].

Stosowanie BPF jest rekomendowane przez ekspertów, takich jak Sekcja Farmakoterapii Sercowo- Naczyniowej PTK [25], która ogłosiła w 2018 roku swoje stanowisko w III Deklaracji Sopockiej [31] dotyczące zastosowania polifenoli z bergamoty w piramidzie leczenia dyslipidemii na tym samym poziomie co monakolina czyli kolejny

suplement diety pomocny w naturalnym obniżaniu poziomu cholesterolu. Analizując aktualną wiedzę na temat BPF można zastosować u następujących pacjentów:

- z zespołem metabolicznym
- z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej (nieprawidłowa glikemia na czczo bądź nietolerancja glukozy)
- odmawiających leczenia statynami bądź mających potwierdzoną nietolerancję statyn
- z grupy niskiego bądź umiarkowanego ryzyka sercowo-naczyniowego [25, 26].

Jak wynika z przytoczonych badań polifenole z bergamoty BPF wykazują korzystny wpływ na gospodarkę lipidową i węglowodanową, a także posiadają silne właściwości antyoksydacyjne, które dodatkowo korzystnie oddziałują na śródbłonek naczyniowy [25].

Spis piśmiennictwa

1. Szczepańska- Szerej A.: Zespół metaboliczny jako czynnik ryzyka udaru niedokrwienego mózgu. AKAPIT s.c., Lublin 2011, 1-19.
2. Woźakowska – Kapłon B.: Nowe możliwości terapii osób z zespołem metabolicznym. Folia Cardiologica, 2019, 14, 3, 264-271.
3. Wyrzykowski B., Zdrojewski T. i wsp.: Epidemiologia zespołu metabolicznego w Polsce. Wyniki Programu WOBASZ. Kardiologia Polska 2005, 63, 6 (4), 1-4.
4. Raul Lepori L.: Atlas zespołu metabolicznego. DK MEDIA POLAND, Warszawa 2019, 14-51.
5. Chlebus D., Kaznowska- Bystryk I., Lewandowska- Stanek H.: Występowanie zespołu metabolicznego u hospitalizowanych pacjentów z cukrzycą typu 2 – epidemiologiczne badanie retrospektywne. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, 17 (2), 85-89.
6. Godała M., Materek- Kuśmierkiewicz I. i wsp.: Ocena ryzyka sercowo – naczyniowego u chorych z objawami zespołu metabolicznego. Polski Merkuriusz Lekarski 2016, 41 (246), 24, 275-278.
7. Modrzejewski W., Musiał J. W.: Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowe – jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. Klasyczne czynniki ryzyka. Via Medica 2010, 1, 2, 106-114.
8. Jankowski P.: Zasady profilaktyki chorób układu krążenia w 2018 roku. Kardiologia Inwazyjna 2017, 12 (6), 42-48.

9. Cooney M. T., Selmer R., Lindman A. i wsp.: Cardiovascular risk estimation in old person: SCORE O.P. *European Journal of Preventive Cardiology* 2016, 23, 1093-103.
10. Skrypnik D., Skrypnik K., Bogdański P.: Nowoczesna farmakoterapia nadwagi i otyłości w praktyce klinicznej. *Varia Medica* 2018, 2, 5, 365-370.
11. Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska- Suchowierska E.: Obesity- definition, epidemiology, pathogenesis. *Postępy Nauk Medycznych* 2013, XXVI, 4, 301- 306.
12. Wartości wskaźnika BMI. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (02.11.2020).
13. Jurkowska G., Łagoda K.: Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL Warszawa 2014, 65-77.
14. Komperda J., Żurkowska J.: Zespół metaboliczny – przegląd piśmiennictwa. *Problemy Nauk Stosowanych* 2014, 2, 149-156.
15. Kozak- Nurczyk P.K., Nurczyk K., Prystupa A. i wsp.: Wpływ tkanki tłuszczowej i wybranych adipokin na insulinooporność oraz rozwój cukrzycy typu 2. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2018, 24 (4), 210-213.
16. Fabian W., Zozulińska- Ziółkiewicz D. i wsp.: Zasady postępowania w cukrzycy. Zalecenia dla lekarzy POZ- 2019 rok. *Choroby Serca i Naczyń* 2019, 16, 2, 73-111.
17. Grajewski P., Jarzab B., Płaczekiewicz- Jankowska E. i wsp.: Choroby wewnętrzne na podstawie Interny Szczeklika pod redakcją Piotra Grajewskiego. *Kompedium medycyny praktycznej. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2013, 709-730.
18. Czyżewska M., Wolska A., Ćwiklińska A. i wsp.: Zaburzenia metabolizmu lipoprotein w zespole metabolicznym. *Postępy Hig Med Dosw (online)*, 2010, 64, 1-10.
19. Łukasik M., Kozubski W.: Zespół metaboliczny jako czynnik ryzyka niedokrwienego udaru mózgu. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2012, 46 (3), 271-278.
20. Suliburska J., Kuśnierek J.: Czynniki żywienia i poza żywieniowe w rozwoju insulinooporności. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2010, 1 (3), 177-183.
21. Wesołowski P., Wańkowicz Z.: Insulinooporność a dializoterapia otrzewnowa. *Forum Nefrologiczne* 2011, 4 (4), 313-319.
22. Niezgódka A., Kargulewicz A., Swora-Cwynar E.: Leczenie dietetyczne zespołu metabolicznego na podstawie opisu przypadku. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017, 8 (3), 128-135.
23. Śliż D., Mamcarz A. i wsp.: *Medycyna stylu życia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020, 17-51, 441-455.

24. [https://www.fit.pl/wellness/aktywnosc-fizyczna-i-jej-wplyw-na-zdrowie-
psychiczne/17165/](https://www.fit.pl/wellness/aktywnosc-fizyczna-i-jej-wplyw-na-zdrowie-psychiczne/17165/) (26.11.2020 r.)
25. Barylski M., Filipiak K.J., Okopień B. i wsp.: Stanowisko grupy ekspertów wsparte przez Sekcję Farmakoterapii Sercowo-Naczyniowego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące miejsca standaryzowanej kompozycji polifenoli z bergamoty w terapii dyslipidemii oraz jej innego potencjalnego zastosowania w praktyce klinicznej. *Folia Cardiologica* 2018, 13 (3), 222-235.
26. Janiszewski M., Chmielewski M., Mamcarz A.: Standaryzowana kompozycja polifenoli z bergamoty- czy może być opcją terapeutyczną u wybranych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi?- analiza przypadków klinicznych. *Medycyna Faktów*. 2019, 3 (44), 12, 1-6.
27. Mollace V., Sacco I., Janda E. et al.: Hypolipemic and hypoglycaemic activity of bergamot polyphenols: from animal models to human studies. *Fitoterapia* 2011, 82 (3), 309-316.
28. Gliozzi M., Walker R., Muscoli S. et al.: Bergamot polyphenolic fraction enhances rosuvastatin- induced effect on LDL-cholesterol, LOX-1 expression and protein kinase B phosphorylation in patients with hyperlipidemia. *International Journal of Cardiology* 2013, 170 (2), 140-145.
29. Gliozzi M., Carresi C., Musolino V.: The effect of bergamot- derived polyphenolic fraction on LDL small dense particles and non-alcoholic fatty liver disease in patients with metabolic syndrome. *Advance in Biological Chemistry* 2014, 4, 129-137.
30. Capomolla A., Janda E., Paone S. et al.: Atherogenic Index Reduction and Weight Loss in Metabolic Syndrome Patients Treated with A Novel Pectin- Enriched Formulation of Bergamot Polyphenols. *Nutrients* 2019, 11 (6), 1271.
31. Szymański F.M., Barylski M., Cybulska B. i wsp.: Rekomendacje dotyczące leczenia dyslipidemii w Polsce- III Deklaracja Sopocka. Interdyscyplinarne stanowisko grupy ekspertów wsparte przez Sekcję Farmakoterapii Sercowo- Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Choroby Serca i Naczyń* 2018, 15 (4), 199-210.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE ŻYŁAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH

Krystyna Klimaszewska¹, Julia Kwiatkowska²¹ – *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*² – *licencjatka pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu***Wstęp**

Przewlekła niewydolność żylna jest nabytą lub wrodzoną chorobą, która objawia się nieprawidłową budową lub złym funkcjonowaniem zastawek żylnych. W kończynach dolnych występują żyły głębokie i żyły powierzchowne. Są one ze sobą połączone żyłami przesywającymi tzw. perforatorami. Krew przepływająca przez żyły powierzchowne dostaje się do żył głębokich za pomocą perforatorów, stąd dalej płynie do serca przez żyłę główną wbrew siłom grawitacji. Jednym z mechanizmów, dzięki którym możliwa jest taka praca jest pompa mięśniowa. Układ ten ma na celu zapewnienie przepływu krwi w kierunku serca poprzez kurczenie się i rozkurczaniu mięśni nóg, co skutkuje również uciskaniem żył głębokich. Serce, które zasysa powracającą do niego krew, również pełni ważną rolę w prawidłowym przepływie krwi. Kolejnym elementem wartym zwrócenia uwagi jest oddychanie przeponowe, w którym to przepona w czasie wdechu wywołuje podwyższenie ciśnienia w jamie brzusznej. Wydech z kolei powoduje powstanie podciśnienia zasysającego krew do góry. Cofaniu się krwi w żyłach zapobiegają zastawki żyłne, nazywane inaczej fałdami wewnętrznymi, których prawidłowe działanie polega na ich otwieraniu się w czasie skurczu serca i wypychaniu krwi do góry, oraz zamykaniu podczas rozkurczu serca [1].

Żyłaki kończyn dolnych są najczęstszą przewlekłą chorobą układu naczyniowego. Są one trwałymi rozszerzeniami żył powierzchownych, które przechodzą proces chorobowy. Występują najczęściej pod postacią węzowatych sznurów, które niekiedy są uwypuklone. Powstawanie żylaków może być spowodowane nieprawidłowym zamykaniem się lub budową zastawek. Następstwem ich niedomykania jest zjawisko cofania się krwi płynącej żyłami dalej gromadzącej się w przestrzeni międzystawkowej. Nagromadzona krew naciska na ściany naczyń, co można dostrzec jako uwypuklenia i zgrubienia. Cofająca się krew powoduje także uszkodzenia niższych zastawek, przez co zaburzenia mogą się nasilać.

Najczęstszymi miejscami, gdzie rozbudowują się żylaki są połączenia żył głębokich z żyłami powierzchownymi, przeważnie są to okolice połączenia odpiszczelowo-podkolanowego i odpiszczelowo-udowego. Żylaki pierwotne tworzą się na skutek zaburzeń np.: osłabionych ścian żył powierzchownych, natomiast żylaki wtórne są konsekwencją zakrzepicy żył głębokich spowodowanej występowaniem przetok tętniczo-żylnych lub niewydolnością żył przeszywających oraz głębokich [2]. Powyższe zmiany inicjują powstanie nadciśnienia żylnego. Zastój krwi w naczyniach żylnych powoduje uaktywnienie się komórek endotelium i uwolnienia się leukocytów. Krwinki te prowadzą do wyswobodzenia się proteaz i wolnych rodników tlenowych doprowadzając do uszkodzenia matrycy zewnątrzkomórkowej i powstania luk pomiędzy komórkami śródbłonna. Prowadzi to do mieszania się leukocytów z erytrocytami powodując zaburzenia mikrokrażenia i powstania mikroobrzęków. Owrzodzenia, przebarwienia, a także stwardnienia tłuszczowe są poważnym problemem wynikającym z przewlekłego stanu zapalnego [3].

Objawy żylaków kończyn dolnych

Najwcześniejszym klinicznym objawem chorób żył są teleangiektazje. Są to fioletowe lub jasnoczerwone żyły o średnicy do 1 mm. Występują one jako śródskórne poszerzenia podbrodawkowego spłotu żylnego, a także poszerzenia naczyń włosowatych i tętnic. Często pacjenci uskarżają się na bolesność w miejscach ich występowania. Charakterystycznym początkowym obrazem teleangiektazji jest wieniec rozstrzeni żylnych okolopodeszwowych powstający w okolicy kostki przyśrodkowej.

Bardziej uwidocznione są żyły siateczkowate. Charakteryzują się niebieską barwą, średnicą od 1 do 3 mm, oraz krętym przebiegiem. Zlokalizowane są po bocznej stronie podudzia oraz w obrębie dołu kolanowego. Nie należy ich bagatelizować, gdyż mogą prowadzić do powstania owrzodzeń.

Kolejnym objawem są przebarwienia, które w początkowym stadium choroby przyjmują postać plamicy i wybroczyn, przy czym następnie zmieniają się w żółtobrazowe plamy [3, 4].

U niektórych pacjentów obserwuje się także kolejne zmiany, czyli tzw. zanik biały. Pojawia się on tak jak w przypadku teleangiektazji w obrębie kostki przyśrodkowej. Przyjmuje on postać twardej skóry o bardzo jasnej barwie, nieznacznie zagłębionego [4].

Osobom chorującym na żylaki kończyn dolnych przy nasileniu objawów doskwierają także: obrzęki nóg i stóp, uczucie ciężkości nóg, mrowienie, świąd, a także skurcze mięśni [4].

W czasie wizyt u lekarzy rodzinnych większość z nich nie wykonuje badań fizykalnych kończyn dolnych, dzięki którym można byłoby we wczesnym stadium leczyć przewlekłą niewydolność żylną i zapobiegać jej dalszemu rozwojowi [5].

Wpływ PNŻ na jakość życia pacjentów jest zależna od nasilenia jej objawów. Teleangiektazje i zmiany żył siateczkowych są raczej przez pacjentów postrzegane jako wada kosmetyczna [4, 5].

Czynniki ryzyka

Znanych jest wiele czynników, które mają istotny wpływ na rozwój choroby. Są to m.in.: wiek (prawdopodobieństwo powstania żylaków wzrasta wraz z wiekiem, jednak znacząco wzrasta po 40 roku życia), płeć żeńska, otyłość, zaparcia, palenie tytoniu, ciąża (wielodzielnosc i krótkie przerwy między kolejnymi ciążami), długotrwała praca w pozycji siedzącej lub stojącej, gorące kąpiele, oraz zażywanie środków hormonalnych (antykontracepcja doustna). Narażone są także osoby, które uległy złamaniu którejkolwiek kości kończyny dolnej, ale zwłaszcza kości miednicy i kości udowej. Ryzyko pojawienia się zakrzepów w żyłach głębokich wzrasta także u osób które poddały się trwającej ponad 2h operacji, zwłaszcza kiedy była to operacja ortopedyczna, oraz u osób długotrwale unieruchomionych z powodu urazu kończyny dolnej. Tym samym skutkuje to niekiedy pojawieniem się przewlekłej niewydolności żylniej [6].

Diagnostyka żylaków kończyn dolnych

Diagnostyka powinna zacząć się od badania podmiotowego i przedmiotowego kończyn dolnych oraz na wywiadzie z pacjentem. Na podstawie zebranych informacji stawiana jest diagnoza lekarska. Badanie przedmiotowe prowadzone jest w pozycji stojącej i leżącej, podczas którego sprawdzana jest obecność owrzodzeń czy zmian troficznych, mierzony jest obwód kostek, występowanie asymetrii kończyn dolnych, przerost żył i pogrubienie ich ścian. Do oceny żylaków służy skala CEAP, która pozwala ocenić stopień rozwoju choroby. W skali tej są zawarte objawy kliniczne, etiologia, zlokalizowanie anatomiczne, oraz przyczyny patofizjologiczne. Aby ocenić stopień zaawansowania choroby można użyć skali czynnościowych tj.: próba Pratta, próba Perthesa, próba Trandelenburga lub odwróconą próbę Trandelenburga. W dzisiejszych czasach najważniejszym badaniem jest badanie ultrasonograficzne z kolorowym Dopplerem, dzięki któremu możliwa jest ocena czynności układu żylnego i anatomia żył. Od kiedy wprowadzono to urządzenie do powszechnej

diagnostyki żył, zauważono zagrożenia, które niosą za sobą nieleczone żylaki kończyn dolnych [6, 7].

Badanie dopplerowskie na ogół wykonywane jest w pozycji stojącej, ponieważ pozwala wówczas lepiej ocenić średnicę naczyń, wydolność układu zastawkowego, a także stwierdzić obecność skrzeplin w badanych naczyniach. Biorąc pod uwagę anatomiczne usytuowanie naczyń biodrowych, podczas ich badania, pacjent powinien leżeć w pozycji na wznak. Z kolei przy badaniu żył głębokich podudzia, w celu wypełnienia ich jak najlepiej krwią pacjent powinien przebywać w pozycji siedzącej lub stojącej. W czasie wykonywania pierwszego badania u pacjenta, u którego występują patologie naczyń żylnych zaleca się zbadać obydwie kończyny dolne w celu określenia funkcjonowania i symetryczności układu naczyniowego. Badaniu podlega część naczyń w jamie brzusznej, dlatego pacjent powinien być bez posiłku od 6-8 godzin. Jest to konieczne, aby lekarz mógł zbadać żyły biodrowe, w których skład wchodzi: żyła główna dolna, żyły biodrowe wewnętrzne, wspólne i zewnętrzne, oraz żyły główne dolne proksymalne (żyła udowa wspólna, żyła udowa głęboka, żyła udowa, żyła podkolanowa), oraz dystalne (żyły piszczelowe tylne, przednie, żyły strzałkowe, żyły śródmięśniowe). Aby rozpoznać refluks według Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej i Polskiego Towarzystwa Flebologicznego przepływ wsteczny powinien trwać powyżej 0,5 sekundy [8].

Leczenie żylaków kończyn dolnych

Leczenie przewlekłej niewydolności żylniej we wczesnych etapach można leczyć za pomocą zmian wprowadzonych w codzienne życie tj.: dobranie odpowiedniego ubioru tak, aby spodnie za bardzo nie obciskały nóg, zwiększenie uprawiania wysiłku fizycznego np.: spacerów, zmiana diety na taką, aby nie powodowała wzdęć czy zaparć, czy unoszenie kończyn dolnych powyżej poziomu serca w czasie leżenia. Zalecane jest także używanie pończoch uciskowych, jednak osoby starsze mają zazwyczaj problem w samodzielnym ich założeniu, oraz osoby otyłe miewają problemy z dobraniem odpowiedniego dla nich rozmiaru opaski czy pończochy. Nie powinny stosować ich natomiast osoby z cukrzycą lub miażdżycą [9].

Pacjenci, którzy nie akceptują terapii uciskowej zazwyczaj stosują terapię farmakologiczną. W tej formie leczenia najczęściej stosowane są preparaty zmikronizowanej diosminy, której zadaniem jest zwiększenie elastyczności żył, napięcia ścian naczyń żylnych, przeciwdziała ona powstaniu stanu zapalnego, a także zmniejsza obrzęk, bóle łydek, oraz

uczucie ciężkości nóg. Kolejnym preparatem stosowanym w leczeniu jest wyciąg z ruszczyka kolczastego, który działa przeciwzapalnie, zmniejsza przepuszczalność naczyń żylnych, hamuje aktywność elastazy, oraz zwęża naczynia. Podobne działanie wykazuje escyna, która pozyskiwana jest z owoców kasztanowca. Leki moczopędne stosowane razem z preparatami flebotropowymi redukują obrzęki oraz zmniejszają uczucie ciężkości nóg. U chorych, którzy borykają się z owrzodzeniami żylnymi stosowany jest także kwas acetylosalicylowy, który przyspiesza ich gojenie, oraz zaleca się stosowanie pentoksyfiliny, która działa antyagregacyjnie i polepsza przepływ krwi zwężonymi żyłami [9, 10].

Lekiem, który ma udowodnione leczenie objawowe przewlekłej niewydolności żyłnej jest sulodeksyd. Działa on przeciwzakrzepowo, antyproliferacyjnie, przeciwmiażdżycowo, a także profibrynolitycznie [11].

Żylaki kończyn dolnych mogą przyczynić się do wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej, która w połączeniu z innymi chorobami może zdyskwalifikować pacjenta z przeprowadzenia operacji ortopedycznej. Jednak przy odpowiednim zastosowaniu profilaktyki mechanicznej i farmakologicznej możliwe jest przeprowadzenie większych zabiegów. Przed planowanym zabiegiem zaleca się, aby pacjent udał się do poradni naczyniowej w celu odbycia badania dopplerowskiego żył. Lekarze często zalecają usunięcie żylaków przed operacją ortopedyczną, gdyż zwłaszcza na operowanej kończynie dolnej powodują wzrost ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej. Częstym powodem, dla którego pacjenci rezygnują z operacji żylaków kończyn dolnych są powstające żylaki nawrotowe. RVV najczęściej powstają na skutek błędów technicznych podczas zabiegu operacyjnego, czyli niecałkowitego zlikwidowania niewydolnych pni żył odstrzałkowych lub odpiszczelowych, a także złego zaopatrzenia ujść odpiszczelowo-udowych [11, 12].

Znanych jest wiele metod leczenia chirurgicznego żylaków. Klasyczną metodą usunięcia żylaków kończyn dolnych jest stripping. Polega on na wprowadzeniu do światła naczynia żylnego sondy zakończonej kulką, a następnie podskórnego usunięcia żylaków przez wyrwanie żyły odpiszczelowej. Metoda ta została opracowana w 1905 roku przez Wiliama Babcocka, a następnie zmodyfikowana przez Homansa. Zmiana polegała na dodaniu do zabiegu podwiązania wszystkich bocznic VSM w okolicach ujścia żyły odpiszczelowej do żyły udowej. Aktualnie najczęściej stosuje się metodę Dodda-Cocketta, która polega na strippingu całej żyły odpiszczelowej oraz usunięciu pozostałych żylaków poprzez oddzielne małe nacięcia lub ich obliterację. Mayers i Linton postanowili zmodyfikować powyższą metodę przez dodatkowe usunięcie żyły odstrzałkowej. Dużą wadą tej metody jest możliwość

uszkodzenia nerwów skóry, oraz niepełne zlikwidowanie niewydolnych perforatorów. Z kolei operacja Lintona polegała na zrobieniu obszernego cięcia po przyśrodkowej części podudzia od kostki przyśrodkowej do nasady bliższej kości piszczelowej, co ułatwiało dostęp do niewydolnych żył przeszywających. Felder modyfikując tę metodę pokusił się o dodanie cięcia w miejscu linii szwu pończochy. Operacje Lintona i Feldera posiadają szereg wad tj.: powstanie dużej blizny, powstanie martwicy rany, niedokładne usunięcia żył przeszywających oraz zwiększenie zmian troficznych na skórze.

Znana jest również odmiana strippingu, czyli kriostripping, który polega na wymroźeniu żyły ciekłym azotem, a następnie jej usunięcie [13].

Stripping jak każda operacja niesie za sobą powikłania. W trakcie wykonywania zabiegu może dojść do urazu nerwów czuciowych. Uraz nerwu odpiszczelowego najczęściej objawia się parastezjami lub całkowitym brakiem czucia z charakterystycznym piekącym bólem wzdłuż kości piszczelowej, dochodzącym do kostki przyśrodkowej. Następnym możliwym powikłaniem jest uszkodzenie naczyń limfatycznych, co skutkuje wyciekami limfy. Najczęściej limfotok ustępuje sam, jednak kiedy nie ma ujścia może dojść do powstania torbieli lub obrzęku limfatycznego. Po zabiegu może wystąpić także zatorowość płucna lub zakrzepica żył głębokich, jednak dzięki stosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej zjawiska te występują bardzo rzadko [12].

Mniej inwazyjną metodą jest metoda CHIVA. Polega ona na zabiegu chirurgicznym uwzględniając warunki anatomiczno-patologiczne i hemodynamiczne, które ustalane są po badaniu DDS. Podczas znieczulenia miejscowego podwiązuje się żyłę odpiszczelową w ujściu z jednoczesnym zachowaniem bocznicy. Perforatory mają za zadanie zachować odpływ krwi z układu żył powierzchownych do głębokich. Za pomocą mapy powstałej przed operacją, która oparta jest na kryteriach hemodynamicznych dokonuje się podwiązania i wycięcia żyły poprzez mikronacięcia. Żyłę przeszywającą zostawia się, aby zapewnić odpływ krwi z układu żylnego, a te poniżej perforatora podwiązuje się [14].

Następną metodą z krótkim czasem ambulatoryjnym jest flebektomia, inaczej zwana też miniflebektomią. Zabieg metodą Müllera, bo tak też jest nazywany polega na usunięciu chorego naczynia przy pomocy specjalistycznych haczyków chirurgicznych przez wcześniej wykonane małe nacięcia w skórze. Jest ona bezpieczną i oszczędną techniką, dającą możliwość usunięcia zajętych chorobą żył odpiszczelowych (z wyjątkiem połączenia odpiszczelowo-podkolanowego i odpiszczelowo-udowego), głównych ich dopływów, teleangiektazji, perforatorów oraz żył siatkowatych. Tę metodę zaleca się głównie w przypadku, kiedy żylaki powstały na skutek niewydolności rozgałęzień żyły odpiszczelowej

w okolicy pachwin czy krocza, a także kiedy mamy do czynienia z żylakami zewnętrznej części uda, kostki, czy w okolicy podkolanowej. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu nasiękowym, przed którym to lekarz zaznacza markerem przebieg chorej żyły zarówno na stojąco, jak i na leżąco. Dodatkowo niekiedy stosuje się do pomocy USG doppler. Po zabiegu mogą wystąpić powikłanie tj.: wynaczynienie krwi, siniaki, blizny czy obrzęki [14, 15].

Dużą popularnością cieszy się skleroterapia, która polega na obliteracji żylaków poprzez wstrzykiwanie do światła naczyń substancji chemicznych. Środki sklerotyzujące prowadzą do kontrolowanego zapalenia ściany, co skutkuje zrastaniem zmienionej przez chorobę żyły. Znane są dwie metody skleroterapii. W czasie metody Tournaya substancje wstrzykiwane są w połowie pustej żyły w pozycji horyzontalnej. Metoda Sigga z kolei opiera się na nakłuciu wypełnionej w pozycji stojącej żyły, a następnie zaaplikowaniu w pozycji leżącej substancji obliterującej. Opcjonalnie można dodatkowo dodać 1 cm³ powietrza [13, 15].

W dzisiejszych czasach częściej wykonuje się skleroterapię metodą Tessariego, inaczej zwaną też metodą Carbera. Przeprowadza się ją przez wstrzyknięcie pianki, która składa się z substancji obliterującej i powietrza. Specyficzność piany zapewnia przewagę tej metody nad klasyczną jej wersją, ponieważ prowadzi do dłuższego kontaktu wprowadzonej substancji ze śródbłonkiem, a także ogranicza mieszanie się substancji w sposób prosty z krwią. Skleroterapię piankową można przeprowadzić dwiema technikami. Pierwsza to tzw. technika otwarta, gdzie za pomocą igły lub specjalnego przewodnika wprowadza się piankę po wcześniejszym zlokalizowaniu refluksu dzięki USG doppler. Druga z technik jest bardziej precyzyjna, ponieważ po zastosowaniu znieczulenia nasiękowego końcówka włożonego specjalnego cewnika jest ciągle monitorowana przez USG doppler [16].

Dość często operacje są łączone ze skleroterapią. Przykładem tego jest metoda SAVAS, która polega na jednoczesnym operacyjnym podwiązaniu i przecięciu ujścia żyły odpiszczelowej, przecięciu nieefektywnych perforatorów i żylaków powierzchniowych oraz podaniu środka obliterującego do dystalnego końca żyły odpiszczelowej [17].

Powikłania jakie mogą wystąpić po skleroterapii to m.in.: przebarwienia, zmiany skórne, martwica, a czasem nawet wstrząs alergiczny [15].

Następną ze znanych metod jest wewnątrżylżyna laserowa ablacja zwana też EVLT, która ma za zadanie zamknąć żyły odpiszczelowe poprzez kontrolowane ocieplanie ściany naczyń żylnych w temp. ok 60°C. W czasie ogrzewania zrywane są wiązania termolabilne, przez co struktura molekularna traci swoją regularność, co skutkuje pogrubieniem się i skurczeniem włókien kolagenowych. Skurczenie się włókien kolagenowych prowadzi do

zwężenia światła żyły, dzięki czemu dochodzi do zwłóknienia światła naczynia żylnego [15,17]. Kolejną wewnątrznaczyniową metodą jest ablacja prądem o wysokiej częstotliwości, inaczej RFA. Przy wykorzystaniu temperatury ok. 85°C, która wytwarzana jest dzięki specjalistycznej elektrodzie biopolarnej kurczą się zdenaturowane włókna kolagenowe i naczynia żyłne [15].

EPIDEMIOLOGIA

Przewlekła niewydolność żylna zwłaszcza w krajach wysokorozwiniętych jest problemem społecznym. W USA żylaki zdiagnozowano u 23% ludności. W Europie jak i w samej Polsce w zależności od źródła chorobowość waha się między 3,5%, a 58,8%. Wiadomo jednak, że kobiety chorują 3 razy częściej od mężczyzn. Zmiany skórne w przebiegu tej choroby pojawiają się u 3 % mężczyzn i u 4 % kobiet. Chorobowość bez względu na płeć podnosi się wraz z wiekiem i u kobiet między 30 a 40 rokiem życia wynosi około 2%, podnosząc się do 21% około 70 roku życia. Z kolei u mężczyzn w przedziale wiekowym 30-40 lat wynosi 1% i podnosi się do 24% po ukończonym 70- tym roku życia. Rany przewlekłe tworzą się u 80 % chorych. Problem żylaków kończyn dolnych coraz częściej występuje także u młodych ludzi. Dodatkowo stwierdzono, że u 8-20 % kobiet ciąża była czynnikiem, który zapoczątkował rozwój żylaków kończyn dolnych [6, 18].

Spis piśmiennictwa

1. Łastowiecka- Moras E.: Przewlekła niewydolność żylna kończyn dolnych- schorzenie związane z rodzajem wykonywanej pracy. Centralny Instytut Ochrony Pracy- Państwowy Instytut Badawczy, 2015, 6, 16-19.
2. Wiśniewska-Szumacher A., Karakiewicz B., Bażydło M., Szkup- Jabłońska A., Jurczak A., Grochans E.: Czynniki determinujące akceptację choroby przez pacjentów leczonych z powodu żylaków kończyn dolnych. Problemy pielęgniarstwa, 2013, 21 (4), 489-495.
3. Marona H., Kornobis A.: Patofizjologia rozwoju żylaków oraz wybrane metody ich leczenia- aktualny stan wiedzy. Katedra Technologii i Biotechnologii Środków Leczniczych Wydziału Farmaceutycznego CM UJ w Krakowie, 2009, 65 (2), 88-92.
4. Bodio M., Szymańska- Pomorska G., Pytel. A., Brodziak T.: Żylaki kończyn dolnych. Gerontologia współczesna, 2014, 2, 185-189.

5. Przybylska- Kuć S., Kuć K., Dec M., Bartoszek E., Piekarczyk M., Myśliński W., Mosiewicz J.: Przewlekła niewydolność żylna w praktyce lekarza rodzinnego, 2013, 15 (3), 377-378.
6. Krasiński Z., Aniukiewicz A., Krasińska A., Czyżak W.: Przewlekła niewydolność- epidemiologia i leczenia farmakologiczne. Przegląd flebologiczny, 2014, 22,1-16.
7. Krasiński Z., Aniukiewicz K., Krasińska A., Krasińska B., Gabriel M.: Zakrzepica żył powierzchownych a zakrzepica żył głębokich. Pediatria i Medycyna Rodzinna, 2017, 13 (3), 311.
8. Hawro P., Gabriel M., Madycki G., Kucznik W., Urbanek T.: Zalecenia dotyczące wykonywania ultrasonograficznego badania dopplerowskiego żył kończyn dolnych Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej i Polskiego Towarzystwa Flebologicznego. Chirurgia Polska, 2013, 15 (1),1-18.
9. Ziaja D.: Miejsce suplementów diety o działaniu flebotropowym w praktyce lekarskiej u pacjentów z przewlekłą niewydolnością żylną. Chirurgia Polska, 2014, 16 (1),1-5.
10. Ziaja D.: Wyciąg z ruszczyka kolczastego w leczeniu przewlekłej choroby żylniej. Chirurgia Polska, 2017, 19 (1-2),13-17.
11. Krzeziński P., Narbutt J.: Sulodeksyd- szerokie możliwości sprawdzonego leku. Forum Dermatologicum 2019, 5 (1),1-4.
12. Kolbuszewski A., Marczyński W.: Profilaktyka i leczenie żylniej choroby zakrzepowo-zatorowej. Opis przypadku. Pediatria i Medycyna Rodzinna, 2015, 11 (2), 210-214.
13. Aniukiewicz K., Krasiński Z.: Czy należy operować żylaki przed przeprowadzeniem operacji ortopedycznych w celu zmniejszenia ryzyka powikłań zatorowo-zakrzepowych? Punkt widzenia angiologa. Pediatria i medycyna rodzinna 2017, 13 (2),186-193
14. Janczak D., Garcarek Jerzy., Szydełko J., Janczak D., Pawełczyk J., Kabziński P., Merenda M., Litarski A., Malinowski M.: Wrzód żylny goleni- leczenie zachowawcze i operacyjne. Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14 (1), 76-84.
15. Młosek R., Malinowska S.: Powikłania po zabiegach zamykania poszerzonych naczyń krwionośnych 2016, 4 (5), 421-424.
16. Milik K., Gembal P., Kęsik J., Zubilewicz T.: Leczenie operacyjne chorób żylnych i urazów żył kończyn dolnych na przestrzeni dziejów. Chirurgia Polska 2006, 8 (4), 269-274.
17. Krasiński Z., Aniukiewicz K., Krasińska A., Krasińska B., Dzieciuchowicz Ł.: Operacje żylaków- czy niosą za sobą ryzyko zakrzepicy żył głębokich? Porównanie

laserowej obliteracji żyły odpiszczelowej i klasycznej safenektomii. *Pediatra i Medycyna Rodzinna* 2017, 13 (3), 317-324.

18. Nowakowska-Olejniczak M., Kotara-Krupa K., Barchnicka A., Grosicki S.: Epidemiologia przewlekłej niewydolności żylniej na podstawie zgłaszalności absencji chorobowej w zakładzie ubezpieczeń społecznych. *Public Health Forum* 2019, 1 (48), 29-33.

ELEMENTY OPIEKI NAD PACJENTEM Z ROZPOZNANĄ DEPRESJĄ KLINICZNĄ

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Anna Dobrogowska-Piętka², Beata Janina Olejnik³,
Marzena Wojewódzka-Żeleźniakowicz⁴

¹– Zakład Medycyny Klinicznej UMB

²– Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

³– Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

⁴– Klinika Medycyny Ratunkowej UMB

Wstęp

Depresja jest chorobą cywilizacyjną, dotykająca z każdym rokiem coraz więcej ludzi na całym świecie. Z terminem depresji każdy z nas spotkał się w życiu chociaż raz. Większość osób depresję uważa jako obniżenie nastroju, brak chęci do wykonywania czynności dnia codziennego oraz izolację od najbliższych. Jednakże depresja niesie za sobą ogromne cierpienie i ból emocjonalny. Nierzadko komplikuje życie zawodowe, a także rodzinne. W niektórych przypadkach depresja kończy się samobójstwem [1].

Osoby cierpiące na depresję czują się opuszczone, nie umieją poradzić sobie z negatywnymi emocjami i myślami. Nie widzą rozwiązań w trudnych sytuacjach a wręcz przeciwnie obwiniają się o wszystkie niepowodzenia w życiu, spoglądając w najbliższą przyszłość pesymistycznie [2].

Depresja bardzo często mylona jest ze smutkiem, gdyż osoby chore na depresję opisując swoje odczucia i emocje, mówią o uczuciu rozpacz, pustce, przygnębieniu, obojętności, a także smutku. Smutek jest wywołany w człowieku przede wszystkim przez trudne sytuacje życiowe takie jak rozwód, śmierć bliskiej osoby czy utrata pracy. Mimo to należy podkreślić, iż uczucie smutku to nie depresja. Człowiek chorujący na depresję często nie potrafi normalnie funkcjonować, ponieważ jego myśli oraz funkcje biologiczne zostały zachwiane. Ponadto depresja powoduje zmiany w samym zachowaniu [3].

Depresja trwa od kilku miesięcy, a nawet się przedłuża do paru lat. Choroba ta powraca w różnych momentach życia. Jakość życia osób cierpiących na depresję jest o wiele gorsza niż osób zdrowych. Chorzy często wstydzą się tego i jeszcze bardziej się obwiniają o obecny stan zdrowia. Depresja rozwija się etapami. W pierwszej fazie chory traci chęć do drobnych rzeczy, nie ma motywacji, czuje się niepotrzebny, co doprowadza do pogorszenia stanu zdrowia i pogłębienia się depresji [4].

Zdiagnozowanie tej choroby nie jest wyrokiem. Należy zastosować odpowiednie metody leczenia oraz psychoterapię. Osoba stosująca się do wszystkich zaleceń oraz ograniczająca kontakt z czynnikami wyzwalającymi w niej negatywne myślenie, ma szansę na wyzdrowienie [5].

Definicja depresji

Definicję depresji można opisać na wiele sposobów. W życiu codziennym często termin ten jest nadużywany w przypadku obniżenia nastroju czy przygnębienia [6].

W dziedzinie psychiatrii definicja depresji używana jest w odniesieniu do szczególnego rodzaju zaburzeń emocji bądź nastroju. Zaburzenia te wymagają pomocy specjalistycznej.

Różnica pomiędzy zwykłym przygnębieniem spowodowanym tragicznymi przeżyciami, a depresją określaną jako chorobę, jest bardzo mała. Ta cienka granica powoduje, iż często te dwa określenia są ze sobą mylone [7].

Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), definicja depresji używana jest w przypadku poważnej choroby objawiającej się między innymi:

- ✓ utratą dotychczasowych zainteresowań;
- ✓ nadmiernym zmęczeniem;
- ✓ trudnościami ze snem;
- ✓ nadmiernie obniżoną samooceną;
- ✓ obniżoną koncentracją;
- ✓ zaburzeniami apetytu;
- ✓ nadmiernym smutkiem [8].

Depresja według WHO od 2020 roku, jest drugim problemem zdrowotnym na całym świecie, a tym samym najpoważniejszą przyczyną niepełnosprawności, która związana jest ze stanem zdrowia [9].

Etiologia depresji

Przyczyny depresji nie są do końca stwierdzone. Na podstawie piśmiennictwa Rybakowskiego jest to zespół chorobowy będący jedną z najczęściej występujących patologii w medycynie. W taki sposób w większości przypadków, organizm reaguje na bodźce produkowane przez ośrodkowy układ nerwowy (OUN) [10].

Przyczyn zaburzeń afektywnych jest wiele. Wśród wieloprzyczynowości należy wymienić 3 najważniejsze, które na siebie wzajemnie wpływają.

1) Czynniki biologiczne

Według nielicznych doniesień, u kobiet na powstanie depresji wpływ mają zmiany hormonalne w momencie cyklu miesięczkowego.

Innym wyjaśnieniem jest teoria monoaminowa, która opisuje rozwinięcie się depresji na skutek niedoboru noradrenaliny, dopaminy oraz serotoniny. Stan patologiczny związany jest ściśle z neuroprzekaźnikami bądź stopniem struktur, na który oddziałują neuroprzekaźniki, receptory postsynaptyczne oraz receptory presynaptyczne. Pomędzy neuroprzekaźnikami w mózgu zachodzą liczne interakcje. Wrażliwość tych receptorów zależy od różnych wpływów. U osób z depresją zaobserwowano nasiloną aktywność osi: podwzgórze - przysadka - nadnercza [11].

2) Czynniki genetyczne

Predyspozycja genetyczna jako czynnik biorący udział w rozwoju depresji, został udowodniony na bazie badań przeprowadzonych na rodzinach bliźniąt. Istnieje zwiększony poziom ryzyka na rozwój depresji u rodziny pierwszego stopnia, osoby chorującej na zaburzenia afektywne. U bliźniąt jednojajowych istnieje największe ryzyko zgodności.

3) Czynniki psychologiczne

Do czynników psychologicznych biorących udział w rozwoju zachorowalności na zaburzenia afektywne, można zaliczyć:

- ✓ osobowość, w szczególności typ charakteru;

- ✓ sposób postrzegania innych osób, a także samego siebie;
- ✓ sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych;
- ✓ poziom stawianych wymagań/celów;
- ✓ predyspozycje do częstego reagowania lękiem bądź niepokojem;
- ✓ częstość przeżywania upadków w sposób negatywny ;
- ✓ wrażliwość na czynniki zewnętrzne [11].

Chorzy na depresję charakteryzują się nadmiernym podążaniem do ideału. Ponadto wyznaczają sobie bardzo wysoką poprzeczkę, której często nie potrafią zrealizować [7].

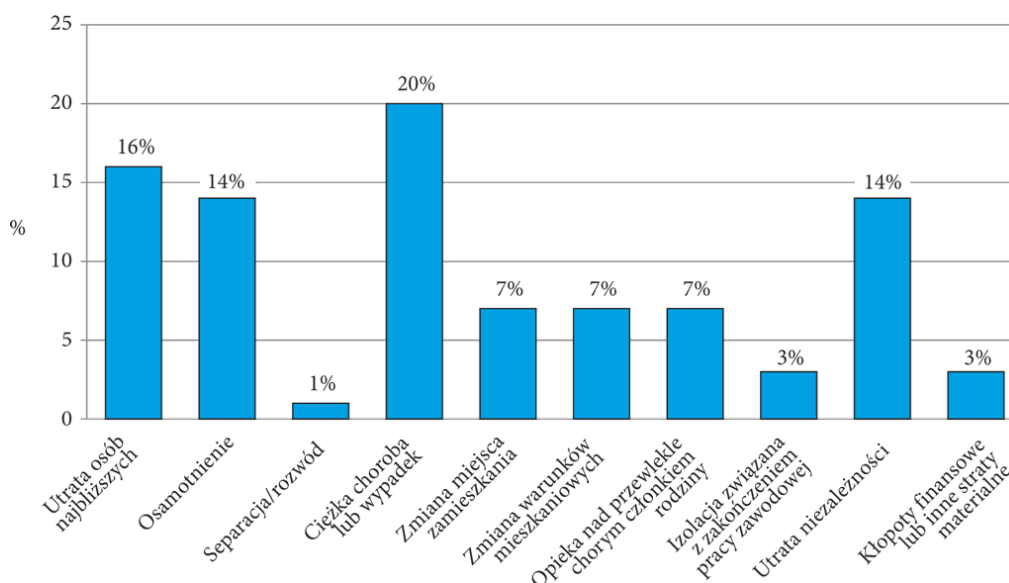
Neurotyzm, czyli czynnik osobowości, jest opisany także w teorii Eysencka i Teorii Osobowości Wielkiej Piątki neurotyzm w obu teoriach opisany jest jako nadmierne przeżywanie lęku oraz niepokoju. Osoby takie często przesadnie się zamartwiają, negatywnie reagują na bodźce, są nadwrażliwe. Neurotyzm jest ściśle związany z obniżoną emocjonalną stabilizacją oraz wzmożoną reakcją na lęk bądź stres [8].

Również bardzo ważnym czynnikiem przyczyniającym się do powstania depresji są wydarzenia życiowe. Na podstawie obserwacji White i Gilliland, zostały sporządzone kategorie “strat”, biorące udział w rozwoju zaburzeń afektywnych. Wśród nich wyróżniamy:

- ✓ utrata najbliższych osób;
- ✓ obniżony poziom poczucia własnej wartości;
- ✓ ciężka choroba bądź utrata części ciała w skutek wypadku;
- ✓ brak stabilizacji materialnej;
- ✓ postępujący proces starzenia się;
- ✓ brak umiejętności do fantazji;
- ✓ utrata stanowiska zawodowego [9].

Badania Bartoszek i wsp. wykazały, iż wydarzenia życiowe mają bardzo duży wpływ na powstanie depresji. U około 20% badanych istotnym problemem była ciężka choroba bądź utrata części ciała w skutek wypadku. Natomiast u 16% ankietowanych, przyczyną zaburzeń

afektywnych była utrata bliskiej osoby. Tylko 3% wykazało brak stabilizacji materialnej jako czynnik przyczyniający się do depresji. Negatywne wydarzenia życiowe, które są efektem badań, zostały przedstawione na Rycinie 1 [10].



Rycina 1. Negatywne wydarzenia życiowe seniorów w ciągu ostatniego roku.

[Źródło: Bartoszek A., Kocka K., Ślusarska B., Bartoszek A., Nowicki G., Deluga A., Przepiórka K.: Sprawność funkcjonalna oraz wydarzenia życiowe a natężenie symptomów depresji wśród seniorów mieszkających w środowisku domowym. *Medycyna Rodzinna*, 2018;1:10-15.].

Klasyfikacja depresji

Na podstawie klasyfikacji International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), zostały podzielone jednostki chorobowe, które obowiązują na całym świecie. Epizody depresyjne zostały zróżnicowane w zależności od występujących objawów. Wśród nich wyróżniono:

- 1) **Epizod depresyjny łagodny (F32.0)** - charakterystyczne symptomy: wzmożone zmęczenie, obniżony nastrój, utrata dotychczasowych zainteresowań. Aby zdiagnozować F32.0, należy u chorego zaobserwować minimum dwa z wymienionych objawów [11].
- 2) **Epizod depresyjny umiarkowany (F32.1)** - osoba cierpiąca na F32.1 ma trudności w wykonaniu obowiązków dnia codziennego oraz pracy zawodowej. Tak samo jak w epizodzie depresyjnym łagodnym, aby zdiagnozować chorobę muszą być stwierdzone

choć dwa charakterystyczne symptomy. Epizod depresyjny umiarkowany trwa około 14 dni [11].

- 3) **Epizod depresyjny ciężki bez objawów psychotycznych (F32.2)** - Chory z F32.2, demonstruje ból bądź pobudzenie do czasu zahamowania. Charakterystyczne objawy: myśli "s", nadmiernie niskie poczucie własnej wartości, zła samoocena, stałe obwinianie się o wszystkie negatywne wydarzenia. W trakcie tego epizodu chory nie jest w stanie pracować zawodowo, a także wykonywać prostych czynności domowych. Epizod depresyjny ciężki bez objawów psychotycznych trwa nie mniej niż 14 dni [12].
- 4) **Epizod depresyjny ciężki z objawami psychotycznymi (F32.3)** - w trakcie tego epizodu można zaobserwować depresyjne osłupienie, urojenia oraz omamy. Urojenia takich osób często dotyczą się przestępstw, grzechu i ubóstwa. Natomiast omamy mają charakter węchowy oraz słuchowy. Omamy słuchowe są opisywane jako wytwory głosowe, które oskarżają osobę chorą, a omamy węchowe charakteryzują się odczuciem zgnilizny/gnijącego ciała [12].

Pozostałe typy depresji:

Istnieje również podział na depresję egzogenną, endogenną, pierwotną, wtórną i w przebiegu choroby jednobiegunowej bądź dwubiegunowej.

- ✓ **Depresja egzogenna**, nazywana inaczej jako depresja reaktywna lub nerwicowa, wywołana jest przez czynniki zewnętrzne np. negatywne wydarzenia życiowe.
- ✓ **Depresja endogenna** zapoczątkowana jest przez czynniki wewnętrzne. Dochodzi do niej w momencie zaburzeń przekąźnictwa w mózgu. Niedobór serotoniny i noradrenaliny obniża między innymi nastrój [13].
- ✓ **Depresja duża**- jest to typ depresji endogennej o dużym nasileniu symptomów. Chorzy na tą depresję cierpią również na utratę masy ciała, brak apetytu, zaburzenia menstruacyjne oraz spadek libido. Osoba chora uważa, że jest głupia, otyła, nie potrafi wykonać najprostszych czynności. Taka osoba niechętnie podejmuje rozmowy, nie chce odpowiadać na jakiegokolwiek pytania. O przyszłości myśli w samych negatywnych skojarzeniach, "sposstrzega" świat w czarnych barwach. W czasie trwania choroby często dochodzi do rezygnacyjnych myśli, gdyż pacjent o wszystko się obwinia i ma nieustające wyrzuty sumienia. Uważa, iż jedynym wyjściem z tak beznadziejnej sytuacji jest odejście z tego świata [14].

- ✓ **Depresja mała**- w tego typu depresji objawy są nieznacznie nasilone. Osoby cierpiące na depresję małą sygnalizują trudności ze snem, gdyż jest płytki [15].
- ✓ **Depresja anankastyczna**- chorzy często wykonują wyczerpujące działania, tym samym weryfikują prawidłowość zrealizowanej pracy czy wypowiedzi. Są to męczące zwyczaje, które oprócz samego chorego, także irytują otoczenie. Zmęczony powtarzającymi się czynnościami, pacjent często w rezultacie końcowym się samookalecza. Typowe objawy tej depresji to: trudności ze snem, brak ruchu, brak apetytu i symptomy dyspepsji [6].
- ✓ **Depresja agitowana** - często jest powiązana z pobudzeniem ruchowym i słownym. Pacjenci z tego typu depresją są często agresywni, napięci, drażliwi oraz wybuchowi. Próbują cały czas zwracać na siebie uwagę, zgłaszają szereg potrzeb w stosunku do swojej osoby. Zamierzenia samobójcze są uprzednio przez chorego zapowiadane. Wykorzystują, również akty samobójcze jako sposób na zwrócenie na siebie uwagi [7].
- ✓ **Depresja poronna** - jest to depresja niepełna. Osoba cierpiąca na tą depresję zgłasza jedynie obniżony nastrój [16].
- ✓ **Depresja lekoporna** - w wielu przypadkach dochodzi do braku skuteczności leczenia nawet podczas hospitalizacji pacjenta, mimo stosowania środków p/depresyjnych. Jest to bardzo często skutek występowania innych chorób współistniejących psychicznych bądź somatycznych [17].
- ✓ **Depresja okresu dziecięcego** - na podstawie licznych badań zaobserwowano, że aż 4% diagnozowanych depresji występuje u dzieci. Depresja wieku dziecięcego częściej dotyka chłopców, niż dziewczynki. Mimo to dziewczyny są bardziej narażone na depresję w wieku dojrzewania. Wynika to ze zmian hormonalnych jakie zachodzą w tym okresie u młodych kobiet, dlatego też podczas dojrzewania depresja dotyka dwa razy więcej dziewczyn niż chłopców. Ponadto zachorowalność w wieku dziecięcym, zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia choroby w późniejszych latach [18].
- ✓ **Depresja poporodowa**, jak sama nazwa mówi, dotyka kobiety po porodzie. Na dany typ depresji choruje, aż 16% rodzących kobiet. Hormony takie jak estrogen i progesteron w okresie ciąży wykazują najwyższy poziom. W momencie porodu, dochodzi do oderwania się łożyska, co powoduje obniżenie poziomu tych dwóch hormonów, a tym samym zostaje zachwiana hormonalna homeostaza. W etapie końcowym, często wtedy dochodzi do wystąpienia depresji poporodowej. Taka kobieta obwinia siebie, iż jest nie dobrą mamą,

że niedostatecznie potrafi się zająć swoim noworodkiem, jest przygnębiona, nie ma na nic ochoty [19].

- ✓ **Depresja maskowana** przybiera postać przewlekłej somatycznej choroby. Pacjenci uskarżają się na ból, który sugeruje rwę kulszową lub stan zapalny nerwu trójdzielnego. W przeciwieństwie do tych dwóch wymienionych schorzeń, w przypadku depresji maskowanej ból jest oporny na terapię przeciwbólową [20].
- ✓ **Depresja psychotyczna** charakteryzuje się nasilonym zaburzeniem nastroju. W tego typu depresji dochodzi do symptomów psychotycznych, a także do ciężkiego zaburzenia osi podwzgórze - przysadka. Chorzy mają omamy słuchowe, rzadziej węchowe. Pojawiają się również urojenia hipochondryczne, nihilistyczne bądź takie które dotyczą samooskarżenia, kary, czy też winy. Dobrym przykładem tego typu depresji jest zespół Cotarda z występującymi urojeniami zarówno hipochondrycznymi, jak i nihilistycznymi. Istnieje duże ryzyko samobójstwa [21].
- ✓ **Depresja sezonowa** - na bazie licznych badań, zaobserwowano iż dochodzi do niej w okresie jesienno-zimowym. Prawdopodobnie na tego rodzaju depresje wpływ ma dana liczba dni pochmurnych. Osoby chore na depresje sezonową są rozdrażnione oraz przygnębione. W przypadku kobiet występuje także wzmożony dyskomfort w okresie przedmiesiączkowym. Sezonowa depresja utrzymuje się parę miesięcy [22].
- ✓ **Depresja wieku podeszłego**, jak podaje Domańska jest to zaburzenie afektywne heterogeniczne, które występuje u ludzi po 60 roku życia. Około 15% seniorów po 65 roku życia, cierpi na tą depresję. Depresja u osób starszych przybiera różnorodne postacie. Pierwszą z nich jest apatyczna postać, która doprowadza do utracenia dotychczasowych zainteresowań, do spowolnienia psychoruchowego lub spowolnienia toku myślenia. Kolejną jest postać z urojeniami i agitacją. Chory jest wtedy pobudzony psychoruchowo oraz towarzyszy mu wszechogarniający lęk, spowodowany licznymi urojeniami, dotyczącymi somatycznych chorób, kary i winy. Istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo samobójstwa [18].

Epidemiologia depresji

Depresja jest zaliczana do epidemii XXI wieku, gdyż na całym świecie zachorowalność na tą chorobę przekracza 100 mln populacji.

Depresja od 2020 roku jest drugą przyczyną inwalidztwa na całym świecie. Cierpi na nią około 3% populacji na całym świecie, a w europejskich krajach około 4% ludzi. Epizody depresyjne odnotowywane są już u osób w wieku 15-30 lat. Aż 10% osób w wieku 35-45 lat choruje na depresję. Wskaźnik zachorowalności jest znacznie wyższy w przedziale wiekowym 65-75 lat, gdyż wynosi aż 20% [16].

Na podstawie badań udowodniono, iż na depresję chorują znacznie częściej kobiety niż mężczyźni. Depresja jest chorobą nawracającą i aż 76% pacjentów ponownie zgłasza się do specjalisty, około 2 lat po zakończeniu leczenia. Odnotowano również wysoki wskaźnik samookaleceń oraz prób samobójczych (20-65%). Około 20% osób chorujących na zaburzenia afektywne popełnia samobójstwa [15].

Odnotowanie faktycznego występowania depresji nie jest do końca możliwe. Zaburzenia afektywne u wielu osób nie są zdiagnozowane. W krajach rozwijających się wskaźnik zachorowalności jest znacznie niższy z powodu braku dostępności do specjalistów i leczenia. Również ten sam problem widoczny jest w aglomeracjach wiejskich. Aż 50% chorych na depresję jest błędnie diagnozowanych i kierowanych jest do niewłaściwych specjalistów. Powodem tego może być zbyt łagodne objawy bądź mylący obraz zaburzeń [17].

Około 20% chorych, z typowymi objawami depresji, trafia do lekarzy pierwszego kontaktu, czyli lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Aż 15% chorych ma nasilone symptomy zaburzeń afektywnych, co kwalifikuje ich do hospitalizacji. Mimo to tylko połowa z tych chorych ma dobrze postawioną diagnozę. Tylko 20-25% osób cierpiących na depresję, leczony jest przez odpowiednich specjalistów [20].

Istotna jest również depresja maskowana, która wynosi aż 10% populacji. Ten rodzaj depresji jest jeszcze bardziej trudniejszy do zdiagnozowania, gdyż obraz kliniczny jest mniej typowy niż w normalnej depresji [15].

Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych

W celu zdiagnozowania zaburzeń afektywnych używa się klasyfikację ICD-10. Na podstawie kryteriów ICD-10 zaburzenia depresyjne trwają nie mniej niż 2 tygodnie. Ponadto oprócz określonego czasu muszą być potwierdzone przynajmniej 2 podstawowe symptomy, dodatkowe 2-4 symptomy, a także 4 somatyczne symptomy.

Epizody depresyjne charakteryzują się obniżonym nastrojem, zmniejszeniem aktywności fizycznej oraz utratą dotychczasowych zainteresowań [11].

W diagnozie stanu psychicznego pacjenta bardzo pomocna jest ocena wyglądu zewnętrznego chorego. Zaobserwować można u osoby z zaburzeniami afektywnymi charakterystyczny wygląd sylwetki, twarzy i oczu. Człowiek zmagający się z depresją jest przygnębiony wręcz przygaszony, skóra twarzy jest bardzo blada bez znacznego wyrazu. Dodatkowo w oczach zarysowany jest typowy smutek, żal, czarna melancholia, natomiast powieki są delikatnie opuszczone. W niektórych przypadkach epizodów depresyjnych dochodzi również do opadnięcia kącika ust, a także zewnętrznej części brwi czyli fałda Veragutha [16].

W postawie osoby chorej można zauważyć pochyloną sylwetkę ku przodowi. Często na ciele widoczna jest gęsia skórka. Typowe również są wolne ruchy, co może doprowadzić do osłupienia. Jest zmniejszona aktywność fizyczna, dochodzi do braku koncentracji oraz zmniejszenia toku myślenia. Osoba z zaburzeniami afektywnymi nie jest w stanie podjąć sama prostej decyzji [10].

W uzyskaniu prawidłowej diagnozy przydatne są dodatkowo diagnostyczne skale, które oceniają występowanie i nasilenie symptomów depresyjnych. Wśród tych skal można wyróżnić:

- ✓ Skalę Hamiltona;
- ✓ Skalę Becka;
- ✓ Skalę Yesavage'a [12].

Do diagnozy depresji nie ma istotnych badań biochemicznych. Testy biochemiczne wykonywane są w celu wyeliminowania przyczyn epizodów depresyjnych bądź innych problemów pochodnych tj. nadużywanie alkoholu, nadużywanie substancji psychoaktywnych, brak apetytu, niedoczynność tarczycy i zakażenia wirusa HIV. Rozpoznanie zaburzeń depresyjnych polega na obrazie klinicznym choroby oraz samym przebiegu. Do badań laboratoryjnych wykorzystywanych dodatkowo do diagnozy zalicza się:

- ✓ badania podstawowe np. elektrolity, morfologia, CRP, kwas foliowy, mocznik, glukoza, próba czynnościowa tarczycy, a także wątroby.

- ✓ badania szczegółowe tj. badania serologiczne, badanie toksykologiczne moczu, testy na obecność wirusa HIV, testy stymulacji ACTH, LP, EEG, MRI, TK, testy suporcji po podaniu deksametazonu oraz przeciwciała tarczycowe i przeciwyjadowe [20].

Objawy depresji

Depresja jest bardzo poważną jednostką chorobową. Lekceważona może nawet doprowadzić do śmierci chorego, poprzez akt samobójczy. Do symptomów depresji nie zalicza się tylko obniżonego nastroju bądź braku energii. Wśród nich można wyróżnić dwie grupy objawów:

- ✓ psychologiczne, które dzielą się na objawy:
 - a) podstawowe: utrata dotychczasowych zainteresowań, wzmożone zmęczenie, apatia, obniżony nastrój, brak zdolności do odczuwania radości;
 - b) dodatkowe: obniżona samoocena, wzmożona drażliwość, myśli suicydalne, działania samobójcze [19].
- ✓ somatyczne: zmniejszony popęd seksualny, zaburzenia snu, zmniejszenie masy ciała, utrata apetytu, nasilenie symptomów depresyjnych w porze porannej, częste bóle brzucha, głowy, zaburzenia cyklu miesięczkowego, wzmożone oddawanie moczu, zaparcia, mdłości, uczucie klucia w klatce piersiowej, uczucie zacisku w gardle, wzmożona suchość w jamie ustnej oraz kołatanie serca [18].

Leczenie depresji

Depresja jest uleczalna, mimo tego nie ma 100% gwarancji na wyzdrowienie. Te schorzenie może w każdej porze powrócić. Po zakończonym leczeniu jest czas remisji, który nie musi prowadzić do nawrotu choroby. Taki okres może trwać nawet do końca życia. Pomimo depresji człowiek, u którego zastosowana została prawidłowa metoda terapeutyczna, może prowadzić normalne życie [12].

Istnieją różne metody leczenia zaburzeń afektywnych. Wśród nich wyróżniamy metody:

- ✓ farmakologiczne: leki neuroleptyczne, przeciwdepresyjne oraz normatymiczne np. pewne leki przeciwpadaczkowe.

- ✓ niefarmakologiczne: elektrowstrząsy (EW), psychoterapia, fototerapia, niefizjologiczna wymuszona bezsenność.

Wybór metody leczenia związany jest ściśle z natężeniem objawów choroby oraz etapem zaburzenia afektywnego. Decyzja ta podejmowana jest przez lekarza specjalistę, czyli psychiatrę, który ponadto ustala czy pacjent będzie hospitalizowany czy będzie leczony w warunkach ambulatoryjnych [19].

A. Farmakoterapia w leczeniu depresji

Leczenie farmakologiczne polega na wyrównaniu poziomu nastroju dzięki środkom przeciwdepresyjnym. Jest to najistotniejsza metoda leczenia depresji. Dobór środka przeciwdepresyjnego zależy od psychiatry. Lekarz w wyborze odpowiedniego leku, opiera się na obrazie klinicznym zaburzeń afektywnych, przeciwwskazaniach, a także na profilu klinicznym.

Czynniki wpływające na wybór leczenia farmakologicznego to:

- ✓ wiek chorego;
- ✓ obraz kliniczny danej jednostki chorobowej;
- ✓ obserwacje związane ze wcześniejszym leczeniem np. lekooporność, nadwrażliwość;
- ✓ somatyczny stan pacjenta;
- ✓ występowanie dodatkowych schorzeń psychicznych;
- ✓ upodobania chorego np. ilość dawek na dobę, potrzeba stosowania diety [14].

Leki przeciwdepresyjne łagodzą symptomy i minimalizują okres epizodów depresyjnych. Zazwyczaj poprawa stanu psychicznego widoczna już jest po 1-2 tygodniach używania tych środków w terapeutycznej dawce. Natomiast znaczna poprawa następuje po 4-6 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Okres remisji zauważalny już jest po 10-12 tygodniach od wszczęcia farmakoterapii lekami przeciwdepresyjnymi. Kolejne kilka miesięcy leczenia jest określane jako stabilizujące poprawę, a następne miesiące nazywane jest jako podtrzymujące [12].

W przypadku epizodów depresyjnych połączonych z silnym niepokojem, licznymi urojeniami oraz trudnościami ze snem bardzo ważne jest wprowadzenie do leczenia, oprócz

leków przeciwdepresyjnych, leków neuroleptycznych. Dodatkowo stosowane są środki uspokajające, które obniżają niepokój i niwelują problemy z zasypianiem.

Wśród neuroleptyków I generacji stosowanych w leczeniu depresji wyróżnia się m.in.:

- ✓ Perazyna;
- ✓ Sulpiryd;
- ✓ Lewomepromazyna;
- ✓ Flupentyksol.

Do leków nasennych zalicza się:

- ✓ Hydroxyzyna;
- ✓ Lorazepam;
- ✓ Klorazepan [5].

Planowanie zakończenia leczenia danym środkiem musi odbywać się stopniowo, w celu uniknięcia rozwoju *zespołu odstawiennego*. Dochodzi wówczas do wzmożonego lęku, zaburzeń snu, nudności, wymiotów, pogorszenia ogólnego samopoczucia oraz manii. Wyjątkiem w natychmiastowym odstawieniu środków przeciwdepresyjnych jest nagła sytuacja [13].

B. Elektrowstrząsy

Leczenie elektrowstrząsami wprowadzono do medycyny w 1938 roku. Jest uważana za leczniczą metodę biologiczną używaną w zaburzeniach psychicznych. Jest zarówno efektywna jak i bezpieczna. EW są wykonywane w znieczuleniu ogólnym i zwiotczeniu chorego. Polegają na powstaniu, w kontrolowanych warunkach, napadów drgawkowych. Dochodzi do tego na skutek obiegu prądu elektrycznego między elektrodami znajdującymi się na głowie pacjenta [14].

Wskaźania do wykonania elektrowstrząsów:

- ✓ zaburzenia depresyjne wzmagające działania samobójcze;
- ✓ pacjent niewspółpracujący i niechcący przyjmować leki;

- ✓ ostra katatonia;
- ✓ lekooporność;
- ✓ epizody depresyjne, które uniemożliwiają przyjmowania środków przeciwdepresyjnych;
- ✓ zaburzenia depresyjne, które zagrażają życiu pacjenta poprzez brak łaknienia;
- ✓ schizofreniczne psychozy;
- ✓ potrzeba osiągnięcia szybkiego efektu terapeutycznego [10].

Przeciwwskazania do wykonania elektrowstrząsów:

- ✓ tętniak mózgu;
- ✓ aktualny zawał serca;
- ✓ stan ciężkiej cukrzycy;
- ✓ zakrzepowe zapalenie żył;
- ✓ uszkodzenie miejscowe mózgu;
- ✓ brak efektu elektrowstrząsu we wcześniejszych terapiach;
- ✓ schorzenia wpływające na podwyższenie poziomu ryzyka, związane z użyciem środków ogólnego znieczulenia;
- ✓ choroby wzroku np. Odklejanie siatkówki, jaskra;
- ✓ zaburzenia rytmu serca [10].

Aby móc przystąpić do wykonania EW musi być spełniona cała procedura. Chory musi być uprzednio poinformowany o zastosowaniu tej metody leczenia i możliwości wystąpienia ewentualnych symptomów niepożądanych. Chory w pełni świadomy musi wyrazić pisemną zgodę. W przypadku braku zgody pacjenta, może ją wystawić rodzinny sąd. Następnie są wykonywane badania laboratoryjne takie jak morfologia, elektrolity oraz poziom glikemii we krwi na czczo. Oprócz badań laboratoryjnych wykonuje się EKG, USG, TK, EEG i ocenę dna oka. Ponadto pacjent przechodzi konsultacje okulistyczną, anestezjologiczną, neurologiczną oraz internistyczną [14].

Elektrowstrząsy wykonuje się w odrębnym pokoju, w którym znajduje się reanimacyjna aparatura. Środki usypiające oraz zwiotczające mięśnie podawane są dożylnie. Elektrody stosowane do stymulacji, wykonane są z nierdzewnej stali i mają około 2-3 cm średnicy. W celu zminimalizowania oporności styku elektroda a skóra dodatkowo używany jest żel przewodzący. Cykl EW zazwyczaj wynosi 6-12 zabiegów i wykonywany jest co kilka dni (około 2-3 zabiegi na tydzień) [23].

C. Fototerapia

Jest metoda zwana także terapią światłem, używana w leczeniu depresji stosunkowo rzadziej do pozostałych. Wykorzystywana jest częściej w przypadku występowania sezonowej depresji. Fototerapia oparta jest na podaży choremu światła sztucznego o wzmożonej jasności aż do 600 luksów. Światło to ma przypominać światło słoneczne. W przypadku depresji sezonowej oświetlenie musi mieć intensywność jasności aż do 2500 luksów [24].

Do fototerapii wykorzystuje się odpowiednie lampy. Terapia taka rozpoczynana jest codziennie w porze rannej bądź wieczornej. Pacjent musi spędzić przed światłem około 30-60 min w zależności od zastosowanych luksów. Oświetlenie skierowane jest na wysokości wzroku chorego na odległości około 50 centymetrów. W czasie terapii światłem pacjent nie może zamykać oczu [25].

D. Niefizjologiczna wymuszona bezsenność

Noce bezsenne polegają na niefizjologicznym wymuszeniu bezsenności. Bezsenność taka powinna trwać całą noc i dzień. Metoda leczenia wykonywana jest 2-3 razy w tygodniu [12].

E. Psychoterapia

Jest to jedna z istotnych metod, która odgrywa ogromne znaczenie w całej terapii przy równoczesnym stosowaniu środków farmakologicznych. Chorzy, u których zostały zminimalizowane symptomy zaburzeń afektywnych, często czują potrzebę rozmowy z psychoterapeutą. Pacjent z depresją przeważnie oczekuje od innych zaufania, empatii oraz ciepła.

Psychoterapia ma za zadanie poprawienie stanu psychofizycznego pacjenta, a także przysposobić jak powinien sobie radzić z chorobą w życiu codziennym. W czasie

psychoterapii pacjent zachęcany jest do aktywnego uczestniczenia w terapii chorób somatycznych [6].

Ta metoda leczenia depresji jest bardzo efektywna. Psychoterapia może być prowadzona przez terapeutę, psychologa, pracownika opieki społecznej, czy też psychiatrę. Terapeuta wspiera pacjenta, gdyż w czasie depresji taka osoba odczuwa niepokój, lęk, odizolowanie od innych ludzi [13].

Istnieją różne metody psychoterapii, wśród nich można wyróżnić terapię:

- ✓ **poznawczą** - jej zadaniem jest ustalenie nieprawidłowych skojarzeń oraz błędnych myśli w sprawie złego postrzegania świata, a także samego siebie;
- ✓ **interpersonalną** - polega na określeniu relacji pomiędzy chorym a rodziną i przyjaciółmi. Ten typ terapii ma za zadanie podwyższenie poziomu samooceny, a także polepszenie komunikacji z najbliższymi;
- ✓ **psychodynamiczną** - jest długa, trwa nawet do kilku lat. Jej zadaniem jest zmiana osobowości pacjenta. Terapia ta sięga aż do wieku dziecięcego i w ten sposób analizuje i próbuje rozwiązać przykre sytuacje, które w tym okresie miały miejsce i wywołały w chorym niską samoocenę. Terapeuta w momencie terapii jest bierny oraz bezstronny [18].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z rozpoznaną depresją kliniczną

Pielęgniarka w proces leczenia ma bardzo dużą rolę. Jest osobą wspomagającą całą terapię. Każdy pacjent ma zaplanowaną opiekę, która jest parta o proces pielęgnacyjny. W procesie pielęgnacyjnym są opracowane problemy zdrowotne, cele, działania pielęgniarские, a także ocena końcowa każdego problemu.

Pielęgniarka oprócz działań podejmowanych wobec samego chorego, musi również w profesjonalny sposób podejść do edukacji rodziny i bliskich pacjenta pod kątem samoopieki oraz samo pielęgnacji w chorobie depresyjnej [15].

Zarówno rodzina, jak i chorzy mają bardzo duży deficyt wiedzy na temat danej jednostki chorobowej, metod postępowania oraz metod zapobiegania nawrotom zaburzeń afektywnych.

Pielęgniarka jako osoba wchodząca w skład zespołu terapeutycznego, musi być również dobrym słuchaczem, w celu zwrócenia uwagi na ewentualne sygnalizowanie myśli suicydalnych. Może wtedy wdrożyć bardziej szczegółową obserwację nad pacjentem [3].

Bardzo często na oddziały psychiatryczne trafiają osoby z zaburzeniami afektywnymi i symptomami abstynencyjnymi. Tacy chorzy przeważnie nie są w stanie poradzić sobie w czynnościach pielęgnacyjnych oraz w zwykłym spożywaniu posiłków. Pielęgniarka wtedy wdraża odpowiednie działania pielęgniarские, które umożliwiają zaspokojenie podstawowych czynności życiowych. Ponadto kontroluje minimum raz w tygodniu masę ciała chorego [26].

Pielęgniarka oprócz postawienia diagnozy pielęgniarской, wykonania procesu pielęgnacyjnego, musi również wskazać choremu wskazówki do dalszej pielęgnacji. W pierwszej kolejności informuje pacjenta o konieczności kontynuacji leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP). Zaleca regularne spożywanie leków na zlecenie lekarza, prowadzenie zdrowego trybu życia i unikać spożywania alkoholu oraz substancji psychoaktywnych. Wskazówki mają za zadanie zapobiec nawrotom choroby [15].

Spis piśmiennictwa

1. Angst J., Ajdacic-Gross V., Rossler W.: Klasyfikacja zaburzeń nastroju. *Psychiatria Polska* 2015, 49(4), 63-671.
2. Antosik-Wójcińska A., Święicki Ł.: Terapia elektrowstrząsowa- skuteczna i bezpieczna alternatywa dla nieskutecznej farmakoterapii. *Psychiatria* 2014, 11(3), 166-170.
3. Baczewska B., Kropornicka B., Drozd C., Olszak C.: Ocena bólu, lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2013, 7-21.
4. Talarowska M., Gałeczki P.: Teoria wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga z perspektywy teorii neurorozwojowej depresji. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2017, 12(3), 101-107.
5. Datka W., Rachel W., Zyss T., Szwajca K., Jabłoński M.: Wpływ leczenia elektrowstrząsami na funkcje poznawcze w zaburzeniach depresyjnych. *Psychiatria* 2014, 11(3), 148-154.
6. Klimkiewicz A., Klimkiewicz J., Jakubczyk A., Kieres-Salomoński I., Wojnar M.: Współwystępowanie uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi.

- Część I. Epidemiologia podwójnego rozpoznania. *Psychiatria Polska* 2015, 49(2), 265-275.
7. Adamczyk M.: Skuteczność psychoterapii i farmakoterapii w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych z perspektywy neurobiologicznej. *Wszechświat* 2015, 116(1-3), 48-53.
 8. Dugiel G.: Zaburzenia depresyjne - ujęcie teoretyczne. *Polish Journal of Health and Fitness* 2018, 1, 36-46.
 9. Kieszkowska-Grudny A.: Dystres i depresja u chorych na nowotwory- diagnostyka i leczenie. *Onco Review*, 2012, 4(2) , 246-252.
 10. Bartoszek A., Kocka K., Ślusarska B., Bartoszek A., Nowicki G., Deluga A., Przepiórka K.: Sprawność funkcjonalna oraz wydarzenia życiowe a natężenie symptomów depresji wśród seniorów mieszkających w środowisku domowym. *Medycyna Rodzinna*, 2018, 1, 10-15.
 11. Heitzman J., Łoza B., Kosmowski W.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych: koncepcyjne założenia ICD-11. *Psychiatria Polska* 2011, 45(6), 941-950.
 12. Holas P., Żołnierczyk-Zreda D.: Terapia poznawcza oparta na uważności w leczeniu i zapobieganiu depresji. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2018, 18(1), 49-55.
 13. Kennedy S., Lam R., Nutt D., Thase M.: Depresja leczyć skuteczniej. Praktyczne zastosowanie zaleceń klinicznych. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2010, 2-6.
 14. Paprocka-Borowicz M., Trafalska A., Borowicz W.: Wpływ fototerapii na ograniczenie objawów depresji u pacjentów rehabilitowanych z powodu zaburzeń narządu ruchu. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2015, 5(2), 121-130.
 15. Sokół-Szawłowska M.: Fototerapia, postęp zastosowań w psychiatrii i innych dziedzinach medycyny. *Psychiatria* 2018, 15(1), 50-52.
 16. Kossakowska K.: Depresja poporodowa matki i jej konsekwencje dla dziecka i rodziny. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2019, 39(3), 134-151.
 17. Kuźel A., Krajewska-Kuła E., Śmigielska-Kuzia J.: Percepcja depresji w wybranych grupach społecznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015, 21(3), 295-302.

18. Łojko D., Suwalska A., Rybakowski J.: Dwubiegunowe zaburzenia nastroju i zaburzenia depresyjna w klasyfikacji DSM-5. *Psychiatria Polska* 2014, 48(2), 245-260.
19. Merk W., Kucia K., Marszałek M., Przytuła M., Drzyzga K.: Skuteczność elektrowstrząsów podtrzymujących w leczeniu lekoopornej depresji psychotycznej- opis przypadku. *Postępy Psychiatrii Neurologicznej* 2010, 19, 173-176.
20. Napierała M., Bodnar A., Chlopocka-Woźniak M., Permoda-Osip A., Rybakowski J.: Terapia elektrowstrząsowa i pamięć autobiograficzna u pacjentów z depresją lekooporną. *Psychiatria Polska*, 2019, 53(3), 589-597.
21. Poniatowska-Leszczyńska K., Małyszczak K.: Depresja a patologia osobowości w ujęciu psychodynamicznym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2013, 22(3), 201-209.
22. Poprawska J., Krzemińska S., Borodicz-Cedro A.: Rola pielęgniarki nad chorymi z depresją. *Współczesne pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2013, 2(2), 21-48.
23. Sterna W., Sterna A.: Psychoterapia a farmakoterapia- czy można je łączyć? *Psychiatria* 2016, 13(2), 84-91.
24. Wójcik M., Trędzbor B., Zalasiek E., Kucia K., Krupka-Matuszczyk I.: Skuteczność elektrowstrząsów w depresji psychotycznej u pacjentki po przeszczepie nerek. *Psychiatria i Psychoterapia* 2014, 10(2), 18-26.
25. Wichowicz H., Puchalska L., Rybak-Korneluk A., Puchalska M: Miejsce psychoterapii w prewencji i leczeniu depresji poudarowej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2018, 18(1), 56-60.
26. Woźniak A.: Zaburzenia depresyjne -rola pielęgniarki w edukacji pacjenta i jego rodziny. *Puls Uczelni* 2015, 1(9), 24-27.

ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTKĄ Z NIETRZYMANIEM MOCZU POWYŻEJ 55 ROKU ŻYCIA - STUDIUM PRZYPADKU

Maria Dorota Kwika¹, Iwona Augustynek², Ewa Kulbaka³, Katarzyna Wiśniewska⁴

¹ - *Uczelnia Państwowa im. Szymona Szymonowica w Zamościu. Instytut Humanistyczno-Medyczny. Zakład Pielęgniarstwa*

² - *Uczelnia Państwowa im. Szymona Szymonowica w Zamościu. Instytut Humanistyczno-Medyczny. Zakład Pielęgniarstwa*

³ - *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydział Nauk o Zdrowiu*

⁴ - *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Absolwentka Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Wydział Pedagogiki i Psychologii.*

Wstęp

Definicja i klasyfikacja nietrzymania moczu

Zgodnie z definicją Oświatowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization – WHO*) oraz Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (*International Continence Society –ICS*), nietrzymanie moczu (NTM) to niezależny od woli wyciek moczu z pęcherza moczowego, który jest problemem higienicznym oraz społecznym [1].

Zgodnie z ICS wyodrębniamy następujące rodzaje nietrzymania moczu:

1. Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM).
 - spowodowane nadmierną ruchomością szyi pęcherza,
 - spowodowane niewydolnością mechanizmu zwieraczowego.
2. Nagłace nietrzymanie moczu (NNM).
 - związane nadreaktywnością mięśnia wypieracza,
 - spowodowane małą podatnością ścian pęcherza moczowego.
3. Nietrzymanie moczu z przepełnienia.
 - niedoczynność mięśnia wypieracza,
 - przeszkoda w odpływie.
4. Nietrzymanie moczu poza zwieraczowe (przetoki, wady rozwojowe) [2].

Czynniki ryzyka występowania nietrzymania moczu u kobiet

Czynniki ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu według Bumpa można podzielić następująco:

- *predysponujące*, czyli cechy wrodzone takie jak płeć, rasa, czynniki genetyczne i anatomiczne, oraz czynniki kulturowe i środowiskowe,
- *wywołujące*, czyli porody, uszkodzenia mięśni i narządów miednicy, operacje chirurgiczne i radioterapia,
- *promujące*, czyli wiek, niedorozwój umysłowy, demencja, choroby środowiskowe,
- *dekompensujące*, czyli dieta, dysfunkcja jelit, menopauza, poziom aktywności fizycznej, choroby płuc, otyłość, zakażenia, choroby psychiczne [3].

Płeć odgrywa ważną rolę pod względem czynników wpływających na nietrzymanie moczu. Problem nietrzymania moczu dotyka częściej kobiet niż mężczyzn. Ciąża, prawidłowe zachowania kobiet w czasie porodu w tym ciężka praca związana z podnoszeniem ciężarów, liczba porodów siłami natury oraz poporodowe uszkodzenia krocza, zabiegi chirurgiczne czy też radioterapia przyczyniają się do powstania w późniejszym czasie ryzyka nietrzymania moczu [3].

Czynniki genetycznymi wpływającym na zaburzenia funkcjonowania układu moczowego mogą być choroby występujące u krewnych pierwszego stopnia takie jak choroba Parkinsona czy też choroba Ehlers – Danlosa. Powodują one wzrost ryzyka występowania u kobiety NTM. Jednym z nieuniknionych czynników wpływających na NTM jest starzenie się organizmu. U kobiet pojawia się okres po menopauzalny na skutek czego poziom estrogenów spada. Niższy poziom estrogenów w organizmie kobiety powoduje osłabienie mięśni w okolicach pęcherza moczowego i cewki, a spadek kolagenu przyczynia się do mniejszej elastyczności. Według Chmielewskiej i wsp. choroba nietrzymania moczu w okresie około menopauzalnym dotyka około 50% kobiet [3].

W ostatnich latach zauważa się coraz częstszy problem z otyłością, nadwagą oraz brakiem aktywności fizycznej nie tylko u młodych ludzi ale i u starszych kobiet. Są to czynniki ryzyka, które również powodują lub nasilają problemy z nietrzymaniem moczu. Wydaje się, że nie ma to związku z występowaniem NTM, a profilaktyka i eliminacja otyłości czy nadwagi wyeliminuje ryzyko NTM. Jednakże, kobiety chorujące na otyłość brzuszną, mają większe predyspozycje do chorowania na NTM, ponieważ w obrębie jamy brzusznej ciśnienie jest wyższe a ryzyko NTM wzrasta proporcjonalnie do wskaźnika BMI (Body Mass Index) [4].

Według badań naukowych w pielęgniarstwie i położnictwie czynnikiem ryzyka nietrzymania moczu jest nieprawidłowe funkcjonowanie jelit. Najczęściej spotykanym problem chorób jelitowych są zaparcia. Zaparcia wymuszają na organizmie podczas wypróżniania parcie na stolec co zwiększa szansę na wystąpienie wysiłkowego nietrzymania moczu. Nieprawidłowe funkcjonowanie jelit spowodowane jest również nieprawidłową dietą. Dieta jest również ważnym czynnikiem ryzyka zachorowania na NTM. Po pierwsze może doprowadzać do zaparć, a to wiąże się z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Po drugie niewłaściwa dieta, a w szczególności nie wyeliminowanie niektórych produktów spożywczych nasilają objawy nietrzymania moczu. Jednakże do końca nie udowodniono czy spożywanie produktów takich jak kofeina, alkohol, tiamina mają właściwości zwiększające ryzyko nietrzymania moczu [5].

Choroby płuc oraz palenie tytoniu mają wpływ na ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu. Palenie tytoniu jest czynnikiem, który wpływa na osobę palącą wymuszając tzw. kaszel palacza. Wskutek kaszlu dochodzi do nagłego wzrostu ciśnienia w obrębie jamy brzusznej. Palenie tytoniu wiąże się również ze zmniejszoną produkcją kolagenu co powoduje osłabienie dna miednicy [4].

Według danych dostępnych na licznych forach medycznych oraz na podstawie dostępnej literatury można odnaleźć statystyki mówiące o wiedzy społeczeństwa na temat nietrzymania moczu u kobiet oraz przyczyn, które spowodowały to schorzenie.

Zdaniem 47% badanych uważa się, że największy problem z nietrzymaniem mają kobiety w przedziale 45 – 55 lat, kolejno kobiety w przedziale powyżej 50 roku życia, powyżej 70 roku życia, a najmniejszy procent odnotowano wśród kobiet znajdujących się w przedziale wiekowym od 35 do 45 roku życia [6].

Na podstawie danych ukazanych powyżej ponad 35% ankietowanych uważa, iż głównym czynnikiem, który wpływa na nietrzymanie moczu jest aktywność seksualna, kolejno, prawie 25 % uważa za przyczynę czynniki genetyczne i mniej niż 20 % stanowią odpowiedzi: status w związku, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie. Analizując podane odpowiedzi wysuwają się wnioski, mówiące jaki poziom wiedzy reprezentują ankietowani na temat występowania NT wśród kobiet. Niezbędną potrzebą okazują się być edukacja zdrowotna i wykorzystywanie jej praktyce, poziom wiedzy jest niski, może być to spowodowane dostępnością do źródeł wiedzy i informacji na ten temat [6].

Diagnostyka nietrzymania moczu u kobiet

Diagnostyka nietrzymania moczu pomaga w rozpoznaniu schorzenia i jest kluczowym punktem w całym procesie leczenia. Pomaga określić stopień dolegliwości, zaawansowania schorzenia, a także rodzaj nietrzymania moczu. Do podstawowych badań zaliczamy:

Wywiad - jest pierwszym etapem w diagnostyce pozwalającym na określenie różnorodności NM. Pozwala również określić objawy, które towarzyszą nietrzymaniu moczu, a są nimi ból w oddawaniu moczu, powracające infekcje dróg moczowych, a także może dochodzić do krwimoczu [7]. Podstawą wywiadu jest zebranie jak największej ilości informacji od pacjenta na temat przebytych operacji, w szczególności w okolicy miednicy mniejszej, przebytych porodów. Jednym z ważniejszych aspektów zebranych w wywiadzie są informacje na temat przyjmowanych leków. Nieprawidłowe nawodnienie organizmu również może nasilać nietrzymanie moczu, dlatego w wywiadzie porusza się też temat odżywiania. Czynniki wiążącymi się z odżywianiem, wpływającymi na nietrzymanie moczu jest prawidłowe funkcjonowanie jelita grubego. Jeżeli dochodzi do zaparć u pacjentki powinniśmy również to zaznaczyć w karcie wywiadu. Nietrzymanie moczu mogą również pobudzać niektóre produkty spożywcze, to także ważna informacja zawarta w wywiadzie pielęgniarskim. Podczas przeprowadzania wywiadu pielęgniarka wspomaga się dostępnymi kwestionariuszami, dzięki którym można określić stopień nasilenia objawów nietrzymania moczu. Dostępne są również dzienniczki pomagające zbierać informacje przez pacjentki, gdzie odznaczają częstość mikcji oraz objętość. Wszystko to pozwala na bardziej obiektywne, prawdopodobne uzyskanie informacji w wywiadzie [8].

Badania fizykalne - badanie urologiczno-ginekologiczne jest ważnym etapem w zbieraniu informacji w NM. Polega na ocenie wyglądu sromu, zwróceniu uwagi na ewentualną infekcję albo powstałe przetoki czy też lokalizację cewki moczowej, uwzględniając jej elastyczność i wrażliwość na dotyk. Badanie palpacyjne pozwala wykluczyć ból pęcherza, co może wskazywać na infekcję dróg moczowych ewentualnie o zapaleniu pęcherza moczowego. Badania pozwalają na określenie stanu błon śluzowych pochwy a poprzez badanie cewki moczowej można wykluczyć zgrubienia, które wskazują na schyłkowość cewki moczowej. Istotne u pacjenta jest wykonanie próby kaszlowej podczas postawy ginekologicznej lub stojącej [7].

Badanie neurologiczne- badanie neurologiczne pozwala określić stan unerwienia. Dotyczy w szczególności odcinka S2 – S4 okolic pochwy i krocza. Ważną czynnością podczas tego badania jest ocena odruchu opuszkowo – jamistego oraz odruchów ścięgniastych kończyn dolnych [7, 9].

Test podpaskowy - jest to test polegający na kontroli objętości oddanego moczu w danym czasie. Wkładkę pacjentki waży się przed założeniem jak i po, pozwalając tym na zmierzenie objętości moczu i określenie stopnia nietrzymania moczu. Test dzieli się na długi, kiedy trwa 12 – 48 godzin, a krótki zajmuje około jednej godziny. Pacjentka przed dokonaniem takiego testu powinna być wyedukowana, wypić dwie szklanki wody, odczekać pół godziny i w sposób kontrolowany oddać mocz w podpaskę. Wynik pozytywny jest wtedy, gdy waga wkładki będzie o 2 gramy wyższa niż przed oddaniem moczu [7, 9].

Test patyczkowy - test patyczkowy (Q – tip test) używany podczas badania wysiłkowego nietrzymania moczu, co pozwala na określenie ruchomości cewki pęcherza. Badanie polega na umieszczeniu patyczka higienicznego w cewce i kontrolowaniu położenia patyczka. Badanie ma wynik negatywny kiedy patyczek nachyla się pod kątem większym niż 30°, wówczas mówi się o dużej ruchomości cewki moczowej [10].

Próba Bonneya - inaczej próba kaszlowa pacjenta, który podczas badania ma wypełniony pęcherz moczowy. Dokonuje się badania poprzez włożenie palca do pochwy i podniesienie przedniej ściany. W tym momencie pacjent jest poproszony o kaszel. Jeżeli mocz jest wydalany podczas kaszlu, mówi się o znikomych szansach na pozytywne leczenie operacyjne [10].

Kompleksowe badanie urodynamiczne- badanie pozwalające na zdiagnozowanie prawidłowego funkcjonowania dolnych dróg moczowych w tym zdolność mięśnia wypieracza i zwieracza cewki moczowej. Elektromiograf zapisuje zdolność funkcjonowania mięśni oraz dokonuje pomiaru ciśnienia w pęcherzu moczowym. Badanie jest rozszerzone o cystometrię, uroflometrię i profilometrię cewkową [7].

Badanie wideourodynamiczne - aby określić prawidłowe funkcjonowanie dolnych dróg moczowych pacjentka zostaje poddana badaniu wideo – urodynamicznemu, które polega na podaniu do moczu kontrastu [7].

Profilaktyka wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet

Aby nie dopuścić do schorzenia jakim jest NM, należałoby aby kobiety jak najwcześniej poddały się profilaktyce i eliminacji czynników podnoszących prawdopodobieństwo zachorowalności na nietrzymanie moczu.

Profilaktykę powinno się zacząć od wprowadzenia w życie podstawowych aspektów zdrowego trybu życia zaczynając od rezygnacji palenia wyrobów tytoniowych, których skutkiem jest pojawiający się uporczywy kaszel doprowadzający do pojawienia się wysiłkowego nietrzymania moczu, jak i również stosowanie zbilansowanej diety, dzięki której nie doprowadzi się do powstania zaparc jak i również otyłości. Objawy nietrzymania moczu nasilają się na skutek wysiłku fizycznego, dlatego powinno się go ograniczyć ale przy tym wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy [9].

Duże znaczenie dla pojawiania się NM ma poprawne prowadzenie porodów jak i poporodowa profilaktyka NM. Okres między porodami nie powinien być ponaglany. Aby profilaktyka poporodowa była skuteczna zaleca się kobietom już w okresie ciąży wykonywanie tzw. ćwiczeń mięśnia Kegla, które powodują poprawę funkcjonowania mięśni dna miednicy i eliminują wystąpienie NM. Podczas okresu około – i postmenopauzalnego ważne jest aby profilaktyka nietrzymania moczu była odgrywana po przez hormonalną terapię zastępczą.

Leczenie nietrzymania moczu u kobiet

Leczenie nietrzymania moczu zostało podzielone na dwa etapy. Pierwszy polega na leczeniu zachowawczym, a jeżeli to nie skutkuje przechodzi w leczenie chirurgiczne [10].

Leczenie zachowawcze

Pierwszy etap leczenia pacjentki z nietrzymaniem moczu wynikający z niewielkich odchyłeń od normy, podlegający leczeniu. Leczenie zachowawcze zastępuje zazwyczaj chirurgiczne kiedy nie ma innej możliwości podjęcia leczenia lub nie ma zgody pacjentki na zabieg chirurgiczny [10].

W skład leczenia zachowawczego wchodzi terapia behawioralna, kinezoterapia, używanie ciężarków dopochwowych, biofeedback, stosowanie pessariów, a także pole magnetyczne [11].

Trening behawioralny ma za zadanie pomóc pacjentce w nauce kontrolowania mikcji całodobowo. Metoda najczęściej wykorzystywana podczas leczenia wysiłkowego i mieszanego nietrzymania moczu [11].

Kinezyterapia to trening mięśnia dna miednicy powstał na podstawie opracowania Kegla. Ćwiczenia wykonywane polegały na: 1 – 1,5 sekundy skurczów mięśni po 8 – 12 skurczów w każdej serii, a było ich 3 i utrzymanie każdego skurczu co najmniej przez 6s. Regularnie wykonywane ćwiczenia mogą zmniejszyć nietrzymanie moczu aż o 50%. Ćwiczenia stabilizują strukturę dna miednicy i pomagają utrzymać mocz w pęcherzu jak i zmniejszają dolegliwości parć naglących – nykturia i częstomocz [11].

Treningi należy zacząć od wyjaśnienia pacjentce na czym polegają i jaką rolę będą odgrywać podczas terapii. Efekty treningów kontrolujemy za pomocą skali Brinka, gdzie ocenia się siłę mięśni dna miednicy mniejszej [11]. Siłę mięśni można ocenić za pomocą urządzenia jakim jest perinometr lub techniką biofeedbacku wizualnego. Biofeedback pozwala na skontrolowanie napięcia dna miednicy w sposób graficzny, za pomocą elektrod.

Najskuteczniejszą metodą w leczeniu WNM jest elektrostymulacja. Stymulowanie nerwów w okolicy spojenia łonowego przyczynia się do efektywniejszego leczenia NM, a zawdzięcza się ten proces elektrodom umieszczonym w pochwie i odbytnicy, stosowanych jedynie 2 razy dziennie.

Pessaria, czyli wkładki dopochwowe stosuje się u kobiet, które nie mogą być poddane leczeniu operacyjnemu. Nie stosuje się ich u pacjentek kiedy mają skróconą pochwę o 6cm lub poszerzone wejście jak i występuje u nich wypadanie tylnego kompartymentu pochwy III i IV stopnia oraz kiedy pacjentka chce zachować aktywność seksualną. Pessaria mogą wywoływać niepożądane objawy: upławy i nieprzyjemny zapach z pochwy. Pessaria muszą być odpowiednio dobrane aby nie powodowały odleżyn i podrażnienia pochwy podczas wysuwania się.

Leczenie farmakologiczne u kobiet podczas okresu postmenopauzalnego polega na skutecznej hormonalnej terapii zastępczej. Stymuluje się receptory estrogenowe nabłonka cewki moczowej za pomocą estrogenów dopochwowych prowadząc do zwiększenia przepływu krwi przez sploty tętniczo – żyłne. Powoduje to ciaśniejsze przyleganie do siebie fałdów błony śluzowej oraz doprowadza do poprawy funkcjonowania zwieracza cewki moczowej [11].

OAB i NNM leczy się farmakologicznie za pomocą terapii lekami antycholinergicznymi, które działają relaksacyjnie na mięsień wypieracza pęcherza moczowego poprzez zmniejszenie aktywności głównego neuroprzekaźnika pęcherza – acetylocholiny. Leki te powodują zmniejszenie częstości oddawania moczu i doprowadza do zwiększenia pojemności pęcherza moczowego [9].

Obecnie w leczeniu NNM stosuje się mirabegron. Dprowadza on do rozluźnienia mięśni wypieracza co powoduje, że skurcze występują rzadziej. Demopresyna jest lekiem działającym antydiuretycznie. Stosowany podczas NM, jednak jego działanie jest zbyt krótkie aby można było się tylko nim posiłkować przy schorzeniu [10].

Leczenie operacyjne

W schorzeniu nietrzymania moczu istnieje wiele metod leczenia, poczynając od najmniej inwazyjnych, a kończąc na leczeniu operacyjnym. Jednakże najbardziej skutecznym ale i niosącym ryzyko powikłań jest leczenie operacyjne [12].

Leczenie operacyjne jest dobierane odpowiednio do przebiegu całej choroby, od jej początków. NM dzieli się na dwa rodzaje. NM wywołane poprzez nadmierną ruchomość szyi pęcherza moczowego albo brak prawidłowego funkcjonowania zwieraczy. W powyższych przypadkach dokonuje się operacji polegającej na stabilizacji szyi pęcherza lub cewki moczowej.

Dostępne są trzy metody operacji: igłowe podwieszenie pęcherza, plastyka przedniej ściany pochwy, a także operacja z dostępu nadłonowego [13].

- **Operacje z dostępu nadłonowego:** jedna z najczęściej stosowanych metod operacyjnych w Polsce, wykonywana również za pomocą laparoskopu. Posiada największą skuteczność wyleczenia pacjentki. Dostęp nadłonowy wiąże się w tej metodzie z podszyciem bocznych ścian pochwy do więzadeł Coopera [8].
- **Przezpochwowe igłowe podwieszenie szyi pęcherza:** operacje z najmniejszą skutecznością dlatego nie są używane już w dzisiejszych czasach [11].
- **Plastyka przedniej ściany pochwy:** stosowana najczęściej w ginekologii, a jej głównym celem jest skutek uboczny. Jest nim zmniejszenie dolegliwości nietrzymania moczu [7].
- **Operacje pętlowe:** polegają na umocowaniu pod szyją pęcherza taśm podtrzymujących, które zapobiegają uciskowi. Pasek mocuje się do ściany jamy brzusznej lub kości łonowej jednakże bardziej wytrzymałe są paski przymocowane do kości. Zabiegi pętlowe to najczęstszy sposób eliminacji problemu nietrzymania moczu u kobiet w Polsce [1].

Opieka pielęgniarska nad pacjentką leczoną z powodu nietrzymania moczu

a) Opieka przedoperacyjna

Pacjentka poddana operacji uroginekologicznej przedtem musi przejść szereg badań, przygotowań do zabiegu aby przebiegł on poprawnie. Trwają one zazwyczaj około tygodnia, a nawet i dłużej jeśli u pacjentki występują choroby współistniejące

Ważnym aspektem w przygotowaniu pacjentki do operacji jest jej edukacja, wsparcie psychiczne, w szczególności walka ze stresem przed operacyjnym. Praca z pacjentką dotycząca tych aspektów pozwala zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań podczas operacji. Pacjentka również powinna świadomie podpisać zgodę na zabieg dlatego ważne jest aby zaznajomić ją z ewentualnym ryzykiem i przebiegiem całej operacji [14].

Wywiad jest podstawą jaką pielęgniarka powinna uzyskać podczas przyjęcia pacjentki na oddział. Ważne jest aby pozyskać jak najwięcej informacji z historii medycznej, jej przeszłości ginekologiczno-położniczej i chorób współistniejących, jakie leki przyjmuje, czy posiada na coś alergię, liczba przebytych ciąży, a także uzyskać informacje na temat stosowanych używek [14].

Przygotowanie pacjentki do zabiegu wiąże się również z badaniami fizykalnymi, a należą do nich ocena narządu rodowego, szyjki macicy, zmiany na śluzówce pochwy, wypadanie pochwy. W przypadku wystąpienia zmian troficznych pacjentka poddawana jest leczeniu zachowawczemu przed operacją. Podstawą każdego zabiegu jest również ówczesne pobranie badań takich jak morfologia krwi, oznaczenie grupy krwi, elektrolity, próba krzyżowa, mocznik, EKG, glukoza we krwi jak również próby wątrobowe [9].

W przypadku kiedy kobieta choruje na cukrzycę, pacjentka powinna zostać przyjęta na oddział, a przed zabiegiem muszą zostać pobrane badania takie jak stężenie glikemii, elektrolitów, mocznika w surowicy krwi oraz ciał ketonowych w moczu. Jeżeli pacjentka przyjmuje leki z grupy hipoglikemizującej musi je przerwać na dzień przed zabiegiem natomiast jeśli dawkuje sobie metforminę musi ją odstawić minimum 48 godzin przed zabiegiem. Leczenie cukrzycy będzie można kontynuować po zabiegu za zgodą lekarza. W przypadku kiedy pacjentka stosuje antykoncepcje zaleca się aby ją przerwać na 6 tygodni przed operacją ponieważ niesie to za sobą ryzyko zatoru. Wdraża się profilaktykę przeciw zatorowo – zakrzepową po przez podanie heparyny dzień przed i po operacji [11].

b) Opieka pooperacyjna

Opieka pooperacyjna polega na przywróceniu pacjentki do jak najlepszego stanu po zabiegu. Ważna kwestia jest niedopuszczenie do powikłań po operacji, albo szybkie wychwycenie ich i reakcja.

Anatomia układu moczowego, bliskość, powiązanie elementów budowy ciała w tym: macicy, cewki moczowej, pęcherza, moczowodów podnosi ryzyko powikłań. Najczęściej dochodzi do utraty krwi i jej przetaczania. Również występują problemy z oddaniem moczu czy też zaparcia. Najważniejszy jest też czas poświęcony pacjentce co przyspiesza czas powrotu do zdrowia i proces gojenia się ran [13].

Przewiezienie pacjentki z bloku operacyjnego na salę powinien być wcześniej przygotowany. Łóżko, na którym pacjentka będzie leżała powinno być uprzednio przygotowane na czas dalszej hospitalizacji. Opieka pielęgniarska ma na celu zapewnienie spokoju i komfortu psychicznego pacjentki, pozwala również na zminimalizowanie dolegliwości bólowych, które nasilają się podczas prób poruszania się. Na sali pooperacyjnej powinien znajdować się szereg udogodnień dla pacjentów, zaczynając od wygodnych materacy, poduszki, ciepłe okrycia po aparaturę medyczną między innymi: respirator, ssak, dostęp do tlenu, pompy infuzyjne, aparat do mierzenia ciśnienia. Po upływie 24 godzin pacjentka w dobrym stanie jest przewożona na salę chorych, gdzie podlega ciągłej obserwacji i ocenie pielęgniarskiej poprzez kontrolę podstawowych parametrów życiowych takich jak: tętno, ciśnienie tętnicze, sprawdzanie oddechu i temperatury ciała. Pacjentkę należy mieć pod kontrolą przez kilka godzin po zabiegu, zmniejszając odstępy czasowe o ile jej stan jest zadowalający.

Ważnym punktem podczas opieki po operacji jest kontrolowanie układu krążenia. Miarowość, częstość, ciśnienie tętnicze krwi, kolor powłok skórnych to wszystkie parametry do podstawowej kontroli stanu pacjenta. Ważna jest też kolorystyka moczu, kontrola krwawienia z dróg rodnych oraz perystaltyka jelit. Mogą wystąpić również wymioty, dlatego ważne jest też przygotowanie ligniny i miski nerkowatej w zasięgu pacjenta. Zabiegi operacyjne niosą za sobą rany pooperacyjne, które potrzebują profesjonalnego opatrunku. Opatrunek jest zmieniany po 24 godzinach od zabiegu, wcześniej jeżeli dojdzie do przesiąknięcia. Ważne jest zastosowanie aseptyki podczas zmiany opatrunku, przemycia rany czy też utrzymanie w czystości bielizny pościelowej i osobistej. Przed planowanym zakończeniem hospitalizacji pacjentki należy poinformować o odpowiedniej pielęgnacji oraz obserwacji rany, poinformować o przeciwwskazaniach takich jak: podnoszenie ciężarów, długie spacerowanie, wysiłek fizyczny oraz czynności, które powodują wzrost ciśnienia śródbrzusznego. W takiej sytuacji należy wyedukować pacjentkę w zakresie poruszania się,

wykonywania pewnych czynności oraz przekazać informacje o tym, gdzie i kiedy powinna zgłosić się na wizyty kontrolne [15].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest dokładne poznanie przypadku nietrzymania moczu u kobiety powyżej 55 roku życia, zaplanowanie oraz realizowanie opieki nad pacjentką przed operacją oraz w okresie pooperacyjnym.

Problem badawczy:

Jaką rolę pełni pielęgniarka w opiece nad pacjentką leczoną z powodu nietrzymania moczu?

Materiał i metodyka badania

Na potrzeby niniejszej pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Jako technikę badawczą zastosowano wywiad pielęgniarski, obserwację pielęgniarską, analizę dokumentacji pacjenta, podstawowe pomiary (temperatura ciała, ciśnienie tętnicze, tętno, liczba oddechów, masa ciała, wzrost). W badaniu wykorzystano następujące narzędzia badawcze: arkusz do gromadzenia danych o pacjencie, skalę Barthel do oceny sprawności samoobsługowej, skalę numeryczną oceny bólu VAS (ang. Visual Analogue Scale), skalę Norton do oceny ryzyka rozwoju odleżyn, kwestionariusz UDI-6 (*Urogenital Distress Inventory*), kwestionariusz IIQ-7 (*Incontinence Impact Questionnaire*), kartę gorączkową, kartę działań pielęgniarskich oraz kartę obserwacji pacjenta z cewnikiem moczowym.

Badanie przeprowadzono na Oddziale ginekologiczno – położniczym Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Zamościu, znajdującego się na ul. Aleje Jana Pawła II w styczniu 2021 roku. Objęto nimi 55 letnią pacjentkę ze schorzeniem nietrzymania moczu. Uzyskano zgodę na badania diagnostyczne.

Wyniki

Studium indywidualnego przypadku pacjentki z nietrzymaniem moczu - analiza i opis

55 letnia pacjentka P.P. została przyjęta do Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II na ul. Aleje Jana Pawła II 10 w Zamościu na Oddział Ginekologiczno – Położniczy. Pacjentka przyjęta na oddział z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu, a także podejrzeniem nieprawidłowości w układzie płciowym.

U pacjentki P.P. miesiączka występowała regularnie od 12 roku życia do około 49 roku życia. Urodziła pięcioro dzieci w następującym wieku: 20, 22, 24, 26, 28 lat.

Porody przebiegły w sposób naturalny. Dzieci kolejno o masie: 2900g, 2800g, 3000g, 2500g, 2550g. Po ostatnim porodzie skontrolowano jamę macicy, ponieważ podczas porodu doszło do krwotoku. Do nietrzymania moczu doszło po czwartym porodzie, a później problem się nasilał. Po czwartym porodzie poddana była operacji Doleris.

Wywiad zebrany od pacjentki oraz dokumentacja medyczna świadczą o tym iż pacjentka ma wzmożoną mikcję podczas wysiłku fizycznego, śmiechu, kaszlu czy też kichania.

W pierwszą dobę na oddziale pacjentka przechodziła podstawowe badania diagnostyczne oraz laboratoryjne a także zebrano od niej wywiad.

W drugiej dobie pacjentka przeszła operację polegającą na plastyce powięzi ścian pochwy.

Pierwsza doba po operacji przebiegła pomyślnie. Stan pacjentki określony jako dobry, parametry życiowe w normie. Pacjentka skarżyła się jedynie na niewielkie dolegliwości bólowe wynikające z ran pooperacyjnych. Wystąpiło niewielkie krwawienie z dróg rodnych. Pacjentce podano płyny i leki przeciwbólowe, a także heparynę aby nie doszło do zakrzepów. Druga i trzecia doba dla pacjentki przebiegła prawidłowo. Parametry życiowe w normie, jedynie pojawiło się plamienie z dróg rodnych ale mocz był oddany w poprawny sposób.

Czwarta doba ukazała krwaka na ścianie pochwy, a pacjentkę przetransportowano od razu na salę operacyjną. Po zabiegu pacjentka leżała pod intensywną kontrolą kadry medycznej.

Piąta doba dla pacjentki była ostatnim dniem pobytu w szpitalu, ponieważ stwierdzono prawidłowe funkcje życiowe, po czym została wypisana do domu.

Problemy pielęgnacyjne, cele, interwencje pielęgniarские i ocena realizacji działań pielęgniarских w opiece nad pacjentką z nietrzymaniem moczu

Proces pielęgnowania jest to dokumentacja, w której są zawarte działania przeprowadzane nad pacjentem. Polega na rozpoznaniu zdiagnozowaniu problemów pacjenta, postawieniu celu oraz zakresu działań pielęgniarских pozwalających zminimalizowanie czynników ubocznych schorzenia, a także powikłań pooperacyjnych. Każde podjęte działanie pielęgniarские wpływa na końcową ocenę stanu pacjenta.

➤ Diagnoza pielęgniarська 1: Stres spowodowany zaplanowaną operacją.

✓ **Cel działania:** Wyjaśnienie specyfiki i odpowiednie przygotowanie pacjentki do zabiegu w celu zminimalizowania stanów lękowych.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- zapewnienie komfortu psychicznego pacjentce oraz zapewnienie intymnych warunków,
- zdobycie zaufania pacjentki oraz zapewnienie bezpieczeństwa,
- zapewnienie oparcia psychicznego,
- rozmawianie z pacjentką o tym co czuje i czego się obawia,
- poinformowanie pacjentki o wszystkich obiekcjach, związanych z zabiegiem w zakresie kompetencji pielęgniarki oraz w razie potrzeby umożliwiono rozmowę z lekarzem prowadzącym.

✓ **Ocena:** Obniżono poziom stresu spowodowany zaplanowaną operacją.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 2: Ból spowodowany dolegliwościami pacjentki.**

✓ **Cel działania:** Ukojenie bólu, zminimalizowanie dolegliwości bólowych pacjentki.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- analizowano osobowość pacjentki co pozwala ocenić intensywność dolegliwości bólowych,
- kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych i udokumentowanie ich
- obserwowanie stanu rany pooperacyjnej,
- wyjaśnianie pacjentce jak powinna obchodzić się z raną,
- obserwowanie pacjentki po podanych lekach,
- zapewnienie pacjentce leków przeciwbólowych.

✓ **Ocena:** Zminimalizowano ból spowodowany dolegliwościami pacjentki.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 3: Ryzyko pojawienia się powikłań zatorowo – zakrzepowych.**

✓ **Cel pielęgnacyjny:** Zminimalizowanie ryzyka pojawienia się powikłań zatorowo-zakrzepowych.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- kuracja farmakologiczna według zaleceń lekarza,
- mobilizowanie pacjentki do aktywności w miarę jej możliwości,
- podnoszenie kończyn dolnych w pozycji leżącej.

✓ **Ocena:** Ryzyko powikłań zatorowo – zakrzepowych nie wystąpiło.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 4: Brak podstawowej wiedzy i umiejętności dotyczące opieki, samopielegnacji po operacji.**

✓ **Cel działania:** Edukacja pacjentki w zakresie samoopieki i samopielegnacji.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- poinformowanie w jaki sposób pacjentka powinna pielęgnować ranę,
- poinformowanie o tymczasowym zrezygnowaniu z aktywności fizycznych, podnoszeniu ciężarów do 5 kilogramów,
- wyjaśnienie w jaki sposób winna wykonywać czynności codzienne w sposób nie naruszający mięśnia dna miednicy,
- edukowanie pacjentki, nauczanie samoobserwacji pod kątem wystąpienia niepożądanych powikłań,
- wyrobienie u pacjentki nowych nawyków higienicznych,
- poinformowanie pacjentki o miejscu i dacie wizyty kontrolnej.

✓ **Ocena:** Zwiększono wiedzę pacjentki na temat samopielegnacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 5: Nietrzymanie moczu powstałe na skutek zaburzenia funkcji zwieraczy.**

✓ **Cel działania:** Ograniczenie następstw zaburzeń mikcji.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- prowadzenie bilansu płynów,
- ocena diurezy (ilość i częstość mikcji, barwa moczu, obecność zmiany patologicznej),
- założenie cewnika Foley'a,
- wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych,
- zaopatrzenie w środki ochrony osobistej,
- zamiana bielizny osobistej,
- ocena gospodarki wodno-elektrolitowej,
- umożliwienie przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej,
- zapoznanie z technikami wzmocnienia mięśni zwieraczy cewki moczowej,
- wprowadzenie wspomaganej mikcji metodami farmakologicznymi.

✓ **Ocena:** Ograniczono następstwa zaburzeń mikcji.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 6: Niepokój pacjentki o własne zdrowie spowodowane brakiem wiedzy na temat zaplanowanego zabiegu operacyjnego.**

- ✓ **Cel działania:** Ograniczenie lęku przedoperacyjnego.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - obserwowanie stanu pacjentki,
 - wyjaśnienie celu, przebiegu, możliwych powikłań pooperacyjnych,
 - zapewnienie wsparcia psychicznego ze strony personelu medycznego, rodziny,
 - umożliwienie przeprowadzenia rozmowy, wyjaśnienia przebiegu zabiegu przez personel medyczny,
 - zadbanie o przyjazną atmosferę,
 - zapoznanie pacjentki z metodami minimalizującymi negatywne emocje (mikroklimat, warunki do wyciszenia się, relaksacja, informowanie o podejmowanych czynnościach przez personel medyczny).
- ✓ **Ocena:** Ograniczono lęk pacjentki.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 7: Ryzyko wystąpienia wczesnych i późnych powikłań pooperacyjnych na skutek wystąpienia komplikacji w czasie zabiegu.**

- ✓ **Cel działania:** Eliminacja wczesnych i późnych powikłań pooperacyjnych.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - monitorowanie stanu zdrowia pacjentki w okresie pooperacyjnym (kontrola parametrów oraz dokumentowanie czynności),
 - obserwowanie pacjentki pod względem wystąpienia objawów niepożądanych - wczesnych objawów niepożądanych tj. dolegliwości bólowe, utrudniony oddech, krwotok, złe samopoczucie ocena obecności (ilości) wydzieliny,
 - obserwowanie diurezy (godzinowa/dobowa) – ilości, zabarwienia, obecności treści patologicznej,
 - przeprowadzenie badań laboratoryjnych,
 - zastosowanie farmakoterapii wspomaganej + płyno-terapia.
- ✓ **Ocena:** Wyeliminowano wczesne i późne powikłania pooperacyjne.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 8: Możliwość rozwoju infekcji wskutek zaniedbań pielęgnacyjnych okolicy rany pooperacyjnej.**

- ✓ **Cel działania:** Niedopuszczenie do powstania zakażenia.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**

- ocena rany pooperacyjnej,
- kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych,
- obserwowanie opatrunku pod względem ilości, zabarwienia wydzieliny,
- zmiana opatrunku zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki,
- pobranie materiału biologicznego do badań laboratoryjnych,
- wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych w obrębie rany pooperacyjnej,
- wprowadzenie farmakoterapii na zlecenie lekarza.
- ✓ **Ocena:** Nie dopuszczono do powstania zakażenia.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 9: Dolegliwości bólowe spowodowane rozwojem procesu stanu zapalnego w obrębie narządów rodnych, okolicy krocza.**

- ✓ **Cel działania:** Uśmierzanie bólu.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - ocena dolegliwości bólowych według skali,
 - ocena nasilenia, miejsca, czasu trwania bólu,
 - kontrolowanie parametrów życiowych,
 - zapoznanie z technikami minimalizującymi ból (wygodne ułożenie, bielizna pościelowa i osobista, mikroklimat, warunki do odpoczynku, okłady),
 - wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych,
 - zastosowanie zleconych przez lekarza leków o działaniu przeciwbólowym.
- ✓ **Ocena:** Zminimalizowanie dolegliwości bólowych spowodowanych rozwojem stanu zapalnego w obrębie narządów rodnych, okolicy krocza.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 10: Możliwość wystąpienia zaburzeń zakrzepowo-zatorowych wywołanych unieruchomieniem, ograniczoną zdolnością poruszania się.**

- ✓ **Cel działania:** Zastosowanie działań profilaktyki przeciwzakrzepowej.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - ocena ryzyka rozwoju zaburzeń zatorowo – zakrzepowych przy zastosowaniu skali,
 - ocena czynników ryzyka wpływających na rozwój stanu chorobowego,
 - zastosowanie ćwiczeń czynnych, czynno – biernych,
 - zapoznanie z ćwiczeniami oddechowymi,
 - zachęcenie do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego,

- zastosowanie preparatów farmakologicznych.
- ✓ **Ocena:** Nie dopuszczono do wystąpienia zburzeń zakrzepowo zatorowych wywołanych unieruchomieniem.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 11: Obecność krwaka w tylnej ścianie pochwy jako skutek późnych powikłań pozabiegowych.**
- ✓ **Cel działań:** Wyeliminowanie następstw zmian chorobotwórczych.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - ocena samopoczucia pacjentki,
 - kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych.
- ✓ **Ocena:** Krwaki nie powiększa się.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 12: Obawa o stan zdrowia spowodowany brakiem wiedzy na temat samoopieki, samopielęgnacji w warunkach domowych.**
- ✓ **Cel działania:** Ograniczenie przykrych doznań, negatywnych emocji.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - przeprowadzenie rozmowy z pacjentką na temat towarzyszących obaw związanych z jej stanem zdrowia,
 - wyjaśnienie wątpliwości,
 - zaopatrzenie w pomoce naukowe dotyczące procesu chorobowego,
 - zaopatrzenie w potrzebne przybory higieniczne,
 - przekazanie informacji odnośnie możliwości skorzystania z pomocy instytucjonalnej,
 - przekazanie i pouczenie pacjentki o konieczności stawienia się na umówioną wizytę kontrolną (konsultację specjalistyczną) po pobycie w szpitalu,
- ✓ **Ocena:** Zmniejszono poziom obaw pacjentki spowodowany brakiem wiedzy na temat samoopieki w warunkach domowych.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 13: Ograniczona zdolność zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych spowodowana osłabieniem w okresie pooperacyjnym, ograniczonym zakresem ruchów.**
- ✓ **Cel działania:** Zaspokojenie potrzeb życiowych oraz udzielenie wsparcia psychicznego, fizycznego.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - ocena deficytów w zakresie samoopieki w oparciu o zastosowaną skalę,

- kontrolowanie parametrów życiowych i ich dokumentacja,
 - wykonanie czynności pielęgnacyjnych – toaleta całego ciała, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, zmiana pozycji,
 - zaopatrzenie w sprzęt i podjęto czynności z zakresu wczesnej profilaktyki zaburzeń mikrokrażenia (zapobiegania rozwoju odleżyn, zakrzepowo – zatorowych),
 - pomoc w spożywaniu pokarmu (dobór diety pod względem ilościowym i jakościowym), nawodnienie.
- ✓ **Ocena:** Zaspokojono podstawowe potrzeby życiowe pacjentki.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 14: Obniżone poczucie własnej wartości wskutek towarzyszących dolegliwości.**

- ✓ **Cel działania:** Udzielenie wsparcia psychicznego podopiecznej.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
- ocena stanu samopoczucia pacjentki,
 - przedstawienie metod, które powodują ograniczenie dyskomfortu u pacjentki.
- ✓ **Ocena:** Podniesiono poziom poczucia własnej wartości u pacjentki.

Wnioski

Pielęgniarka pełni bardzo ważną rolę podczas opieki nad pacjentem. Przygotowuje pacjenta psychicznie oraz fizycznie podczas pobytu w szpitalu. Zaczynając od podstawowych czynności jakie wykonuje przygotowując pacjenta do zabiegu, a kończąc na etapie opieki pooperacyjnej, pomocy w powrocie do pełni sił, jak i edukacji w zakresie samoopieki po wyjściu ze szpitala. Słucha i wspiera pacjenta jak również prowadzi dokumentację stanu zdrowia pacjenta kontrolując na bieżąco stan zdrowia.

Pielęgniarka ma obowiązek opiekować się pacjentem do momentu powrotu do domu. Kontrolować podstawowe parametry życiowe w okresie przedoperacyjnym jak i pooperacyjnym. Pielęgniarka ma za zadanie również kontrolę diurezy, koloru moczu, oraz cewnika. Wspomaga pacjenta w zmniejszeniu dolegliwości bólowych poprzez farmakoterapię. Przeciwdziała również powstaniu sytuacji wzmożonego ryzyka poprzez szybkie wykrywanie skutków operacji. Stara się zapewnić komfort psychiczny i fizyczny pacjenta przebywającego na szpitalnej sali.

Pielęgniarka pełni w opiece nad pacjentem także rolę przygotowawczą. Pomaga powrócić do samodzielności, uczy nowych nawyków higienicznych i żywieniowych oraz stosowanych ćwiczeń profilaktycznych wspomagających w schorzeniu nietrzymania moczu.

Spis piśmiennictwa

1. Baj K., Gackiewicz M., Klein N., Michałek T. (red.): Pacjent w systemie opieki zdrowotnej 2016 – raport stowarzyszenie osób z NTM „UroConti” 2016 <https://ntm.pl/> dostęp z dnia: 25.06.2021r.
2. Kotarski J.: Urologia ginekologiczna [w:] Położnictwo i ginekologia. Bręborowicz G. H. (red.). PZWL, Warszawa 2015.
3. Raport Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej, 2020, http://www.uroconti.pl/userfiles/file/Raporty/Raport_NTM_2020.pdf.
4. Ptak M., Mosiejczuk H., Szylińska A.: Wpływ wysiłkowego nietrzymania moczu stopnia I na aktywność ruchową kobiet w zależności od stanu odżywienia określonego za pomocą wskaźnika masy ciała. Pomeranian Journal of Life Sciences, 2016, 68-71.
5. Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Jankowska B.: Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie Tom 3. Wrocław 2016, 384-387.
6. Wojtycka B., Haor B.: Wiedza i opinie kobiet na temat wybranych aspektów nietrzymania moczu. Państwowa Uczelnia Zawodowa we Wrocławku, 2020.
7. Majkusiak W.: Diagnostyka [w:] Nietrzymanie moczu u kobiet. Podstawy diagnostyki i terapii. Barcz E (red.). Warszawa 2021, 21-23.
8. Gacki G.: Aktualne metody leczenia nietrzymania moczu u kobiet. Przegląd Urologiczny, 2016/4 (98), 33-36.
9. Kwiatkowska K., Burzyński B., Sołtysiak Z.: Wysiłkowe nietrzymanie moczu – współczesne tabu wśród kobiet. Etiopatogeneza, epidemiologia, diagnostyka i terapia [w:] Współczesne problemy fizjoterapii. M. Olszówka M., B. Zdunek (red.). Lublin 2016, 232-234.
10. Kotarski J.: Urologia ginekologiczna [w] Położnictwo i Ginekologia Tom2. W. Bręborowicz (red.). PZWL, Warszawa 2015, 79-89.
11. Rachbergera T., Jakowicki J.A.: Nietrzymanie moczu u kobiet. Diagnostyka i leczenie. Folium, lublin 2001, 30-32.
12. Kotarski J.: Urologia ginekologiczna [w:] Położnictwo i ginekologia. G.H. Bręborowicz (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015, 79-89.

13. Dadej R., Kwias Z., Cieśliński P.: Wyśilkowe nietrzymanie moczu [w:] Ginekologia. Tom 2. Z. Słomko (red.). PZWL, Warszawa 2011, 1180-1187.
14. Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kotynencji. Część I Nietrzymanie moczu, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, 2017, 13-20.
15. Bogusz W., Dresler B., Józwiak E., et.al.: Proces Pielęgowania w dokumentacji i pielęgniarek. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD NOWORODKIEM Z ALKOHOLOWYM ZESPOŁEM PŁODOWYM

Magdalena Malesińska¹, Katarzyna Szafarska², Anna Owłasiuk³

¹ - Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² -absolwentka – studia licencjackie – kierunek pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu UMwB

³ - Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Zespół FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*, Alkoholowy Zespół Płodowy) jest zaburzeniem rozwojowym, oznaczonym kodem Q86,0 w klasyfikacji schorzeń ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych). Bezpośrednią i jedyną przyczyną zespołu FAS jest spożywanie alkoholu etylowego przez ciężarne. Wówczas płód jest poddawany teratogenicznej ekspozycji na alkohol. Ogół zaburzeń poalkoholowych wywołanych ekspozycją alkoholu na płód w tym FAS, nosi miano szerszego pojęcia FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder*, Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Rozwojowych). Do zespołu FASD wliczając FAS należy także, PFAS (*Partial FAS*, Częściowy Zespół Alkoholowy Płodu). Ta jednostka chorobowa wyróżnia się występowaniem tylko nielicznych objawów szczególnych dla FAS-u. Zespół FAE (*Fetal Alcohol Effect*, Alkoholowy Efekt Płodowy) cechuje się brakiem typowych zmian fizycznych, które są wyznacznikiem FAS-u, dlatego u noworodków z zespołem FAE nie dostrzega się zewnętrznych deformacji. Kolejnymi zaburzeniami wchodzącymi w skład FASD są ARBD (*Alcohol Related Birth Defects*, Poalkoholowy Defekt Urodzeniowy) oraz ARND (*Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder*, Poalkoholowe Zaburzenia Układu Nerwowego). Skutkiem tych jednostek poalkoholowych są zaburzenia neurologiczne, przejawiające się między innymi brakiem koncentracji oraz problemami w zaadaptowaniu się do otoczenia. Do zaburzeń FASD należy także Zespół FARC (*Fetal Alcohol Related Conditions*, Poalkoholowe Środowisko dla Rozwoju Płodu). Ze wszystkich anomalii rozwojowych, spowodowanych ekspozycją alkoholu na płód, pełnoobjawowy zespół FAS obserwuje się tylko w 10% wszystkich przypadków [1].

Rozwinięcie

Objawy zespołu FAS są liczne, lecz szczególnie charakterystyczny obraz kliniczny noworodka z pełnoobjawowym zespołem FAS określa się występowaniem dysmorfii twarzy w formie skróconych szpar powiekowych, zdecydowanie wydłużonej lub skróconej rynienki podnosowej oraz zwężonej górnej czerwieni wargowej. Ponadto występuje zauważalny przy porodzie niedobór wzrostu oraz wagi. Powikłania FAS wiążą się także z zaburzeniami Ośrodkowego Układu Nerwowego, w tym z uszkodzeniami mózgu [2].

Spośród kryteriów diagnostycznych stosowanych w diagnostyce FASD oraz FAS wyszczególnia się Kryteria Kanadyjskie, Standardy Waszyngtońskie, które określają 4 stopniowy kod diagnostyczny oraz Standardy Amerykańskie. Natomiast jednym z podstawowych oraz powszechnych metod diagnostyki nieinwazyjnej jest badanie ultrasonograficzne, które pozwala wykryć zaburzenia anatomiczne powiązane z Zespołem FAS już w okresie płodowym. W diagnostyce FAS oraz innych zaburzeń poalkoholowych ważne są testy przesiewowe pod kątem nadmiernego spożywania alkoholu przed ciążą oraz w trakcie ciąży, np. test T-ACE (*Tolerance, Annoyed, Cut, Eye-opener*) , test TWEAK (*Tolerance, Worried, Eye-openers, Amnesia, Cut down*) lub test AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). Należy także wykluczyć inne jednostki chorobowe o podobnych symptomach, czyli Zespół Kruchego Chromosomu X oraz Zespół Noonana, a także Zespół Cornelli de Lange lub Zespół Aaskorga [3].

Celem niniejszej pracy licencjackiej jest przybliżenie zaburzenia jakim jest Alkoholowy Zespół Płodowy oraz zaproponowanie adekwatnych sposobów opieki nad noworodkiem z FAS oraz jego rodziną. Dodatkowo podkreślenie problemu powszechności tej jednostki chorobowej oraz spopularyzowanie zdrowotnych zachowań wśród kobiet ciężarnych, z podkreśleniem na zachowanie pełnej abstynencji względem alkoholu.

Epidemiologia Alkoholowego Zespołu Płodowego

Spożywanie alkoholu przez kobiety w okresie ciąży aktualnie staje się jednym z poważniejszych i powszechnych zjawisk. Próby określenia skali tego problemu wskazują na rozbieżność wyników, od 5% do 10% według danych Głównego Inspektoriatu Sanitarnego z 2013r. oraz danych z 2017r. na temat zachowań zdrowotnych kobiet w okresie ciąży [4].

Następstwo takiego zachowania niesie za sobą niebezpieczne skutki, których niestety w większości kobiety nie są świadome. Na dzień dzisiejszy nie ma określonej bezpiecznej dawki alkoholu. Już nieznaczająca ilość zażytego alkoholu przez ciężarną wywołuje zmiany

rozwojowe u płodu. Szacuje się, że nawet 3 noworodków na każde 1000 żywych urodzeń może doświadczyć objawów FAS, co stanowi wartość większa niż liczebność noworodków ze zdiagnozowanym zespołem Downa, która wynosi 1 przypadek na 700 urodzeń [5].

Przyjmuje się, że na świecie około 10% kobiet w okresie ciąży pije alkohol, co skutkuje tym, że rocznie rodzi się około 119 000 noworodków z zespołem FAS. W skali świata obecność zespołu FAS u noworodków jest określana od 3-9 przypadków na 1000 żywych urodzeń, jednak wartość ta jest różna dla poszczególnych krajów. W USA liczbę przypadków szacuje się na 3 noworodków na 1000 żywych urodzeń, natomiast największa szacunkowa wartość przypada w Republice Południowej Afryki i wskazuje na 40 przypadków na 1000 żywych urodzeń [3, 4].

Dane epidemiologiczne wynikające z badań szacunkowych określają, że najbardziej powszechnym schorzeniem neurorozwojowym na terenie Europy jest Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Rozwojowych, dodatkowo dotyka ono około 1% wszystkich urodzonych noworodków. W Polsce szacuje się, że co roku rodzi się 9000 noworodków dotkniętych zaburzeniem rozwojowym, które jest spowodowane kontaktem z alkoholem w okresie płodowym. Pośród tych przypadków przyjmuje się, że 300 noworodków w chwili porodu jest pod wpływem alkoholu. Natomiast 10 razy więcej rodzi się noworodków z innymi zaburzeniami rozwojowymi, których przyczyną był alkohol, klasyfikowanymi jako FAE. Do wiodącej organizacji ogólnokrajowej należy Państwowa Organizacja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie, prowadzi ona badania między innymi na rzecz ustalenia rozpowszechnienia Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Rozwojowych [6, 7].

Patofizjologia w zaburzeniach poalkoholowych

Alkohol etylowy oraz jego produkt przemiany materii aldehyd octowy są związkami o potencjalnym neurobehawioralnym działaniu teratogennym, które w prosty sposób wnikają do płodu przez łożysko. W odstępie od 30 minut do 40 minut od spożycia alkoholu przez ciężarną, stężenie alkoholu krwi płodu jest podobne do zarejestrowanego stężenia krwi matki. Alkohol etylowy we krwi płodu jest dwa razy wolniej metabolizowany niż przez organizm matki, co jest następstwem niedojrzałości enzymatycznej wątroby. Zawartość alkoholu jest największe u płodu w tkankach dobrze uwodnionych, dlatego szczególnie narażony jest mózg i wątroba [8, 9].

Alkohol przez toksyczny wpływ na komórki organizmu jest z niego usuwany. Eliminacja polega na rozkładzie etanolu do nietoksycznych związków dwutlenku węgla i wody. W postaci niezmienionej alkohol jest eliminowany w 5-10%, przez skórę jest usuwany w 1%, około 2% jest usuwane podczas wydechu oraz około 2% jest wydalone z moczem. Podstawowymi enzymami aktywnymi podczas usuwania alkoholu są dehydrogenaza alkoholowa, która pozwala przekształcić etanol w acetaldehyd, zwany również aldehydem octowym oraz dehydrogenaza aldehydowa, która przekształca etanol w kwas octowy [8].

Na stopień poalkoholowego uszkodzenia komórek płodu oraz wystąpienia wad wrodzonych wpływa m.in. ilość czystego etanolu, predyspozycje genetyczne płodu, aktywność detoksykacyjna enzymów w ustroju matki oraz sposób odżywiania i stylu życia matki. Alkohol już od początku życia wewnątrzmacicznego oddziałuje na płód, a najmocniejsze działanie teratogenne ma pomiędzy 1 a 8 tygodniem ciąży.

Alkohol powoduje uszkodzenia nie tylko podczas organogenezy. Toksyczne działanie etanolu może dotyczyć całego okresu ciąży. Szczególnie narażony na działanie toksyczne etanolu jest Ośrodkowy Układ Nerwowy. Po krótkiej ekspozycji alkoholu na płód, trwającej do 6 godzin może dojść do hypermetylacji DNA lub systemowej hypometylacji kwasów nukleinowych w grzbietowej populacji komórek, które wchodzi w skład cewy nerwowej, włókien unerwiających serce oraz struktur przodomózgowia lub tyłomózgowia. Przy długotrwałym narażeniu na alkohol powyżej 44 godzin dochodzi do wielokierunkowych opóźnień w rozwoju komórek obszaru grzbietowego i brzuszego wzdłuż całej długości cewy nerwowej. Konsumpcja alkoholu przez ciężarne hamuje stężenie czynników wzrostu tkanki nerwowej i aktywność proliferacyjną neuronów, skutkując spadkiem całkowitej masy tkanek Ośrodkowego Układu Nerwowego u płodu. Alkohol wydłuża okres trwania cyklu komórkowego oraz podwyższa metylację genów odpowiedzialnych za podziały neuronów, dlatego u noworodków w przebiegu Alkoholowego Zespołu Płodowego zauważa się niższą objętość tkanki mózgowej [8].

Farmakokinetyka w zaburzeniach poalkoholowych

Dla noworodka najlepszym pokarmem jest mleko matki, ponieważ zawiera wszelkie składniki odżywcze zapewniające prawidłowy rozwój. Ponadto jego skład jest przystosowany do wieku noworodka, sposobu ssania, a nawet pory dnia. Noworodki karmione mlekiem matki stanowią niższe ryzyko zachorowania m.in. na ostre zapalenie ucha środkowego,

atopowe zapalenie skóry lub zakażenia dolnych dróg oddechowych, a także mają niższą podatność na alergię [10].

Korzyści naturalnego karmienia zaczynają się już we wczesnym okresie poporodowym. Hormon wytwarzany w czasie karmienia o nazwie oksytocyna zmniejsza poporodową utratę krwi, a przyspiesza obkurczanie się macicy. Podwyższa także samopoczucie, zmniejszając ryzyko depresji poporodowej. U kobiet karmiących zauważalne jest niższe ryzyko zachorowania na raka jajnika oraz raka piersi, rozwoju nadciśnienia bądź cukrzycy oraz wystąpienia osteoporozy w okresie menopauzalnym [10].

Alkohol z łatwością przenika do mleka, wykazując podobny poziom we krwi matki. Maksymalne stężenie alkoholu w mleku matki jest osiągalne po 30 - 60 minutach po spożyciu. Określono, że spożycie przez kobietę 0,3 - 0,6 g alkoholu/ kg skutkowało by w czasie maksymalnego stężenia alkoholu wartości 0,0016 - 0,036 g alkoholu/ kg, które przyjęło by dziecko wraz z mlekiem. Zakładając, że kobieta ważąca 70 kg spożyje 4 napoje alkoholowe, co równa się 12 g alkoholu, a następnie w okresie do godziny nakarmi noworodka, wówczas dziecko przyjmie 1,37g alkoholu/l z mlekiem matki. Pamiętając, że aktywność dehydrogenazy alkoholowej u noworodków oraz niemowląt do 2 miesiąca wynosi jedynie 25% aktywności tego enzymu porównując do osoby dorosłej [3, 11].

Z badań statystycznych wynika, że na zachodzie aż 50% kobiet regularnie pije alkohol w pierwszych 3 miesiącach karmienia, a w pozostałych miesiącach wyniki sięgają aż 80%. Większość badanych kobiet spożywała w okresie tygodnia mniej niż 7 napojów alkoholowych w okresie pierwszych 3 miesięcy, natomiast po 6 miesiącach prawie ¼ kobiet, które karmiły piła okazjonalnie więcej niż 5 napojów alkoholowych, dodatkowo aż 5% kobiet karmiących piła aż 12 napojów alkoholowych. Dlatego w odniesieniu do zaleceń kobiety będąc w ciąży oraz w późniejszym etapie podczas karmienia nie powinny spożywać alkoholu lub przynajmniej powinny odczekać minimum godzinę po spożyciu alkoholu gdy chcą nakarmić noworodka [3, 11].

Objawy Alkoholowego Zespołu Płodowego u noworodków

Alkoholowy Zespół Płodowy u noworodków przejawia się najczęściej występowaniem cech dysmorfii twarzy, deficytem wzrostu, wagi i obwodu głowy oraz zaburzeniami Ośrodkowego Układu Nerwowego, a także wadami rozwojowymi organów wewnętrznych. Do charakterystycznych cech dysmorfii twarzy zaliczamy: szeroki nos, niedorozwój zuchwy, obecność krótkiej szpary powiekowej, fałdu nakątnego oraz rozszczepu warg lub

podniebienia. Zauważalne jest także opadanie powiek, zez, cienka i wygładzona warga górna, mikroftalmia, wygładzona nasada nosa oraz rynienka podnosowa, spłaszczona część środkowa twarzy oraz drobne wady w okolicy przyusznej. Do cech zewnętrznych zaliczane jest także większe owłosienie skóry głowy, brwi i rzęs, krótka szyja oraz niedorozwój płytki paznokciowej u stóp i rąk [9, 12, 13].

Dodatkowymi obciążeniami u noworodków z FAS są wady rozwojowe, które dotyczą: anomalii serca w skali od 29% do 41%, dysfunkcji układu moczowo- płciowego, głównie niedorozwoju nerek oraz wad anatomicznych pęcherza moczowego w 10%, deformacji zewnętrznych narządów płciowych w 46%, rozszczepu kręgosłupa w skali od 1,8% do 3%. Obecna jest także mikrocefalia w skali od 53% do 86% oraz atypia kośćca, w tym hypoplazja stawu biodrowego w 19% oraz zaburzenia w budowie klatki piersiowej w 27%, a także klinodaktylia piątego palca u rąk w skali 22% - 51% [12].

W przypadku matek nadużywających alkoholu noworodki mogą przechodzić Zespół Abstynencyjny, wówczas towarzyszy im nadpobudliwość, nerwowość przejawiająca się zaburzeniami snu, w tym zbyt płytkim i niespokojnym snem oraz płaczliwość i nadmierna ruchliwość. Można zauważyć także kłopoty z ssaniem lub brak odruchu ssania, w tym problemy z przyswojeniem pokarmu oraz zaburzenia odczuwania łaknienia, lecz nawet przy prawidłowej pielęgnacji oraz sposobie karmienia noworodki nie uzyskują wzrostu i wagi przyporządkowanej do ich wieku metrykalnego [14, 15].

W takich przypadkach zdecydowanie częściej noworodki rodzą się przedwcześnie, co skutkuje konsekwencjami spowodowanymi wcześniactwem m.in. małą masą urodzeniową, niedojrzałością Ośrodkowego Układu Nerwowego oraz zaburzeniami oddychania, co przekłada się zaniżonymi wynikami w skali Apgar. Ponadto u noworodka z FAS możemy odnotować bradykardię, bezdech, hipotermię, polycytemię, hipoglikemię oraz obniżone napięcie mięśniowe [16].

Wpływ alkoholu na struktury Ośrodkowego Układu Nerwowego

Najcięższe konsekwencje w przebiegu Alkoholowego Zespołu Płodowego u noworodków niosą uszkodzenia Ośrodkowego Układu Nerwowego, objawiające się m.in. wrodzonym małogłowie, zmniejszoną objętością mózdzku oraz niepełnym rozwojem płatów czołowych, a także ścieńczeniem płatu skroniowego. Alkohol wpływa na nieprawidłowy rozwój poszczególnych obszarów mózgu, w tym ciało modzelowate, zwoje podstawy oraz płaty czołowe, a także hipokamp. W poszczególnych przypadkach

pełnoobjawowego FAS odnotowuje się niedorozwój lub brak ciała modelowego, co skutkuje problemami z odróżnieniem strony prawej od lewej, w tym problemy z wykonaniem ruchów naprzemiennych. Z kolei uszkodzenia mózdzku powodują trudności w utrzymaniu równowagi. Zaburzenia dotyczą także hipokampu, koordynującego proces tworzenia pamięci i zdolności uczenia się. Przy uszkodzeniach pnia mózgu mówimy o zaburzeniach snu, problemach z przełykaniem lub oddychaniem. Dodatkowymi zaburzeniami są zaburzenia motoryczne oraz sensoryczne związane z głodem, pragnieniem i bólem, a także zaburzenia wzroku, słuchu, smaku i węchu [9, 17, 18].

Powikłania Alkoholowego Zespołu Płodowego u noworodków

Do najpoważniejszych zaburzeń wtórnych Alkoholowego Zespołu Płodowego w przypadku noworodka zaliczamy problemy z adaptacją, w tym problemy z nawiązaniem prawidłowej relacji matka - dziecko oraz problemy rozwojowe takie jak zaburzone odruchy pierwotne. Zauważalne są także zaburzenia na tle emocjonalnym noworodka, nadpobudliwość, wybuchy płaczu i problemy z uspokojeniem noworodka [15].

Zaburzenia odruchów pierwotnych

W przypadku noworodków z Alkoholowym Zespołem Płodowym zauważalne są zaburzenia odruchów pierwotnych, które stanowią przykład opóźnień neurorozwojowych. Zaburzenia odruchów pierwotnych dotyczą: odruchu Moro, odruchu grzbietowego Galanta, odruchu błędnikowego, asymetryczno tonicznego odruchu szyjnego oraz symetryczno tonicznego odruchu szyjnego, a także odruchy chwytne szukania i ssania, w tym odruch dłoniowy oraz podeszwowy. Zauważalne są także zaburzenia odruchu prostującego głowę, w tym odruch stopniowego prostowania tułowia, odruchu Amfibii oraz odruch Landaua [5, 19].

Zaburzenia przywiązania

Bieżąca psychoterapia akcentuje wyraźnie istotność komunikacji matka-dziecko. Relacja przywiązania noworodka z mamą zapewnia optymalny rozwój emocjonalny oraz poznawczy, a także rozwój społeczny. Jednym z ważniejszych czynników budowania więzi jest bliskość fizyczna, u noworodków może być okazywana poprzez przytulanie, kąpanie oraz karmienie piersią lub ubieranie [19, 20].

Prekursorem badań nad przywiązaniem jest procedura SSP (*Strange Situation Procedure*, Procedura Obcej Sytuacji), dodatkowo zostały wyodrębnione 4 style przywiązania: bezpieczny, który jest stylem prawidłowym i zapewnia pełny rozwój emocjonalny w

kontakcie z matką, styl zdezorganizowany, a także styl unikający oraz lękowo-ambiwalentny, które obrazują zaburzenia przywiązania. Z kolei czynnikami które kształtują relacje przywiązania w przypadku noworodków są m.in. potrzeba kołysania, potrzeba ssania oraz płacz, a także potrzeba przywierania do ciała rodzica [21, 22].

Diagnostyka noworodka z Alkoholowym Zespołem Płodowym

Noworodki z Alkoholowym Zespołem Płodowym są często diagnozowane jako nadpobudliwe oraz autystyczne lub nieregularnie rozwijające się, dlatego diagnoza zaburzeń alkoholowych jest złożona oraz wielospecjalistyczna. W skład metod diagnostycznych wlicza się: Kryteria CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*, Centrum Kontroli i Prewencji Chorób) w USA, kryteria amerykańskiego IOM (*Institute of Medicine*, Instytut Medycyny), System Kanadyjski oraz Waszyngtoński Diagnostyczny System 4-stopniowy [23].

Waszyngtoński 4-stopniowy kwestionariusz diagnostyczny FASD poddaje ocenie 4 nadrzędne obszary kluczowe dla FAS, w tym ocenę opóźnienia wzrostu postnatalnego oraz prenatalnego, szczególnych cech dysmorficznych twarzy oraz zaburzeń Ośrodkowego Układu Nerwowego, a także skale prenatalnej ekspozycji na alkohol. Intensywność poszczególnych cech oceniana jest na podstawie 4-stopniowej skali Likerta. Kwestionariusz zapewnia otrzymanie 256 kombinacji kodów, które stanowią 22 poszczególnych kategorii diagnostycznych [24].

Diagnostyka prenatalna - badanie ultrasonograficzne

W zakres diagnostyki prenatalnej zaliczamy badania nieinwazyjne oraz inwazyjne, które są wykonywane w trakcie okresu ciąży. Główną ideą badań prenatalnych jest możliwie wczesne wykrycie chorób genetycznych lub wad wrodzonych, a także wychwycenie kobiet ciężarnych, które stanowią grupę wysokiego ryzyka. Badania prenatalne zapewniają leczenie wewnątrzmaciczne lub możliwość wczesnego rozwiązania ciąży, aby zapewnić pełną pomoc medyczną. Badania nieinwazyjne obejmują badanie ultrasonograficzne oraz badanie surowicy krwi matki, dodatkowo są dostępne dla kobiet ciężarnych bez ograniczeń wiekowych oraz są zalecane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne – minimum 3 badania ultrasonograficzne. Z kolei prenatalne badania inwazyjne wykonuje się, gdy istnieją dalsze wskazania po badaniach przesiewowych oraz u ciężarnych obciążonych wywiadem. Do prenatalnych badań inwazyjnych zaliczamy biopsję kosmówki, amniopunkcję oraz kardocentezę, a także biopsję tkanek płodu [25].

Badanie ultrasonograficzne pozwala wykryć anomalie w budowie anatomicznej płodu, które mogą wynikać z ekspozycji płodu na alkohol m.in. zanik korowy płatów czołowych oraz zaburzony wzrost półkul mózdzku, a także nieregularny stosunek obwodu główki płodu do obwodu brzuszka. Przy pozytywnym wywiadzie w aspekcie spożywania alkoholu w trakcie ciąży, badanie ultrasonograficzne w drugim trymestrze należałoby rozszerzyć o dodatkowe pomiary, takie jak: poszerzony wymiar mózdzka, wymiar czołowo- potyliczny oraz wymiar czołowo- wzgórzowy, a także zewnętrzny wymiar gałek ocznych i odległość międzygałkowa oraz szerokość gałki ocznej [3].

Diagnostyka różnicowa

Problemy z postawieniem prawidłowej diagnozy noworodkom z Alkoholowym Zespołem Płodowym wynikają także z obecności wspólnych cech dysmorficznych twarzy zespołu FAS oraz innych jednostkach chorobowych. Tabela poniżej obrazuje cechy pokrewne i odmienne występujące w poszczególnych jednostkach chorobowych, powiązanych z objawami FAS [9].

Leczenie Alkoholowego Zespołu Płodowego u noworodków

Zaburzenia poalkoholowe, w tym zespół FAS mają szeroki zakres zaburzeń oraz różne natężenie, dlatego każdy noworodek wymaga indywidualnego zakresu terapeutycznego. Zespół FAS powoduje anomalie OUN, które nie poddane odpowiedniej terapii, skutkują poważnymi dysfunkcjami w życiu dorosłym. Natomiast nie da się cofnąć na stałe powstałych zaburzeń, a jedynie zminimalizować ich skutki lub zatrzymać ich dalsze pogłębianie się [26, 27].

Do metod wykorzystywanych w terapii noworodka z zespołem FAS zaliczamy m.in. fizjoterapię, rehabilitację, szczególnie rehabilitację ruchową w tym integrację odruchów, terapię deficytów przetwarzania słuchowego oraz deficytów sensomotorycznych, metodę Bobath, metodę Sally Goddard-Blythe, ergoterapię, logopedię, terapię zabawą oraz muzykoterapię lub sensoryczną terapię integracyjną. Ważne jest dalsze monitorowanie rozwoju oraz uczestnictwo w warsztatach terapeutycznych, a także udział alergologa, w tym wprowadzenie zaleceń dietetycznych, głównie pod kątem tolerancji kazeiny, glutenu oraz ograniczenia glukozy [18, 27].

Opieka pielęgniarska nad noworodkiem z zespołem FAS

Celem pielęgniarstwa jest świadczenie opieki na najwyższym poziomie, dlatego pielęgniarka pracując z noworodkiem z FAS powinna spełniać aktualne normy postępowania pielęgnacyjno-opiekuńczego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego [28].

Działania pielęgnacyjne pielęgniarki w przypadku noworodka z zespołem FAS polegają na określeniu stanu skóry noworodka z uwagą na zabarwienie, wystąpienie sinicy, otarcia, krwika lub znamion oraz poddanie ocenie aktywność ruchową, masę ciała, długość ciała, obwód głowy i wielkość ciemienia przedniego i tylnego. Należy także kontrolować ciepłotę ciała oraz czynność oddechową, sprawdzić drożność układu pokarmowego i zabezpieczenia kikutu pępowinowego, ocenić kontakt rodziców z noworodkiem, odruch ssania i połykania oraz sposób przystawiania do piersi noworodka, aby zweryfikować problemy z karmieniem. W sytuacji zaburzeń motoryki jamy ustnej u noworodka, należy poinformować opiekunów o zasadach odciągania i przechowywania pokarmu oraz zasadach przygotowywania mieszanek sztucznych. Gdy jest zaburzony odruch ssania i połykania, należy założyć zgłębnik i kontrolować rezultaty żywienia. W przypadku zespołu FAS należy pamiętać o zapewnieniu komfortu psychicznego matce i dziecku poprzez ograniczenie nadmiernej stymulacji np. schować zabawki, zmniejszyć źródło światła, zapewnić ciszę oraz zapewnić stałość otoczenia, aby zminimalizować bodźce wzrokowe i słuchowe oraz zmniejszyć nadwrażliwość sensoryczną. Pielęgniarka powinna użyć skali Brazeltona, która pomoże ocenić zachowanie noworodka i określić jego indywidualne cechy, aby dobrać odpowiedni model opieki oraz wykonywać procedury pielęgniarские zgodnie z regułą „minimal handling”, która dotyczy zminimalizowania działań wykonywanych przy noworodku, aby zapewnić spokój i ograniczyć zbędne działania [28].

Podczas opieki pielęgniarka powinna zweryfikować aktywność opiekuńczą rodziców oraz wyedukować ich w obszarze odpowiedniej pielęgnacji noworodka. Edukacja powinna dotyczyć m.in. regularnych godzin karmienia, określenia przyrostu masy ciała noworodka, wyjaśnienia znaczenia zminimalizowania nadmiernych bodźców oraz unikania niepotrzebnego ruchu. Pielęgniarka powinna nauczyć technik relaksacji noworodka oraz podkreślić znaczenie obserwacji noworodka, mówienia do niego spokojnym głosem, unikania nerwowości i pośpiechu w trakcie przebywania z noworodkiem. Należy także poinformować opiekunów o wizycie położnej rodzinnej w domu oraz o planie wizyt kontrolnych u lekarza pediatry [28].

Profilaktyka zaburzeń poalkoholowych

Podstawą profilaktyki w kierunku FAS są przede wszystkim działania zapobiegające alkoholizmowi. Do takich działań należą prowadzone kampanie społeczne i edukacyjne, mające na celu uświadomienie społeczeństwu konsekwencji, jakie niesie za sobą spożywanie alkoholu, a przede wszystkim spożywanie alkoholu przez kobiety ciężarne [12, 29].

Przykładem działań są kampanie społeczne pod hasłem „FASOFF” lub kampania „FAS-w trosce o dziecko” prowadzona w ramach programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na lata 2016-2020. Warto także pamiętać o światowym dniu FAS, który obchodzimy 9 września.

Testy przesiewowe

Do testów przesiewowych służących do oceny problemu alkoholowego należy test TWEAK, test T-ACE lub test AUDIT. Natomiast test QDS (*Quick Drinking Screen*) umożliwia wyznaczenie przeciętnego spożycia alkoholu w czasie ostatnich 3 miesięcy przed ciążą lub w czasie ciąży. Wczesne rozpoznanie problemu zapewnia także procedura SBI (*Screening and Brief Intervention*, Procedura Wczesnego Rozpoznania i Krótkiej Interwencji) przedstawiona na rycinie nr 3, procedura zapewnia całościowy schemat postępowania, zaczynając od badania przesiewowego, a kończąc na interwencji dostosowanej do określonego poziomu ryzyka spożywania alkoholu podczas okresu ciąży [3, 18, 29].

Wsparcie psychologiczne i finansowe w przypadku noworodka z FAS

Zdiagnozowanie zespołu FAS stanowi znaczne obciążenie emocjonalne i finansowe dla rodziców dziecka. Wsparcie może zapewnić m.in. fundacja „FASTRYGA”, fundacja „FASCYNUJĄCY Świat Dziecka”, fundacja „Siępomaga” lub fundacja „TVN Nie jesteś sam”. Fundacja „FASTRYGA” wspiera osoby zarówno w wieku dziecięcym oraz osoby dorosłe z wrodzonymi zaburzeniami rozwojowymi, których przyczyną był alkohol lub inne substancje toksyczne. Siedziba fundacji mieści się obok ośrodka diagnostyczno-terapeutycznego również o nazwie „FASTRYGA”. W ośrodku znajduje się poradnia diagnostyczna FASD, poradnia neurorozwojowa, poradnia leczenia traumy oraz poradnia dla rodziców adopcyjnych i zastępczych.

W przypadku pomocy finansowej rodzice noworodka mogą ubiegać się o zasiłek macierzyński. Wówczas wymagane dokumenty to odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub kopia potwierdzona przez płatnika składek albo ZUS, bądź zaświadczenie lekarskie o

możliwym terminie porodu, w sytuacji wystąpienia o zasiłek macierzyński za okres przed porodem. Rodzice noworodków z FAS mają także możliwość złożenia zasiłku opiekuńczego, gdy są aktywni zawodowo i nie mają możliwości, aby inna osoba zaopiekowała się dzieckiem lub z racji opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności.

Cel pracy

Alkoholowy Zespół Płodowy powoduje szereg zaburzeń dotyczących rozwoju fizycznego oraz umysłowego, a także wpływa na zaburzenia zachowania. Dlatego w przypadku noworodka diagnostyka oraz terapia zespołu FAS wymaga interdyscyplinarnego grona specjalistów [3, 30].

Pomimo to, spożywanie alkoholu przez kobiety ciężarne niestety nadal jest powszechnym problemem, który w konsekwencji powoduje częstsze występowanie Alkoholowego Zespołu Płodowego, a jedynym sposobem na uniknięcie zespołu FAS jest zachowanie pełnej abstynencji względem alkoholu pamiętając że, nie ma określonej „bezpiecznej” dawki alkoholu [3, 30].

Cel prowadzonych badań:

1. Wskazanie na powszechność Alkoholowego Zespołu Płodowego oraz określenie jego objawów, powikłań, diagnostyki oraz terapii w przypadku noworodka.
2. Określenie problemów pielęgnacyjnych noworodka z FAS.
3. Opracowanie planu indywidualnej opieki noworodka z FAS.
4. Opracowanie materiałów informacyjnych oraz edukacyjnych dla opiekunów noworodka z FAS.
5. Przygotowanie zaleceń do dalszej opieki nad noworodkiem z FAS.

Materiał i metoda badań

Badaniem objęto noworodka płci męskiej ze zdiagnozowanym Alkoholowym Zespołem Płodowym oraz objawami żółtaczki okresu noworodkowego i objawami Zespołu Abstynencyjnego, który przebywał w Klinice Pediatrii i Nefrologii ze Stacją Dializ Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku.

W realizacji badania wykorzystano poniższe metody:

- Wywiad pielęgniarSKI
- Obserwacja noworodka
- Pomiar podstawowych parametrów życiowych
- Analiza dokumentacji medycznej

Wymienione metody badawcze umożliwiły wyszczególnienie najważniejszych problemów pielęgnacyjnych noworodka z Alkoholowym Zespołem Płodowym, w oparciu o nie został przygotowany indywidualny proces pielęgnowania, który stanowi plan opieki nad noworodkiem oraz jego rodziną, a także ocenę realizowanych działań.

Opis przypadku

Do Kliniki Pediatrii i Nefrologii ze Stacją dializ w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. L. Zamenhofa w Białymstoku został przyjęty noworodek w 4 dobie życia z nasiloną żółtaczką okresu noworodkowego.

Noworodek płci męskiej ze zdiagnozowanym Alkoholowym Zespołem Płodowym z ciąży pierwszej. Poród odbył się w 37 tygodniu ciąży, drogą cięcia cesarskiego. W pierwszej i piątej minucie dziecko zostało ocenione na 8 punktów w skali Apgar z masą urodzeniową 2200g, długość ciemieniowo- piętowa wynosiła 56 cm, obwód głowy wynosił 34 cm, a obwód klatki piersiowej 33 cm. Noworodek został zaszczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień, szczepionki: Engerix B i BCG 10 oraz został poddany przesiewowemu badaniu słuchu z wynikiem pozytywnym.

Matka dziecka w dniu porodu była nadpobudliwa i w ocenie lekarza pod wpływem alkoholu, po pobraniu krwi stwierdzono u kobiety 0.8‰ alkoholu we krwi, w konsekwencji został zawiadomiony pracownik socjalny. W dalszych dobach hospitalizacji kobieta nie sprawiała problemów oraz współpracowała z lekarzem.

Dziecko w dniu obserwacji miało zażółconą skórę twarzy, tułowia i kończyn dolnych, z przyczyn podejrzenia żółtaczki zostały zlecone badania laboratoryjne: bilirubina całkowita - 16 mg/dl, hemoglobina - 22 g/dl, płytki krwi - 176 tys./ μ l, leukocyty - $9,2 \times 10^9$, grupa krwi dziecka – A Rh+. Na skutek podwyższonej wartości bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, lekarz zlecił wykonanie fototerapii światłem niebieskim o długości fali 425-475 nm lampą wolnostojącą. Po wykonaniu naświetlania u noworodka zaobserwowano wahania temperatury ciała w granicach od 37,3°C do 38,4°C.

W ciągu dnia noworodek był płaczliwy, pobudzony i niespokojny, wystąpiły zaburzenia snu oraz problemy z karmieniem piersią, a również przyjmowaniem pokarmu, wynikające z wrodzonego rozszczepu podniebienia. Lekarz stwierdził również hipertonię mięśniową, która

objawiała się sztywnością, a także oporem przy biernych ruchach kończyn dolnych i tułowia. W następnych godzinach wystąpił napad drgawek, z przyczyn podejrzenia wystąpienia u noworodka Zespołu Abstynencyjnego lekarz zlecił ocenę nasilenia Zespołu Abstynencyjnego za pomocą testu Neonatal Drug Withdrawal Scoring System.

Proces pielęgnowania

➤ Diagnoza pielęgnarska 1: Podwyższony poziom bilirubiny całkowitej w surowicy krwi (16mg/dl) oraz konieczność stosowania fototerapii.

✓ **Cel opieki:** Uregulowanie poziomu bilirubiny całkowitej do wartości fizjologicznych oraz kontrolowanie zalecanej metody leczenia.

✓ **Interwencje pielęgnarskie**

- Wykonanie przezskórnego pomiaru określonych i prawidłowo osłoniętych przed promieniowaniem lampy miejscach na ciele noworodka oraz pobranie krwi do badań laboratoryjnych w celu kontrolowania poziomu bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.
- Kontrola temperatury ciała noworodka poprzez prowadzenie karty gorączkowej.
- Zapewnienie prawidłowej ochrony oczu noworodka w trakcie fototerapii by uniknąć uszkodzeń siatkówki .
- Kontrolowanie zalecanej metody leczenia poprzez prowadzenie kontrolki rozpoczęcia sesji naświetlania i zakończenia, ilości oraz rodzaju lamp, a także zapewnienie przerwy w trakcie fototerapii na karmienie lub pielęgnowanie.
- Kontrola oraz ocena stanu nawodnienia noworodka poprzez zastosowanie karty obserwacyjno-bilansowej oraz obserwacja noworodka pod kontem zaburzeń wodno-elektrolitowych jako powikłania fototerapii.
- Edukacja opiekunów dziecka na temat metody leczenia oraz możliwych powikłań.

✓ **Ocena podjętych działań**

Poziom bilirubiny zmniejszył się do 12 mg/dl, natomiast zalecana jest dalsza obserwacja stanu klinicznego noworodka.

➤ Diagnoza pielęgnarska 2: Wahania temperatury ciała noworodka w granicach od 37,3°C do 38,4°C spowodowane fototerapią.

- ✓ **Cel opieki:** Obniżenie temperatury ciała noworodka do wartości fizjologicznych w granicach od 36,0°C do 37,0°C oraz zapobieganie wystąpieniu zaburzeń wodno-elektrolitowych.

- ✓ **Interwencje pielęgniarские**

- Stosowanie okładów chłodzących w miejscu przebiegu dużych naczyń krwionośnych np. na pachwinach.
- Prowadzenie kontrolki pomiarów temperatury oraz częste mierzenie temperatury ciała noworodka co 15 minut w tych samych miejscach, w celu odnotowania objawów świadczących o wzroście bądź obniżeniu temperatury.
- Częste przystawianie noworodka do piersi matki.
- Zalecić opiekunom aby, ubrać noworodka w przewiewne ubrania, zamiast pampersa założyć pieluchę tetrową, a w przypadku nadmiernego spocenia przebrać noworodka w suche ubrania.
- Kontrola wypróżnień noworodka.
- Nawadnianie noworodka poprzez podaż płynów drogą dożylną oraz kontrolowanie przyjmowanych płynów, stosując kartę obserwacyjno-bilansową.
- Wykonanie kąpieli chłodzących w sytuacji podwyższonej temperatury noworodka.
- Zwilżanie błon śluzowych jamy ustnej noworodka.
- Kontrola oraz ocena stopnia nawodnienia noworodka poprzez kontrolę elastyczności skóry, ciśnienia tętniczego krwi oraz tętna.
- Kontrola ciężaru ciała noworodka.
- Podanie leków obniżających temperaturę ciała noworodka bądź podanie płynów dożylnie zgodnie na zlecenie lekarza.

- ✓ **Ocena podjętych działań**

Temperatura ciała noworodka ustabilizowała się w granicach 36,6°C oraz nie zaobserwowano zaburzeń wodno-elektrolitowych.

➤ **Diagnoza pielęgniarская 3: Napad drgawkowy noworodka spowodowany Zespołem Abstynencyjnym.**

- ✓ **Cel opieki:** Złagodzenie napadu drgawkowego oraz uniknięcie szkodliwych skutków napadu.

- ✓ **Interwencje pielęgniarские**

- Usunięcie zbędnych przedmiotów z łóżeczka noworodka, by uniknąć uszkodzeń ciała podczas napadu drgawkowego.

- Podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Zalecić matce, aby nie karmiła noworodka, ani nie przystawiała go do piersi podczas napadu drgawkowego.
- Stała obserwacja stanu zdrowia noworodka pod kątem ponownego napadu drgawkowego oraz monitorowanie podstawowych czynności życiowych.
- Kontrola jakości oraz ilości oddechów noworodka.

✓ **Ocena podjętych działań**

Napad drgawkowy ustąpił po podaniu leków zgodnie ze zleceniem lekarskim, natomiast konieczna jest dalsza obserwacja noworodka.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 4: Niedowaga oraz problemy z przyjmowaniem pokarmów podczas karmienia spowodowane wrodzonym rozszczepem podniebienia na skutek Alkoholowego Zespołu Płodowego.**

✓ **Cel opieki:** Poprawa jakości i skuteczności karmienia.

✓ **Interwencje pielęgnarskie**

- Edukacja matki na temat prawidłowej techniki karmienia piersią oraz przystawienia noworodka do piersi.
- Edukacja matki na temat sztucznego karmienia noworodka oraz odciągania pokarmu z piersi z uwzględnieniem zasad przechowywania pokarmu w warunkach domowych.
- Zalecenie rozmowy z konsultantem laktacyjnym lub zgłoszeniem się do Poradni Laktacyjnej, w przypadku problemów z karmieniem w warunkach domowych.
- Kontrola oraz ocena efektywności karmienia
- Umożliwienie matce przebywania w pojedynczej sali razem z noworodkiem, w celu zapewnienia komfortu psychicznego.
- Częste przystawienie noworodka do piersi.
- Zastosowanie sondy, silikonowej pipety, butelki lub strzykawki, gdy nakarmienie noworodka piersią jest niemożliwe.
- Prowadzenie kontrolki karmień, z uwzględnieniem częstotliwości karmienia oraz ilości przyjętego pokarmu.
- Stała kontrola ciężaru ciała noworodka.
- Prowadzenie bilansu płynów.

- Edukacja matki na temat rozszczepu podniebienia oraz zalecenie zgłoszenia się do Poradni Chirurgicznej.

✓ **Ocena podjętych działań**

Matka dziecka podejmuje próby naturalnego karmienia, natomiast zalecana jest dalsza obserwacja.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 5: Zaburzenia snu, płaczliwość oraz rozdrażnienie spowodowane wystąpieniem Zespołu Abstynencyjnego.**

- ✓ **Cel opieki:** Uspokojenie noworodka oraz poprawa jakości snu.

✓ **Interwencje pielęgniarskie**

- Wykonywać zadania pielęgnacyjne zgodnie z zasadą „minimal handling”.
- Zminimalizować bodźce słuchowe oraz wzrokowe, poprzez schowanie niepotrzebnych przedmiotów lub zabawek z łóżeczka dziecka oraz zachować ciszę na sali.
- Zastosować skalę Brazeltona, aby określić neurobehawioralną ocenę noworodka.
- Zapewnić częstszy kontakt noworodka z matką „skóra do skóry”.
- Wyłączenie światła na sali podczas zasypiania, bądź wywietrzenie sali.
- Poprawa pościeli, usunięcie zagięć, zmiana pampersa przed snem.

✓ **Ocena podjętych działań**

Noworodek uspokoił się i zasnął.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 6: Sztywność, opór przy wykonywaniu ruchów biernych kończyn dolnych i tułowia oraz możliwość wystąpienia przykurczy będących konsekwencją hipertonii umięśnionej noworodka.**

- ✓ **Cel pielęgnacyjny:** Zniwelowanie objawów sztywności oraz ograniczenie możliwości wystąpienia przykurczy.

✓ **Interwencje pielęgniarskie**

- Poinformowanie lekarza oraz matki dziecka o potrzebie konsultacji z rehabilitantem oraz zgłoszenie się do Poradni Rehabilitacyjnej.
- Zalecenie matce zmiany pozycji noworodka minimum co 2 godziny oraz wyjaśnienie powodu tego zalecenia.
- Zalecenie matce delikatnego masażu ciała noworodka.
- Noszenie noworodka na rękach, kontakt „skóra do skóry”, częstsze przystawienie do piersi, aby uspokoić noworodka oraz zminimalizować napięcie mięśniowe.

✓ **Ocena podjętych działań**

Przykurcze nie wystąpiły, natomiast zalecana jest dalsza obserwacja noworodka.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 7: Spożywanie alkoholu przez matkę noworodka w okresie ciąży.**

- ✓ **Cel pielęgnacyjny:** Zwiększenie wiedzy oraz świadomości matki na temat abstynencji.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie**
 - Zachęcenie matki noworodka do udziału w spotkaniach grupy AA.
 - Edukacja opiekunów na temat skutków zdrowotnych alkoholizmu oraz podkreślenie wpływu zachowania matki pod wpływem alkoholu na rozwój noworodka.
 - Wyjaśnienie opiekunom konsekwencji prawnych nadmiernego spożywania alkoholu oraz zaniedbywania dziecka.
 - Dostarczenie odpowiednich materiałów informacyjnych, ulotek na temat alkoholizmu.
 - Edukacja rodziców noworodka na temat przyczyn i powikłań, a także procesu leczenia Alkoholowego Zespołu Płodowego.
- ✓ **Ocena podjętych działań**

Świadomość opiekunów noworodka na temat konieczności abstynencji wzrosła, natomiast zalecana jest dalsza obserwacja.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji noworodka w warunkach domowych

- Zminimalizowanie bodźców słuchowych oraz wzrokowych, poprzez zapewnienie ciszy lub zdjęcie obrazów w pokoju dziecka oraz nie wkładanie rzeczy ani zabawek do łóżeczka noworodka.
- Zapewnienie odpowiedniej higieny ciała noworodka ze zwróceniem szczególnej uwagi na miejsca intymne, należy pamiętać o smarowaniu dziecka oliwką lub dodaniu parę kropel do wody podczas kąpieli dziecka. Dodatkowo należy pamiętać o pielęgnacji kikutu pępowiny oraz aby nie zakrywać go pieluszką.
- Wykonywanie pomiarów masy ciała noworodka przynajmniej trzy razy w tygodniu w określonych porach.
- Przestrzeganie wyznaczonych wizyt w Poradni Rehabilitacyjnej oraz Poradni Chirurgicznej.
- Obserwowanie zachowań noworodka pod kątem wystąpienia powikłań Zespołu Abstynencyjnego.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu pielęgniarskiego z opiekunami noworodka, obserwacji i pomiaru podstawowych parametrów życiowych oraz analizy dokumentacji medycznej, sformułowano indywidualny proces pielęgnowania noworodka z Alkoholowym Zespołem Płodowym oraz wyszczególniono najważniejsze problemy pielęgnacyjne:

1. Podwyższony poziom bilirubiny całkowitej w surowicy krwi (16mg/dl) oraz konieczność stosowania fototerapii.
2. Wahania temperatury ciała noworodka w granicach od 37,3°C do 38,4°C spowodowane fototerapią.
3. Napad drgawkowy noworodka spowodowany Zespołem Abstynencyjnym.
4. Niedowaga oraz problemy z przyjmowaniem pokarmów podczas karmienia spowodowane wrodzonym rozszczepem podniebienia na skutek Alkoholowego Zespołu Płodowego.
5. Zaburzenia snu, płaczliwość oraz rozdrażnienie spowodowane wystąpieniem Zespołu Abstynencyjnego.
6. Sztywność, opór przy wykonywaniu ruchów biernych kończyn dolnych i tułowia oraz możliwość wystąpienia przykurczy będących konsekwencją hipertonii umięśnionej noworodka.
7. Spożywanie alkoholu przez matkę noworodka w okresie ciąży.

Po zakończeniu hospitalizacji rodzice otrzymali wskazówki na temat dalszej pielęgnacji noworodka oraz materiały edukacyjne.

Spis piśmiennictwa

1. Kaźmierczyk M., Gierszewska M., Mieczkowska E., Gebuza G., Wróbel-Bania A., Szumotalska H.: Ocena wiedzy kobiet na temat Alkoholowego Zespołu Płodowego oraz narażenia płodu na ekspozycję alkoholu. [w:] Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla bezpieczeństwa 3/2016 (32). Kozielska M (red.) Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2016, 451- 469.
2. Kosek A.: Możliwość wsparcia ucznia z FAS/FASD w szkole podstawowej. Biblioteka Współczesnej Myśli Pedagogicznej. 2015, 8, 91-102.

3. Kociszewska-Najman B., Pietrzak B., Mazanowska N., Kosiński P., Sieroszewski P., Królak-Olejek B., Borkowska M., Okulicz-Kozaryn K., Brzózka K., Wielgoś M.: Zaburzenia rozwoju płodu spowodowane spożywaniem alkoholu przez kobietę w ciąży. Karmienie piersią a alkohol. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2017, *Via Medica*, 2, (4), 176- 190.
4. Sprawozdanie Komisji Ustawodawczej oraz Komisji Zdrowia o projekcie ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, druk nr 1017, Senat Rzeczypospolitej Polskiej IX Kadencji, z dnia 22.01.2019.
5. Banach M., Matejek J.: W trosce o zdrowie dziecka i twoje, Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS)- Kompendium wiedzy. Wyd. Scriptum. Kraków 2016, 60-103.
6. Liszcz K.: Punkt Konsultacyjny dla dzieci ze Spektrum Poalkoholowych Zaburzeń Płodu (FASD). [w:] Dziecko w zdrowiu i chorobie- teoria i praktyka. Tom II. (red.) M. Grabinska, E. Barczykowska, A. Kurylak. Wydawnictwo Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera, Bydgoszcz 2015, 79-89.
7. Bernfeld B., Mazurkiewicz J.: Za młody, by pić. Naruszanie prawa do życia lub zdrowia dziecka przez pijące alkohol kobiety ciężarne. Wyd. Jacek Mazurkiewicz, Warszawa 2016, 17- 19.
8. Dębski R., Paszkowski T., Wielgoś M., Skrzypulec-Plinta V., Tomaszewski J.: Stanowisko Grupy Ekspertów na temat wpływu alkoholu na ciążę: stan wiedzy na 2014 rok. *GinPolMedProject* 2014, 2 (32), 66-77.
9. Stopikowska M. (red.): Dziecko ze Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych. *Ateneum- Szkoła Wyższa*, Gdańsk 2016, 13-67.
10. Niewiadomska E., Furman J., Łabuz-Roszak B.: Ocena poziomu wiedzy na temat kobiet karmiących piersią w pierwszych dobach po porodzie. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2019, 9 (2), 83-95.
11. Wierzejska R., Zagierski M., Szlagatys-Sidorkiewicz A.: Narażenie na substancje psychoaktywne i toksyczne mogące się znajdować w mleku kobiecym. [w:] Banki mleka w Polsce. Funkcjonowanie w podmiotach leczniczych- idea i praktyka. Wesołowska A. (red.). Fundacja Bank Mleka Kobiecego, 2017, 114-146.
12. Baranowska A.S.: Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) jako zagrożenie dla rozwoju dziecka. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6 (3), 148-158.
13. Orłowska A., Olański W.: Zespół FAS (Fetal Alcohol Syndrome) – wpływ na rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny dzieci. [w:] Aktualne wyzwania ratownictwa

- medycznego. Krajewska- Kułak E., Cybulski M., Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2017, 146- 165.
14. Piekut K., Żabińska S., Zahor M., Genowska A., Kulesza-Brończyk B., Terlikowski J. S.: Zespół FAS w percepcji kobiet ciężarnych. [w:] Sytuacje trudne w ochronie zdrowia, tom II. Lankau A., Kondzior D., Krajewska-Kułak E. (red.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2017, 826-844.
 15. Kruś P. (red.): Stop przemocy! Pielęgniarki i Położne w obronie krzywdzonych dzieci. Wyd. Media TV Puls Sp. z o. o, Warszawa 2017, 44-63.
 16. Okulicz- Kozaryn K., Stanisławska A., Opuchlik K., Borkowska M.: Zapobieganie Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD). Wczesne rozpoznanie ryzyka i krótka interwencja lekarska. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2018, 19-22.
 17. Komorowska A.: Opieka nad kobietą i dzieckiem z Zespołem FAS. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu(2). Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Wrocławku 2018, 131-142.
 18. Kędra E. Borczykowska- Rzepka M.: Płodowy Zespół Alkoholowy w ujęciu interdyscyplinarnym. Wydawnictwo Instytut Śląski, Opole 2015, 36- 45.
 19. Palicka I., Klecka M., Przybyło J.: Zaburzenia neurorozwojowe i ich wpływ na kształtowanie się przywiązania, na przykładzie dzieci z FAS/FASD- teoretyczne implikacje w praktyce klinicznej pracowników Fundacji Fastryga. [w:] Przywiązanie. Związki intymne, osobowość oraz problematyka kliniczno-terapeutyczna. Lubiewska K. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, 2017, 164-181.
 20. Trębicka P.: Wpływ prawidłowej więzi oraz miłości rodzicielskiej na dziecko, które doświadczyło zaniedbania. W trosce o rozwój. Ujęcie integralne. Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio 2018, 2 (34), 383- 391.
 21. Kornas-Biela D.: Kształtowanie więzi rodziców z dzieckiem w perinatalnym okresie życia. Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio 2017,1 (29), 148-170.
 22. Pietrzak A. M., Bakiera L., Palicka I.: Przywiązanie dziecka z zaburzeniami ze Spektrum Alkoholowych Uszkodzeń Płodu (FASD). Czasopismo Psychologiczne 2017, 23, 137-146.
 23. Palicka I.: Współpraca psychologa i logopedy w diagnostyce zaburzeń poznawczych i komunikacyjnych dzieci z FASD. „ Czy słyszysz, to co ja widzę?”- implikacje teoretyczne, doświadczenia własne. [w:] Diagnoza i terapia w pracy logopedy i

- nauczyciela terapeuty. Konteksty teoretyczne i praktyka. (red.) E. Jeżewska-Krasnodębska, B. Skalbiana. Wydawnictwo Impuls 2017, 83-103.
24. Palicka I., Śmigiel R., Pesz K., Janas-Kozik K., Klecka .:Diagnostyka FASD według 4-cyfrowego Kwestionariusza Diagnostycznego S.Astley- znaczenie badania neuropsychologicznego. Standardy Medyczne/Pediatrica 2016, 13, 112-116.
 25. Wilgocka O., Kampioni M., Chmaj-Wierzchowska K., Wilczak M.: Wiedza kobiet w ciąży na temat badań prenatalnych. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. 2017, 4 (53), 397-401.
 26. Piekacz A.: Specyfika rozwoju dzieci z FASD i instytucjonalnej pieczy zastępczej. Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska. 2017, 112, 321-331.
 27. Trzaskalik J., Pyttel J.: Dziecko z FAS(Płodowy Zespół Alkoholowy) w edukacji. Nauczyciel i szkoła. Rozprawy i artykuły naukowe 2017, 1(61), 11-25.
 28. Pałucka K., Pakuła J., Łepecka-Klusek C., Pilewska-Kozak A.B., Bałanda-Bałdyga A.: Standard opieki nad noworodkiem z Alkoholowym Zespołem Płodowym (FAS) podczas pobytu w szpitalu: projekt. Pielęgniarstwo XXI wieku: pismo współczesnych pielęgniarek. 2014, 2 (47), 23-27.
 29. Katarzyńska A.: Alkoholowy Zespół Płodowy- FAS. [w:] Wspomóc uzależnionych od alkoholu: refleksja psychologiczno-teologiczna. Dziedzic J., Klimek J. (red.). Uniwersytet Papieski Jana Pawła II. Wydawnictwo Naukowe, 2017, 21-39.
 30. Trzaskalik J., Pyttel J.: Dziecko z FAS (Płodowy Zespół Alkoholowy) w terapii logopedycznej. Forum Logopedyczne 2017,25, 141-151.

ZABURZENIA SNU U STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH

Beata Janina Olejnik¹, Martyna Małgorzata Zadrożniak², Dorota Jankowska³, Anna Baranowska⁴, Elżbieta Dróżdż-Kubicka⁵, Urszula Chrzanowska⁶, Agata Panas⁷

¹ - Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, , Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² - Absolwentka kierunku pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ - Zakładu Statystyki i Informatyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁴ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

⁵ - Ośrodek Psychiatrii Dziecięcej Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
Warszawa Klinika Budzik Warszawa

⁶ - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku, Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Żywienia i Alergologii z Pododdziałem Pulmonologii, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

⁷ - ZOZ Hospicjum Domowe w Białymstoku,

Wstęp

Podstawową potrzebą biologiczną organizmu jest potrzeba snu. Sen jest jedną z form odpoczynku, regeneracji sił i istotnym warunkiem dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego. Warunkiem dobrego samopoczucia jest odpowiednia ilość snu w ciągu doby. W trakcie snu mózg człowieka nie jest bierny, aktywność układu nerwowego jest zachowana i podlega cyklicznym i stałym zmianom. Charakterystyczną cechą snu jest jego odwracalność pod wpływem bodźców zewnętrznych. W strukturze snu istotne są trzy czynniki fizjologiczne, należy do nich ocena czynności bioelektrycznej mózgu, ocena ruchów gałek ocznych i ocena napięcia mięśniowego. Powyższe czynniki można określić przy pomocy badań rejestrujących czynność elektryczną np. EEG (elektroencefalografia), EOG (elektrookulografia) i EMG (elektromiografia).

Największy wpływ na sen mają czynniki genetyczne, między innymi swoiste zapotrzebowanie na sen, długość cykli snu potrzebnych, aby być wypoczętym. Nie bez znaczenia pozostaje wiek człowieka, noworodki przesypiają większą część doby, natomiast osoby dorosłe i seniorzy potrzebują snu znacznie mniej. Regulacja snu zależy od wielu procesów neurobiologicznych w organizmie. Do najistotniejszych neuroprzekazników w regulacji snu należy:

- układ kwasu gamma-aminomasłowego- układ ten wycisza i działa nasennie,
- układ histaminowy- odpowiada za promocję snu, może powodować senność w ciągu dnia,
- układ serotoninowy- jego rolą jest zwiększenie głębokości snu i hamowanie snu w fazie REM,
- układ noradrenergiczny- nadmierna aktywność tego układu powoduje pogorszenie, jakości snu,
- układ cholinergiczny- odpowiada za promocję snu REM i zapamiętywanie marzeń sennych,
- układ melatoninowy- zależny jest od rytmu światła w ciągu doby, przez co reguluje rytm dobowy,
- układ hipokretynowy- odpowiada za utrzymanie snu w ciągu nocy i procesu czuwania w ciągu dnia,
- układ adenozynowy- układ ten odpowiada za senność i utrzymanie snu w ciągu nocy. Zwiększa senność w przypadku dużej absencji sennej [1].

Mechanizm oddychania

Aby sen mógł przebiegać prawidłowo, niezwykle istotne jest zachowanie poprawnego toru oddychania. Prawidłowa regulacja oddychania zależna jest od mechanizmów fizjologicznych w mózgowiu, w których biorą udział neurony oddechowe i regulacji chemicznej opartej na reakcji chemoreceptorów obwodowych wrażliwych na stężenie parcjale gazów oddechowych – CO_2 , O_2 i pH. Prawidłowy rytm oddechowy wzbudzany jest w neuronach ośrodka oddechowego w rdzeniu przedłużonym. Rozpoczyna się fazą wdechową, w której narasta aktywność nerwów mięśni oddechowych, następnie przepona i mięśnie międzyżebrowe zewnętrzne kurczą się. Rozkurcz przepony i mięśni międzyżebrowych rozpoczyna fazę powdechową inaczej zwaną fazą biernego wydechu. Faza czynnego wydechu przebiega przy nasilonym oddychaniu, czynnie w czasie skurczu mięśni oddechowych dodatkowych. Rytm oddechowy ma swój początek w sieci neuronalnej. Neurony są ze sobą połączone i aktywowane przez twór siatkowaty, dlatego silne przeżycia mogą wpływać na proces oddychania. W regulacji chemicznej oddychania najważniejszym związkiem jest, CO_2 . Chemoreceptory są wrażliwe na wzrost stężenia dwutlenku węgla a w konsekwencji spadek pH wewnątrzkomórkowego, wzrost jonów wodorowych i spadek ciśnienia parcjalego tlenu. Zmniejszenie ciśnienia parcjalego tlenu pobudza chemoreceptory zwiększając objętość oddechową, i częstość oddechów. Z kolei wzrost ciśnienia parcjalego, CO_2 , silnie pobudza chemoreceptory wywołując wzrost wentylacji minutowej [2].

W procesie oddychania kluczową rolę odgrywają następujące mięśnie: przepona, mięsień poprzeczny brzucha i mięśnie dna miednicy. Warunkują one stabilną postawę ciała, a w związku z tym dobre natlenienie organizmu. Na tor oddechowy ma wpływ mobilność barków, ustawienie żeber i praca kręgosłupa. Tor oddychania różni się w zależności od płci, jak i również od stanu zdrowia. U kobiet przeważa tor oddychania piersiowy, natomiast u mężczyzn tor oddechowy brzuszny. Prawidłowy tor oddechowy powinien przebiegać poprzez wdech nosem. Tor piersiowy opiera swoją pracę głównie na mięśniach międzyżebrowych, a tor brzuszny swoją pracę opiera na przeponie. Przebieg toru oddychania zależny jest od częstości oddychania, ilości nabieranego powietrza, regularności oddechu i ruchów klatki piersiowej. Na zmianę toru oddechowego może wpływać wiele czynników, m.in. urazy klatki piersiowej i jamy brzusznej, nowotwory, choroby płuc i serca, a także rozchwianie chorób metabolicznych np. cukrzycy. Silnie przeżywane emocje w warunkach zdrowia mogą także zmienić przebieg toru oddechowego [3]. U dorosłych zazwyczaj dochodzi do przerostu tkanki chłonnej gardła, a w konsekwencji zwężenie dróg oddechowych. Skutkiem rozrostu tkanki limfatycznej jest zmiana toru oddychania z nosowego, na ustny lub mieszany. Zmiana toru oddychania niesie za sobą zmiany w budowie twarzoczaszki, głównie żuchwy i szczęki, co prowadzi do powstawania wad zgryzu [4].

Fazy snu

W trakcie snu człowiek przechodzi przez dwie fazy snu, faza szybkich ruchów gałek ocznych- REM i faza bez szybkich ruchów gałek ocznych- NREM. Faza szybkiego ruchu gałek ocznych jest wyzwalana przez aktywność neuronów układu kwasu gamma-aminomasłowego, a faza NREM jest przezeń konsolidowana. Fazy REM i NREM w ciągu snu nocnego następują po sobie cyklicznie, tworzą wówczas tzw. cykle snu. Każdy z cykli kończy się chwilowym wybudzeniem. Człowiek, żeby wypocząć potrzebuje w ciągu nocy 4 do 6 cykli snu. Zdrowy sen w pierwszej połowie nocy cechuje się przeważającą ilością snu głębokiego, natomiast w drugiej połowie nocy sen głęboki zwykle nie występuje. U dorosłych, bez niedoborów snu w drugiej połowie nocy zwiększa się ilość snu z szybkim ruchem gałek ocznych [1].

Stany snu i czuwania charakteryzują się odmiennymi poziomami aktywności układów neuromodulacyjnych. Faza REM charakteryzuje się wysokim poziomem acetylocholiny i niskim poziomem noradrenaliny, serotoniny i histaminy. Z kolei w fazie NREM poziomy neuromodulatorów są odpowiednio wysokie i niskie. Różne poziomy neuromodulatorów powodują wybudzenie się ze snu człowieka. Faza NREM składa się z czterech stadiów.

W zależności od głębokości i obrazu w badaniu EEG. Stadium pierwsze odpowiada drzemaniu, stadium drugie to lekki sen, natomiast stadium trzecie i czwarte to sen głęboki [5].

Przyczyny zaburzeń snu

Prawidłowy rytm dobowy warunkuje funkcjonowanie człowieka w ciągu doby na najwyższym poziomie sprawności psychicznej i fizycznej. Osoby, których rytm dobowy nie wskazuje na patologię osiągają lepsze wyniki w nauce i w życiu zawodowym. W czasie odpoczynku nocnego ich sen jest regenerujący. Natomiast rozchwiany rytm okołodobowy powoduje różnego rodzaju dolegliwości, od złego samopoczucia niekiedy do poważnych problemów zdrowotnych. Do najczęstszych zaburzeń rytmu okołodobowego należy zespół opóźnionej fazy snu, zespół przyspieszonej fazy snu a także nieregularny rytm dobowy [6].

Zaburzenia rytmu okołodobowego wpływają na powstawanie chorób układu pokarmowego, takich jak choroba wrzodowa żołądka, refluks żołądkowo-przełykowy czy zespół jelita wrażliwego. Przy zaburzonym rytmie okołodobowym występują również zaburzenia głodu i sytości. Ponadto zaburzenia snu mogą zwiększać ryzyko powstawania nowotworów przewodu pokarmowego i wątroby [7].

Do przyczyn zaburzeń snu na tle neurologicznym, można zaliczyć chorobę Parkinsona, otępienie, padaczkę, płasawicę Huntigtona, udar oraz uraz mózgu, a także choroby nerwowo-mięśniowe czy zespół niespokojnych nóg. Występuje wówczas fragmentacja snu oraz zaburzenia oddychania. Ale również agresywne marzenia senne i napady padaczkowe w trakcie snu, co może być przyczyną zaburzeń snu u współmałżonka osoby chorej. Z kolei w otępieniu często występuje niepokój nocny i pobudzenie [8, 9].

Zaburzenia funkcji poznawczych, lęk i depresja często idą w parze z zaburzeniami rytmu okołodobowego. Należy to uwzględnić w diagnostyce i strategii leczenia. Istnieje również istotne ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Zaburzenia snu mogą być objawem prodromalnym zaburzeń psychicznych, a odpowiednio wczesne ich wychwycenie i leczenie pozwala zapobiec rozwojowi pełnoobjawowej choroby psychicznej [10].

Bezdech senny

Do najpowszechniejszego zaburzenia związanego ze snem należy bezdech senny. Konsekwencją bezdechów jest rozwinięcie się obturacyjnego bezdechu sennego (OBS) i centralnego bezdechu sennego (CBS). OBS to choroba polegająca na powtarzających się bezdechach lub spłyceniach oddychania na poziomie gardła przy wzmożonej w większości przypadków pracy mięśni oddechowych, w następstwie, których następuje spadek saturacji

o 3-4% w stosunku do prawidłowej wartości. Zazwyczaj pacjent nie zdaje sobie sprawy, że występuje bezdech senny. CBS polega na występowaniu epizodów bezdechu, wskutek zmniejszonej aktywności ośrodka oddechowego albo utrudnieniu w przewodzeniu impulsów nerwowych do mięśni oddechowych [11].

Przyczynami powstawania bezdechu sennego jest zwykle otyłość i umiejscowienie tkanki tłuszczowej w okolicy szyi zwiększając jej obwód. Do wystąpienia bezdechów przyczynia się również skrzywienie przegrody nosowej, choroby upośledzające drożność nosa, nieprawidłowości anatomiczne twarzoczaszki a u dzieci przerośnięte migdałki podniebienne. Niekorzystne jest także spożywanie alkoholu przed snem i palenie tytoniu [12].

Do głównych objawów klinicznych bezdechów sennych należą: chrapanie, nieprawidłowy tor oddychania w czasie snu. Również objawy występujące w trakcie dnia są ważne a należą do nich nadmierna senność, zaburzenia zachowania a u dzieci trudności w nauce i hiperaktywność. Bezdech senny jest niezwykle niebezpieczny, zwłaszcza u dzieci. Nawet krótkotrwała obturacja może spowodować ciężką desaturację. Objawy CBS związane są z większym spadkiem saturacji aniżeli w przypadku OBS. Aby rozpoznać CBS musi występować, co najmniej jeden z objawów: senność, trudności w zasypianiu i utrzymaniu ciągłości snu, częste wybudzenia z uczuciem duszności, sen nieregenerujący, chrapanie, a także bezdechy zaobserwowane przez inną osobę [13].

Do diagnostyki bezdechów sennych wykorzystywane jest badanie polisomnograficzne. Badanie jest wykonywane w tzw. laboratoriach snu. Badanie to jest zalecane przed wprowadzeniem nieinwazyjnego wspomaganie oddechu, a także przy diagnostyce bardziej złożonych zaburzeń snu [14].

W leczeniu bezdechu snu w pierwszej kolejności stosuje się zmianę stylu życia. Redukcja masy ciała, zakaz spożywania alkoholu i palenia tytoniu to sztanarowe zasady przy leczeniu bezdechu sennego. Ponadto pacjent powinien unikać zażywania leków sedatywnych i miorelaksujących. Gdy przyczyną bezdechu są polipy błony śluzowej nosa, skrzywiona przegroda nosowa powiększone migdałki pacjent powinien udać się do laryngologa. U pacjentów z wielopoziomowym zwężeniem dróg oddechowych najbardziej wskazane jest leczenie przy pomocy dodatniego ciśnienia wdechowego. Leczenie przy pomocy dodatniego ciśnienia wdechowego poprawia znacząco, jakość życia pacjentów. Eliminuje senność w ciągu dnia poprawiając tym samym funkcjonowanie pacjenta. Przy leczeniu bezdechu sennego farmakoterapia nie ma zastosowania, pomimo początkowej poprawy. Nieleczony bezdech senny może nieść poważne konsekwencje w życiu pacjenta jak i jego otoczenia [15, 16, 17].

Narkolepsja

Narkolepsja to zaburzenie polegające na nadmiernej senności. Zazwyczaj są to krótkie orzeźwiające drzemki w ciągu dnia. Pacjenci, którzy nie mogą pozwolić sobie na drzemkę zwykle zasypiają nagle w trakcie wykonywania różnych czynności, nie są w stanie zapanować nad napadami snu. Zapadanie w sen podczas konwersacji, prowadzenia auta czy spożywania posiłku dla świadków tego zdarzenia jest zjawiskiem budzącym duży niepokój. Z narkolepsją najczęściej występuje katapleksja, objawiająca się osłabieniem napięcia mięśniowego wywołanego czynnikami emocjonalnymi [18]. Narkolepsji często towarzyszą upadki i niezdarność. Do objawów nadmiernej senności można zaliczyć również porażenie senne i omamy przypominające marzenia senne. Ponadto może pojawić się pogorszenie jakości snu nocnego i zaburzenia zachowania związane z odgrywaniem marzeń sennych [19].

Narkolepsja dotyka w głównej mierze osoby wykonujące pracę zmianową. Pracownicy zmianowi skarżą się na problemy z zasypianiem, utrzymaniem w czasie pracy na nocnej zmianie poziomu czujności, a także na nadmierną senność po zakończonej pracy. Aby zapobiec rozwojowi narkolepsji niezwykle ważne jest utrzymanie zasad higieny snu. Gdy pracownik może pozwolić sobie podczas zmiany na drzemkę, ma to pozytywny wpływ na jego czujność i może zmniejszyć ryzyko rozwoju zaburzeń snu [20].

Narkolepsja może także dotykać dzieci i młodzież. Wówczas warto przeprowadzić szeroką diagnostykę różnicową z chorobami o podłożu autoimmunologicznym, kardiologicznym i neurologicznym, konsultacje psychologiczną i dietetyczną. A także warto przyrzeć się uważnie problemom w szkole i środowisku rówieśniczym. Młodzież cierpiąca na narkolepsję może w późniejszym etapie życia borykać się z dotkliwymi jej skutkami psychospołecznymi i obniżeniem poczucia własnej wartości [21].

Pacjenci cierpiący na narkolepsję często skarżą się na obniżenie nastroju, z przeważającym występowaniem epizodów depresyjnych i problem z kompulsywnym objadaniem się. Dlatego niezwykle ważne w diagnostyce narkolepsji jest objęcie pacjenta kompleksową opieką i wykluczenie innych przyczyn zaburzeń snu [22].

Bezsennaść

Bezsennaść pojawia się na tle zaburzeń rytmu okołodobowego. Aby rozwinęła się bezsennaść musi występować niewystarczająca, jakość snu i jego długość. Mogą pojawiać się trudności z zaśnięciem, wybudzenia w trakcie snu, a także zbyt wczesne obudzenia. Na rozwinięcie bezsenności ma wpływ także zażywanie niektórych leków, substancji psychoaktywnych, nierozpoznanie niektórych jednostek chorobowych lub zaburzeń

psychicznych, których bezsenność może być pierwszym objawem [23]. By można było rozpoznać bezsenność, objawy powinny występować, co najmniej 3 razy w tygodniu, nie ustępować, przez co najmniej miesiąc oraz wiązać się z upośledzeniem funkcjonowania społecznego lub zawodowego. Osoby cierpiące na bezsenność często zgłaszają objawy zmęczenia w ciągu dnia. Lecz niewielu skarży się na senność dzienną, czyli zwiększoną skłonność do drzemek w ciągu dnia. Do pozostałych objawów bezsenności należą problemy z koncentracją a w związku z tym mniejsza wydajność w pracy zawodowej, zaburzenia nastroju, zaburzenia odżywiania [24, 25]. Przyczyną bezsenności może być także zespół stresu pourazowego, objawiający się często u weteranów wojennych [26].

U dzieci w wieku szkolnym i nastolatków bezsenność rozwija się na tle psychofizjologicznym, podobnie jak u osób dorosłych.

Bezsenność występująca u dzieci może przyczyniać się w późniejszym etapie do rozwoju otyłości i cukrzycy, a następnie rozwinięcia zespołu metabolicznego. Zmęczenie w związku z zaburzonym snem powoduje zmniejszenie aktywności fizycznej i wybranie odpoczynku w formie statycznej. Zaburzony sen wpływa na wzrost apetytu poprzez spadek insulinowrażliwości w związku z brakiem ruchu fizycznego [27].

Przewlekłą bezsenność można stwierdzić wówczas, gdy występują trzy niezależne czynniki. Czynniki przedstawia tabela nr 1. [28]

Tabela 1. Czynniki wpływające na rozwój bezsenności.

Predisponujące	➤ Wrodzona psychologiczna podatność- podwyższony poziom lęklivosti. ➤ Podatność na impulsy zakłócające sen. ➤ Zaburzenia uwagi.
Wyzwalające	➤ Zdarzenia psychiczne, psychologiczne lub sytuacyjne zaburzające sen.
Utrwalające	➤ Niekorzystne zachowania przystosowawcze, jako odpowiedź na zaburzenia snu, utrwalające bezsenność.

Źródło: Walacik-Ufnal E., Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności. *Psychiatria* 2015, 12(2): 90–98.

Bezsenność ma swój początek zazwyczaj w związku z konkretnymi czynnikami lub wydarzeniami, które pojawiły się w życiu pacjenta. Do najczęstszych przyczyn należą problemy zdrowotne, sytuacja w miejscu pracy lub zmiana pracy, a także zmiana warunków spania. Do przyczyn bezsenności można zaliczyć również wydarzenia rodzinne wzbudzające silne emocje. Zazwyczaj są to pozytywne emocje np. wzięcie ślubu czy narodziny nowego członka rodziny [29].

Lęki nocne i koszmary senne

Lęki nocne u dorosłych występują rzadko. Objawiają się zwykle nagłym wybudzeniem ze snu głębokiego, któremu towarzyszy krzyk, pobudzenie, płacz i uczucie silnego lęku. Osoba, która doświadcza lęku nocnego nie reaguje na bodźce zewnętrzne [30].

Lęki nocne zazwyczaj dotyczą małe dzieci, związane jest to z niedojrzałością układu nerwowego. Gdy lęki nocne u dzieci pojawiają się często warto zasięgnąć porady pediatry lub neurologa, a czasem nawet dietetyka. Badacze z Wielkiej Brytanii wykazali, bowiem związek niedoboru kwasów tłuszczowych omega-3 z częstszym występowaniem lęków nocnych. A ich suplementacja może zmniejszać ilość epizodów lęku nocnego u dzieci [31]. W przypadku diagnostyki napadów lęku nocnego u dzieci należy wykluczyć epilepsję, ocenić rozwój neurologiczny dziecka a wywiad uzupełnić o występowanie podobnych zaburzeń u rodziców [32].

Koszmary senne to dobrze zapamiętane, dysforyczne sny. Występują w fazie snu REM. Związane są subiektywnym odczuciem zagrożenia, i utratą poczucia bezpieczeństwa. Prowadzą do nagłego wybudzenia z uczuciem niepokoju i poczuciem zmęczenia [33].

Koszmary senne przewlekłe dotyczą pacjentów cierpiących na zaburzenia zdrowia psychicznego w tym zaburzenia osobowości i zespół stresu pourazowego. Według badaczy z Francji pacjenci z zaburzeniami psychiatrycznymi częściej doświadczają koszmarów sennych, a w związku z tym mają zwiększone ryzyko podjęcia prób samobójczych i samobójstw [34]. Wykazano także, związek przyczynowo skutkowy pomiędzy występowaniem zaburzeń snu i koszmarów sennych a pojawieniem się myśli samobójczych [35].

Pacjentom, którzy cierpią na zaburzenia snu i koszmary senne, a nawet cierpiących na zespół stresu pourazowego często polecana jest terapia poznawczo-behawioralna i leczenie farmakologiczne [36].

Higiena i profilaktyka zaburzeń snu

Aby sen dawał odpoczynek, regenerował organizm ważne jest zachowanie jak największej ilości zasad jego higieny. Poza naturalnym zmęczeniem, będącym bodźcem dla człowieka, żeby udał się na spoczynek jest wskazanie rytmu okołodobowego, że dana pora jest dla snu właściwa, ponadto osoba udająca się do snu jest zrelaksowana. Istotne jest utrzymanie aktywności fizycznej organizmu w ciągu dnia. Zmęczenie fizyczne powoduje, że sen jest głębszy. Należy także, unikać spędzania długiego czasu w łóżku i unikanie drzemek w ciągu dnia. Łóżko powinno kojarzyć się z odpoczynkiem i snem, a nie z pracą. Unikanie

drzemek w ciągu dnia wzmacnia biologiczną potrzebę snu. Nie bez znaczenia jest również pora, o której człowiek wstaje rano. Najlepiej, aby była to ta sama godzina pobudki. Nie powinno się odsypiać wczesnego wstawiania w ciągu tygodnia, w weekend.

Światło jest najważniejszym wskaźnikiem dla oka człowieka. Wpadające promienie światła do oka regulują wydzielanie melatoniny w przysadce. Rano, gdy wpada ich dużo powodują, że człowiek budzi się. Natomiast w godzinach wieczornych powinno się unikać silnego światła, na rzecz światła ciepłego o mniejszym natężeniu. Dzięki temu pojawia się naturalna potrzeba snu o właściwej porze. Najlepiej unikać pracy przy komputerze czy oglądania telewizji już na 3 godziny przed snem.

Nie bez znaczenia jest również temperatura ciała człowieka i otoczenia. Przed snem nie powinno się pracować fizycznie ani uprawiać sportu. Niewskazane jest, także spożywanie ciężkostrawnych posiłków, ani branie gorącej kąpieli. Powyższe czynności mogą powodować wzrost wewnętrznej temperatury ciała i w związku z tym zakłócać sen. We wnętrzu pomieszczenia, w którym śpi człowiek, temperatura powinna mieścić się w zakresie od 18°C do 21°C. Wieczorem najlepiej nie wykonywać czynności pobudzających emocje. Powinno się wykonywać czynności przyjemne i relaksujące. Niedostateczna higiena snu jest przyczyną powstawania różnego rodzaju zaburzeń snu [37]. Nieprzestrzeganie zasad higieny snu uznawane jest za problem zdrowia publicznego. Krótki czas snu uznawany jest za epidemię wśród społeczności krajów wysoko rozwiniętych. Badacze ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej odkryli związek między krótkim czasem snu a zmniejszeniem gęstości kości u kobiet. Krótszy czas snu wpływa negatywnie na stan gęstości kości, zwiększając tym rozwój osteoporozy [38].

Najciężej przestrzegać zasad higieny snu osobom pracującym w systemie zmianowym, są to m.in. pielęgniarki i położne. Praca w nocy jest niezwykle dużym obciążeniem fizycznym. Zostaje wówczas zakłócony rytm biologiczny snu i czuwania. Mogą pojawić się zaburzenia psychosomatyczne, drażliwość i osłabieniem czujności zmysłów. Jest to również dotkliwe dla dobrego samopoczucia, może również wpływać negatywnie na życie rodzinne i społeczne [39, 40]. Z kolei badacze z Indii wysnuli wnioski, że częściej zaburzenia snu związane z pracą zmianową dotyczą młodych pracowników z krótkim stażem pracy. Wynika to prawdopodobnie z tego, że młodzi pracownicy nie są przyzwyczajeni to pracy zmianowej. Problemy, z jakimi borykają się pracownicy zmianowi mogą dodatkowo negatywnie wpływać na samopoczucie i wydajność w pracy. Należą do nich zaburzenia żołądkowo-jelitowe, niestrawności, zgaga, bóle brzucha a także utrata apetytu [41,42].

Cel pracy

Celem głównym pracy była próba analizy zaburzeń snu wśród studentów kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i porównanie otrzymanych wyników z wynikami zawartymi w publikacjach naukowych. Cel główny został rozbudowany o następujące cele szczegółowe:

1. Określenie wpływu zaburzeń snu na samopoczucie studentów następnego dnia.
2. Określenie występowania zaburzeń snu a studiowaniem na wybranym wydziale.

Przeprowadzone badanie pozwoliło na ocenę występowania zaburzeń snu w badanej grupie studentów. Analiza zebranych danych dostarczyła informacji na temat zwyczajów towarzyszących badanym przed pójściem spać, identyfikacji czynników zagrożeń wśród badanych, a także wykaże, czy istnieje konieczność szerzenia wiedzy na ten temat oraz przedsięwzięcia działań korygujących czy zapobiegawczych. Przeprowadzenie ww. sondażu diagnostycznego nie niosło ze sobą ryzyka dla badanego.

Material i metodyka badań

W badaniach została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji z uwzględnieniem Ateńskiej Skali Bezsenności za zgodą Redakcji Via Medica, która umożliwia ilościowy pomiar bezsenności. Wynik ≤ 5 punktów dowodzi, że jest to norma a osoba nie ma problemów ze snem. Wartości punktowe od 6 do 10 punktów interpretowane jest jako pogranicze normy, i zaleca się stosowanie zasad higieny snu, a w razie pogorszenia konsultację z lekarzem. Natomiast wynik >10 punktów wskazuje na duże prawdopodobieństwo występowania bezsenności, zalecana jest konsultacja z lekarzem w celu uzupełnienia diagnostyki i opracowania strategii terapii [43].

Kwestionariusz pozwolił na zebranie danych dotyczących zaburzeń snu wśród studentów kierunków medycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (UMB).

Ankieta składała się z 16 pytań, wśród których są pytania metryczkowe dotyczące cech demograficzno-społecznych oraz pytania umożliwiające respondentowi wypowiedź na temat zaburzeń snu występujących u badanego.

Badanie zostało przeprowadzone w grupie 433 studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Badanie zrealizowano w ciągu miesiąca od otrzymania zgody Komisji Bioetycznej UMB nr uchwały APK.002.366.2020.

Studenci uczestniczący w badaniu zostali poinformowani o celowości badania i zachowaniu anonimowości. Równoznaczne z wyrażeniem zgody na badanie było wypełnienie kwestionariusza ankiety. Ankietę przedstawiono studentom przy pomocy portalu społecznościowego.

Podczas wykonywania analiz statystycznych wykorzystano pakiet statystyczny STATISTICA 13.3 firmy StatSoft. Do oceny zależności pomiędzy cechami kategorycznymi zastosowano nieparametryczny test niezależności Chi kwadrat Pearsona. Analizując cechy mierzalne dokonano sprawdzenia normalności rozkładu testem Shapiro-Wilka. Wobec braku normalności rozkładu, do porównania 3 badanych grup zastosowano nieparametryczny test Kruskala-Wallisa zaś przy porównaniu 2 grup użyto nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya. Natomiast badając współzależność cech o charakterze porządkowym wykorzystano korelację nieparametryczną Spearmana.

W grupie ankietowanych znalazło się 79 mężczyzn (18,2%) i 354 kobiet (81,8%). Znacząca większość ankietowanych była w przedziale wiekowym 19 – 24 lata. Około 4% respondentów zadeklarowało, że ma 30 lat i więcej. Strukturę i wiek ankietowanych przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Struktura wiekowa ankietowanych.

Wiek	Liczba osób	Procent
18	3	0,7%
19	60	13,9%
20	70	16,2%
21	51	11,8%
22	58	13,4%
23	79	18,2%
24	66	15,2%
25	21	4,8%
26	6	1,4%
27	1	0,2%
28	1	0,2%
30 i więcej	17	3,9%
Ogółem	433	100%

Wśród ankietowanych, studenci Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim stanowili największą grupę respondentów (51,9%). W badaniu wzięło także udział około 29% studentów z Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej i niespełna 20% Wydziału nauk o zdrowiu (WNoZ) mieszczących się na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 3.

Tabela 3. Ilość studentów biorących udział w badaniu z poszczególnych wydziałów.

Wydział	Liczba	Procent
Lekarski	223	51,9%
Farmaceutyczny	123	28,6%
WNoZ	84	19,5%
Ogółem	430	100%

Tabela 4. Udział studentów poszczególnych lat.

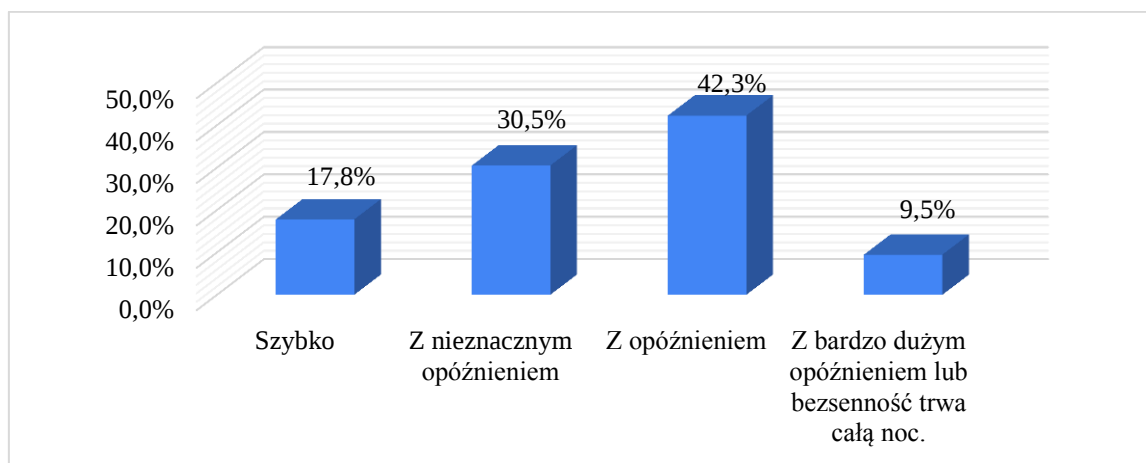
Rok studiów	Liczba	Procent
1	91	21,0%
2	85	19,6%
3	64	14,8%
4	65	15,0%
5	96	22,1%
6	32	7,4%
Ogółem	433	100%

Spośród studentów biorących udział w badaniu, przeważali studenci piątego roku studiów (22,1%) i pierwszego roku studiów (21,0%). Natomiast najmniejszy udział zaobserwowano wśród studentów szóstego roku studiów niespełna 7,4% studentów (Tabela 4.).

Wyniki

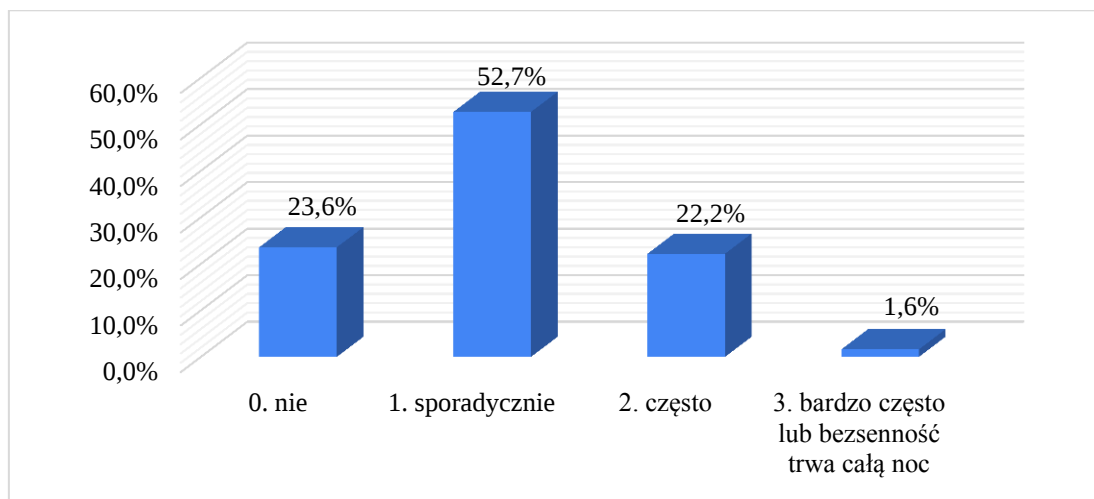
W badanej grupie studentów znaczący odsetek ankietowanych ponad 42% zadeklarował, że zasypia z opóźnieniem. Zaledwie niespełna 18% stwierdziło, że zasypia

szybko. Natomiast prawie 10% zadeklarowało, że zasypia z bardzo dużym opóźnieniem lub bezsenność trwa całą noc. Szczegółowe dane przedstawiono na Rycinie 1.



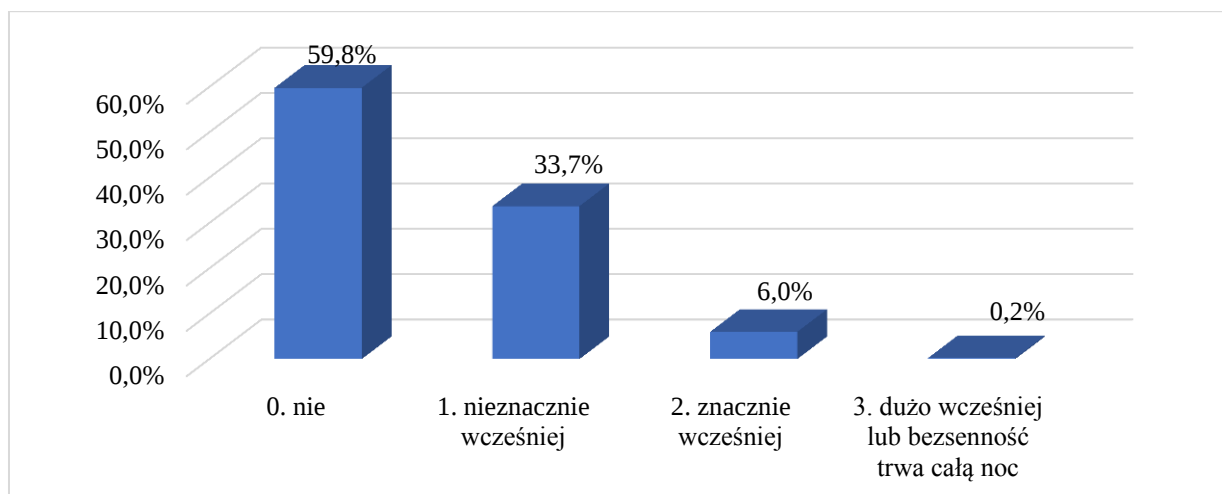
Rycina 1. Deklaracja studentów na temat szybkości zasypia po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła.

Analizie poddano czystość wybudzania się w nocy badanych studentów. Najczęściej ankietowani sygnalizowali sporadyczne wybudzenia w ciągu nocy (52,7%). Prawie ¼ ankietowanych zadeklarowała, że nie wybudza się w nocy. Szczegółową strukturę odpowiedzi przedstawia Rycina 2.



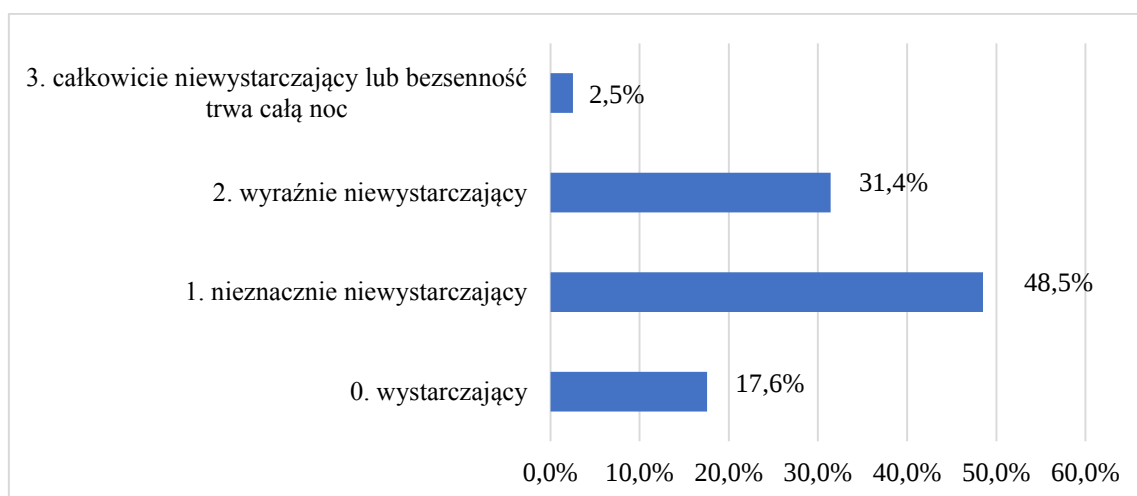
Rycina 2. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie „Czy budzi się Pan/Pani w nocy?”.

Analizując odpowiedzi studentów na pytanie Czy budzi się Pan/Pani rano wcześniej niż planowano? prawie 60% ankietowanych wskazywało, iż nie wybudzają się wcześniej niż planowali a około 34% wskazało, że budzi się rano nieznacznie wcześniej. Strukturę odpowiedzi przedstawia Rycina 3.



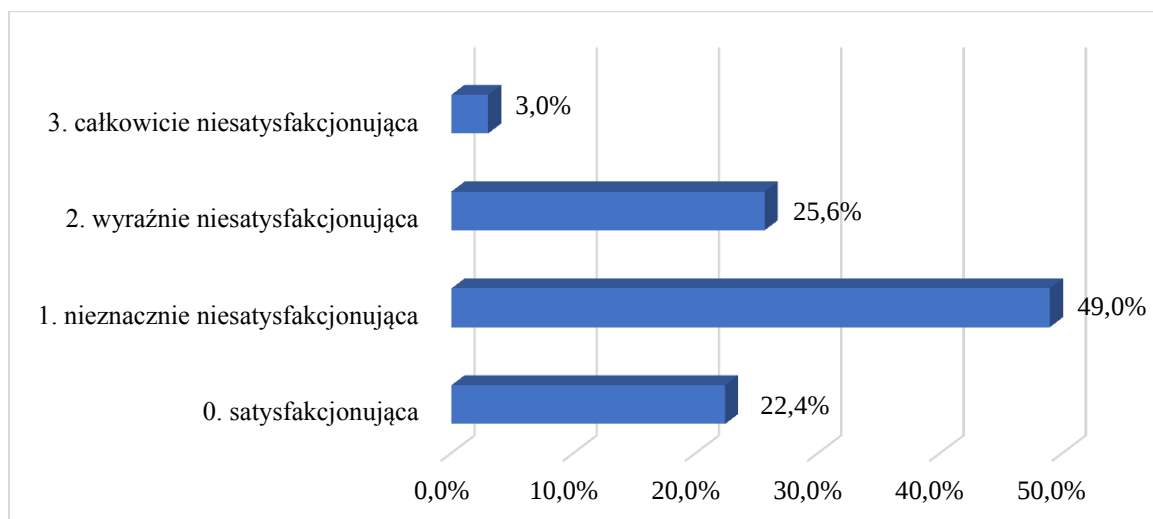
Rycina 3. Struktura odpowiedzi na pytanie „Czy budzi się Pan/Pani rano wcześniej niż planowano?”.

Na pytanie „Jaki jest całkowity czas Pana/Pani snu?”, respondenci najczęściej wybierali odpowiedź „nieznacznie niewystarczający” (48,5%). Zaledwie 18% studentów zadeklarowała, że ich czas snu jest wystarczający. Najmniejsza grupa ankietowanych (2,5%) stwierdziła, iż ich czas snu jest całkowicie niewystarczający lub bezsenność trwa całą noc. Szczegółowe wyniki zaprezentowano na Rycinie 4.



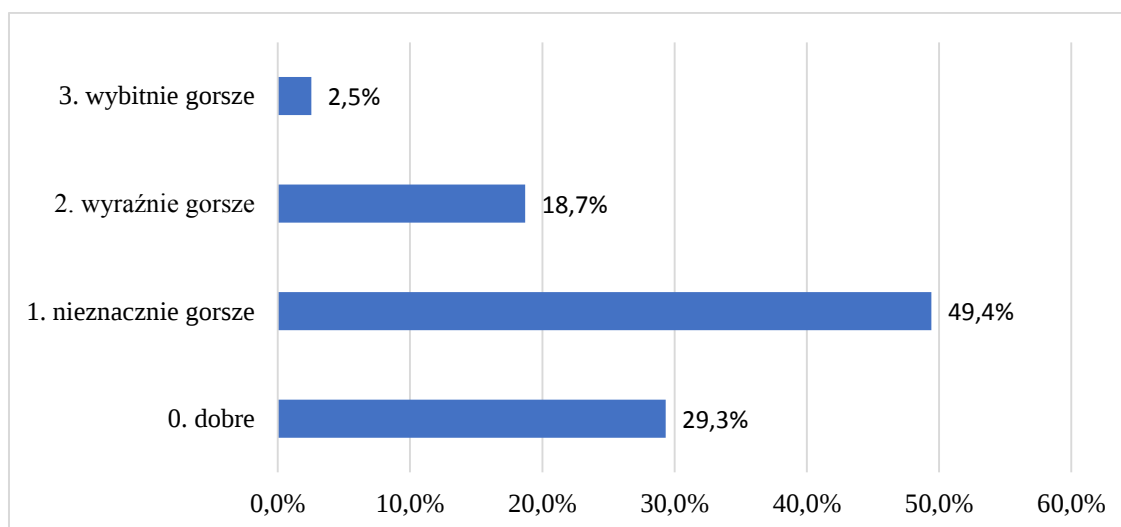
Rycina 4. Struktura odpowiedzi na pytanie, „Jaki jest całkowity czas Pana/Pani snu?”.

Analizie poddano opinię ankietowanych na temat oceny, jakości snu, niezależnie od czasu jego trwania, najczęściej respondenci oceniali, jakość swojego snu jako nieznacznie niesatysfakcjonująca (49,0%), lub wyraźnie niesatysfakcjonująca (25,6%).). Jedynie co piąty ankietowany (22,4%) stwierdził, że jego sen był satysfakcjonujący. Szczegółowe dane przedstawia Rycina 5.



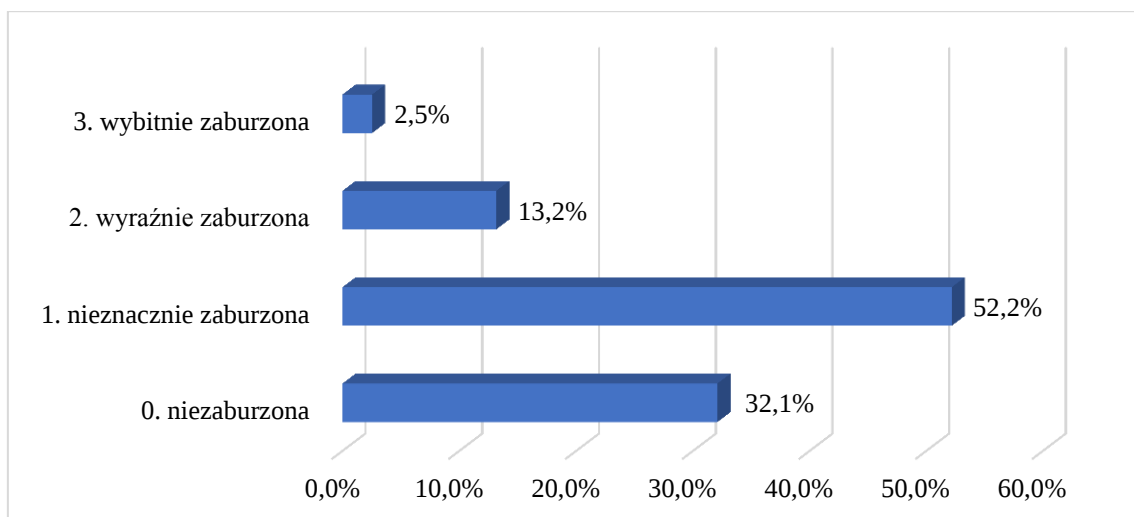
Rycina 5. Ocena jakości snu, niezależnie od czasu jego trwania w opinii ankietowanych studentów.

Kontynuując analizę opinii studentów na temat jakości snu zapytano studentów - Jakie jest ich samopoczucie następnego dnia po zaburzeniach snu. Prawie połowa (49,4%) ankietowanych najczęściej określała swoje samopoczucie jako nieznacznie gorsze. Natomiast co trzeci badany zadeklarował, że czuje się dobrze (29,3%). Strukturę odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawia Rycina 6.



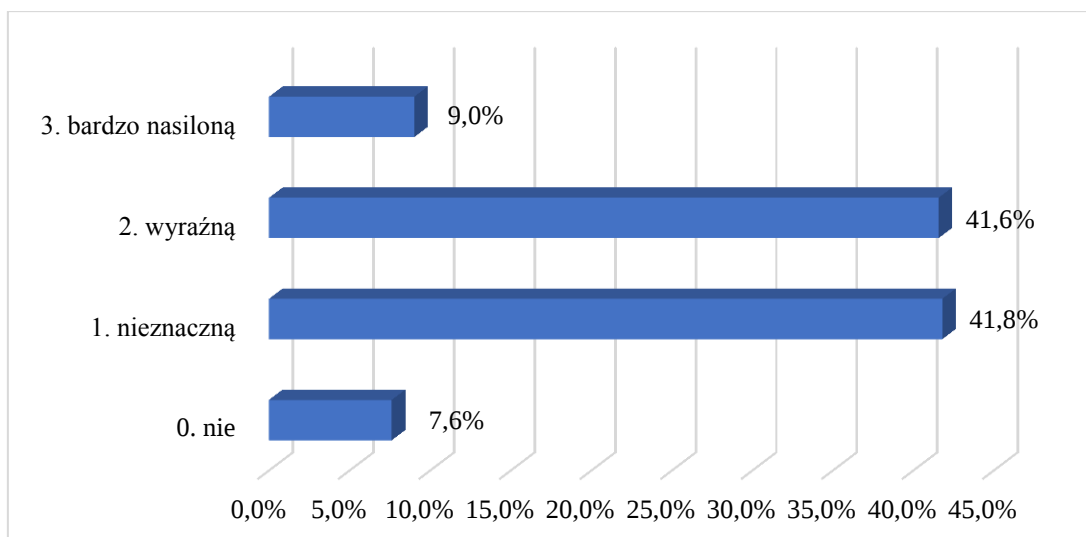
Rycina 6. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie, „Jakie jest Pana/Pani samopoczucie następnego dnia?”.

Poza samopoczuciem analizowano także opinie studentów na temat sprawności psychicznej i fizycznej następnego dnia. Najczęściej ankietowani określali swoją sprawność psychofizyczną jako nieznacznie zaburzoną (52,2%) zaś co trzeci określał jako niezaburzoną (32,1%). Procentowy rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie przedstawia Rycina 7.



Rycina 7. Struktura odpowiedzi na pytanie, „Jaka jest Pana/Pani sprawność psychiczna i fizyczna następnego dnia?”.

W pytaniu, „Czy odczuwa Pan/Pani senność w ciągu dnia?”, respondenci z porównywalną częstością określali swoją senność w ciągu dnia jako nieznaczną (41,8%) i wyraźną (41,6%). Niespełna 8% zadeklarowała, że nie odczuwa senności po bezsennej nocy (Rycina 8).



Rycina 8. Struktura odpowiedzi na pytanie, „Czy odczuwa Pan/Pani senność w ciągu dnia?”.

Analizowane pytania są pytaniami testowymi Ateńskiej Skali Bezsenności (*Athens Insomnia Scale – ASI*) na ich podstawie dokonano ilościowego pomiaru bezsenności.

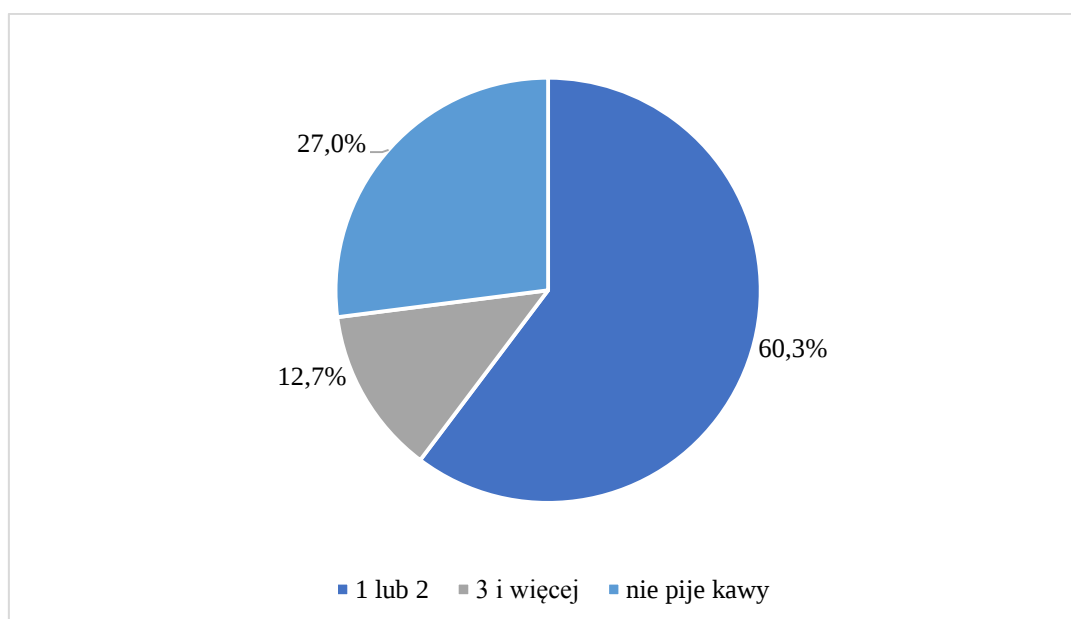
Wykorzystując tą skalę stwierdzono, że prawie połowa ankietowanych (49,9%) jest na pograniczu normy i ma problemy ze snem. Dlatego ta grupa studentów powinna przestrzegać zasad higieny snu. Zaledwie co piąty ankietowany zadeklarował, że nie ma problemów ze

snem (22,6%) (Tabela nr 5.)

Tabela 5. Ocena bezsenności wśród ankietowanych studentów na podstawie Ateńskiej Skali bezsenności.

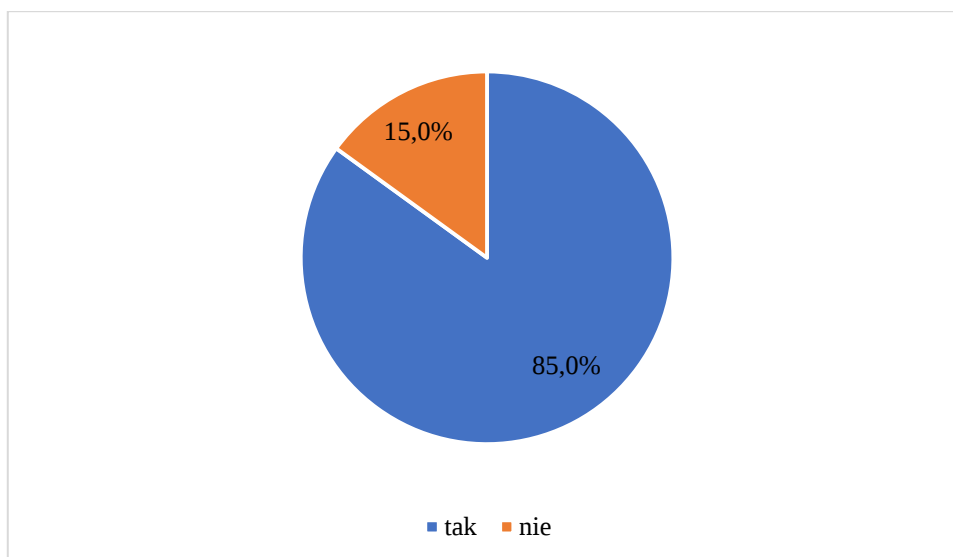
Interpretacja	n	Procent
Norma	98	22,6%
Pogranicze	216	49,9%
Powyżej normy	119	27,5%

Analizie poddano także ilość wypijanych przez respondentów filiżanek kawy w ciągu doby, badani studenci najczęściej wypijali jedną lub dwie filiżanki (60,3%). Prawie co trzeci respondent (27%) zadeklarował, że nie pije kawy. Strukturę odpowiedzi przedstawia Rycina 9.



Rycina 9. Ilość filiżanek kawy wypija przez respondentów w ciągu doby.

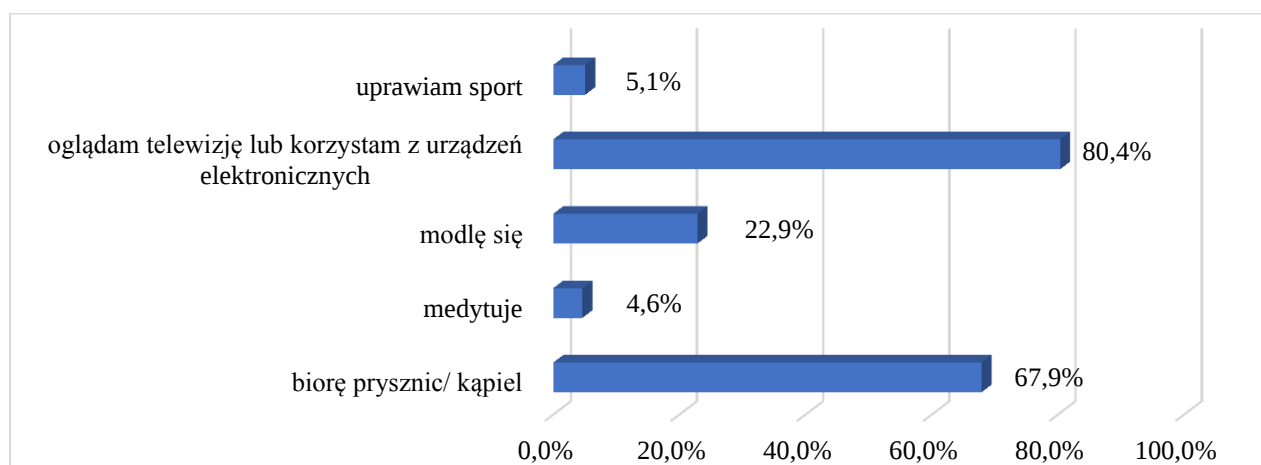
Wśród badanych aż 85,0% zadeklarowało, że stosuje używki wspomagające koncentrację. Zaledwie 15 % udzieliło odpowiedzi negatywnej (Rycina 10).



Rycina 10. Struktura odpowiedzi na pytanie „Czy stosuje Pan/ Pani inne używki wspomagające koncentrację?”.

Badani studenci, którzy zaznaczyli odpowiedź twierdzącą na pytanie o zażywanie używek wspomagających koncentrację, proszeni byli o wskazanie rodzaju używki. Najczęstszą odpowiedzią respondentów były: napoje energetyczne, tabletki z kofeiną, yerba mate i suplementy diety wspomagające koncentrację.

Zapytano także studentów jakie zwyczaje towarzyszą im przed pójściem spać, ankietowani najczęściej wskazywali, korzystanie z urządzeń elektronicznych lub oglądanie telewizji (80,4%). Prawie 70% zaznaczyło odpowiedź biorę prysznic/kąpiel. Trzykrotnie mniejszy odsetek studentów (22,9) zadeklarował, że przed snem modli się. Szczegółowe dane przedstawia Rycina 11.



Rycina 11. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie, „Jakie zwyczaje towarzyszą Panu/Pani przed pójściem spać?”.

Średnie wartości punktów wg. Ateńskiej Skali Bezsenności na badanych wydziałach były porównywalne i wynosiły między 8,36 a 9,07 co świadczy o zagrożeniu badanych studentów bezsennością.

Mediany wyników studentów wydziału Lekarskiego i WNoZ są identyczne (8 punktów), a przeciętny rezultat studentów wydziału farmaceutycznego jest nieznacznie wyższy (mediana wynosi 9 punktów) (Tabela 6).

Tabela 6. Ilościowy pomiar bezsenności z wykorzystaniem Ateńskiej Skali Bezsenności (*Athens Insomnia Scale – ASI*) na poszczególnych wydziałach.

Wydział	Liczba badanych	Minimum	Maksimum	Średnia	Mediana	Kwartyl dolny	Kwartyl górny	p
Lekarski	223	0	20,0	8,40	8,00	6,0	11,0	0,16
WNoZ	123	1,0	19,0	8,36	8,00	5,0	11,0	
Farmaceutyczny	84	9,0	16,0	9,07	9,00	7,0	11,0	

Sumę punktów zdobytych przez studentów poszczególnych wydziałów przedstawia Tabela 7.

Nie stwierdzono, aby wydział, na którym studiują ankietowani miał istotny statystycznie wpływ na występowanie problemów ze snem ($p=0,21$). Największą grupę na wszystkich wydziałach (lekarskim – 51,6%, farmaceutycznym - 48,8% i WNOZ – 47,2%) stanowili studenci z podwyższoną wartością punktową świadczącą o pograniczu normy i zagrożeniu bezsennością (Tabela 7).

Odsetek studentów z wynikami powyżej normy był nieznacznie wyższy wśród studentów wydziału farmaceutycznego (35,7%) w porównaniu do studentów pozostałych wydziałów (25,1% studentów wydziału lekarskiego i 26,0% studentów wydziału nauk o zdrowiu), ale różnice nie są istotnie statystycznie (Tabela 7).

Tabela 7. Oceny bezsenności wg. AIS wśród ankietowanych studentów z uwzględnieniem wydziałów

Wydział		Ocena występowania objawów bezsenności wg. AIS			
		Norma	Pogranicze	Powyżej normy	Ogółem
Lekarski	n	52	115	56	223
	%	23,3%	51,6%	25,1%	
Farmaceutyczny	n	13	41	30	84
	%	15,5%	48,8%	35,7%	
WNoZ	n	33	58	32	123
	%	26,8%	47,2%	26,0%	
Ogółem		98	214	118	430

Płeć badanych nie wpływała istotnie statystycznie na ilość dziennie wypijanych filiżanek kawy ($p=0,08$). Jednak częściej mężczyźni (35,4%) niż kobiety (25,1%) deklarowali, że nie piją kawy. Mężczyźni także częściej wypijali cztery i więcej filiżanek kawy. Szczegółowe dane przedstawiono w Tabeli 8.

Tabela 8. Zależność pomiędzy płcią a ilością wypijanych filiżanek kawy.

Płeć		Liczba dziennie wypijanych filiżanek kawy:					
		Nie pije	1	2	3	4 i więcej	Ogółem
Mężczyźni	n	28	20	19	7	5	78
	%	35,4%	25,3%	24,1%	8,9%	6,3%	
Kobiety	n	89	124	98	35	8	354
	%	25,1%	35,0%	27,7%	9,9%	2,3%	
Ogółem		117	144	117	42	13	433

Wykazano, że samoocena, jakości snu zależy istotnie statystycznie od płci badanych ($p=0,004$). Wśród kobiet zdecydowanie dominowała odpowiedź, iż ich sen jest nieznacznie niesatysfakcjonujący (52,5%). Wśród mężczyzn ta odpowiedź również była często wskazywana (32,9%). Mężczyźni jednak równie często (32,9%) przyznawali, że jakość ich snu jest satysfakcjonująca, podczas gdy wśród kobiet taką odpowiedź podał co piąty ankietowany (20,1%) (Tabela 9).

Tabela 9. Wpływ płci, na jakość snu.

Płeć		Samoocena jakości snu				Ogółem
		Satysfakcjonujący	Nieznacznie niesatysfakcjonujący	Wyrażnie	Całkowicie	
Mężczyźni	n	26	26	22	5	79
	%	32,9%	32,9%	27,9%	6,3%	100%
Kobiety	n	71	186	89	8	354
	%	20,1%	52,5%	25,1%	2,3%	100%
Ogółem		97	212	111	13	433

Zaobserwowano, iż występowanie wybudzeń nocnych (lub ich brak) zależy istotnie statystycznie od płci studentów ($p=0,03$).

Kobiety istotnie częściej (78,5%) niż mężczyźni (67,1%) przyznają, że zdarza się im budzić w ciągu nocy. Uzyskane wyniki prezentuje Tabela 10.

Tabela 10. Wpływ płci na wybudzenia w ciągu nocy.

		Czy budzi się Pan/Pani w nocy?		Ogółem
		Nie	Tak	
Mężczyźni	n	26	53	79
	%	32,9%	67,1%	
Kobiety	n	76	278	354
	%	21,5%	78,5%	
Ogółem		102	331	433

Wydział, na którym studiuje ankietowany, nie ma istotnego statystycznie wpływu na samoocenę, jakości snu ($p=0,19$).

Wśród studentów wszystkich 3 wydziałów dominującą odpowiedzią było stwierdzenie, że jakość snu jest nieznacznie niesatysfakcjonująca (46,6% studentów wydziału Lekarskiego, 50,4% studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz 52,4% studentów wydziału Farmaceutycznego). Rozkład pozostałych odpowiedzi także był zbliżony u badanych z wymienionych wydziałów (Tabela 11).

Tabela 11. Wpływ wydziału, na którym studiują ankietowani na jakość snu.

Wydział		Jakość snu				Ogółem
		Satysfakcjonująca	Nieznacznie niesatysfakcjonująca	Wyraźnie	Całkowicie	
Lekarski	n	61	104	53	5	223
	%	27,4%	46,6%	23,8%	2,2%	
WNoZ	n	19	62	36	6	123
	%	15,4%	50,4%	29,3%	4,9%	
Farmaceutyczny	n	17	44	21	2	84
	%	20,2%	52,4%	25,0%	2,4%	
Ogółem		97	210	110	13	430

Stosowanie używek wspomagających koncentrację zależy istotnie statystycznie od wydziału, na którym studiują ankietowani ($p=0,03$).

Najmniejszy odsetek studentów na Wydziale Nauk o Zdrowiu przyznaje się do stosowania używek wspomagających koncentrację (8,1%), natomiast największy wśród studentów wydziału Farmaceutycznego aż 20,2% badanych. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 12.

Tabela 12. Wpływ wydziału, na którym studiują ankietowani na stosowanie używek wspomagających koncentrację.

Wydział		Czy stosuje Pan/Pani używki wspomagające koncentrację?		Ogółem
		Nie	Tak	
Lekarski	n	185	38	223
	%	83,0%	17,0%	
WNoZ	n	113	10	123
	%	91,9%	8,1%	
Farmaceutyczny	n	67	17	84
	%	79,8%	20,2%	
Ogółem		365	65	430

Odsetek studentów skarżących się na wybudzenia jest zbliżony u studentów różnych roczników. Stosunkowo najwyższy odsetek studentów przyznających się do budzenia w nocy, (84,4%), to osoby z trzeciego roku. Najrzadziej takie problemy zgłaszali studenci 6 roku, jedynie 65,6% badanych z tej grupy. Występujące różnice nie są jednak istotne statystycznie (Tabela 13).

Tabela 13. Wybudzenia w nocy a rok studiów.

Rok studiów		Czy budzisz się w nocy?		
		Nie	Tak	Ogółem
1	n	28	63	91
	%	30,8%	69,2%	
2	n	18	67	85
	%	21,2%	78,8%	
3	n	10	54	64
	%	15,6%	84,4%	
4	n	13	52	65
	%	20,0%	80,0%	
5	n	22	74	96
	%	22,9%	77,1%	
6	n	11	21	32
	%	34,4%	65,6%	
Ogółem		102	331	430

Nie stwierdzono, aby rok studiów miał istotny statystycznie wpływ na budzenie się w nocy ($p=0,17$).

Uzyskano wynik, iż jakość snu istotnie statystycznie koreluje z samopoczuciem następnego dnia ($p<0,001$).

Im gorzej student ocenia, jakość snu tym gorsze ma samopoczucie następnego dnia (korelacja o sile 0,56). Natomiast to hipotezy „Czy całkowity czas snu wpływa na gorsze samopoczucie następnego dnia?” Zauważono, że występuje istotna statystycznie korelacja średniej siły między oceną całkowitego czasu snu a samopoczuciem następnego dnia ($p<0,001$).

Im gorzej student ocenia całkowity czas snu tym gorsze deklarował samopoczucie następnego dnia (korelacja o sile 0,51).

Wykazano, że to czy student ocenia swój sen, jako satysfakcjonujący czy nie ma istotny statystycznie wpływ na jego ocenę samopoczucia następnego dnia ($p<0,001$).

Zdecydowana większość osób usatysfakcjonowanych, jakością swojego snu (aż 68,0%) ocenia swoje samopoczucie następnego dnia, jako dobre. Natomiast wśród osób w jakiś sposób nieusatysfakcjonowanych swoim snem, aż 56,0% stwierdziło, że ich samopoczucie następnego dnia jest nieznacznie gorsze, a jedynie 18,2% określiło je, jako dobre (Tabela 14).

Tabela 14. Samopoczucie następnego dnia a ocena, jakości snu.

Jakość snu		Samopoczucie następnego dnia				
		Dobre	Nieznacznie gorsze	Wyrażnie gorsze	Wybitnie gorsze	Ogółem
Satysfakcjonująca	n	66	26	4	1	97
	%	68,0%	26,8%	4,1%	1,0%	
Niesatysfakcjonująca	n	61	188	77	10	336
	%	18,2%	56,0%	22,9%	3,0%	
Ogółem		127	214	81	11	433

Częściej problemy z zasypianiem deklarowali studenci, którzy stosowali używki wspomagające koncentrację niż pozostali jednak różnica ta nie była istotna statystycznie ($p=0,23$) (Tabela 15).

Tabela 15. Wpływ używek wspomagających koncentrację na ocenę występowania objawów bezsenności wg. AIS

Stosowanie używek wspomagających koncentrację		Ocena występowania objawów bezsenności wg. AIS			
		Norma	Pogranicze	Powyżej normy	Ogółem
Tak	n	10	33	22	65
	%	15,4%	50,8%	33,8%	
Nie	n	88	183	97	368
	%	23,9%	49,7%	26,4%	
Ogółem		98	216	119	433

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w odpowiedziach na pytanie odnośnie odczuwania senności w ciągu dnia pomiędzy studentami pijącymi i niepijącymi kawy ($p=0,87$). Analizowane dane przedstawiono w Tabeli 16.

Tabela 16. Wpływ picia kawy na senność w ciągu dnia.

Picie kawy		Senność w ciągu dnia				
		Brak	Nieznaczna	Wyraźna	Bardzo wyraźna	Ogółem
Tak	n	23	135	131	27	316
	%	7,3%	42,7%	41,5%	8,5%	
Nie	n	10	46	49	12	117
	%	8,5%	39,3%	41,9%	10,3%	
Ogółem		33	181	180	39	433

Samooceń sprawności fizycznej i psychicznej badanych nie zależy istotnie statystycznie od tego czy student pije kawę czy nie ($p=0,85$).

Rozkład odpowiedzi porównywanych grup studentów był bardzo zbliżony (Tabela 17).

Tabela 17. Wpływ picia kawy na sprawność psychiczną i fizyczną.

Picie kawy		Sprawność psychiczna i fizyczna następnego dnia				
		Niezaburzona	Nieznacznie zaburzona	Wyraźnie zaburzona	Wybitnie zaburzona	Ogółem
Tak	n	104	164	41	7	316
	%	32,9%	51,9%	13,0%	2,2%	
Nie	n	35	62	16	4	117
	%	29,9%	53,0%	13,7%	3,4%	
Ogółem		139	226	57	11	433

To czy student pije kawę czy nie, nie ma istotnego statystycznie wpływu na samoocenę jego snu ($p=0,64$). Szczegółowe dane przedstawia Tabela 18.

Tabela 18. Wpływ picia kawy, na jakość snu.

Picie kawy		Jakość snu				
		Satysfakcjonująca	Nieznacznie niesatysfakcjonująca	Wyraźnie	Całkowicie	Ogółem
Tak	n	71	159	76	10	316
	%	22,5%	50,3%	24,1%	3,2%	
Nie	n	26	53	35	3	117
	%	22,2%	45,3%	29,9%	2,6%	
Ogółem		97	212	111	13	433

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy studentami pijącymi kawę i takimi, którzy tego nie robią, w samoocenie występowania problemów z wybudzeniami w ciągu nocy ($p=0,77$) (Tabela 19).

Tabela 19. Wpływ picia kawy na wybudzenia w ciągu nocy.

Picie kawy		Wybudzenia w ciągu nocy				
		Nie	Sporadycznie	Często	Bardzo często lub bezsenność trwa całą noc	Suma
Tak	n	75	165	72	4	316
	%	23,7%	52,2%	22,8%	1,3%	
Nie	n	27	63	24	3	117
	%	23,1%	53,8%	20,5%	2,6%	
Ogółem		102	228	96	7	433

Picie kawy lub rezygnacja z niej nie ma istotnego statystycznie wpływu na budzenie się rano wcześniej niż planowano ($p=0,82$) (Tabela 20).

Tabela 20. Wpływ picia kawy na wybudzenie wcześniej niż planowano.

Picie kawy		Wybudzenia rano wcześniej niż planowano				
		Satysfakcjonująca	Nieznacznie niesatysfakcjonująca	Wyraźne	Całkowicie	Suma
Tak	n	192	104	19	1	316
	%	60,8%	32,9%	6,0%	0,3%	
Nie	n	67	42	7	1	117
	%	57,3%	35,9%	6,0%	0,9%	
Ogółem		259	146	26	2	433

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy studentami biorącymi kąpiel przed snem i takimi, którzy tego nie robią w samoocenie szybkości zasypiania ($p=0,81$). Szczegółowe dane prezentuje Rycina 21.

Tabela 21. Wpływ kąpieli na szybkość zasypiania.

Prysznic/ Kąpiel		Szybkość zasypiania				Ogółem
		Szybko	Z nieznacznym opóźnieniem	Z opóźnieniem	Z bardzo dużym opóźnieniem lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	54	87	123	30	139
	%	18,4%	29,6%	41,8%	10,2%	
Nie	n	23	45	60	11	294
	%	16,5%	32,4%	43,2%	7,9%	
Ogółem		77	132	183	41	433

Kąpiel przed snem nie miała istotnego wpływu na ocenę jakości snu ($p=0,13$). Porównywalny odsetek respondentów biorących kąpiel/prysznic przed snem i udzielających negatywnej odmiennej zadeklarował satysfakcję z jakości snu (Tabela 22).

Tabela 22. Wpływ kąpiel przed snem, na ocenę jakości snu.

Prysznic/Kąpiel		Ocena jakości snu				
		Satysfakcjonująca	Nieznacznie niesatysfakcjonująca	Wyrażnie	Całkowicie	Ogółem
Tak	n	60	148	80	6	139
	%	20,4%	50,3%	27,2%	2,0%	
Nie	n	37	64	31	7	294
	%	26,6%	46,0%	22,3%	5,0%	
Ogółem		97	212	111	13	433

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy studentami biorącymi prysznic przed snem i takimi, którzy tego nie robią, w samoocenie całkowitego czasu snu ($p=0,60$) (Tabela 23).

Tabela 23. Wpływ kąpiel przed snem na całkowity czas snu.

Prysznic/Kąpiel		Jakość snu				
		Satysfakcjonująca	Nieznacznie Niesatysfakcjonująca	Wyrażnie	Całkowicie	Ogółem
Tak	n	51	137	98	8	139
	%	17,3%	46,6%	33,3%	2,7%	
Nie	n	25	73	38	3	294
	%	18,0%	52,5%	27,3%	2,2%	
Ogółem		76	210	136	11	433

Kąpiel przed snem ma istotny statystycznie wpływ na wybudzenia w nocy ($p=0,0007$). Wśród studentów biorących prysznic przed snem tylko 18,4% nie budzi się w nocy. Natomiast aż 34,5% tych, którzy prysznic przed snem nie biorą, nie ma problemu z wybudzeniami. Dane zaprezentowano w Tabeli 24.

Tabela 24. Wpływ kąpiel przed snem na wybudzenia w ciągu nocy.

Prysznic/Kąpiel		Czy budzi się Pan/Pani w nocy?			Ogółem
		Nie	Sporadycznie	Często, bardzo często lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	54	162	78	294
	%	18,4%	55,1%	26,6%	
Nie	n	48	66	25	139
	%	34,5%	47,5%	18,0	
Ogółem		102	228	103	433

W opinii ankietowanych, kąpiel przed snem nie wpływała istotnie statystycznie na wybudzenia się wcześniej niż zaplanowali ($p=0,92$) (Tabela 25).

Tabela 25. Wpływ kąpieli przed snem na wybudzenie wcześniej niż planowano.

Prysznic/Kąpiel		Wybudzenia rano wcześniej niż planowano			Ogółem
		Nie	Nieznacznie wcześniej	Znacznie wcześniej lub dużo wcześniej lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	175	99	20	294
	%	59,5%	33,7%	6,8%	
Nie	n	84	47	8	139
	%	60,4%	33,8%	5,7%	
Ogółem		259	146	28	433

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy studentami zażywającymi kąpiel przed snem i takimi, którzy tego nie robią, w samoocenie występowania senności w ciągu następnego dnia ($p=0,79$) (Tabela 26).

Tabela 26. Wpływ kąpieli przed snem, na senność w ciągu dnia.

Prysznic/Kąpiel		Senność w ciągu dnia				Ogółem
		Brak	Nieznaczna	Wyraźna	Bardzo wyraźna	
Tak	n	21	123	121	29	139
	%	7,1%	41,8%	41,2%	9,9%	
Nie	n	12	58	59	10	294
	%	8,6%	41,7%	42,4%	7,2%	
Ogółem		33	181	180	39	433

Korzystanie z urządzeń elektronicznych przed snem nie miało istotnego statystycznie wpływu na całkowity czas snu badanych ($p=0,60$) (Tabela 27).

Tabela 27. Wpływ korzystania z urządzeń elektronicznych przed snem, na całkowity czas snu.

Korzystanie z urządzeń elektronicznych		Całkowity czas snu				Ogółem
		Wystarczający	Nieznacznie niewystarczający	Wyraźnie niewystarczający	Całkowicie niewystarczający lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	65	167	108	8	348
	%	18,7%	48,0%	31,0%	2,3%	
Nie	n	11	43	28	3	85
	%	12,9%	50,6%	32,9%	3,5%	
Ogółem		76	210	136	11	433

Podobnie stwierdzono, że korzystanie z urządzeń elektronicznych przed snem nie wpływało istotnie statystycznie na wybudzanie wcześniej niż zaplanowano ($p=0,27$). Dane przedstawiono w Tabeli 28.

Tabela 28. Wpływ korzystania z urządzeń elektronicznych przed snem, na wybudzanie wcześniej niż planowano.

Korzystanie z urządzeń elektronicznych		Wybudzenia wcześniej niż planowano			Ogółem
		Nie	Nieznacznie wcześniej	Znacznie wcześniej lub dużo wcześniej lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	214	111	23	348
	%	61,5%	31,9%	6,6%	
Nie	n	45	35	5	85
	%	52,9%	41,2%	5,9%	
Ogółem		259	146	28	433

Korzystanie z urządzeń elektronicznych przed snem, nie ma istotnego statystycznie wpływu na wybudzenie w ciągu nocy ($p=0,39$) (Tabela 29).

Tabela 29. Wpływ korzystania z urządzeń elektronicznych przed snem, na wybudzanie w ciągu nocy.

Korzystanie z urządzeń elektronicznych		Wybudzenia w ciągu nocy				Suma
		Nie	Sporadycznie	Często	Bardzo często lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	84	185	75	4	348
	%	24,1%	53,2%	21,6%	1,1%	
Nie	n	18	43	21	3	85
	%	21,2%	50,6%	24,7%	3,5%	
Ogółem		102	228	96	7	433

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy studentami, którzy korzystają z urządzeń elektronicznych przed snem i takimi, którzy tego nie robią, pod względem szybkości zasypiania ($p=0,81$) (Tabela 30).

Tabela 30. Korzystanie z urządzeń elektronicznych przed snem a wpływ na szybkość zasypiania.

Korzystanie z urządzeń elektronicznych		Szybkość zasypiania				Ogółem
		Szybko	Z nieznacznym opóźnieniem	Z opóźnieniem	Z bardzo dużym opóźnieniem lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	61	104	151	32	348
	%	17,5%	29,9%	43,4%	9,2%	
Nie	n	16	28	32	9	85
	%	18,8%	32,9%	37,6%	10,6%	
Ogółem		77	132	183	41	433

Studenci, którzy korzystają z urządzeń elektronicznych przed snem i tacy, którzy rezygnują z takich praktyk, nie różnią się istotnie statystycznie między sobą pod względem, jakości snu ($p=0,15$) (Tabela 31).

Tabela 31. Wpływ korzystania z urządzeń elektronicznych przed snem, na jakość snu.

Korzystanie z urządzeń elektronicznych		Jakość snu				Ogółem
		Satysfakcjonująca	Nieznacznie Niesatysfakcjonująca	Wyraźne	Całkowicie	
Tak	n	82	172	82	12	348
	%	23,6%	49,4%	23,6%	3,4%	
Nie	n	15	40	29	1	85
	%	17,6%	47,1%	34,1%	1,2%	
Ogółem		97	212	111	13	433

Szybkość zasypiania nie wykazuje istotnej statystycznie zależności od tego czy badany student ma zwyczaj uprawiania sportu przed snem czy nie ($p=0,29$) (Tabela 32).

Tabela 32. Uprawianie sportu przed snem a wpływ na szybkość zasypiania.

Uprawianie sportu		Szybkość zasypiania			Ogółem
		Szybko	Z nieznacznym opóźnieniem	Z opóźnieniem lub z bardzo dużym opóźnieniem lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	6	8	8	22
	%	27,3%	36,4%	36,4%	
Nie	n	71	124	216	411
	%	17,3%	30,2%	52,5%	
Ogółem		77	132	224	433

Uprawianie sportu przed snem nie wpływa istotnie statystycznie na samoocenę, jakości snu ($p=0,65$) (Tabela 33).

Tabela 33. Wpływ uprawiania sportu przed snem, na jakość snu.

Uprawianie sportu		Jakość snu				
		Satysfakcjonująca	Nieznacznie Niesatysfakcjonująca	Wyraźnie	Całkowicie	Ogółem
Tak	n	7	10	4	1	22
	%	31,8%	45,5%	18,2%	4,5%	
Nie	n	90	202	107	12	411
	%	21,9%	49,1%	26,0%	2,9%	
Ogółem		97	212	111	13	433

Studenci uprawiający sport przed snem oraz badani, którzy nie mają takiego zwyczaju nie różnią się istotnie statystycznie pod względem całkowitego czasu snu ($p=0,20$). Szczegółowe dane przedstawia Tabela 34.

Tabela 34. Wpływ uprawiania sportu przed snem a całkowity czas snu.

Uprawianie sportu		Całkowity czas snu			Ogółem
		Wystarczający	Nieznacznie niewystarczający	Wyraźnie niewystarczający, całkowicie niewystarczający lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	7	9	6	22
	%	31,8%	40,9%	27,3%	
Nie	n	69	201	141	411
	%	16,8%	48,9%	34,3%	
Ogółem		76	210	147	433

Samopoczucie badanych studentów nie zależy w sposób istotny statystycznie od tego czy poprzedniego dnia przed snem uprawiali sport ($p=0,12$).

Rozkłady odpowiedzi odnośnie samopoczucia nie różnią się pomiędzy osobami uprawiającymi sport przed snem oraz tymi, którzy nie mają takiego zwyczaju. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 35.

Tabela 35. Wpływ uprawiania sportu przed snem a samopoczucie następnego dnia.

Uprawianie sportu		Samopoczucie następnego dnia			Ogółem
		Dobre	Nieznacznie gorsze	Wyraźnie gorsze lub wybitnie gorsze	
Tak	n	9	12	1	22
	%	40,9%	54,5%	4,5%	
Nie	n	118	202	91	411
	%	28,7%	49,1%	22,2%	
Ogółem		127	214	92	433

Modlitwa przed snem ma istotny statystycznie wpływ na szybkość zasypiania ($p=0,03$). Osoby, modlące się przed snem istotnie częściej odpowiadały, że zasypiają szybko (23,2%) niż osób niemodlących się przed snem (16,2%) (Tabela 36).

Tabela 36. Wpływ modlitwy przed snem a szybkość zasypiania.

Modlitwa przed snem		Szybkość zasypiania			
		Szybko	Z nieznacznym opóźnieniem	Z opóźnieniem lub z bardzo dużym opóźnieniem lub bezsenność trwa całą noc	Ogółem
Tak	n	23	36	40	99
	%	23,2%	36,4%	40,4%	
Nie	n	54	96	184	334
	%	16,2%	28,7%	55,1%	
Ogółem		77	132	224	433

Występowanie wybudzeń w nocy nie zależy istotnie statystycznie od tego czy student modli się przed snem czy nie ma takiego zwyczaju ($p=0,31$) (Tabela 37).

Tabela 37. Wpływ modlitwy przed snem na wybudzenia w ciągu nocy.

Modlitwa przed snem		Wybudzenia w ciągu nocy				
		Nie	Sporadycznie	Często	Bardzo często lub bezsenność trwa całą noc	Suma
Tak	n	30	48	19	2	99
	%	30,3%	48,5%	19,2%	2,0%	
Nie	n	72	180	77	5	334
	%	21,6%	53,9%	23,1%	4,5%	
Ogółem		102	228	96	7	433

Nie stwierdzono istotnego statystycznie wpływu modlitwy przed snem na samoocenę jakości snu ($p=0,11$) (Tabela 38).

Tabela 38. Modlitwa przed snem a jakość snu.

Modlitwa przed snem		Jakość snu				
		Satysfakcjonująca	Nieznacznie Niesatysfakcjonująca	Wyraźne	Całkowicie	Ogółem
Tak	n	27	44	28	0	99
	%	27,3%	44,4%	28,3%	0,0%	
Nie	n	70	168	83	12	334
	%	21,0%	50,3%	27,9%	3,9%	
Ogółem		97	212	111	13	433

Wykazano, iż modlitwa ma istotny statystycznie wpływ na senność w ciągu dnia ($p=0,002$). Osoby modlące się istotnie częściej przyznają się do nieznacznej senności w ciągu dnia (57,6%) niż niemodlący się studenci (37,1%). Natomiast studenci niemodlący się przed snem istotnie częściej (46,1%) wskazują, że są wyraźnie senni, niż studenci modlący się (26,3%) (Tabela 39).

Tabela 39. Modlitwa przed snem a wpływ na senność w ciągu dnia.

Modlitwa przed snem		Senność w ciągu dnia				Ogółem
		Nie	Nieznaczna	Wyraźna	Bardzo nasilona	
Tak	n	7	57	26	9	99
	%	7,1%	57,6%	26,3%	9,1%	
Nie	n	26	124	154	30	334
	%	7,8%	37,1%	46,1%	9,0%	
Ogółem		33	181	180	39	433

Szybkość zasypiania oraz wybudzenie w nocy nie zależą w sposób istotny statystycznie od tego czy student medytuje przed snem czy nie (odpowiednio $p=0,89$, $p=0,73$) (Tabela 40, 41).

Tabela 40. Wpływ medytacji przed snem na szybkość zasypiania.

Medytacja przed snem		Szybkość zasypiania			Ogółem
		Szybko	Z nieznacznym opóźnieniem	Z opóźnieniem lub z bardzo dużym opóźnieniem lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	3	7	10	20
	%	15,0%	35,0%	50,0%	
Nie	n	74	125	214	413
	%	17,9%	30,3%	51,8%	
Ogółem		77	132	224	433

Tabela 41. Wpływ medytacji przed snem na wybudzenia w czasie snu.

Medytacja przed snem		Wybudzenia w nocy			Ogółem
		Nie	Sporadycznie	Często, bardzo często lub bezsenność trwa całą noc	
Tak	n	6	9	5	20
	%	30,0%	45,0%	25,0%	
Nie	n	96	219	98	413
	%	23,2%	53,0%	23,8%	
Ogółem		102	228	103	433

Wykazano, że w opinii badanych odczucie senności w ciągu dnia zależy istotnie statystycznie od tego, czy student medytuje przed snem czy nie ($p=0,03$).

Studenci medytujący przed snem istotnie częściej deklarują, że mają bardzo nasiloną senność w ciągu dnia (25%) niż studenci niemeditujący (8%) (Tabela 42).

Tabela 42. Wpływ medytacji przed snem a senność w ciągu dnia.

Medytacja przed snem		Senność w ciągu dnia			Ogółem
		Brak lub nieznaczna	Wyraźna	Bardzo nasiloną	
Tak	n	9	6	5	20
	%	45,0%	30,0%	25,0%	
Nie	n	205	174	34	413
	%	49,6%	42,1%	8,2%	
Ogółem		214	180	39	433

Nie zaobserwowano, aby fakt zażywania używek wspomagających koncentrację miał istotny statystycznie wpływ na samoocenę, jakości snu przez studentów ($p=0,22$). Rozkłady ocen własnego snu są bardzo zbliżone w obu porównywanych grupach (Tabela 43).

Tabela 43. Wpływ używek wspomagających koncentrację, na jakość snu.

Używki wspomagające koncentrację		Jakość snu				Ogółem
		Satysfakcjonująca	Nieznacznie Niesatysfakcjonująca	Wyraźna	Całkowicie	
Tak	n	17	26	18	4	65
	%	26,2%	40,0%	27,7%	6,2%	
Nie	n	80	186	93	9	368
	%	21,7%	50,5%	25,3%	2,4%	
Ogółem		97	212	111	13	433

Dyskusja

Studenci kierunków medycznych w przeważającej większości w przyszłości będą pracować w systemie zmianowym. Taki system pracy niesie za sobą duże obciążenie dla organizmu. Zwykle pracownicy zmianowi zmagają się z zaburzeniami rytmu dobowego. Zaburzenie rytmu okołodobowego wpływa negatywnie na inne procesy organizmu. Wysoka, jakość snu personelu medycznego prowadzi do poprawy świadczonych przez nich usług.

W badaniach przeprowadzonych na grupie pracowników zmianowych w USA wykazano, obniżoną efektywność pracy po niesatysfakcjonującym śnie. W powyższym badaniu również zauważono osłabienie sprawności psychicznej i fizycznej badanych studentów po śnie niskiej, jakości. Zdecydowana większość osób w badaniu własnym jest usatysfakcjonowanych, jakością swojego snu (aż 68,0%) ocenia swoje samopoczucie następnego dnia, jako dobre. Natomiast wśród osób w jakiś sposób nieusatysfakcjonowanych swoim snem, aż 56,0% uznało, że ich samopoczucie następnego dnia jest nieznacznie gorsze, a jedynie 18,2% zaliczyło je, jako dobre. Badani studenci zauważają u siebie objawy senności następnego dnia, po śnie, który nie przyniósł im satysfakcji. A im gorzej student ocenia, jakość snu tym gorsze ma samopoczucie następnego dnia (korelacja o sile 0,56) [44].

W badaniach przeprowadzonych wśród południowokoreańskich kobiet wykazano, iż kobiety (52,5%) częściej oceniają swój sen, jako nieznacznie niesatysfakcjonujący w porównaniu do mężczyzn (32,9%). W badaniu własnym wykazano, że samoocena, jakości snu zależy istotnie statystycznie od płci badanych. Wśród kobiet zdecydowanie dominowała odpowiedź, iż ich sen jest nieznacznie niesatysfakcjonujący (52,5%). Wśród mężczyzn ta odpowiedź również była często wskazywana (32,9%). Mężczyźni jednak równie często (32,9%) przyznawali, że jakość ich snu jest satysfakcjonująca, podczas gdy wśród kobiet taką odpowiedź podało zaledwie 20,1%.

Kobiety są, zatem bardziej narażone na rozwój powikłań związanych z niedoborem snu aniżeli mężczyźni. W powyższym badaniu zaobserwowano, że kobiety częściej wybudzają się w trakcie snu, a w konsekwencji dużo gorzej oceniają swój sen aniżeli mężczyźni. Zaobserwowano, iż występowanie wybudzeń nocnych zależy istotnie statystycznie od płci studentów. Kobiety znacznie częściej (78,5%) niż mężczyźni (67,1%) przyznają, że zdarza się im budzić w ciągu nocy [45].

Wyniki, które uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Nowickiego i wsp. również potwierdzają, że kobiety cierpią częściej na problemy ze snem. Może wynikać to z przemian hormonalnych zachodzących w organizmie kobiety w związku z cyklem miesięczkowym [46]. W badaniach własnych wykazano, że rok studiów ma wpływ na

występowanie zaburzeń snu. Studenci młodszych roczników od pierwszego do trzeciego roku studiów, częściej zgłaszają sporadyczne występowanie zaburzeń snu. Wyniki własnych badań w stosunku do badań przeprowadzonych przez Annę Wojtas i wsp. pozostają w opozycji. Wojtas i wsp. w swoich badaniach ukazuje, zwiększenie występowania zaburzeń snu wraz ze wzrostem wieku pacjentów. Ma to związek ze starzeniem się organizmu i procesami neurodegeneracyjnymi zachodzącymi w układzie nerwowym człowieka [47].

Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez Piotrowskiego i wsp. najniższa samoocena i jakości snu występuje wśród studentów drugiego roku studiów pięcioletnich [48]. W badaniu własnym jak i w badaniach przeprowadzonych przez Błońską i wsp. na grupie studentów warszawskich uczelni wpływ na występowanie problemów z zasypianiem i utrzymaniem ciągłości snu miał głównie styl życia i zwyczaje przed snem badanych. Całkowity czas snu określany przez studentów, którzy korzystają z urządzeń elektronicznych przed snem, jako nieznacznie niewystarczający wskazuje 48% badanych, a wybudzenia wcześniej niż zaplanowali zadeklarowało 31,9% respondentów. Powyższe dane mogą budzić niepokój, i wskazywać na duże zapotrzebowanie na edukację w zakresie higieny snu, by w przyszłości zapobiec pogłębieniu się zaburzeń snu i minimalizacji ich poważnych konsekwencji [49].

Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Snu wyodrębniła jednostkę chorobową, która w języku polskim nosi nazwę Zespół Nietolerancji Pracy Zmianowej. Rozpoznanie tej jednostki można postawić na podstawie występowania u pacjenta bezsenności lub nadmiernej senności, z towarzyszącym zmniejszeniem ilości snu w czasie, gdy godziny snu nakładają się na godziny pracy. Objawy te muszą trwać, co najmniej 3 miesiące.

Studenci poddani badaniu oceniają swoją sprawność następnego dnia, jako nieznacznie gorszą. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy studentami pijącymi kawę i takimi, którzy tego nie robią, w samoocenie występowania problemów z wybudzeniami w ciągu nocy. Nie stwierdzono również istotnych statystycznie różnic w szybkości zasypiania między respondentami, którzy piją kawę a tymi, którzy nie piją. W badaniu własnym zaobserwowano również, że picie kawy nie wpływa na pogorszenie, samooceny, jakości snu wśród badanej populacji studentów, ani na sprawność psychofizyczną w ciągu dnia. Podobne wnioski uzyskała Babiarska i Bujok w badaniach wśród pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym, picie kawy nie ma istotnego wpływu na rozwój bezsenności i zaburzeń snu i czuwania. Badani studenci w przyszłości wkraczając w system pracy zmianowej mogą uskarżać się na częstsze występowanie niskiej satysfakcji ze snu i niewystarczającej ilości snu w ciągu tygodnia [50].

W badaniach Kasperczyka J. i Joško J. wśród grupy uczniów szkół średnich, którzy przyznali, że zmagają się z sytuacjami stresowymi w swoim życiu i mają one wpływ na samoocenę ich snu. Uczniowie zmagający się już na etapie szkoły średniej z zaburzeniami snu wkraczą z bagażem problemów ze snem w akademicki etap swojej edukacji. Odsetek studentów skarżących się na wybudzenia jest zbliżony na różnych rocznikach. Stosunkowo najwyższy odsetek przyznających się do budzenia w nocy studentów, aż 84,4%, to osoby z trzeciego roku. Najrzadziej takie problemy zgłaszali studenci 6 roku (65,6%). We własnym badaniu studenci pierwszych lat studiów wskazywali, że wybudzają się w ciągu snu z częstością odpowiednio: I rok 69,2%, II rok 78,8% i III rok 84,4%. Może mieć to również związek z najliczniejszym odzewem na badanie wśród studentów I roku studiów.

W wielu przypadkach problem ze snem, narasta już od okresu dzieciństwa. Ma to związek ze złą higieną snu, brakiem dobrego wzorca snu i przejściem w przewlekłe problemy z zasypianiem. Dobre nawyki przed snem poprawiają jego, jakość, wyciszenie i uspokojenie organizmu przed snem jest kluczowe w prawidłowym jego przebiegu.

Wyciszenie przed snem można osiągnąć medytując, modląc się lub zażywając kąpieli przed snem, a nawet uprawiając sport. Ważne, by każdy student zmagający się z niską satysfakcją snu, odnalazł dla siebie najlepszy rytuał wyciszający przed snem. Modlitwa ma istotny statystycznie wpływ na senność w ciągu dnia. Osoby modlące się istotnie częściej przyznają się do nieznacznej senności w ciągu dnia (57,6%) niż niemodlący się studenci (37,1%). Natomiast studenci niemodlący się przed snem istotnie częściej (46,1%) wskazują, że są wyraźnie senni, niż studenci modlący się (26,3%). Osoby, modlące się przed snem istotnie częściej odpowiadały, że zasypiają szybko (23,2% z nich) niż to ma miejsce wśród osób niemodlących się przed snem (16,2%).

Wśród studentów biorących prysznic przed snem tylko 18,4% nie budzi się w nocy. Natomiast aż 34,5% tych, którzy prysznic przed snem nie biorą, nie ma problemu z wybudzeniami [51].

Wnioski

- Wśród badanych studentów kobiety częściej niż mężczyźni skarżą się na niesatysfakcjonującą, jakość snu i wybudzenia w ciągu nocy.
- Nie stwierdzono, aby wydział, na którym studiuje badany, miał istotny statystycznie wpływ na rezultat testu oceniającego problemy ze snem.

- Im gorzej student ocenia całkowity czas snu tym deklarował gorsze samopoczucie następnego dnia.
- Studenci Wydziału Lekarskiego częściej przyznają się do stosowania używek wspomagających koncentrację.
- Studenci Wydziału Lekarskiego i Wydziału Nauk o Zdrowiu częściej oceniają swoją, jakość snu, jako nieznacznie niesatysfakcjonującą niż studenci Wydziału Farmaceutycznego.
- Na samoocenę, jakości snu wśród badanych studentów nie wpływa korzystanie z urządzeń elektronicznych, kąpiel, modlitwa, medytacja, używki wspomagające koncentrację lub uprawianie sportu przed snem.
- Studenci modlący się przed snem częściej przyznają się do senności następnego dnia.
- Studenci zażywający kąpiel przed snem istotnie częściej wybudzają się w ciągu nocy, niż studenci, którzy tego nie robią.
- Badani studenci wskazywali, iż niska, jakość snu, ma wpływ na gorsze samopoczucie następnego dnia.
- Badani studenci, którzy biorą pysznicę lub kąpiel przed snem, częściej wybudzają się w trakcie snu.

Spis piśmiennictwa

1. Wichniak A.,: Fizjologia snu, Poradnia Zaburzeń Snu, Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Medycyna Praktyczna 2013. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/bezsennosc/70378,fizjologia-snu> Online 14.11.2020.
2. Barg W., Kośmider-Żurawska M., Grabowski M., Ciebiada M.: Niewydolność oddechowa wprowadzenie. Wielka Interna Pulmonologia cz.2 Medical Tribune, Warszawa 2010, 41-55.
3. Witkiewicz I.: Zaburzenia oddychania. Medycyna Praktyczna 2017. Online 14.11.2020.
4. Duda A., Stós W.: Porównanie szerokości górnych dróg oddechowych na wysokości migdałka gardłowego u pacjentów z prawidłowym i zaburzonym torem oddychania. Forum Ortodontyczne 2018, 14, 106-118.

5. Miyawaki H., Watson B.O., Diba K.: Neuronal firing rates diverge during REM and homogenize during non-REM. *Scientific Reports* 2019, 9: 689. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6345798/> Online 14.11.2020.
6. Wichniak A.: Zaburzenia rytmu okołodobowego. Poradnia Zaburzeń Snu, Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii. *Medycyna Praktyczna* 2012. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/bezsennosc/71289,zaburzenia-rytmu-okolodobowego> Online 10.12.2020.
7. Konturek P.C., Brzozowski T., Konturek S.J.: Gut clock: implication of circadian rhythms in the gastrointestinal tract. *Journal of Physiology and Pharmacology* 2011, 62(2): 139-150. http://www.jpp.krakow.pl/journal/archive/04_11/pdf/139_04_11_article.pdf Online 10.12.2020.
8. Anderson K.: Zaburzenia snu a choroby neurologiczne. *Medycyna po dyplomie* 2012, 5. <https://podyplomie.pl/medycyna/10667,zaburzenia-snu-a-choroby-neurologiczne> Online 10.12.2020.
9. Adamczak-Ratajczak A.: Rytm okołodobowy melatoniny i kortyzolu w wybranych chorobach neurologicznych. Katedra i Zakład Fizjologii Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2014. <https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/publication/437678/edition/349114/content> Online 10.12.2020.
10. Skalski M.: Sleep-Wake Disorders: DSM-5 Selections. American Psychiatric Association Edra Urban & Partner, Wrocław 2017. https://edraurban.pl/ssl/book-sample-file/zaburzenia-snu-i-czuwania-dsm-5-selections/pdf/dsm-5_zaburzenia_snu_i_czuwania.pdf Online 11.12.2020
11. Pływaczewski R., Niżankowska-Jędrzejczyk A.: Zaburzenia oddychania w czasie snu [w:] Interna Szczeklika 2019. Gajewski P.(red.). *Medycyna Praktyczna* Kraków 2019, 834-841
12. Pływaczewski R., Niżankowska-Jędrzejczyk A., Mejza F.: Obturacyjny bezdech senny (OBS). *Medycyna Praktyczna* 2020. <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.16> Online 17.12.2020.
13. Kaczor M., Szczęsna M.: Zaburzenia oddychania związane ze snem. *Pediatra po dyplomie*. <https://podyplomie.pl/wiedza/pediatra/1463,zaburzenia-oddychania-zwiazane-ze-snem> Online 17.12.2020
14. Wichniak A.: Zaburzenia oddychania w czasie snu, Poradnia Zaburzeń Snu, Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii. *Medycyna Praktyczna* 2012.

- <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/bezsennosc/72945,zaburzenia-oddychania-w-czasie-snu> Online 17.12.2020
15. Kanarek J., Wolf J., Narkiewicz K.: Jak rozpoznać i leczyć obturacyjny bezdech senny? *Choroby Serca i Naczyń* 2014, 11(3): 121–127. https://journals.viamedica.pl/choroby_serca_i_naczyn/article/view/38788/27173 Online 17.12.2020
 16. Szymańska J., Dobrowolska-Zarzycka M.: Objawy, powikłania i leczenie obturacyjnego bezdechu sennego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013, 19(4), 391–396.
 17. Siemiński M.: Przekąźnictwo histaminergiczne w narkolepsji typu 1 – implikacje terapeutyczne. *Aktualności Neurologiczne* 2018, 18(1), 21–26.
 18. Quinnell T.G., Smith E.: Narcolepsy, idiopathic hypersomnolence and related conditions. *Clinical Medicine* 2011, 11(3): 282-286. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4953327/> Online 17.12.2020
 19. Savarese M., Di Perri M.C.: Excessive sleepiness in shift work disorder: a narrative review of the last 5 years. *Sleep Breath* 2020, 24(1): 297-310. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11325-019-01925-0> Online 18.12.2020.
 20. Slinger T.E., Gross J.V., Pinger A., Morfeld P., Bellinger M., Duhme A.L., Reichardt Ortega R.A., Costa G., Driscoll T.R., Foster R.G., Fritschi L., Sallinen M., Liira J., Erren T.C.: Person-directed, non-pharmacological interventions for sleepiness at work and sleep disturbances caused by shift work. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2016 23(8). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010641.pub2/full> Online 2.01.2021.
 21. Sapała Smoczyńska A., Pawlus M., Jackowska T.: Narkolepsja u dzieci – zaburzenie interdyscyplinarne. *Opis przypadku. Postępy Nauk Medycznych* 2014, 27 (10B): 56-58. http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2015/01/pnm_2014_10b_056_058.pdf Online 2.01.2021.
 22. Tabąła K.: Ocena stanu psychicznego chorej z narkolepsją. *Studium przypadku. Psychiatria i psychologia kliniczna* 2013, 13(2): 132–134. <http://www.psychiatria.com.pl/index.php/wydawnictwa/2013-vol-13-no-2/ocena-stanu-psychicznego-chorej-z-narkolepsja-studium-przypadku> Online 2.01.2021.
 23. Wichniak A.: Zaburzenia snu. [w:] *Psychiatria Jarema M. (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie Warszawa* 2016, 320-344.
 24. Park Y.K., Kim J.H., Choi S.J., Kim S.T., Joo E.Y.: Altered Regional Cerebral Blood Flow Associated with Mood and Sleep in Shift Workers: Cerebral Perfusion Magnetic

- Resonance Imaging Study. *Journal of Clinical Neurology* 2019, 15(4): 438-447. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785470/> Online 3.01.2021.
25. Sousa K.H.J.F., Zeitoune R.C.G., Portela L.F., Tracera G.M.P., Moraes K.G., Figueiró R.F.S.: Factors related to the risk of illness of nursing staff at work in a psychiatric institution.: *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2020, 28. https://www.researchgate.net/publication/339010255_Factors_related_to_the_risk_of_illness_of_nursing_staff_at_work_in_a_psychiatric_institution Online 3.01.2021r.
 26. Gaffey A.E., Redeker N.S., Rosman L., Mullington J.M., Brandt C.A., Haskell S.G., Burg M.M.: The role of insomnia in the association between posttraumatic stress disorder and hypertension. *Journal of Hypertension* 2020, 38(4): 641-648. https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2020/04000/The_role_of_insomnia_in_the_association_between.14.aspx Online 3.01.2021.
 27. Kaczor M., Skalski M.: Rozpowszechnienie i konsekwencje bezsenności w populacji pediatrycznej. *Psychiatria Polska* 2016, 50(3): 555–569. http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2016/555Kaczor_PsychiatrPol2016v50i3.pdf Online 3.01.2021.
 28. Walacik-Ufnal E., Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bezsenności. *Psychiatria* 2015, 12(2), 90–98.
 29. Fornal-Pawłowska M.: Bezsenne noce, czyli dlaczego senność nie przychodzi? *Psychologia w praktyce* 2018, 9. <https://psychologiawpraktyce.pl/artykul/bezsenne-noce-czyli-dlaczego-sennosc-nie-przychodzi> Online 10.12.2020.
 30. Wichniak A.: Parasomnie. Poradnia Zaburzeń Snu, Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii. *Medycyna Praktyczna* 2013. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/bezsennosc/79966,parasomnie> Online 2.01.2021.
 31. Montgomery P., Burton J.R., Sewell R.P., Spreckelsen T.F., Richardson A. J.: Fatty acids and sleep in UK children: subjective and pilot objective sleep results from the DOLAB study--a randomized controlled trial. *Journal of sleep research* 2014, 23(4): 364–388. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263155/> Online 2.01.2021.
 32. Wendorff J., Połatyńska K.: Lęki nocne u dzieci. *Pediatrics po dyplomie* 2012, 16(3): 40-44. <https://podyplomie.pl/pediatrics/12202,leki-nocne-u-dzieci> Online 2.01.2021.
 33. de Macêdo T.C.F., Ferreira G.H., de Almondes K.M., Kirov R., Mota-Rolim S.A.: My Dream, My Rules: Can Lucid Dreaming Treat Nightmares? *Frontiers in psychology* 2019, 10. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02618/full> Online 2.01.2020.

34. Akkaoui M.A., Lejoyeux M., d'Ortho M.P., Geoffroy P.A.: Nightmares in Patients with Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, and Psychotic Disorders: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine* 2020, 9(12). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7763994/> Online 2.01.2021.
35. Pigeon W. R., Piquart M., Conner, K.: Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *The Journal of clinical psychiatry* 2012, 73(9). <https://www.psychiatrist.com/jcp/depression/suicide/meta-analysis-sleep-disturbance-suicidal-thoughts/> Online 7.01.2021.
36. Waltman S. H., Shearer D., Moore B. A.: Management of Post-Traumatic Nightmares: a Review of Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments Since 2013. *Current psychiatry reports* 2018, 20(12): 108. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-018-0971-2> Online 7.01.2021.
37. Wichniak A.: Higiena snu. Jak zadbać o zdrowy sen?. *Poradnia Zaburzeń Snu, Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Medycyna Praktyczna* 2016. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/bezsennosc/69683,higiena-snu-jak-zadbac-o-zdrowy-sen> Online 28.11.2020.
38. Ochs-Balcom H.M., Hovey K.M., Andrews C., Cauley J.A., Hale L., Li W., Bea J.W., Sarto G.E., Stefanick M.L., Stone K.L., Watts N.B., Zaslavsky O., Wactawski-Wende J.: Short Sleep Is Associated With Low Bone Mineral Density and Osteoporosis in the Women's Health Initiative. *Journal of Bone Mineral Research* 2020, 35(2): 261-268. <https://asbmr.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jbmr.3879> Online 7.01.2021r.
39. Savarese M., Di Perri M.C.: Excessive sleepiness in shift work disorder: a narrative review of the last 5 years. *Sleep Breath* 2020, 24: 297–310. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11325-019-01925-0> Online 7.01.2021r.
40. Ning Y., Liu X., Yao H., Chen P., Li X., Jia H.: The fMRI study for acupuncture on shift work sleep disorder: Study protocol for a randomized controlled neuroimaging trial. *Medicine (Baltimore)* 2020, 99(36). https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2020/09040/The_fmri_study_for_acupuncture_on_shift_work_sleep.85.aspx online 10.04.2021.
41. Anbazhagan S., Ramesh N., Nisha C., Joseph B.: Shift work disorder and related health problems among nurses working in a tertiary care hospital, Bangalore, South India. *Indian Journal Occupational Environmental Medicine* 2016, 20(1): 35–38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4922274/> Online 7.01.2021r.

42. Flo E., Bjorvatn B., Folkard S., Moen B.E., Grønli J., Nordhus I.H., Pallesen S.: A reliability and validity study of the Bergen Shift Work Sleep Questionnaire in nurses working three-shift rotations. *Chronobiology International* 2012, 29(7): 937–946. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/07420528.2012.699120?journalCode=icbi20> Online 7.01.2021.
43. Szelenberger W.: Ateńska Skala bezsenności [w:] *Bezsenność. Szelenberger W. (red.)* Wydanie II. Via Medica, Gdańsk 2007, 87-88.
44. Jehan S., Zizi F., Pandi-Perumal S. R., Myers A. K., Auguste E., Jean-Louis G., McFarlane S. I.: Shift Work and Sleep: Medical Implications and Management. *Sleep medicine and disorders: international journal* 2017, 1(2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5836745/> Online 7.01.2021.
45. Kim B. H., Lee H. E.: The association between working hours and sleep disturbances according to occupation and gender. *Chronobiology international* 2015, 32(8), 1109–1114. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/07420528.2015.1064440?journalCode=icbi20> Online 7.01.2021.
46. Nowicki Z., Grabowski K., Cubala W. J., Nowicka-Sauer K., Zdrojewski T., Rutkowski M., Bandosz P.: Rozpowszechnienie subiektywnej bezsenności w populacji polskiej. *Psychiatria Polska* 2016, 50(1): 165–173. http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_1_2016/165Nowicki_PsychiatrPol2016v50i1.pdf Online 7.01.2021.
47. Wojtas A., Ciszewski S.: Epidemiologia bezsenności. *Psychiatria* 2011, 8(3): 79–83.
48. Piotrowski P., Babicki M., Maślanka P., Kotowicz K., Marciniak D., Rymaszewska J.: Ocena zaburzeń snu i stosowania środków psychoaktywnych wśród polskich studentów. *Psychiatria Polska* 2020, 54(5): 1007–1024. http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_5_2020/1007Piotrowski_PsychiatrPol2020v54i5.pdf Online 10.05.2021.
49. Błońska B. K., Gotlib J.: Występowanie zaburzeń snu wśród studentów. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2012, 4, 485–497. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-d41846d3-239b-40ae-b848-b37a06bd08d3> Online 10.05.2021.
50. Babiarczyk B., Bujok M.: Występowanie zaburzeń snu wśród pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2019, 100(2), 89-94. <http://www.phie.pl/phe-pdf.php?r=2019&n=2&s=089> Online 17.02.2021.

51. Kasperczyk J, Kasperczyk J., Joško J.: Stres a zaburzenia snu wśród młodzieży szkół średnich. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93(1), 105-109.
<http://www.phie.pl/pdf/phe-2012/phe-2012-1-105.pdf> Online 17.05.2021.

MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW I OZW POD POSTACIĄ KARDIOMIOPATII TAKOTSUBO -OBRAZ KLINICZNY

Beata Kowalewska¹, Elżbieta Kowalska²

¹ - *Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

² - *Stacja Dializ II Kliniki Nefrologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*

Wprowadzenie

Migotanie przedsionków to jedno z najczęściej występujących zaburzeń rytmu serca. Znaczny wzrost jego występowania związany jest z postępującym starzeniem się społeczeństwa. Pomimo, iż AF (*Atrial Fibrillation*) nie zalicza się do zagrażających życiu arytmii to oddziałuje negatywnie na jego jakość, pod względem anatomicznym, zakrzepowym oraz hemodynamicznym [1].

W 2010 roku AF dotyczyło 20,9 mln mężczyzn i 12,6 mln kobiet [2, 3]. Częstość występowania migotania przedsionków została oszacowana na 2,9% wśród populacji dorosłych. W grupie wiekowej 60-69 lat choruje 4,2%, w przedziale wieku 70-79 lat 9,7%, a w przedziale wiekowym 80-89 lat 13,4% [3]. Jak można zauważyć, zachorowania wzrastają wraz z wiekiem, co potwierdzają wyniki badania populacyjnego ROTTERDAM, które zostało zapoczątkowane w latach 90-tych. Udział wzięło ok. 8 tysięcy mieszkańców miasta Rotterdam w wieku ≥ 55 lat. Zachorowalność wzrastała do 80 roku życia, gdzie osiągnęła maksymalną wartość. Co więcej, migotanie przedsionków częściej przeważało wśród populacji męskiej [3].

Obserwacje badanych w populacji ogólnej bądź u hospitalizowanych pacjentów z AF w wywiadzie pokazują, że najczęściej stwierdzanym typem jest utrwalone migotanie przedsionków, stwierdzone u 40-50% chorych. Przetrwale oraz napadowe AF występowało u 20-30% pacjentów. W badaniach ALFA (*Etude en Activité Libérale de la Fibrillation Auriculaire*) i ATRIUM (*OutpAtienT RegIstry Upon Morbidity of atrial fibrillation*) przeprowadzonych we Francji oraz Niemczech określono uśredniony czas, upływający pomiędzy epizodem migotania, a oceną pacjenta i wynosił on: 47 ± 63 miesięcy oraz 61 ± 66 miesięcy. W włoskich badaniach ISAF (*Italian Survey of Atrial Fibrillation management*) okres czasu między napadami AF w wywiadzie krótszy niż rok miało zaledwie 13% pacjentów, 5-10 lat- 30% badanych, a >10 lat 18% chorych [1, 4].

Wzrastająca liczba chorych generuje nie tylko wydatki na opiekę zdrowotną oraz badania przesiewowe, ale również problemy społeczno-ekonomiczne jak hospitalizacje, nieobecności w pracy oraz ogólne wyłączenie z życia społecznego, czy rodzinnego (bezobjawowe migotanie przedsionków obserwuje się jedynie u 12-25% pacjentów, zaś kołatanie serca obejmuje 42-55%, duszność dotyczy aż 24-49%, a osłabienie 15-49%) [1].

Rozwinięcie

Migotanie przedsionków, jako jedną z tachyarytmii nadkomorowych cechuje szybka (350-700/min), niezorganizowana aktywacja przedsionków, która skutkuje utratą aktywności hemodynamicznej, z niemiarnością rytmu komór [5].

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka AF można podzielić na sercowe oraz pozasercowe. Do sercowych zaliczono:

- częste: nadciśnienie tętnicze (występuje u 60-80% pacjentów z migotaniem), nabyte wady zastawkowe, choroba niedokrwienna serca (przebyty zawał mięśnia sercowego), zespół chorego węzła zatokowego;
- rzadsze: choroby osierdzia, ASD (*Atrial Septal Defect*), kardiomiopatie, śluzak, zespół preeksycytacji.

Natomiast do niesercowych kwalifikuje się: zaburzenia elektrolitowe, nadczynność tarczycy, zatorowość płucną, używki i/lub leki, rak płuc, patologiczne zmiany w obrębie klatki piersiowej (np. płyn w jamie opłucnej), czy ostre infekcje, jak m.in. zapalenie płuc [1].

W dalszym ciągu poznawane są jednak nowe czynniki predysponujące do wystąpienia AF. Wcześniej, do chorób zagrażających zaliczano cukrzycę, zaś nowe badania wykazują, że nawet osoby zdrowe z upośledzoną tolerancją glukozy lub w okresie przednadciśnieniowym obarczone są ryzykiem wystąpienia migotania przedsionków. Niemiarności całkowitej sprzyja także otyłość i towarzyszący jej bezdech senny, a także choroby nerek oraz różny, zależny od wielkości obciążenia wysiłek fizyczny. Uwzględnianie czynników predysponujących umożliwia wybór optymalnej terapii AF, a działania profilaktyczne, jak redukcja wagi, czy regularne przyjmowanie leków hipotensyjnych może zapobiec nawrotom i utrwaleniu tachyarytmii [1,2]. Ponadto, postępowanie nefarmakologiczne wpływa korzystnie na obniżenie ciśnienia tętniczego, aktywność autonomicznego układu nerwowego, czy insulinooporność, co skutkuje zmianami w profilu

kardiometabolicznym, elektrycznej oraz strukturalnej zmianie budowy serca. Wyżej wymienione założenia potwierdziło badanie ARREST-AF. Obejmowało wprawdzie niedużą, bo liczącą 150 osób grupę chorych z nadwagą, po zabiegu ablacji. Część z nich, poddano szczegółowemu programowi profilaktycznemu, pozostałych zapoznano z zasadami profilaktyki oraz wdrożono tradycyjne leczenie. Wyniki były następujące; u pacjentów objętych intensywną profilaktyką nastąpiła redukcja masy ciała oraz ciśnienia, poprawa parametrów glikemii, lipidów i krwi, dzięki czemu nastąpiło ograniczenie nawrotów AF oraz lepsza kontrola rytmu serca [1, 6].

Do jednego z istotniejszych, niemodyfikowalnych czynników ryzyka zalicza się wiek. AF rzadko występuje u osób poniżej 60 roku życia, a ewentualne jego wystąpienie w młodszy wiek jest silnie związane z podłożem genetycznym. Natomiast u starszych osób, występowanie migotania wynika prawdopodobnie z procesów włóknienia oraz stłuszczenia, zmianami wewnątrzkomórkowymi, anatomiczną zmianą budowy przedsionków, czy chorobami współistniejącymi [7].

Klasyfikacja i elektrofizjologiczny mechanizm

Mimo powszechności występowania arytmii, nadal brakuje klasyfikacji, która obejmowałaby wszystkie rodzaje arytmii. Podział kliniczny zawiera następujące rodzaje AF:

- napadowe- spontanicznie występujące i nawracające migotanie, ustępujące samoistnie, trwa zwykle do 48 h, maksymalnie 7 dni, u ok. 30-50% pacjentów nie stwierdza się choroby organicznej serca;
- przetrwałe- również występujące spontanicznie, trwa dłużej niż 7 dni, do przywrócenia prawidłowego rytmu serca wymagana jest farmakoterapia bądź kardiowersja elektryczna, chorobę organiczną serca diagnozuje się u 80-90% chorych;
- utrwalone- ta postać arytmii jest odporna na leczenie farmakologiczne oraz kardiowersją, w przypadku takich pacjentów stosuje się inne metody leczenia np. ablację przezskórną. Utrwalone AF określa się także u pacjentów, u których z różnych przyczyn (m.in. wiek, czy bezobjawowy przebieg) odstępuje się od przywrócenia rytmu zatokowego. Chorobę organiczną serca stwierdza się u ok. 90% osób [2, 8].

Niestety, nie uwzględnia patofizjologicznych zmian. Istnieje jeszcze inna klasyfikacja opublikowana przez EHRA (*European Heart Rhythm Association*) uwzględniająca wyżej wymienione kryteria

Do wystąpienia migotania kluczowe jest zaistnienie czynnika wyzwalającego oraz odpowiedniego substratu. U podłoża tego zjawiska wyróżniamy mechanizmy elektrofizjologiczne: ogniskowy automatyzm i zjawisko re-entry. Mechanizm ogniskowy jest odpowiedzialny głównie za napadowe migotanie. Polega na wytworzeniu się w przedsionkach ogniska szybkich wyładowań, które nie pozwalają na jednolitą aktywację przedsionka, a przez swoją chaotyczność przewodzenia wyzwalają arytmie. Zjawisko re-entry przeważa u pacjentów z przetrwałym oraz utrwalonym AF, z organiczną chorobą serca w wywiadzie. Uczestniczą w nim liczne krótkie fale nawrotowe, które przez nie jednoczasowy czas trwania refrakcji generują krążące pobudzenie. Do utrwalenia arytmii potrzebna jest nie tylko odpowiednia liczba fal krążących, ale i znaczna masa przedsionka. W niektórych przypadkach mechanizm AF pozostaje trudny do określenia, ze względu na niejednorodność arytmii oraz nieznaną większość czynników inicjujących jej powstanie. Niekiedy, przy określaniu typu migotania można posłużyć się zapisem EKG [1, 9].

Czynniki wyzwalające i zmiany związane z migotaniem przedsionków

Do czynników wywołujących arytmie można zaliczyć:

- przedwczesne pobudzenia,
- niedokrwienie,
- rozciągnięcie przedsionka.

Przebudowa przedsionka obrazuje się jego powiększeniem. Jest to silnie zależne od natężenia bodźca uszkadzającego i nasilenia arytmii. Zwykle, to ostatnie stadium zmiany budowy, gdzie zaszły zaawansowane, często nieodwracalne zmiany w strukturze oraz funkcji. Powiększenie może być też z powodu samego zjawiska migotania (utrzymywanie się AF doprowadza do dalszego powiększania się). Przywracanie prawidłowego rytmu objawia się redukcją wymiarów przedsionka [1,10].

Przebudowa elektryczna polega w dużej mierze na zaburzeniach refrakcji oraz przewodnictwa uwarunkowanych zmianami w kanałach jonowych. Przebudowa może ulec regresji po złagodzeniu objawów choroby podstawowej, w przypadku zmian refrakcji bądź zachować się przy zaburzeniach przewodzenia.

Przy AF następuje również przebudowa czynnościowa, która polega na utracie czynności skurczowej przedsionków. Kurczliwość, która ulega obniżeniu po wystąpieniu migotania, prawdopodobnie jest wynikiem podobnych procesów, co w przypadku przebudowy elektrycznej. Zmiany wywołane krótkotrwałym epizodem AF mogą cofnąć się w przeciągu paru dni po przywróceniu rytmu zatokowego. Jednak, gdy arytmia trwa dłużej, przedsionki podlegają hibernacji, zaś odbudowanie białek miocytów, które niezbędne są do odzyskania optymalnej kurczliwości, może potrwać tygodnie, jeśli nie miesiące [1].

Jednym z ważniejszych procesów patologicznych zachodzącym podczas trwania napadów, a nawet jeszcze przed wystąpieniem epizodu AF jest włóknienie. W przedsionkach między wiązkami mięśniowymi powstają włókniste przegrody, zwiększające się z wiekiem. Z tego względu, stosuje się tzw. terapię uzupełniającą, która polega na podaniu pacjentom z AF leków hamujących włóknienie (np. inhibitory konwertazy angiotensyny ACEI (*Angiotensin-converting-enzyme inhibitors*), czy blokery receptora aldosteronowego). Dzięki temu, następuje skuteczne opóźnienie procesu włóknienia oraz nawrotu tachyarytmii [1].

Patofizjologiczne skutki AF:

- utrata funkcji skurczowej przedsionków, która zmniejsza objętość wyrzutową serca o ok. 5-10%;
- przyspieszone przewodzenie przedsionkowo-komorowe;
- spowolnienie krążenia krwi w przedsionkach, które zwiększa możliwość tworzenia się skrzeplin (najczęstszą ich lokalizacją jest uszko lewego przedsionka [1].

Diagnostyka

Podstawą diagnostyki migotania przedsionków jest EKG. Zmiany widoczne w zapisie ściśle korelują z mechanizmem AF. Z tego też względu, czasami występuje wręcz atypowy obraz migotania widoczny w zapisie EKG, co związane może być z osobniczym zróżnicowaniem budowy przedsionków oraz żył płucnych u pacjentów. Typowa postać migotania występuje w zapisie EKG z brakiem załamka i fali P, czyli regularnej aktywacji przedsionka oraz występującą falą migotania f [9].

U osób w wieku >65 lat z chorobą niedokrwienną serca często występuje „nieme” migotanie, dlatego pacjenci w grupie ryzyka objęci są badaniami przesiewowymi- wykonaniem EKG lub badaniem tętna. Również w przypadku chorych z przemijającym niedokrwieniem mózgu bądź udarem mózgu zalecane jest wykonanie elektrokardiografii, a

jako drugie EKG metodą Holtera przez 24-72 h. Niestety, niekiedy bywa to wyzwaniem pod względem psychologicznym oraz transportowym (brak motywacji seniora oraz rodziny, trudności w organizacji transportu), dlatego należy tu podkreślić rolę lekarza POZ. Badanie palpacyjne pulsu, a w przypadku wątpliwości diagnozy, wykonanie badania EKG powinno być standardem podczas każdej wizyty w gabinecie. W celu wykrycia ewentualnej choroby organicznej serca albo skrzepliny w lewym przedsionku oraz jego uszku wykonuje się echokardiografię.

Należy nadmienić, że tylko certyfikowany medyczny sprzęt, przeznaczony do pomiaru EKG można wykorzystać do potwierdzenia lub wykluczenia arytmii serca. Mimo to, coraz większa popularność elektronicznych aparatów do mierzenia ciśnienia, czy zegarków sportowych z funkcją pomiaru pulsu prowadzi do większego zainteresowania swoim zdrowiem, zarówno wśród seniorów, jak i ludzi młodych, co może przekładać się na szybszą diagnozę [9].

Pomimo, że niektórzy pacjenci z AF nie zgłaszają objawów podmiotowych bądź są one minimalne (25-40%) to część chorych (15-30%) doświadcza m.in. duszności, ucisku w klatce piersiowej, osłabienia, kołatania serca i dystresu psychospołecznego, co wpływa na pogorszenie jakości życia [2].

Leczenie

Leczenie w celu zapobiegania udarom mózgu

Najgroźniejszymi powikłaniami migotania przedsionków są incydenty zakrzepowozatorowe, takie jak: udary mózgu, zatory obwodowe i przejściowe epizody niedokrwienne mózgu.

Badania pokazują, że ryzyko udaru mózgu u pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków jest 5-krotnie wyższe, zaś u osób z reumatyczną wadą zastawkową- aż 17-krotnie wyższe [1]. Ponadto, szacuje się, iż AF jest odpowiedzialne za 15-25% wszystkich incydentów udarowych. Udary kardiometaboliczne mają nie tylko cięższy przebieg, ale i gorsze rokowania; istnieje większe prawdopodobieństwo do spowodowania niepełnosprawności, częstszych nawrotów oraz wyższej śmiertelności (24% śmiertelności 30-dniowej). Niezmiernie ważnym, było zatem opracowanie skali, która umożliwiłaby ocenę takiego ryzyka wśród chorych z migotaniem [1, 3, 11].

Jedną z stosowanych skali jest CHADS₂ (*Cardiac failure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke x 2*). Nazwa została utworzona od pierwszych liter nazw czynników ryzyka w języku angielskim: zastoinowej niewydolności serca, nadciśnieniu tętniczemu i wiekowi >75 lat, za które pacjent może otrzymać po 1 punkt oraz przebytemu udarowi mózgu bądź TIA (*Transient Ischemic Attack*) które należy punktować podwójnie. Minusem skali jest brak uwzględnienia innych czynników ryzyka tj. płci żeńskiej i wieku w przedziale 65-74 lata, dlatego utworzono skalę CHA₂DS₂VAS_c (*Vascular disease, Age 65–74, Sex*). Pozwala ona na wyodrębnienie grupy pacjentów z niskim oraz pośrednim ryzykiem udaru mózgu. Przyznaje także punkty za występowanie choroby naczyniowej. Za każdy czynnik przyznaje się choremu po 1 punkcie, zaś za czynniki wysokiego ryzyka (TIA, przebyty udar, incydent zakrzepowo-zatorowy, wiek ≥75 lat) pacjent otrzymuje 2 punkty. Zaletą skali jest możliwość uzyskania 0 punktów, dzięki czemu wyklucza się wystąpienie udaru mózgu. Ryzyko mieści się w przedziale 0-15,2%, w zależności od uzyskanych punktów (0-9) .

Skala HAS-BLED (*Hypertension, Abnormal renal and liver function, Stroke, Bleeding, Labile INRs, Elderly, Drugs or alcohol*) stosuje się do oceny czynników ryzyka krwawienia oraz zwraca uwagę na potencjalne, w przypadku zastosowania leczenia przeciwzakrzepowego. Choremu można przyznać po 1 punkt (maksymalnie 9 punktów) za każdy czynnik. Za nieprawidłową czynność wątroby albo nerek, przyjmowanie leków, spożycie alkoholu można uzyskać 1-2 punkty. Pacjentów, którzy uzyskali ponad 3 punkty należy poddawać okresowej kontroli oraz zachęcać do korygowania potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka [12].

Leki przeciwzakrzepowe

Należy nadmienić, że farmakoterapia przeciwzakrzepowa może nie tylko zapobiegać udarom mózgu, ale i wpłynąć na wydłużenie życia pacjentów z AF.

W celu prewencji udarów wykorzystuje się:

- antagonistów witaminy K- do których należą warfaryna, acenokumarol i inne VKA (*Vitamin K Antagonists*), ograniczeniem w stosowaniu jest częsta konieczność zmiany dawek, ze względu na wąski przedział terapeutyczny (monitoruje się za pomocą wskaźnika INR) [2];
- doustne leki przeciwzakrzepowe, niebędące antagonistami witaminy K; NOAC (*Novel Oral Anticoagulants*), a zaliczają się do nich:

- inhibitor trombiny dabigatran (powodował zmniejszenie ryzyka udaru oraz zatorowości o 35%, w porównaniu z warfaryną);
- inhibitory aktywnego czynnika X (Xa); apiksaban (skuteczniejszy w zapobieganiu udarom o 21% w zestawieniu z warfaryną), edoksaban (do stosowania w prewencji incydentów udarowych wskazane są większe dawki leku) i rywaroksaban (powoduje zmniejszenie ilości udarów krwotocznych oraz krwawień wewnątrzczaszkowych porównując z warfaryną) [2] .

Leczenie w celu kontroli częstości rytmu komór w obrębie migotania przedsionków

Obecnie, nie ma dostatecznie wiarygodnych informacji dotyczących najlepszego oraz najskuteczniej działającego leczenia w celu kontroli częstości komór.

W długoterminowej terapii są stosowane:

- beta-adrenolityki- często jako lek pierwszego rzutu w monoterapii (uzyskanie lepszej tymczasowej kontroli porównując z digoksyną), są dobrze tolerowane przez pacjentów w różnych wieku, z rytmem zatokowym, jaki i migotaniem przedsionków;
- antagoniści wapnia niebędący pochodnymi dihydropirydyny- należą do nich werapamil i diltiazem, należy unikać ich podawania u chorych z HFrEF (*Heart Failure with reduced Ejection Fraction*) z powodu ujemnego działania inotropowego;
- naparstnica (digoksyna, digitoksyna)- nie przeprowadzono wystarczającą wiarygodnych badań, w których porównano by wpływ digoksyny z beta-adrenolitykami, jej podawanie może się wiązać z lepszym rokowaniem dla pacjenta z AF;
- amiodaron- stosowany jako lek ostatniego rzutu ze względu na liczne działania niepożądane [1, 2].

Leczenie w celu kontroli rytmu serca u pacjentów z migotaniem przedsionków

Służy głównie w celu zmniejszenia objawów odczuwanych przez pacjentów w trakcie trwania leczenia, które kontroluje częstość rytmu komór. W celu doraźnego przywrócenia prawidłowego rytmu przeprowadza się:

- **kardiowersję farmakologiczną**- za pomocą leków antyarytmicznych u pacjentów z niedawno rozpoznanym AF. Nie wymaga pozostawienia pacjenta na czczo,

ani stosowania środków sedacyjnych, jednak wiąże się z wydłużoną hospitalizacją, a na efekty trzeba poczekać dłużej w porównaniu z kardiowersją elektryczną. Stosuje się do tego flekainid oraz propafenon, w przypadku pacjentów bez stwierdzonej choroby strukturalnej serca; wernakalant u chorych z niewydolnością serca o małym stopniu nasilenia i u osób z chorobą niedokrwienną serca, przy wykluczeniu ciężkiej stenozy aortalnej, czy niskich wartości ciśnienia tętniczego. Do przeprowadzenia kardiowersji farmakologicznej można również zastosować amiodaron u pacjentów z niewydolnością serca albo chorobą niedokrwienną serca;

- **kardiowersję elektryczną**- która polega na przekazaniu zsynchronizowanego impulsu prądu stałego przez elektrody do serca, w celu przywrócenia rytmu zatokowego. Jest stosowana, podobnie jak kardiowersja farmakologiczna u chorych z niedawno rozpoznany AF, dodatkowo z nasilonymi zaburzeniami hemodynamicznymi. Podczas zabiegu należy monitorować ciśnienie tętnicze i saturację. Udowodniono większą skuteczność defibrylatorów, które generują impuls dwufazowy nad tymi, generującymi impuls jednofazowy, zaś średnio tylne przyłożenie wytwarza większe pole impulsu w obrębie przedsionka lewego. W przypadku wystąpienia bradykardii, zalecane jest dożylne podawanie atropiny, izoproterenolu lub czasowa stymulacja przezskórna [1, 2].

Długoterminowe leczenie antyarytmiczne ma na celu zmniejszenie nasilenia objawów związanych z migotaniem przedsionków. Przy wyborze leku należy przede wszystkim kierować się bezpieczeństwem pacjenta, ze względu na ich umiarkowane działanie. Stosowane leki to:

- amiodaron- z powodu długiego okresu półtrwania zalecany jest w terapiach krótkoterminowych (za wyjątkiem okresu po ablacji przezcewnikowej, bezpieczny u chorych z niewydolnością serca) [8];
- dronedaron- bezjodowa pochodna amiodaronu. Służy do utrzymania rytmu zatokowego, powoduje zmniejszenie częstości rytmu komór, zmniejsza liczbę hospitalizacji oraz zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych w przypadku pacjentów z napadowym bądź przetrwałym migotaniem, jak i trzepotaniem przedsionków;
- flekainid i propafenon- stosuje się je u osób bez cięższej postaci choroby niedokrwiennej albo niewydolności serca w wywiadzie, zapobiegają nawrotom migotania;

- chinidyna i dizopiramid- rzadko stosowane w terapii AF, dizopiramid może być zastosowany w leczeniu migotania przedsionków zależnym od nerwu błędnego;
- sotalol- wiąże się ze zwiększoną umieralnością wśród pacjentów z dysfunkcją lewej komory po zawale mięśnia sercowego;
- dofetylid- jego dostępność w Europie jest ograniczona [1, 2, 12].

Zabiegiem stosowanym w celu przeciwdziałania nawrotom AF, przy braku działania leków antyarytmicznych jest **ablacja przezcewnikowa**. Aby była skuteczna, powinna być wykonywana w specjalistycznych ośrodkach z wykwalifikowaną kadrą [13]. Cel zabiegu to izolacja żył płucnych przy zastosowaniu ablacji prądem o wysokiej częstotliwości bądź krioablacji. Często uzyskanie kontroli nad napadami AF wymaga przeprowadzenia więcej, niż jednego zabiegu. Jedne z poważniejszych powikłań po zabiegowych to: tamponada serca, udar mózgu, uszkodzenia przelyku, które prowadzą do wytworzenia przetoki przedsionkowo-przelykowej w przeciągu paru tygodniu po zabiegu. U pacjentów z leczeniem VKA należy je kontynuować podczas ablacji, zaś alternatywą dla podawania warfaryny są leki z grupy NOAC [1, 2].

Ostatnią metodą kontroli rytmu serca u chorych z AF jest **leczenie chirurgiczne**. Może być zastosowane w czasie trwania innej operacji kardiochirurgicznej w postaci zabiegu labiryntowania Coxa lub innych prostszych zabiegów (zwykle są wykonywane podczas operacji na otwartym sercu). Wykonywane są również inne, oddzielne zabiegi chirurgiczne w celu kontroli migotania przedsionków np. toraskopowa PVI (*Pulmonary Vein Isolation*) z pomocą dwubiegunowej ablacji RF (*Radio Frequency*) [2].

Kardiomiopatia takotsubo

Termin „kardiomiopatia takotsubo” po raz pierwszy został użyty w pracy naukowej przez Dote, Sato i wsp. w 1990 roku. Artykuł dotyczył opisu przypadku 5 pacjentów, u których wystąpiły objawy typowe dla zawału mięśnia sercowego. Japońska słowo „takotsubo” to naczynie służące do połowu ośmiornic. Okrągłe dno oraz wąska szyjka nawiązuje do obrazu lewej komory podczas wentrykulografii wykonywanej w ostrej fazie choroby. Kardiomiopatia bywa także określana jako „zespół złamanego serca”, „zespół balonowania koniuszka”, „kardiomiopatia bańkowata” lub „ostra kardiomiopatia stresowa”[14,15].

Nie poznano jeszcze dokładnej etiologii TTC (*Takotsubo cardiomyopathy*), jednak wysunięto kilka teorii, które próbują to wyjaśnić. Jedna z nich zakłada, że za zmiany w

obrębie mięśnia sercowego odpowiada wyrzut katecholamin, jako reakcja organizmu na silny stres psychiczny bądź fizyczny [14]. Przebudowa w obrębie koniuszka serca tj. balonowe rozdęcie świadczy o większej jego wrażliwości na wzrost stężenia katecholamin (obecność licznych receptorów katecholaminowych). Niestety, związek między zwiększoną aktywnością układu sympatycznego, a zmianami w obrębie mięśnia sercowego nie zostały wyczerpująco wyjaśnione. Zaproponowano parę teorii; o niedokrwieniu, które wynika z wielonaczyniowego skurczu tętnic wieńcowych w obrębie nasierdzia (rzadko występujący), o skurczu tętniczek mikrokrążenia, czy uszkodzenia miocytów (podwyższony poziom katecholamin, powoduje zwiększenie transportu jonów wapnia do komórek miocytów, co prowadzi do zwiększenia kurczliwości mięśnia sercowego, przy zwiększonym zapotrzebowaniu na tlen) [14].

Do wystąpienia kardiomiopatii predysponują głównie kobiety po 50 roku życia, dlatego też dopatrywano się ochronnego działania estrogenów [16]. Mimo, że u mężczyzn dochodzi do większej aktywacji układu współczulnego, a co za tym idzie wyrzutu amin katecholowych, to kobiety predysponują do „ogłuszenia” mięśnia sercowego. Estrogeny nasilają wydzielanie katecholamin z komórek nerwowych, jednak z drugiej strony zmniejszają transport jonów wapnia do kardiomiocytów. Ostatecznie prowadzi to do mniejszej kurczliwości oraz zmniejszonego zapotrzebowania na tlen mięśnia sercowego. Teorię potwierdza także rzadsze występowanie kardiomiopatii u kobiet, które stosują hormonalną terapię zastępczą, a częstsze u tych, po menopauzie oraz z zaburzeniami hormonalnymi [14].

Epidemiologia

Kardiomiopatię takotsubo rozpoznaje się u 1-2% pacjentów z pierwotnym rozpoznaniem OZW. Chorobę najczęściej indukuje silny stres, mimo to, w 30% przypadków nie wyróżniono czynnika stresogennego. Najczęściej dotyczy kobiet po menopauzie; opisano niewiele przypadków zachorowań wśród mężczyzn (dotyczyły zainicjowania kardiomiopatii w reakcji na np. cewnikowanie pęcherza moczowego, gastrokopii, bronchoskopii lub artroskopii stawu kolanowego). Co więcej, 67% kobiet z stwierdzony TTC miało choroby współistniejące systemowe m.in. astmę, nadczynność tarczycy, zapalenie płuc, czy przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, zaś u 19% współtowarzyszące choroby układowe [14]. Według niektórych badań kardiomiopatia jest rzadko spotykana wśród Latynosów oraz Afroamerykanów [17].

Diagnostyka i objawy

Diagnostyka kardiomiopatii ze względu na podobieństwo do zawału serca zarówno w obrazie klinicznym, jak i zapisie EKG sprawia wiele trudności i jest rzadko rozpoznawana [18]. Przed wprowadzeniem tej jednostki, istniała ona pod innym diagnozami, często była porównywana do ostrego zespołu wieńcowego [17].

W celu rozpoznania wykonuje się: EKG, echokardiografię, koronarografię oraz badania laboratoryjne [14]. W zapisie elektrokardiografii obserwuje się uniesienie odcinka ST (40-90%), ujemne załamki T (44-83%) i pojawienie się patologicznych załamek Q (27-32%) [15]. Sporadycznie pojawia się zmiana długości odcinka QT bądź blok lewej odnogi pęczka Hisa. Co więcej, zdarza się, że w zapisie EKG nie zostaną wykazane zaburzenia lub mogą być niespecyficzne dla jednostki chorobowej. Badania obrazowe pozwalają na ocenę rokowania i wykluczenie choroby wieńcowej. Podczas echokardiografii najczęstszą zmianą jest zaburzenie w kurczeniu się koniuszka lewej komory, jednak udokumentowano także przypadki, gdzie to kurczliwość środkowych segmentów lewej komory była zaburzona (odwrócone takotsubo). Natomiast, jeśli w koronarografii nie zostaną stwierdzone znaczne zwężenia tętnic wieńcowych, może być stosowne wykonanie wentrykulografii podczas której, widoczny jest charakterystyczny obraz lewej komory serca [14]. Kolejnym badaniem diagnostycznym, które poniekąd pozwala na zróżnicowanie kardiomiopatii i OZW jest oznaczenie stężeń markerów uszkodzenia serca. U pacjentów z kardiomiopatią obserwuje się niewielki wzrost troponiny i kinazy kreatyny, zaś następuje podwyższenie peptydu natriuretycznego typu B (stężenie jest wyższe niż u pacjentów z zawałem mięśnia sercowego) i N-terminalnego peptydu natriuretycznego. U większości chorych stwierdza się również podwyższony poziom amin katecholowych.

Najczęściej do rozpoznania TTC stosuje się kryteria Mayo Clinic [15].

Mimo to, wydają się coraz mniej aktualne, ze względu na doniesienia o przypadkach pacjentów m.in. z zmianami w tętnicach wieńcowych, czy obecnością guza chromochłonnego. Japońskie Towarzystwo Kardiologiczne w 2007 przedstawiło własne kryteria rozpoznania kardiomiopatii, jednak uwzględniono w nich tylko typową jej postać obejmującą zmiany w koniuszku lewej komory serca [15].

Objawy

Objawy odczuwane przez pacjentów zwykle są podobne do OZW: ból w okolicy klatki piersiowej (67,8%), duszność (17,8%), rzadziej wstrząs kardiogeny (4,2%) bądź

zatrzymanie krążenia w przebiegu migotania komór (1,5%) [32]. Oprócz typowych występują też inne atypowe objawy jak: ból brzucha i/lub kończyn dolnych, dreszcze, omdlenia, osłabienie czy wzmożona potliwość [17]. Najczęściej kardiomiopatia występuje w dwóch sytuacjach: w warunkach pozaszpitalnych u chorego pojawia się ból w klatce piersiowej, może przebiegać z uczuciem kołatania serca [14,16] lub duszności mogące doprowadzić do utraty przytomności [14] oraz u pacjentów leczonych ambulatoryjnie z przyczyn występowania innych jednostek chorobowych (m.in. udar, sepsa, uraz, ostra niewydolność oddechowa) lub zabiegów chirurgicznych (np. ortopedycznych) i w tej sytuacji na kardiomiopatię wskazuje nieprawidłowy zapis EKG, wysoki poziom markerów uszkodzenia mięśnia sercowego, obrzęk płuc, hipotonia lub arytmia [14].

Leczenie i powikłania

W ostrej fazie TTC postępowanie jest podobne do tego w OZW, zaś po rozpoznaniu, wdrażane jest leczenie objawowe tj. podawanie diuretyków oraz leków rozszerzających naczynia. Wskazane również może być stosowanie beta-adrenolityków, ze względu na katecholaminy, których stężenie wzrasta w kardiomiopatii. Co więcej, w skojarzeniu z wyżej wymienionymi można podawać inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE), gdyż ich samodzielne stosowanie zwiększa ryzyko powikłań w porównaniu z beta-adrenolitykami w monoterapii. Leki przeciwkrzepliwne należy podawać do momentu ustąpienia akinezy bądź dyskinezy (ryzyko powstania skrzepliny w lewej komorze), dalsze stosowanie pozostaje kwestią sporną [14].

Niewskazane jest stosowanie amin katecholowych, ponieważ nasilają zaburzenia hemodynamiczne, natomiast w wypadku wstrząsu kardiogennego zaleca się kontrapulsację wewnątrzaoortalną [14]. Metoda polega na wprowadzeniu do aorty (nakłucie w pachwinie lub chirurgiczne utworzenie dostępu z tętnicy udowej) balonu wykonanego z polietylenu połączanego z konsolą sterującą. Poprzez napełnianie i opróżnianie balonu helem uzyskuje się poprawę krążenia krwi w górnych partiach ciała, OUN, czy krążeniu wieńcowym przy wypełnionym balonie oraz ukrwienie dolnych części ciała w wypadku opróżnionego. Ze względu, na niskie ryzyko zgonu sercowego u pacjentów z częstoskurczem komorowym, niezalecane jest wszczepianie kardiowertera-defibrylatora w celach profilaktycznych [14].

Powikłania

Według badań do powikłań dochodzi u ok. 19% pacjentów, jednak ta liczba może zwiększać się w ostrej fazie choroby. Najbardziej powszechne z nich to: niewydolność serca,

obrzęk płuc, wstrząs kardiogeny, migotanie przedsionków, komorowe zaburzenia rytmu, niedomykalność mitralna, tamponada serca, dysfunkcja prawej komory, zwężenie drogi odpływu, skrzeplina lub pęknięcie lewej komory [14]. Nie mniej ważnym powikłaniem, na które należy zwrócić uwagę jest tworzenie się skrzepliny przy ścianie lewej komory serca, wtórnie do spowolnionego przepływu krwi. Skrzeplina może także wystąpić we wszystkich segmentach, w których doszło do dyskinezy bądź akinezy. Obecne badania wykazują, że diagnozę umożliwiało tylko wykonanie CMR (wykonywane były echokardiografia i rezonans magnetyczny z podaniem kontrastu). Pomimo stosowania leczenia przeciwkrzepliwego u pacjentów z skrzepliną, nadal jej tworzenie postępowało. Konsekwencją były kolejne powikłania tj. udar mózgu, zawał nerki oraz zatory tętnicy podkolanowej [14].

Rokowania długoterminowe u pacjentów z kardiomiopatią takotsubo są bardzo dobre- u większość chorych następuje poprawa w przeciągu kilku dni lub tygodni. Spora część badań ocenia śmiertelność krótkoterminową na 2-3%, zaś w niektórych sięgała ona 8,9% [18]. Do czynników ryzyka zalicza się:

- wiek (u starszych osób częściej stwierdzano powikłania);
- czynnik wywołujący (czynniki psychiczne lub brak czynnika sprawczego predysponuje do wydłużenia czasu hospitalizacji i podawania leków diuretycznych raz inotropowych);
- arytmie (ich pojawienie się w trakcie pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym wpływało na wzrost śmiertelności; natomiast u chorych z migotaniem przedsionków utrwalonym, jak i niedawno zdiagnozowanym występował wstrząs kardiogeny, porównując z pacjentami bez AF) [19].

Zaprezentowano także badanie obejmujące 227 pacjentów, u których dokonano analizy wyników przekłatkowej dwuwymiarowej elektrokardiografii wykonywanej kolejno przy przyjęciu oraz po 4-6 tygodniach od stwierdzenia kardiomiopatii . Na podstawie wyników stwierdzono, że frakcja wyrzutowa lewej komory, wskaźnik E/e' (oszacowuje ciśnienie napełniania lewej komory), odwracalna niedomykalność mitralna (umiarkowana bądź ciężka) i wiek >75 lat to niezależne czynniki prognostyczne [14].

Wyżej wymienione czynniki oraz przeprowadzone badania, w których ich interpretacja może się różnić podkreślają, że kardiomiopatia takotsubo jest nową jednostką, która nie została w pełni poznana. Badania echokardiograficzne razem z innymi np. laboratoryjnymi lub CMR ułatwią diagnostykę, a przez to zidentyfikowanie chorych, którzy są

zagrożeni wystąpieniem powikłań (niestabilność hemodynamiczna, brak postępu w leczeniu), co pomoże w podjęciu decyzji terapeutycznej, które będą odpowiednie dla pacjentów z TTC [14].

Podsumowanie

Migotanie przedsionków jest coraz większym problemem, a częstość zachorowań wzrasta ze względu na starzejące się społeczeństwo. Nierozpoznane lub nieprawidłowo leczone może doprowadzić do poważnych powikłań zakrzepowo-zatorowych, jak udar mózgu.

Kardiomiopatia takotsubo, mimo nieznajomości dokładnej etiologii bądź braku wystarczających badań epidemiologicznych jest coraz częściej diagnozowaną kardiomiopatią. Daje objawy podobne do OZW, co utrudnia zdiagnozowanie. Mimo pomyślnych rokowań również może doprowadzić do m.in. tamponady serca, obrzęku płuc, czy wstrząsu kardiogenego.

Spis piśmiennictwa

1. Wożakowska-Kapłon B. (red.): Migotanie przedsionków. Via Medica, Gdańsk 2020.
2. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D. i wsp.: Wytyczne ESC dotyczące leczenia migotania przedsionków w 2016 roku, opracowane we współpracy z EACTS. Kardiologia Polska, 2016, 74, 1359-1469.
3. Karaś-Głodek M., Styczeń K., Wysokiński A., Zapolski T.: Migotanie przedsionków-najczęstsza arytmia w starszym wieku. Odrębności leczenia antykoagulacyjnego. Gerontologia Polska, 2018, 26, 201-208.
4. Meinertz T., Kirch., Rosin L., Pittrow D., Willich S.N., Kirchhof P.: ATRIUM Investigators. Management of atrial fibrillation by Primary care physicians in Germany: baseline results of the ATRIUM registry. Clinical Research in Cardiology, 2011, 100, 897-905.
5. Mróz A.: Zaburzenia rytmu serca [w:] Pielęgniarstwo kardiologiczne, Kaszuba D., Nowicka A. (red.). PZWL, Warszawa 2011, 195-226.
6. Pathak R.K., Middeldorp M.E., Lau D.H. i wsp.: Aggressive risk factor reduction study for atrial fibrillation and implications for the outcome of ablation. The ARREST-AF Cohort Study. Journal of the American College of Cardiology, 2014, 64, 222-231.

7. Kirchhof P., Lip G.Y.H., Van Gelder I.C. i wsp.: Comprehensive risk reduction in patients with atrial fibrillation: emerging diagnostic and therapeutic options- a report from the 3rd Atrial Fibrillation Competence NETwork/European Heart Rhythm Association consensus conference. *Europace*, 2012, 14, 8-27.
8. Jankiewicz-Błoch A., Zawadzki J., Kustrzycki W., Sławuta A.: Leczenie farmakologiczne napadów migotania przedsionków. *Folia Cardiologica*, 2018, 13(4), 331–337.
9. Senderek T., Macko M., Kopiński P.: Patofizjologiczne mechanizmy migotania przedsionków (AF) jako podstawa skutecznego leczenia w dążeniu do polepszenia jakości życia chorych w świetle aktualnych wytycznych ESC (European Society of Cardiology). *Państwo i Społeczeństwo*, 2019, 4, 129-140.
10. Kirchhof P., Breithardt G., Aliot E. i wsp.: Personalized management of atrial fibrillation: Proceedings from the fourth atrial fibrillation competence NETwork/European Heart Rhythm Association consensus conference. *Europace*, 2013, 15, 1540-1556.
11. Wożakowska-Kapłon B., Gorczyca-Michta I., Filipiak J. K., Siebert J.: Prewencja powikłań zakrzepowo-zatorowych u chorych z migotaniem przedsionków- propozycja algorytmu dla lekarzy rodzinnych. *Forum Medycyn Rodzinnej*, 2013, 7(1), 1-15.
12. Lomper K., Rycombel A., Uchmanowicz I.: Przestrzeganie i zastosowanie się do leczenia antykoagulacyjnego oraz antyarytmicznego pacjentów z migotaniem przedsionków. *Choroby Serca i Naczyń*, 2014, 11(4), 230-237.
13. Kozieł M., Pruszkowska P., Gumprecht J., Kowalski O., Kalarus Z.: Przewskórna ablacja migotania przedsionków w niewydolności serca. *W Dobrym Rytmie*, 2018, 3, 8-11.
14. Przybylska E., Krasek D., Sinkiewicz W.: Kardiomiopatia takotsubo- co dziś o niej wiemy? *Choroby Serca i Naczyń*, 2015, 12(6), 347-356.
15. Budnik M., Parol G.: Diagnostyka kardiomiopatii takotsubo. *Folia Cardiologica*, 2015, 10(1), 58-64.
16. Zaryczańska K., Kaźmierczak J., Bajer-Czajkowska A., Machowska-Sempruch K., Makarewicz K.: Udar niedokrwienny mózgu jako ciężkie powikłanie zatorowości kardiogennej w przebiegu kardiomiopatii takotsubo. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2018, 14(4), 240-243.
17. Y-Hassam S., Tornvall P.: Epidemiology, pathogenesis, and management of takotsubo syndrome. *Clinical Autonomic Research*, 2018, 28(1), 53-65.

18. Trąbka T., Kulej K., Kalicińska E., Kustrzycka-Kratochwil D., Sukiennik-Kujawa M., Jankowska E.A., Ponikowski P., Banasiak W: Ostry zespół wieńcowy indukowany stresem- trudności diagnostyczne w rozpoznaniu zespołu tako-tsubo. Folia Cardiologica, 2012, 7(3), 164-169.
19. Pant S., Deshmukh A., Mehta K., O Badheka A., Tuliani T., J Patel N.J., Dabhadkar K., Prasad A., Paydak H.: Burden of arrhythmias in patients with takotsubo cardiomyopathy (apical ballooning syndrome). International Journal of Cardiology, 2013, 170, 64–68.

POSTAWY MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO WOBEC OSÓB CHORYCH PSYCHICZNIE

Barbara Jankowiak¹, Joanna Kiczuk^{2,3}

¹ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² - Absolwenta Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³ - Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Wstęp

Zaburzenie psychiczne to występujący u jednostki uraz psychiczny lub wzorzec zachowania, myślenia bądź uczucia mający znaczenie kliniczne. W chwili wystąpienia jest związany z odczuwanym cierpieniem bądź upośledzeniem co najmniej jednego ważnego obszaru funkcjonowania w mózgu [1].

Negatywne postrzeganie osób chorych psychicznie jest oparte na utrwalonych stereotypach, czyli strukturze myślowej złożonej z 3 komponentów: poznawczej, emocjonalnej oraz behawioralnej. To właśnie one identyfikują osobę chorą psychicznie, jako m.in. agresywną oraz niedbającą o siebie, stanowiąc podłoże stygmatyzacji [2].

Przyczyny zaburzeń psychicznych są nieznane. Prawdopodobnie powoduje je wiele czynników, które najczęściej są określane jako:

1. Czynniki genetyczne:
 - występowanie schizofrenii jest u osób posiadających osobę chorą w rodzinie.
2. Czynniki rozwojowe:
 - sezon urodzenia
 - infekcje wirusowe
 - niedożywienie podczas ciąży
 - komplikacje okołoporodowe
 - organiczne uszkodzenie mózgu.
3. Czynniki społeczne:
 - niska klasa społeczna
 - izolacja społeczna
 - przebywanie w obcym kraju
 - nadużywanie substancji psychoaktywnych [3].

Zaburzenia psychiczne należą do chorób przewlekłych o dużym rozpowszechnieniu w populacji, najczęściej rozpoczynających się we wczesnej dorosłości (20-25 r.ż.). Według Raportu Rzecznika Praw Obywatelskich "Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce" wynika, że w Polsce na choroby psychiczne cierpi 23% mieszkańców. Taką samą liczbę osób chorych psychicznie odnotowała Wielka Brytania. Belgia jest jedynym krajem, który przewyższa tę liczbę, gdyż tam na zaburzenia psychiczne cierpi aż 26% mieszkańców. W krajach takich jak: Grecja, Malta czy Włochy wskaźnik osób borykających się z chorobami psychicznymi jest znacznie niższy i występuje w zakresie 8-15% [4].

W Polsce najczęściej występują zaburzenia lękowe (co szósta osoba), natomiast tylko jedna na 5 osób choruje na zaburzenia nastroju – depresję. Zaburzenia psychiczne są częściej rozpoznawane u kobiet niż u mężczyzn [4].

Cele pracy

Celem pracy było:

1. Ustalenie postaw mieszkańców województwa podlaskiego w odniesieniu do osób chorych psychicznie.
2. Określenie przyczyn stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Materiał i metodyka badań

W badaniach udział wzięło 200 osób dorosłych wybranych losowo, będących mieszkańcami województwa podlaskiego.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety, własnego autorstwa. Kwestionariusz ankiety składał się z 33 pytań, które można podzielić na 2 części:

1. 6 pytań (metryczkowych) dotyczących: płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, wykonywanego zawodu oraz miejsca zamieszkania.
2. pytań zasadniczych w liczbie 27.

Opracowanie statystyczne wyników ankiety zostało wykonane za pomocą programu Microsoft Excel 2010. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB.

Wyniki

Przedstawienie grupy respondentów

W badaniu uczestniczyło 200 osób, z czego 106 badanych stanowiły kobiety (53%), a 94 to mężczyźni (47%).

W grupie respondentów znajdowało się 67% osób zamieszkujących miasto oraz 33% osób zamieszkujących wieś.

Ankietowanych podzielono na 7 grup wiekowych. Wśród respondentów przeważały osoby w wieku 41-50 lat (22%). Najmniej spośród uczestniczących w badaniu osób mieściło się w przedziałach wiekowych 18-20 lat - 7%, 71-80 lat - 10%, 21-30 lat – 11%.

W badaniach najwięcej było osób pracujących umysłowo (45%) i fizycznie (33%). Najmniej natomiast stanowili renciści /emeryci (6%), aktualnie niepracujący (7%) oraz uczniowie/studenci (9%).

Wśród kobiet najwięcej znalazło się mężatek (98%), rozwódek oraz panien było tylko po 1%. Żadna spośród respondentek nie okazała się być wdową. Wśród mężczyzn najwięcej było żonatych, bo aż 91%. Najmniejszą grupę stanowili mężczyźni rozwiedzeni (1%). Wdowców było zaledwie 3%, kawalerów - 5%.

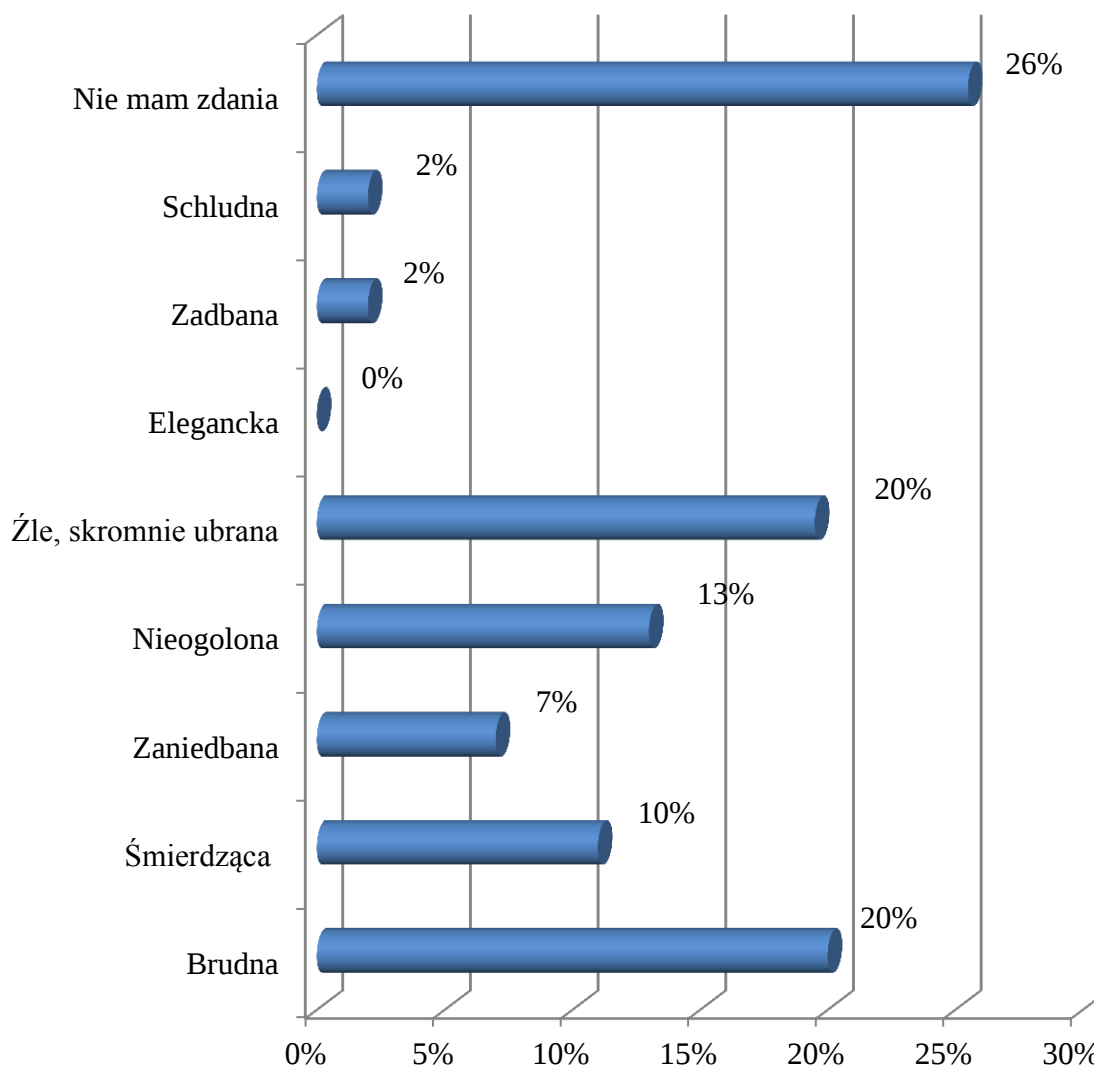
W grupie badawczej najwięcej znalazło się osób z wykształceniem średnim, a wśród nich: 40% kobiet oraz 21% mężczyzn, co odpowiada 32% wszystkich ankietowanych. Osoby z wykształceniem podstawowym stanowiły najmniej liczną grupę (10%), wśród których znajdowało się 6% kobiet oraz 14% mężczyzn. Osoby z wykształceniem wyższym stanowiły 29% (31%- kobiety, 27%- mężczyźni).

Omówienie postaw respondentów wobec osób chorych psychicznie

Respondenci poproszeni zostali o wyrażenie własnej opinii dotyczącej występowania pozytywnego postrzegania osób chorych psychicznie przez społeczeństwo. Zdecydowana większość ankietowanych przyznała, że społeczeństwo negatywnie postrzega osoby chore psychicznie (79%). Jedynie 15% ankietowanych była przekonana o pozytywnej postawie wobec takich osób, 6% - nie miało zdania w tym zakresie.

Ankietowani poproszeni zostali o wskazanie cech wyglądu zewnętrznego, które ich zdaniem są najbardziej charakterystyczne dla osoby chorej psychicznie. Zdaniem respondentów do najbardziej charakterystycznych cech osób chorych psychicznie należą: skromne ubranie oraz brak higieny (20%). Ankietowani jednogłośnie określili również, że elegancja nie jest cechą psychicznie chorych (0%). Zastanawiający jest jednak fakt, że aż 26% nie ma na ten temat zdania. Może to być np. spowodowane brakiem kontaktu z osobami chorującymi psychicznie (Rycina 1). W populacji kobiet najczęstszą cechą utożsamianą z

osobą chorą psychicznie okazało się być brak higieny (20%), natomiast w populacji mężczyzn – skromne ubranie (22%). Cechą, która była najrzadziej przypisywana osobie z zaburzeniami psychicznymi stanowiła elegancja – zarówno w populacji kobiet (0%), jak i mężczyzn (0%).

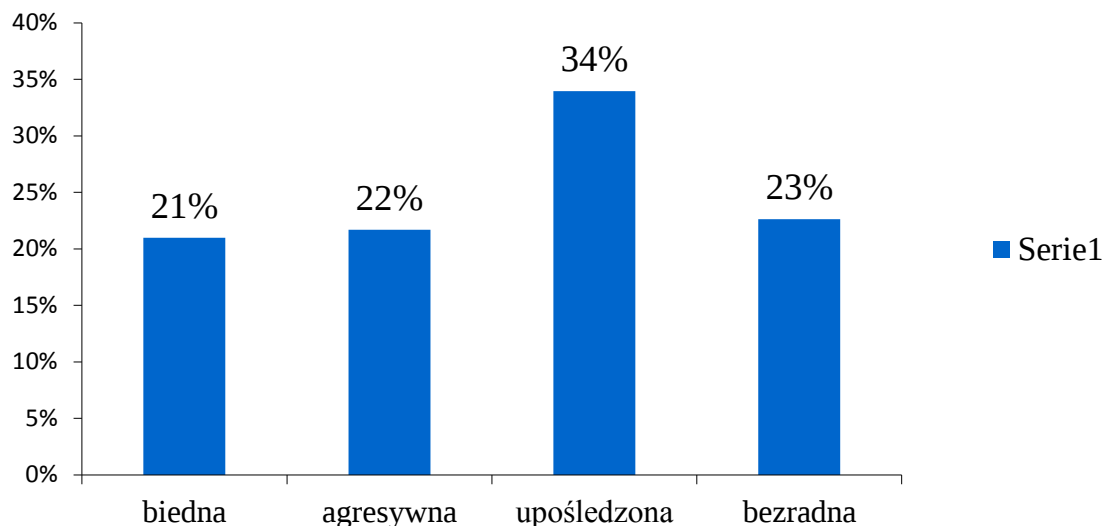


Rycina 1. Cechy wyglądu zewnętrznego, które według ankietowanych są najbardziej charakterystyczne dla osoby chorej psychicznie (N=200)

Ankietowanym postawiono następujące pytanie „Czy osoby chore psychicznie są gorsze od osób zdrowych?” Zdecydowana większość stwierdziła, że chorzy psychicznie są „inne”/ gorsze od reszty społeczeństwa (59%), a jedynie 11% ankietowanych było innego zdania - to osoby, które niczym nie różnią się od osób zdrowych. 30% respondentów nie miało zdania w tym temacie.

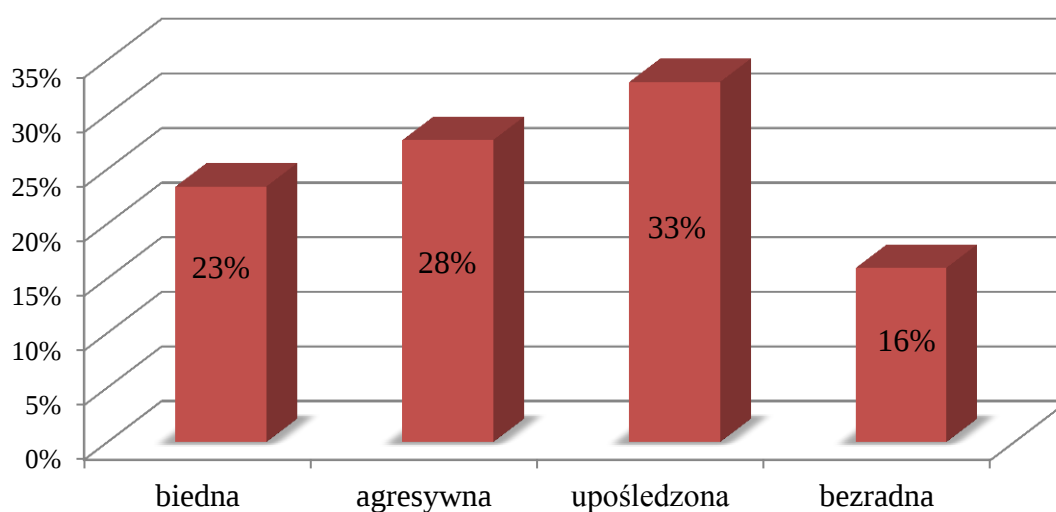
Przedstawiona poniżej Rycina 2 prezentuje pierwsze skojarzenie ankietowanych kobiet o osobie chorej psychicznie. Rozkład cech okazał się bardzo usystematyzowany.

Najwięcej kobiet kojarzyło osobę chorą psychicznie jako upośledzoną (34%), najmniej natomiast jako biedną (21%). Ciekawy jest fakt, że cechy takie jak: bezradna, biedna oraz agresywna respondenci wybierali z bardzo podobną częstotliwością - bezradna (23%), biedna (21%), a agresywna (22%).



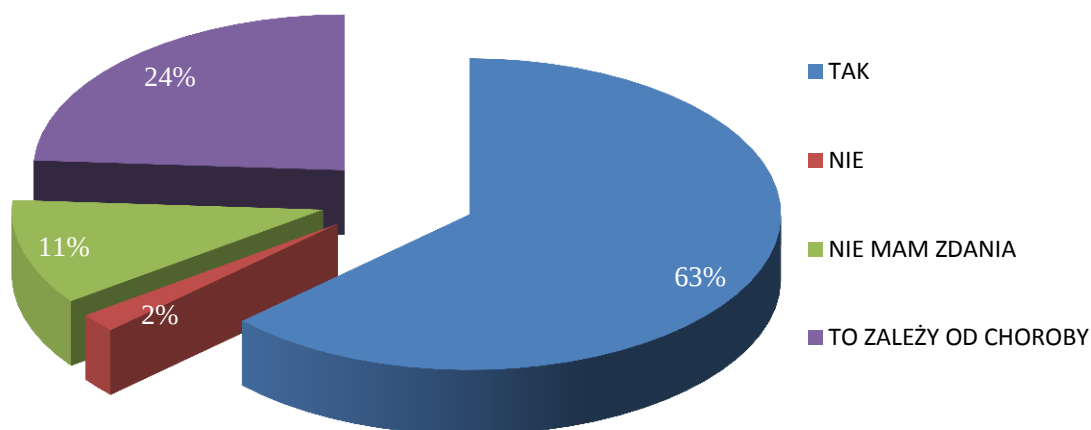
Rycina 2. Pierwsze skojarzenie o osobie chorej psychicznie w populacji kobiet (N=106)

O pierwsze skojarzenie odnośnie osób chorych psychicznie zapytano także mężczyzn. Poniższa Rycina 3 prezentuje udział uzyskanych odpowiedzi. Najwięcej ankietowanych utożsamiało osoby chore psychicznie jako upośledzone (33%), najmniej natomiast za bezradne (16%).



Rycina 3. Pierwsze skojarzenie o osobie chorej psychicznie w populacji mężczyzn (N=94)

Ciekawie rozkłada się stosunek respondentów do włączania osób chorych psychicznie w życie społeczne. Większość ankietowanych (63%) oceniała osoby chore psychicznie jako jednostki z marginesu społecznego, które nie powinny być angażowane w życie publiczne. Jedynie 2% ankietowanych nie marginalizowało chorych psychicznie oraz twierdziło, że należy się im pełnia praw społecznych (Rycina 4).



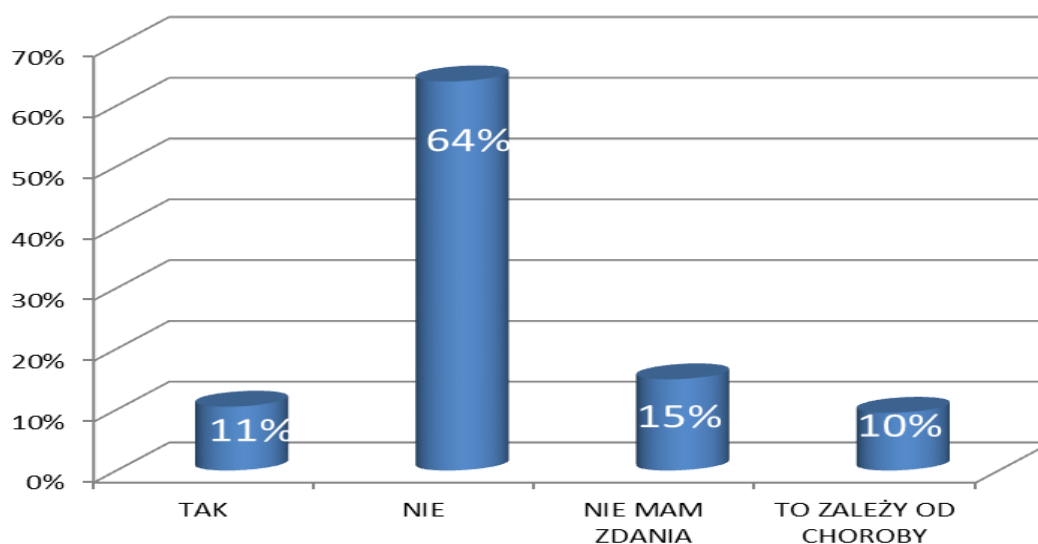
Rycina 4. Marginalizacja społeczna osób chorych psychicznie oraz brak angażowania ich w życie publiczne jest słuszna (N=200)

W grupie ankietowanych kobiet i mężczyzn wyniki przedstawiają się nieco inaczej. Respondentki były przekonane o potrzebie marginalizacji chorych psychicznie (66%). Twierdziły, że nie należą im się prawa do życia publicznego, a marginalizacja jest jak najbardziej słuszna. Tylko 4% respondentek sprzeciwiło się izolacji od życia publicznego chorych psychicznie. W grupie ankietowanych mężczyzn sytuacja wygląda nieco inaczej. Aż 61% ankietowanych wyraziło uznanie w kwestii marginalizacji, natomiast żaden z respondentów nie wstawił się za włączeniem w życie publiczne chorych psychicznie (0%) (Tabela 1).

Tabela 1. Zestawienie opinii ankietowanych (w zależności od płci) na temat marginalizacji społecznej osób chorych psychicznie oraz braku angażowania ich w życie publiczne

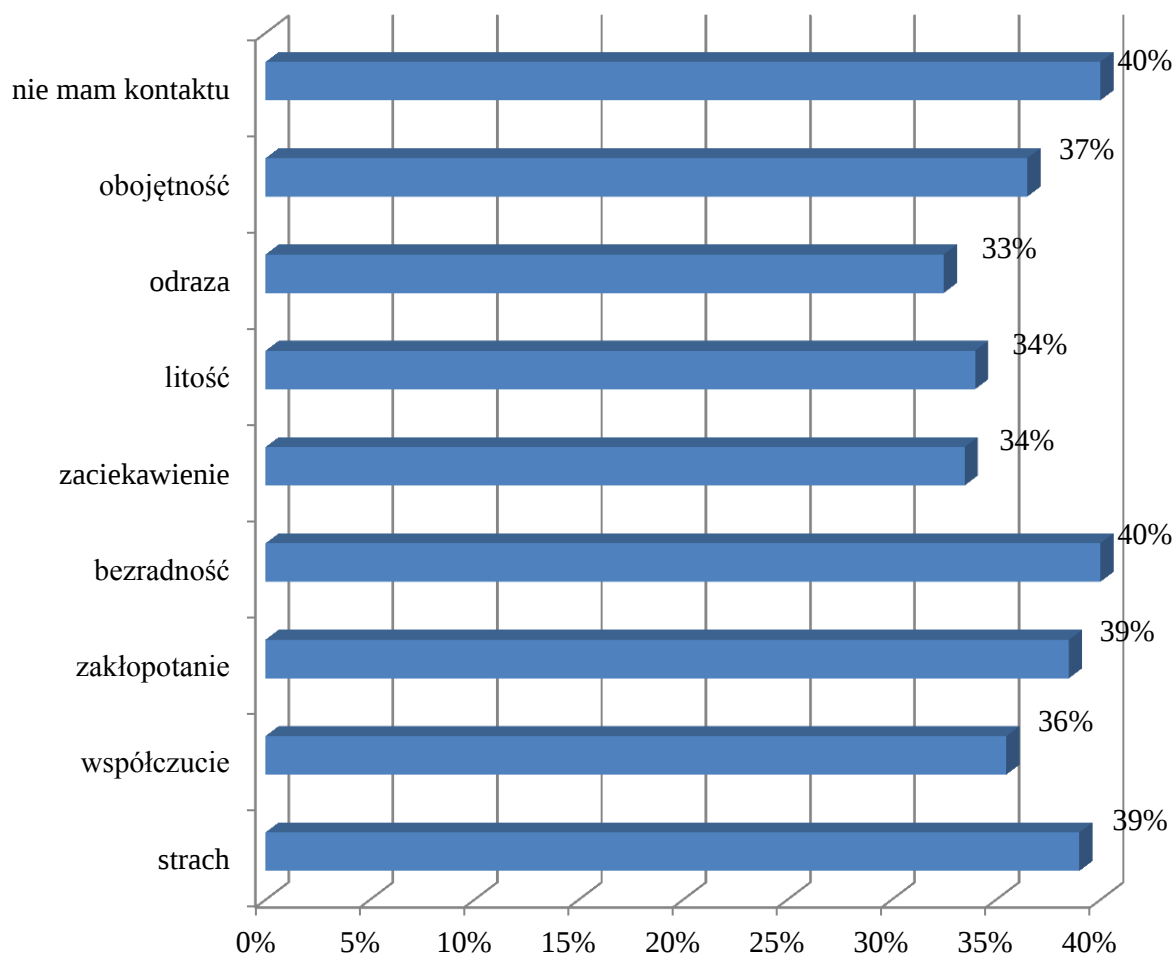
	Kobiety N=106	Mężczyźni N=94
TAK	70	57
%	66%	61%
NIE	4	0
%	4%	0%
NIE MAM ZDANIA	7	15
%	6%	16%
TO ZALEŻY OD CHOROBY	25	22
%	24%	23%
Razem	100%	100%

Podobny rozkład odpowiedzi dotyczy możliwości realizacji praw obywatelskich, np. prawo do głosowania. 64% respondentów było zdania, że osoba chora psychicznie nie powinna mieć możliwości udziału w wyborach, a jedynie 11% uważało, że takie osoby należy włączać w życie polityczne. Duża część ankietowanych nie udzieliła jednak zdania w tej kwestii, co sugerować może o braku wiedzy dotyczącej postępowania z osobami chorymi psychicznie (Rycina 5).



Rycina 5. Możliwości realizacji praw obywatelskich, np. prawo do głosowania przez osoby chore psychicznie (N=200)

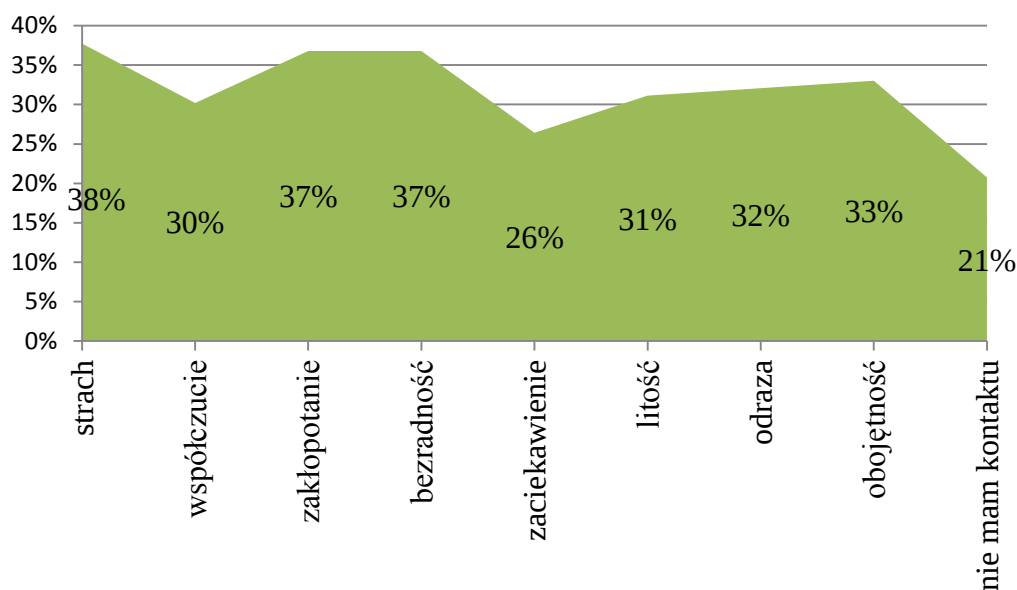
Ankietowanych zapytano, co odczuwają w kontakcie z osobami chorymi psychicznie. Najczęstszymi odczuciami okazały się być bezradność (40%) oraz strach (39%), co może być spowodowane np. brakiem jakiegokolwiek kontaktu z osobą chorą psychicznie, do czego przyznała się spora grupa respondentów (40%). Najrzadziej wybieranym odczuciem była natomiast odraza – tylko 33% wszystkich odpowiedzi (Rycina 6).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 6. Odczucia wszystkich ankietowanych, jakie odczuwają podczas kontaktu z osobą chorą psychicznie

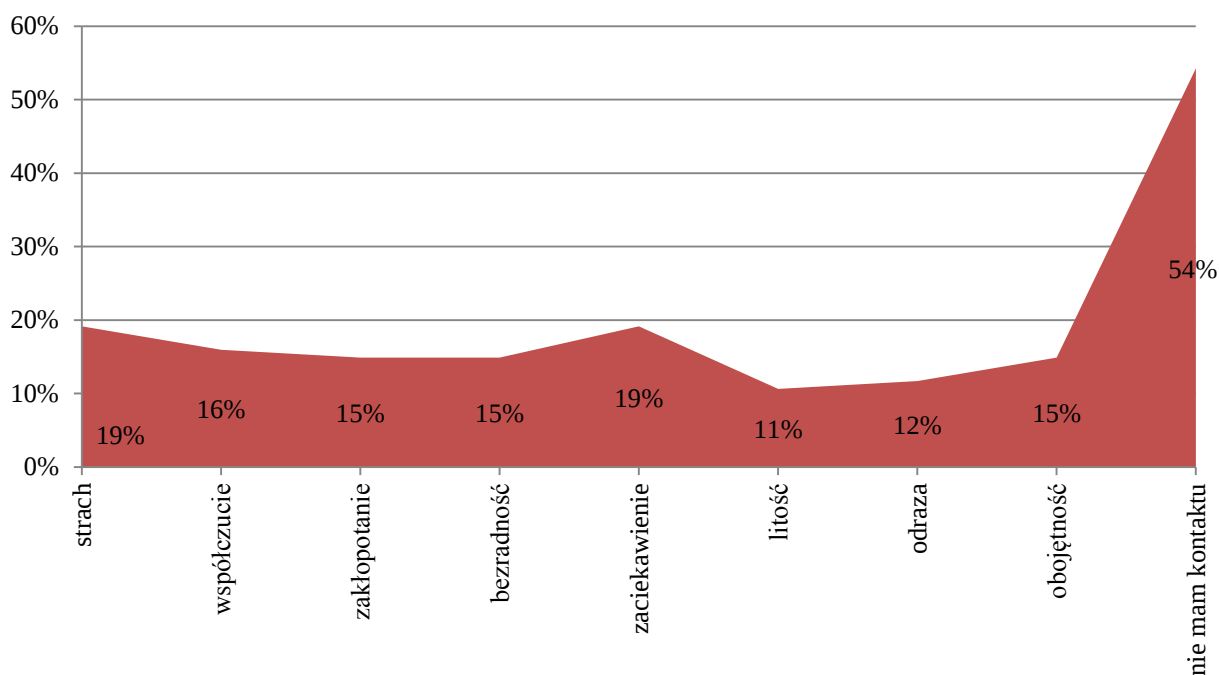
W populacji ankietowanych kobiet najczęstszym odczuciem pojawiającym się w kontakcie z osobą chorą psychicznie okazał się strach (38%). Z podobną częstotliwością respondentkom towarzyszyło zaniepokojenie (37%) oraz bezradność (37%). Zaniepokojenie natomiast stanowiło najmniejszy % wszystkich odczuć – 26% (Rycina 7).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 7. Odczucia ankietowanych kobiet podczas kontaktu z osobą chorą psychicznie (N=106)

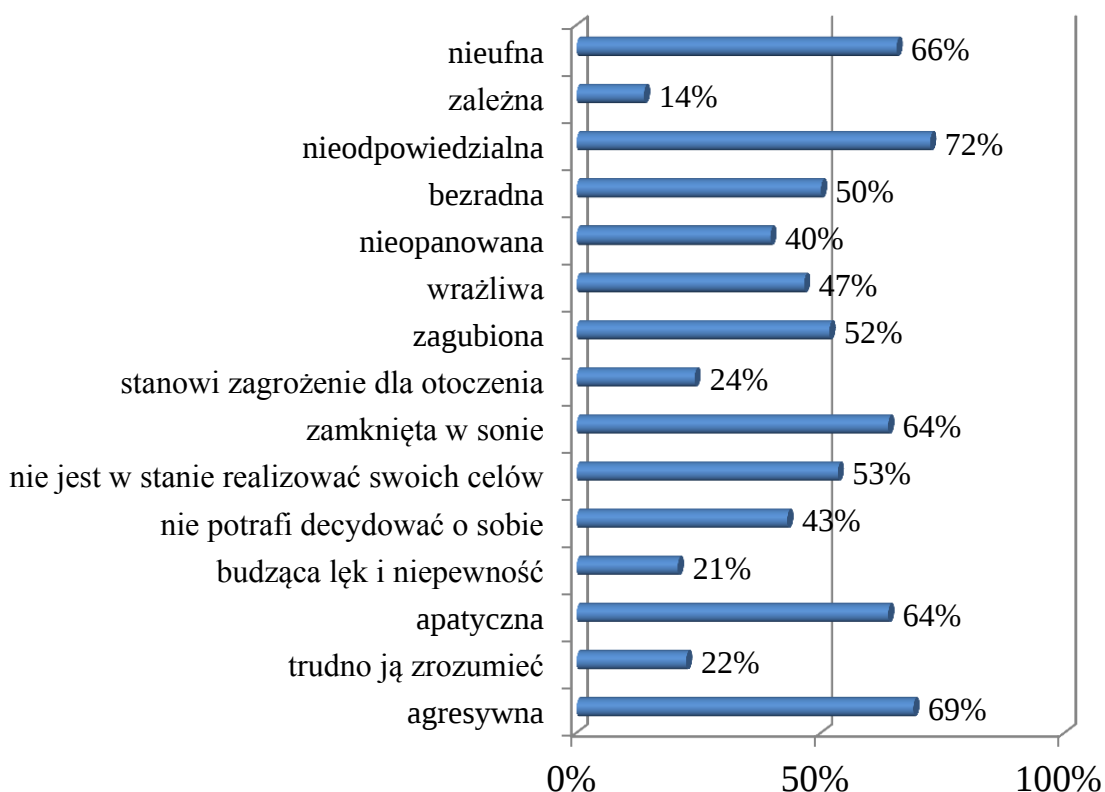
W grupie mężczyzn rozkład cech jest bardzo ujednolicony. Wartości wahają się między 11-19%, z czego zaciekawienie (19%) oraz strach (19%) najczęściej towarzyszyły respondentom, a litość (11%) pojawiała się dość rzadko (Rycina 8).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 8. Odczucia ankietowanych mężczyzn podczas kontaktu z osobą chorą psychicznie (N=94)

Ankietowanych poproszono o wybranie cech, które są adekwatne do zachowania osób chorych psychicznie. Było to pytanie wielokrotnego wyboru. Najczęściej wybieranymi cechami były: nieufna (66%) oraz agresywna (67%). Z podobną częstotliwością ankietowani osobie chorej psychicznie przydzielali cechy takie jak: nieodpowiedzialna (61%), zamknięta w sobie (57%), oraz apatyczna (59%). Najrzadziej natomiast respondenci wybierali następujące cechy: zależna (28%), stanowi zagrożenie dla otoczenia (35%), budzi lęk i niepewność (30%) oraz trudno ją zrozumieć (32%) (Rycina 9).



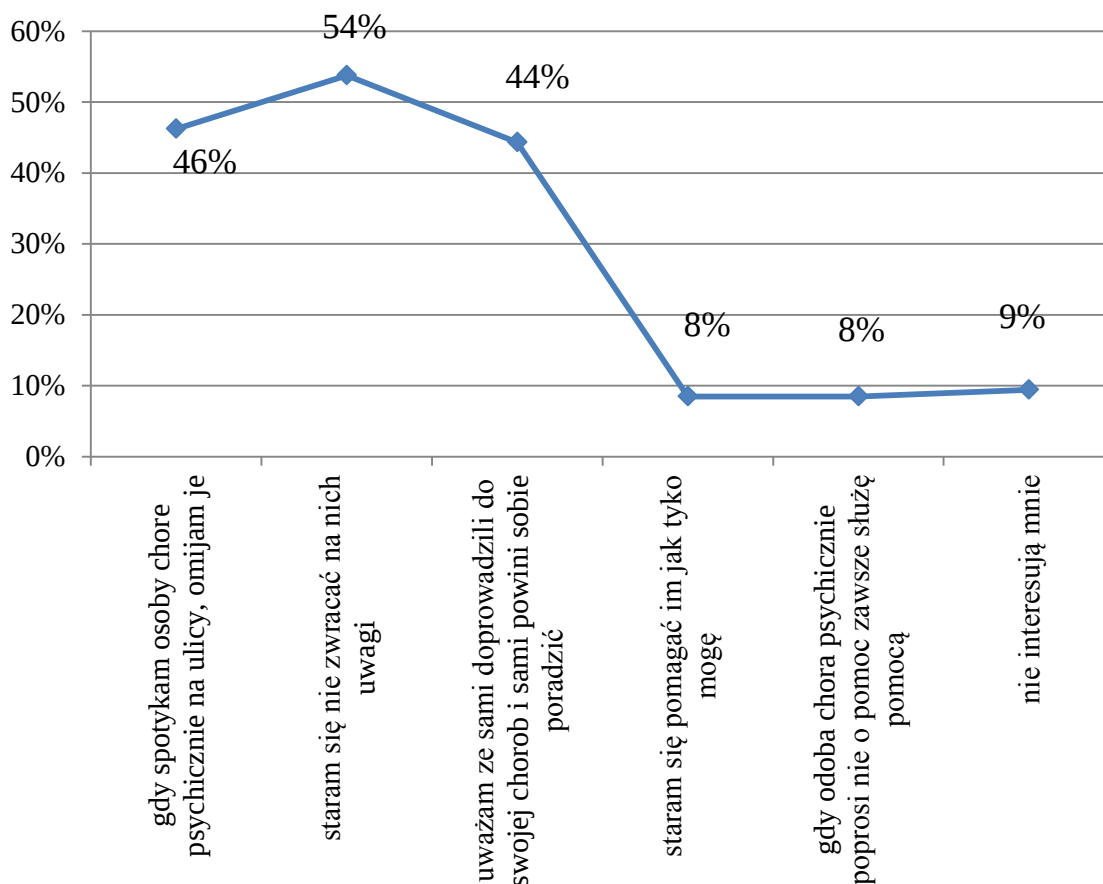
*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 9. Cechy osób chorych psychicznie

W celu oceny postaw wobec osób chorych psychicznie do respondentów skierowano prośbę o określenie swojego stosunku wobec takich osób. Najwięcej ankietowanych przyznało się do ignorowania – staram się nie zwracać na nich uwagi (67%). Bardzo mało ankietowanych, gdyż tylko 12% zadeklarowało swoją postawę jako altruistyczną: staram się pomagać im jak tylko mogę / gdy osoba chora psychicznie prosi mnie o pomoc zawsze nią służę.

W grupie kobiet przeważają nastawienie negatywne: staram się nie zwracać na nich uwagi (54%) / gdy spotykam osoby chore psychicznie na ulicy omijam je (46%) / uważa, że

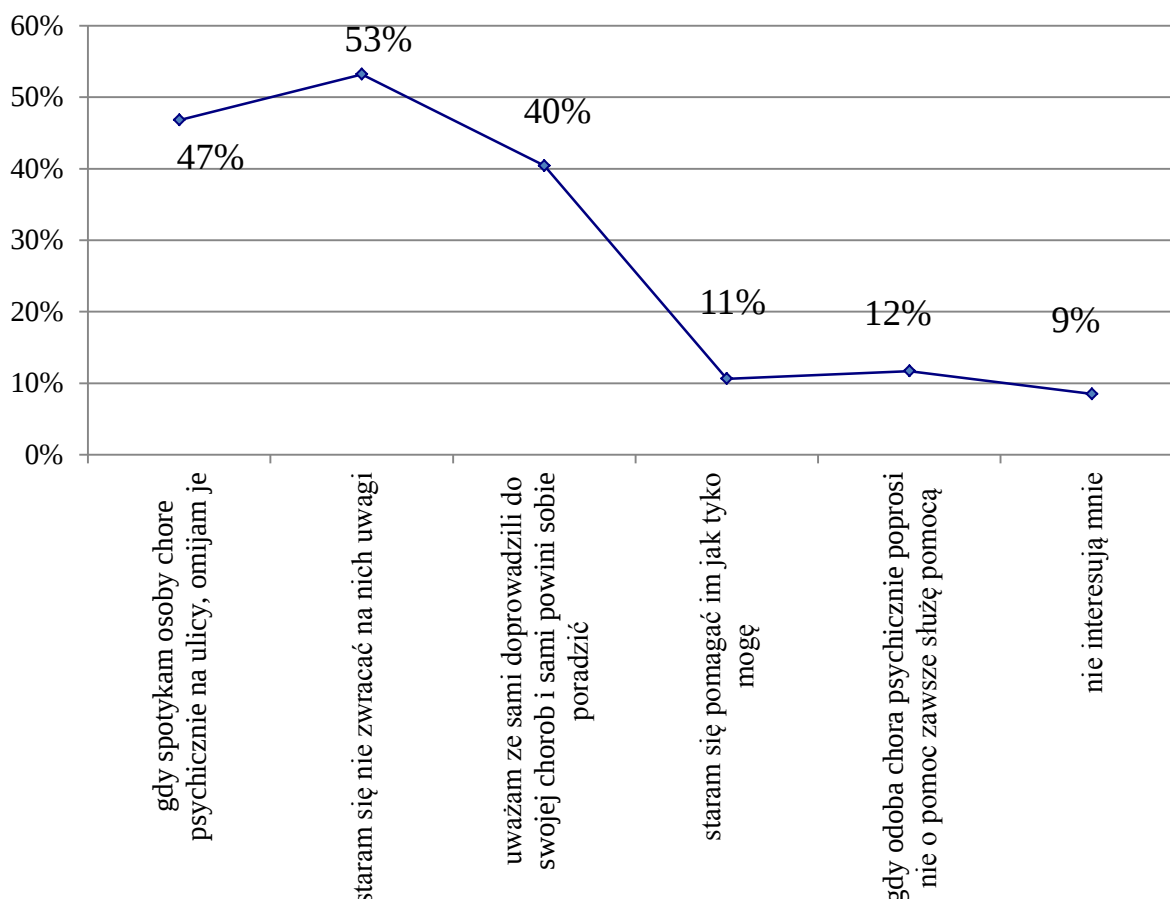
sami doprowadzili do swojej choroby i sami powinni sobie poradzić (44%). Postawy opiekuńcze to: staram się pomagać im jak tylko mogę oraz gdy osoba chora psychicznie poprosi mnie o pomoc zawsze nią służę, stanowiły bardzo niewielki odsetek odpowiedzi – tylko po 8% (Rycina 10).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 10. Stosunek respondentek do osób chorych psychicznie (N=106)

Podobny rozkład odpowiedzi prezentuje się w populacji mężczyzn. Aż 53% ankietowanych stara się nie zwracać uwagi na osoby chore psychicznie. Do pomocy takich osobom skłonnych jest tylko 23% ankietowanych mężczyzn, z czego 12% służy pomocą, gdy osoba chora psychicznie poprosi o pomoc, a 12% - zawsze jak tylko może (Rycina 11).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 11. Stosunek mężczyzn do osób chorych psychicznie (N=94)

Respondentów poproszono o określenie stosunku do różnych grup. Wyniki są zaskakujące, gdyż 51% ankietowanych wykazało życzliwy stosunek do osób kalekich, 44% - do narkomanów, 41% - do osób upośledzonych umysłowo, a jedynie 13% - do chorych psychicznie. Oznacza to, że ankietowani kreują bardziej pozytywny obraz osób upośledzonych umysłowo czy nawet narkomanów niż chorych psychicznie.

Potwierdzają to kolejne wartości – nieżyczliwy stosunek do chorób psychicznych (62%) jest większy niż w stosunku do AIDS (29%) czy alkoholików (22%) (Tabela 2).

Tabela 2. Postawy ankietowanych do wybranych grup osób

Stygmatyzowane grupy społeczne	Stosunek do tych grup			Razem
	Życzliwy	Obojętny	Nieżyczliwy	
Osoby kalekie	101	48	51	200
%	51%	24%	26%	100%

Osoby upośledzone umysłowo	82	116	2	200
%	41%	58%	1%	100%
Chorzy psychicznie	25	51	124	200
%	13%	26%	62%	100%
Chorzy na AIDS	82	61	57	200
%	41%	31%	29%	100%
Narkomani	87	76	37	200
%	44%	38%	19%	100%
Alkoholicy	77	80	43	200
%	39%	40%	22%	100%

W celu określenia postaw respondentów wobec pełnienia przez osoby chore psychicznie ról społecznych takich jak: opiekunka nad dzieckiem, czy nauczyciel skonstruowano Tabelę 3. Zadaniem badanych było odniesienie się do każdej z niżej wymienionych ról społecznych zaznaczając jeden z wariantów odpowiedzi.

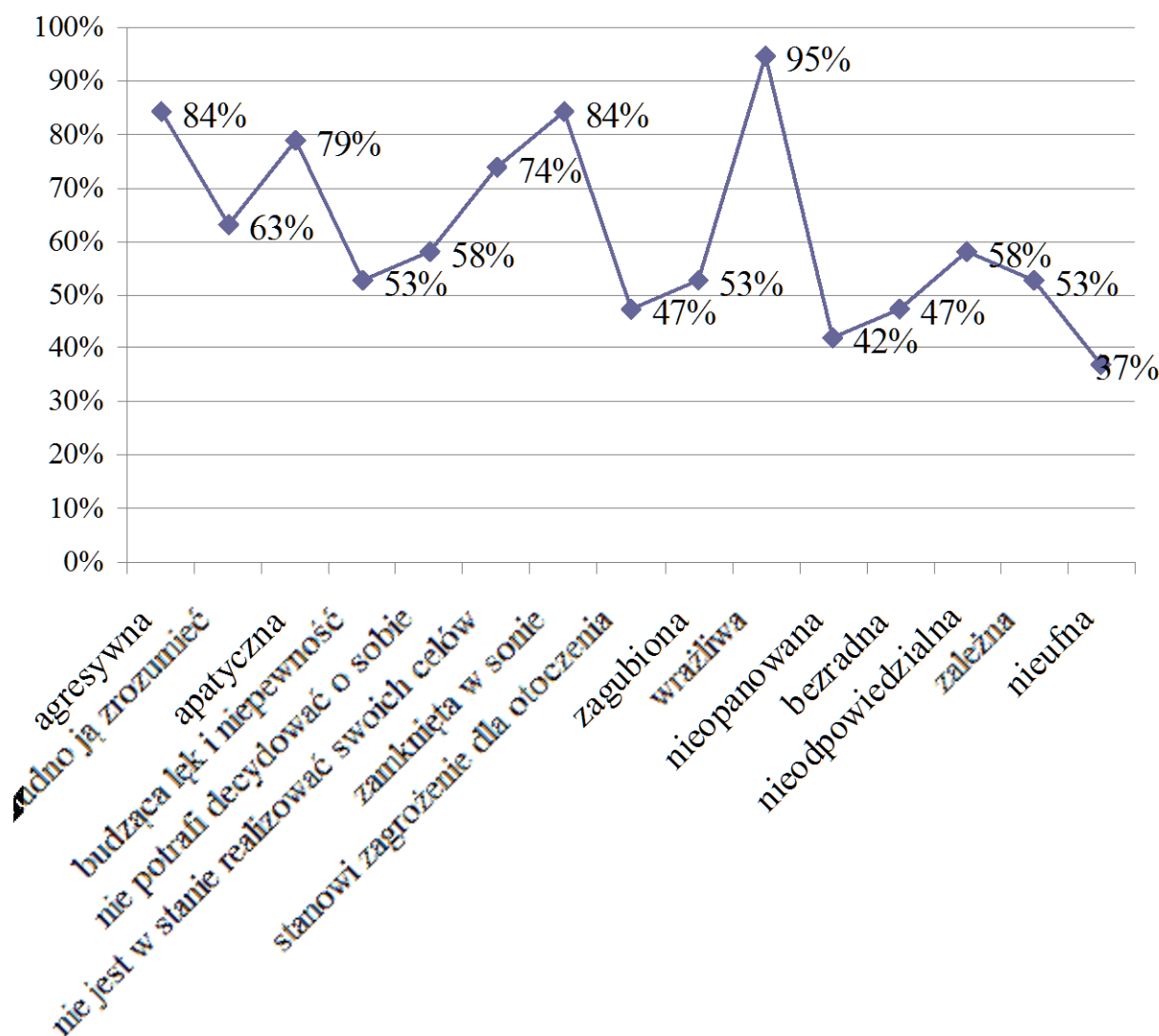
Uzyskane wyniki badania wskazują, iż respondenci boją się osób chorych psychicznie. 80% ankietowanych nie powierzyłoby opieki dziecka osobie z zaburzeniami psychicznymi, a 79% nie zgodziłoby się, aby taka osoba uczyła ich dziecko w szkole. 73% nie chciałoby sytuacji, w której osoba chora psychicznie zostałaby lekarzem ankietowanego. Inaczej rozkłada się sytuacja, w której osoba chora psychicznie stałaby się niespodziewanym gościem na przyjęciu. 54% ankietowanych byłaby przeciwna przyjęciu jako gościa na uroczystości, jednak aż 36% ankietowanych nie miałoby nic przeciwko takiej sytuacji. Zadziwiające jest postawa ankietowanych wobec sytuacji, w której osoba chora psychicznie zostałaby posłem w okręgu. 54% respondentów nie wyraziłoby zgody, aby taka sytuacja miała miejsce, jednak aż 37% ankietowanych nie widzi w tym przeszkody (Tabela 3).

Tabela 3. Postawy respondentów wobec pełnienia wybranych ról społecznych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi

Czy byłaby Pani/Pana zdecydowanie przeciwna, raczej przeciwna, raczej nie miał (-a) by Pani/Pana nic przeciwko czy też zdecydowanie nie miałaby Pani/Pana zastrzeżeń, gdyby osoba chorująca została...	BYŁABYM ZDECYDOWANIE PRZECIWNĄ	BYŁABYM RACZEJ PRZECIWNĄ	RACZEJ NIE MIALBYM NIC PRZECIWNKO	ZDECYDOWANIE NIE MIALABYM ZASTRZEŻENIA	NIE WIEM	ODMOWA	RAZEM
Opiekunką Pani/Pana dziecka?	71	88	13	7	21	0	200
%	36%	44%	7%	3%	10%	0%	100%
Nauczycielem Pani/Pana dziecka?	79	78	24	14	5	0	200
%	40%	39%	12%	7%	2%	0%	100%
Burmistrzem lub wójtem w Pani/Pana gminie?	79	86	19	4	12	0	200
%	40%	43%	9%	2%	6%	0%	100%
Pani/Pana lekarzem?	64	82	18	7	29	0	200
%	32%	41%	9%	4%	14%	0%	100%
Posłem w Pani/Pana okręgu?	56	52	49	24	19	0	200
%	28%	26%	25%	12%	9%	0%	100%
Pani/Pana nauczycielem?	86	72	24	7	11	0	200
%	43%	36%	12%	4%	5%	0%	100%
Pani/Pana szefem w pracy?	80	95	25	0	0	0	200
%	40%	48%	12%	0%	0%	0%	100%
Proboszczem w Pani/Pana parafii?	47	73	45	23	12	0	200
%	23%	37%	23%	11%	6%	0%	100%

Pani/Pana synową lub zięciem?	58	90	24	17	11	0	200
%	29%	45%	12%	8%	6%	0%	100%
Pani/Pana współlokatorem na wczasach?	52	98	22	6	22	0	200
%	26%	49%	11%	3%	11%	0%	100%
Pani/Pana bliskim współpracownikiem?	63	84	18	7	28	0	200
%	31%	42%	9%	4%	14%	0%	100%
Niespodziewanym gościem na Pani/Pana przyjęciu?	59	48	44	29	20	0	200
%	30%	24%	22%	14%	10%	0%	100%
Pani/Pana koleżanką lub kolegą w klasie?	79	77	24	8	12	0	200
%	39%	39%	12%	4%	6%	0%	100%
Pani/Pana najbliższym sąsiadem?	80	94	26	0	0	0	200
%	40%	47%	13%	0%	0%	0%	100%

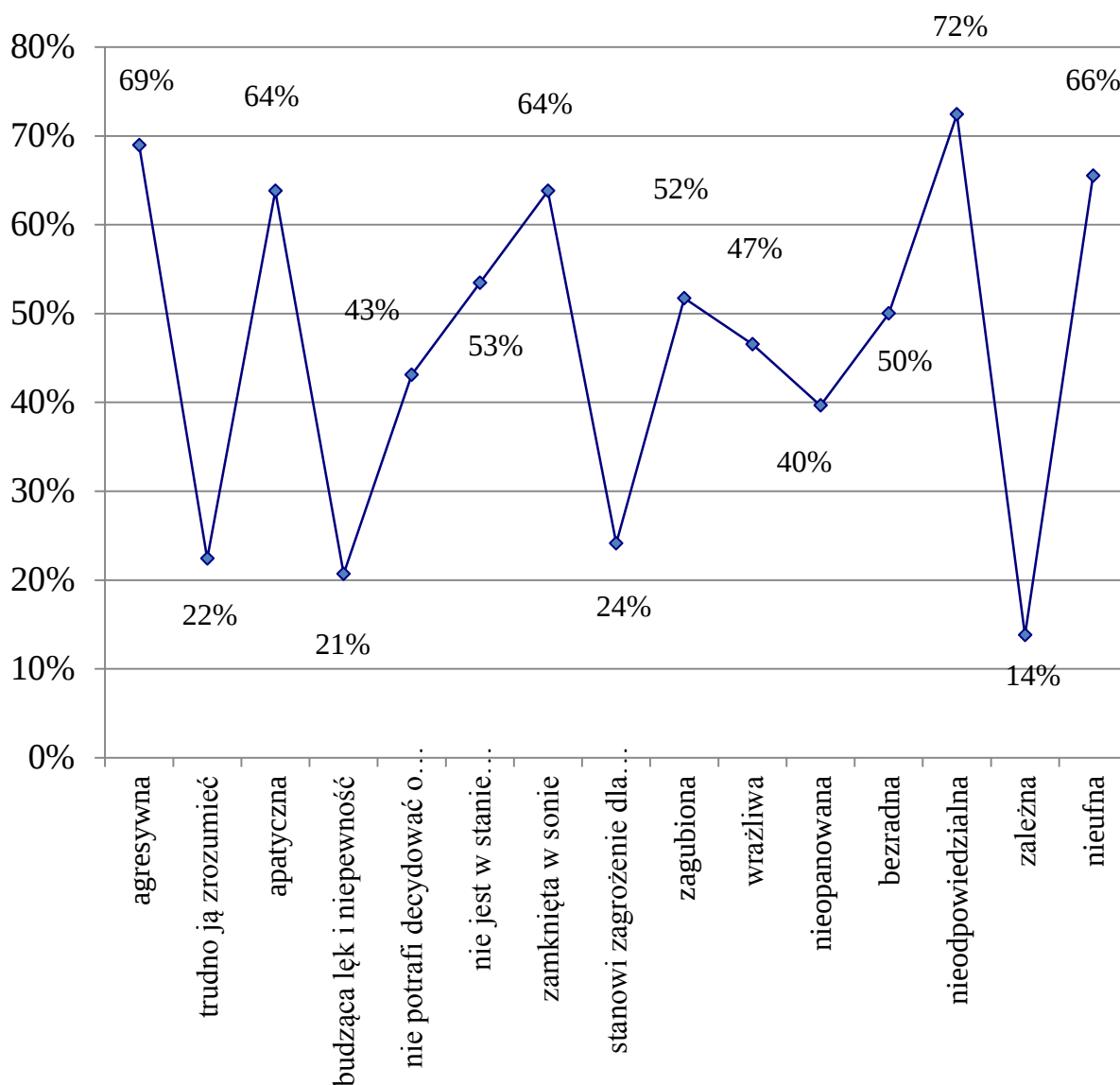
Stosunek do osób chorych psychicznie zbadano w grupie respondentów posiadających wykształcenie podstawowe. Najczęściej wybieraną cechą przypisywaną osobom chorym psychicznie okazała się wrażliwość (95%). Z podobną częstotliwością przypisywana była agresywność oraz zamknięcie w sobie (84%). Najrzadziej przydzielaną cechą okazała się być nieufność (7%), (Rycina 12).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 12. Cechy osób chorych psychicznie według osób z wykształceniem podstawowym (N=19)

O stosunek wobec chorych psychicznie zapytano także respondentów deklarujących wykształcenie wyższe. W tej grupie najczęstszą cechą utożsamianą z osobami posiadającymi zaburzenia psychiczne była nieodpowiedzialność (72%). Z podobną częstotliwością ankietowani wybierali następujące cechy: agresywna (69%), nieufna (66%) oraz zamknięta w sobie (64%) / apatyczna (64%). Najrzadziej przedzielaną cechą była natomiast zależność (14%) (Rycina 13).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

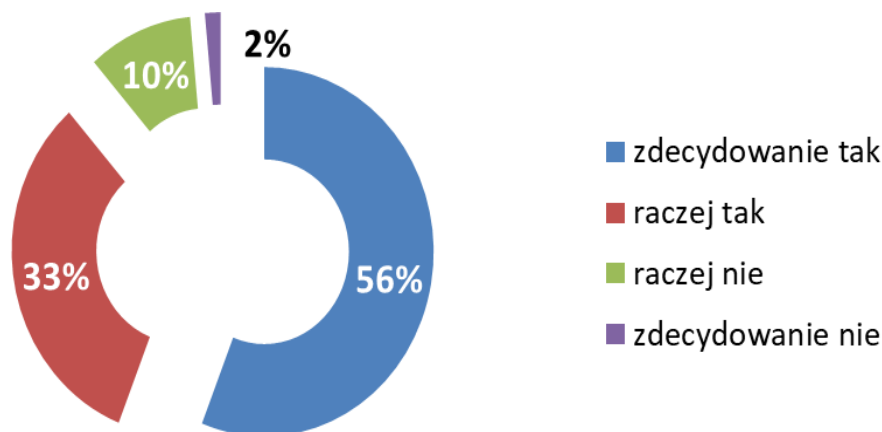
Rycina 13. Cechy osób chorych psychicznie według osób z wykształceniem wyższym (N=58)

Kolejne pytanie zadane badanym dotyczyło potrzeby organizacji kampanii uświadamiających społeczeństwo. Zdania były podzielone. 43% ankietowanych określiło, że należy je organizować, natomiast również 43% była temu przeciwna, 14% - nie miało zdania.

Określenie przyczyn stygmatyzacji

W celu określenia przyczyn stygmatyzacji zbadano stosunek ankietowanych do chorób psychicznych. Na pytanie „Czy ankietowani ukrywaliby chorobę psychiczną przed

społeczeństwem z powodu wstydu” zdecydowana większość ankietowanych, czyli 89% odpowiedziało twierdząco. 56% ankietowanych uważa chorobę psychiczną, jako bezpośredni powód do wstydu, a 33% raczej poparłoby to zachowanie. Niewielu respondentów (12%) ma zdanie odmienne. Według nich choroba psychiczna nie stanowi źródła ujmy, wstydu czy poniżenia (Rycina 14).



Rycina 14. Choroba psychiczna to wstyd przed społeczeństwem (N=200)

Respondenci poproszeni zostali o wyrażenie zdania na temat słuszności odczuwania wstydu i potrzeby ukrywania osób chorych psychicznie przed społeczeństwem. Zdecydowana większość, bo aż 75% stwierdziła, że jest to poprawne zachowanie – osoby z zaburzeniami psychicznymi należy izolować, gdyż w ten sposób można uniknąć stygmatyzacji ze strony społeczeństwa, a choroba psychiczna to ujmą i poniżenie. 25% ankietowanych jednak nie poparło takiej postawy. Zdaniem tej niewielkiej części ankietowanych niesłuszna byłaby izolacja psychicznie chorych przed społeczeństwem, a choroba psychiczna nie stanowi źródła wstydu.

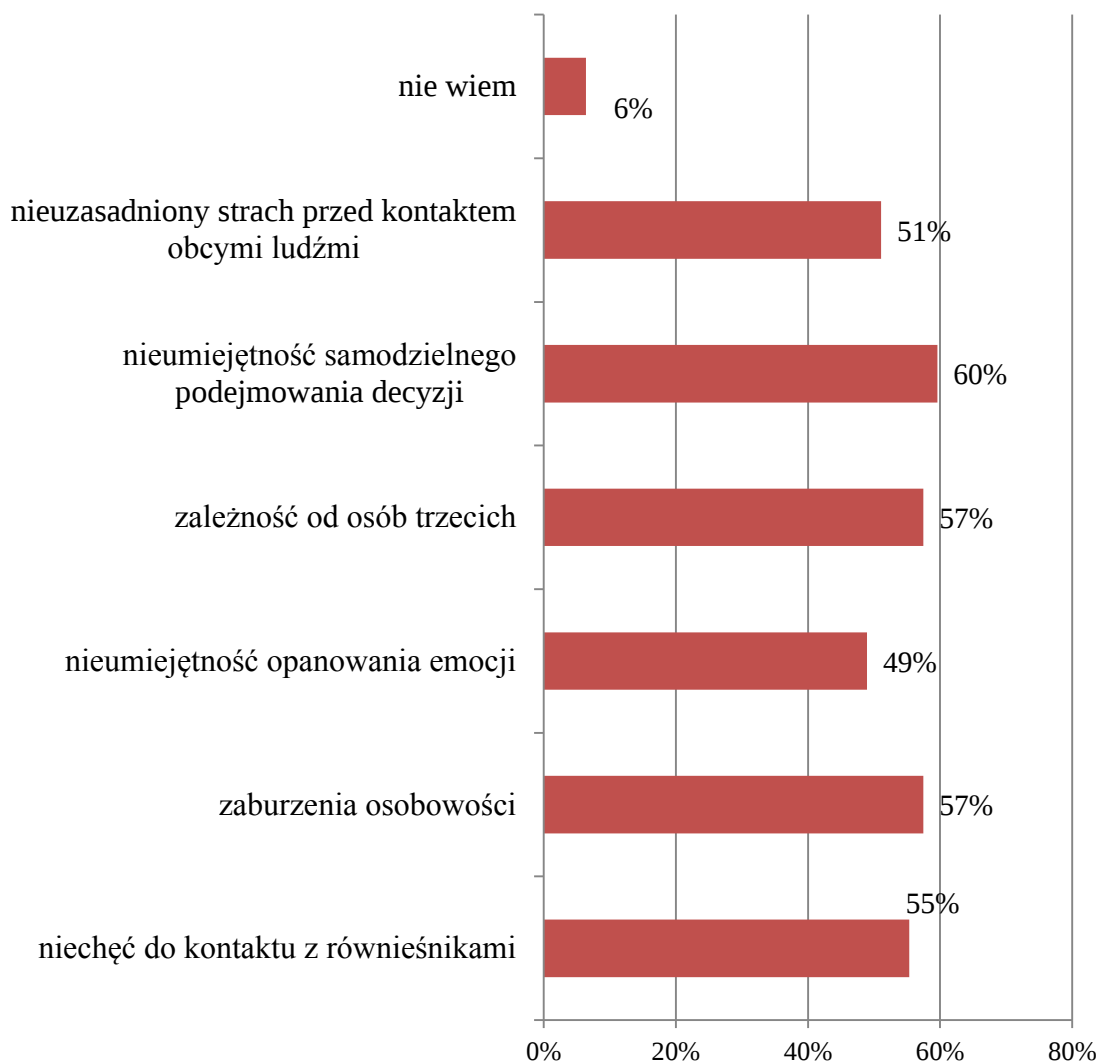
Do tej części ankietowanych, która za słuszną uważała izolowanie chorych psychicznie od ludzi, a chorobę psychiczną jako źródło zawstydzenia (75% ankietowanych = 154 osoby), zwrócono się z prośbą o wybranie głównego powodu takiego zachowania. Najwięcej ankietowanych uznało, że osoby chore psychicznie są niebezpieczne (34%). Pozostałe odpowiedzi respondenci wybierali z podobną częstotliwością – budzi zakłopotanie (23%) / poczucie wstydu i ukrywania zależą od rodzaju choroby psychicznej (22%) / budzi lęk (21%), jednak odczuciem, który zdaniem respondentów najrzadziej wywołuje poczucie wstydu oraz najrzadziej stanowi przyczynę ukrywania chorych psychicznie przed społeczeństwem stanowiło – budzi lęk (21%).

Powody poczucia wstydu i ukrywania osób chorych psychicznie przed innymi ludźmi w grupie kobiet i mężczyzn nieco inaczej się przedstawiają. Najwięcej kobiet, bo aż 35% przyznało, że osoby chore psychicznie są niebezpieczne. Najmniej było zdania, że takie osoby budzą lęk u społeczeństwa. Inaczej wyniki prezentują się w populacji mężczyzn. Aż 27% określiło osoby z zaburzeniami psychicznymi, jako budzące zakłopotanie, a tylko 20% uznało, że kontakt z takimi osobami jest przyczyną wystąpienia lęku (Tabela 4).

Tabela 4. Zestawienie głównych powodów poczucia wstydu i ukrywania osób chorych psychicznie przed ludźmi w zależności od płci (N=154)

	Kobiety N=83	Mężczyźni N=71
Budzi lęk	18	14
%	22%	20%
Budzi zakłopotanie	17	19
%	20%	27%
Jest niebezpieczna	29	23
%	35%	32%
Poczucie wstydu i ukrywania zależą od rodzaju choroby	19	15
%	23%	21%
Razem	100%	100%

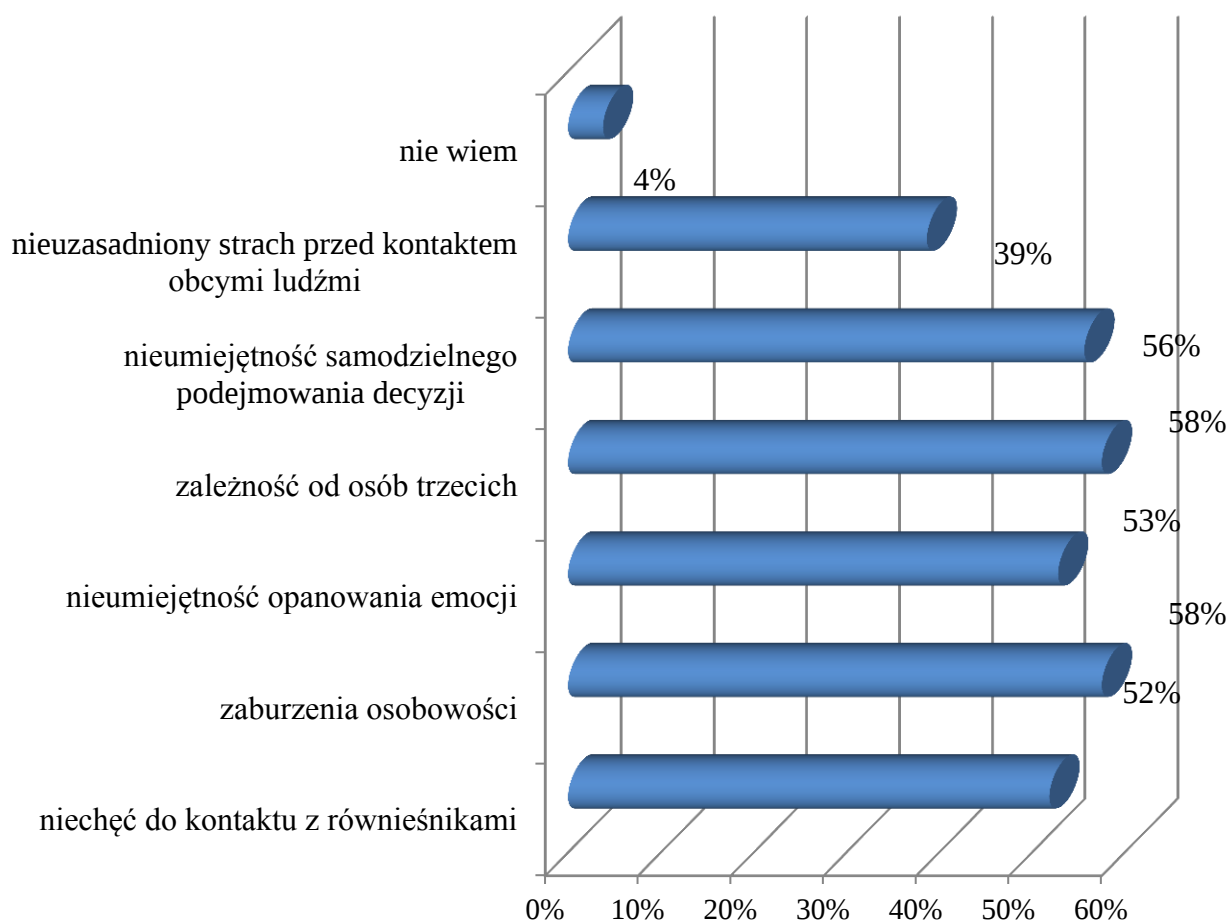
Respondenci mieli za zadanie wskazać cechy osób chorych psychicznie, które wpływają na ich postrzeganie przez społeczeństwo. Najczęstszą przyczyną stygmatyzacji okazały się być zaburzenia osobowości (59%). Z równą częstotliwością wybierana była zależność od osób trzecich oraz nieumiejętność samodzielnego podejmowania decyzji – 58%. Najmniejszy % osób uważa, że osobę chorą psychicznie cechuje nieuzasadniony strach przed kontaktem z obcymi – 45%, natomiast 5% ankietowanych przyznało się do braku wiedzy dotyczącej zachowania osób chorych psychicznie (Rycina 15).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 15. Cechy osób chorych psychicznie, które wpływają na postrzeganie ich przez społeczeństwo

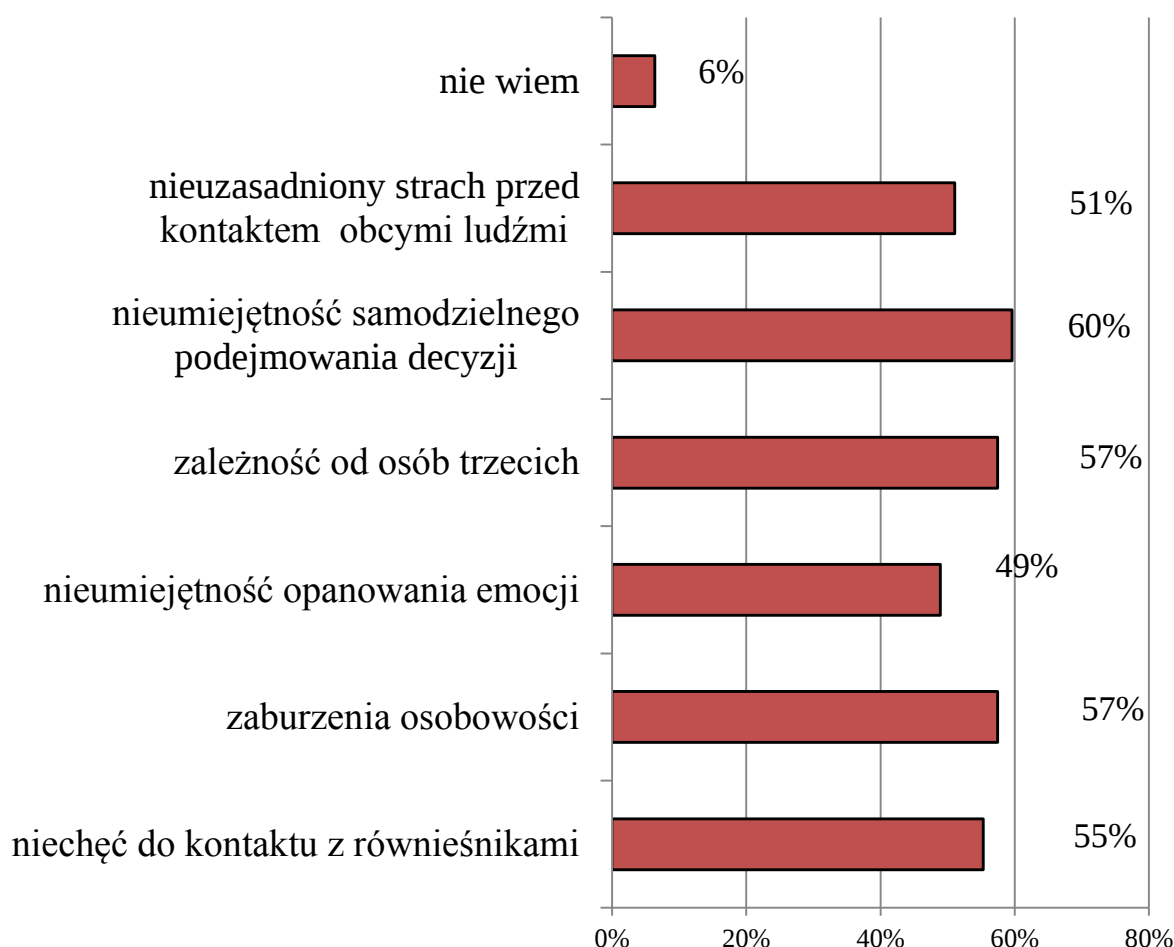
Respondentki określiły zależność od osób trzecich (58%) oraz zaburzenia osobowości (58%) jako cechy mające największy wpływ na postrzeganie chorych psychicznie przez społeczeństwo. Zdaniem ankietowanych kobiet nieumiejętność podejmowania decyzji (56%) to równie częsty powód stygatyzmacji, a nieuzasadniony strach przed kontaktem z obcymi ludźmi (39%) określiły jako cechę, która w najmniejszym stopniu wpływa na postrzeganie chorych psychicznie przez społeczeństwo (Rycina 16).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 16. Cechy osób chorych psychicznie, które wpływają na postrzeganie ich przez społeczeństwo według ankietowanych kobiet (N=106)

W grupie ankietowanych mężczyzn wszystkie cechy plasują się na podobnym poziomie od 49% do 60%, jedna to właśnie nieumiejętność podejmowania decyzji (60%), którą respondenci określili za cechę najbardziej wpływającą na postrzeganie chorych psychicznie przez społeczeństwo. Nieumiejętność opanowania emocji (49%) to zdaniem ankietowanych najmniej stygmatyzująca cecha (Rycina 17).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Rycina 17. Cechy osób chorych psychicznie, które wpływają na postrzeganie ich przez społeczeństwo według respondentów (N=94)

Dyskusja

Stygmatyzacja chorych psychicznie, czyli skategoryzowanie do grupy osób „innych”, gorszych, nieprzewidywalnych czy zagrażających otoczeniu jest spowodowana m.in. przez brak kontaktu z osobami chorymi. Według Suwalskiej i wsp. osobisty kontakt z chorym psychicznie, czy obserwacja leczenia takiej osoby wywołują mniej stygmatyzujące nastawienie [5].

W prezentowanych badaniach tylko 28% ankietowanych przyznało się do kontaktu z chorobą psychiczną. Oznacza to, że ankietowani w większości nigdy nie mieli kontaktu z osobą chorą psychicznie, a swój obraz takiej osoby kreują na podstawie stereotypów rozprzestrzenianych w mediach, szkołach, pracy czy w rodzinie.

Według Świtaja i wsp. choroba psychiczna to najsilniej wykluczająca ze społeczeństwa etykieta [6].

Zgodne jest to z wynikami przeprowadzonych badań – tylko 13% ankietowanych ma życzliwy stosunek do osób chorych psychicznie, co stanowi niewielki odsetek w porównaniu z chorymi na AIDS – 41%, alkoholikami – 39% czy narkomanami – 44%. Ankietowani choroby psychicznie odbierają bardziej negatywnie niż nałogi, czy nawet konsekwencje wynikające z nieprzemyślanych decyzji życiowych. Prawdopodobnie może to wynikać z faktu braku wiedzy dotyczącej chorób psychicznych oraz silne kierowanie się opinią publiczną.

Suwalska i wsp. w swoich badaniach zaobserwowała związek między poziomem wykształcenia i nastawieniem stygmatyzującym – im wyższy poziom edukacji, tym większa była tolerancja wobec osób chorych psychicznie [5]. Jaracz i wsp. prezentuje podobną relację – wyższy poziom wiedzy współwystępuje ze stosunkiem bardziej tolerancyjnym oraz większą życzliwością wobec osób chorych psychicznych [7].

Zależności tych nie odzwierciedlają wyniki prezentowanych badań. Zarówno respondenci z wykształceniem wyższym, jak i podstawowym wykazują brak tolerancji i życzliwości wobec osób chorych psychicznie. Wyniki badań obrazują, iż ankietowani z wykształceniem podstawowym cechują osobę chorą psychicznie jako wrażliwą (95%) oraz zamkniętą w sobie (84%). Respondenci z wykształceniem wyższym utożsamiali chorych psychicznie jako osoby agresywne (69%), nieufne (66%) oraz zamknięte w sobie (64%), apatyczne (64%). Wynikać może z tego fakt, że społeczeństwo kieruje się opinią publiczną nie bazując na faktach z literatury psychiatrycznej.

W prezentowanych badaniach ankietowani otwarcie przyznali, że sprzeciwiliby się, aby osoba chora psychicznie była lekarzem, wójtem, nauczycielem, szefem w pracy czy nawet sąsiadem, gdyż nie potrafiliby obdarzyć jej zaufaniem oraz wyrozumiałością. 73% ankietowanych nie zgodziłoby się, aby osoba chora psychicznie została lekarzem respondentów, a aż 88% by była szefem w pracy. Respondenci uważają, że chorzy psychicznie nie potrafią dokonywać samodzielnych wyborów, a powierzenie im dużej odpowiedzialności jest stanowczym błędem.

Postawa ankietowanych pokazuje, że osoba chora psychicznie jest traktowana z dużym dystansem w stosunku do pełnienia ról społecznych, które związane są z zaufaniem

oraz odpowiedzialnością. Społeczeństwo nie potrafi obdarzyć osoby chore psychicznie zaufaniem oraz wyrozumiałości, a nawet chęcią spędzenia wspólnie wolnego czasu.

Jednakowe wyniki przedstawia w swoich badaniach Chotkowska [8] oraz Wojda [9]. Z badań Chotkowskiej wynika, że 59% respondentów nie zgodziłoby się, aby osoba chora psychicznie pełniła rolę wójta, a 62% sprzeciwiłoby się, aby osoba zaburzeniami psychicznymi była lekarzem respondentów. Wojda prezentuje następujące wyniki swoich badań: 82% ankietowanych sprzeciwiłoby się sytuacji, w której osoba chora psychicznie miałaby pełnić obowiązki nauczyciela, a 46% nie poparłoby obecności takiej osoby na stanowisku szefa w pracy.

Zdaniem Świtaja i wsp. osoby chore psychicznie są w pełni odpowiedzialne za swój los. To niebezpieczne osoby, które nie potrafią realizować swoich celów, decydować o sobie wchodzić bliskie relacje – dystansują się od społeczeństwa [6].

Wyniki badań potwierdzają taką postawę. Zdaniem respondentów osoba chora psychicznie nie jest zdolna podejmować decyzji, realizować swoich pasji, wykazuje zachowania zagrażające otoczeniu (np. jest agresywna) oraz ma trudności w nawiązywaniu relacji społecznych.

Osoby uczestniczące w badaniu Gzocha i wsp. zaakceptowałyby i popierałyby udział i aktywną obecność osób chorych psychicznie w przestrzeni publicznej oraz funkcjonowanie w rolach społecznych [10].

Wyniki przeprowadzonych badań są odmienne. Wykazały, że ankietowani w większości poparliby marginalizację osób chorych psychicznie (63%). Zdaniem ankietowanych chorych psychicznie należy izolować od społeczeństwa, a role społeczne takie jak nauczyciel, sąsiad czy proboszcz są kategorycznie niewskazane. Respondenci uważają, że chora psychicznie osoba wykazuje dużo niepożądanych przez społeczeństwo zachowań, np. brak kontroli nad sobą oraz brak odpowiedzialności za własne decyzje, dlatego nie jest zasadne włączanie jej do przestrzeni publicznej. Zalecana jest natomiast izolacja.

Uczestnicy badania Gzocha i wsp. przyznali również, że nie wyraziliby zgody na pracę z osobą chorą psychicznie na jednym stanowisku, gdyż nie czuliby zaufania do takiej osoby [10].

Wyniki badań własnych popierają to stanowisko, bo aż 74% ankietowanych nie chciałoby, aby osoba chora psychicznie była ich współpracownikiem.

Badania Gzocha i wsp. wykazały także, że kampanie uświadamiające mogą doprowadzić do ograniczenia stygmatyzacji oraz dyskryminacji chorych psychicznie [10].

W przeprowadzonym badaniu zdania ankietowanych okazały się być podzielone. 43% ankietowanych uważa, że należy je organizować, natomiast również 43% jest temu przeciwna. Część ankietowanych widzi dużą potrzebę uświadomienia społeczeństwa o podłożu, przebiegu, metodach leczenia czy sposobach rehabilitacji. Uważa, że może to ograniczyć stygmatyzację oraz postrzeganie chorych psychicznie jako zaniedbanych, bez perspektyw na przyszłość, uzależnionych od rodziny, agresywnych bądź nawet upośledzonych, gdyż jest to szeroko zakrojone oraz błędne myślenie.

Badania Kaszyńskiego i wsp. prezentują występowanie dyskryminacji w zakresie prawa do pracy osób chorych psychicznie [11].

Prezentowane badania potwierdzają jej istnienie. Ankietowani nie wyraziliby zgody, aby osoba chora psychicznie została ich współpracownikiem, lekarzem czy proboszczem. Respondenci baliby się powierzyć odpowiedzialność nad własnym zdrowiem osobie chorej psychicznie oraz nie potrafiliby jej zaufać. Chory psychicznie współpracownik stanowiłby głównie obciążenie i nie potrafiłby wykonywać powierzonych obowiązków w pracy.

Zdaniem Mróz stosunek do chorych psychicznie jest uzależniony od kontaktu z takimi osobami. Respondenci, którzy mieli kontakt z osobą chorą psychicznie częściej deklarowali życzliwość oraz rzadziej byli obojętni wobec takich osób [2].

Wyniki niniejszych badań nie prezentują jednak takiej zależności. W grupie badanej, przeważał stosunek nieżyczliwy wobec osób chorych psychicznie. Respondenci deklarowali strach, odrazę, poczucie wstydu, marginalizację od życia społecznego oraz praw obywatelskich.

Babicki i wsp. prezentuje dziedzinę, w której zdaniem mieszkańców Polski gorsze traktowanie osób chorych psychicznie jest najbardziej widoczne. Wymienia wówczas dostęp do zatrudnienia oraz poszanowanie godności osobistej [12].

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają te założenia, gdyż 63% respondentów jest zdania, że marginalizacja społeczna osób chorych psychicznie oraz brak angażowania ich w życie publiczne jest słuszną, a aż 74% ankietowanych nie chciałoby, aby osoba chora psychicznie pełniła funkcję współpracownika.

Wyniki badań Babickiego i wsp. prezentują również występowanie podanej zależności: mężczyźni częściej od kobiet stygmatyzują osoby chore psychiczne [12].

Wyniki przeprowadzonej ankiety nie potwierdzają natomiast tego założenia. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wykazują stygmatyzujące nastawienie. Potwierdzają wyniki pytania o pierwsze skojarzenie dotyczące osób z zaburzeniami psychicznymi. Więcej kobiet uważa chorych psychicznie za upośledzonych (34%) oraz bezradnych (23%), natomiast więcej mężczyzn myśli, że są to osoby agresywne (33%) oraz biedne (23%). Postawa stygmatyzująca wobec chorych psychicznie nie zależy więc od płci respondentów.

Podogrodzka-Niell i Tyszkowska postawiły tezę, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są utożsamiane z osobami niebezpiecznymi i agresywnymi, w związku z czym społeczeństwo woli utrzymywać wobec nich dystans społeczny [13].

Wyniki badań własnych potwierdzają to. 22% ankietowanych kobiet i 28% ankietowanych mężczyzn uważa osoby chore psychicznie za agresywne, a aż 34% wszystkich ankietowanych uważają, że chorzy psychicznie to osoby niebezpieczne.

Zdaniem Frydrysiak Polacy w kontakcie z osobami chorymi psychicznie odczuwają głównie litość, strach oraz bezradność [14].

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają takie odczucia. Respondenci zapytani o odczucia jakie im towarzyszą podczas kontaktu z osobą chorą psychicznie wymieniają głównie: litość, strach oraz bezradność.

Społeczeństwo w ocenie osób chorych psychicznie zbyt mocno kieruje się utrwalonymi stereotypami. Brak dostatecznej wiedzy oraz osobistego kontaktu z osobami z zaburzeniami psychicznymi sprawia, że takie osoby w oczach społeczeństwa są niebezpieczne, agresywne oraz co najgorsze – odpowiedzialne za swój los i wobec tego nie należy im się pomoc osób trzecich. Bardzo ważne jest więc pogłębianie wiedzy na temat chorób psychicznych oraz organizowanie kampanii uświadamiających społeczeństwo, gdyż może przyczynić się do obalania stereotypów oraz lepszego traktowania chorych psychicznie.

Wnioski

1. Większość respondentów (75%) kreuje obraz osoby chorej psychicznie na podstawie stereotypów, a nie na podstawie wiedzy, czy bezpośredniego kontaktu z osobą chorą psychicznie.
2. Zdecydowana większość respondentów uważa osoby chore psychicznie jako nieodpowiedzialne, agresywne oraz zamknięte w sobie, co wzmacnia dystans społeczny oraz nadanie „etykiety”
3. Chorzy psychicznie są najbardziej stygmatyzowaną grupą w społeczeństwie. Są postrzegani bardziej negatywnie od chorych z AIDS, narkomanów, alkoholików, osób upośledzonych umysłowo, a nawet osób kalekich.
4. Większość ankietowanych (56%) uważa chorobę psychiczną jako powód do wstydu i ukrywania, gdyż osoba chora psychicznie jest niebezpieczna (34%).

Spis piśmiennictwa

1. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J.: Pielęgniarstwo psychiatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
2. Mróz B.: Dyferencjał semantyczny w badaniu stereotypu chorych psychicznie – badania porównawcze po 10 latach. *Psychiatria Polska* 2014, 48(6), 1269–1281.
3. Jarema M.: *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
4. Augustyniak M.: „Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki Raport RPO”. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
5. Suwalska J., Suwalska A., Neumann-Podczaska A., Łojko D.: Studenci medycyny a stygmatyzacja z powodu depresji. Część I. Stygmatyzacja pacjentów. *Psychiatria Polska* 2017, 51(3), 495–502.
6. Świtaj P., Grygiel P., Krzyżanowska-Zbucka J. i wsp.: Ocena wpływu szkoleń antystygmatyzacyjnych prowadzonych przez „ekspertów przez doświadczenie” na postawy uczestników wobec osób chorujących psychicznie. *Psychiatria Polska* 2019, 53(6), 1219–1236.
7. Jaracz B., Jaracz K., Grabowska-Fudala B., Górna K.: Postawy społeczna wobec chorób psychicznych i chorych psychicznie – przegląd badań. *Pielęgniarstwo Polskie* 2011, 1(39), 18-23.

8. Chotkowska K.: Choroba psychiczna. Edukacja antydyskryminacyjna. *Ogrody Nauki i Sztuki* 2019, 9, 56-62.
9. Wojda P.: Przeciwdziałanie stygmatyzacji chorych psychicznie w praktyce pielęgniarstwa. *Clinic Cologne Akademicki Szpital Dydaktyczny Uniwersytetu w Kolonii* 2019.
10. Gzocha P., Kurpas D.: Chorzy psychicznie w odbiorze społecznym. *Family Medicine & Care Review* 2011, 13(2), 147-150.
11. Kaszyński H., Cechnicki A.: Polscy pracodawcy wobec zatrudnienia osób chorujących psychicznie. *Psychiatria Polska* 2011, 45, 1, 45-60.
12. Babicki M., Kotowicz K., Piotrowski P. i wsp.: Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce. *Psychiatria Polska* 2018, 52(1), 93–102.
13. Podogrodzka-Niell M., Tyszkowska M.: Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym. *Psychiatria Polska* 2014, 48(6), 1201–1211.
14. Frydrysiak A.: Wpływ wybranych czynników na sposób postrzegania osób chorych na schizofrenię. *Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku* 2018.

POSTAWY PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO WOBEC ŚMIERCI PACJENTA

Katarzyna Krystyna Snarska¹, Cecylia Dolińska²

¹ – *Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

² – *Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku*

Wstęp

Śmierć jest stanem, w którym wszelkie oznaki świadczące o życiu ustają. Dzieje się tak na skutek zachwiania funkcjonalnej równowagi organizmu. W wyniku śmierci w pierwszej kolejności dochodzi do zatrzymania pracy serca oraz utraty oddechu. Taki stan nazywany jest etapem interetalnym śmierci, w wyniku której stopniowo obumierają komórki, tkanki i narządy organizmu. Etap ten charakteryzuje się obecnością dwóch stanów. Pierwszym stanem fazy interetalnej jest życie pośrednie. Cechuje się on niecałkowitym obumarciem wszystkich tkanek i narządów, co daje nadzieję na powrót właściwych reakcji organizmu i utrzymanie człowieka przy życiu. Etap drugi śmierci interetalnej jest nazywany śmiercią biologiczną. Charakteryzuje się on całkowitym zatrzymaniem wszelkich procesów życiowych oraz śmiercią komórek. Konsekwencją autolizy (śmierci komórek organizmu) jest proces gnilny [1].

Śmierć człowieka, mimo że jest naturalnym elementem związanym z życiem, zawsze jest wiadomością smutną. Kojarzona jest z nieprzyjemnymi okolicznościami, utratą kogoś bliskiego. Fakt odejścia osoby bliskiej jest przykry przede wszystkim dla najbliższego otoczenia osoby zmarłej. Wiąże się to bowiem z bezpowrotnym zerwaniem długotrwałej więzi, zakończeniem bliskiej reakcji, uczuciem pustki.

Pojęcie śmierci w różnych kulturach i wierzeniach ludów jest postrzegane inaczej, jednak jej wspólnym elementem jest wiara w życie pozagrobowe. Wiara w istnienie życia po śmierci z psychologicznego punktu widzenia, jest nadzieją dla członków rodziny na kolejne spotkanie z osobą bliską, którą musieli pożegnać [2].

Opieka nad chorym umierającym stanowi bardzo duże wyzwanie nie tylko dla rodziny ale przede wszystkim dla personelu medycznego, który w większości przypadków jest przy chorym umierającym do ostatniej chwili. Personel pielęgniarski niejednokrotnie spotyka się z sytuacją, kiedy odchodzi pacjent. Reakcja na śmierć jest jednak w tym przypadku różna i

warunkuje ją wiele czynników. Przede wszystkim zależy od sytuacji, w której doszło do śmierci, czy był to nagły zgon czy powolne ustawianie funkcji życiowych z powodu choroby przewlekłej. Dodatkowo relacje jakie były utrzymywane między personelem pielęgniarskim a pacjentem wpływają na postrzeganie śmierci pacjenta [3].

Psychologiczny aspekt śmierci pacjenta w pracy personelu pielęgniarskiego

Śmierć pacjenta, chociaż często towarzyszy personelowi pielęgniarskiemu w trakcie wykonywania czynności służbowych, zawsze niesie za sobą szereg emocji, które często bywają bardzo trudne. Od pielęgniarek wymaga się profesjonalizmu i opanowania w wypadku śmierci chorego, jednak bywają chwile, w których ciężko jest przejść obojętnie wobec odejścia pacjenta. Taka sytuacja może spowodować w pielęgniarce poczucie żalu, rozczarowanie oraz utratę nadziei. Emocje, które wiążą się ze śmiercią pacjenta bywają jeszcze trudniejsze, dlatego personel placówki często stara się ograniczyć kontakt z chorymi i dystansuje się od nich, aby nie skracać dystansu z pacjentem i jego rodziną. Może to w przyszłości wpłynąć na zminimalizowanie ryzyka poniesienia kosztów psychologicznych wiążących się ze śmiercią pensjonariusza. Zgon pacjenta jest sytuacją na tyle trudną, że emocje z nim związane nie utrudniają tylko wykonywanie obowiązków służbowych. Niejednokrotnie dochodzi do sytuacji, w których personel szpitala przenosi negatywne odczucia do środowiska rodzinnego. Narastające poczucie winy i przygnębienie, jak również rozdrażnienie utrudniają kontakty z najbliższymi. Wiąże się to bowiem z uruchomieniem mechanizmów obronnych, czego konsekwencją jest intensywne wykonywanie czynności służbowych, co powoduje mniejszą ilość czasu spędzanego z własną rodziną. Pielęgniarka będąc w sytuacji, gdzie śmierć pacjenta jest tylko kwestią czasu, z niecierpliwością oczekuje kolejnych wyników badań chorego, przejmuje się dalszym leczeniem, stara się często rozmawiać z chorym. Często dochodzi do przekroczenia niewidocznej granicy, czego konsekwencją bywa obciążenie własnej psychiki [4].

Psychologiczny aspekt umierania chorego nie dotyczy jedynie personelu pielęgniarskiego. Skrajne emocje występują również w samych chorych. Pacjenci w większości przypadków reagują w podobny sposób. Stają się jakby nieobecni, mimo że są w pełni przytomni. Nie reagują na zadawane im pytania. Dochodzi do sytuacji, w których odmawiają przyjmowania posiłków. Kompletnie nie interesują się własnym życiem, stanem zdrowia, informacjami, które przekazują mu pracownicy placówki ochrony zdrowia. Zaburzenia w sferze psychologicznej oraz emocjonalnej są różne na różnym etapie umierania.

W okresie przedterminalnym pacjent często nie podchodzi do nieuchronnej śmierci negatywnie, wręcz przeciwnie. Stara się cieszyć życiem. Jest radosny, jakby pogodzony z własnym losem. Jednak kiedy następuje stan terminalny emocje się zmieniają. Chorzy stają się oziębli, zniechęceni. Następuje etap rozliczania dotychczasowego życia. Chorzy skupiają się na sobie, nie reagują na otoczeniu. W chwili agonii chcą zostać sami [5].

W procesie umierania i śmierci pacjenta główną rolę odgrywa aspekt socjologiczny. Dawniej śmierć bliskiej osoby była sytuacją, która skupiała całą rodzinę, której członkowie jednoczyli się i pragnęli spędzić ostatnie chwile z pacjentem razem. Było to bardzo pomocne dla samego umierającego jak też dla jego najbliższego otoczenia, zmniejszało bowiem uczucie straty jak również łagodziło okres agonii dając poczucie bezpieczeństwa pacjentowi. Po śmierci członka rodziny najbliższe otoczenie czuwało przy jego ciele, pozwalając sobie na ostatnie chwile pożegnania, a cały ten proces odbywał się w domu. W chwili obecnej nastąpił przełom w pojmowaniu śmierci i podejściu do ciała zmarłego, co nazywa się medykacją śmierci. Charakteryzuje się to bowiem zrzuceniem całej odpowiedzialności i wszelkich emocji związanych z umieraniem na personel jednostki szpitalnej. Spowodowało to, że pracownicy ochrony zdrowia, a w szczególności pielęgniarki, zostały dodatkowo obciążone. Umierający pacjenci potrzebują bowiem szczególnego traktowania, chcą mieć poczucie bezpieczeństwa, które niegdyś dawała im rodzina. Tłumacząc pojęcie śmierci jako kres życia, agonię, konanie, starają się zmniejszyć negatywne nastawienie do tego tematu. Mimo nieuchronności umierania i obecności śmierci w życiu każdego człowieka, nie zmieniło się nastawienie do niej ze strony samego umierającego. Dlatego zmiana podejścia do tego procesu negatywnie wpływa na całe społeczeństwo [6].

W wyniku szeregu badań, środowisko naukowe starało się usystematyzować i dokładnie określić zachowania personelu medycznego wobec kontaktu ze śmiercią. W wyniku analiz wyodrębniono 3 podstawowe wzorce zachowań:

1. Uprzedmiotowienie człowieka u kresu życia- to nic innego jak traktowanie pacjenta jako przedmiotu, wobec którego należy zachować poszczególne procedury, które potencjalnie mogą pomóc mu w procesie umierania. W myśl tej teorii personel stara się wyręczać chorego, ograniczając możliwość samodzielnego decydowania o sobie, powielając model zachowania wobec każdego umierającego. Postępując z pacjentem personel pielęgniarski ogranicza kontakt z chorym, traktując go jako jednostkę bez własnego zdania, aby maksymalnie zminimalizować ryzyko przejmowania jakichkolwiek emocji [7].

2. Indywidualistyczne podejście do chorego- ten wzorzec zachowań wykazuje się niezwykle szacunkiem do indywidualnego podejścia chorego do śmierci. Zakłada on bowiem brak konieczności uczestniczenia w procesie umierania, pozwalając pacjentowi samodzielne pojmowanie tego procesu, bez konieczności brania w nim udziału. Personel utwierdza chorego w przekonaniu, że ma własne życie i nie należy go obarczać emocjami związanymi ze śmiercią. Pacjenci są informowani, że to ich własna sprawa i nie powinni obciążać tym środowiska pielęgniarskiego. Taki model postępowania jest charakterystyczny dla krajów wysoko rozwiniętych, mimo że wzbudza wiele kontrowersji [7].
3. Partnerska relacja z chorym- opiera się na traktowaniu chorego jako partnera. Pielęgniarka wspiera pacjenta, bez konieczności wyręczania go. Pomaga mu uporać się z emocjami pozwala na ulgę w sferze psychologicznej. W partnerskim podejściu do chorego ważne jest, że członkowie zespołu, którego zadaniem jest opieka, nie zabierają możliwości samodzielnego decydowania chorego o własnym stanie zdrowia i postępowaniu. Towarzyszą pacjentowi na każdym etapie, niejednokrotnie przejmując jego emocje, co ich zdaniem pomaga choremu zaakceptować nieuchronność śmierci [7].

Na to, jakie podejście do chorego będzie miał personel medyczny mają wpływ różne czynniki, wśród których wyróżniamy:

- emocje związane z pacjentem- tzn. dystans między chorym a personelem warunkowany sposobem i poziomem komunikacji między nimi
- doświadczenia- tzn. to w jaki sposób pacjent zapadł w pamięci personelu
- zachowania- nastawienie personelu pielęgniarskiego wobec pacjenta [8].

Reakcje emocjonalne po śmierci chorych

W przypadku śmierci chorego personel medyczny za każdym razem jest poddany takim emocjom jak smutek czy też żal. Każda śmierć niesie za sobą negatywne emocje, mimo że akurat człowiek nie bierze ich pod uwagę, ponieważ z każdym pensjonariuszem pielęgniarki mają bliższy bądź dalszy kontakt. Często dochodzi do odczuwania negatywnych emocji w wyniku odejścia jednego z chorych, przebywających pod opieką personelu pielęgniarskiego. Widok cierpienia, jakie niesie za sobą choroba oraz świadomość

nieuchronnej śmierci powoduje w pracownikach ochrony zdrowia często skrajne emocje. Najczęściej odczuwanym uczuciem jest wściekłość oraz gniew. Niejednokrotnie odczuwany jest żal i uczucie niesprawiedliwości, szczególnie gdy śmierć dotyczyła osoby młodej, przed którą powinno być jeszcze całe życie. Emocje są związane z bezsilnością pracowników jednostek opiekujących się umierającymi ludźmi. Nie są oni w stanie zrobić nic więcej niż tylko czekać na odejście pacjenta. Bywają sytuacje, gdy śmierć pacjenta daje uczucie ulgi, otuchy. Zdarza się tak w przypadku osób ciężko chorych, które cierpią z powodu olbrzymiego bólu, którego nie są w stanie uśmierzyć nawet najsilniejsze środki przeciwbólowe. Najtrudniejsze emocje odczuwają pracownicy ośrodków zajmujących się opieką terminalną nad chorymi. Pielęgniarki podejmujące prace w hospicjum zgłaszają, że po śmierci chorego czują nie dającą się wyjaśnić pustkę oraz żal, jakby po stracie kogoś bliskiego. Może się tak dziać dlatego, że w placówkach takich personel pielęgniarski nawiązuje często bliskie relacje z chorymi, co sprawia, że utożsamia się z ich sytuacją. W późniejszym etapie porównuje zaistniałą sytuację jaką jest śmierć z własnym życiem, tworzony jest wówczas rachunek sumienia. Niektórzy zgłaszają, że zaczynają się martwić o najbliższych, porównując ich sytuację z pacjentami którzy odeszli [9].

Reakcje poznawcze

Wśród funkcji poznawczych, które towarzyszą śmierci pacjenta jest wiele różnych reakcji. Najczęstszą jest wspomnianie zmarłego. Niejednokrotnie pracownicy ochrony zdrowia myślą o chorym który odszedł nawet w trakcie czasu wolnego w domu, przynosząc emocje związane z pracą do życia prywatnego. Najczęściej wspomnienia takie dotyczą wspólnie spędzonego czasu, emocji jakie łączyły pielęgniarkę z chorym. Wspomniane są zarówno te pozytywne emocje jak również negatywne przeżycia i sytuacje na które narażony był personel pielęgniarski. Takie rozważania po śmierci pacjenta mogą doprowadzić do licznych rozterek. Dotyczyć one mogą analizy użytej terapii, czy wszystko zostało zrobione poprawnie oraz czy można było uniknąć najgorszego, czy wszystkie możliwości zostały wykorzystane. Ciągła gonitwa myśli i stała analiza zaistniałej sytuacji sprawiają, że pracownicy często nie są w stanie przegonić negatywnych myśli. Zaburza to ich sprawne funkcjonowanie, ogranicza możliwość koncentracji na obowiązkach służbowych. Takie rozważania prowadzą do analizy własnej sytuacji, oceny życia, jego sensu i celu, sprzyjają licznym refleksjom. Mogą one dotyczyć zarówno sensu życia i umierania oraz szukania odpowiedzi co sprawia, że umierają nie tylko osoby starsze, schorowane, ale również młodzi

ludzie. Personel medyczny stwierdza jednogłośnie, że ciężko jest się przyzwyczaić do nieuchronności śmierci. Nie jest możliwe pogodzenie się z tym, a stwierdzenie że ze śmiercią można się oswoić jest mylne, mimo posiadanej wiedzy, że jest to naturalny element życia każdego z nas [10]

Reakcje somatyczno-behawioralne

Najczęściej obserwowaną reakcją somatyczno-behawioralną pracowników ochrony zdrowia w związku ze śmiercią pacjenta jest płacz. Personel pielęgniarstwa stwierdza, że nie zdarza się to często, ale bywają takie sytuacje, w których zwyczajnie taka forma ekspresji ich emocji im pomaga. Płacz najczęściej się pojawia, gdy umierają pacjenci, z którymi pielęgniarki były szczególnie związane, często podejmowali rozmowy, zwierzali się wzajemnie. Taka forma ekspresji często jest ukrywana przed otoczeniem. Osoby, które przeżyły śmierć pacjenta nie chcą się afiszować z własnymi uczuciami, potrzebują czasu aby oswoić myśl o śmierci bliskiej im osoby. W takich sytuacjach pomocna jest rozmowa z kimś bliskim. Niektórzy zgłaszają, że ulgę przyniosła im dopiero modlitwa. Inną reakcją somatyczną jest ból. Pielęgniarki zaobserwowały, że w wyniku śmierci pacjenta często odczuwają ból, szczególnie głowy. Może to mieć wpływ z silnymi emocjami, które powodują wzrost ciśnienia tętniczego krwi. Do reakcji towarzyszących śmierci chorego zaliczamy też bezsenność, nerwowość lub potrzeba zażywania środków odurzających [11].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest określenie postaw personelu pielęgniarstwa, wobec pacjenta umierającego oraz jego śmierci, poprzez:

- Określenie znajomości pojęcia śmierci pacjenta
- Poznanie emocji towarzyszących umieraniu i śmierci chorego
- Poznanie postaw personelu pielęgniarstwa wobec chorego oraz jego rodziny w ostatnich chwilach jego życia
- Określenie wpływu śmierci pacjenta na wykonywanie obowiązków służbowych personelu pielęgniarstwa.

Material i metodyka badań

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w celu uzyskania wiedzy dotyczącej postaw personelu pielęgniarskiego wobec śmierci pacjenta. Podczas badania posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety składającym się z 18 pytań dotyczących:

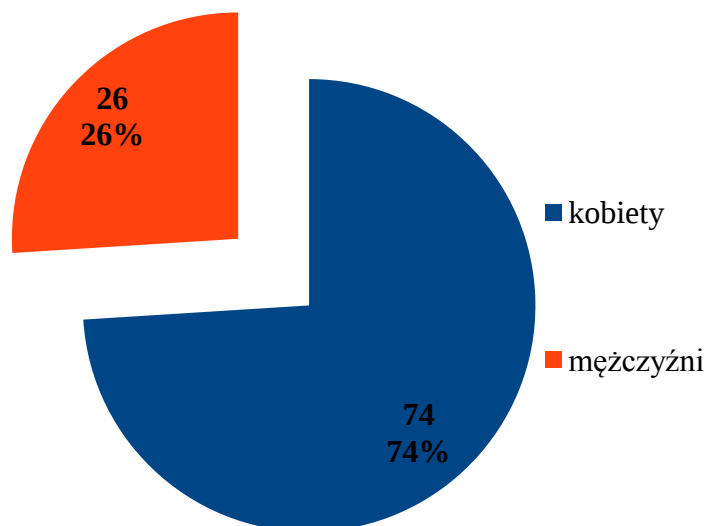
- Znajomości pojęcia śmierci
- Postaw personelu pielęgniarskiego wobec śmierci pacjenta
- Sposobów radzenia sobie z sytuacją, w której pacjent zmarł
- Emocji które towarzyszą śmierci chorego.

Badaniu poddano 100 przedstawicieli personelu pielęgniarskiego. Kwestionariusz ankiety był udostępniony poprzez internetowy system ankiet SURVIO aktywny po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej do 12.04.2021r. Badaniu poddano personel pielęgniarski w wieku 22-49 lat, którego średni staż pracy wynosił 9 lat.

Uzyskane wyniki pozwoliły na analizę statystyczną postaw wobec śmierci pacjenta. Umożliwiło to wysnucie wniosków.

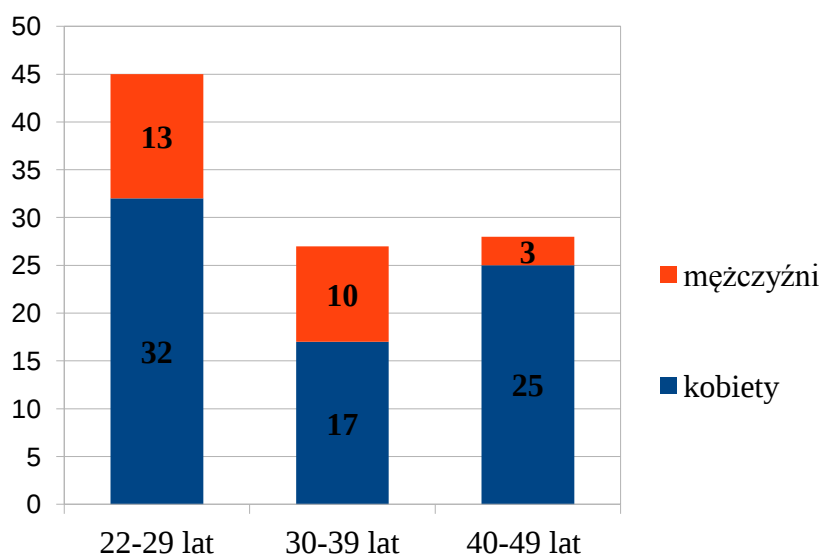
Wyniki

Ankieta została przeprowadzona wśród 100 przedstawicieli personelu pielęgniarskiego, którzy w trakcie wykonywania swoich obowiązków służbowych zetknęli się z sytuacją śmierci pacjenta. Wśród ankietowanych były 74 kobiety i 26 mężczyzn. Przedstawia to wykres 1.



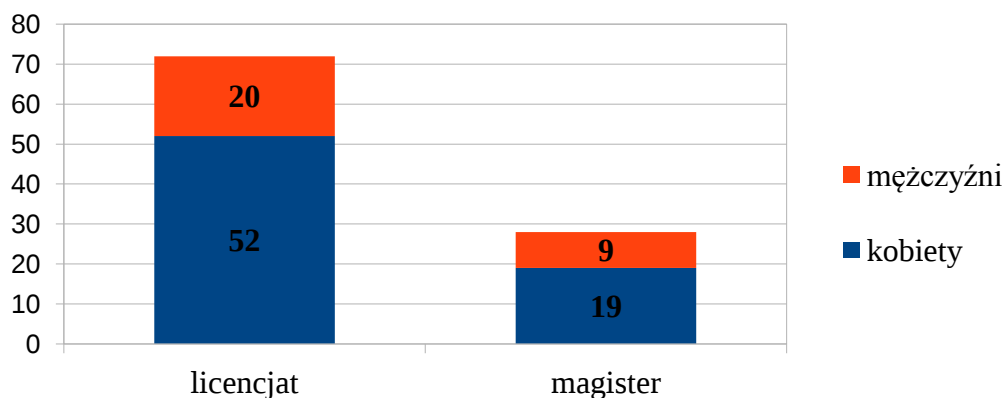
Wykres 1. Płeć ankietowanych

Wśród ankietowanych było 45 osób w wieku 22-29 lat, 27 osób w wieku 30-39 lat oraz 28 respondentów w wieku 40-49 lat. Żaden z ankietowanych nie zadeklarował, że ma powyżej 50 lat. Uzyskane wyniki obrazuje wykres 2.



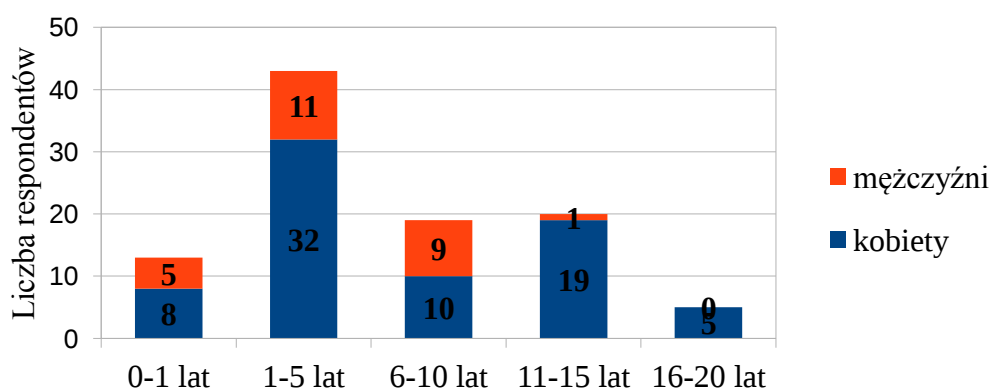
Wykres 2. Wiek ankietowanych

Respondenci biorący udział w ankiecie zostali poproszeni o wskazanie posiadanego przez siebie wykształcenia. 72 osoby zadeklarowały, że posiadają tytuł licencjatu pielęgniarstwa. Pozostałe 28 osób zaznaczyło, że ukończyło edukację na poziomie magistra pielęgniarstwa. Żaden badany nie zaznaczył, jakoby celem zdobycia praw wykonywania zawodu na stanowisku pielęgniarki ukończył liceum medyczne, szkołę policealną lub inną formę kształcenia. Uzyskane wyniki obrazuje wykres 3.



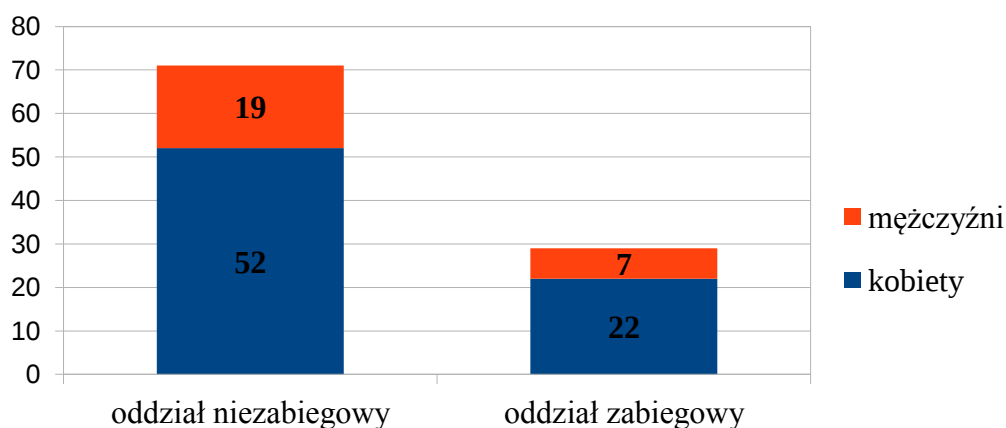
Wykres 3. Wykształcenie zawodowe badanych

Ankietowanych poproszono, aby wskazali jak długo pracują na stanowisku pielęgniarki/ pielęgniara. Największą liczbę badanych stanowiły osoby pracujące na wymienionym stanowisku od 1 do 5 lat. W tej grupie respondentów były 43 osoby. Niespełna rok na stanowisku pielęgniarki/pielęgniara pracowało 13 osób. Od 6 do 10 czynnych zawodowo jest 19 osób. 20 osób pracuje w zawodzie 11-15 lat. Wśród osób które pracują między 16 a 20 lat jest 5 badanych. Żaden ankietowany nie zadeklarował, że pracuje w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara powyżej 20 lat. Uzyskane wyniki obrazuje wykres 4.



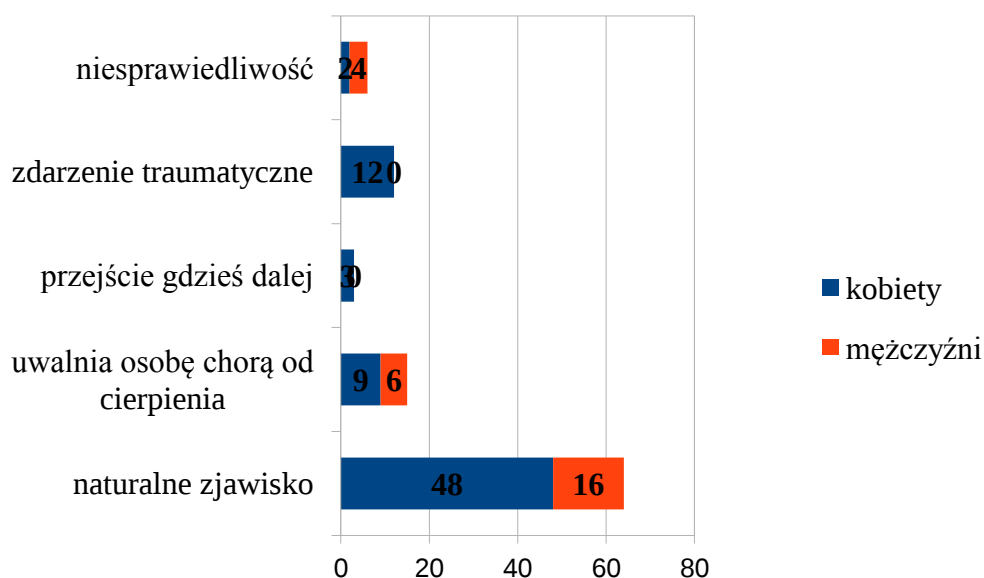
Wykres 4. Długość stażu na stanowisku pielęgniarki

Kolejne pytanie dotyczyło miejsca pracy badanych. Większość z nich zadeklarowało, że pracuje na oddziale niezabiegowym. W tej grupie badanych było 67 osób. Na oddziale zabiegowym pracują pozostali respondenci, co stanowi grupę 33 osób. Żaden ankietowany nie pracuje w poradni lub hospicjum. Uzyskane wyniki przedstawia wykres 5.



Wykres 5. Miejsce pracy respondentów

Druga część ankiety dotyczyła znajomości pojęcia śmierć. Respondenci zostali poproszeni o wskazanie znaczenia śmierci, które według nich najlepiej odzwierciedla ten etap. Uzyskane odpowiedzi zostały przedstawione w formie graficznej za pomocą wykresu 6 oraz tabela 1.



Wykres 6. Rozumienie pojęcia śmierć według badanych

Większość badanych zgodnie uznała, że jest to naturalne zjawisko, które w końcu spotka każdego z Nas. Do takiego wniosku doszły 64 osoby, wśród których były 48 kobiet oraz 16 mężczyzn. 15 respondentów uznało, że śmierć uwalnia od cierpienia osoby, które borykają się z chorobą w strasznych męczarniach. Taką odpowiedź wybrało 9 kobiet i 6 mężczyzn. Uzasadnienie, jakoby śmierć była przejściem gdzieś dalej, kolejnym etapem za słuszne uznało 3 ankietowanych, grupie których znalazły się same kobiety. Śmierć można

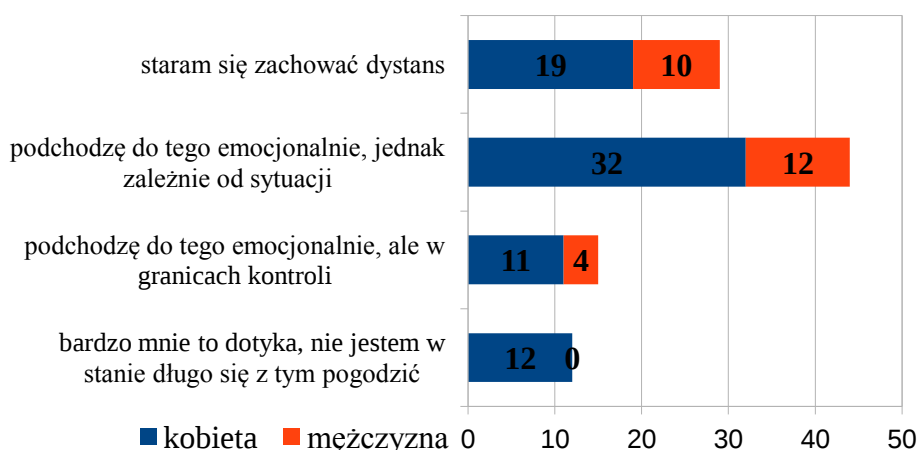
nazwać czymś w rodzaju zdarzenia traumatycznego zdaniem 12 badanych, w grupie których były same respondentki. 2 kobiety oraz 4 mężczyzn uznało, że śmierć jest niesprawiedliwością.

Tabela 1. Śmierć pacjenta rozumiana przez personel medyczny

Rozumienie śmierci pacjenta	Staż pracy									
	0-1 lat (n=13)		1-5 lat (n=43)		6-10 lat (n=19)		11-15 lat (n=20)		16-20 lat (n=5)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niesprawiedliwość (n=6)	3	23	2	5	1	5	0	0	0	0
Zdarzenie traumatyczne (n=12)	7	54	2	5	3	16	0	0	0	0
Przejsie gdzieś dalej (n=2)	0	0	2	5	0	0	0	0	0	0
Uwolnienie od cierpienia (n=15)	3	23	5	12	3	16	4	20	0	0
Naturalne zjawisko (n=64)	0	0	32	73	12	63	16	80	5	100

Z uzyskanych danych wynika, że im dłuższy staż na stanowisku pracy w zawodzie pielęgniarki lub pielęgniarza, tym bardziej stateczne podejście do tematu śmierci i umierania chorego. Emocjonalne odpowiedzi sugerujące, że zjawisko odejścia pacjenta jest niesprawiedliwością, zdarzeniem traumatycznym lub przejściem gdzieś dalej częściej były wybierane przez osoby, które pracują na stanowisku pielęgniarki lub pielęgniarza od 0 do 6 lat. Osoby pracujące powyżej 6 lat chętniej skłaniały się ku stwierdzeniu, że śmierć pacjenta jest naturalnym zjawiskiem lub sytuacją, w której chory jest uwolniony od cierpienia.

Ankietowany personel pielęgniarski został poproszony o wskazanie podejścia do tematu śmierci. Próbowano w ten sposób zbadać jakie jest nastawienie do śmierci chorego, którym się opiekowali. Uzyskane dane przedstawia wykres 7 oraz tabela 2.



Wykres 7. Stanowisko respondentów wobec śmierci chorego

Znaczna część badanych oświadczyła, że podchodzi emocjonalnie do tematu śmierci chorego, jednak emocje jakie towarzyszą umieraniu są ściśle związane z sytuacją oraz okolicznościami zgonu. Taką odpowiedź deklaruje 54 badanych. Emocjonalne podejście w granicach kontroli oświadcza 15 osób. 12 respondentów zgłosiło, że śmierć chorego bardzo ich dotyka, nie są w stanie długo się z tym pogodzić, uzewnętrzniają emocje. Pozostali badani w grupie których znalazło się 29 osób stara się zachować dystans.

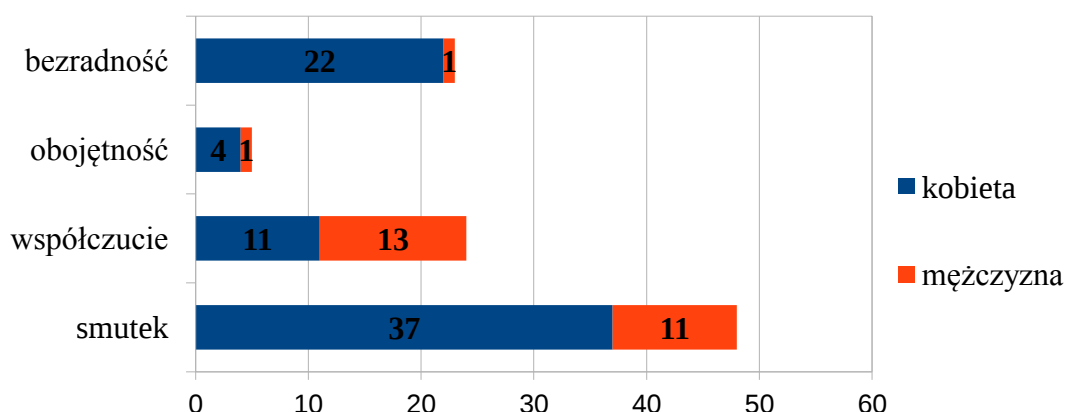
Tabela 2. Odczucia związane ze śmiercią pacjentów

Odczucia związane ze śmiercią pacjentów	Staż pracy									
	0-1 lat (n=13)		1-5 lat (n=43)		6-10 lat (n=19)		11-15 lat (n=20)		16-20 lat (n=5)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zachowuję dystans	1	8	3	7	5	26	6	30	5	100
Podchodzę do tego emocjonalnie, jednak zależnie od sytuacji	2	15	31	72	11	58	10	50	0	0
Podchodzę do tego emocjonalnie, w granicach kontroli	1	8	6	14	3	16	4	20	0	0
Bardzo to przeżywam	9	69	3	7	0	0	0	0	0	0

Uzyskane dane pozwoliły stwierdzić, że im krótszy staż pracy pielęgniarki tym silniejsze emocje towarzyszą w kontakcie ze śmiercią i umieraniem pacjentów. Osoby, które zadeklarowały, że bardzo przeżywają sytuację, w której umiera pacjent w większości pracują poniżej 5 lat na stanowisku pielęgniarki lub pielęgniarza. Emocjonalne podejście deklaruje większość respondentek, które pracują średnio 5 lat w zawodzie. Ankietowani, którzy mają

najdłuższy staż pracy w tym zawodzie oznajmili, że starają się zachować dystans w przypadku śmierci pacjenta.

Ankietowani zostali poproszeni o wskazanie emocji, które towarzyszą im w przypadku śmierci pacjenta. Najwięcej badanych w takiej sytuacji odczuwa smutek (48 osób) oraz współczucie (24 osoby). Obojętność w przypadku śmierci chorego deklaruje 5 osób. Pozostali respondenci zgłosili, że towarzyszy im uczucie bezradności. Nikt nie zgłosił, jakoby w następstwie zgonu chorego odczuwali rozpacz lub gniew. Uzyskane wyniki obrazuje wykres 8.



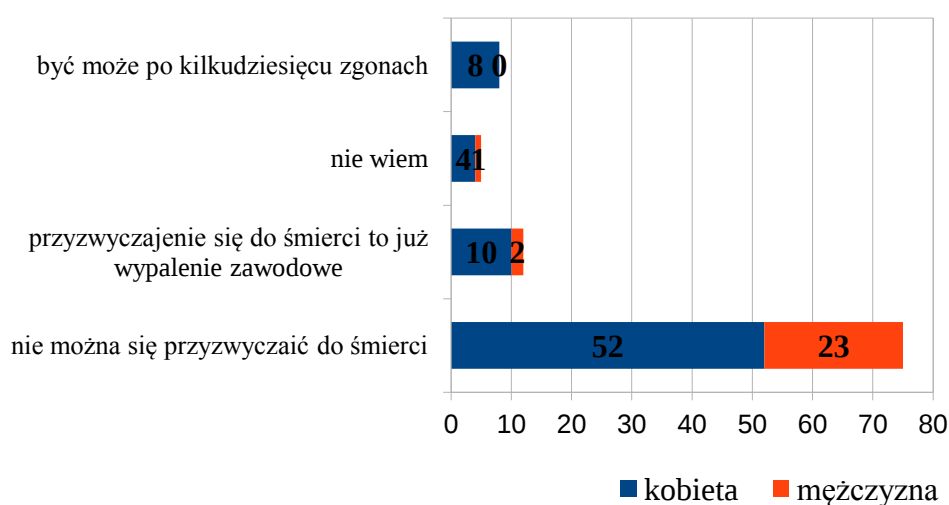
Wykres 8. Uczucia towarzyszące śmierci pacjenta

Kolejne pytanie dotyczyło sytuacji, które wpływają na odczuwane przez respondentów emocje w związku ze śmiercią pacjenta. Ankietowani mieli możliwość wybrania kilku wariantów odpowiedzi. Rozkład odpowiedzi przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Sytuacje, które wpływają na odczuwane emocje w związku ze śmiercią chorego

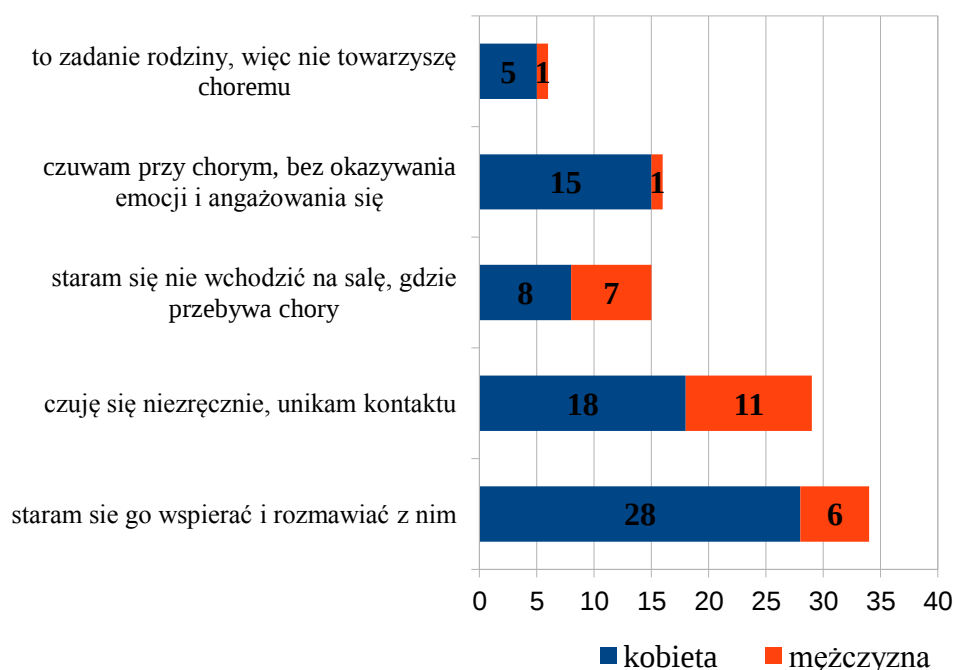
Co ma największy wpływ na odczuwane emocje w związku ze śmiercią pacjenta?	Ilość wybranych wariantów odpowiedzi	
	Kobiety	Mężczyźni
Wiek chorego	52	21
Zgon nagły	21	6
Śmierć, która odwlekała się w czasie	36	5
Relacje z chorym	58	24
Relacje z rodziną chorego	43	23
Czas, który chory przebywał na oddziale szpitalnym	45	19

Ankietowani zostali poproszeni o określenie, czy można się przyzwyczaić do śmierci chorego. Zdecydowana większość uznała, że nie można się przyzwyczaić do śmierci chorego. Takiego zdania jest 75 osób, w grupie których znalazły się 52 kobiety oraz 23 mężczyzn. Grupa 10 kobiet uznała, że w przypadku przyzwyczajania się do śmierci pacjentów można już mówić o wypaleniu zawodowym. Takiego samego zdania jest 2 mężczyzn. 1 respondent płci męskiej oraz 4 kobiety nie wiedzą, czy jest taka możliwość. 8 kobiet twierdzi, że być może istnieje możliwość, aby przyzwyczaić się do śmierci chorego, w przypadku wielu takich zgonów w trakcie kariery zawodowej. Nikt nie stwierdził, że jest to całkowicie możliwe i normalne. Uzyskane wyniki zostały przedstawione w postaci graficznej na wykresie 9.



Wykres 9. Odpowiedzi respondentów na pytanie, czy można przyzwyczaić się do śmierci chorego

Kolejne pytanie dotyczyło określenia zachowań przedstawicieli personelu medycznego względem sytuacji, w której pacjent umarł w ich obecności. Próbowano w ten sposób określić, jakie zachowania przeważają w takich sytuacjach. Otrzymane wyniki obrazuje wykres 10 oraz tabela 4.



Wykres 10. Postępowanie przedstawicieli personelu pielęgniarskiego w przypadku śmierci pacjenta

Spośród 100 respondentów poddanych badaniu 34 stwierdziło, że w przypadku śmierci chorego starali się go wspierać, rozmawiać, towarzyszyć w ostatnich chwilach życia. Uczucie dyskomfortu oraz próby unikania kontaktu wzrokowego z umierającym zadeklarowało 29 osób. 15 osób zadeklarowało, że starali się jak najczęściej wychodzić z sali, aby uniknąć ewentualnych rozmów z chorym. Do samego końca przy chorym umierającym czuwało 17 osób, które stwierdziły, że starały się odpowiadać na wszelkie pytania i wątpliwości pacjenta, bez przywiązywania się i zbędnych emocji. Według 5 badanych przy chorym umierającym powinna czuwać rodzina a nie personel pielęgniarski, dlatego nie towarzyszyli oni w trakcie ostatnich chwil pacjentowi.

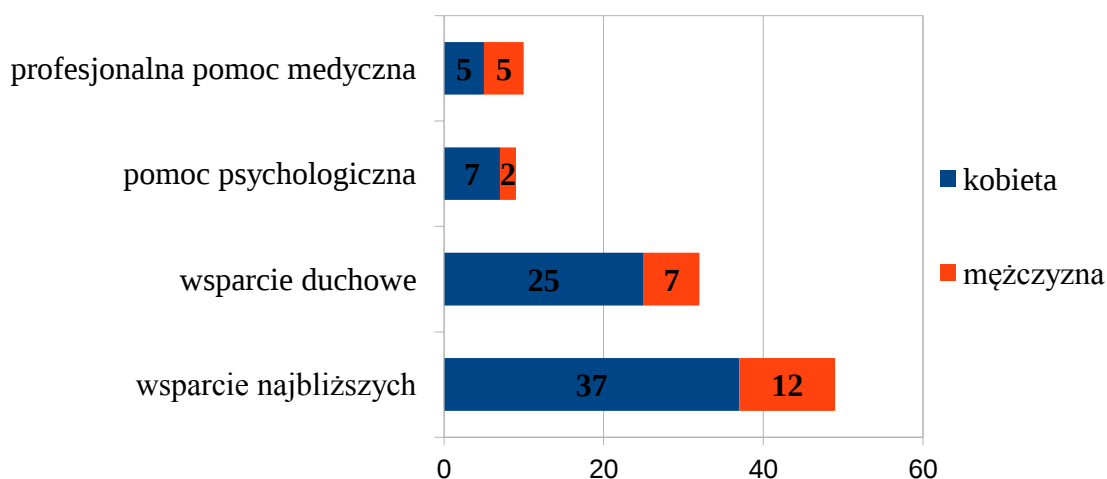
Tabela 4. Działania jakie podejmuje personel pielęgniarski w sytuacji śmierci pacjenta

Działania personelu pielęgniarskiego w sytuacji śmierci chorego	Deklarowane wykształcenie			
	Licencjat (n=72)		Magister (n=28)	
	n	%	n	%
To zadanie rodziny, więc nie towarzyszę choremu (n=6)	4	5	2	7
Czuwam przy chorym bez okazywania emocji i angażowania się (n=16)	11	15	5	18
Staram się nie wchodzić na salę gdzie przebywa chory (n=15)	10	14	5	18
Czuję się niezręcznie, unikam kontaktu	20	33	9	32

(n=29)				
Staram się go wspierać i rozmawiać z nim (n=34)	20	33	14	25

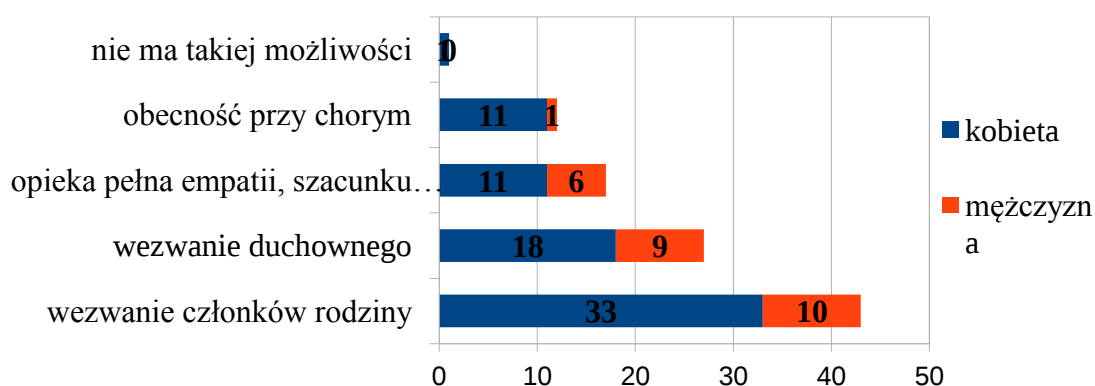
Analizując dane uzyskane na drodze tego pytania otrzymano informacje, że wykształcenie posiadane przez ankietowanych (licencjat lub magister) nie wpływa istotnie na działania jakie podejmuje personel pielęgniarski wykonując wszelkie czynności związane ze specyfiką pracy przy pacjencie umierającym. Najwięcej przedstawicieli deklarujących posiadanie tytułu licencjatu z zakresu pielęgniarstwa czuje się niezręcznie i unika kontaktu z chorym umierającym (33%) oraz stara się go wspierać i rozmawiać z nim (33%). Najmniej respondentów z tej grupy jest zdania, że towarzyszenie pacjentowi, który umiera to zadanie rodziny (5%). W grupie badanych posiadających tytuł magistra najwięcej osób czuje się niezręcznie i stara się unikać kontaktu z pacjentem umierającym (32%). Nieco mniej osób stara się go wspierać i rozmawiać z nim do końca jego chwil (25%). Podobnie jak w poprzedniej grupie najmniej osób jest zdania, że to to zadanie rodziny, aby czuwać przy umierającej osobie (7%).

Respondentów poproszono o wskazanie, co ich zdaniem jest najistotniejsze w ostatnich chwilach życia chorego. Większość badanych uznała, że chorzy w ostatnich chwilach życia powinni czuć wsparcie najbliższych i to ich obecność jest im niezbędna. Takiego zdania jest 37 kobiet oraz 12 mężczyzn. Według 25 kobiet oraz 7 mężczyzn istotne jest wsparcie duchowe. Zdania, że pacjenci na łożu śmierci potrzebują pomocy psychologicznej jest 7 kobiet i 2 mężczyzn. Zarówno 5 kobiet jak i 5 mężczyzn twierdzi, że w takiej sytuacji pacjenci potrzebują przede wszystkim profesjonalnej pomocy medycznej. Uzyskane wyniki obrazuje wykres 11.



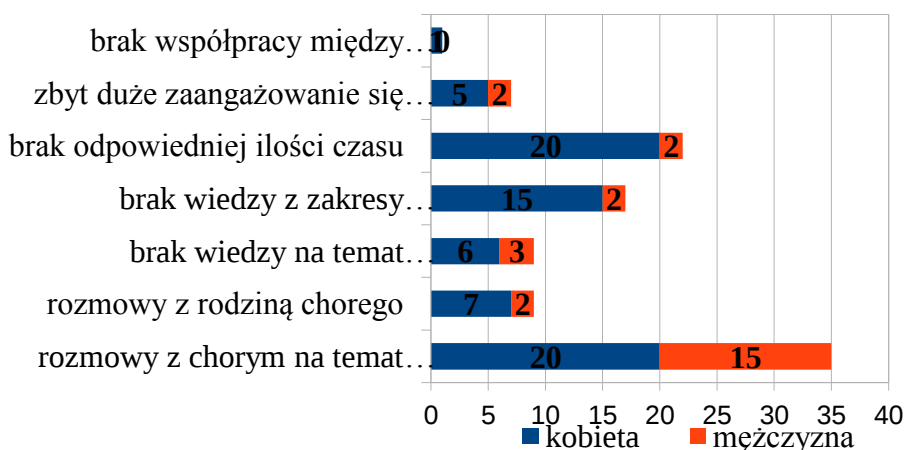
Wykres 11. Najistotniejsze potrzeby pacjentów w trakcie umierania

Poproszono ankietowanych o udzielenie informacji jak ich zdaniem personel medyczny jest w stanie zapewnić choremu warunki do godnej śmierci. Według 43 badanych należy wezwać na prośbę chorego członków jego najbliższego otoczenia. 27 osób uważa, że należy wezwać na prośbę chorego osobę duchowną. Zdania, że w takiej sytuacji niezbędne jest zapewnienie opieki pełnej empatii, szacunku i spokoju jest 17 osób. Według 1 respondenta nie da się zapewnić choremu warunków do godnej śmierci. Nikt nie uważa, że nie ma potrzeby zapewniania warunków do godnej śmierci, bo chory i tak umrze. Wyniki uzyskane na drodze zbierania odpowiedzi do tego pytania obrazuje wykres 12.



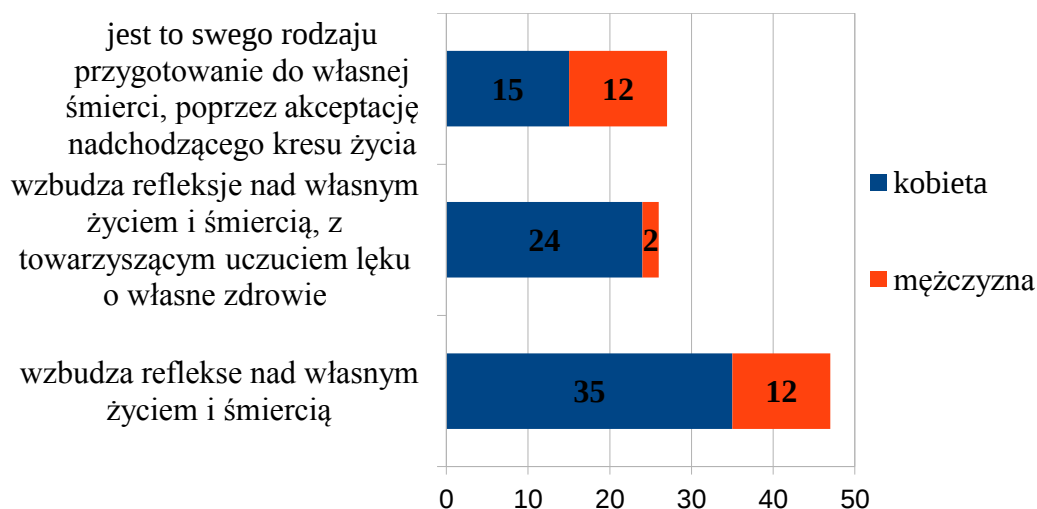
Wykres 12. Sposób, w jaki personel pielęgniarski może zapewnić choremu warunki do godnej śmierci

W następnej kolejności zapytano badanych, jakie trudności występują w opiece nad pacjentem umierającym. 35 osób uznało, że największą trudność sprawia im rozmowa z chorym na temat śmierci i umierania. Według 9 badanych trudnością jest rozmowa z rodziną pacjenta, który umiera. Zdania, że w opiece nad pacjentem umierającym największą trudnością jest brak umiejętności, wiedzy na temat postępowania z osobą umierającą. Brak wiedzy z zakresu psychologii zgłasza 17 respondentów. 7 badanych uważa, że zbyt duże zaangażowanie w opiekę nad chorym umierającym utrudnia im pracę. Brak odpowiedniej ilości czasu dla pacjenta w ostatnich chwilach jego życia zgłasza 22 ankietowanych. Jedna osoba jest zdania, że ze względu na brak współpracy między członkami personelu medycznego, opiekującymi się chorymi umierającymi wynikają trudności w pracy. Powyższe dane ukazuje wykres 13.



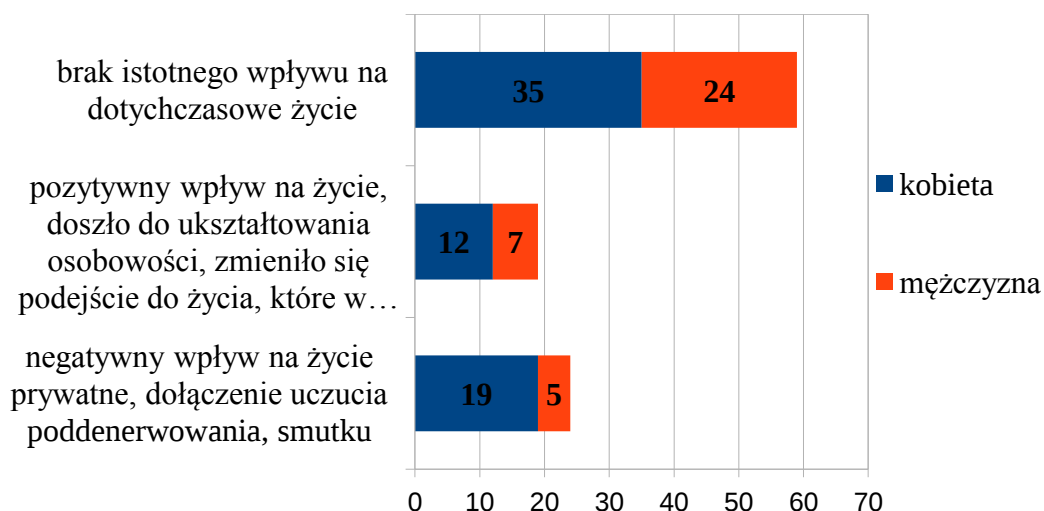
Wykres 13. Trudności związane z opieką nad chorym umierającym

Ankietowanych poproszono o udzielenie odpowiedzi, czy doświadczając śmierci pacjenta zmienia się perspektywa postrzegania własnego życia. 47 osób uważa, że śmierć pacjenta wzbudza refleksję nad własnym życiem i śmiercią, ale nie towarzyszy temu uczucie lęku. Takiego zdania jest 25 kobiet oraz 22 mężczyzn. Według 26 osób w grupie których znalazły się 24 kobiety oraz 2 mężczyzn przeżycie śmierci chorego wzbudza refleksje nad własnym życiem i śmiercią, z towarzyszącym silnym uczuciem lęku o własne zdrowie. Pozostali ankietowani, wśród których było 25 kobiet oraz 2 mężczyzn.



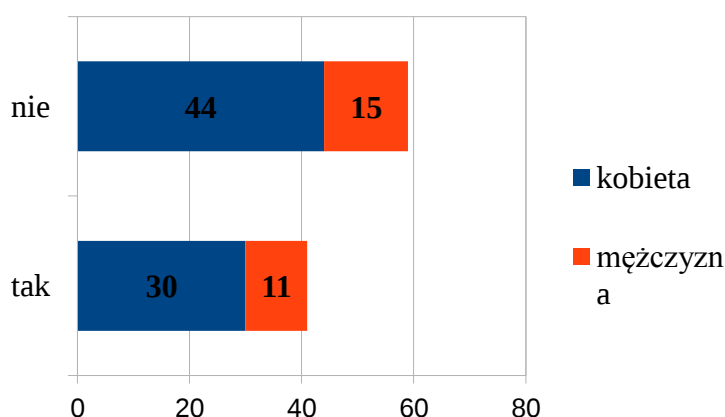
Wykres 14. Jaki wpływ na perspektywę postrzegania świata ma śmierć pacjenta

Poproszono ankietowanych o stwierdzenie, czy doświadczenie śmierci pacjenta wpłynęło na ich życie osobiste. 24 osoby stwierdziły, że śmierć chorego negatywnie wpłynęła na ich życie prywatne, stali się przez to poddenerwowani, smutni, a kontakty z innymi ludźmi uległy znacznemu pogorszeniu. 19 osób uznało, że śmierć doświadczenie śmierci pacjenta pozytywnie wpłynęło na ich życie, ponieważ ukształtowało to ich osobowość, zmieniło się ich podejście do życia, nabrali szacunku do innych, do własnego zdrowia i życia, zaobserwowali, że do życia podchodzą bardziej poważnie. Pozostali respondenci, do grupy których należało 59 osób zgłosiło, że doświadczenie śmierci pacjenta nie wpłynęło istotnie na ich życie. Uzyskane wyniki przedstawiono na wykresie 15.



Wykres 15. Wpływ śmierci pacjenta na życie osobiste respondentów

W kolejnym etapie ankiety respondenci zostali zapytani, czy w wyniku śmierci pacjenta zaobserwowali u siebie objawy sugerujące wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego. Zdecydowana większość stwierdziła, że nie zaobserwowali u siebie takich symptomów. W grupie ankietowanych, którzy wybrali odpowiedź nie znalazło się 59 osób. Pozostali badani (41 osób) uznali, że takie objawy u nich wystąpiły. Wyniki przedstawia wykres 16.



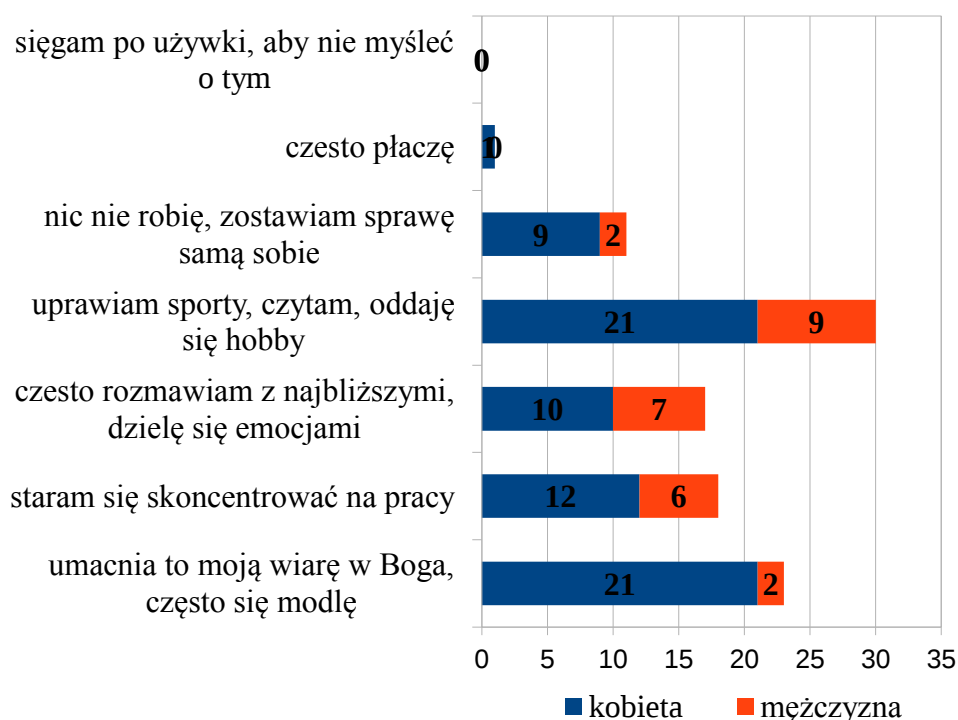
Wykres 16. Odpowiedź respondentów na zapytanie o wystąpienie objawów sugerujących wypalenie zawodowe

Respondentów, którzy wybrali odpowiedź twierdzącą poproszono o wskazanie objawów, które wystąpiły w wyniku śmierci chorego, a które sugerują wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego. Ankietowani mieli możliwość wybrania kilku odpowiedzi. Wyniki przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Objawy sugerujące wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego występujące wśród ankietowanych

Objawy	Ilość wybranych wariantów odpowiedzi	
	Kobiety	Mężczyźni
Negatywna postawa wobec pozostałych chorych	2	1
Poczucie osamotnienia	7	6
Poczucie izolacji	19	4
Drażliwość, brak cierpliwości	27	9
Uczucie zmęczenia	30	11
Zaburzenia snu	15	9
Bóle głowy	12	7

Ostatnie pytanie dotyczyło sposobów, jakich używa personel pielęgniarski celem ograniczenia negatywnych emocji związanych ze śmiercią pacjenta. Uzyskane wyniki przedstawia wykres 16.



Wykres 16. Sposoby radzenia sobie z sytuacją śmierci pacjenta

Dyskusja

Podjmując temat dotyczący śmierci oraz umierania pacjentów bardzo często można się spotkać z odczuciami związanymi z niechęcią do kontynuowania rozmowy odnośnie tej kwestii. Należy jednak przy tym zaznaczyć, że ten etap jest nieodłącznym elementem życia ludzkiego i unikanie rozmów o śmierci nie zmieni sytuacji, że prędzej czy później spotka ona każdego człowieka. Niechęć do podjęcia rozmów na ten temat wynika z prostego faktu, że boimy się tego etapu i w sytuacji śmierci drugiego człowieka niejednokrotnie nie wiemy w jaki sposób należy się zachować. O ile dezorientacja i niechęć do rozmów dotyczących śmierci dotyczy osób niemedycznych o tyle personel pielęgniarski i lekarski powinien zdawać sobie sprawę z nieuchronności życia i posiadać niezbędną wiedzę w jaki sposób zachować się, gdy dochodzi do sytuacji śmierci ich pacjenta. Powyższa praca opisuje kwestię śmierci i umierania pacjentów. Dodatkowo uwzględniono podstawowe reakcje jakie mogą towarzyszyć ludziom, którzy spotkali się z tym tematem [1,12].

Doświadczenie śmierci pacjenta, który był leczony długotrwale z powodu śmiertelnej choroby niesie za sobą liczne konsekwencje natury emocjonalnej. Mogą one towarzyszyć pracownikom medycznym przez długi czas, z powodu przedłużającej się hospitalizacji chorego. Może to bezpośrednio wpływać na wiele wymiarów egzystencji pielęgniarek i pielęgniarzy. Cierpienie w wyniku choroby i następującej w związku z nią śmierci mimo że dotyczy głównie samego pacjenta może dotyczyć bezpośrednio najbliższe mu otoczenie, w tym wypadku personel pielęgniarski oraz rodzina chorego. Ma to związek z ciągłą koniecznością współpracy z takim chorym podczas udzielania mu świadczeń zdrowotnych jak również w trakcie wykonywania podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, podczas których personel medyczny stara się wspierać takiego chorego. Konsekwencją może się okazać zbyt duże obciążenie emocjonalne pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy nadmiernie utożsamiając się z sytuacją chorego starają się przejmować niektóre negatywne emocje, mając nadzieję, że pomoże to choremu. Ważne jest zatem odpowiednie przygotowanie personelu pielęgniarskiego do zawodu. W ramach nauki należy przekazywać przyszłym pracownikom podmiotów leczniczych, jak istotne jest dbanie nie tylko o pacjentów, ale również o własną sferę emocjonalną. Przyszłe pielęgniarki i pielęgniarze w toku studiów powinni otrzymać informację o tym w jaki sposób radzić sobie ze śmiercią pacjenta. Istotne okazuje się również przedstawienie schematu postępowania, który uchroni ich od nadmiernego przejmowania emocji związanych z sytuacją w której umiera pacjent. Wszelkie te informacje mogą potencjalnie pomóc w przyszłej pracy [13].

Każdy pacjent bez względu na swoje pochodzenie, poglądy polityczne, kolor skóry czy też wyznanie religijne powinien być traktowany w taki sam sposób. Ważne jest, aby pacjenci będący pod opieką personelu pielęgniarskiego czuli się zaopiekowani i bezpieczni, co wiąże się z okazywaniem im szacunku i zrozumienia w trudnej dla nich sytuacji. Należy przy tym zaznaczyć, że nie powinno się nadmiernie ingerować w jego życie, aby ostatecznie chory nie uznał Nas za powierników swoich tajemnic. Może się to bowiem przełożyć na sytuację, w której pacjenci zaczną nadmiernie obarczać personel pielęgniarski swoimi emocjami, co w ich rozumieniu będzie bardzo pomocne, jednak dla pielęgniarek i pielęgniarzy może stać się przyczyną negatywnych emocji w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych. Empatia powinna towarzyszyć pielęgniarkom na każdym kroku, jednak nie może ona być równoznaczna z przejmowaniem emocji chorego, ponieważ może to się stać przyczyną wypalenia zawodowego [14].

Z przeprowadzonych badań wynika, że respondenci, którzy pracują w zawodzie pielęgniarki lub pielęgniarza powyżej 10 lat rozumieją temat śmierci pacjenta mniej emocjonalnie niż personel, który jest na początku swojej kariery zawodowej. Można przez to wnioskować, że wraz ze wzrostem stażu pracy poprawia się przygotowanie do niej oraz zmienia się nastawienie do podejmowanych działań. Nie jest to jednoznaczne z utratą zaangażowania lecz bardziej z nabraniem dystansu do wykonywanych czynności co może pozytywnie wpływać na stan emocjonalny pielęgniarek i pielęgniarzy. Badania przeprowadzone przez Zawisłak w 2016 roku potwierdzają, że wraz ze wzrostem stażu pracy rośnie wiedza dotycząca wykonywania swoich obowiązków oraz umiejętność dbania o stan emocjonalny. W przetoczonych badaniach respondenci uznali jednak silną potrzebę pogłębiania swojej wiedzy co może pozytywnie wpływać na późniejsze podejście do tematu śmierci chorego [15].

Badania własne ukazały korelację między stażem pracy na stanowisku pielęgniarki a odczuciami związanymi z sytuacją w której umiera pacjent. Zdecydowana większość badanych pracujących powyżej 10 lat w zawodzie stara się zachowywać dystans oraz okazywać emocje w granicach normy. Badania przeprowadzone przez Gołębiak i współników ukazały, że istnieje istotna statystycznie zależność między stażem pracy a poziomem empatii personelu pielęgniarskiego. Wyniki sugerują bowiem, że im dłużej pielęgniarka pracuje w zawodzie tym większy poziom empatii wykazuje względem pacjenta umierającego [16].

Badania przeprowadzone wśród studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku ukazały, że poziom wykształcenia nie wpływa istotnie na działania personelu pielęgniarskiego w sytuacji śmierci chorego. Zarówno studenci posiadający tytuł licencjatu jak również magistra mają podobne odczucia względem chorego w stanie terminalnym co przekłada się na ich identyczne postępowanie. Niedojad wraz ze współnikami w publikacji pochodzącej z 2016 roku dowiedli, że poziom wykształcenia ma istotny wpływ na działania personelu pielęgniarskiego względem pacjenta w stanie terminalnym. Ich zdaniem im wyższe wykształcenie tym bardziej etyczne działania podejmuje personel pielęgniarski, co może oznaczać, że nie unika kontaktu z taką osobą [17].

Na emocje, które towarzyszą śmierci pacjenta ma wpływ wiele czynników. Można do nich zaliczyć wiek chorego, czy śmierć nastąpiła szybko czy przedłużała się w czasie, relacje jakie były z pacjentem oraz jego rodziną jak również czas hospitalizacji chorego. Wszelkie te czynniki wpływają na to, jak personel reaguje w sytuacji śmierci i co decyduje w następnej

kolejności. Badania własne ukazały, że wszystkie te czynniki istotnie przyczyniają się do stanu emocjonalnego personelu pielęgniarskiego. Im szybciej nastąpił zgon, tym mniej negatywnych emocji w związku z tym wydarzeniem. Natomiast im dłużej pacjent przebywał na oddziale i cierpiał w wyniku odwleczonej śmierci tym więcej negatywnych emocji towarzyszyło personelowi pielęgniarskiemu. W badaniach Śleziony oraz Krzyżanowskiego pochodzących z 2011 roku uzyskano informacje, że czas jaki pacjent przebywał na oddziale wpłynęło istotnie na stan emocjonalny respondentów. Śmierć chorego spowodowała przeżycie niezapomnianych emocji, które negatywnie wpłynęły na odczucia personelu pielęgniarskiego w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych [18].

Na drodze analizy danych uzyskanych w badaniach własnych dowiedziono, że w wyniku doświadczenia śmierci pacjenta najwięcej osób odczuło emocje które spowodowały wzbudzenie refleksji nad własnym życiem i śmiercią. Duża liczba badanych oznajmiła też, że takie doświadczenie powoduje u nich uczucie lęku o własne zdrowie oraz daje im możliwość przygotowania się do własnej śmierci. Ankietowanych poproszono też o określenie emocji, jakie towarzyszą im na skutek śmierci chorego. Większość zadeklarowała, że takie doświadczenie powoduje w nich poczucie izolacji oraz drażliwość i brak cierpliwości. Niektórzy odczuwają uczucie zmęczenia oraz osamotnienia. W badaniach Gaworskiej-Krzemińskiej uzyskano informacje, że w wyniku śmierci chorego respondenci odczuwają w głównej mierze uczucie bezsilności. Część badanych zgłasza odczucie współczucia. Niektórym respondentom towarzyszy również obojętność i uczucie odrzucenia [19].

Wnioski

1. Im dłuższy staż pracy na stanowisku pielęgniarki i pielęgniarza tym lepsze przygotowanie do sytuacji, w której dochodzi do śmierci pacjenta.
2. Staż pracy ma wpływ na emocje, które mogą towarzyszyć obcowaniu z sytuacją śmierci pacjenta.
3. Za emocje, które towarzyszą śmierci i umieraniu chorego wpływ ma częstotliwość kontaktów z chorym jak również czas jaki przebywał on na oddziale.
4. Poziom wykształcenia pielęgniarek i pielęgniarzy nie wpływa istotnie na odczucia, jakie towarzyszą im w chwili śmierci chorego.

5. Doświadczanie śmierci chorego wpływa na dalszy etap pracy personelu pielęgniarskiego. Stałe spotykane śmierci powoduje narastanie negatywnych emocji, poczucia izolacji i niechęci do wykonywania swoich obowiązków.

Spis piśmiennictwa

1. Becler R.: Ewolucja operacyjnej definicji śmierci człowieka. *Prawo i Medycyna*. 2015, 2, 59.
2. Brzeziński T.: *Etyka lekarska*. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012.
3. Carr D.: I don't want to die like that. The impact of significant others death quality on advance care planning. *Gerontologist*. 2012, 52(6), 770-781.
4. Szeremeta M., Niemcunowicz-Janica A.: Śmierć rodzaje i przyczyny, wczesne i późne znamiona, metody identyfikacji. *Kultura śmierci, kultura umierania Tom II*. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu. Białystok, 2016, 14-15.
5. Cheng S., Dy S., Huang S.: Comparison of proxy ratings of main family caregivers and physicians on the quality of dying of terminally ill cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*. 2013, 43(8), 795-804.
6. Curtis J., Downey L., Engelberg R.: The Quality of Dying and Death. Is it ready for use as an outcome measure?. *Chest*. 2013, 143(2), 289-291.
7. Cagle J., Munn J., Hong S.: Validation of the Quality of Dying-Hospice Scale. *J Pain Symptom Manage*. 2015, 49(2), 265-276.
8. Fopka-Kowalczyk M.: Poczucie straty po śmierci pacjenta doświadczane przez pracowników opieki paliatywnej. *Badania jakościowe. Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2014, 8, 1, 23-28.
9. Głowacka M.: Śmierć pacjenta, jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki. *Problemy pielęgniarstwa*. 2014, 22(3), 23-24.
10. Guzowski A.: *Kultura śmierci, kultura umierania*. Białystok. 2016, 3.
11. Gregorasz E.: Towarzyszenie śmierci. Umieranie pacjenta w przeżyciu pracowników hospicjum. *Życie godnie do końca. WcM*. Opole. 2010, 51-58.
12. <http://nowasmierc.blogspot.com/p/rodzaje-smierci.html>, data dostępu: 16.07.2020

13. Kalita T.: Śmierć mózgu jako granica prawnokarnej ochrony życia człowieka. Prokuratura i Prawo, 2016, 7-8, 39-49.
14. Krajewska-Kułak E., Mickiewicz I., Łukaszuk C., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A., Rozwadowska E.: Samoocena postaw pielęgniarek wobec śmierci. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2010, 1–2, 43–49.
15. Zawiaślak A.: Postawy pielęgniarek hospicyjnych wobec śmierci własnej i bliskich osób. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2016, 6(3), 197-203.
16. Gołębiak I., Szczepaniak R., Łazowa A., Dykowska G.: Postawy pielęgniarek wobec śmierć pacjenta. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. 2019, 4, 10-18.
17. Niedojad K., Rybka M., Rezmerska L., Ślusarz R.: Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. 2016, 3, 12-18.
18. Ślężiona M., Krzyżanowski D. Postawy pielęgniarek wobec śmierci i umierania. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2011, 1(3), 217-223.
19. Gaworska-Krzemińska A.: Postawy i emocje towarzyszące pielęgniarkom w opiece nad pacjentem umierającym. Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości. Wydawnictwo Akademia Medyczna w Białymstoku. Białystok. 2007, 75-86.

WPLYW CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH NA WYSTĘPOWANIE PROBLEMÓW LAKTACYJNYCH WE WCZESNYM OKRESIE POŁOGU

Milena Szymanowska¹, Ewa Perkowska²

¹ – *Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku ul Skłodowskiej-Curie 24A.*

² – *Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

Wstęp

Karmienie piersią jest najlepszym prezentem jaki może dać każda matka swojemu dziecku w pierwszych dniach życia. Według przeprowadzonych badań duży odsetek matek deklaruje chęć karmienia piersią tak długo jak będzie istniała taka możliwość. Tylko nieliczni wykazują negatywny stosunek do karmienia naturalnego. Niestety dość często pacjentki rezygnują z tego sposobu żywienia noworodka na koszt mieszanki sztucznej. Dzieje się tak za sprawą napotykanych przeszkód podczas karmienia piersią [1].

Jednym z najbardziej kluczowych czynników wpływających na powodzenie laktacji jest wiedza na dany temat. Pomimo, że pacjentki w trakcie ciąży zapoznały się z teorią dotyczącą przystawienia do piersi oraz zaletami pokarmu kobiecego to po porodzie czują się zagubione oraz zdezorientowane. Podczas licznych samodzielnych prób przystawienia do piersi okazuje się, że nie jest to prosta czynność na jaką wyglądała. Istotną rolę w tym przypadku odgrywa personel medyczny, który ma za zadanie pomóc w tych pierwszych dniach pacjentce oraz rozwiązać jej wątpliwości. Często okazuje się jednak, że mały odsetek kobiet uzyskało rzetelne informacje oraz pomoc odnośnie laktacji od lekarza pierwszego kontaktu, bądź personelu medycznego w szpitalu [2, 3, 4].

Kłopot z przystawieniem noworodka oraz problemy z piersiami w początkowym okresie karmienia naturalnego mają istotny wpływ na jego kontynuację. Wśród najczęstszych powodów rezygnacji wyróżnia się: brak wystarczającej ilości pokarmu, nieprawidłowa technika przystawiania do piersi, ból oraz uszkodzenie brodawek sutkowych, trudności z przystawieniem noworodka. Istotne znaczenie z poradzeniem sobie z wyżej wymienionymi problemami jest wsparcie otoczenia oraz konsultacja z doradcą laktacyjnym.

Istotne znaczenie na to czy pacjentka będzie karmić tylko piersią jest termin oraz sposób rozwiązania ciąży. Dzieci przedwcześnie urodzone (przed 37 tygodniem) oraz te z niską masą urodzeniową częściej karmione są mieszanką sztuczną w porównaniu do

noworodków urodzonych o czasie z odpowiednią masą ciała. Pacjentki po zabiegu cięcia cesarskiego częściej decydują się na dokarmienie noworodka z powodu kiepskiego samopoczucia. Kontakt „skóra do skóry” nie jest praktykowany w tym sposobie rozwiązania ciąży co może skutkować zaburzeniami wytwarzania pokarmu. Udowodniono naukowo pozytywny wpływ kontaktu „skóra do skóry” na pobudzenie procesu laktacji [2].

Niezbyt dobre samopoczucie pacjentki po zabiegu cięcia cesarskiego skutkuje opóźnieniem pierwszego karmienia noworodka. Jest to jedna z kluczowych przyczyn wystąpienia problemów z rozpoczęciem karmienia naturalnego. W przypadku tego sposobu rozwiązania ciąży oraz zastosowania znieczulenia podczas zabiegu obserwuje się różnice w zachowaniu noworodka. Dziecko najczęściej jest leniwe, ospałe oraz wykazuje mniejszą chęć do przystawienia do piersi [3, 4, 5, 6]

Kolejnym istotnym elementem wpływającym na powodzenie karmienia piersią jest nastawienie psychiczne pacjentki. Pacjentka, która wątpi w powodzenie laktacji wydziela adrenalinę, która jest antagonistą hormonu oksytocyny co w efekcie dochodzi do zmniejszenia wydzielania pokarmu kobiecego. Wykazano, że kobiety, które są zadowolone z przebiegu porodu rzadziej zapadają na m.in. depresję poporodową. Wpływa ona negatywnie na rozpoczęcie karmienia piersią. Kolejnymi utrudnieniami rzutującymi na prawidłowe przystawianie do piersi noworodka w pierwszych dniach połogu jest złe samopoczucie, ból kroczka oraz rany pooperacyjnej, zmęczenie [5, 6].

Innymi czynnikami które wpływają na karmienie piersią oraz czas jego trwania są również wiek matki, wykształcenie oraz sytuacja materialna [2].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była identyfikacja wpływu czynników socjodemograficznych na występowanie problemów laktacyjnych u kobiet we wczesnym okresie połogu.

Material i metody

Badaniami objęto 100 losowo wybranych kobiet we wczesnym okresie połogowym hospitalizowanych w Klinice Perinatologii i Położnictwa ze Szkołą Rodzenia w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Badania przeprowadzono od 28.01.2021 r. do czerwca 2021r. Pierwsza część pytań dotyczyła danych socjodemograficznych, pozostałe związane były z problemami pojawiającymi się w trakcie karmienia piersią. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Kwestionariusze ankiety

zostały rozdane w kopertach, które po wypełnieniu zostały zaklejone przez respondentki. Kobiety miały możliwość rezygnacji z badań na każdym ich etapie. Wypełnienie ankiety było równoznaczne ze zgodą na przeprowadzenie badania. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, uchwała nr. APK.002.63.2021.

Obliczenia i wykresy zostały opracowane za pomocą programu Microsoft Office Excel 2013. W celu obliczenia istotności statystycznej posłużono się kalkulatorem chi – kwadrat (<http://www.socscistatistics.com/tests/chisquare/Default2.aspx>). o istotności statystycznej badanej zależności świadczyło tzw. prawdopodobieństwo testowe (p). Przyjęto następujące reguły:

- gdy $p < 0,05$ – istotnie statystyczne zależności;
- $p < 0,01$ – wysoce istotne zależności;
- $p < 0,001$ - bardzo wysoko istotne statystycznie zależności.

Wyniki

W badaniu poddano ocenie takie czynniki jak: kontakt skóra do skóry, wiek pacjentek, miejsce zamieszkania, uczęszczanie na zajęcia w szkole rodzenia, droga jaką odbył się poród oraz ilość porodów.

Pojawienie się problemów laktacyjnych a kontakt skóra do skóry

Za pomocą uzyskanych danych dokonano oceny zależności pomiędzy pojawieniem się kłopotów laktacyjnych, a kontaktu skóra do skóry. Wyniki zaprezentowano w Tabeli nr 1. Zaobserwowano, że pomiędzy uzyskanymi danymi istnieją bardzo wysokie statystycznie zależności dla $p < 0,001$ ($p = 0,00001$).

Tabela I. Wystąpienie problemów z karmieniem naturalnym a kontakt skóra do skóry

Kontakt skóra do skóry po porodzie	Problemy laktacyjne		Razem
	Tak	Nie	

Tak	N	22	38	60
	%	36,7%	63,3%	100%
Nie	N	36	4	40
	%	90,0%	10,0%	100%
Chi square		60,5		
P		0,00001		

Wykorzystując uzyskane dane zbadano zależności pomiędzy pojawieniem się problemów związanych z laktacją a wiekiem, miejscem zamieszkania, uczęszczaniem na zajęcia do Szkoły Rodzenia, sposobem rozwiązania ciąży oraz ilością porodów. Dokładne dane zaprezentowano w Tabelach II-VI.

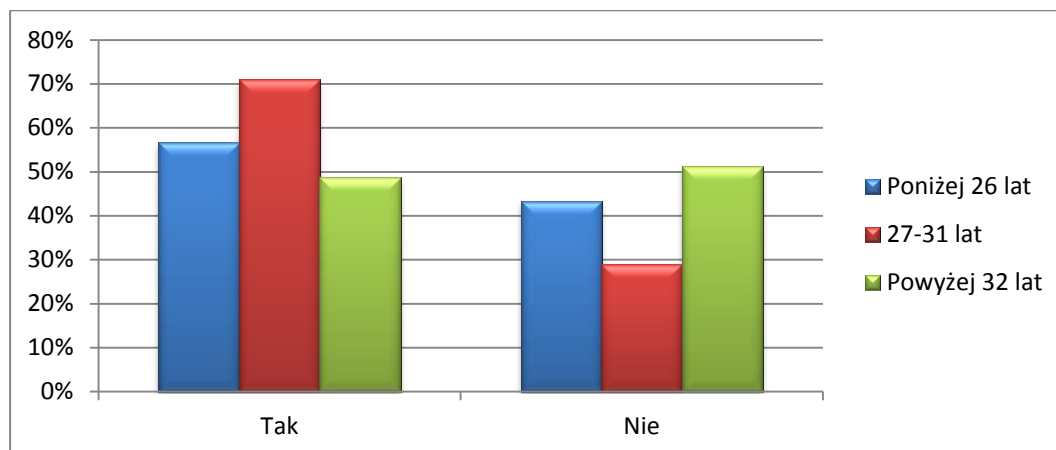
Wykazano, że wiek ma dość istotny wpływ na pojawienie się problemów związanych z karmieniem piersią. Poziom bardzo wysoki ($p < 0,001$) (chi square=10,25; $p=0,006$). Tabela II.

Tabela II. Wstępowanie problemów laktacyjnych a wiek pacjentek

Wiek pacjentek		Problemy laktacyjne		Razem
		Tak	Nie	
Poniżej 26 lat	N	17	13	30
	%	56,7%	43,3%	100%
27-31 lat	N	22	9	31
	%	71,0%	29,0%	100%
Powyżej 32 lat	N	19	20	39
	%	48,7%	51,3%	100%
Chi square		10,25		
P		0,006		

Na podstawie danych zaprezentowanych na Rycinie 1 wynika, że najczęściej z problemami laktacyjnymi zmagają się grupy kobiet w wieku 27-31 lat. Wśród pacjentek

mających poniżej 26 lat problemy z karmieniem piersią zgłaszało ponad połowa ankietowanych. Najmniejszy odsetek stanowiły kobiety mające powyżej 32 lat (48,7%).



Rycina 1. Problemy laktacyjne a wiek badanych

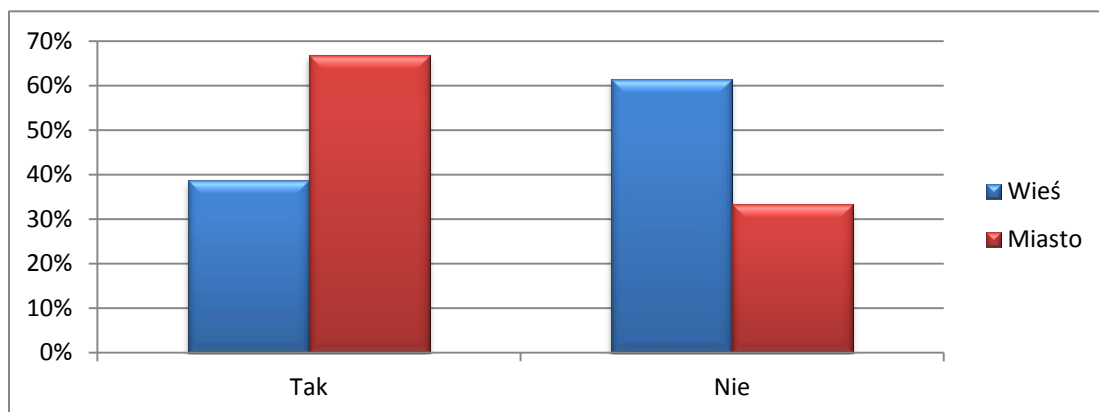
Z uzyskanych danych zaprezentowanych w Tabeli III wynika, że miejsce zamieszkania ma duży wpływ na wystąpienie problemów laktacyjnych. Istotność statystyczna osiągnęła poziom bardzo wysoki ($p < 0,001$) ($\chi^2 = 15,74$; $p = 0,00007$). Tabela III.

Tabela III. Problemy laktacyjne a miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania		Problemy z karmieniem naturalnym		Razem
		Tak	Nie	
Wieś	N	12	19	31
	%	38,7%	61,3%	100%
Miasto	N	46	23	69
	%	66,7%	33,3%	100%
Chi square		15,74		
P		0,00007		

Na podstawie zebranych danych przedstawionych na Rycinie 2 zaobserwowano, że kobiety mieszkające w mieście znacznie częściej deklarowały pojawienie się problemów

laktacyjnych (66,7%). Wśród ankietowanych mieszkających na wsiach problemy zgłaszało prawie o połowę mniej kobiet (38,7%).



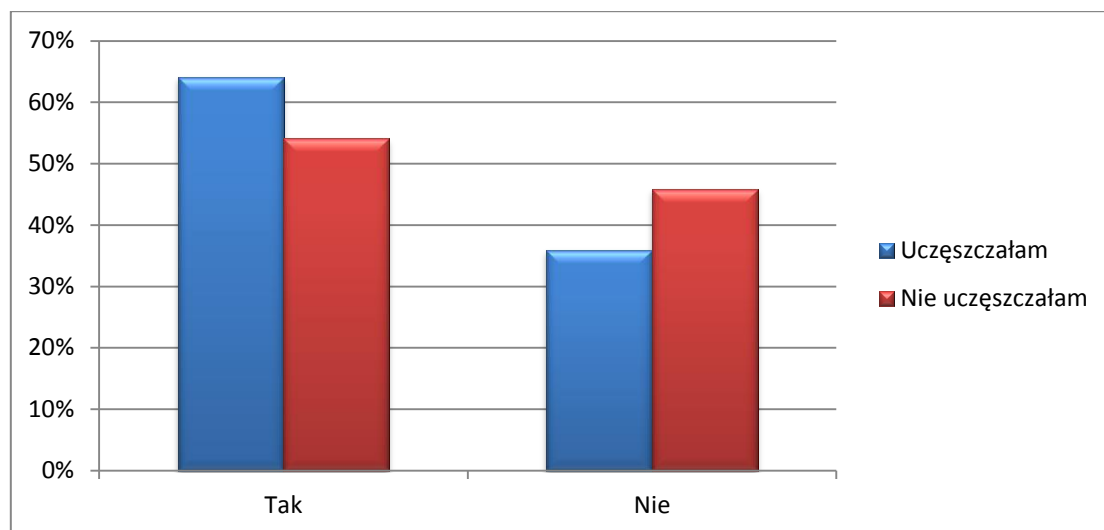
Rycina 2. Problemy laktacyjne a miejsce zamieszkania

Nie zaobserwowano zależności pomiędzy pojawieniem się problemów laktacyjnych, a uczęszczaniem na zajęcia do Szkoły Rodzenia $p > 0,05$ (chi square=2,07; $p=0,15$). Tabela IV.

Tabela IV. Pojawienie się problemów związanych z karmieniem naturalnym a uczęszczanie na zajęcia do Szkoły Rodzenia

Uczęszczanie na zajęcia do Szkoły Rodzenia		Problemy z karmieniem naturalnym		Razem
		Tak	Nie	
Uczęszczałam	N	25	14	39
	%	64,1%	35,9%	100%
Nie uczęszczałam	N	33	28	61
	%	54,1%	45,9%	100%
Chi square		2,07		
P		0,15		

Na podstawie danych ukazanych na Rycinie 3 zauważono, że aż 64,1% kobiet uczęszczających na zajęcia do szkoły rodzenia zgłaszało problemy z karmieniem naturalnym, wśród osób nie uczęszczających na zajęcia do Szkoły Rodzenia odsetek ten wynosił 54,1%.



Rycina 3. Pojawienie się problemów laktacyjnych a uczęszczanie na zajęcia do szkoły rodzenia

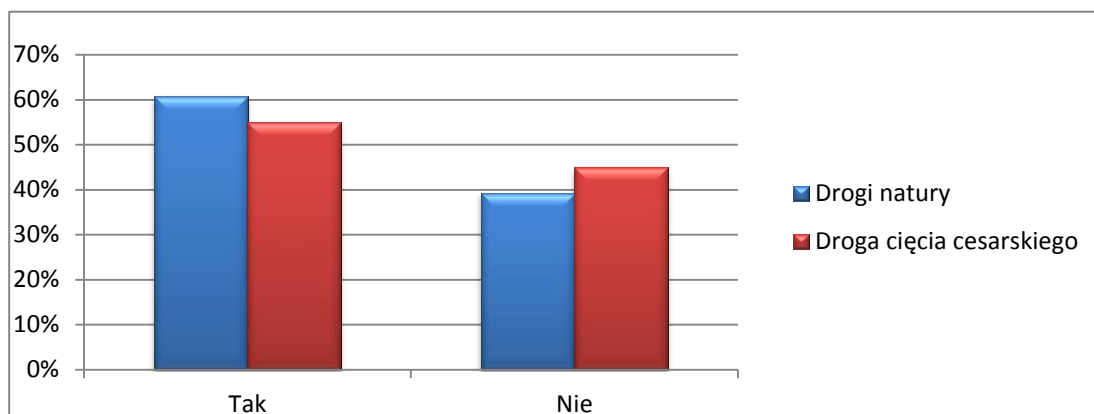
Analiza statystyczna nie wykazała zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$) pomiędzy występowaniem problemów w karmieniu naturalnym a drogą jaką odbył się poród (chi square=0,74; $p=0,39$). Tabela V.

Tabela V. Pojawienie się problemów związanych z karmieniem naturalnym a droga jaką odbył się poród

Droga jaką odbył się poród		Problemy z karmieniem naturalnym		Razem
		Tak	Nie	
Drogi natury	N	31	20	51
	%	60,8%	39,2%	100%
Droga cięcia cesarskiego	N	27	22	49
	%	55,1%	44,9%	100%
Chi square		0,74		
P		0,39		

Z danych przedstawionych na Rycinie 4 wynika, że zbliżony odsetek badanych, bez względu na rodzaj porodu zgłaszało problemy w karmieniu piersią. Posiadanie problemów

w karmieniu naturalnym deklarowało 60,8% badanych, którzy urodzili dziecko drogami natury, a także 55,1% kobiet, które miały cięcie cesarskie.



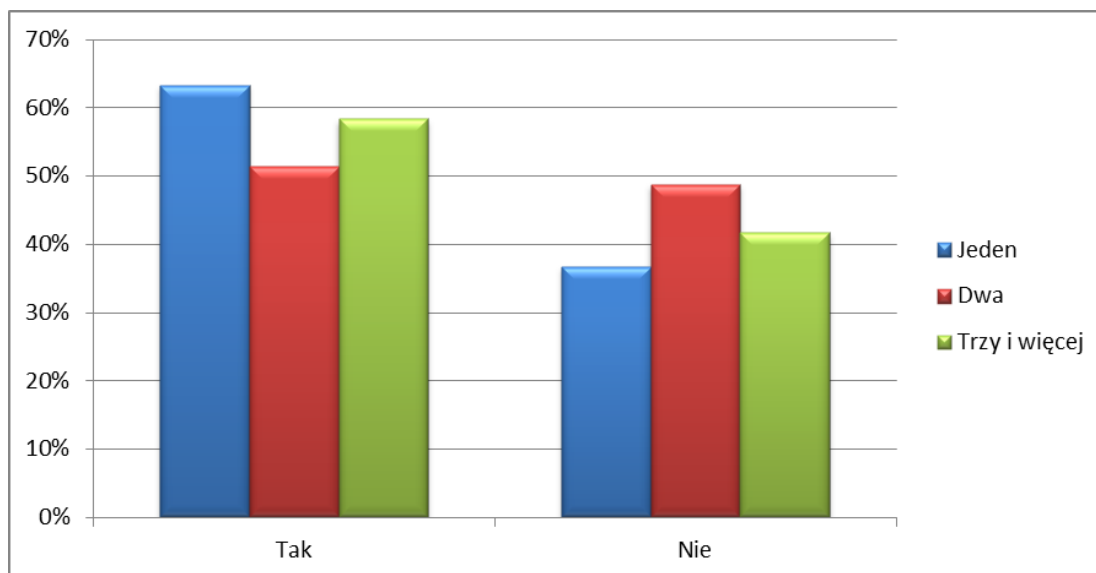
Rycina 4. Pojawienie się problemów związanych z karmieniem naturalnym a droga jaką odbył się poród

Nie wykazano zależności istotnej ze statystycznego punktu widzenia ($p > 0,05$) pomiędzy występowaniem problemów w karmieniu naturalnym a ilością odbytych porodów ($\chi^2 = 2,97$; $p = 0,23$). Tabela VI.

Tabela VI. Pojawienie się problemów związanych z karmieniem naturalnym a ilość porodów

Ilość porodów		Problemy z karmieniem naturalnym		Razem
		Tak	Nie	
Jeden	N	31	18	49
	%	63,3%	36,7%	100%
Dwa	N	20	19	39
	%	51,3%	48,7%	100%
Trzy i więcej	N	7	5	12
	%	58,3%	41,7%	100%
Chi square		2,97		
P		0,23		

Zauważono, że największe problemy w karmieniu naturalnym zgłaszało 63,3% badanych, które odbyły 1 poród. Wśród osób mających troje i więcej dzieci odsetek ten wynosił 58,3%, a wśród badanych mających dwoje dzieci problemy związane z karmieniem piersią zgłaszało więcej niż połowa respondentów (53,8%). Rycina 5 przedstawia opisywane dane.



Rycina 5. Pojawienie się problemów związanych z karmieniem naturalnym a ilość porodów

Dyskusja

Karmienie piersią niesie za sobą wiele korzyści zarówno dla matki jak i dziecka. Uchodzi za najzdrowszą formę odżywiania noworodków. Pokarm kobiety zawiera bogactwo składników niezbędnych do prawidłowego rozwoju, jest lekkostrawne oraz dobrze tolerowane przez organizm. Nie zawsze jednak przebiega ono bez żadnych komplikacji. Wpływ na wystąpienie problemów laktacyjnych mogą odgrywać czynniki socjodemograficzne.

Poddając analizie czynniki socjodemograficzne w pracy własnej, najczęściej problemy laktacyjne zgłaszano w grupie kobiet w wieku 27-31 lat (71%). Wśród osób mających poniżej 26 roku życia trudności wystąpiły u 57%, natomiast wśród badanych powyżej 32 roku życia zgłosiła prawie połowa (49%). W badaniach przeprowadzonych przez Bień i wsp.[7] na temat opinii i postaw kobiet na temat karmienia piersią większe problemy zauważono w grupie kobiet powyżej 36 roku życia (56,8%) natomiast najmniejsze trudności wystąpiły w grupie badanych pomiędzy 31-35 rokiem życia (30,3%).

W badaniach własnych analizowano także zależność pomiędzy wystąpieniem problemów laktacyjnych a drogą jaką odbył się poród. Z analizy wynika że zbliżony odsetek kobiet zarówno po porodzie naturalnym (60,8%) jak i po cięciu cesarskim (55,1%) zgłaszało problemy w karmieniu piersią. W badaniach przeprowadzonych przez Gebuze i wsp.[8] wykazano, że trudności z karmieniem piersią częściej miały miejsce u kobiet po cięciu cesarskim.

Jeżeli chodzi o związek wystąpienia problemów laktacyjnych a ilością przeżytych porodów w pracy własnej wykazano, że największe problemy wystąpiły u kobiet, które odbyły 1 poród (63,3%), a wśród osób mających troje i więcej dzieci odsetek ten wynosił 58,3%. W badaniach Gebuzy i wsp. [9] na temat najczęściej występujących problemów laktacyjnych w okresie poporodowym nie wykazano zależności wystąpienia problemów laktacyjnych, a ilością przeżytych porodów. Najczęściej problem z przystawieniem noworodka wystąpił u kobiet mających jedno dziecko (54%) , co może wiązać się z brakiem doświadczenia.

Wnioski

W toku niniejszych badań sformułowano następujące wnioski:

- bezpośredni kontakt skóra do skóry matki i dziecka po porodzie zdecydowanie przyczynia się do zmniejszenia ilości problemów związanych z laktacją,
- czynniki socjodemograficzne takie jak: wiek i miejsce zamieszkania mają istotny wpływ na występowanie problemów laktacyjnych.

Spis piśmiennictwa

1. Żukowska-Rubik M. Dokarmianie dzieci karmionych piersią –kiedy, czym i jak? Stand Med Pediatr. 2013,11,189–199.
2. Majchrzak M, Stawicka K, Jenczura A, Czajkowska M, Pyrcek A, Mann A, Ociepa K, Płonka J. Czynniki determinujące sposoby karmienia noworodków i małych dzieci. Zdrowie i Dobrostan 2014, 3, 79-87.
3. Kameduła N, Bączek G, Dmoch-Gajzlerska E, Żukowska-Rubik M: Wybrane wskaźniki opieki laktacyjnej nad kobietami po cięciu cesarskim w warszawskich szpitalach. Problemy pielęgniarstwa 2017, 25(4), 239 – 244.

4. Żelazko K, Pałczyńska M, Ambrozik P, et al. Analiza czynników wpływających na powodzenie karmienia piersią. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2013, 4, 75–78.
5. Szybyer B.: Karmienie piersią. *Neonatologia. Praktyczne umiejętności z noworodkiem*. PZWL, Warszawa 2014, 23-44.
6. Józefów P.: Przebieg laktacji we wczesnym połogu u kobiet po porodzie siłami natury i przez cesarskie cięcie z uwzględnieniem rodności kobiety. *Prace oryginalne* 2013, 3(2), 133-142.
7. Bień A., Kozak A. , Rzońca E., Stadnicka S.:Opinie i postawy kobiet wobec karmienia piersią. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017, 7(8),1258-1271.
8. Gebuza G., Kaźmierczak M., Mieczkowska M., Gierszewska M.: Wsparcie społeczne podczas karmienia piersią. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2018, 4(57): 422-427.
9. Gebuza G, Jaworska K, Kaźmierczak M, Mieczkowska M, Gierszewska M.: Najczęściej występujące problemy laktacyjne w okresie poporodowym. *Pol. Przegl. Nauk Zdr.* 2016, 2,148–155.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z URAZEM WIELONARZĄDOWYM

Barbara Jankowiak¹, Monika Maria Urwan^{2,3}

¹ - Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² - Absolwentka Kierunku Pielęgniarstwo I stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³ - Szpitalny Oddział Ratunkowy z Pododdziałem Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Wstęp

Urazem wielonarządowym nazywamy stan, w którym dochodzi do uszkodzeń kilku narządów lub co najmniej dwóch okolic ciała, z czego każde uszkodzenie wymaga hospitalizacji [1, 2].

Kwalifikacja do centrum urazowego

Kryteria kwalifikacyjne do centrum urazowego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18.06.2010 roku w sprawie centrum urazowego. Pacjent urazowy kwalifikuje się do centrum urazowego spełniając następujące kryteria:

- co najmniej 2 spośród obrażeń anatomicznych:
 - penetrujące rany głowy, tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów
 - amputacja kończyny powyżej łokcia lub kolana
 - rozległe urazy zmiżdżeniowe kończyn
 - urazy rdzenia kręgowego
 - złamania kończyn z towarzyszącym uszkodzeniem naczyń i nerwów
 - złamanie co najmniej 2 proksymalnych kości długich lub złamania w obrębie miednicy
- towarzyszące co najmniej 2 zaburzenia parametrów życiowych:
 - ciśnienie skurczowe krwi ≤ 80 mmHg
 - tętno > 120 uderzeń/min
 - częstość oddechu < 10 lub > 29 oddechów/min
 - ocena świadomości w skali GCS ≤ 8
 - $SaO_2 \leq 90\%$ [3].

Diagnostyka urazów wielonarządowych

Wywiad i badanie fizykalne

Informacje o przebiegu zdarzenia, okolicznościach umożliwiają wstępne oszacowanie ewentualnych obrażeń. Wywiad, o ile to możliwe, powinien być zebrany nie tylko od poszkodowanego, ale i od świadków zdarzenia. Uzyskane w ten sposób informacje, zespół ratownictwa medycznego powinien uzupełnić o ocenę stanu pacjenta z wykorzystaniem powszechnie użytkowanych skal, a także badanie urazowe [4]. Skalami, które wykorzystywane są do oceny stanu poszkodowanego są:

- **Skala GCS** - ang. *Glasgow Coma Scale* - skala głębokości śpiączki - posiadająca dobrą wartość prognostyczną skala umożliwia wstępne oszacowanie rokowania poszkodowanego. Pacjenci, którzy zostali ocenieni na ≤ 8 pkt w skali GCS wymagają intubacji dotchawiczej i wdrożenia tlenoterapii biernej lub wentylacji zastępczej (przy braku lub niewystarczającym własnym napędzie oddechowym). Ten graniczny wynik świadczy o ciężkich obrażeniach mózgu, które mogłyby zostać pogłębione przez szkodliwy wpływ niedotlenienia na tkankę mózgową [5, 6].
- **Skala TS** - ang. *Trauma Score* - skala ciężkości urazu; skala oparta na ocenie oddechu, układu krążenia oraz ocenie układu nerwowego. Ocena poszczególnych parametrów ma odzwierciedlenie w punktacji. Ma ona szerokie zastosowanie wśród poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych oraz, co niezmiernie istotne umożliwia przeprowadzenie szybkiego triage'u na miejscu zdarzenia w sytuacji zdarzenia masowego, dzięki czemu możliwe jest udzielenie pomocy najbardziej potrzebującym poszkodowanym [7].
- **Skala RTS** - ang. *Revised Trauma Score* - skorygowana skala urazu; skala służąca do określenia aktualnego stanu ogólnego pacjenta i prawdopodobieństwa przeżywalności wyliczana wg wzoru

$$RTS = 0,9368 \text{ GCS} + 0,7326 \text{ SBP} + 0,2908 \text{ RR}$$

GCS - skala Glasgow

SBP - ciśnienie skurczowe

RR - częstość oddechów

Wynik w skali RTS wynosić może od 0 do 7,8408, a poszkodowani, którzy uzyskali wynik <4 kwalifikowani są do centrum urazowego.

- **Skala AIS** - ang. *Abbreviated Injury Scale* - skrócona skala obrażeń. Stosowana jest w celu oszacowania ciężkości doznanych obrażeń w poszczególnych okolicach ciała:
✓ głowa i szyja

- ✓ twarz i twarzoczaszka
- ✓ klatka piersiowa
- ✓ brzuch
- ✓ miednica i kończyny
- ✓ powłoki skórne

Obrażenie te oceniane są w 6 - punktowej skali:

- 1 pkt - obrażenia drobne
- 2 pkt - obrażenia umiarkowane
- 3 pkt - obrażenia poważne
- 4 pkt - obrażenia bardzo poważne
- 5 pkt - obrażenia krytyczne
- 6 pkt - obrażenia grożące zgonem (obrażenia, które kończą się zgonem pacjenta bez względu na podjęte działania).

Na podstawie uzyskanych danych możliwe jest wyliczenie ISS - ang. *Injury Severity Score* - wskaźnika ciężkości urazu. Wyliczenia tego dokonuje się poprzez zsumowanie kwadratów uzyskanych punktów w obrębie trzech najcięższych urazów:

$$ISS = A^2 + B^2 + C^2$$

A, B, C - liczba punktów uzyskanych w trzech najbardziej uszkodzonych obszarów ciała.

Poszkodowany może otrzymać od 3 - 75 pkt ISS [8].

Diagnostyka laboratoryjna

Celem przeprowadzenia badań laboratoryjnych jest dostosowanie leczenia do aktualnego stanu ogólnego poszkodowanego. W tym celu należy wykonać:

- morfologię krwi z rozmazem
- badanie biochemiczne krwi:
 - poziom elektrolitów
 - enzymy wątrobowe
 - enzymy nerkowe
 - enzymy trzustkowe
 - CRP
- badanie równowagi kwasowo - zasadowej
- badanie toksykologiczne
 - poziom alkoholu etylowego we krwi

- obecność substancji psychoaktywnych i leków
- badanie ogólne moczu [8].

Dodatkowo, o czym należy pamiętać każdy pacjent, który został zakwalifikowany do centrum urazowego musi mieć pobraną krew na grupę krwi oraz próbę zgodności, celem zaopatrzenia go w niezbędne preparaty krwi i preparaty krwiopochodne [8, 9].

Diagnostyka obrazowa

Każdy poszkodowany zakwalifikowany do centrum urazowego musi zostać poddany szczegółowej diagnostyce obrazowej. Badania obrazowe, jakie są wykonywane zależą w dużej mierze od obrażeń, jakim uległ pacjent [8].

Diagnostyka obrazowa pacjenta po urazie wielonarządowym obejmuje:

- **RTG** - w trakcie diagnostyki urazów wielonarządowych konieczne jest wykonanie RTG w pozycji AP (projekcja przednio - tylna) i bocznej. W diagnostyce pacjenta urazowego wykorzystuje się wykonywanie:
 - **RTG klatki piersiowej** - diagnostyka złamań żeber, mostka, obojczyków, odmy przeżnej, krwinków opłucnej
 - **RTG kończyn górnych i dolnych** - diagnostyka złamań [1, 2, 10].
- **USG** - badanie to wykonuje się celem diagnostyki patologii w obrębie jamy brzusznej. Jest ono niezwykle przydatne oraz co niezwykle istotne może być wykonywane przy łóżku pacjenta, co minimalizuje konieczność transportu, a co za tym idzie pozwala na ciągłą obserwację stanu ogólnego. Należy również podkreślić fakt, iż USG może być również wykorzystane w diagnostyce obrażeń klatki piersiowej [11]:
 - **USG jamy opłucnowej** (diagnostyka krwawienia do jamy opłucnowej) pozwala na wykonanie punkcji opłucnej celem ewakuacji zgromadzonego płynu
 - **USG serca** - wykonywane w przypadku podejrzenia tamponady osierdza – [2, 7, 11].
- **Trauma scan** - tomografia komputerowa wykonywana od czubka głowy do spojenia łonowego, tj. uwzględniająca wykonywanie skanów w obrębie głowy, klatki piersiowej, brzucha oraz miednicy (Fotografia 4 i 5). Niekiedy poszerzona o wykonanie angio - TK - tomografię naczyń krwionośnych z podaniem środka kontrastującego. Badanie to w najlepszy sposób obrazuje obrażenia i jest obecnie złotym standardem w diagnostyce urazów. Dzięki tomografii komputerowej możliwe

jest uzyskanie wyników, które pomogą zespołowi terapeutycznemu na podjęcie dalszych kroków i ustalenie sekwencji działania [5, 12].

- **Badania endoskopowe** - Niekiedy wskazane jest poszerzenie diagnostyki o wykonanie badań endoskopowych. Dzieje się tak, gdy pomimo usilnych starań zespołu terapeutycznego niemożliwym jest ustabilizowanie funkcji życiowych pacjenta. Najczęstszym badaniem endoskopowym wykorzystywanym w diagnostyce pacjenta po urazie wielonarządowym jest bronchoskopia [2].

Postępowanie przedszpitalne

Czynności, jakie są podejmowane na miejscu zdarzenia mają znamieny wpływ na dalszy przebieg leczenia poszkodowanego. Do niedawna powszechną zasadą działania zespołów ratownictwa medycznego, była zasada "scoop and run" (ang. ładuj i jedź), która niejako sprowadzała działania zespołów do transportu. Jednak, jak pokazują badania, pozostanie na miejscu zdarzenia celem podjęcia czynności ratowniczych, mających na celu ustabilizowanie stanu pacjenta na czas transportu znacząco przyczynia się do zwiększenia przeżywalności poszkodowanych [2].

Aby usystematyzować postępowanie przedszpitalne został stworzony algorytm, którego nawa jest akronimem najważniejszych czynności ratowniczych:

A - airway (ang. drogi oddechowe) - ocena drożności dróg oddechowych, ewentualne zapewnienie drożności dróg oddechowych

B - breathing (ang. oddech) - ocena obecności i jakości spontanicznego oddechu poszkodowanego, ewentualne rozważenie wdrożenia wspomaganie oddechu poprzez tlenoterapii biernej lub wentylacji zastępczej

C - circulation (ang. krążenie) - ocena tętna, ciśnienia tętniczego, zapewnienie niezbędnego przepływu tkankowego, poprzez płynoterapię i farmakoterapię, a w sytuacji NZK - również uciskanie klatki piersiowej

D - disability (ang. zaburzenia) - ocena stanu świadomości

E - exposure, examination (ang. odsłonięcie, badanie) - wykonanie badania urazowego w celu ujawnienia obrażeń zewnętrznych

F - fractures (ang. złamania) - zaopatrywanie złamań

M - minitoring (ang. monitorowanie) - dokonywanie pomiarów tętna, ciśnienia tętniczego krwi, EKG w sposób ciągły

N - nursing (ang. pielęgnacja) - zapewnienie poszkodowanemu odpowiednich warunków na miejscu zdarzenia oraz na czas transportu (zabezpieczenie przed utratą ciepła, zabezpieczenie dostępu naczyniowych, zabezpieczenie drożności dróg oddechowych)

O - oxygenation (ang. natlenowanie) - prowadzenie tlenoterapii biernej lub wentylacji zastępczej, kontrola efektywności prowadzonej terapii

P. R - pain relief (ang. terapia przeciwbólowa) - zabezpieczenie pacjenta lekami przeciwbólowymi, dostosowanie terapii do rodzaju i wielkości doznanych obrażeń

S - sedation (ang. uspokojenie) - udzielenie przytomnemu pacjentowi informacji o stanie jego zdrowia

T - transportation (ang. transport) - przetransportowanie poszkodowanego do najbliższego ośrodka o najwyższym stopniu referencyjności lub do centrum urazowego celem dalszego leczenia [2, 13, 14].

Leczenie

Leczenie pacjentów po urazach wielonarządowych nadal stanowi duże wyzwanie dla zespołu terapeutycznego. Rezultaty podyktowane są przede wszystkim prawidłowym zabezpieczeniem pacjenta w warunkach przedszpitalnych, skutecznym leczeniu stanów bezpośredniego zagrożenia życia, szybkim transporcie do ośrodka wysokospecjalistycznego oraz jak najszybciej wdrożona diagnostyką [15].

Leczenie farmakologiczne

Farmakoterapia, która stosowana jest w urazach jest pojęciem bardzo szerokim. To, jakie preparaty zostaną podane pacjentowi zależy bowiem od jego stanu ogólnego. Dlatego też tak ważna jest diagnostyka laboratoryjna oraz obrazowa, która umożliwia nakierowanie dalszego postępowania na problemy, z jakimi zmagają się poszkodowani.

Kolejnym aspektem, warunkującym trafne dobranie terapii jest ciągły pomiar parametrów hemodynamicznych, tj.: tętna, ciśnienia tętniczego krwi, diurezy, nawrotu włośniczkowego, równowagi kwasowo - zasadowej, stanu neurologicznego.

Podstawą farmakoterapii urazów wielonarządowych będzie więc ukierunkowanie jej na aktualny stan [2, 15].

W leczeniu urazów wielonarządowych wykorzystywane są leki i preparaty stosowane w:

- leczeniu przeciwobrzękowym
- leczenie przeciwkrwotoczne

- leczeniu zaburzeń hemodynamicznych
- leczeniu resuscytacyjnym
- leczeniu zaburzeń gospodarki wodno - elektrolitowej
- leczeniu zaburzeń gospodarki kwasowo - zasadowej
- leczeniu przeciwzakrzepowym
- płynoterapii
- antybiotykoterapii [15, 16, 17, 18, 19, 20].

Leczenie preparatami krwi

Obecnie nadal krew i preparaty krwi pozostają złotym standardem w leczeniu pacjentów po ciężkich urazach wielonarządowych.

W przypadku pacjentów urazowych zespół terapeutyczny ma do czynienia z masywnymi krwotokami. Mianem masywnego krwotoku określa się:

- utrata pełnej objętości łożyska w ciągu 24 h - taka utrata wiąże się z koniecznością przetoczenia 10 j. KKCz w ciągu doby
- utrata połowy objętości łożyska wiążąca się z koniecznością jej uzupełnienia w ciągu 3 godzin
- utrata >150 ml/min objętości krwi w ciągu 20 min.
- utrata krwi z prędkością 1,5 ml/ kg/ min. [21].

Wszelkie zaburzenia hemodynamiczne wynikające z masywnego krwotoku prowadzą do hipoperfuzji narządów, a w konsekwencji do centralizacji krążenia, jako mechanizmu neuro- i kardioprotekcyjnego. Nie wdrożenie leczenia preparatami krwi i kriopochodnymi skutkuje pogłębieniem tego stanu, aż do wystąpienia tzw.: triady śmierci. Jej objawami są koagulopatia ze zużycia czynników krzepnięcia, kwasica metaboliczna oraz hipotermia (będąca skutkiem wychłodzenia pacjenta). Te komponenty wzajemnie wpływając na siebie, niejako napędzają błędne koło [21, 22].

Wdrożenie leczenia krwią i preparatami krwiopochodnymi u pacjenta po urazie wielonarządowym jest w znamienitej większości niezbędne. Skuteczność leczenia masywnej utraty krwi można określić jako wypadkową objętości utraconej krwi, objętości i rodzaju przetoczonych płynów infuzyjnych oraz objętości przetoczonych składników krwi i preparatów krwiopochodnych. Zachowanie proporcji w podawanych preparatach warunkuje rozwój koagulopatii, kwasicy i hipotermii [22].

W leczeniu krwotoków pourazowych wykorzystywane są:

- **KKCz** - koncentrat krwinek czerwonych - transfuzja KKCz w przypadku krwotoków ma na celu utrzymanie wartości Hb >7 g/dl przy braku chorób współistniejących, lub $>8 - 9$ g/dl u pacjentów z chorobami współistniejącymi (zwłaszcza chorobami ze strony układu sercowo - naczyniowego i oddechowego). Przetoczenie KKCz jest postępowaniem z wyboru w przypadku poszkodowanych z urazem wielonarządowym, gdyż umożliwia przywrócenie objętości łożyska naczyniowego. Gdy grupa krwi nie została oznaczona, podawany jest pacjentowi preparat grupy uniwersalnej - tj.: O Rh (-) (ujemnej). Podaż preparatów zgodnych grupowo powinien odbyć się po oznaczeniu grupy krwi poszkodowanego i wykonaniu próby zgodności [22, 23].
- **FFP** - osocze świeżo mrożone - w sytuacji masywnego krwotoku, zespół terapeutyczny ma do czynienia z koniecznością uzupełnienia czynników krzepnięcia, które niezbędne są w procesie leczenia pacjenta urazowego. Przetaczanie FFP odbywa się pod kontrolą INR oraz PT (czasu protrombinowego). Wskazaniem do tranfuzji FFP jest INR >1.5 . Przetaczane preparatu powinny być zgodne grupowo. Dlatego do czasu oznaczenia grupy krwi poszkodowanego możliwe jest podanie osocza grupy AB. Objętość przetaczanego osocza zależy od stanu ogólnego pacjenta, występowania objawów koagulopatii i waha się pomiędzy 15 - 20 ml/kg m.c u chorych bez objawów koagulopatii do 30 ml/kg m.c u pacjentów z objawami koagulopatii [22, 23].
- **KKP** - koncentrat krwinek płytkowych - w trakcie uzupełniania łożyska naczyniowego preparatami krwiopochodnymi, należy pamiętać również o transfuzji koncentratu krwinek płytkowych. Krwotok, jakiego doznaje poszkodowany, sprzyja obniżeniu się liczby płytek. Wskazaniem do przetoczenia KKP jest gwałtowne obniżenie się liczby płytek <20 tys./ μ l U pacjentów po urazie wielonarządowym zaleca się utrzymanie liczby płytek >100 tys./ μ l [22, 23].
- **Krioprecypitat** - wskazania do przetoczenia krioprecypitatu są takie same, jak w przypadku transfuzji osocza świeżo mrożonego. Dodatkowym kryterium do tranfuzji jest obniżenie się stężenia fibrynogenu $> 1,5 - 2$ g/l u chorych po urazach. Preparat ten ma objętość ok 20 - 30 ml i zawiera:
 - 0,15 - 0,3 g fibrynogenu
 - czynniki krzepnięcia:
 - VIII - 70 - 150 jednostek
 - von Willebranda 100 - 150 jednostek
 - XIII - 30 - 90 jednostek

- fibrynoektynę
- mikrocząstki płytek krwi.

Dzięki temu, iż zawiera w sobie wyższe stężenia czynników krzepnięcia, możliwe jest przetoczenie mniejszej w stosunku do FFP objętości. Zaleca się transfuzję 1 - 3j./10 kg m.c u pacjenta po urazie wielonarządowym, gdyż taka dawka pozwala na podwyższenie stężenia fibrynogenu o 0,5 - 1g/l [21, 22, 23].

Leczenie chirurgiczne

Bez względu na rodzaj doznanego urazu niemal każdy pacjent po urazie wielonarządowym wymaga podjęcia interwencji chirurgicznej. Kolejność podejmowanych zabiegów operacyjnych ustalana jest w oparciu o ciężkość obrażeń oraz to, w jakim stopniu zagrażają życiu pacjentowi. Niektóre przypadki wymagają jednoczesnego zabiegu w obrębie kilku okolic ciała, a niekiedy możliwe jest odroczenie zabiegu w danej okolicy ciała do czasu ustabilizowania funkcji życiowych lub z uwagi na niższe ryzyko pogorszenia stanu ogólnego [15, 24].

Cele pracy

Celem pracy było:

1. Zdiagnozowanie problemów pielęgniarstkich u pacjenta po urazie wielonarządowym.
2. Określenie celów opieki pielęgniarstkiej.
3. Sformułowanie planu opieki nad pacjentem po urazie wielonarządowym.

Material i metodologia

Badaniem objęto pacjenta D. B. przyjętego do Centrum Urazowego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku po wypadku komunikacyjnym. w dniu 10.12.2020r.

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku z wykorzystaniem procesu pielęgnowania. Materiał badawczy zbierano w oparciu o obserwację, analizę dokumentacji medycznej, dokonywanych pomiarów oraz wywiad.

Dzięki zgromadzonym danym możliwe było zdiagnozowanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta, a także sformułowanie planu opieki.

Wyniki

Opis przypadku

Pacjent D. B., lat 40, w 3 dobie pobytu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku hospitalizowany z powodu urazu wielonarządowego.

Pacjent przewieziony został do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przez zespół pogotowia ratunkowego po wypadku komunikacyjnym. Na miejscu zdarzenia pacjent został zaintubowany, zabezpieczono odcinek szyjny kręgosłupa (kołnierz ortopedyczny) oraz zaopatrzone złamanie kończyn za pomocą szyn Kramera.

Zgodnie z obowiązującymi zasadami, pacjent został zakwalifikowany do Centrum Urazowego. Przy przyjęciu wdrożono diagnostykę laboratoryjną (grupa krwi oraz próba krzyżowa, morfologia krwi z rozmazem, badanie biochemiczne krwi - poziom elektrolitów, enzymy wątrobowe, enzymy nerkowe, enzymy trzustkowe, CRP, badanie toksykologiczne, poziom alkoholu etylowego we krwi, badanie ogólne moczu) oraz diagnostykę obrazową (trauma scan, USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, RTG kończyny dolnej lewej). U pacjenta stwierdzone zostały następujące obrażenia: krwiak podtwardówkowy po stronie lewej, odma prężna lewostronna, pourazowy krwiak śledziony, krwiak podtorebkowy nerki lewej, złamanie kości udowej lewej, złamanie kości ramiennej lewej. W ramach SOR założono pacjentowi drenaż czynny opłucnej.

Decyzją kierownika Centrum Urazowego, pacjenta przekazano na blok operacyjny celem odbarczenia krwiaka podtwardówkowego oraz zaopatrzenia obrażeń w obrębie jamy brzusznej.

Pacjent mierzy 186cm wzrostu, waga 80 kg, BMI 23,12. Wywiad socjoekonomiczny oraz dotyczący dotychczasowej historii medycznej pacjenta nie jest możliwy do zebrania.

Na chwilę obecną pacjent jest w 3 dobie pobytu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, po odbarczeniu krwiaka podtwardówkowego, splenektomii oraz ewakuacji krwiaka nerki lewej. Pacjent blokowany farmakologicznie ciągłym wlewem propofolu, midazolamu i remifentanylu, bez reakcji na bodźce zewnętrzne.

Pacjent zaintubowany (rurka intubacyjna nr 8,0), wentylowany mechanicznie (tryb SIMV, PEEP 5, liczba oddechów 12/min). Z drzewa oskrzelowego odsysa się wydzielina śluzowa - toaleta drzewa oskrzelowego wykonywana jest według potrzeb). Wklucie centralne (żyła podobojczykowa prawa), utrzymane, drożne (położenie wkłucia centralnego potwierdzone wykonanym RTG klatki piersiowej). Pacjent ma założoną linię tętniczą (tętnica promieniowa

prawa) - utrzymana, drożna. Prowadzono ciągły, bezpośredni pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Cewnik Foley'a utrzymany, drożny, diureza wymuszana ciągłym wlewem diuretyków pętlowych. Sonda żołądkowa utrzymana, drożna, brak cech zalegania. Pacjent żywiony parenteralnie (Smofkabiven 1000ml) - żywienie prowadzone drogą żył centralnych, wchłaniało się bez powikłań ze strony organizmu. Monitorowano parametry życiowe oraz poziom glikemii, według indywidualnej karty zleceń lekarskich - pomiary odnotowano w dokumentacji pacjenta. Układ krążenia stymulowany był ciągłym wlewem amin katecholowych.

Drenaż czynny jamy opłucnowej lewej utrzymany. Opatrunek wokół drenu czysty, suchy. Opatrunek na ranie pooperacyjnej brzucha delikatnie przesiąknięty, szwy utrzymane. Opatrunek na ranie pooperacyjnej głowy suchy. Dren z rany utrzymany, drożny - w drenie niewielka ilość treści krwistej. Kręgosłup szyjny ustabilizowany kołnierzem ortopedycznym Campa. Złamania w obrębie kończyny górnej lewej i dolnej lewej zabezpieczone opatrunkami gipsowymi. Prowadzono profilaktykę przeciwoleżynową z zastosowaniem udogodnień dostępnych w oddziale (wałki, poduszki, materac dynamiczny). Ze względu na pourazowy obrzęk mózgu stosowano pozycję odwróconą Trendelenburga (uniesienie głowy i tułowia o 30 - 45°).

Parametry życiowe:

- BP 75 - 95/45 - 65 mmHg
- HR 98 - 115 uderzeń/min
- SaO₂ - 99 - 100%
- glikemia - 108mg%
- temperatura 37,4° C.

Farmakoterapia

- antybiotykoterapia
 - Ciprofloxacyna 400mg 2x dziennie iv
 - Levoxa 500mg 2x dziennie iv
- Leki przeciwgorączkowe
 - Perfalgan 1g 4x dziennie iv
- Aminy katecholowe
 - Levonor 5 mg/50ml V=4 ml/h iv
 - Dobutamina 250mg/50ml V= 6ml/h iv
- Analgosedacja
 - Midanium 60mg/60ml V= 8ml/h iv

- Ultiva 4mg/50ml V= 3ml/h iv
- Propofol 0,6g/60ml V= 12ml/h iv
- Pozostałe leki
 - Nexium 40mg 2x dziennie iv
 - Mannitol 15% 100ml 4x dziennie iv
 - Furosemid 0,2g/50ml V= 3ml/h iv
 - MgSO₄ 10ml 2xdziennie iv
 - CaCl₂ 10ml 2x dziennie iv
 - Clexane 60 mg, 1x dziennie sc
- Preparaty żywieniowe
 - Smofkabiven 1000ml, V=50ml/h
- Płynoterapia
 - 0,9% NaCl iv
 - 5% Glukoza iv
 - Plasmalyte iv
 - Solutio Ringeri iv

Indywidualny plan opieki pielęgniarstwiej

- **Diagnoza pielęgniarstwiej 1: Ryzyko wystąpienia obrzęku mózgu i wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego (ICP)**
- ✓ **Cel działania:** Minimalizacja ryzyka wystąpienia obrzęku mózgu i wzrostu ICP
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwiej**
 - obserwacja parametrów życiowych
 - odnotowanie obserwacji w karcie obserwacji pielęgniarstwiej
 - kontrola symetrii i reakcji źrenic na światło (reakcji bezpośredniej i konsensualnej)
 - ułożenie pacjenta w pozycji odwrotnej Trendelenburga
 - poinformowanie lekarza o wystąpieniu niepokojących symptomów, takich jak spadek BP, tachykardia, anizokoria
 - przygotowanie pacjenta do zaplanowanej tomografii komputerowej głowy
 - podaż leków osmotycznie czynnych (diuretyki pętlowe, Mannitol) obniżających ICP
 - prowadzenie bilansu płynów
- ✓ **Ocena podjętych działań:**

Nie stwierdzono objawów obrzęku mózgu i wzrostu ICP. Parametry w trakcie badania utrzymywały się następująco: BP 75 - 95/45 - 65 mmHg, HR 98 - 115 uderzeń/min, SaO₂ - 99 - 100%, źrenice symetryczne, reagujące na światło. Zalecone leki zostały podane. Pacjent miał prowadzony dobowy bilans płynów - dodatni (+650ml).

➤ **Diagnoza pielęgnarska 2: Ryzyko wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej głowy i jamy brzusznej**

- ✓ **Cel działania:** Zmniejszenie ryzyka krwawienia z ran pooperacyjnych
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie**
 - ocena rany pooperacyjnej w kierunku objawów krwawienia
 - pobieranie krwi do badań laboratoryjnych (morfologia) w kierunku objawów krwawienia
 - obserwacja parametrów życiowych (BP, HR) pod kątem objawów krwawienia co godzinę
 - zmiana opatrunków na ranach pooperacyjnych z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
 - ocena ilości drenowanej treści z rany pooperacyjnej głowy
 - poinformowanie lekarza o wystąpieniu niepokojących symptomów, takich jak: spadek BP, wystąpienie tachykardii, stwierdzenie masywnego przesiąknięcia opatrunków
- ✓ **Ocena podjętych działań:**

Nie zaobserwowano krwawienia z ran pooperacyjnych. Parametry życiowe były stabilne. Opatrunek na ranie brzucha miernie przesiąknięty, opatrunek na ranie głowy pozostawał suchy.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 3: Ryzyko wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej głowy i jamy brzusznej**

- ✓ **Cel działania:** Minimalizacja ryzyka wystąpienia zakażenia w obrębie ran pooperacyjnych
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie**
 - ocena ran pooperacyjnych pod kątem miejscowych symptomów zakażenia (obrzęk, zwiększona ciepłota okolicy rany, zaczerwienienie, obecność wydzieliny patologicznej)
 - obserwacja stanu ogólnego pacjenta pod kątem wystąpienia ogólnoustrojowych objawów zakażenia (BP, HR, temperatura)

- zmiana opatrunków na ranach pooperacyjnych z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
- poinformowanie lekarza o wystąpieniu niepokojących objawów
- na zlecenie lekarza pobranie wymazu z rany pooperacyjnej na badanie bakteriologiczne

✓ **Ocena podjętych działań:**

Nie zaobserwowano cech zakażenia ran pooperacyjnych. Opatrunki na ranach pooperacyjnych zostały zmienione z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki. Szwy na ranach utrzymano. Nie stwierdzono obecności obrzęku, wydzieliny patologicznej z ran.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 4: Ryzyko wystąpienia niewydolności krążenia**

✓ **Cel działania:** Eliminacja ryzyka wystąpienia niewydolności krążenia

✓ **Interwencje pielęgnarskie**

- prowadzenie ciągłego pomiaru parametrów życiowych (BP, HR, SaO2)
- odnotowanie dokonanych pomiarów w karcie obserwacji
- powiadomienie lekarza o wystąpieniu niepokojących symptomów (spadek ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu serca o charakterze tachy - lub bradyarytmii)
- podaż leków zgodnie z IKZL
- kontrola bilansu płynów oraz prowadzenie karty bilansowej
- wykonanie EKG

✓ **Ocena podjętych czynności:**

Parametry życiowe kontrolowano w sposób ciągły. Adnotacji w dokumentacji pacjenta dokonywano co godzinę, zgodnie z zaleceniem lekarza. Parametry pozostawały stabilne. Wykonano EKG, które dołączono do dokumentacji pacjenta. Ciągła podaż amin katecholowych była utrzymana, ze względu na niskie wartości ciśnienia tętniczego.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 5: Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z drenażem opłucnej**

✓ **Cel działania:**

Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań

✓ **Interwencje pielęgnarskie**

- obsługa zestawu drenażowego z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
- obserwacja ilości drenowanej treści
- prowadzenie dokumentacji dotyczącej drenażu

- zmiana opatrunku wokół drenu z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
- obserwacja miejsca wyprowadzenia drenu w kierunku przesiąkania oraz miejscowych objawów stanu zapalnego
- poinformowanie lekarza prowadzącego o wystąpieniu niepokojących objawów, takich jak: krwawienie z miejsca wyprowadzenia drenu, brak efektywnego drenażu, spadek SaO_2

✓ **Ocena podjętych działań:**

Drenaż opłucnej utrzymany. Opatrunek wokół drenu był suchy. Nie stwierdzono krwawienia lub cech zakażenia wokół miejsca wyprowadzenia drenu.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 6: Utrzymywanie się podwyższonej temperatury ciała**

✓ **Cel działania:** Obniżenie temperatury ciała

✓ **Interwencje pielęgnarskie**

- stosowanie ciągłego pomiaru temperatury ciała
- odnotowanie dokonywanych pomiarów w karcie gorączkowej pacjenta
- stosowanie metod fizykalnych obniżania temperatury ciała (chłodne kompresy na okolice dużych naczyń)
- poinformowanie lekarza o wystąpieniu podwyższonej temperatury ciała
- podaż leków przeciwgorączkowych zgodnie z IKZL
- pobranie materiału biologicznego (krew, mocz aspirat tchawiczy, wymazy z ran) do badania bakteriologicznego na zlecenie lekarza

✓ **Ocena podjętych działań:**

Temperatura nadal jest podwyższona. Zaleca się kontynuację zaplanowanych działań

➤ **Diagnoza pielęgnarska 7: Ryzyko wystąpienia stanu zapalnego związanego z założonymi dostępami donaczyniowymi**

✓ **Cel działania:** Zmniejszenie ryzyka stanu zapalnego w obrębie wkłuc donaczyniowych

✓ **Interwencje pielęgnarskie**

- obsługa dostępów naczyniowych z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
- zmiana opatrunków wokół wkłuc z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
- ocena skóry wokół wkłucia pod kątem występowania miejscowych objawów stanu zapalnego

- przepłukiwanie układu do pomiaru bezpośredniego ciśnienie tętniczego krwi roztworem 0,9% NaCl +5 tys j. m. heparyny
- wymiana układu do pomiaru bezpośredniego ciśnienia tętniczego oraz wymiana kraników i przedłużek przy wkłuciu centralnym zgodnie ze standardami obowiązującymi w oddziale
- poinformowanie lekarza o wystąpieniu niepokojących objawów (zaczerwienienie wokół wkłucia, wystąpienie obrzęku wokół miejsca wkłucia, obecność ropnej wydzieliny z miejsca wkłucia)

✓ **Ocena podjętych działań:**

Wkłucia donaczyniowe pozostają drożne. Opatrunki wokół wkłuc zmienione zostały z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki. Skóra wokół wkłuc czysta, bez cech stanu zapalnego. Wymieniono układ do bezpośredniego pomiaru ciśnienia tętniczego oraz kraniki i przedłużki przy wkłuciu centralnym. Zaleca się dalszą obserwację wkłuc donaczyniowych pod kątem wystąpienia ewentualnych cech stanu zapalnego.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko wystąpienia zakażenia w obrębie układu oddechowego wynikające z utrzymania rurki intubacyjnej oraz prowadzenia wentylacji zastępczej**

✓ **Cel działania:** Minimalizacja ryzyka wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego

✓ **Interwencje pielęgniarskie**

- wykonywanie toalety drzewa oskrzelowego zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki
- ocena ilości i charakteru treści odsysanej z drzewa oskrzelowego
- wykonywanie toalety jamy ustnej z wykorzystaniem preparatu do tego przeznaczonego (np Oralsept)
- wymiana filtra oddechowego co 24 h
- wymiana tasiemki fiksującej rurkę intubacyjną raz na dobę lub częściej w razie potrzeby
- prowadzenie drenażu ułożeniowego w celu ułatwienia usunięcia wydzieliny z drzewa oskrzelowego
- na zlecenie lekarza pobranie materiału biologicznego na posiew

✓ **Ocena podjętych działań:**

Wykonywano toaletę drzewa oskrzelowego wg potrzeb. Odsysana wydzielina miała charakter śluzowy, zaleganie niewielkie. Filtr oddechowy wymieniony został przy porannej toalecie całego ciała i jamy ustnej. Do toalety jamy ustnej użyto preparatu Oralsept.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 9: Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego związanego z założonym cewnikiem Foley'a**

- ✓ **Cel działania:** Minimalizacja ryzyka wystąpienia ZUM
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie**
 - wykonywanie toalety krocza
 - obsługa cewnika Foley'a z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
 - ograniczenie manipulowania w obrębie cewnika Foley'a
 - ocena makroskopowa moczu w worku zbiorczym (kolor, przejrzystość i ilość moczu)
 - prowadzenie bilansu płynów i prowadzenie karty bilansowej pacjenta
 - pobranie moczu na badanie ogólne i/lub badanie bakteriologiczne na zlecenie lekarza
- ✓ **Ocena podjętych działań:**

Cewnik Foley'a utrzymany, drożny. Mocz w worku zbiorczym był koloru słomkowego, przejrzysty. Ujście zewnętrzne cewki moczowej bez cech stanu zapalnego. Pacjent ma prowadzony dobowy bilans płynów (bilans z doby dodatni +650ml).

➤ **Diagnoza pielęgnarska 10: Ryzyko wystąpienia odleżyn związane z długotrwałym unieruchomieniem w obrębie łóżka**

- ✓ **Cel działania:** Minimalizacja ryzyka wystąpienia odleżyn
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie**
 - obserwacja stanu skóry pod kątem wystąpienia zmian odleżynowych lub odparzeń ze szczególnym uwzględnieniem okolicy pachwin, szpary pośladkowej, pach
 - ocena skóry w miejscach zwiększonego ucisku ze szczególnym uwzględnieniem okolicy szyi i zuchwy ze względu na utrzymany kołnierz ortopedyczny
 - wykonywanie toalety całego ciała ze zmianą bielizny pościelowej i osobistej
 - zabezpieczenie skóry preparatami natłuszczającymi (oliwka kosmetyczna, PCV-30)
 - prowadzenie profilaktyki przeciwoodleżynowej - zmiany pozycji ułożeniowej co 2 h z zastosowaniem udogodnień dostępnych w oddziale
 - prowadzenie dokumentacji dotyczącej profilaktyki przeciwoodleżynowej i zmian odleżynowych, dokonywanie oceny ryzyka wystąpienia odleżyn wg skali Norton

✓ Ocena podjętych działań:

Kontynuowano działania profilaktyczne przeciw odleżynom. Pozycje ciała zmieniano co 2 h - zmiany zostały odnotowane w karcie profilaktyki odleżyn. Pacjent leży na materacu dynamicznym. Wspomagająco użyte zostały wałki oraz poduszki. Skóra została zabezpieczona oliwką kosmetyczną. W trakcie obserwacji nie stwierdzono zmian odleżynowych czy odparzeń. Pacjenta ocenia się na 5pkt w skali Norton. W związku z bardzo ciężkim stanem pacjenta oraz dużym narażeniem na powstanie odleżyn zaleca się kontynuację prowadzenia profilaktyki przeciwoleżynowej

Wskazówki do dalszej pielęgnacji**1. Kontynuacja obserwacji stanu ogólnego pacjenta**

- pomiar parametrów życiowych i odnotowanie wyników w karcie obserwacji
- kontrola symetrii źrenic, reakcji bezpośredniej na światło i reakcji konsensualnej
- ocena pacjenta w skali GCS.

2. Kontynuacja profilaktyki przeciwobrzękowej

- stosowanie pozycji przeciwobrzękowej (uniesienie wezgłowia o 30-45°)
- udział w farmakoterapii przeciwobrzękowej.

3. Kontynuacja profilaktyki przeciwoleżynowej i przeciwoodparzeniowej

- obserwowanie stanu skóry pod kątem wystąpienia zmian o charakterze odleżyn
- obserwacja stanu skóry w okolicach pach, pachwin, pośladków pod kątem wystąpienia odparzeń
- ocena stanu skóry w okolicach narażonych na ucisk spowodowany koniecznością utrzymania kołnierza ortopedycznego (okolice szyi, uszu, żuchwy) pod kątem wystąpienia zmian odleżynowych
- zmiany pozycji ułożeniowych z wykorzystaniem udogodnień dostępnych w oddziale (takich jak wałki, poduszki)
- stosowanie materacy dynamicznych
- stosowanie preparatów ochronnych na skórę (np. oliwki kosmetycznej, PCV - 30)
- prowadzenie dokumentacji dotyczącej profilaktyki przeciwoleżynowej.

4. Kontynuacja drenażu czynnego opłucnej.**5. Kontynuacja profilaktyki przeciw zakażeniom**

- zmiany opatrunków na ranach pooperacyjnych zgodnie z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki

- obserwacja okolicy wkluc donaczyniowych pod kątem wystąpienia miejscowych objawów zakażenia (zaczerwienienie, obrzęk, obecność patologicznej wydzieliny)
- zmiana opatrunków wokół wkluc donaczyniowych zgodnie z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
- obsługa cewnika Foley'a zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki
- wykonywanie toalety kroczu 2 razy na dobę lub częściej w razie potrzeby
- obserwacja ujścia cewki moczowej pod kątem wystąpienia miejscowych objawów zakażenia (zaczerwienienie, patologiczna wydzielina z cewki)
- obserwacja moczu w worku zbiorczym (koloru, przejrzystości) pod kątem zakażenia układu moczowego
- pobieranie materiału biologicznego do badań bakteriologicznych (krwi, moczu oraz aspiratu tchawiczego)
- podawanie antybiotyków zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Wnioski

W niniejszej pracy omówiono przypadek 40 - letniego mężczyzny hospitalizowanego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku w 3 dobie po ewakuacji krwiaka podtwardówkowego, splenektomii i usunięciu krwiaka podtorebkowego nerki lewej. Przyczyną hospitalizacji był uraz wielonarządowy w przebiegu wypadku komunikacyjnego.

1. Na podstawie uzyskanych informacji sformułowane zostały następujące problemy pielęgnacyjne pacjenta:

1. Ryzyko wystąpienia obrzęku mózgu i wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego (ICP).
2. Ryzyko wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej głowy i jamy brzusznej.
3. Ryzyko wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej głowy i jamy brzusznej.
4. Ryzyko wystąpienia niewydolności krążeniowo – oddechowej.
5. Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z drenażem opłucnej.
6. Utrzymywanie się podwyższonej temperatury ciała.
7. Ryzyko wystąpienia stanu zapalnego związanego z założonymi dostępnymi donaczyniowymi.
8. Ryzyko wystąpienia zakażenia w obrębie układu oddechowego wynikające z utrzymania rurki intubacyjnej oraz prowadzenia wentylacji zastępczej.
9. Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego związanego z założonym cewnikiem Foley'a.

10. Ryzyko wystąpienia odleżyn związane z długotrwałym unieruchomieniem w obrębie łóżka.
2. Wyłonione problemy pielęgnacyjne umożliwiły wyznaczenie celów opieki pielęgniarskiej.
3. Opracowano indywidualny plan opieki nad pacjentem, który uwzględniał zdiagnozowane problemy pielęgnacyjne pacjenta.
4. Wyznaczone cele realizowane były z uwzględnieniem zaproponowanych działań pielęgniarskich.

Spis piśmiennictwa

1. Szczęsny G.: Urazy wielonarządowe - punkt widzenia ortopedy. Chirurgia po Dyplomie 2015, 10, 34 – 41.
2. Lipiński J., Lasek J.: Wstęp do traumatologii. [w:] Chirurgia tom 1. Noszczyk W. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, 237 - 245.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18.06.2010 w sprawie centrum urazowego (Dz.U. 2010 nr 118 poz. 803).
4. Cieślik - Bielecka A., Trzepizur M., Bielecki T.: Propedeutyka zaopatrzenia urazów czaszkowo - mózgowych w postępowaniu przedszpitalnym. Journal of Orthopaedics Trauma Surgery and Related Research 2016, 3, 31 – 35.
5. Kołpa M., Grochowska A., Gniadek A., Jurkiewicz B.: Pourazowe obrażenia czaszkowo - mózgowie u pacjentów w stanie nietrzeźwości przyjmowanych doraźnie do szpitalnego oddziału ratunkowego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2016, 22, 40 – 45.
6. Radziwon A., Chorąży M., Wojewódzka - Żeleznikowicz M. i wsp.: Analiza czynników wpływających na rokowanie w grupie pacjentów po przebytych urazach czaszkowo - mózgowych. Postępy Nauk Medycznych 2017, 7, 362 – 370.
7. Stępiński A., Guzik P.: Skale urazowe w chirurgii urazowej i traumatologii - przegląd, analiza przydatności klinicznej. Anestezjologia i Ratownictwo 2015, 9, 400 - 409.
8. Sadowska K.: Postępowanie z pacjentem z urazem wielonarządowym w warunkach SOR. Pielęgniarstwo w Stanach Nagłych 2019, 2, 31 - 37.
9. Witkowski Z., Stasiak M., Marks W., Gołąbek - Dropiewska K., Kawecka A., Lasek J.: Śmiertelne urazy w podeszłym wieku. Forum Medycyny Rodzinnej 2014, 8, 226 - 232.

10. Gamrot Z., Siuda K., Kiermasz A., Bursa J.: Ocena wyników leczenia dzieci poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych hospitalizowanych w Klinice Intensywnej Terapii Dzieci w Zabrze w latach 2000 - 2009. *Annales Academiae Medicae Silensiensis* 2013, 67, 166 - 172.
11. Kijanka R., Ilczak T., Białoń P., Bujok J., Debudaj A., Bobiński R.: Postępowanie ratunkowe u pacjenta z urazem wielonarządowym wynikającym z użycia broni palnej. *Na Ratunek* 2017, 1, 36 - 40.
12. Rzeźniczek P., Żaba C.: Charakterystyka obrażeń ofiar wypadków motocyklowych ze szczególnym uwzględnieniem obrażeń czaszkowo-mózgowych. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2016, 10, 363 - 369.
13. Kwiatkowski K., Kalewski A., Piekarczyk P., Bojanowski D., Borcz K., Chojecki Ł., Grabik B., Ziółek J.: Rozpoznawanie i leczenie obrażeń wielomiejscowych i wielonarządowych. *Lekarz Wojskowy* 2011, 89, 26 - 35.
14. Janiak P. B., Cwajda - Białasik J., Szewczyk M. T., Mościcka P.: Rola pielęgniarki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na przykładzie analizy przypadku chorego po urazie wielonarządowym. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2016, 10, 114 - 120.
15. Karwan K., Gałązkowski R., Kozak M.: Protokół diagnostyczno - terapeutyczny w mnogich i wielonarządowych obrażeniach ciała. *Lekarz Wojskowy* 2014, 92, 243 - 247.
16. Dąbrowski W., Siwicka - Gieroba D., Pietrzak D., Małodobry K.: Płynoterapia w urazach wielonarządowych. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2019, 13, 143 - 148.
17. Zieliński M.: Pilna analgesja pacjenta z urazem wielonarządowym wykonana przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego w warunkach przedszpitalnych - opis przypadku. *Dental Forum* 2014, 42, 103 - 106.
18. Rychlik W. A.: Antybiotykoterapia empiryczna dalbawancyną jako element leczenia chorych z urazem wielonarządowym. Opis przypadku. *Forum Zakazań* 2019, 10, 327 - 333.
19. Krasieński Z., Urbanek T., Krasieńska B., Kaczmarczyk J.: Profilaktyka przeciwzakrzepowa u chorych po urazach wielonarządowych - nadal heparyny drobnocząsteczkowe? *Ortopedia, Traumatologia i Rehabilitacja* 2011, 13, 229 - 240.

20. Okapa R., Rak S., Wenda J., Marczyński W., Walczak P., Macias J.: Powikłania infekcyjne po złamaniach wielomiejscowych i obrażeniach wielonarządowych. *Chirurgia Narządu Ruchu* 2011, 76, 214 - 218.
21. Korsak J., Baranowski W., Jung A. i wsp.: Zasady postępowania w masywnym krwotoku. Wytyczne w zakresie leczenia krwią i jej składnikami oraz produktami kriopochodnymi w podmiotach leczniczych. *Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa* 2014, 241 - 245.
22. Rybicki Z.: Aktualne spojrzenie na masywny krwotok. Actual view - point for massive hemorrhage. *Scientific Journal "ScienceRise"* 2015, 4, 5 - 20.
23. Poglód R., Antoniewicz - Papis (red.): Zasady przetaczania krwi i jej składników wykorzystywane podczas analizy prawidłowości stosowania składników krwi. *Standard Pracy Komitetu Transfuzjologicznego. Instytut Hematologii i Transfuzjologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa* 2017, 13 - 37.
24. Wolak P., Skiba R.: Postępowanie w urazach śledziony u dzieci. *Chirurgia Polska* 2012, 14, 60 - 68.

WIELOASPEKTOWOŚĆ PROBLEMÓW OPIEKI NAD CHORYM Z OSTRĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ ODDECHOWĄ

Roszkowska Urszula¹, Doroszkiewicz Halina²

¹ - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

² - Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Wstęp

Niewydolność oddechowa stanowi duży problem w anestezjologii i intensywnej terapii. Według badań zjawisko to dotyczyć może od 30-50% pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Intensywnej Terapii [1]. Niewydolność oddechowa należy do jednych z najczęstszych przyczyn hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii. Jest stanem zagrażającym zdrowiu i życiu. Pacjenci, u których stwierdza się niewydolność oddechową wymagają stałego nadzoru medycznego oraz zastosowania wielu zaawansowanych procedur. Niewydolność oddechowa to stan, w którym obserwowane są zaburzenia czynności układu oddechowego upośledzające wymianę gazową w płucach. Zaburzenia te prowadzą do hipoksemii i/lub hiperkapnii [2, 3].

Rozwinięcie

U podłoża niewydolności oddechowej leżą dwa zjawiska. Są nimi hipoksemia i hiperkapnia. Hipokseміą nazywamy stan, w którym dochodzi do obniżenia się ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi tętniczej $PaO_2 < 60$ mmHg [2, 3].

Przyczyny hipoksemii:

- rozsiane zmiany w płucach
 - obrzęk płuc
 - na skutek niewydolności lewokomorowej lub przewodnienia - obrzęk płuc związany ze zwiększeniem ciśnienia hydrostatycznego
 - na skutek ARDS, przytopienia lub nagłego nawrotu perfuzji płuca - obrzęk płuc związany ze zwiększeniem przepuszczalności bariery pęcherzykowo - włóscizkowej
 - obrzęk płuc rozprężeniowy, neurogeny, po leczeniu tokolitycznym, poobturacyjny - obrzeczki płuc o złożonym mechanizmie

- krwawienie dopęcherzykowe
 - związane ze skazą krwotoczną
 - związane z zapaleniem naczyń i chorobami tkanki łącznej
- zmiany ogniskowe w płucach
 - zapalenie płuc
 - urazy płuca
 - niedodma
- choroby opłucnej
 - odma opłucnowa
 - obecność płynu w jamie opłucnowej
- zmniejszenie przepływu krwi przez płuca
 - wstrząs
 - zator płucny [2, 4].

Hiperkapnią nazywamy stan, w którym dochodzi do podwyższenia ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ [3].

Przyczyny hiperkapni

- niedrożność górnych dróg oddechowych
 - ciało obce
 - obrzęk krtani
 - utrata przytomności
- obturacja dolnych dróg oddechowych
 - zaostrzenie astmy
 - zaostrzenie POChP
 - wstrząs anafilaktyczny
- masywne zaleganie wydzieliny w drzewie oskrzelowym
- przyczyny ze strony układu nerwowego
 - urazy OUN
 - zatrucie niektórymi lekami (opioidy, benzodiazepiny)
 - urazy rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym i/ lub piersiowym
 - uszkodzenie nerwów przeponowych
- ostra polineuropatia
- urazy klatki piersiowej [2].

Przyczyny niewydolności oddechowej

Do niewydolności oddechowej doprowadzić może wiele jednostek chorobowych. Istotnym jest więc, aby przeprowadzić właściwą diagnostykę, ukierunkowaną na poznanie właściwej przyczyny wystąpienia niewydolności oddechowej [3].

Przyczyny ostrej niewydolności oddechowej

Przyczyny ostrej niewydolności oddechowej dzielimy na:

- przyczyny pochodzenia płucnego
 - zapalenie płuc
 - zapalenie naczyń płucnych
 - uszkodzenia związane z prowadzoną wentylacją zastępczą
 - inhalacja dymu lub toksyn wziewnych
 - urazy klatki piersiowej, w tym urazy płuca
 - aspiracja treści pokarmowej z żołądka
- przyczyny pochodzenia pozapłucnego
 - wstrząs, ostre zapalenie trzustki
 - rozległe oparzenia
 - zespół rozpadu nowotworu
 - rzucawka
 - zator płynem owodniowym
 - reakcje polekowe, w tym zamierzone lub przypadkowe zatrucia lekami
 - zespół poprzetoczeniowy (TRALI - transfusion related acute lung injury)
 - urazy głowy
 - zwiększone ICP
 - sepsa [5, 6, 7].

Przyczyny przewlekłej niewydolności oddechowej

Wśród przyczyn przewlekłej niewydolności oddechowej wyróżnia się:

- stany przebiegające z obturacją oskrzeli
 - rozstrzenie oskrzeli
 - mukowiscydoza
 - POChP
- przewlekłe choroby śródmiąższowe
 - sarkoidoza

- pozapalne zwłóknienie i marskość tkanki płucnej (najczęściej w przebiegu gruźlicy)
 - idiopatyczne zwłóknienie płuc
 - pylica płuc
- nowotwory układu oddechowego (zmiany zarówno o charakterze pierwotnym jak i przerzutowym)
- otyłość patologiczna (BMI >40)
- choroby układu nerwowego i układu mięśniowego
 - SLA
 - ch. Parkinsona
 - SM
 - przewlekłe polineuropatie
 - przewlekłe miopatie
 - trwałe uszkodzenia pourazowe nerwów przeponowych, rdzenia kręgowego
- choroby układu sercowo - naczyniowego
 - zatorowość płucna przewlekła
 - przewlekła niewydolność serca
 - wady serca i dużych naczyń [5, 6, 8].

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z ostrą niewydolnością oddechową, opracowanie indywidualnego planu opieki z oceną podjętych działań.

Material i metody

Badaniem objęto pacjenta hospitalizowanego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Białymstoku z powodu niewydolności oddechowej po zabiegu neurochirurgicznym.

Materiał badawczy zebrano w oparciu o:

- obserwację - świadome postrzeganie pacjenta, jego wyglądu zewnętrznego, zachowania, funkcjonowania układów w sytuacji zdrowia jak i choroby. Ma ona na celu uzyskanie informacji umożliwiających ustalenie rozpoznania oraz zaplanowanie celów, ich realizację, a także ocenę uzyskanych wyników.

- wywiad - rozmowa z pacjentem i/ lub jego rodziną, której celem jest zgromadzenie danych ukierunkowanych na osiągnięcie wcześniej zaplanowanych celów
- analiza dokumentacji - analiza zarówno pod kątem ilościowym, jak i jakościowym dokumentów, które wchodzi w skład całokształtu dokumentacji medycznej. Analizie zostały poddane: karta gorączkowa, wyniki badań obrazowych, laboratoryjnych, historia choroby pacjenta.
- pomiary - niezwykle istotny aspekt gromadzenia danych o podmiocie badawczym. Pomiary umożliwiają bowiem uzyskanie informacji o aktualnym stanie ogólnym pacjenta [9, 10, 11].

Na podstawie uzyskanych wyników rozpoznane zostały problemy pielęgnacyjne pacjenta oraz zaplanowany został indywidualny plan pielęgnowania. Proces pielęgnowania jest wykorzystywanym na całym świecie modelem opieki pielęgniarstwa. Zawiera on w sobie szeroką diagnostykę stanu pacjenta zarówno w aspekcie biologicznym jak i psychicznym oraz duchowym i kulturowym. Wszelkie działania mają na celu utrzymanie bądź poprawę aktualnego stanu, bowiem jest on ukierunkowany na aktualne potrzeby podmiotu badawczego [9].

Jako proces ciągły, proces pielęgnowania wymaga systematyczności w jego realizacji. Proces pielęgnowania charakteryzuje:

- ciągłość i dynamika
- holistyczne podejście do pacjenta i jego środowiska
- uniwersalność
- wieloetapowość
- następstwo czasowe i logiczność [10].

Wyróżnia się 4 etapy procesu pielęgnowania, które dzielą się na poszczególne fazy:

Etap I - Rozpoznanie. Etap ten ma na celu uzyskanie pewnej bazy danych o pacjencie umożliwiającej sformułowanie diagnozy pielęgniarstwa

fazy: gromadzenie danych, synteza i analiza danych formułowanie diagnozy

Etap II- Planowanie. Zaplanowane zostają działania mające na celu utrzymanie bądź poprawę aktualnego stanu zdrowia

fazy: ustalenie celów opieki, dobór sprzętu i działań, utworzenie planu opieki nad pacjentem

Etap III- Realizacja. Etap ten polega na przygotowaniach oraz podjęciu odpowiednich działań, które zostały zaplanowane w etapie II

fazy: przygotowanie pielęgniarki i pacjenta do realizowania zaplanowanych działań, realizacja działań

Etap IV- Ocena. Na tym etapie formułuje się ocenę efektów podjętych czynności
fazy: analiza uzyskanych wyników, sformułowanie oceny podjętych czynności [9, 10].

Opis przypadku

Pacjent D. T. lat 53, w 6 dobie pobytu w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Opieki SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku hospitalizowany z powodu narastania objawów ostrej niewydolności oddechowej po zabiegu neurochirurgicznym. Pacjent przewieziony do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przez zespół pogotowia ratunkowego po urazie głowy. W badaniu Tomografii Komputerowej głowy ujawniono krwiak podtwardówkowy. Pacjent został zoperowany w trybie pilnym. W 2 dobie po zabiegu operacyjnym personel medyczny zaobserwował cechy narastania niewydolności oddechowej. Wdrożono tlenoterapię bierną - tlen na maskę z rezerwuarem 12l/min. Z powodu braku pożądanego efektu, podjęto decyzję o konsultacji z anestezjologiem oraz zaintubowany i przekazaniu pacjenta do Oddziału Intensywnej Terapii.

Wzrost pacjenta - 185 cm, masa ciała 87 kg, BMI 25,4. Wywiad socjoekonomiczny oraz historia medyczna niemożliwe do zebrania ze względu na stan ogólny pacjenta oraz brak kontaktu z jego rodziną. Obecnie pacjent jest w 6 dobie pobytu w oddziale. Pacjent blokowany ciągłym wlewem midazolamu (50mg/50ml, V= 12ml/h), sufentanylu (0,25mg/50ml, V=2ml/h) oraz propofolu (600mg/60ml, V=10ml/h). Chory zaintubowany (rurka intubacyjna rozmiar 8,0), wentylowany mechanicznie, liczba oddechów 13. Z drzewa oskrzelowego odsysa się wydzielina śluzowo - ropna, w dużej ilości (toaleta drzewa oskrzelowego wykonywana wg potrzeb). Rana pooperacyjna zabezpieczona została opatrunkiem (suchy, bez cech krwawienia). Wklucie centralne (żyła udowa prawa) utrzymane, drożne. Pacjent ma założoną linię tętniczą (tętnica promieniowa prawa), w trakcie hospitalizacji prowadzono pomiar bezpośredni ciśnienia tętniczego krwi. Linia tętnicza utrzymana, drożna. Cewnik Foley'a drożny, diureza forsowana ciągłym wlewem leków diuretycznych. Pacjent ma założoną sondę do żołądka (drożna, brak zalegania) - pozostaje na diecie przemysłowej do sondy (Diason). Żywienie parenteralne (Olimel N9) wchłaniało się bez powikłań ze strony organizmu.

Parametry życiowe oraz poziom glikemii były monitorowane wg indywidualnej karty zleceń lekarskich, oraz odnotowane w dokumentacji pacjenta. Układ krążenia stymulowany był ciągłym wlewem amin katecholowych. Prowadzono profilaktykę przeciwoleżynową zgodnie ze standardami obowiązującymi w oddziale (materac przeciwoleżynowy

dynamiczny, zmiana pozycji ułożeniowych co 2 h z wykorzystaniem udogodnień dostępnych w oddziale).

Parametry życiowe:

- HR 87-110 uderzeń/min
- BP 110-135/50-75mmHg
- SaO₂- 97 - 100%
- temperatura 36,9°C
- glikemia 115mg%

Farmakoterapia:

- Antybiotykoterapia
 - Biodacyna 0,5g 2x dziennie iv
 - Gentamycyna 360mg 1x dziennie iv
 - Proxacin 400mg 2x dziennie iv
- Aminy katecholowe
 - Levonor 5mg/50ml V= 2ml/h
- Analgosedacja
 - Midazolam 50mg/50ml V= 12ml/h
 - Sufentanyl 0,25mg/50ml V= 2ml/h
 - Propofol 0,6g/60ml V=8ml/h
- Leki moczopędne
 - Furosemid 0,2g/50ml V= 3ml/h
- Pozostałe leki
 - Nexium 40mg 2x dziennie iv
 - Clexane 60mg 1x dziennie sc
 - ACC 0,3g 2x dziennie iv
 - 15% KCl 20ml 1x dziennie iv
- Preparaty żywieniowe
 - Diason 500ml/24h V= 25ml/h do sondy
 - Olimel N9 1000ml/24h, V= 50ml/h iv
- Płyny infuzyjne
 - 0,9% NaCl iv
 - 5% Glukoza
 - Solutio Ringeri

- PWE

Indywidualny plan opieki pielęgniarstwiej

- **Diagnoza pielęgniarstwiej 1: Ryzyko wystąpienia zakażenia w obrębie układu oddechowego wynikające z utrzymania rurki intubacyjnej oraz prowadzoną respiratoroterapią.**
 - ✓ **Cel działania:** Eliminacja ryzyka wystąpienia zakażenia w obrębie układu oddechowego
 - ✓ **Interwencje pielęgniarstwiej:**
 - wykonywanie toalety drzewa oskrzelowego z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
 - ocena ilości i charakteru wydzieliny z drzewa oskrzelowego
 - prowadzenie rehabilitacji oddechowej - drenażu ułożeniowego w celu ułatwienia usunięcia wydzieliny z drzewa oskrzelowego
 - wykonywanie toalety jamy ustnej z wykorzystaniem przeznaczonych do tego preparatów (np. Oralsept)
 - na zlecenie lekarza pobranie aspiratu tchawiczego do badań mikrobiologicznych
 - ✓ **Ocena działań pielęgniarstwiej:** Zaplanowane działania wykonano. Nie stwierdzono obecności cech zakażenia układu oddechowego
- **Diagnoza pielęgniarstwiej 2: Ryzyko wystąpienia zagrożeń wynikających z prowadzonej respiratoroterapii**
 - ✓ **Cel działania:** Eliminacja ryzyka wystąpienia niepożądanych zdarzeń wynikających z prowadzonej wentylacji zastępczej
 - ✓ **Interwencje pielęgniarstwiej:**
 - kontrola położenia rurki intubacyjnej
 - ocena skuteczności zamocowania rurki intubacyjnej
 - ocena ciśnienia w mankiecie uszczelniającym
 - obserwacja stanu ogólnego i parametrów życiowych pod kątem oceny skuteczności prowadzonej wentylacji zastępczej (HR, BP, SaO², kapnometria) oraz odnotowanie obserwacji w dokumentacji medycznej pacjenta
 - na zlecenie lekarza pobranie krwi z linii tętniczej na badanie równowagi kwasowo - zasadowej
 - poinformowanie lekarza i wystąpieniu niepokojących objawów

- ✓ **Ocena działań pielęgniarских:** Zaplanowane działania wykonano. Nie stwierdzono niepokojących objawów. Zaleca się dalszą obserwację pacjenta.

➤ **Diagnoza pielęgniarська 3: Ryzyko wystąpienia niewydolności krążenia**

- ✓ **Cel działania:** Eliminacja ryzyka wystąpienia niewydolności krążenia
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - stosowanie ciągłego pomiaru parametrów życiowych (BP, HR, SaO², liczba oddechów)
 - poinformowanie lekarza o wystąpieniu niepokojących objawów
 - prowadzenie dokumentacji medycznej dotyczącej parametrów życiowych
 - prowadzenie kontroli bilansu płynów oraz odnotowanie obserwacji w karcie bilansu płynów pacjenta
 - wykonanie EKG
 - podanie leków zgodnie z IKZL
- ✓ **Ocena działań pielęgniarских:** Nie stwierdzono objawów niewydolności krążenia. Zaleca się kontynuację podejmowanych działań.

➤ **Diagnoza pielęgniarська 4: Ryzyko wystąpienia zakażenia w obrębie rany pooperacyjnej**

- ✓ **Cel działania:** Eliminacja ryzyka zakażenia w obrębie rany pooperacyjnej
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - kontrola rany pooperacyjnej pod kątem wystąpienia miejscowych objawów zakażenia (zaczerwienienie, obrzęk okolicy rany, nadmierne ucieplenie okolicy, pojawienie się patologicznej wydzieliny z rany)
 - obserwacja stanu ogólnego pacjenta w kierunku ogólnoustrojowych objawów zakażenia (tachykardia, wzrost BP, podwyższenie temperatury ciała)
 - zmiana opatrunku na ranie z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
 - w sytuacji pojawienia się niepokojących objawów poinformowanie lekarza
 - na zlecenie lekarza pobranie wymazu z rany pooperacyjnej
- ✓ **Ocena działań:** Zaplanowane działania zostały wykonane. Nie zaobserwowano cech zakażenia rany pooperacyjnej.

➤ **Diagnoza pielęgniarська 5: Ryzyko wystąpienia zakażenia w obrębie wkluc donaczyniowych**

- ✓ **Cel działania:** Eliminacja ryzyka wystąpienia zakażenia w obrębie wkłuc donaczyniowych
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - obsługa wkłuc donaczyniowych z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
 - ocena okolicy wkłuc pod kątem objawów wystąpienia zakażenia (zaczerwienienie, nadmierne ocieplenie okolicy wkłucia, obrzęk)
 - zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki w trakcie zmiany opatrunków zabezpieczających miejsce wkłucia
 - wymiana kraników oraz drenów przedłużających zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki oraz zasadami, które obowiązują w oddziale
 - prowadzenie dokumentacji kontrolnej wkłuc donaczyniowych
 - przepłukiwanie wkłucia tętniczego i układu do bezpośredniego pomiaru ciśnienia tętniczego roztworem 0,9% NaCl +5 tys j.m. heparyny
 - pobranie krwi do badań mikrobiologicznych z zachowaniem zasad jałowości na zlecenie lekarza
- ✓ **Ocena działań pielęgniarских:** Zaplanowane działania wykonano. Wkłucie centralne oraz linia tętnicza pozostają drożne. Nie zaobserwowano cech stanu zapalenia.

➤ **Diagnoza pielęgniariska 6: Możliwość wystąpienia zakażenia wynikającego z utrzymania sondy żołądkowej**

- ✓ **Cel działania:** Eliminacja ryzyka wystąpienia zakażenia
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - obsługa sondy żołądkowej z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
 - dokonywanie kontroli zalegania oraz drożności sondy żołądkowej oraz odnotowanie obserwacji w dokumentacji medycznej pacjenta
 - ocena położenia sondy żołądkowej poprzez wprowadzenie do żołądka 30ml powietrza przy jednoczesnym osłuchaniu nadbrzusza lub za pomocą próby aspiracyjnej
- ✓ **Ocena działań pielęgniarских:** Sonda założona do żołądka pozostaje drożna. Pacjent otrzymuje dietę przemyślową, która wchłaniała się bez powikłań ze strony organizmu. Zaleca się dalszą wnikliwą obserwację pacjenta.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 7: Możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego związane z założonym do pęcherza moczowego cewnikiem Foley'a**

- ✓ **Cel działania:** Eliminacja ryzyka wystąpienia ZUM
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - dokonywanie makroskopowej oceny moczu (ocena koloru i przejrzystości moczu w worku zbiorczym)
 - wykonywanie toalety krocza z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
 - ograniczenie manipulacji wokół cewnika Foley'a
 - obsługa cewnika z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
 - obserwacja ujścia cewki moczowej pod kątem występowania objawów zakażenia (zaczerwienienie, obecność patologicznej wydzieliny)
 - prowadzenie karty bilansu płynów
 - na zlecenie lekarza pobranie moczu na badanie ogólne i/ lub bakteriologiczne z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki
 - w sytuacji wystąpienia niepokojących objawów - poinformowanie lekarza
- ✓ **Ocena działań pielęgnarskich:** Wszystkie zaplanowane działania zostały wykonane. Zaleca się dalszą obserwację pacjenta pod kątem wystąpienia objawów ZUM

➤ **Diagnoza pielęgnarska 8: Ryzyko wystąpienia odleżyn wynikające z długotrwałego unieruchomienia w obrębie łóżka**

- ✓ **Cel działania:** Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zmian odleżynowych
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - ocena stanu skóry w kierunku zmian odleżynowych
 - ocena skóry w kierunku oparzeń (ze szczególnym uwzględnieniem okolicy pach, pachwin, szyi, szpary pośladkowej i krocza)
 - wykonywanie toalety ciała z uwzględnieniem zastosowania preparatów natłuszczających po wykonanej toalecie (np. oliwka kosmetyczna, preparat PCV - 30) oraz zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjenta
 - prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej, tj.: zmiany pozycji ułożeniowych co 2 h z zastosowaniem udogodnień, takich jak wałki, rogale, poduszki dostępnych w oddziale w celu minimalizacji ryzyka wystąpienia zmian odleżynowych
 - ułożenie pacjenta na materacu przeciwoleżynowym dynamicznym

- w przypadku zaobserwowania zmian o charakterze odleżyn zastosowanie opatrunków specjalistycznych i preparatów dostępnych w oddziale
- prowadzenie dokumentacji dotyczącej zmian odleżynowych
- ✓ **Ocena działań pielęgniarских:** Zaplanowane działania wykonano. Nie zaobserwowano zmian o charakterze odleżyn. Zaleca się kontynuowanie prowadzonej profilaktyki przeciwoleżynowej oraz dokonywanie regularnej oceny stanu skóry

➤ **Diagnoza pielęgniarська 9: Ryzyko wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej związane z długotrwałym unieruchomieniem w obrębie łóżka**

- ✓ **Cel działania:** Zmniejszenie ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - udział w rehabilitacji przyłóżkowej
 - dokonywanie oceny stanu kończyn dolnych - ich ocieplenia, koloru, w kierunku wczesnych objawów żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej
 - podanie heparyny drobnocząsteczkowej na zlecenie lekarza prowadzącego
- ✓ **Ocena działań pielęgniarских:** Zaplanowane działania zostały wykonane. Kończyny są prawidłowo ocieplone, nie zaobserwowano zmiany koloru skóry. Zaleca się dalszą wnikliwą obserwację pacjenta w kierunku objawów żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej

Podsumowanie

W celu optymalizacji wyników leczenia, istotnym jest ciągłość procesu pielęgnowania pacjenta. W związku z tym należy dokonywać regularnie oceny podejmowanych działań pielęgniarских, by tym samym na bieżąco optymalizować plan opieki ukierunkowany na poprawę stanu pacjenta. Konieczna jest:

1. Kontynuacja wnikliwej obserwacji stanu ogólnego pacjenta
 - kontynuowanie monitorowania parametrów życiowych pacjenta
 - prowadzenie dokumentacji dotyczącej dokonywanych obserwacji
 - obserwacja stanu ogólnego pacjenta pod kątem wystąpienia zakażeń
2. Kontynuacja profilaktyki przeciwoleżynowej
 - dokonywanie regularnej oceny stanu skóry

- kontynuowanie profilaktyki przeciwoleżynowej - zmiany pozycji ułożeniowych z wykorzystaniem udogodnień dostępnych w oddziale
- zabezpieczanie skóry preparatami ochronnymi
- prowadzenie dokumentacji dotyczącej profilaktyki przeciwoleżynowej

3. Kontynuowanie zalecanej farmakoterapii.

Spis piśmiennictwa

1. Przybyłowski T.: Niewydolność oddechowa [w]: Wielka interna - pulmonologia cz. 2., Wyd. Medical Tribune Polska, Warszawa 2020, 43 – 55.
2. Szczeklik A.: Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych, Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017, 1913 – 1918.
3. Larsen R.: Anestezjologia Tom 2, Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2017, 943 – 951.
4. Gorzkowska - Pasik K., Wiatr E., Burakowska B., Nowicka U., Kober J., Malong P., Folcik K.: Ciężka hipoksemiczna niewydolność oddechowa u chorego z zespołem wątrobowo - płucnym i chorobą śródmiąższową płuc o nieznannej etiologii. Pneumon Alergol Pol, 2013, 81, 267 – 272.
5. Śmiałowska K., Krawczyk K., Gruenpeter P., Sławek J.: Choroba Parkinsona w czasach COVID - 19: objawy oddechowe i sposoby optymalizacji leczenia. Pol. Prz. Neurol., 2020, 16, 75 – 79.
6. Wierzejski W., Adamski J., Weigl W., Gerega A.: Nowoczesne metody oceny upowietrznienia płuc podczas wentylacji mechanicznej. Anest. Intens. Ter., 2012, 44, 253 – 258.
7. Gorzkowska - Pasik K., Wiatr E., Burakowska B., Nowicka U., Kober J., Malong P., Folcik K.: Ciężka hipoksemiczna niewydolność oddechowa u chorego z zespołem wątrobowo - płucnym i chorobą śródmiąższową płuc o nieznannej etiologii. Pneumon i Alergol Pol, 2013, 81, 267 – 272.
8. Gierek D., Kaczmarska A., Budziarz B., Cyzowski T., Krzych Ł., Gierek M.: Analiza powikłań u chorych po operacjach kardiochirurgicznych hospitalizowanych na Oddziale Intensywnej Terapii Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach w latach 2010- 2011. Kardiochir Torakochir Pol, 2012, 9, 463 – 467.
9. Ciechaniewicz W.: Pielęgniarstwo- ćwiczenia. Wyd. PZWL, Warszawa 2014, 61 – 68.
10. Zahradniczek K.: Pielęgniarstwo. Wyd. PZWL, Warszawa 2018, 141 – 171.

11. Marć M.: Pielęgniarstwo zindywidualizowane. Podstawy pielęgniarstwa – zagadnienia teoretyczne. (Red). Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Tom 1, Wyd. PZWL, Warszawa 2011, 264-274.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ**Bożena Kirpsza¹, Dorota Marta Bubieniec²**¹ - *Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*² - *Absolwenta Kierunku Pielęgniarstwo I stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku***Wstęp**

Wyłonienie stomii jelitowej następuje w konsekwencji chorób jelita cienkiego i grubego. Pomimo, że jest to zabieg ratujący życie, niesie za sobą wiele powikłań mających negatywny wpływ na sferę psychiczną i fizyczną pacjenta. Prowadzi do ograniczeń związanych z codziennym funkcjonowaniem oraz barier w środowisku społecznym. Kluczową rolę odgrywa odpowiednia opieka pielęgniarska, mająca na celu edukację i przygotowanie pacjenta do właściwego funkcjonowania w życiu codziennym ze stomią oraz zapobieganiu powikłaniom pooperacyjnym poprzez odpowiednią pielęgnację domową.

Rozwinięcie

Kolostomia jest to chirurgiczne wyłonienie jelita grubego i połączenie go z fałdami skóry. Wykonuje się ją poprzez rozcięcie powłok brzusznych oraz wywinięciu końca zachowanego jelita na zewnątrz, następnie zszycia go z powłokami skóry. Wyłonienie kolostomii następuje w sytuacji utrudnionego oddawania stolca, na skutek schorzeń bądź urazów przewodu pokarmowego np. chorób nowotworowych okrężnicy lub odbytu, urazów jamy brzusznej bądź ochrony chirurgicznego zespolenia jelitowego. Umiejscowiona najczęściej na esicy, w lewej części brzucha poniżej pępka. Powyżej skóry wystaje na wysokość ok.1,5cm. Prawidłowa kolostomia jest wilgotna a jej kolor czerwony bądź purpurowy. Treść przypomina normalny stolec i jest regularnie wydalana [1].

Stomia może być czasowa, wtedy znajduje się przez pewien czas. Nienaruszenie zwieraczy odbytu stwarza możliwość odprowadzenia stomii i ponownego fizjologicznego oddawania stolca. Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego jest uzależnione od przyczyny jej powstania. W przypadkach nienowotworowych czas zamknięcia stomii wynosi 2-3 miesiące. Jeżeli wycięta została część jelita z powodu zmian nowotworowych czas ten wynosi ok. 18 miesięcy [2].

Stomia definitywna wykonana jest na stałe. Nie ma możliwości ponownego odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego z powodu usunięcia odbytnicy i odbytu.

W leczeniu szerokiego zakresu schorzeń przewodu pokarmowego wylonienia kolostomii wykonuje się ze wskazań nagłych bądź planowych.

Wskazania pilne to: leczenie niedrożności przewodu pokarmowego z powodu narastającego guza bądź zmienionego martwiczo odcinka jelita, przedziurawienie jelita w wyniku wprowadzenia ciała obcego, perforacji jatrogennej bądź przerwania jelita przez jego patologię np. choroby uchyłkowej jelita grubego, zranienie jamy brzusznej nożem, pociskiem lub z powodu urazu tępego, uszkodzenie dna miednicy np. rozerwanie krocza z jednoczesnym uszkodzeniem odbytu lub też w celu uniknięcia powikłań chirurgicznych - odbarczenie niżej wykonanego zespolenia jelitowo-odbytniczego [2,3].

Wśród wskazań planowych wylicza się: nieoperacyjny rak odbytnicy – jako operacja paliatywna, odbarczenie niskiego zespolenia jelitowego, leczenie przetok odbytniczopochwowych, niewydolności zwieraczy odbytu, w przypadku ciężkich stanów septycznych krocza, niedrożność wywołana nowotworem jelita grubego, nieswoiste zapalenie jelit: wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna oraz rodzinna polipowatość jelita grubego [1].

Pojawienie się powikłań po zabiegu wylonienia stomii jelitowej często decyduje o jakości życia pacjentów i odgrywa kluczową rolę w procesie adaptacji. Wydawałoby się, że prawidłowo wykonany zabieg likwiduje ryzyko wystąpienia powikłań, jednak nie tylko to ma wpływ na ich uniknięcie. Ważną rolę odgrywa odpowiednia opieka pooperacyjna (wczesna interwencja przy powikłanej stomii), prawidłowe dobranie sprzętu stomijnego oraz edukacja pacjenta w zakresie pielęgnacji. Powikłania wylonionej przetoki jelitowej dzieli się na miejscowe i ogólnoustrojowe. Powikłania ogólnoustrojowe dotyczą głównie braku akceptacji pacjenta co do własnego ciała, wśród najważniejszych wyróżniamy powikłania: psychosocjalne, metaboliczne i seksualne. Wśród powikłań miejscowych wyodrębniamy powikłania dermatologiczne i chirurgiczne (wczesne i późne) [1,4]. Dane uzyskane w materiale Kózka i wsp. wykazały częstsze występowanie powikłań dermatologicznych (56,9% badanych) niż chirurgicznych (37,5%) [5].

Wczesne powikłania chirurgiczne dotyczą problemów związanych bezpośrednio z zabiegiem operacyjnym i szacunkowo mogą się pojawić do 30 dni po zabiegu. W tej kategorii do powikłań wczesnych stomii zaliczamy: zakażenie rany pooperacyjnej, obrzęk stomii, niedokrwienie i/lub martwica, krwawienie ze światła stomii bądź śluzówki, zła lokalizacja wylonionej stomii, wciągnięcie bądź wypadnięcie stomii, brak zrostu śluzówkowo-skórnego,

niedrożność stomii oraz przetoka okołostomijna. Problem krwawienia ze stomii bądź jej wciągnięcie mogą mieć miejsce w powikłaniach późnych, w założeniu występujących powyżej 30 dni po zabiegu. Do powikłań późnych zaliczamy m.in.: wznowa procesu chorobowego, wszczepy śluzówkowe stomii, przewlekła przetoka lub przepuklina okołostomijna, uszkodzenia podczas irygacji, zwężenie stomii, wypadanie stomii, skręcenie jelita w pobliżu stomii [2].

Na podstawie badań Kózka i wsp. można wyodrębnić najczęściej występujące wśród pacjentów powikłania chirurgiczne jakimi jest: przepuklina okołostomijna (28%), wypadanie stomii (12%), obrzęk i/lub krwawienie (11%), źle umiejscowiona stomia (5%) [5].

Zmiany skórne wokół stomii są najczęstszym typem powikłań, z którymi boryka się wiele pacjentów. Mogą pojawić się kilka dni po wykonanym zabiegu, ale także u osób posiadających stomię kilka lat. Pacjenci z wylonioną przetoką na jelicie cienkim są bardziej narażeni na ryzyko powikłań skórnych, ponieważ treść z ileostomii jest płynnej konsystencji i posiada enzymy, które podrażniają śluzówkę. Zasadniczo najczęściej na rozwój zmian dermatologicznych ma wpływ nieodpowiednia pielęgnacja stomii, nieprawidłowe stosowanie sprzętu stomijnego oraz środków do pielęgnacji. Związane jest to z deficytem wiedzy chorego, dlatego podstawą minimalizowania ryzyka powstania powikłań jest odpowiednia edukacja pacjenta w zakresie samopielęgnacji i samoopieki [2, 6]. Do powikłań dermatologicznych stomii zaliczamy: zapalenie kontaktowe, odczyny alergiczne, zakażenia (bakteryjne, grzybicze, wirusowe), uszkodzenie mechaniczne skóry oraz inne schorzenia np. atopowe zapalenie skóry, piodermia zgorzelinowa, maceracja [7].

Badania Bazalińskiego i wsp. wykazały, że najczęstszą zmianą dermatologiczną wokół przetoki jelitowej według stomików było podrażnienie skóry, które zgłosiło 62,5% kobiet i 87,9% mężczyzn [6].

Jednym z ważniejszych elementów jest ocena stanu skóry wokół stomii, którą można dokonać za pomocą skali SACS (*Studio Alterazioni Cutanee Stomali*, Badanie Zmian Skórnych Wokół Stomii). Badanie umożliwia obserwację postępu leczenia. Skala ocenia typ zmiany (stopień głębokości uszkodzonej tkanki) oraz położenie w obszarze stomii.

Pielęgnacja prawidłowo wylonionej stomii to kluczowy element pozwalający osiągnąć jakość życia na wysokim poziomie. Kolostomia jest łatwiejsza w pielęgnacji ze względu na gęstszą treść jelitową, która słabiej podrażnia skórę. Dbłość o stomię nie ogranicza się tylko do zabiegów higienicznych, lecz także umiejętnej oceny stomii i skóry wokół niej oraz obserwacji ewentualnych powikłań. Prawidłowa pielęgnacja wymaga przestrzegania zasad takich jak:

- Mycie skóry letnią wodą z mydłem (pH 5,5) następnie dokładne osuszanie;
- Stosowanie specjalnych kosmetyków stomijnych w przypadku powikłań;
- Unikanie środków odłuszczających (benzyny, etanolu) oraz tłustych mazideł [8, 9].

Ważnym elementem higieny pacjentów z wylonioną kolostomią stałą jest stosowanie irygacji. Zabieg ten polega na wprowadzeniu do jelita grubego wody i oczyszczenia go ze stolca i gazów. Konsekwentne wykonywania irygacji niesie za sobą wiele korzyści np. kontrolowanie wydalanego stolca, mniejsza ilość gazów, eliminacja zaparć, możliwość urozmaicenia diety oraz zmniejszenie problemów skórnych wokół przetoki [10].

W badaniach przeprowadzonych przez Lewandowską i wsp. największą trudność pielęgnacyjną dla stomików sprawia wykonywanie irygacji (52%), natomiast najmniej trudności sprawia mycie skóry wokół stomii (68%) [11].

Prawidłowo pielęgnowana stomia jest dobrze ukrwiona, koloru blad różowego po różowoczerwony. Skóra wokół powinna wyglądać tak samo jak pozostała okolica na brzuchu, bez niepokojących zmian (podrażnień, obrzęków, pęcherzyków). Błona śluzowa jest lekko wilgotna. Kształt kolostomii jest okrągły (może też być owalny) o średnicy ok. 2-5cm i wystaje ponad powierzchnię skóry na wysokość ok. 1-2cm [8].

Sprzęt stomijny należy dobrać indywidualnie, według preferencji pacjenta. Odpowiednio dobrany powinien dobrze przylegać do skóry i nie przepuszczać treści jelitowej oraz być prosty w codziennym użytkowaniu. Zadaniem pielęgniarki stomijnej jest pomoc dla pacjenta w doborze sprzętu i nauczaniu go prawidłowej jego obsługi. Podstawą, na którą zwraca się szczególną uwagę jest rodzaj stomii, brak odczynów alergicznych, styl życia i sprawność manualna pacjenta. Ważnym elementem jest dopasowanie płytki stomijnej do stomii, tak by przylegała do skóry. W przypadku nieszczelności można zastosować pastę stomijną, która wypełnia fałdy i zagłębienia [8, 9].

Problemy psychologiczne pacjenta z wylonioną stomią

Zabieg wylonienia stomii często ratuje życie, jednak stawia przed pacjentem wiele wyzwań, z którymi musi sobie poradzić i zaakceptować. Powstałe problemy, takie jak brak kontroli wydalania stolca, zmiana wyglądu zewnętrznego oraz ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu mogą przyczyniać się do wystąpienia problemów psychologicznych. Konsekwencją może być utrata własnej wartości i sensu życia, poczucie wstydu oraz ograniczenie kontaktów międzyludzkich, wynikających z obawy odrzucenia [10, 12].

Postawa pacjenta wobec zmian zachodzących w jego życiu jest bardzo indywidualna i zależna od różnych czynników, takich jak wiek bądź długość trwania terapii. Jest to proces

długotrwały, mający na celu przywrócenie równowagi psychicznej i emocjonalnej. Biorąc pod uwagę badania Glińskiej i wsp. znacznie więcej osób wykazuje ducha walki niż bezradności. Badani potrafili także wprowadzić nowe pozytywne wartości w swoim życiu. Wiek czy aktywność zawodowa nie miały większego wpływu [13].

Jakość życia pacjenta to szerokie pojęcie, na które składa się jego stan fizyczny, materialny, psychiczny jak i jego sytuacja rodzinna. Analizując badania Cierzniakowskiej i wsp. osoby badane pozytywnie oceniają swoją jakość życia określając ją dobrą oraz bardzo dobrą. Istotnym faktem jest to, że nikt nie udzielił negatywnej odpowiedzi. Jednak wraz z upływem lat posiadania stomii osoby badane określiły znaczne pogorszenie jakości życia [14].

Ponczek i wsp. w swoich badaniach rozpatrzyli m.in. wpływ posiadania stomii na kontakty międzyludzkie. Osoby badane zgłosiły znaczne utrudnienie relacji towarzyskich oraz obniżenie zainteresowań seksualnych. Małe grono wykazało brak zmian lub ich poprawę. Niestety również połowa osób negatywnie postrzega swój wygląd zewnętrzny [15]. Zabieg wyłonienia stomii budzi wiele negatywnych emocji, które trudno wyrazić dla pacjenta.

Konsekwencją tego jest tłumienie ich w sobie i narastający niepokój, który utrudnia proces adaptacji opierający się na przystosowaniu chorego do sytuacji stresowej. Glińska i wsp. w swoich badaniach wykazali, że wraz z wiekiem wzrasta potrzeba wsparcia i uwagi. Badani zgłosili także większą potrzebę wsparcia i troski [16].

Wsparcie społeczne dla osób rozpoczynających życie ze stomią znacznie pomaga im w przystosowaniu się do nowej sytuacji zdrowotnej. Przykładem grupy wsparcia jest Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią (POL-ILKO), powstałe w 1987r. w Poznaniu. Organizacja obecnie posiada 20 oddziałów regionalnych w skład których wchodzi wolontariusze oraz osoby ze środowiska medycznego. Organizacja zajmuje się refundacją sprzętu, rozmową w imieniu stomików z instytucjami publicznymi oraz przede wszystkim pomaga pacjentowi w procesie rehabilitacji. Wolontariusze należący do organizacji to osoby ze stomią, które na podstawie własnego doświadczenia i wiedzy pomagają pacjentowi bezpośrednio po operacji dostosować się do nowej codzienności. Stomicy mają również możliwość integracji w środowisku osób dotkniętych tą samą sytuacją. Firmy stomijne ConvaTec i Coloplast organizują bezpłatne wyjazdy do sanatoriów w ramach programów dla pacjentów ze stomią. Również zajmują się edukacją pacjenta wydając kwartalniki zawierające informacje o pielęgnacji i poradach dotyczących codziennego funkcjonowania ze stomią [17].

Model opieki stomijnej

Od 2002r. Polski Klub Koloproktologii wprowadził w polskim pielęgniarstwie model opieki stomijnej, składa się on z trzech okresów zadań leczniczo-pielęgnacyjnych, w których pielęgniarka przygotowuje pacjenta: przedoperacyjnego, śródoperacyjnego i pooperacyjnego. Celem jest jak najlepsze przygotowanie chorego do zabiegu wyłonienia stomii oraz przekazanie wiedzy w zakresie samoopieki domowej [18].

Okres przedoperacyjny jest to czas, w którym chory zostaje przygotowywany do zabiegu. Pielęgniarka współpracując z pacjentem pomaga mu wyznaczyć prawidłowe miejsce stomii. Na tym etapie należy zwrócić uwagę na jego styl życia, oczekiwania oraz wygląd sylwetki. Worek stomijny powinien spełniać oczekiwania w zakresie łatwej samoopieki, nie ograniczać ruchów ani się nie odklejać. W związku z powyższym, należy wyznaczyć miejsce tak, by ustalić jak najlepszą jego dostępność, ułatwi to badanie pacjenta w trzech pozycjach: stojącej, siedzącej i leżącej. Następnie pielęgniarka oznacza wybrane miejsce pisakiem i przykleja tymczasowo worek, w celu dokonania oceny przez pacjenta. Dodatkowo chory może wtedy wykonać ruchy, które mogłyby spowodować odklejenie worka, ułatwi to ostateczną słuszność lokalizacji.

Kolejnym zadaniem pielęgniarki jest edukacja pacjenta w zakresie pielęgnacji, dostępnych akcesoriów stomijnych oraz wyjaśnienie wszelkich wątpliwości i obaw przed zabiegiem. Również uczy pacjenta poprawnego wykonywania ćwiczeń oddechowych i odkasływania. Przed zabiegiem pielęgniarka powinna także przygotować chorego do zabiegu wykonując czynności takie jak: pomiar parametrów życiowych, oczyszczenie jelita grubego z zalegających mas kałowych, założenie cewnika do pęcherza moczowego, wyrównanie zaburzeń elektrolitowych lub/i żywieniowych, profilaktyka przeciwzakrzepowa [17,18].

W okresie śródoperacyjnym potwierdzone zostaje ostateczne miejsce stomii u pacjenta, następnie chory zostaje wprowadzony w znieczulenie i bezpiecznie oraz według obowiązujących procedur przeprowadza się zabieg wyłonienia przetoki. Podczas operacji pielęgniarka kontroluje parametry życiowe i poziom elektrolitów. Pacjent już na stole operacyjnym zostaje zaopatrzony w przezroczysty worek stomijny, w celu kontroli stomii w okresie pooperacyjnym [19].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu opiera się głównie na zapewnieniu mu bezpieczeństwa oraz ma wpływ na długość trwania rekonwalescencji. Do podstawowych elementów opieki pooperacyjnej należą:

- Nadzór pooperacyjny: kontrola podstawowych parametrów życiowych; stanu świadomości; oddechu; stopnia odczuwanego bólu chorego; obserwacja wyglądu rany

pooperacyjnej jak i drenów, opatrunków, cewnika moczowego, kaniuli żyłnej; kontrola diurezy; pobieranie krwi i innych płynów ustrojowych do badań laboratoryjnych; podaż płynów dożylnych i leków na zlecenie lekarza; zadbanie o właściwie ułożenie pacjenta oraz ogólny jego komfort; obserwacja pod kątem ewentualnych powikłań; obserwacja stomii i wydalanej przez nią treści.

- Pomoc pacjentowi w rehabilitacji oraz wsparcie psychiczne.
- Edukacja i przygotowywanie pacjenta do samoopieki domowej. Pielęgniarka w czasie pobytu pacjenta w szpitalu powinna przekazać mu wiedzę w zakresie:
 - ✓ Obserwacji pod kątem wystąpienia ewentualnych powikłań (krwawienia ze śluzówki, podrażnienia skóry);
 - ✓ Oceny prawidłowego wyglądu stomii (koloru, kształtu, wilgotności);
 - ✓ Pielęgnacji skóry wokół przetoki wraz z przedstawieniem dostępnych akcesoriów stomijnych do pielęgnacji;
 - ✓ Nauka doboru i prawidłowego użytkowania sprzętu stomijnego;
 - ✓ Przedstawić zalecenia dietetyczne i wskazówki żywieniowe;
 - ✓ Nauka wykonywania irygacji - u osób z kolostomią;
 - ✓ Wykonywanie ćwiczeń mięśni brzucha [18,19].

Cel pracy

Wyłonienie stomii jelitowej następuje w konsekwencji chorób jelita cienkiego i grubego. Pomimo, że jest to zabieg ratujący życie, niesie za sobą wiele powikłań mających negatywny wpływ na sferę psychiczną i fizyczną pacjenta. Prowadzi do ograniczeń związanych z codziennym funkcjonowaniem oraz barier w środowisku społecznym. Kluczową rolę odgrywa odpowiednia opieka pielęgniarska, mająca na celu edukację i przygotowanie pacjenta do właściwego funkcjonowania w życiu codziennym ze stomią oraz zapobieganiu powikłaniom pooperacyjnym poprzez odpowiednią pielęgnację domową.

Cel pracy:

1. Rozpoznanie problemy pielęgnacyjno-opiekuńczych u chorego z wyłonią stomią jelitową.
2. Zaplanowanie profesjonalnej opieki nad chorym.
3. Przedstawienie działań pielęgnacyjno-opiekuńczych podejmowanych przez pielęgniarkę.

Material i metody badań

Metodą badawczą wykorzystaną w pracy jest metoda analizy indywidualnego przypadku, która polega na zidentyfikowaniu stanu zdrowia pacjenta, na podstawie zebranego wywiadu. Analizie poddano przypadek osoby chorej na nowotwór jelita grubego, w pierwszych dobach po zabiegu wyłonienia kolostomii. Badaniem objęto 71 letnią kobietę przyjętą do II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, która miała zostać poddana zabiegowi wyłonienia kolostomii na jelicie grubym.

Do zebrania informacji o stanie zdrowia pacjenta wykorzystano:

- Wywiad pielęgniarstwa;
- Pomiar podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała, oddech);
- Obserwację zewnętrzną pacjenta;
- Analizę dokumentów (analiza indywidualnej karty zleceń, analiza historii choroby);
- Pomiar pośredni za pomocą skali BMI (*Body Mass Index*, wskaźnik masy ciała), oraz skali VAS (*Visual Analogue Scale*, wizualna skala analogowa).

Na podstawie zebranych informacji oraz analizie przypadku przygotowano indywidualny proces pielęgnowania.

Etapy procesu pielęgnowania:

- I. Rozpoznanie- etap ten polega na gromadzeniu danych o pacjencie a następnie dokonaniu analizy i postawieniu diagnozy pielęgniarstwa.
- II. Planowanie- na tym etapie należy ustalić cel i plan opieki oraz umiejętnie dobrać sprzęt i osoby do dalszych działań.
- III. Realizacja planu opieki- kolejny etap polega na zaangażowaniu i gotowości obydwu stron (pielęgniarki i pacjenta) do realizacji planu opieki pielęgniarstwa.
- IV. Ocena- opiera się na analizie wyników i sformułowaniu oceny.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 71. Przyjęta w trybie planowym do II Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej. Celem przyjęcia było wytworzenia kolostomii na jelicie grubym z powodu wcześniej rozpoznanej zmiany nowotworowej.

Kobieta mieszka samotnie w Białymstoku. Warunki mieszkaniowe określa, jako bardzo dobre. Pacjentka jest wdową, ma dwójkę dorosłych dzieci, z którymi stale utrzymuje

kontakt. Posiada wykształcenie zawodowe, pracowała jako krawcowa. Aktualnym źródłem utrzymania pacjentki jest emerytura.

Chorób współistniejących nie zgłasza. W 2017 roku przeszła operację usunięcia wyrostka robaczkowego. Objawami raka jelita grubego u pacjentki było bolesne parcie na stolec wraz utrudnionym jego oddawaniem, uczucie niepełnego wypróżnienia, obecność krwi w kale, naprzemienne biegunki i zaparcia. Pacjentka jest zaszczepiona przeciwko WZW typu B. Alergii nie zgłasza. Kobieta od ponad 20 lat wypala jedną paczkę papierosów dziennie, alkohol spożywa okazjonalnie. W związku z unormowaną sytuacją rodzinną, nie jest narażona na stres. Aktywność fizyczną określa jako umiarkowaną. W diecie przeważają głównie tłuszcze zwierzęce. Kobieta waży 74 kg, wzrost 160 cm. BMI wynosi 28,9 kg/m², co oznacza nadwagę.

Pacjentka świadoma, kontakt słowny prawidłowy, logiczny. Nie zgłasza trudności w zasypianiu. Oddech prawidłowy, 16 oddechów na minutę. Obecność śluzowej wydzieliny. Chora sama odksztusza zalegającą płwocinę. Ciśnienie tętnicze wynosi 125/82 mmHg, tętno 80 uderzeń na minutę. Skóra bez widocznych obrzęków bądź sinicy. Do pęcherza moczowego założony został Cewnik Foley'a. Mocz klarowny, bez obecności krwi.

Stan jamy ustnej prawidłowy. Posiada protezę zębową. Pacjentka przyjmuje niewielką ilość płynów doustnie z powodu odruchu wymiotnego po podaniu leków anestetycznych w trakcie zabiegu. Dodatkowo jest nawadniana dożylnie. Pacjentka nie zgłasza obecności gazów.

Skóra czysta, bez niepokojących zmian dermatologicznych. Kobieta wymaga pomocy przy wykonywaniu niektórych czynności higienicznych.

Opatrunek na ranie pooperacyjnej suchy. Wydzielina z wyprowadzonego drenu z jamy brzusznej jest surowiczo-krwista. Stomia wygląda prawidłowo, jest wilgotna, koloru różowoczerwonego, lekko obrzęknięta.

Pacjentka zgłasza dolegliwości bólowe w okolicy rany pooperacyjnej. Charakter bólu określa jako pulsujący. Intensywność ciągła. Brak towarzyszących bodźców nasilających ból. Chora w skali VAS określa swój ból na 5 punktów jako umiarkowany.

Stan psychiczny kobieta określa jako dobry. Nastrój w normie. Posiada dobrą pamięć, orientuje się w sprawach zdrowotnych. Dobrze adaptuje się do warunków szpitalnych. Pacjentka odczuwa lęk z powodu wyłonięcia stomii. Zgłasza niepokój związany z niewystarczającą wiedzą na temat pielęgnacji domowej. Obawia się zmian, jakie będzie musiała wprowadzić do życia codziennego i o ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu.

Według indywidualnej karty zleceń pielęgniarskich pacjentka przyjmuje Paracetamol co 8 godzin w dawce 1,0 g dożylnie, Sufentanyl we wlewie ciągłym. Osłonowo przyjmuje antybiotyk Claforan co 8 godzin w dawce 1,0 g dożylnie oraz przeciwzakrzepowo Fraxiparine 40 mg podskórnie. Podawane jest również nawodnienie dożylnie: Optilyte 1000 ml, NaCl 0,9% 1000 ml, 500 ml Glukozy 5%.

Proces pielęgnowania

➤ Diagnoza pielęgniarska 1: Dolegliwości bólowe w okolicy rany pooperacyjnej.

✓ **Cel opieki:** Zniwelowanie bólu.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Pomiar bólu w skali VAS oraz udokumentowanie pomiaru. Pacjentka ból określiła na 5 punktów jako umiarkowany.
- Zapewnienie wygodnej pozycji ciała, zmniejszającej napięcie mięśni brzucha.
- Obserwacja rany pooperacyjnej.
- Obserwacja objawów natężenia bólu.
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń. Podano Paracetamol w dawce 1,0 g dożylnie oraz Sufentanyl we wlewie ciągłym.
- Obserwacja skuteczności podanych leków przeciwbólowych.

✓ **Ocena:**

- Zmniejszenie dolegliwości bólowych. Pacjentka określiła ból na 2 punkty w skali VAS.
- Poprawa samopoczucia pacjentki.

➤ Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko wystąpienia wymiotów oraz nudności spowodowane podaniem leków anestetycznych w trakcie zabiegu.

✓ **Cel opieki:** Zapobieganie wystąpieniu wymiotów oraz nudności.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Wyjaśnienie pacjentce przyczyn wystąpienia wymiotów.
- Ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej, z głową odchyloną na bok.

- Przygotowanie w zasięgu chorej miski nerkowatej i ligniny.
- Pomiar podstawowych parametrów życiowych, wraz z udokumentowaniem pomiarów - ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu, temperatury. Po upływie 2 godzin od zabiegu parametry wynosiły: ciśnienie tętnicze-132/85 mmHg, tętno- 80 uderzeń na minutę, oddech- 16 oddechów na minutę, temperatura- 36,4°C.
- Obserwacja pacjentki.
- ✓ **Ocena:**
- Dolegliwości nie pojawiły się.
- **Diagnoza pielęgniarstwa 3: Ryzyko krwawienia z rany pooperacyjnej.**
- ✓ **Cel opieki:** Wczesne wykrycie powikłania.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
- Obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej pod kątem krwawienia z rany oraz rodzaju i ilości wydzieliny z drenażu rany. Opatrunek suchy, 20 ml wydzieliny surowiczo-krwistej w zbiorniku.
- Obserwacja drożności drenażu.
- Obserwacja zabarwienia powłok skórnych oraz błon śluzowych.
- Obserwacja zachowania chorej i jej świadomości.
- ✓ **Ocena:**
- Krwawienie z rany nie wystąpiło.
- **Diagnoza pielęgniarstwa 4: Ryzyko rozwoju zakażenia rany pooperacyjnej.**
- ✓ **Cel opieki:** Niedopuszczenie do rozwoju zakażenia. Wczesne wykrycie infekcji.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
- Zachowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunku.
- Obserwacja rany pooperacyjnej oraz miejsca założenia drenu pod kątem niepokojących zmian (obrzęku, zaczerwienienia, bólu i pieczenia, wydzieliny ropnej, podwyższonej temperatury wokół rany).

- Kontrola wydzieliny w zbiorniku (ilości wydzieliny, koloru, obecności krwi).
- Zapobieganie cofnięciu się zawartości zbiornika do wnętrza rany poprzez utrzymywanie go poniżej poziomu ciała.
- Dbanie o czystość opatrunku, zmiana w razie potrzeby.

✓ **Ocena:**

- Nie doszło do rozwoju zakażenia rany pooperacyjnej oraz miejsca założonego drenu.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia wczesnych powikłań pooperacyjnych.**

✓ **Cel opieki:** Zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Zaopatrzenie stomii w przezroczysty worek umożliwiający kontrolę przetoki.
- Obserwacja przetoki pod kątem ewentualnych powikłań (kolor, kształt, wielkość, wydzielina ze stomii, skóra wokół stomii).
- Zgłoszenie lekarzowi w przypadku niepokojących zmian.

✓ **Ocena:**

- Nie zaobserwowano powikłań pooperacyjnych.
- Problem wymaga dalszej obserwacji.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 6: Ryzyko pojawienia się powikłań zakrzepowo-zatorowych.**

✓ **Cel opieki:** Zapobieganie powikłaniom zakrzepowo-zatorowym.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- ✓ Wczesne uruchamianie chorej po zabiegu.
- ✓ Pozycja ciała z uniesionymi kończynami dolnymi.
- ✓ Wykonywanie ćwiczeń przeciwzakrzepowych – naprzemienne zginanie i prostowanie kończyn dolnych w stawach kolanowych, krążenie stóp.
- ✓ Obserwacja powłok skórnych.

- ✓ Podanie leków przeciwzakrzepowych według karty zleceń pielęgniarskich. Podano Fraxiparine 40 mg podskórnice.

✓ **Ocena:**

- Powikłania zakrzepowo-zatorowe nie pojawiły się.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 7: Ryzyko infekcji układu moczowego z powodu założonego cewnika Foley'a do pęcherza moczowego oraz obecności wkłucia dożylnego.**

✓ **Cel opieki:** Zapobieganie infekcji.

✓ **Interwencje pielęgnarskie:**

- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywania zabiegów jak zmiana opatrunku, przetaczania płynów, podawanie leków w iniekcjach.
- Toaleta krocza - dwa razy dziennie lub częściej, stosując wody z mydłem i środki antyseptyczne.
- Umieszczenie cewnika poniżej poziomu łóżka.
- Odpowiednie ułożenie drenu w celu zabezpieczenie przed zgięciem.
- Opróżnianie worka kiedy napelni się do 2/3 objętości oraz wymiana co 3-4 dni.
- Obserwacja moczu (ilości, barwy, obecności krwi).
- Kontrola ujścia cewki moczowej pod kątem objawów infekcji.
- Udokumentowanie przeprowadzonych czynności.

✓ **Ocena:**

- Nie zaobserwowano niepokojących zmian w kierunku infekcji.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 8: Dyskomfort spowodowany uczuciem pragnienia z powodu braku możliwości przyjmowania posiłków drogą doustną we wczesnym okresie pooperacyjnym.**

✓ **Cel opieki:** Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta.

✓ **Interwencje pielęgnarskie:**

- Stopniowe wprowadzanie większej ilości płynów i pokarmu do momentu prawidłowego powrotu perystaltyki jelit.
- Nawilżenie błony śluzowej pacjenta poprzez pędzlowanie gąbką jamy ustnej nasączoną wodą.
- Kontrola wilgotności błony śluzowej jamy ustnej.
- Nawilżanie ust pacjenta wazeliną.

✓ **Ocena:**

- Dyskomfort spowodowany suchością w jamie ustnej zmniejszył się.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 9: Ryzyko rozwoju odleżyn z powodu unieruchomienia chorej.**

✓ **Cel opieki:** Zminimalizowanie ryzyka rozwoju odleżyn.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Zmiana pozycji ciała przynajmniej co 2 godziny.
- Zachęcanie chorej do wykonywania ćwiczeń biernych.
- Pomoc w uruchamianiu pacjentki.
- Natłuszczenie miejsc narażonych na odleżyny.
- Zadbanie o higienę oraz staranne osuszanie ciała po umyciu.
- Zadbanie o brak zagnieceń, okruszków na białej pościeli oraz osobistej pacjentki.
- Zastosowanie materaca przeciwoleżynowego.
- Dokumentowanie prowadzonych czynności pielęgnacyjnych.

✓ **Ocena:**

- Ryzyko rozwoju odleżyn zostało zminimalizowane.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 10: Ryzyko wystąpienia skrzepów krwi w drenie pooperacyjnym.**

✓ **Cel opieki:** Zapewnienie drożności drenu.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Odpowiednie ułożenie drenu - poniżej łóżka, zabezpieczenie przed zgięciem.
- Obserwacja ilości i zabarwienia drenowanej treści.
- Obserwacja ogólnego stanu chorej.

✓ **Ocena:**

- Dren pooperacyjny jest drożny.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 11: Nadmiar zalegającej wydzieliny w drogach oskrzelowych.**

✓ **Cel opieki:** Ułatwienie odkrztuszania wydzieliny.

✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**

- Ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej.

- Oklepywanie klatki piersiowej.
- Zastosowanie inhalacji na zlecenie lekarza.
- ✓ **Ocena:**
- Nadmiar wydzieliny zmniejszył się.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 12: Deficyt w zakresie samopielęgnacji z powodu ograniczonej aktywności ruchowej.**
- ✓ **Cel opieki:** Zmniejszenie deficytu samopielęgnacji.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Ocena jaki jest zakres deficytu.
 - Pomoc w wykonywaniu tych czynności, które sprawiają trudność pacjentce, np. toaleta ciała.
 - Informowanie pacjentki o swojej obecności i pomocy.
 - Dbanie o porządek otoczenia wokół pacjentki.
- ✓ **Ocena:**
 - Potrzeby w zakresie pielęgnacji zostały zaspokojone.
 - Poprawa samopoczucia pacjentki.

- **Diagnoza pielęgniarstwa 13: Deficyt wiedzy i umiejętności dotyczącej pielęgnacji stomii i umiejętności z nią związanych.**
- ✓ **Cel opieki:** Przygotowanie pacjentki do samoopieki domowej.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Rozmowa z pacjentką o pielęgnacji przetoki w celu oceny zakresu dotychczasowej wiedzy na ten temat.
 - Nauka pacjentki w zakresie:
 - Pielęgnacji skóry wokół stomii;
 - Zmiany worka stomijnego;
 - Właściwego dobór sprzętu stomijnego do rozmiaru stomii;
 - Powikłań pooperacyjnych wczesnych i późnych;

- Rodzaju dostępnego sprzętu stomijnego refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- Wykonywania irygacji;
- Stosowania właściwej diety;
- Prowadzenia odpowiedniego trybu życia.
- Wspólna zmiana worka stomijnego wraz z wykonywaniem czynności pielęgnacyjnych wokół stomii.
- Przekazanie materiałów informacyjnych o pielęgnacji i zaopatrzeniu stomii.
- ✓ **Ocena:**
- Pacjentka jest zorientowana na temat samoopieki domowej. Potrafi samodzielnie pielęgnować skórę wokół stomii oraz zmienić sprzęt stomijny.

➤ **Diagnoza pielęgnarska 14: Lęk i niepokój wobec zmian w codziennym funkcjonowaniu.**

- ✓ **Cel opieki:** Zmniejszenie niepokoju pacjentki.
- ✓ **Interwencje pielęgnarskie:**
 - Rozmowa z pacjentką na temat jej obaw i udzielenie odpowiedzi na wszelkie pytania.
 - Wyjaśnienie zmian jakie pacjentka będzie musiała wprowadzić w codziennym funkcjonowaniu.
 - Wsparcie psychiczne pacjentki oraz kontakt z psychologiem.
 - Udzielenie informacji dotyczących grup wsparcia.
- ✓ **Ocena:**
- Niepokój związany ze zmianami w codziennym funkcjonowaniu został zmniejszony.

Zalecenia do opieki domowej

Edukacja pacjenta w zakresie samoopieki ułatwi adaptację do nowych zmian w codziennym funkcjonowaniu oraz umożliwi stanie się niezależnym od innych. Pacjent, który zostaje wypisany ze szpitala powinien nabyć podstawową wiedzę na temat pielęgnacji domowej, która minimalizuje ryzyko powikłań stomii.

• **Pielęgnacja skóry wokół stomii**

Wskazówki praktyczne:

- stosowanie preparatów specjalnie przeznaczonych do oczyszczania skóry wokół stomii;

- skórę wokół stomii należy delikatnie przemywać ciepłą wodą z mydłem;
- dokładne osuszanie skóry miękkim ręcznikiem bądź gazikiem;
- dostosowanie otworu w płytce do wielkości stomii (prawidłowo powinien być 2-3mm większy od średnicy stomii);
- stosowanie past uszczelniająco-gojącej, która korzystnie wpływa na leczenie ran oraz zwiększa szczelność worka;
- depilacja skóry wokół stomii (w przypadku nadmiernego owłosienia).

Nie należy:

- stosować preparatów wysuszających skórę jak benzyna, spirytus lub mydła zapachowe;
- pocierać skóry;
- stosować olejków bądź tłustych kremów zmniejszających przyczepność worka.

Każdorazowo podczas pielęgnacji należy zwrócić uwagę na wygląd, obserwując:

kolor- prawidłowo pielęgnowana jest koloru blad różowego po różowoczerwony;

kształt- okrągły bądź owalny, o średnicy 2-5 cm (kolostomia) i wystawać 1-2 cm ponad powłoki skórne;

skórę wokół- powinna wyglądać tak, jak pozostała okolica skóry, bez zmian np. podrażnień, pęcherzyków.

• Sprzęt stomijny

Rodzaje worków stomijnych:

- System jednoczęściowy- worek połączony z płytką pokrytą klejem aplikuje się bezpośrednio na brzuch, przeznaczony do użytku jednorazowego;
- System dwuczęściowy- worek i płytka stanowią oddzielne części, dzięki czemu nie ma konieczności odklejania płytki podczas wymiany worka. Worek wymienia się codziennie, a płytkę co 3-5 dni.

Prawidłowe zakładanie sprzętu stomijnego:

1. Przygotuj: worek stomijny, nożyczki, wzornik (odzwierciedlający kształt Twojej przetoki), gaziki lub miękki ręcznik, ciepłą wodę, środki pielęgnacyjne, woreczek na odpadki.
2. Na podstawie wzornika wytnij otwór w płytce.
3. Odklej delikatnie płytkę jednocześnie przytrzymując skórę, następnie przemyj skórę wokół stomii środkami do tego przeznaczonymi.
4. Zużyty worek wyrzuć do worka na odpadki.

5. Przed założeniem nowego worka skóra powinna być dokładnie osuszona, nie pokryta środkami natłuszczającymi.
6. Zastosuj pastę uszczelniającą, w razie potrzeby.
7. Usuń folię zabezpieczającą z płytki.
8. Płytkę zegnij na pół i dopasuj wycięty otwór do stomii, aplikując ją od dołu do góry. Po naklejeniu dociśnij płytkę.
9. Po zakończonej czynności umyj ręce.

- **Irygacja**

Zabieg irygacji polega na oczyszczeniu jelita grubego z mas kałowych oraz gazów za pomocą wlewu wodnego. Jest przeznaczony dla osób z kolostomią stałą, w celu uregulowania rytmu wypróżnień.

Regularne wykonywanie irygacji eliminuje zaparcia oraz daje możliwość urozmaicenia diety. Przed wykonaniem zabiegu należy skonsultować się z lekarzem, aby wyeliminować wszelkie przeciwwskazania. Pierwszą irygację należy przeprowadzić pod nadzorem pielęgniarki.

- Przed wykonaniem zabiegu należy spożyć posiłek, w celu pobudzenia perystaltyki.
- Irygację wykonujemy codziennie, o stałej porze.
- Uregulowanie rytmu wypróżnień trwa około 3-4 tygodnie.
- Po wyznaczonym czasie należy przerwać wykonywanie zabiegu w celu obserwacji efektu regularności wypróżnień.
- Należy powtórzyć próbę w tym samym przedziale czasowym, jeśli nie zaobserwowano poprawy.

- **Zasady żywieniowe**

Przestrzeganie zasad żywieniowych pozwala stomikom uniknąć dolegliwości jak wzdęcia, zaparcia, biegunki lub ból brzucha.

Należy przestrzegać poniższych zaleceń dietetycznych:

- wprowadzać stopniowo nowe produkty do swojej diety oraz obserwować tolerancję przewodu pokarmowego;
- spożywać min. 3 posiłki dziennie, o regularnych odstępach i porze;
- wypijać min. 2 litry wody dziennie;
- urozmaicać dietę w witaminy, składniki mineralne;
- spożywać produkty zmniejszające ilość gazów, minimalizujące nieprzyjemny zapach jak kefir, jogurty naturalne;
- w trakcie gotowania potraw można dodać do nich mąkę bądź mleko;

- należy spożywać potrawy gotowane na parze bądź duszone;
- dokładnie przeżuwać pokarm;
- starać się spożywać tylko świeże produkty pozbawione składników konserwujących.

Należy unikać:

- alkoholu (tylko okazjonalnie w niewielkich ilościach), szczególnie piwo;
- produktów powodujących nadmierną ilość gazów (kapusta, szparagi, groch);
- spożywanie tłustych potraw (smażonych, pieczonych, grillowanych);
- ograniczyć spożywanie słodczy;
- jaj, pieczywa razowego, ostrych przypraw, nadmiernej ilości soli, grubych kasz.

• **Aktywność fizyczna**

W okresie pooperacyjnym należy unikać nadmiernego napięcia mięśni brzucha. Priorytetem w tym czasie jest nauka prawidłowego oddychania oraz profilaktyka przeciwzakrzepowa.

Aktywność fizyczna jest szczególnie zalecana dla stomików, ze względu na liczne korzyści, jak poprawa perystaltyki jelit czy zapobieganie przepuklinie okołostomijnej. Stopniowy powrót do aktywności następuje po ok. 3 miesiącach, po tym czasie najbezpieczniej zacząć od spacerów na świeżym powietrzu. Nie ma ograniczeń wśród dyscyplin sportowych jakie można wykonywać po wyłonieniu stomii, jednak należy pamiętać, aby zawsze skonsultować to z lekarzem lub pielęgniarką stomijną.

Wskazówki:

- W okresie po zabiegu pacjent powinien chodzić lekko pochylony do przodu (aby zmniejszyć napięcie mięśni brzucha), po ustąpieniu bólu rany pooperacyjnej (4-5 tygodni) można powrócić do wyprost.
- Przed przystąpieniem do aktywności należy opróżnić worek stomijny.
- Warto regularnie (2 razy dziennie po 30 minut) wykonywać ćwiczenia wzmacniające, polegające na naprzemiennym napinaniu i rozluźnianiu mięśni brzucha.
- Przystępując do aktywności rozpoczynamy ją spokojnie, bez gwałtownych ruchów.

Podsumowanie i wnioski

1. Wyłonienie kolostomii jest zabiegiem ratującym życie, jednak dla pacjenta jest to operacja ograniczająca jego dotychczasowe funkcjonowanie poprzez ingerencję w jego wygląd zewnętrzny, daje poczucie inwalidztwa oraz szereg obaw o powrót do normalnego funkcjonowanie w życiu społecznym i wszelkich sferach życia.

2. Dużą rolę w powrocie do normalnego funkcjonowania pacjenta odgrywa personel medyczny. Jego zadaniem jest odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu oraz zaplanowana opieki pooperacyjnej, skupiającej się na zapobieganiu wczesnych powikłań pooperacyjnych oraz edukacja i konsekwentne przygotowywanie pacjenta do samoopieki domowej.
3. Współpraca z pielęgniarką stomijną po zabiegu jest dla pacjenta niezwykle istotna. Nauka w zakresie czynności, które chory będzie musiał wykonywać posiadając stomię oraz prawidłowa pielęgnacja, minimalizują ryzyko późnych powikłań oraz zwiększają pewność siebie pacjenta.

Spis piśmiennictwa

1. Pachocka L., Urbanik A.: Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2014, 95 (3), 586-590.
2. Szczęsny W., Siewkowska M., Dąbrowiecki S., Szmytkowski J.: Stomia jelitowa- podział i powikłania. *Probl. Pielęg.* 2013, 21 (2), 260-265.
3. Urbanik A., Pachocka L.: Analiza zachowań żywieniowych pacjentów z wylonioną stomią. *Probl Hig Epidemiol* 2015, 96 (2), 523- 528.
4. Lewandowska I., Kowalik J., Kopański Z. i wsp.: Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową. *Journal of Public Health, Nursing And Medical Rescue*, 2011, 2, 9-13.
5. Kózka M., Bazaliński D., Cipora E.: Przygotowanie chorego z przetoką jelitową do samoopieki z uwzględnieniem powikłań dermatologicznych i chirurgicznych. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010, 4 (2), 57-62.
6. Bazaliński D., Cipora E., Jakima M., Premik A., Zbiegień M.: Występowanie powikłań dermatologicznych i ich uwarunkowania w grupie osób z definitywną przetoką jelitową. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2011, 3, 132-139.
7. Banaszkiwicz Z., Cierzniakowska K., Jarmocik P., Jawień A.: Zmiany skórne wokół stomii. *Leczenie Ran* 2013, 10 (1), 1-6.
8. Koper A.: *Pielęgniarstwo Onkologiczne.* (red.): Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
9. Wieczorowska- Tobis K., Talarska D.: *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne.* (red.): Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
10. Jankowska-Puzio L. Intestinal stoma in patients 65 plus in the context of nursing problems. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term Care Nursing.*

2019;4(2):74-84.

11. Lewandowska I., Kowalik J., Kopański Z., Skura- Madziała A., Furmanik F.: Problemy pacjentów po wyłonieniu stomii jelitowych. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue* 2011 (2), 26-31.
12. Kózka M., Bazaliński D.: Zastosowanie systemu wspierająco-uczącego w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową. *Probl. Pielęg.* 2010, 18 (3), 337-341.
13. Glińska J.A., Dańko E., Dziki Ł., Kunikowska B.: Przystosowanie psychiczne osób z chorobą nowotworową po leczeniu chirurgicznym. *Pielęg.Chir. Angiol.* 2020, 3, 106-111
14. Cierzniaowska K., Kozłowska E., Szewczyk M T., Banaszkiewicz Z., Szymańska H.: Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2013, 4, 142-147
15. Ponczek. D., Rozwora A.: Ocena przystosowania się do życia chorych z kolostomią. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2011, 3, 140-148
16. Glińska J., Malesza M., Lewandowska M., Miller R., Dziki Ł., Dziki A.: Oczekiwania emocjonalne oraz kontrola emocji pacjentów z rakiem jelita grubego po wyłonieniu stomii jelitowej. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2013, 3,84-91.
17. Gacek L., Bączyk G., Skokowska B., Bielawska A., Bernard D., Pyszczońska M., Pieścikowska J.: Funkcjonowanie społeczne osób w podeszłym wieku z przetoką jelitową. *Pielęg. Angiol.* 2012, 4,131-137.
18. Cierzniaowska K., Szewczyk M. T., Banaszkiewicz Z., Jawień A.: Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010, 2, 35-39.
19. Lipska E., Kurowska K.: Przygotowanie do opieki nad pacjentem ze stomią. *Mag. Pielęg. Położ.* 2013, 6, 12-13.

WIEDZA I POSTAWA SPOŁECZEŃSTWA WOBEC NOSICIELI WIRUSA HIV

Barbara Jankowiak¹, Maria Zajczyk^{2,3}

1- Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

2- Absolwenta Kierunku Pielęgniarstwo II stopnia Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

3- Blok Operacyjny, SPZOZ Sokółka

Wstęp

Ilość osób zakażonych ludzkim wirusem nabytego niedoboru odporności (HIV) nieustannie wzrasta. Nielezione zakażenie powoduje rozwój zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS). Narażeni na ryzyko zakażenia są wszyscy – bez względu na płeć, wiek, orientację seksualną, rasę oraz religię. Podstawową wiedzę na temat HIV i AIDS powinien posiadać każdy. Od początku epidemii poświęcono wiele uwagi na walkę z chorobą, co zaprocentowało dużym postęпом w jej leczeniu. Obecnie osoby zakażone, poddane leczeniu, mogą pracować, zakładać rodziny oraz mieć zdrowe dzieci. Jeśli są leczone zgodnie ze wskazaniami medycznymi mają szansę żyć tak długo, jak osoby niezakażone [1].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2015 roku na świecie żyło 37 milionów osób zakażonych HIV. Obecnie sytuacja epidemiologiczna w naszym kraju jest określana jako stabilna. Odnotowuje się stały, lecz powolny wzrost zachorowań. Wiele osób nie jest świadomych swojej choroby. Jednym z powodów małego zainteresowania wykonywaniem testów jest stygmatyzacja nosicieli wirusa, co skutkuje późną diagnozą [2].

AIDS jest nie tylko terminem medycznym oraz nazwą zespołu objawów, określanych jako zespół nabytego niedoboru odporności. AIDS to również termin, który stał się kulturowym piętnem. Stygmatyzacja, która dotyczy osób chorych na AIDS sięga aż do źródła zjawiska. AIDS do dziś jest postrzegane i przedstawiane w mediach za pomocą mechanizmów retorycznych dyskursu plagi [3].

Cele pracy

Celem pracy było:

1. Analiza wiedzy społeczeństwa na temat wirusa HIV oraz choroby AIDS.

2. Określenie wpływu miejsca zamieszkania na postawę wobec nosicieli wirusa HIV.

Material i metoda badań

Badaniem objęto 150 dorosłych osób z województwa podlaskiego. Wśród ankietowanych było 121 osób mieszkających w mieście oraz 29 na wsi. Dobór grupy badanej był losowy.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem kwestionariusza ankiety, który opracowano po uprzednim zapoznaniu się z literaturą przedmiotu. Ankieta była anonimowa, a udział w niej był dobrowolny.

Kwestionariusz ankiety składał się z 26 pytań. Pytania były jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Zastosowano pytania zamknięte. Ankieta składała się z 6 pytań ogólnych dotyczących płci, miejsca zamieszkania, wieku, wykształcenia, statusu zawodowego i stanu cywilnego oraz 20 pytań szczegółowych umożliwiających ocenę wiedzy i postawy społeczeństwa wobec nosicieli wirusa HIV.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 150 osób: 126 kobiet (84,6%) oraz 23 mężczyzn (15,4%). Największą grupą wśród ankietowanych były osoby mieszkające w mieście - 121 osób (80,5%). Pozostałą grupę stanowiły osoby mieszkające na wsi - 29 osób (19,5%).

Najliczniejszą grupą respondentów były osoby w przedziale wiekowym pomiędzy 20 a 30 rokiem życia (35,6%), natomiast najmniej osób reprezentowało przedział wiekowy powyżej 50 lat (12,1%).

Wśród ankietowanych 52,5% osób miało wykształcenie wyższe, 34,9% średnie, 9,4% zawodowe oraz 3,4% podstawowe. 53% ankietowanych pracowało umysłowo, 16,8% fizycznie. 14,1% osób ankietowanych to byli uczniowie lub studenci, 5,4% to renciści lub emeryci, natomiast 10,7% stanowili bezrobotni.

Największą grupę wśród ankietowanych stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim (47,7%), panny/kawalerowie (29,5%), osoby będące w związku partnerskim (12,1%).

Szczegółowa analiza danych

Ponad połowa ankietowanych (55%) wiedziała, że AIDS to Zespół Nabytego Niedoboru Odporności. Pozostali (45%) udzielili na to pytanie błędnej odpowiedzi.

81 ankietowanych (54,5%) znało źródła zakażenia wirusem HIV. Pozostali respondenci (45,6%) na to pytanie odpowiedzieli błędnie.

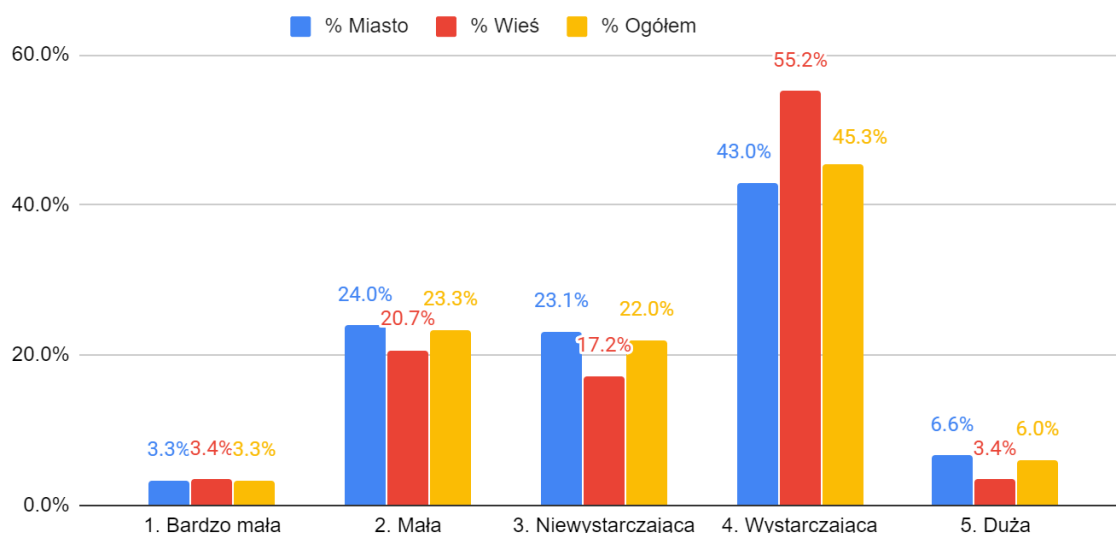
116 osób (77,9%) uważało, że nie ma szczepionki przeciwko wirusowi HIV i była to odpowiedź poprawna, natomiast 33 osoby (22,1%) na to pytanie udzieliły odpowiedzi błędnej.

Ponad połowa ankietowanych (52,3%) na pytanie „Czy choroba AIDS jest uleczalna” odpowiedziało błędnie. 47,7% ankietowanych uważało, że choroba jest nieuleczalna i udzieliło poprawnej odpowiedzi.

Mężczyzna, który jest nosicielem wirusa HIV ma możliwość mieć zdrowe potomstwo. Na to pytanie poprawnej odpowiedzi udzieliła ponad połowa ankietowanych (56,4%), pozostali (43,6%) odpowiedzieli źle.

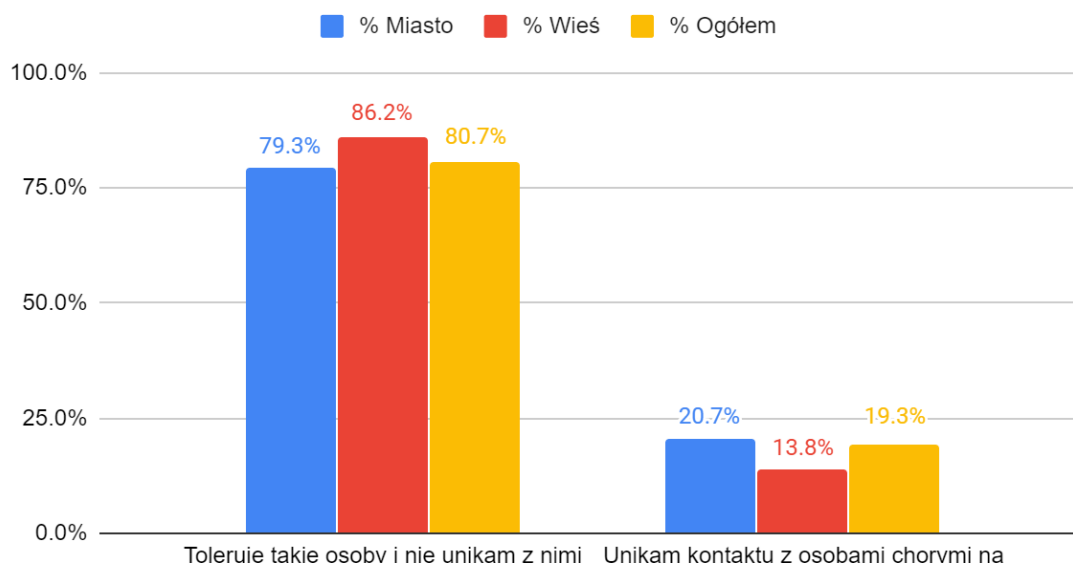
Analizując poprawnie udzielone odpowiedzi i miejsce zamieszkania respondentów wykazano, że na pytanie „Co to jest AIDS” dobrej odpowiedzi udzieliło 55,2% mieszkańców wsi oraz 54,5% mieszkańców miasta. W pytaniu dotyczącym źródeł zakażenia wirusem HIV poprawnej odpowiedzi udzieliło 56,2% respondentów z miasta oraz 44,8% respondentów mieszkających na wsi. 79,3% ankietowanych zamieszkujących wieś oraz 76,9% ankietowanych z miasta udzieliło dobrej odpowiedzi na pytanie „Czy istnieje szczepionka przeciwko wirusowi HIV”. W pytaniu „Czy choroba AIDS jest uleczalna” poprawnej odpowiedzi udzieliło 85,1% osób mieszkających w mieście oraz 82,8% osób mieszkających na wsi. Na pytanie „Czy tabletki antykoncepcyjne mogą uchronić przed zakażeniem wirusem HIV” poprawnie odpowiedziało aż 95% mieszkańców miasta oraz 79,3% mieszkańców wsi. W pytaniu dotyczącym znaku solidarności z osobami chorymi na AIDS dobrej odpowiedzi udzieliło 41,4% mieszkańców wsi oraz 40,5% mieszkańców miasta. W ostatnim pytaniu sprawdzającym wiedzę społeczeństwa, które brzmiało: „Czy mężczyzna, który jest nosicielem wirusa HIV może mieć zdrowe potomstwo” poprawnie odpowiedziało 57,9% osób mieszkających w mieście oraz 48,3% ankietowanych mieszkających na wsi.

Najwięcej ankietowanych (45,3%), zapytanych jak ocenia swoją wiedzę na temat AIDS, odpowiedziało „wystarczająco”, z czego 55,2% respondentów było ze wsi oraz 43% mieszkało w mieście. Swoją wiedzę jako „dużą” określiło jedynie 6% osób ankietowanych (6,6% z miasta oraz 3,4% ze wsi). Powyższe dane zostały przedstawione na Rycinie 1.



Rycina 1. Wiedza badanych na temat AIDS

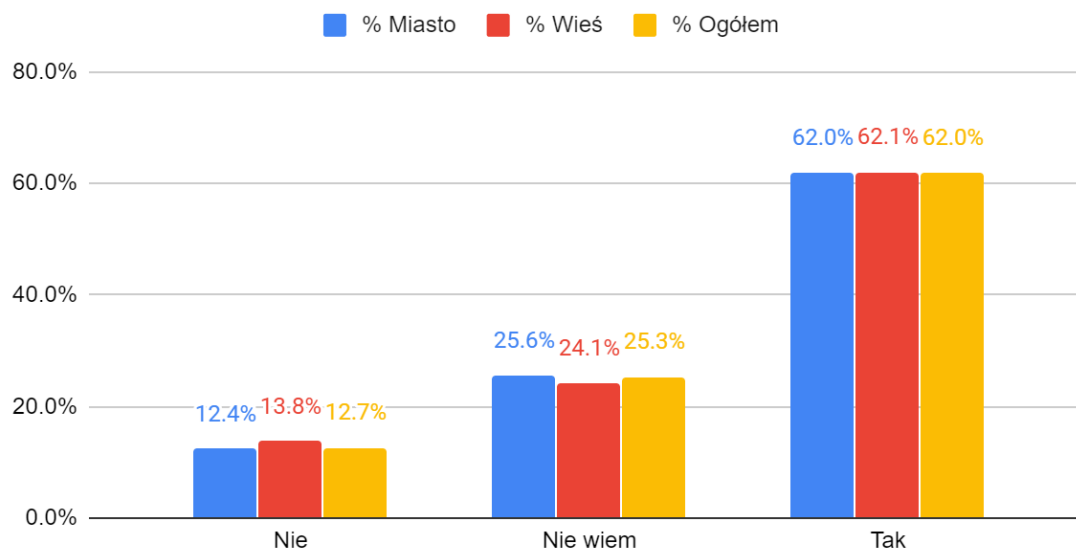
Zdecydowana większość respondentów (80,7%) na pytanie “Jaki Pan/Pani ma stosunek do osób chorych na AIDS” odpowiedziało, że toleruje takie osoby i nie unika z nimi kontaktu. Wśród ankietowanych, którzy zazaczyli taką odpowiedź 86,2% było mieszkańcami wsi oraz 79,3% mieszkało w mieście. 19,3% ankietowanych unika kontaktu z osobami chorymi, w tym 20,7% osób z miasta i 13,8% mieszkańców wsi (Rycina 2).



Rycina 2. Stosunek badanych do osób chorych na AIDS

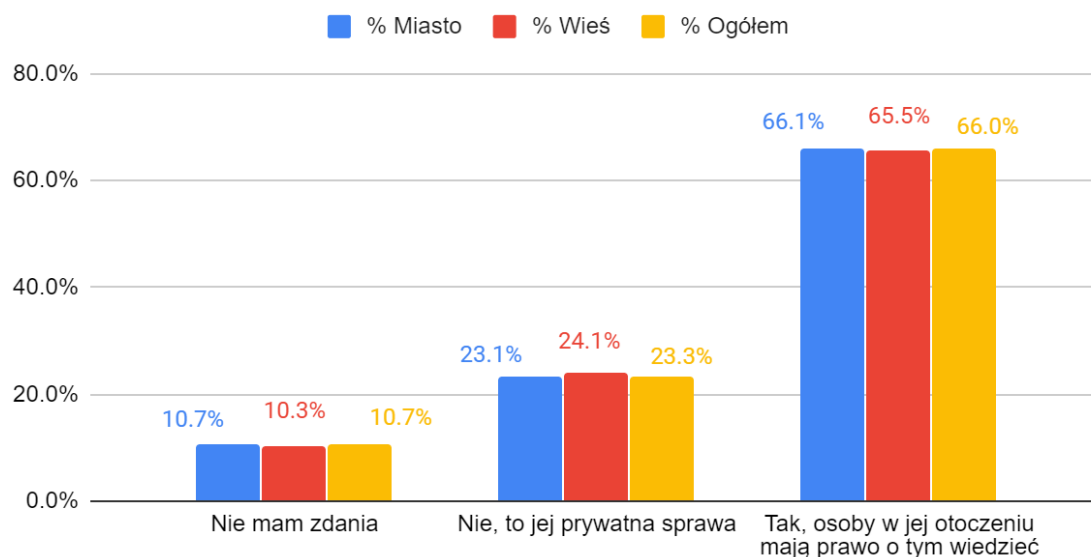
Duża część respondentów (62%) uważa, że ludzie chorzy na AIDS są dyskryminowani w społeczeństwie. 25,3% ankietowanych nie zna odpowiedzi na to pytanie. Tylko 12,7% osób

biorących udział w ankiecie sądzi, że osoby chore na AIDS nie doświadczają dyskryminacji w społeczeństwie. Biorąc pod uwagę odpowiedzi ankietowanych z miasta oraz ze wsi można zauważyć, że obie grupy na to pytanie odpowiedziały bardzo podobnie (Rycina 3).



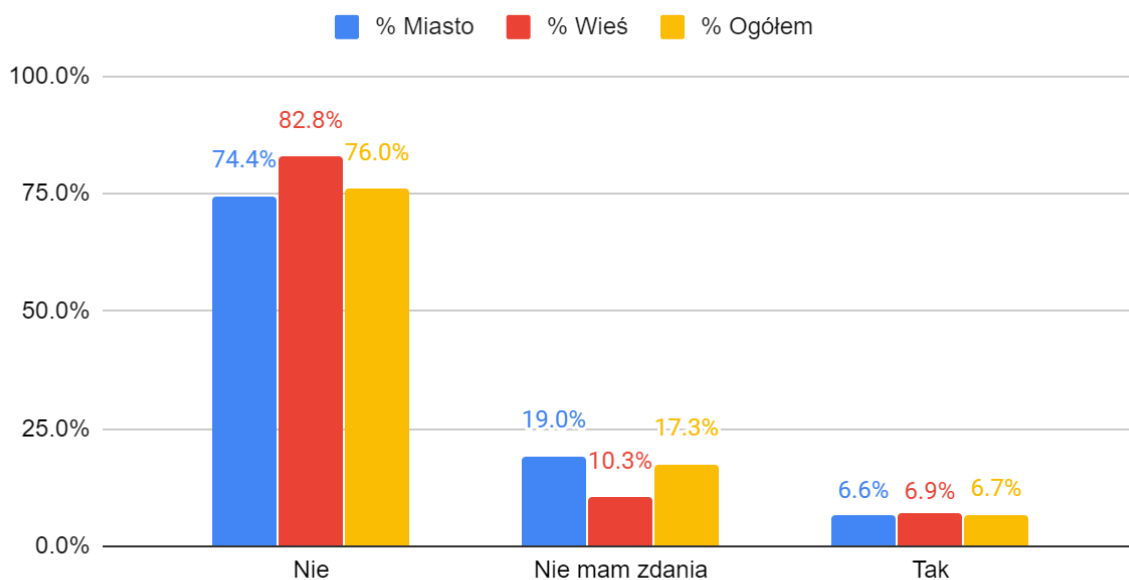
Rycina 3. Dyskryminacja osób z AIDS w społeczeństwie

66% osób biorących udział w ankiecie uważa, że osoba chora na AIDS powinna przyznać się do tego faktu, ponieważ osoby w jej otoczeniu mają prawo o tym wiedzieć. 23,3% respondentów sądzi, że osoba chora na AIDS nie musi się do tego przyznać, ponieważ to jej prywatna sprawa. 10,7% nie ma w tym temacie zdania. Na to pytanie respondenci zarówno z miasta, jak i ze wsi mieli podobne zdanie (Rycina 4).



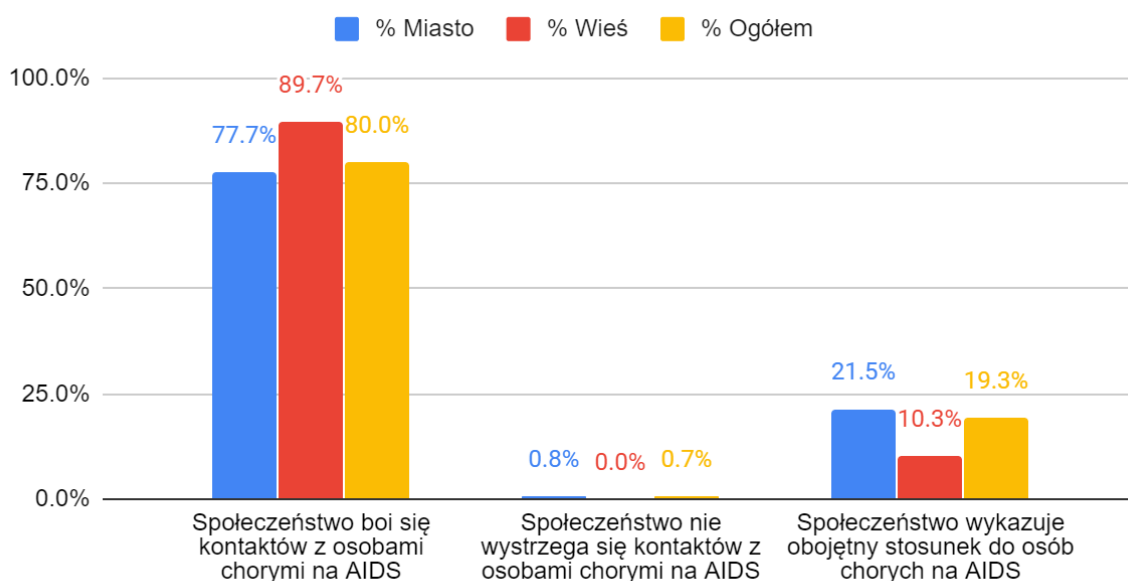
Rycina 4. Upublicznienie choroby przez osoby z AIDS

Większość ankietowanych (76%) nie miałoby nic przeciwko osobie chorej na AIDS w swoim miejscu pracy, 17,3% respondentów nie ma zdania na ten temat, natomiast 6,7% osób ankietowanych nie chciałoby pracować z osobą chorą na AIDS. Wśród osób, które nie mają nic przeciwko osobie chorej na AIDS w swoim miejscu pracy 82,8% ankietowanych mieszkało na wsi oraz 74,4% w mieście. Natomiast ankietowanych, którzy wyrazili niechęć do pracy z osobą chorą było 6,9% z miasta oraz 6,6% ze wsi (Rycina 5).



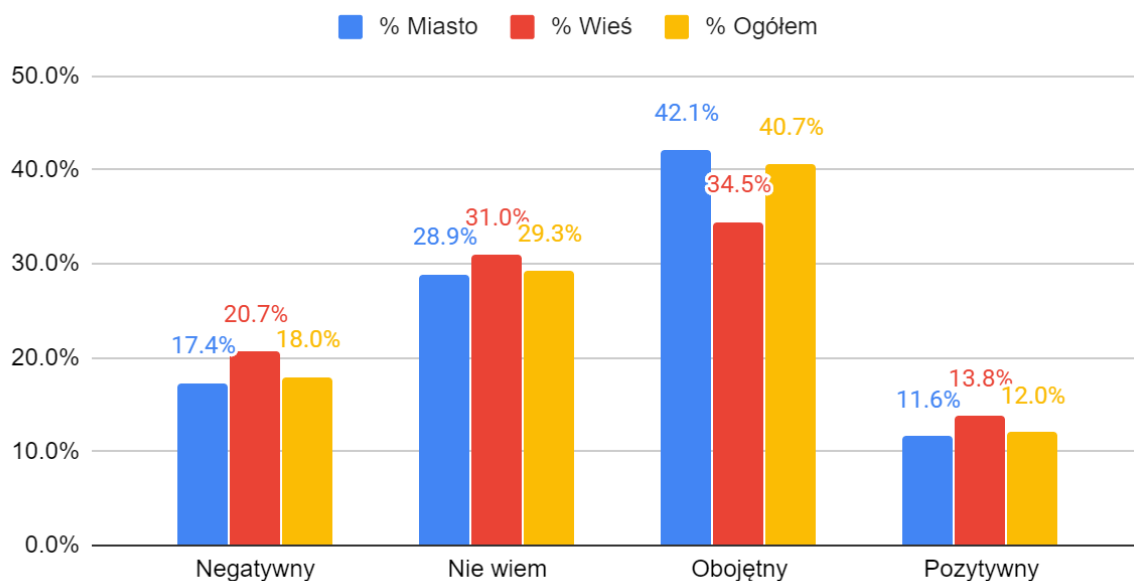
Rycina 5. Osoba chora na AIDS, jako współpracownik

80% respondentów uważa, że społeczeństwo boi się kontaktów z osobami chorymi na AIDS. Wśród nich 89,7% mieszkało na wsi oraz 77,7% było mieszkańcami miasta. 19,3% ankietowanych postawę społeczeństwa wobec chorych na AIDS określa jako obojętną. Natomiast niespełna procent (0,7%) osób biorących udział w badaniu uważa, że społeczeństwo nie wystrzega się kontaktów z chorymi na AIDS. Wśród osób, które odpowiedziały, że społeczeństwo boi się kontaktów z osobami chorymi 89,7% mieszkało na wsi natomiast 77,7% w mieście (Rycina 6).



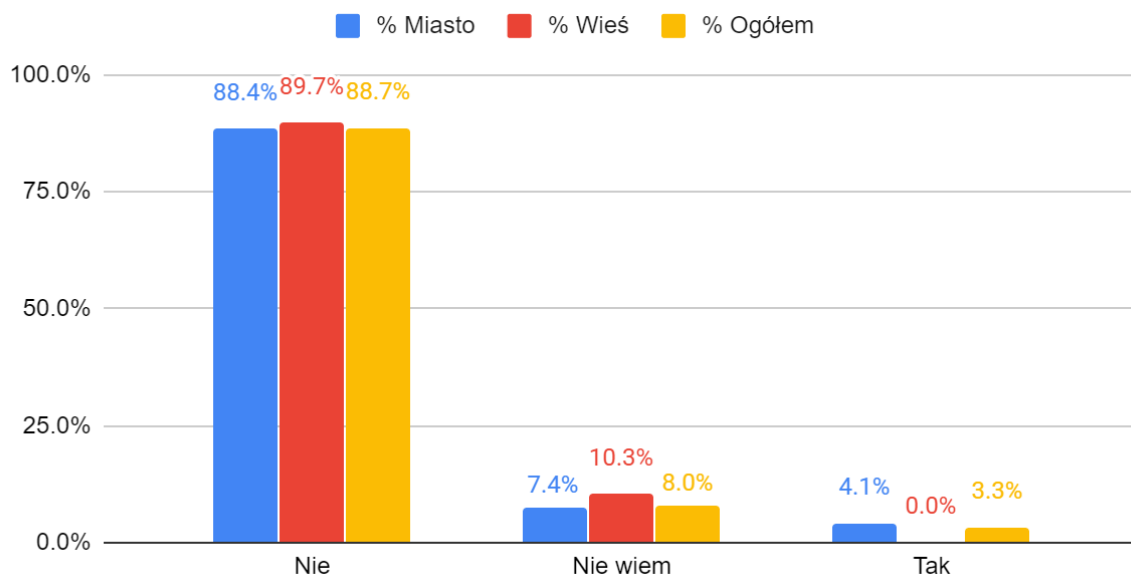
Rycina 6. Postawa społeczeństwa wobec ludzi chorych na AIDS

Najwięcej ankietowanych (40,7%) określa stosunek osób ze swojego otoczenia wobec osób chorych na AIDS jako obojętny. Nieco mniejsza grupa respondentów (29,3%) nie potrafi określić stosunku otoczenia do osób chorych. Natomiast 18% osób ankietowanych uważa, że stosunek osób z ich otoczenia jest negatywny wobec chorych na AIDS. Najmniej osób badanych (12%) stosunek ten określa jako pozytywny. Wśród respondentów, którzy określili stosunek społeczeństwa wobec chorych na AIDS jako obojętny 42,1% było mieszkańcami miasta oraz 34,5% mieszkało na wsi (Rycina 7).



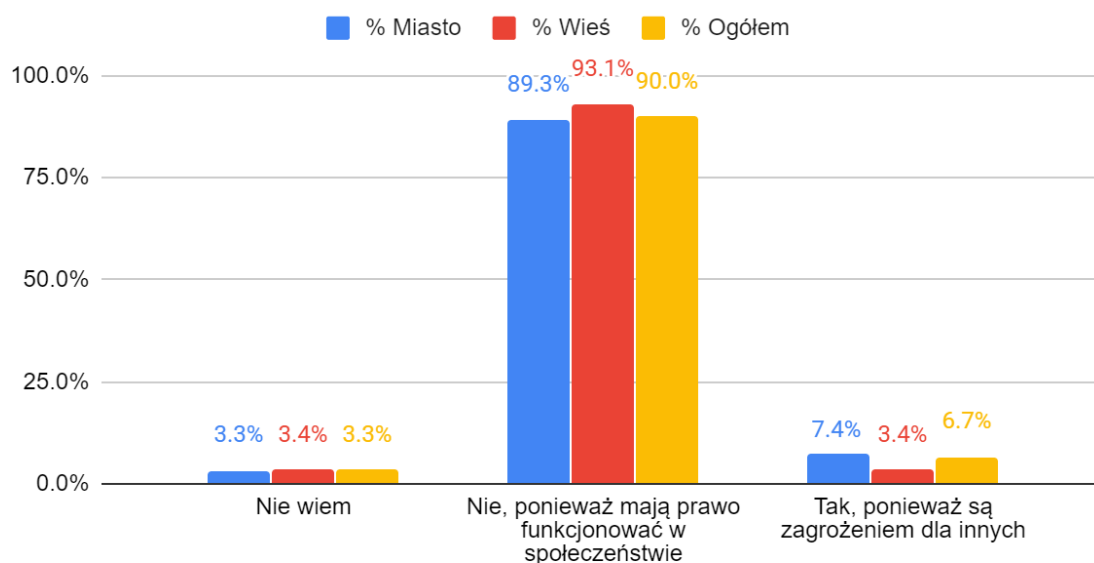
Rycina 7. Stosunek osób z otoczenia do osób chorych na AIDS

Na pytanie “Czy uważa Pan/Pani, że choroba AIDS należy do wstydlivych i powinna być ukrywana przed innymi” większość respondentów (88,7%) odpowiedziała na to pytanie przecząco. 3,3% osób ankietowanych uważa, że choroba AIDS jest powodem do wstydu i powinna być ukrywana przed innymi, natomiast 8% osób badanych nie zna odpowiedzi na to pytanie. Wśród osób, które odpowiedziały, że choroba AIDS nie jest czymś wstydlivym 89,7% respondentów było ze wsi oraz 88,4% z miasta. Wśród osób, które uważały problem choroby AIDS jako wstydlivy było 4,1% mieszkańców miasta, natomiast nie było żadnego respondenta ze wsi (Rycina 8).



Rycina 8. Choroba AIDS jako wstydliva i ukrywana przed innymi

90% ankietowanych na pytanie “Czy osoby chore na AIDS powinny być izolowane” odpowiadało, że nie, ponieważ mają prawo funkcjonować w społeczeństwie. Jedynie 6,7% osób badanych uważa, że takie osoby powinny być izolowane, bo stwarzają zagrożenie dla innych. 3,3% osób zaznaczyło odpowiedź “nie wiem”: Wśród osób, które odpowiedziały, że osoby z AIDS nie powinny być izolowane 93,1% mieszkało na wsi oraz 89,3% było mieszkańcami miasta. Natomiast wśród ankietowanych, którzy uważali, że osoby chore na AIDS powinny być odizolowane 3,4% było ze wsi oraz 7,4% z miasta (Rycina 9)



Rycina 9. Izolowanie osób chorych na AIDS

Dyskusja

Według wyliczeń WHO na świecie żyje 35,3 miliona osób zakażonych wirusem HIV. W Polsce liczbę osób żyjących z HIV szacuje się w granicach 40-45 tysięcy. Średnia liczba zgonów w wyniku AIDS od 2010 do 2013 roku wynosiła 53 przypadki rocznie. Największa grupa osób, które umarły z powodu choroby AIDS znajdowała się w przedziale wiekowym 30-49 lat [4, 5].

Mimo dynamicznego rozwoju medycyny nie wynaleziono leku, który mógłby całkowicie wyleczyć osobę chorą na AIDS. W obecnych czasach osoby chore w wielu przypadkach mogą się jednak cieszyć długim życiem, często bez objawów choroby.

Osoby chore na AIDS często są ofiarami stygmatyzacji wśród społeczeństwa. Społeczeństwo boi się kontaktów z osobami zarażonymi. Wynika to z niskiej wiedzy na temat możliwości zakażenia wirusem HIV.

Z powyższych powodów stałe podnoszenie wiedzy i świadomości ludzi na temat możliwości zakażenia, samej choroby, a także życia z nią jest bardzo ważna. Zmniejsza bowiem realnie niebezpieczeństwo kolejnych zachorowań, a także odrzucenia osób będących już nosicielami.

Z przeprowadzonych badań wynika, że społeczeństwo posiada podstawową wiedzę na temat wirusa HIV i choroby AIDS. Około połowa ankietowanych na pytania dotyczące wiedzy odpowiadała prawidłowo. Bardzo podobne wnioski dotyczące wiedzy społeczeństwa na temat AIDS wyciągnęły Dylak oraz Serzysko w swojej pracy pt. Ocena wiedzy i zachowań społecznych powiatu bełchatowskiego na temat HIV i AIDS [6]. Autorki oceniły wiedzę społeczeństwa jako umiarkowaną. Badani udzielali średnio 53,07% poprawnych odpowiedzi. Autorki w swoich badaniach zwróciły uwagę na to, jak niektóre czynniki wpływają na wiedzę społeczeństwa. Wsnute przez nich wnioski pokrywają się z wynikami badań w powyższej pracy i przedstawiają się następująco:

- płeć osób ankietowanych nie różniła się istotnie pod względem poziomu wiedzy na temat HIV
- mieszkańcy miasta posiadali większą wiedzę niż mieszkańcy wsi
- im wyższy był poziom wykształcenia respondentów tym posiadali oni obszerniejszą wiedzę w temacie HIV i AIDS.

Porównując obie prace – zacytowaną oraz tę będącą przedmiotem powyższych badań, można stwierdzić, iż wynikające z nich wnioski są zgodne. Jednak w powyższej pracy, biorąc pod uwagę wyniki ankietowanych zamieszkujących tereny wiejskie oraz tych z miasta, wykazuje się większy poziom świadomości osób mieszkających na wsi. Znaczenie może mieć fakt, że respondenci odpowiadali za pomocą ankiety zamieszczonej w Internecie, w związku z tym są to osoby, które mają dostęp do środków przekazu na równi z tymi, którzy mieszkają w mieście. Stąd też można stwierdzić, że stały nacisk na kampanie informacyjne jest bardzo ważny.

Z kolei Szadowska-Szlachetka i wsp. w artykule „Wiedza i postawy młodzieży ponadgimnazjalnej na temat HIV/AIDS – doniesienia wstępne” [7] wykazali, że choć wiedza ogólna na temat HIV/AIDS wśród młodych ludzi jest na dość dobrym poziomie, to już informacje, od których zależy ewentualne bezpieczeństwo obcowania z osobami zakażonymi, a także głębsze informacje dotyczące możliwych form zakażenia są zdecydowanie niewystarczające. Pokrywa się to z uzyskanymi w niniejszej pracy wynikami badań, z których wynika, że 45,6% ankietowanych na pytanie o źródła zakażenia wirusem HIV odpowiedziało błędnie.

Natomiast w artykule „Ocena stanu wiedzy młodych ludzi na temat HIV/AIDS Janiszewskiej i wsp. z 2019 r. [8] badania wykazały niską świadomość młodych ludzi na temat HIV/AIDS, co jasno wykazuje, jak istotna jest kwestia stałej edukacji społeczeństwa w tej kwestii.

Na ten temat powstało również opracowanie Szymusiak i wsp. „Poziom wiedzy na temat HIV i AIDS wśród społeczeństwa” [9]. Z opracowanych wyników badań wynika jednoznacznie, że pomimo dostępu do informacji, poziom wiedzy jest wciąż niewystarczający, a stereotypów funkcjonujących w społeczeństwie jest bardzo dużo. Przeprowadzone w tym zakresie badania wykazały podobne dane. Aż 52,3% ankietowanych błędnie odpowiedziało na pytanie o to, czy choroba AIDS jest uleczalna. Niemal połowa ankietowanych błędnie odpowiedziała na pytanie, czym jest AIDS.

W 2012 roku opublikowano rezultaty badań przeprowadzonych wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wynika z nich, że wiedza respondentów na tematy związane z HIV jest dość dobra i porównywalna z poprzednią edycją ankiety [10].

Należy zwrócić uwagę, że pomiędzy 1996 a 2018 rokiem nastąpiły duże zmiany społeczne i obyczajowe, w większym zasięgu prowadzono również kampanie społeczne.

Przytoczone badania ankietowe przeprowadzono na różnej liczbie osób w różnym przedziale wiekowym.

Z niniejszej pracy można uzyskać korelujące z powołanymi artykułami dane. Według wyników uzyskanych w powyższych analizach 55% respondentów poprawnie odpowiedziało na pytanie, czym jest AIDS, 54,5% wiedziało, jakie są źródła zakażenia tym wirusem. To wciąż niewystarczający poziom wiedzy, aby chronić się skutecznie przed zakażeniem. Ponad 60% ankietowanych przyznawało, że osoby zakażone są w społeczeństwie dyskryminowane i jednoznacznie określało, że nie chciałoby mieć w najbliższym otoczeniu takiej osoby. Ponad połowa ankietowanych przyznała, że odczuwa dyskomfort przy spotkaniu z osobą zakażoną, niemniej jednak niemal 90% badanych uważa, że osoby zakażone powinny informować o tym fakcie swoje otoczenie. Co ciekawe, niemal połowa respondentów stwierdzała, że ich stosunek do osób zakażonych jest pozytywny. W badaniu tym nie było znaczących różnic determinowanych przez miejsce zamieszkania. Z powyższego wynika, że ogólny stosunek do ludzi będących nosicielami HIV bądź chorujących na AIDS jest pozytywny, a obawy i wynikająca z nich potrzeba izolacji osób chorych w dużym stopniu wynikają z braku rzetelnych informacji docierających do społeczeństwa i możliwości wzbogacania wiedzy o nowe wyniki badań. Szczególnie istotne jest zatem kładzenie nacisku na popularyzację wiedzy związanej z tematyką HIV/AIDS.

W powyższej pracy wykazano, że miejsce zamieszkania nie wpływa zasadniczo ani na poziom posiadanych informacji, ani na stosunek do osób zakażonych lub chorych, natomiast zdecydowanie duży wpływ ma brak łatwego dostępu do najnowszych badań. Zatem jeśli celem społecznym jest ograniczenie zachorowań oraz wykształcenie w społeczeństwie świadomego podejścia, które zniweluje odrzucenie osób zarażonych, należy stale dbać o wzrost poziomu wiedzy i informacji, które docierają do wszystkich grup społecznych. Największym bowiem błędem jest mylne przekonanie, funkcjonujące w wielu obszarach medycznych, że konkretnych osób ta sprawa nie dotyczy.

Dlatego wciąż bardzo istotną kwestią jest nieustanne propagowanie pogłębiania wiedzy w temacie HIV i AIDS, tak aby minimalizować ryzyko ryzykownych zachowań, a co za tym idzie – zakażeń, a także za wszelką cenę zapobiegać stygmatyzowaniu osób chorych.

Wnioski

1. Ankietowani posiadają dostateczną wiedzę na temat zakażenia wirusem HIV oraz choroby AIDS.

2. Ponad połowa ankietowanych na pytania dotyczące wiedzy na temat wirusa HIV oraz choroby AIDS odpowiedziała prawidłowo.
3. Zdecydowana większość badanego społeczeństwa toleruje osoby chore na AIDS (w tym większą część stanowią osoby ze wsi).
4. Zdecydowana większość ankietowanych uważa, że społeczeństwo boi się kontaktów z osobami chorymi na AIDS, które często są dyskryminowane w swoim otoczeniu.
5. Miejsce zamieszkania (wieś/miasto) nie stanowi znacznej różnicy w posiadanej wiedzy na temat HIV i AIDS.

Spis piśmiennictwa

1. Walkowska-Iwańska K.: Co musisz wiedzieć o HIV i AIDS. Bez względu na to, gdzie mieszkasz i pracujesz. Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2013.
2. Mijas M., Koziara K., Dora M.: Stygmatyzacja związana z HIV a zdrowie zakażonych osób i postawy wobec wykonywania testów. Seksuologia Polska 2017, 2(15), 73-78.
3. Kościńczuk M.: AIDS w języku : marginalizacja i dyskurs epidemii jako mechanizmy stygmatyzacji osób HIV-pozytywnych w mediach. Teraźniejszość - Człowiek - Edukacja: kwartalnik myśli społeczno-pedagogicznej 2012, 57(1), 63-73.
4. Werbińska-Sienkiewicz B., Rosińska M., Furman S.: Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2009 roku. Przegląd Epidemiologiczny 2011, 65, 289-295.
5. Niedźwiedzka-Stadnik M., Rosińska M.: Sytuacja epidemiologiczna HIV/AIDS w Polsce po roku 2010; najnowsze dane. Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS 2014, 1(59), 2-3.
6. Dylak I., Serzysko B.: Ocena wiedzy i zachowań społecznych powiatu bełchatowskiego na temat HIV i AIDS. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2018, (2), 27-59.
7. Szadowska-Szlachetka Z., Rząca M., Irzmańska-Hudziak A., Charzyńska-Gula M., Kachaniuk H., Muzyczka K., Bogusz R.: Wiedza i postawy młodzieży ponadgimnazjalnej na temat HIV/AIDS – doniesienie wstępne. Journal of Health Sciences 2013, 4(1), 25-40.

8. Janiszewska E., Pluta D., Dobosz T.: Ocena stanu wiedzy młodych ludzi na temat HIV/AIDS, *Alegia Astma Immunologia* 2019, 24(1), 24-29.
9. Szymusiak A., Rzepka E., Hładki W.: Poziom wiedzy na temat HIV i AIDS wśród społeczeństwa. *Ostry Dyżur* 2015, 8(4), 108-112.
10. Cybulski M., Pawłowska M., Krzyżak M.: Wiedza na temat zakażeń wirusem HIV oraz postawy wobec osób z HIV/AIDS wśród studentów kierunku Zdrowie Publiczne Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93(3), 618-622.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W ZAPOBIEGANIU POWIKŁANIOM WYNIKAJĄCYM Z UNIERUCHOMIENIA STARSZEGO PACJENTA - STUDIUM PRZYPADKU

Maria Dorota Kwika¹, Karolina Figiel², Katarzyna Wiśniewska³, Ewa Kulbaka⁴

¹⁻ *Uczelnia Państwowa im. Szymona Szymonowica w Zamościu. Instytut Humanistyczno-Medyczny. Zakład Pielęgniarstwa*

²⁻ *Absolwentka Uczelni Państwowej im. Szymona Szymonowica w Zamościu. Instytut Humanistyczno-Medyczny. Zakład Pielęgniarstwa.*

³⁻ *Absolwentka Radomskiej Szkoły Wyższej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Absolwentka Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, Wydział Pedagogiki i Psychologii*

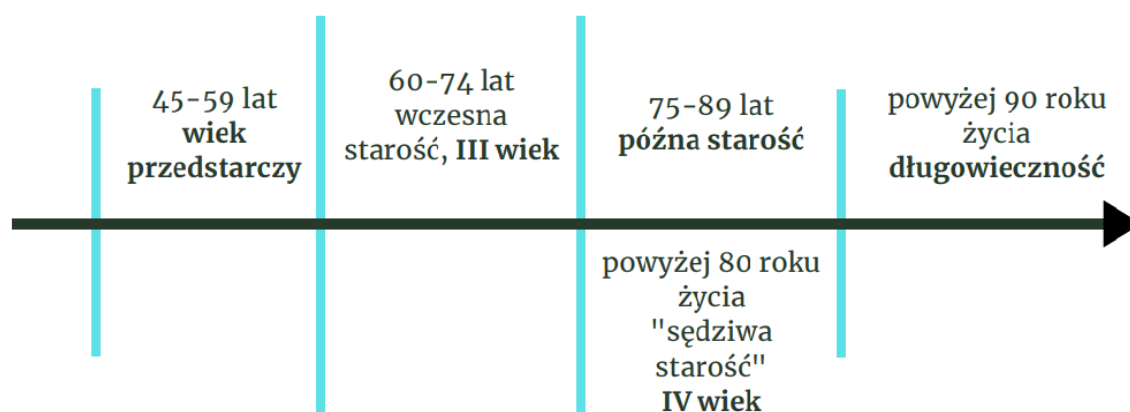
⁴⁻ *Klinika Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Radomska Szkoła Wyższa, Wydziału Nauk o Zdrowiu*

Wstęp

Specyfika chorobowości w starszym wieku

Starzenie się jest procesem życiowym, który jest naturalny i powszechny, w jego wyniku dochodzi do zmian w budowie i czynnościach organizmu. Sprzyja występowaniu problemów zdrowotnych, które prowadzą do pogorszenia jakości życia przez obniżenie sprawności organizmu, jednak sam proces starzenia nie jest chorobą.

Na przestrzeni lat średni czas życia ludzkiego uległ znacznemu wydłużeniu, jednak jego maksymalny czas nie uległ zmianie i dalej wynosi około 120 lat. Nie obserwujemy także istotnej zmiany w tempie starzenia się, które wynika z normalnego przebiegu życia [1]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) wyróżnia cztery grupy wiekowe wśród osób starszych: wiek przedstarczy, wczesną starość (III wiek), późną starość (*old elderly*) z wyróżnioną „sędziwą starością” (IV wiek) - powyżej 80 roku życia, oraz długowieczność (ryc.1) [2].



Rycina 2. Podział starości z uwzględnieniem grup wiekowych według WHO

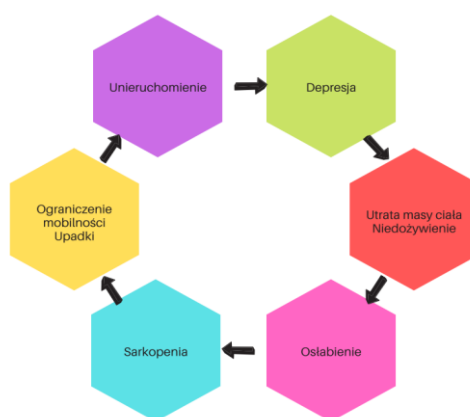
Źródło: Opracowanie własne.

Jednak wydłużenie życia ludzkiego nie zawsze wiąże się z satysfakcjonującą sprawnością psychofizyczną. Dynamika procesu starzenia się jest indywidualna dla każdego organizmu, ponieważ proces ten postępuje stopniowo powodując zmiany struktur i funkcji narządów oraz układów. Stąd osoba 80-letnia może cieszyć się pełną sprawnością intelektualną i fizyczną, a osoba w młodszym wieku będzie zmagać się z wielochorobowością i zespołem kruchości [3]. Dlatego starość określana jest wiekiem kalendarzowym, której umowna granica określana jest na 65 lat i nie przekłada się na wiek biologiczny organizmu. Sytuację pacjentów w wieku podeszłym często determinują wielochorobowość (czyli polipatologia) oraz wielolekowość, czyli nadmierne i niepotrzebne przyjmowanie leków. Pośród zmian wywołanych postępującą degeneracją funkcji organizmu, najczęściej wymienia się: zmniejszenie masy i siły mięśni, spadek ogólnej masy ciała, pogorszenie koordynacji psychoruchowej, upośledzenie funkcjonowania zmysłów: słuchu, wzroku i smaku, zmniejszenie elastyczności skóry [1].

W wyniku osłabienia wszystkich funkcji organizmu związanych z oddziaływaniem procesu starzenia typowy dla wielu seniorów jest zespół kruchości/zespół słabości (*frailty syndrome*) który niesie ze sobą znaczne ryzyko powstania niesprawności oraz załamania homeostazy organizmu, poprzez zmniejszenie odporności ustrojowej na stresory. Przy rozpoznaniu tego zespołu szczególny nacisk kładzie się na takie objawy jak: nieumyślna utrata masy ciała starszego pacjenta, często towarzyszące mu uczucie zmęczenia i osłabienia, powolne tempo poruszania się oraz niska aktywność fizyczna [4].

Wszystkie te objawy potęgowane są wielochorobowością, która często towarzyszy wiekowi podeszłemu, brak ruchu i niedożywienie białkowo-kaloryczne prowadzą do spadku masy mięśniowej i kostnej a w konsekwencji przyczyniają się do rozwoju sarkopenii. W

wyniku tych objawów zespół kruchości uważany jest za istotny wskaźnik pogorszenia stanu zdrowia osób starszych i często prowadzi do powstawania reakcji kaskadowych i cykli problemów zdrowotnych, które dość często są ze sobą powiązane (ryc. 2) [5]. Istotnym elementem cykli objawowych są Wielkie Zespoły Geriatryczne czyli typowe dla starości, przewlekłe zaburzenia, które w znacznym stopniu utrudniają samodzielne funkcjonowanie seniora. Należą do nich między innymi: upadki, zaburzenia chodu, nietrzymanie moczu i stolca, otępienie, depresja oraz zaburzenia wzroku i słuchu [6].



Rycina 3. Przykładowy cykl objawowy obrazujący występowanie Wielkich Zespołów Geriatrycznych
Źródło: Opracowanie własne.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób unieruchomienie kwalifikuje jako objaw współwystępujący u pacjentów z zespołem słabości, schorzeniami neurologicznymi, depresją, upadkami oraz chorobą zakrzepową żył głębokich, po przebytym zawale mięśnia sercowego czy udarze mózgu.

Unieruchomienie w polskich publikacjach naukowych definiowane jest jako „*utrata anatomicznego ruchu, wynikająca z zaburzeń patofizjologicznych układu ruchu*” inna definicja mówi o „*fizycznym ograniczeniu całego ciała lub pojedynczych jego części, w zakresie obracania się na boki, siedzenia i chodzenia*” [7]. Różnorodność tych definicji obrazuje złożoność owego problemu.

Powikłania wynikające z unieruchomienia starszego pacjenta

Chory unieruchomiony wymaga troskliwej opieki. Szczególną uwagę należy poświęcić profilaktyce przeciwoleżynowej, oddechowej oraz żywieniu pacjenta. Zbyt niska ilość dostarczanych składników odżywczych znacznie podwyższa ryzyko wystąpienia niedożywienia, odleżyn i sarkopenii. Należy wprowadzić postępowanie profilaktyczno-usprawniające, by zapobiec powstaniu zmian mięśniowych oraz w stawach. W celu

zapobiegnięcia zniedołężnienia chorego należy rozpocząć jak najszybsze usprawnianie. Wśród konsekwencji unieruchomienia uwagę zwraca się również na ogólne osłabienie pacjenta, możliwe zapalenie płuc wraz z infekcjami dróg oddechowych, nasilenie osteoporozy oraz infekcje układu wydalniczego. W przeciągu 4-7 dni od unieruchomienia starszego pacjenta zachodzą zmiany w układzie krzepnięcia, które mogą prowadzić do wykrzepiania wewnątrznaczyniowego a następnie odrywania powstałych skrzeplin, co w konsekwencji może prowadzić do powstania zatoru płucnego, udaru niedokrwinnego mózgu oraz zawału mięśnia sercowego [7].

Sarkopenia - definicja, rozpoznanie, postępowanie terapeutyczne

Unieruchomienie w łóżku skutkuje obniżeniem czynności motorycznej mięśni, co doprowadza to do osłabienia ich siły. W konsekwencji utrudnione jest utrzymanie pionowej postawy ciała oraz poruszanie się. Prowadzi to do zmiany w budowie i czynnościach komórek mięśniowych. Sarkopenia to *„uogólniona i postępująca w przyspieszonym tempie utrata masy, prawidłowej architektoniki i funkcji mięśni szkieletowych, której występowanie związane jest z niepomysłnym rokowaniem i ryzykiem niekorzystnych zdarzeń zdrowotnych”* [8].

Europejska Grupa Robocza ds. Sarkopenii u Osób Starszych (EWGSOP2, *European Working Group on Sarcopenia in Older People*) zaleca by przy diagnozowaniu sarkopenii szczególną uwagę zwrócić na pacjentów w wieku powyżej 65 roku życia, z ograniczoną samodzielnością, którzy używają sprzętu pomocniczego do poruszania oraz na osoby po upadkach, unieruchomione w łóżku. Jeśli pacjent zgłasza uczucie zmęczenia oraz osłabienia siły mięśniowej również należy zwrócić na te objawy szczególną uwagę. Badacze z grupy EWGSOP2 zaproponowali algorytm do diagnostyki sarkopenii, tzw. ścieżka F-A-C-S (*Find-Assess-Confirm-Severity Pathway*) przedstawiona na rycinie 3 [9].

U pacjentów z podejrzeniem sarkopenii, do dokonania wstępnej oceny rekomendowane jest wykorzystanie kwestionariusza SARC-F, który obejmuje ocenę pięciu obszarów: siły (*strength*), pomocy w chodzeniu (*assistance walking*), wstawaniu z krzesła (*rise from a chair*), wchodzenia po schodach (*climb stairs*) oraz upadki (*falls*). Kwestionariusz pozwala wyłonić osoby u których należy wykonać pełną ocenę wydolności fizycznej oraz siły mięśniowej [8].



Rycina 4. Ścieżka F-A-C-S, algorytm do diagnostyki sarkopenii
Źródło: Opracowanie własne.

Gdy po dokonaniu oceny za pomocą kwestionariusza SARC-F kiedypacjent otrzyma 4 punkty lub więcej, należy przejść do oceny siły mięśniowej kończyn górnych i dolnych, tzw. ocena funkcjonalna. W tym celu należy zastosować pomiar siły uścisku ręki, który dokonuje się za pomocą dynamometru ręcznego. W celu interpretacji wyników należy zastosować następujące wartości odcięcia świadczące o niskiej sile mięśniowej: poniżej 16 kg dla kobiet i poniżej 27 kg u mężczyzn. Zaś do oceny siły kończyn dolnych stosujemy test 5-krotnego wstawania z krzesła, tutaj zgodnie z kryteriami EWGSOP 2 punkt odcięcia stanowi czas powyżej 15 sekund u obu płci. Uzyskanie wyników świadczących o niskiej sile mięśniowej diagnozuje się jako „prawdopodobną sarkopenię”, w warunkach klinicznych należy wtedy rozpocząć interwencję leczniczą [9].

Następnym etapem według algorytmu F-A-C-S jest potwierdzenie sarkopenii poprzez ocenę ilości i jakości mięśni szkieletowych. Wykorzystuje się do tego rezonans magnetyczny lub tomografię komputerową. W praktyce klinicznej zaleca się również metodę DEXA (*Dual Energy X-ray Absorptiometry* – absorpcjometria dwóch wiązek promieni rentgenowskich o różnych energiach) i BIA (*Bioelectrical Impedance Analysis*, metodabioimpedancji elektrycznej). Za ostatni etap uznaje się ocenę ciężkości sarkopenii, w tym celu należy dokonać oceny sprawności fizycznej pacjenta. Wykorzystuje się do tego jeden z 4 testów: test prędkości chodu, uzyskany wynik wynoszący 0,8 m/s lub poniżej jest potwierdzeniem dla rozpoznania ciężkiej sarkopenii; test SPPB (*Short Physical Performance Battery*), wynik 8 punktów lub poniżej potwierdza ciężką sarkopenię tak samo jak wynik równy lub powyżej 20s dla testu „Wstań i idź”; można również wykonać test chodu na dystansie 400 metrów, tutaj za wyznacznik uznaje się brak możliwości przejścia wyznaczonego dystansu lub czas w jakim zadanie zostało wykonane jest to 6 min lub powyżej [8, 9].

U pacjentów geriatrycznych z prawdopodobną lub zdiagnozowaną sarkopenią należy wdrożyć zindywidualizowane postępowanie profilaktyczno-terapeutyczne, obejmuje ono

wprowadzenie zasad zdrowego stylu życia czyli zwiększenie aktywności fizycznej oraz właściwe odżywianie, zaleca się spożywanie około 20-30g białka aby zwiększyć efekt stymulacji syntezy białek mięśniowych [10] ważna jest kontrola poziomu witaminy D i wyrównanie jej niedoborów, konieczne może okazać się wprowadzenie leczenia żywieniowego. Efektywnym sposobem walki z sarkopenią, który pozwala też poprawić samopoczucie pacjenta jest trening oporowy. Dzięki zastosowaniu progresywnego oporu możemy uzyskać efekty w postaci przyrostu masy a także siły mięśniowej. Ćwiczenia te pozwolą przywrócić sprawność w codziennym funkcjonowaniu pacjentów geriatrycznych [10].

Niedożywienie - definicja, rozpoznanie, postępowanie w niedożywieniu

Proces starzenia się niesie ze sobą zwiększone ryzyko wystąpienia stanu niedożywienia. Wiąże się to ze zmianami które zachodzą w organizmie w wieku 60-75 lat prowadzącymi do spadku masy ciała beztłuszczowej z jednoczesnym wzrostem ilościowym tkanki tłuszczowej, która wraz ze spadkiem aktywności fizycznej oraz zmniejszona ilością spożywanych pokarmów, prowadzi to do zmniejszenia zapotrzebowania energetycznego o 13-20% z jednoczesnym wzrostem zapotrzebowania na białko [11]. Niedożywienie prowadzi do upośledzenia funkcji organizmu, wydłużenia czasu hospitalizacji oraz w znacznym stopniu pogorszenia jakości życia osób starszych, często również do rozwoju sarkopenii oraz zespołu słabości.

Jednym z czynników sprzyjających powstaniu niedożywienia jest jadłowstręt, który dosięga 21% osób po 65 roku życia, związany jest głównie z pogorszeniem czucia, smaku i zapachu oraz zmianami hormonalnymi, głównie zaburzeń kontroli ośrodka głodu i sytości. Istotne znaczenie mają tutaj również przyjmowane leki, które mogą wpływać na łaknienie, zaburzenia smaku oraz mogą powodować zmniejszone wchłanianie składników pokarmowych w wyniku zachodzących z nimi interakcji. Ważnym czynnikiem są też choroby przewlekłe, powodujące ograniczenia w spożywaniu pokarmów, do takich schorzeń zaliczamy: choroby układu pokarmowego, depresję, otępienie oraz choroby nowotworowe [12]. Inne czynniki wynikające ze zmian jakie zachodzą w przewodzie pokarmowym, to zmniejszona produkcja śliny, refluks żołądkowo-przełykowy jak również występowanie zaparć czy biegunek. Wśród osób starszych trudności w spożywaniu pokarmów wynikają również ze złego stanu jamy ustnej i uzębienia oraz braku możliwości samodzielnego spożywaniu posiłków ze względu na niesprawność seniorów. Ryzyko wystąpienia niedożywienia wiąże się również z niekorzystnymi czynnikami ekonomicznymi i socjalnymi,

takimi jak: poczucie samotności, izolacja społeczna, okres żałoby, które powodują niechęć do spożywania pokarmów oraz ubóstwo przez, które osoby nie mają dostępu do dostatecznej ilości pożywienia [13].

Niedożywienie jest dużym wyzwaniem wśród chorych hospitalizowanych. W celu identyfikacji osób niedożywionych oraz zagrożonych niedożywieniem należy dokonać oceny stanu odżywienia pacjentów. U osób powyżej 65 roku życia najlepiej zastosować skalę MNA (*Mini Nutritional Assessment*), ponadto można zastosować skalę SGA (*Subjective Global Assessment*) lub skalę NRS 2002 (*Nutritional Risk Screening 2002*), które również są dobrym narzędziem w badaniu przesiewowym pacjentów niedożywionych. Ocena stanu odżywienia powinna obejmować również dokładny wywiad żywieniowy oraz badanie fizykalne wraz z całościową oceną geriatryczną [14].

Leczenie żywieniowe u pacjentów mogących przyjmować pokarmy drogą doustną powinno rozpocząć się od porady dietetycznej w celu ustalenia pełnowartościowej diety. Dieta doustna może opierać się na produktach spożywczych dostępnych na rynku lub być wzbogacana o doustne suplementy pokarmowe (DPS, ang. ONS, *Oral Nutritional Supplements*). Mogą być one stosowane jako uzupełnienie diety czyli wspomaganie żywieniowe, należy wtedy spożyć 2-3 opakowania dziennie co dostarcza 400-600kcal - powinny być stosowane pomiędzy głównymi posiłkami, mogą być również stosowane jako jedyne źródło pożywienia, mówimy wtedy o leczeniu żywieniowym, ilość spożytych opakowań dziennie wynosi wtedy odpowiednio 5-8 opakowań co dostarcza 1000-1600kcal [11]. Stosowanie doustnych preparatów odżywczych jest zalecane u chorych, którzy za pomocą standardowej diety nie są w stanie dostarczyć odpowiedniej ilości składników pokarmowych.

Żywienie dojelitowe jest alternatywą w przypadku, gdy nie jest możliwe żywienie pacjenta drogą doustną lub w sytuacji kiedy nie obserwujemy poprawy stanu odżywienia po zastosowaniu diety przemysłowej. U pacjentów u których przewidywany czas żywienia wynosi do 4 tygodni stosuje się dostęp krótkoterminowy, żywienie odbywa się przez zgłębnik nosowo-żołądkowy, nosowo-dwunastniczy lub nosowo-jelitowy. W przypadku gdy okres żywienia będzie wynosił powyżej 4 tygodni stosuje się dostęp długoterminowy czyli przetokę odżywczą – stomię. Najczęściej stosowana jest gastrostomia odżywcza typu PEG (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*, przezskórna gastrostomia endoskopowa) [15].

Żywienie pozajelitowe jest ostatecznym etapem interwencji żywieniowej. Stosowane jest gdy niemożliwe jest przyjmowanie pokarmu i dostarczenie odpowiedniej ilości substancji odżywczych oraz energii przez przewód pokarmowy pacjenta, dzieje się tak w wyniku

upośledzenia jego funkcji. Ta metoda żywienia polega na dostarczaniu substancji odżywczych bezpośrednio do krwiobiegu z pominięciem układu pokarmowego. Prowadzi się je przez żyły centralne lub obwodowe. Jest to forma leczenia obciążona dużą ilością powikłań, dlatego podczas jej prowadzenia niezbędna jest współpraca całego zespołu żywieniowego.

Odleżyny - definicja, rozpoznanie, postępowanie w odleżynach

Odleżyny są częstym powikłaniem u osób ciężko chorych, długotrwale unieruchomionych. Pojawiają się w następstwie niewłaściwego przepływu krwi w naczyniach krwionośnych. Powodują wiele niekorzystnych skutków, są źródłem dużego cierpienia u pacjentów oraz stwarzają ryzyko dalszych powikłań, jak infekcje mogące zagrażać życiu.

Rany odleżynowe mogą powstać w miejscach nad wyniosłościami kostnymi, gdzie bariera tkanki tłuszczowej jest znikoma. Ich umiejscowienie uzależnione jest od pozycji w jakiej przebywa chory. Najczęściej pojawiają się w takich obszarach jak: potylica, uszy, łopatki, łokcie, okolica krzyżowo- lędźwiowa, krętarze stawów biodrowych, zewnętrzne krawędzie stóp i pięty (ryc. 4) [16].

POZYCJA LEŻĄCA NA PLECACH	POZYCJA LEŻĄCA NA BOKU	POZYCJA LEŻĄCA NA BRZUCHU	POZYCJA SIEDZĄCA
• okolica potyliczna • okolice barków • grzebień łopatek • kość łokciowa • wyrostki kolczyste kręgow • lędźwiowych • kość krzyżowa • kość guziczna • pięty	• małżowina uszna • okolice skroniowe • okolice barków • boczne powierzchnie łokci • talerz kości biodrowej • krętarze kości udowych • wewnętrzne i zewnętrzne powierzchnie stawów kolanowych • kostka boczna i przyśrodkowa stopy • pięty	• okolica kości czołowej • nos • żuchwa • żebra • narządy płciowe • grzebień kości biodrowych • kolana • okolice kości piszczelowych • okolica grzbietu stopy	• okolica potyliczno-ciemieniowa czaszki • grzebień łopatki • żebra • łokcie • guzy kulszowe • guzy piętowe

Rycina 5. Miejsca narażone na powstanie odleżyn w poszczególnych pozycjach ciała.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Wieczorowska – Tobis K., Talarska D., *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2018 oraz Maria T. Szewczyk i in., *Profilaktyka odleżyn- Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I. Leczenie ran*, 2020, nr 17(3).

W procesie powstawania odleżyn możemy wyodrębnić czynniki bezpośrednie takie jak powierzchniowy ucisk oraz czas jego trwania, tarcie, boczne siły ścinające, powstają wtedy gdy skóra pozostaje nieruchoma w stosunku do podłoża a ciało chorego zsuwa się pod

wpływem sił ciężenia i w efekcie dochodzi do oddzielenia się warstw skóry. Niektórzy do głównych przyczyn powstawania odleżyn zaliczają także wilgoć i ucisk [17].

Do czynników pośrednich zaliczamy: wiek, płeć, podwyższoną temperaturę ciała, masę ciała pacjenta, nawodnienie organizmu, niskie stężenie hemoglobiny i poziomu żelaza, zaburzenie krążenia krwi i ciśnienia krwi, choroby współistniejące, unieruchomienie pacjenta i brak aktywności, nietrzymanie moczu i stolca czy zmiany związane ze stanem skóry (urazy, otarcia) [18]. Istotne jest tutaj również niedożywienie, które jest nie tylko czynnikiem ryzyka powstania odleżyny ale i utrudnia gojenie się rany przez brak odpowiedniej ilości rezerw tkankowych. Dlatego zgodnie z aktualnymi wytycznymi żywieniowymi zalecane jest zastosowanie doustnych preparatów odżywczych [19].

Metodą identyfikacji osób narażonych na rozwój odleżyn oraz oszacowania poziomu ryzyka ich rozwoju jest ocena punktowa, dokonywana za pomocą skal oceny ryzyka rozwoju odleżyn. Najbardziej znane są skale: Norton, Waterlow, Braden, skala CBO (*Dutch Consensus Prevention of Bedsores*) oraz Douglas. Do najczęściej stosowanych skal u pacjentów geriatrycznych uważa się skale - Norton i Braden. Skala Norton za najbardziej istotne uważa pięć czynników ryzyka powstawania odleżyn, maksymalna suma punktów wynosi 20, ilość punktów poniżej 14 lub równej 14 oznacza chorego z ryzykiem powstania odleżyn. Skala Braden ocenia natomiast sześć czynników, maksimum punktów wynosi 23 i oznacza niskie ryzyko, natomiast wysokie ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się przy sumie punktów 16 lub poniżej [18].

Skuteczność oceny ryzyka rozwoju odleżyn uzyskana na podstawie wyników z przedstawionych skal jest duża, jednak w znacznym stopniu uzależniona jest od warunków w jakich przebywa pacjent. Badania wykazują, iż odleżyny najczęściej rozwijają się podczas pierwszych dwóch tygodni unieruchomienia chorego, przy czym mniej niż połowa przypadków w pierwszym tygodniu, a około 70% w drugim [20].

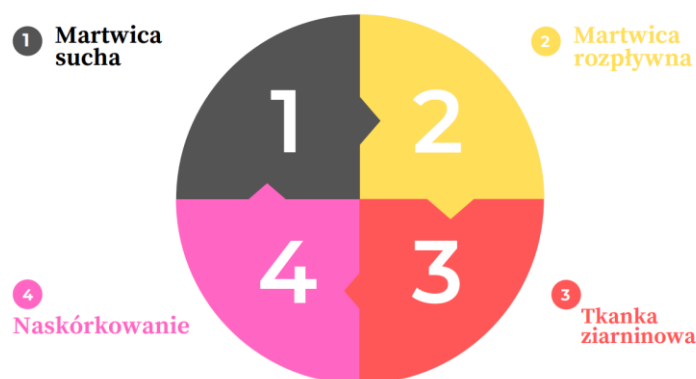
Oceny rany dokonuje się na podstawie jej wyglądu, polega ona na określeniu lokalizacji odleżyny, wielkości i głębokości rany, ocenie brzegów rany ze szczególnym zwróceniem uwagi na kolor skóry, rozległości tkanek zmacerowanych oraz wysięku i jego charakteru. Ocenie podlega również dno rany, sprawdza się obecność tkanek zmienionych martwiczo oraz ziarniny. Dokonuje się również oceny stopnia odleżyny oraz oceny bólu za pomocą wybranych skal [17].

Najbardziej rozpowszechnioną klasyfikacją jest pięciostopniowa Skala Torrance'a, w której oceniamy głębokość, wygląd i wielkość rany.

Skala Torrance'a:

- **Stopień I:** blednące pod wpływem lekkiego ucisku zaczerwienienie, ciągłość skóry jest zachowana.
- **Stopień II:** nieblednące zaczerwienienie, spowodowane uszkodzeniem mikrokrażenia. Może wystąpić obrzęk, uszkodzenie naskórka oraz pęcherze wypełnione płynem surowicznym, często towarzyszą dolegliwości bólowe.
- **Stopień III:** uszkodzenie pełnej grubości skóry właściwej bez tkanki podskórnej. Brzegi rany są dobrze odgraniczone od skóry zdrowej, otoczone obrzękiem i rumieniem. Dno rany wypełnione jest żółtą masą rozpadających się tkanek lub czerwoną ziarniną.
- **Stopień IV:** uszkodzenie obejmujące tkankę podskórną. Na dnie rany stwierdza się obecność tkanki martwiczej koloru czarnego, brzeg rany jest zazwyczaj dobrze odgraniczony jednak martwica może również dotknąć otaczające tkanki.
- **Stopień V:** Zaawansowany proces martwiczny obejmujący głębsze tkanki, w tym powięzie i mięśnie a nawet stawy i kości. Powstają jamy i kieszenie mogące się ze sobą łączyć. W ranie możemy zaobserwować treść ropną oraz dużą ilość tkanki martwicznej [21]

Prostsza klasyfikacja jest oparta na kolorach i ocenia odleżyny w zależności od etapu gojenia się i zaawansowania, można ją wykorzystać w celu doboru odpowiedniego opatrunku. System kolorowy (ryc. 5) przedstawia się następująco: kolor czarny – martwica sucha, mocno przylegająca o czarnym lub brązowym kolorze; kolor żółty – martwica rozpuszczalna, charakterystyczna obecność żółtego, zainfekowanego wysięku; kolor czerwony – tkanka ziarninowa o kolorze żywo czerwonym, delikatna i podatna na uszkodzenia; kolor różowy – naskórkowanie [17].



Rycina 6. Skala kolorowa do oceny stopnia zaawansowania odleżyn
Źródło: Opracowanie własne.

Klasyfikując rany odleżynowe w celu uniknięcia pomyłek należy zawsze zaznaczyć jakiej skali użyto do jej oceny.

Stworzony przez Europejski Panel Doradczy ds. Odleżyn (EPUAP, *European Pressure Ulcer Advisory Panel*) system klasyfikacji odleżyn obejmuje cztery kategorie:

- **kategoria I**, nieblednący rumień - nieuszkodzona skóra z utrzymującym się zaczerwienieniem, miejsce może różnić się bolesnością, stwardnieniem, obrzękiem i ciepłotą od sąsiadujących tkanek.
- **kategoria II**, częściowa utrata grubości – płytkie uszkodzenie skóry, obejmujące naskórek i skórę właściwą.
- **kategoria III**, pełna utrata grubości skóry i tkanki podskórnej – głębokie uszkodzenie skóry, może pojawić się tkanka martwicza postępująca w głąb powięzi.
- **kategoria IV**, pełna utrata grubości skóry i tkanki podskórnej – rozległe zniszczenie skóry, obecność tkanki martwiczej, uszkodzenie może sięgać w głąb ścięgien, mięśni lub kości [18, 22]

Rany odleżynowe w leczeniu są trudne, a czas potrzebny do ich całkowitego wyleczenia jest dość długi. Strategia leczenia ran – TIMERS za istotę swojego działania uznaje wzmacnianie naturalnego potencjału rany w gojeniu. Etapem pierwszym jest opracowanie tkanek czyli litera T (*ttissue debridement*), następnie kontrola infekcji i zapalenia – litera I (*infection and inflammation control*), kolejnym etapem jest utrzymanie równowagi wilgotności w łóżysku rany – litera M (*moisture balance*), litera E (*edge/epidermis*) oznacza nieprawidłowe brzegi i zaburzenia naskórkowania, za cel działania uznaje się tutaj wytworzenie brzegu rany i nowego naskórka, kolejnym etapem w opisywanej strategii jest naprawa i regeneracja – litera R (*repair and regeneration*) czyli zamykanie rany, litera S (*social and individual-related factors*) czyli ocena sytuacji społecznej i indywidualnych czynników związanych z pacjentem mogących wpływać niekorzystnie na gojenie rany [21].

W opracowywaniu dna rany ważne jest oczyszczanie zajętej powierzchni z tkanek martwiczych przy bardzo zaawansowanych odleżynach, ponieważ blokują one proces gojenia się rany oraz stanowią idealne podłoże do rozwoju bakterii. Istnieje kilka sposobów oczyszczania ran trudno gojących się:

- **opracowanie chirurgiczne** – najczęściej stosowane przy głębokich i silnie zanieczyszczonych odleżynach,
- **opracowanie ostre**- z wykorzystaniem specjalistycznych narzędzi (*scrabing*),

- **opracowanie mechaniczne** - za pomocą gazików i lawaseptyków, efektywnym sposobem jest wykorzystanie gąbek monofilamentowych lub z mikrowłókien, które pomagają w usuwaniu martwej tkanki,
- **metoda biochirurgiczna** – larwoterapia (MDT, *Maggot Debridement Therapy*) w której wykorzystuje się larwy muchy *Lucillasericata*,
- **opracowanie enzymatyczne oraz autolityczne** czyli wspomaganie naturalnego procesu oczyszczania rany przez zastosowanie opatrunków specjalistycznych oraz żeli enzymatycznych [17, 21].

Należy pamiętać, że każda rana jest inna i nie ma jednolitego schematu postępowania. Jedną z najważniejszych zasad w pielęgnacji ran odleżynowych jest zapewnienie wilgotnego środowiska w łóżysku rany, ułatwia to proces gojenia. Zalecane jest stosowanie specjalistycznych opatrunków, które regulują wilgotność poprzez chłonięcie nadmiaru wysięku lub gdy rana jest wysuszona zapewniają wilgoć [17]. Należą do nich: opatrunki hydrokoloidowe oraz hydrożelowe, pianki poliuretanowe oraz opatrunki z alginianu wapnia, dekstranomery, opatrunki lipido-koloidowe. Trzeba zaznaczyć że wysięk ma pozytywne działanie w procesie gojenia rany, to jego nadmiar opóźnia gojenie i prowadzi do maceracji otaczającej skóry, którą należy zabezpieczać preparatami ochronnymi [23]. Opatrunki te izolują termicznie ranę, tworzą lekko kwaśny odczyn dzięki czemu obniżają ryzyko infekcji, uniemożliwiają przedostawanie się bakterii do środowiska rany, łagodzą ból i przyspieszają gojenie. Odleżyny są ranami przewlekłymi, z tego względu zwiększone jest ryzyko infekcji rany co powoduje wydłużenie procesu gojenia się. Opatrunki złożone, np. nasycone jonami srebra ze względu na ich działanie przeciwbakteryjne są istotne podczas wystąpienia infekcji lub zapalenia [7, 21].

Niezależnie od stopnia zaawansowania odleżyny trzeba zastosować działania profilaktyczne, które są niezbędne w celu poprawy warunków gojenia rany. W sytuacji gdy pacjent uznany jest za osobę z grupy ryzyka wystąpienia odleżyn zastosowanie działań profilaktycznych zminimalizuje ryzyko ich powstania [17].

Ważne jest zastosowanie sprzętów redukujących ucisk i zmniejszających tarcie między ciałem chorego i podłożem takich jak: podkładki np. z runa owczego, poduszcзки wypełnione np. siemieniem lnianym lub kliny piankowe, wałki można użyć również poduszek czy zwiniętych koców. Pacjent powinien zostać ułożony na materacu przeciwoleżynowym, dostosowanym indywidualnie do jego potrzeb. Należy pamiętać, że przy zastosowaniu materaca przeciwoleżynowego nie należy rezygnować z regularnych zmian pozycji

ułożeniowych ciała co 2 godziny, jednak częstość tą trzeba korygować pod kątem indywidualnej tolerancji pacjenta na ucisk [20].

Istotna jest prawidłowa pielęgnacja skóry, która zapewni jej suchość i czystość poprzez wykonywanie codziennej toalety ciała i stosowanie delikatnych środków myjących o neutralnym pH 5,5 oraz delikatne osuszanie skóry, ze szczególnym zwróceniem uwagi na takie miejsca jak fałdy skórne, okolice intymne oraz u kobiet okolice pod piersiami. Ważne jest by nie trzeć skóry a osuszać ją delikatnie dotykając [7]. Należy przeprowadzać systematyczną ocenę stanu skóry z uwzględnieniem miejsc szczególnie narażonych na powstanie odleżyn, zwracamy tutaj uwagę na: zabarwienie, temperaturę, wilgotność, grubość i napięcie skóry oraz otarcia lub zranienia [21].

Bardzo ważne jest angażowanie rodziny pacjenta w czynności pielęgnacyjne. Zadaniem pielęgniarki będzie edukacja rodzinny w jaki sposób prawidłowo myć, osuszać i pielęgnować skórę, ze szczególnym uwzględnieniem okolicy rany odleżynowej oraz pokazanie w jaki sposób zmieniać pieluchomajtki u pacjenta unieruchomionego. Ważnym elementem jest też edukacja w zakresie zmian pozycji ciała oraz mobilizowanie pacjenta do samodzielnej aktywności w zakresie jego możliwości – częste obracanie się w celu zmniejszenia ucisku tkanek. Należy zwrócić uwagę na prawidłowe odżywianie chorego oraz wyrównanie niedoborów pokarmowych – dieta powinna być bogata w odpowiednie składniki odżywcze jak białko, witamina C, cynk. Zadaniem pielęgniarki będzie wskazanie czynników, które powinny zaniepokoić rodzinę pacjenta oraz zwrócenie uwagi na konieczność obserwacji stanu i wyglądu skóry chorego.

Istotnym elementem działań profilaktycznych jest także edukacja samego pacjenta z zakresu wiedzy o odleżynach oraz profilaktyki przeciwoodleżynowej.

Przebieg gojenia rany powinien być dokładnie monitorowany oraz dokumentowany. Pielęgniarka za zadanie ma odnotowanie każdej pojedynczej odleżyny z uwzględnieniem jej lokalizacji, stanu zaawansowania oraz czasu wystąpienia. Należy pamiętać, że proces gojenia odleżyny może być znacznie spowolniony ze względu na zaawansowany wiek pacjenta, występowanie chorób takich jak miażdżycy, cukrzyca lub występujące w organizmie infekcje, a nawet palenie tytoniu [18].

Prawidłowe i skuteczne leczenie ran odleżynowych jest korzystne przede wszystkim dla pacjenta dzięki zmniejszeniu jego cierpienia, zapewnienie szybszego powrotu do zdrowia oraz zmniejszenie ryzyka powikłań takich jak ciężkie zakażenia, zapalenia czy przetoki.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest określenie roli pielęgniarki w zapobieganiu powikłaniom wynikającym z unieruchomienia starszego pacjenta oraz podjęcie próby ich rozwiązania.

Material i metodyka badań

W przedstawionej pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku oraz zastosowano następujące techniki gromadzenia danych: obserwacje, wywiad, pomiar i analizę dokumentacji.

Wykorzystanymi narzędziami badawczymi w analizie sytuacji zdrowotnej pacjenta były następująco: Skala GDS - Geriatryczna Skala Oceny Depresji (*Geriatric Depression Scale*), Skala ADL - Skala Podstawowych Czynności Dnia Codziennego (*Activities of Daily Living*) wg Katza, Skala NRS 2002 (*Nutritional Risk Screening 2002*), Skala Douglas, Skala Torrance'a, Skala NRS.

Badania przeprowadzono w marcu 2021 roku podczas pobytu pacjentki na oddziale Wewnętrznym z profilem geriatrycznym w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim.

Uzyskano zgodę od pacjentki i jej rodziny na przeprowadzenie badań naukowych i wykorzystanie informacji o jej przypadku z uwzględnieniem ochrony danych osobowych. Pacjentka X.Y., lat 78, przebywa w szpitalnym oddziale czwartą dobę.

Wyniki

Studium przypadku pacjenta z sarkopenią - analiza i opis.

Stan bio-psycho-społeczny badanej

Kobieta mieszka z synową i dwójką wnucząt w niewielkim domu jednorodzinnym, jest wdową – męża straciła 20 lat temu. Cztery miesiące temu pochowała syna, który zginął w wypadku samochodowym, kobieta nie może pogodzić się z tą stratą, była z nim bardzo związana. Od tego czasu stała się apatyczna, znacznie ograniczyła kontakt z otoczeniem, nastąpił spadek sprawności ruchowej, osłabienie, nie chciała spożywać posiłków co doprowadziło do niedożywienia. Pacjentka zaczęła większą część dnia przebywać w łóżku, nastąpił spadek siły mięśniowej co w efekcie doprowadziło do jej unieruchomienia. U chorej zdiagnozowano sarkopenię.

Diagnozy pielęgniarские, cele, planowanie opieki, wdrożenie planowanych działań oraz ocena realizacji opieki wobec unieruchomionego starszego pacjenta

➤ **Diagnoza pielęgniarська 1: Trudności w wykonywaniu czynności samopielegnacyjnych i samoobsługowych spowodowane obniżoną siłą mięśniową oraz unieruchomieniem w łóżku.**

✓ **Cel działania:** Wdrożenie chorej do samoobsługi i samopielegnacji.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Ocena wydolności pacjentki w zakresie samoopieki.
- Motywowanie do wykonywania czynności samopielegnacyjnych samodzielnie.
- Udzielenie pomocy w czynnościach sprawiających trudność.
- Okazywanie wsparcia i akceptacji.
- Umożliwienie kontaktu z rehabilitantem w celu ustalenia zestawu ćwiczeń usprawniających.
- Przygotowanie pacjentki do sprawowania samoopieki.
- Wyedukowanie rodziny w jaki sposób sprawować opiekę nad chorą.

✓ **Ocena wykonanych działań pielęgniarских:**

Pacjentka w dalszym ciągu wymaga pomocy przy niektórych czynnościach dnia codziennego.

➤ **Diagnoza pielęgniarська 2: Wyczerpanie organizmu spowodowane niedożywieniem (NRS 2002 - 6 pkt).**

✓ **Cel działania:** Poprawienie stanu odżywienia pacjenta przez wyrównanie niedoborów pokarmowych.

✓ **Interwencje pielęgniarские:**

- Ocena stanu ogólnego pacjentki.
- Dokonanie oceny stopnia odżywienia.
- Zastosowanie odpowiedniej diety.
- Zastosowanie wspomagania żywieniowego zgodnie z zaleceniem lekarskim.
- Stworzenie odpowiednich warunków do spożywania posiłków.
- Ponowna kontrola stanu odżywienia.
- Edukacja pacjentki i rodziny w zakresie powikłań niedożywienia i właściwego stylu odżywiania.

- ✓ **Ocena wykonanych działań pielęgniarских:** Uzyskano poprawę stanu odżywienia pacjenta. W dalszym ciągu u pacjentki występuje niedowaga.

➤ **Diagnoza pielęgniarська 3: Ból i pieczenie w miejscu wystąpienia odleżyny drugiego stopnia (NRS 6 pkt).**

- ✓ **Cel działania:** Zmniejszenie odczuwania bólu i pieczenia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Rozmowa z pacjentką na temat lokalizacji i charakteru bólu.
 - Obserwacja pacjentki i ocena podstawowych parametrów życiowych.
 - Ocena stopnia natężenia bólu.
 - Ułożenie pacjentki w pozycji redukującej odczuwanie przez nią dolegliwości bólowych i pieczenia.
 - Podanie środków farmakologicznych na zlecenie lekarza.
 - Ponowna ocena natężenia bólu.
- ✓ **Ocena wykonanych działań pielęgniarских:** U pacjentki zmniejszyło się nasilenie odczuwanych dolegliwości bólowych i pieczenia (NRS 1 pkt).

➤ **Diagnoza pielęgniarська 4: Ryzyko rozwoju zakażenia z powodu wystąpienia odleżyny drugiego stopnia.**

- ✓ **Cel działania:** Zapobieganie zakażeniu powstałej odleżyny.
- ✓ **Interwencje pielęgniarские:**
 - Ocena odleżyny według wybranej skali.
 - Oczyszczanie rany.
 - Zastosowanie nowoczesnych opatrunków miejscowych.
 - Zmiana opatrunku w zależności od zapotrzebowania z zachowaniem zasad aseptyki.
 - Monitorowanie gojenia rany.
 - Pobranie wymazu z rany do badań bakteriologicznych.
 - Wdrożenie profilaktyki przeciwoleżynowej.
- ✓ **Ocena wykonanych działań pielęgniarских:** Dzięki zastosowanym działaniom nie zaobserwowano objawów zakażenia odleżyny.

➤ **Diagnoza pielęgniarська 5: Ryzyko wystąpienia i dalszego rozwoju odleżyn spowodowane unieruchomieniem.**

- ✓ **Cel działania:** Zmniejszenie ryzyka wystąpienia i rozwoju odleżyn.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Ocena ryzyka rozwoju odleżyn.
 - Zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego.
 - Zmiana pozycji ułożeniowej ciała pacjentki.
 - Zastosowanie sprzętu pomocniczego w celu redukcji ucisku.
 - Monitorowanie stanu skóry.
 - Pielęgnacja skóry pacjentki.
 - Zmiana bielizny osobistej i pościelowej.
 - Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali w celu minimalizacji wysuszania skóry lub jej nadmiernego pocenia.
 - Odpowiednie żywienie pacjentki.
 - Edukacja pacjentki w zakresie profilaktyki przeciwoodleżynowej.
- ✓ **Ocena wykonanych działań pielęgniarskich:** W wyniku zastosowanych działań nie zaobserwowano powstawania odleżyn ani dalszego rozwoju obecnej rany.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 6: Poczucie przygnębienia, żalu i smutku spowodowane żalobą.**

- ✓ **Cel działania:** Wyrównanie nastroju pacjentki oraz ułatwienie radzenia sobie z żalem.
- ✓ **Interwencje pielęgniarskie:**
 - Ocena samopoczucia i nastroju pacjentki.
 - Zbudowanie relacji z pacjentką opartej na zaufaniu.
 - Identyfikacja problemów pacjentki z zaspokojeniem podstawowych potrzeb życiowych.
 - Pomoc pacjentce w zrozumieniu, że pomimo występowania poczucia smutku stanie się on z czasem łatwiejszy do zniesienia.
 - Zachęcenie pacjentki do podjęcia aktywności zmniejszających odczuwanie smutku.
 - Zachęcenie pacjentki do rozmowy z rodziną na temat straty, do opisanie swoich doświadczeń.
 - Zapewnienie odpowiednich warunków do snu i wypoczynku.
- ✓ **Ocena wykonanych działań pielęgniarskich:** Nastrój pacjentki uległ poprawie, pacjentka lepiej radzi sobie z uczuciem smutku i żalu.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 7: Unieruchomienie jako czynnik ryzyka dalszego rozwoju sarkopenii.**

- ✓ **Cel działania:** Niedopuszczenie do dalszego rozwoju sarkopenii.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Odpowiednie ułożenie pacjentki w łóżku.
 - Dostosowanie aktywności pacjentki do jej możliwości.
 - Umożliwienie kontaktu z fizjoterapeutą w celu ułożenia odpowiedniego zestawu ćwiczeń.
 - Pomoc pacjentce w regularnym wykonywaniu ćwiczeń dobranych przez lekarza i rehabilitanta.
 - Angażowanie rodziny pacjentki w usprawnianie chorej.
 - Edukacja pacjentki dotycząca zdrowego stylu życia, odpowiedniego odżywiania i aktywności fizycznej.
- ✓ **Ocena wykonanych działań pielęgniarstwa:** Nie zaobserwowano objawów świadczących o dalszym rozwoju sarkopenii. Stan pacjentki uległ poprawie.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 8: Ryzyko odwodnienia organizmu spowodowane małą ilością spożywanych płynów.**

- ✓ **Cel działania:** Zapobiegnięcie wystąpieniu odwodnienia.
- ✓ **Interwencje pielęgniarstwa:**
 - Ocena stopnia nawodnienia organizmu.
 - Ocena stanu ogólnego chorej.
 - Doustne nawadnianie pacjentki.
 - Kontrola masy ciała.
 - Monitorowanie ilości przyjmowanych płynów przez pacjentkę.
 - Prowadzenie bilansu płynów.
 - Dożylne nawadnianie pacjentki zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- ✓ **Ocena wykonanych działań pielęgniarstwa:** Dzięki zastosowanym działaniom nie doszło do odwodnienia organizmu.

➤ **Diagnoza pielęgniarstwa 9: Ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego z powodu unieruchomienia.**

- ✓ **Cel działania:** Nie dopuszczenie do wystąpienia powikłań oddechowych.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Wyedukowanie pacjentki i zastosowanie gimnastyki oddechowej.
- Oklepywanie i nacieranie klatki piersiowej i pleców.
- Edukacja pacjentki w zakresie efektywnego odkrztuszania.
- Zapewnienie pacjentce możliwości dłuższego przebywania w pozycji siedzącej.
- Udzielenie pomocy w wykonaniu toalety jamy ustnej.
- Zapewnienie systematycznego wietrzenia sali oraz odpowiedniego mikroklimatu.
- Zmiana pozycji ułożeniowej w łóżku.

✓ **Ocena wykonanych działań pielęgniarskich:** W wyniku podjętych działań nie doszło do wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego.

➤ **Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko wystąpienia zaparć związane z długotrwałym przebywaniem w pozycji leżącej.**

✓ **Cel działania:** Zapobiegnięcie wystąpienia uciążliwych zaparć.

✓ **Interwencje pielęgniarskie:**

- Zastosowanie odpowiedniej diety stymulującej perystaltykę jelit.
- Dbanie o zachowanie prawidłowej higieny spożywania posiłków.
- Kontrolowanie ilości wypijanych płynów na dobę.
- Kontrolowanie regularności wypróżnień pacjentki.
- Zastosowanie zabiegów poprawiających perystaltykę – masaż brzucha.
- Zabezpieczenie chorej przed zanieczyszczeniem.

✓ **Ocena wykonanych działań pielęgniarskich:** Nie doszło do wystąpienia zaparć.

Wnioski:

Po analizie zebranych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentki, w oparciu o przedstawione badania sformułowano następujące wnioski:

1. Poprzez wiedzę na temat znaczenia samodzielności w życiu każdego człowieka, pielęgniarka promowała zachowania sprzyjające utrzymaniu jej na jak najwyższym poziomie funkcjonowania. Przekazała niezbędną wiedzę na temat czynników determinujących poziom sprawności osobie starszej i jej rodzinie.
2. W niniejszej pracy pielęgniarka pełniła funkcję opiekunczą poprzez analizę sprawności funkcjonalnej podopiecznej – obserwację pacjentki pod kątem pogorszenia stanu

- zdrowia. Pielęgniarka odpowiadała za bezpośrednią opiekę nad pacjentką, monitorowała jej stan zdrowia i reagowała na zaobserwowane oraz zgłaszane przez pacjentkę problemy. Pielęgniarka poprzez swoje działania dążyła do poprawy samodzielności i niezależności pacjentki, co wiązało się z poprawą samopoczucia i jakości życia chorej. Celem opieki nad pacjentką była profilaktyka i przeciwdziałanie powikłaniom. Pielęgniarka zajmowała się całościową opieką nad pacjentką poprzez pozostanie z nią w ciągłym kontakcie, powiadamiała lekarza gdy zaobserwowała niepokojące objawy mogące świadczyć o pogorszeniu zdrowia starszej pacjentki.
3. Pacjentka uzyskała wiedzę na temat swojej choroby w trakcie hospitalizacji. Dzięki podjętym działaniom przez pielęgniarkę pacjentka i jej rodzina uzyskała wiedzę w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.
 4. Istotne jest podejście do każdego pacjenta w sposób indywidualny. Pacjentka współpracowała z zespołem terapeutycznym dzięki nawiązaniu z nią dobrej relacji, wdrażaniu zachowań mających na celu zachowanie godności i indywidualności osobistej pacjentki. Zapewniono poczucie bezpieczeństwa pacjentce poprzez okazywanie zrozumienia, troski i życzliwości. Zadaniem pielęgniarki było zapewnienie komfortu psychicznego i fizycznego pacjentce, zachęcanie pacjentki do sprawowania samoopieki w zakresie jej możliwości.

Spis piśmiennictwa

1. Witowski J.: Charakterystyka procesu starzenia się [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. K. Wieczorowska – Tobis, D. Talarska D (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 23-24.
2. Duda K.: Proces starzenia się [w:] Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja. A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A Żołądź (red.). Wyd. PWN, Warszawa 2012, 3-5.
3. Piotrowicz K., Gąsowski J.: Wprowadzenie – chorowanie w podeszłym wieku [w:] Geriatria. Wybrane zagadnienia. J. Gąsowski J., K. Piotrowicz, Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, 25-28.
4. Wieczorowska – Tobis K.: Typowe cechy medycyny geriatrycznej [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. K. Wieczorowska – Tobis, D. Talarska, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 93-96.
5. Skalska A.: Frailty [w:] Geriatria. Wybrane zagadnienia. J. Gąsowski, K. Piotrowicz (red.). Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, 259-161.

6. Kwika M.D.: Wielkie Zespoły Geriatryczne. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2020, 12, 9-11.
7. Żak M., Broła W., Rębak D.: Unieruchomienie pacjenta [w:] Wielkie Problemy Geriatryczne. Tom 1. M. Żak M., S. Głuszek S. Wyd. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2020, 81-84.
8. Czesak J., Piotrowicz K.: Sarkopenia i rehabilitacja w sarkopenii [w:] Geriatria. Wybrane zagadnienia. J. Gąsowski J., K. Piotrowicz (red.). Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, 146.
9. Krzymińska-Siemaszko R.: Sarkopenia 2018 – zaktualizowane kryteria diagnostyczne do diagnozowania niewydolności mięśni. Geriatria, 2018, 4, 230-231.
10. Mziray M., i in.: Sarkopenia – marginalizowany problem wieku podeszłego. Pielęgniarstwo Polskie, 2017, 3, 506-511.
11. Klimek E., Kamińska A.: Potrzeby żywieniowe oraz niedożywienie [w:] Geriatria. Wybrane zagadnienia. J. Gąsowski, K. Piotrowicz (red.). Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2020, 160-162.
12. Faleńczyk K.: Zapobieganie zaburzeniom wodno-elektrolitowym, odwodnieniu i niedożywieniu chorych w podeszłym wieku [w:] Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku (K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik (red.)).Wyd. Lekarskie PZWL, Lublin 2019, 16.
13. Guligowska A., Pigłowska M., Kostka T.: Realizacja zaleceń żywieniowych przez osoby starsze ze środowisk domowych i z domów pomocy społecznej. Forum Opieki Długoterminowej MEDI, 2016, 3(69),29-32.
14. Posieczek Z., i in.: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej nad pacjentem geriatrycznym z niedożywieniem. Journal of Education, Health and Sport, 2017, 7(8), 435-445.
15. Goździewska A.: Niedożywiony chory hospitalizowany – przebieg leczenia. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2020,2, 1-2.
16. Szkiler E.: Poradnik Pielęgnacji Ran Przewlekłych, Wyd. Evereth Publishing, Warszawa 2014, 13-14.
17. Krężel J.: Odleżyny, Leczenie ran w praktyce pielęgniarki i położnej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, Wydanie specjalne, 2019,12, 18-19..
18. Blenke – Krysiak I., Odleżyny [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. K. Wieczorowska – Tobis, D. Talarska (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2018, 384-387.

19. Szkatuła M.: Niedożywienie w przypadku rany przewlekłej. Leczenie ran w praktyce pielęgniarki i położnej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. Wydanie specjalne, 2019, 12, 38-40.
20. Szewczyk M. i in.: Profilaktyka odleżyn - Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część I. Leczenie ran, 2020, 17(3), 119-133.
21. Szewczyk M., i in.: Leczenie odleżyn - Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część II. Leczenie ran, 2020, 17(4), 122-164.
22. Tokarski Z., Pieprzowska E.: Odleżyny jako problem osób opiekujących się chorym przewlekłe [w:] Rodzina w zdrowiu i chorobie. Wybrane aspekty opieki nad przewlekłe chorym. G. Dębska, A. Goździalska, J. Jaśkiewicz (red,.). Wyd. Oficyna Wydawnicza AFM, Kra.
23. Kempa S., i in.: Odleżyny w terminalnej fazie chorób. Leczenie ran, 2016, 13(4), 147-155.

OCZEKIWANIA KOBIET CIĘŻARNYCH DOTYCZĄCE OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ ZAWARTE W PLANIE PORODU

Katarzyna Padlewska¹, Ewa Perkowska²

¹ – Poliklinika Położniczo-Ginekologiczna Arciszewscy ul. Zamenhofa 19, Białystok.

² – Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Urodzenie dziecka to dla kobiety jedno z najważniejszych wyzwań w życiu. Angażuje jej zdolności w sferze psychicznej, duchowej i fizycznej. Jest pewnego rodzaju sprawdzianem jej mocy, siły i determinacji. Specyfika i intensywność doznań w czasie ciąży i porodu powoduje, że przez większość kobiet są one pamiętane ze szczegółami przez całe życie [1]. W tym czasie oczekiwania, w ich myślach pojawia się wiele pytań m.in.: kiedy zacznie się poród, czy o czasie i jak długo będzie trwał? Czy dadzą radę, czy zniosą ból porodowy? Czy nie pojawią się nieprzewidziane komplikacje? Czy partner będzie mógł być przy nich? Czy dziecko, które się urodzi będzie zdrowe? Pierwsza ciąża to strach przed nieznanym i obawy czy na pewno poradzą sobie z nowym wyzwaniem. U kobiet w kolejnej ciąży może pojawić się nadmierny lęk, szczególnie gdy wcześniejszy poród przyniósł negatywne doświadczenia związane z komplikacjami. Te wszystkie silne emocje są całkowicie normalne [2]. Warto więc rozmawiać, konsultować swoje wątpliwości, szukać wsparcia i odpowiedzi. Śmiało korzystać z rad położnej, ginekologa prowadzącego ciążę oraz wsparcia najbliższych osób [3].

Plan porodu może być skutecznym i ważnym narzędziem komunikacji i edukacji pozwalającym kobiecie na świadomą kontrolę całego procesu rodzenia oraz zwiększenie jej satysfakcji [4]. Może posłużyć jako temat do rozmów podczas spotkań z położną i lekarzem położnikiem, dających większe zrozumienie tego, co może zdarzyć się podczas porodu. Promuje aktywny udział w porodzie [5]. Pozwala kobiecie na zawarcie w nim swoich oczekiwań odnośnie porodu i opieki okołoporodowej, decyzji, próśb i zgód na procedury i interwencje medyczne [6]. Tworzony jest w ciąży. I chociaż trudno przewidzieć jak głowa i ciało zareagują na poród, warto nad nim popracować i zastanowić się nad tym, co będzie w tym momencie ważne, a co nie ma większego znaczenia. Dużym znaczeniem w pozytywnym

przeżywaniu porodu jest swobodny wybór miejsca, gdzie rodząca otrzyma kompleksową, fachową opiekę i gdzie ona i dziecko będą czuli się bezpiecznie [7].

W odpowiedzi na nasilające się zjawisko “medykalizacji porodu”, po raz pierwszy plan porodu został przedstawiony w latach 80-tych XX wieku w Europie i USA [8]. Celem była poprawa zdrowia kobiet ciężarnych oraz zmniejszenie niekorzystnych skutków porodu dla matek i noworodków oraz poprawa komunikacji pomiędzy kobietami, a pracownikami służby zdrowia [5, 9]. Zakładano, że plan porodu umożliwi ciężarnym wyrażenie swoich oczekiwań i potrzeb związanych z porodem. Był wielkim pozytywnym krokiem w kierunku praw kobiet i ich respektowania [4].

Założenia i cel pracy

Celem głównym pracy była analiza oczekiwań kobiet ciężarnych wobec opieki okołoporodowej wyrażonych w planie porodu, które mają istotny wpływ na przebieg i komfort porodu takich jak:

- zapewnienie pełnej intymności i poszanowania godności osobistej,
- udzielanie informacji na temat postępu porodu, istniejących zagrożeń, stosowanych leków, interwencjach medycznych,
- korzystaniu z pozycji wertykalnych oraz niefarmakologicznych i farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego,
- ochronie tkanek krocza przed nacięciem,
- pierwszego kontaktu “skóra do skóry, pomocy w przystawieniu do piersi,
- obecności osoby towarzyszącej przy porodzie
- potrzebie kontaktu z psychologiem po porodzie.

Material i metodyka badań

Badania zostały przeprowadzone na grupie 120 kobiet ciężarnych, pacjentek Poradni Ginekologiczno - Położniczej Polikliniki Ginekologiczno – Położniczej Arciszewscy w Białymstoku. Badania realizowano po uzyskaniu pisemnej zgody kierownika jednostki oraz Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr APK.002.65.2021. Przeprowadzono je w terminie od lutego do końca kwietnia 2021 roku.

Przed przystąpieniem do badań ustalono następujące kryteria kwalifikacji: wiek-ukończony 18 rok życia, pacjentki ciężarne, wyrażenie dobrowolnej zgody na udział w badaniu, stan biologiczno – psychiczny pozwalający na udzielenie odpowiedzi. Wszystkie uczestniczki

biorące udział w badaniu zostały poinformowane o jego celu, o anonimowości wykonywanych badań i ochronie danych osobowych oraz o możliwości wycofania zgody na dalszy udział w badaniu bez podawania przyczyny.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano autorską ankietę dotyczącą danych socjodemograficznych oraz Planu porodu.

Plan porodu składa się z 21 pozycji. Jest narzędziem, który służy do wyrażenia przez kobiety ciężarne swoich oczekiwań i preferencji odnośnie porodu i opieki okołoporodowej.

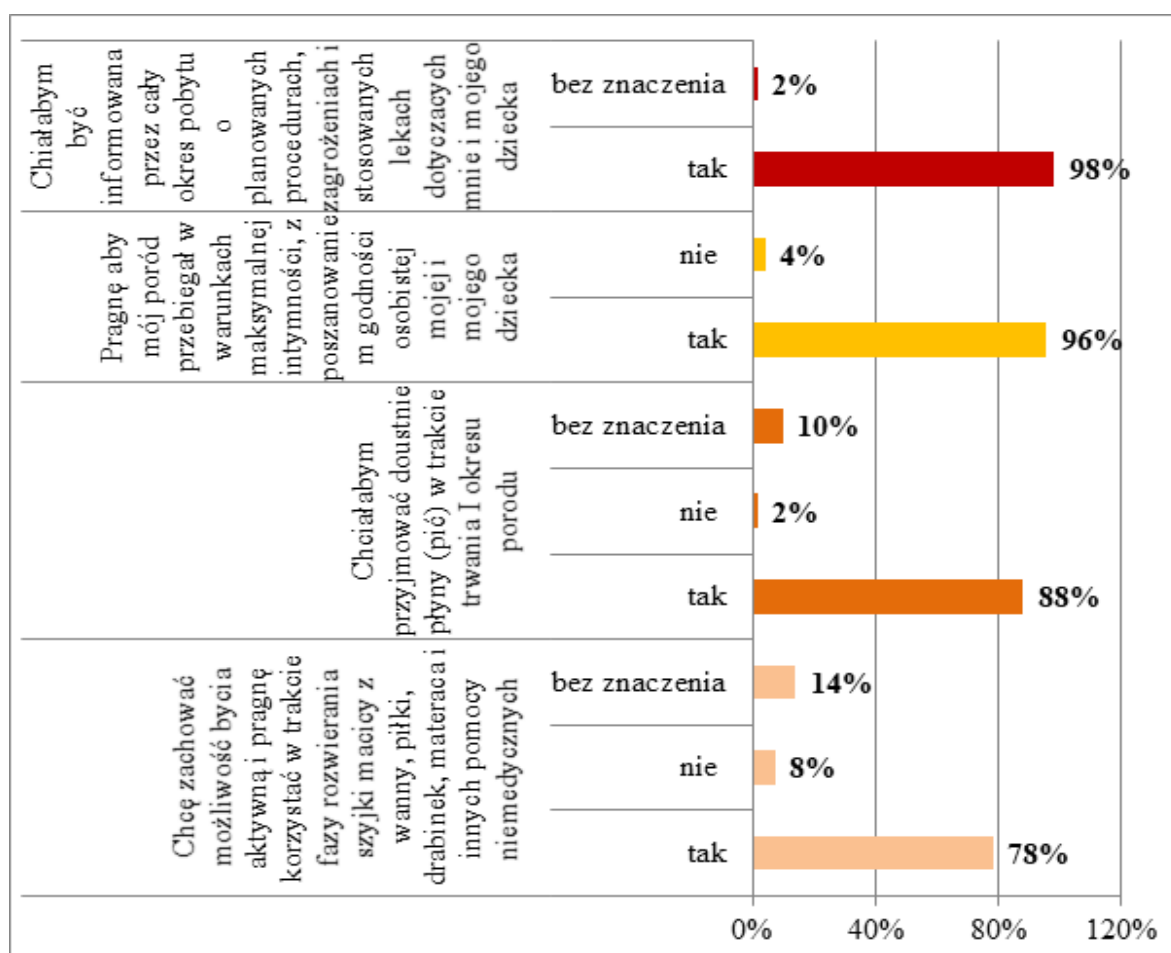
Do przeprowadzenia analizy statystycznej posłużono się oprogramowaniem Microsoft Excel oraz STATISTICA 13, w którym wykorzystano test Shapiro-Wilka w celu sprawdzenia normalności rozkładu danych i test χ^2 Pearsona. Przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$. Wyniki uznawano za statystycznie istotne, gdy wartość $p \leq 0,05$.

Wyniki

Zdecydowana większość badanych posiadała wykształcenie wyższe ($n=86$; 72%), blisko 1/4 wykształcenie średnie ($n=29$; 24%), zaś zaledwie 4% - zawodowe ($n=5$). Ponadto ponad połowa badanych zamieszkiwała w mieście liczącym powyżej 100 tys. mieszkańców ($n=68$; 57%), nieco ponad 1/5 w mieście liczącym do 100 tys. mieszkańców ($n=27$; 22%), zaś 1/5 na wsi ($n=25$; 20%).

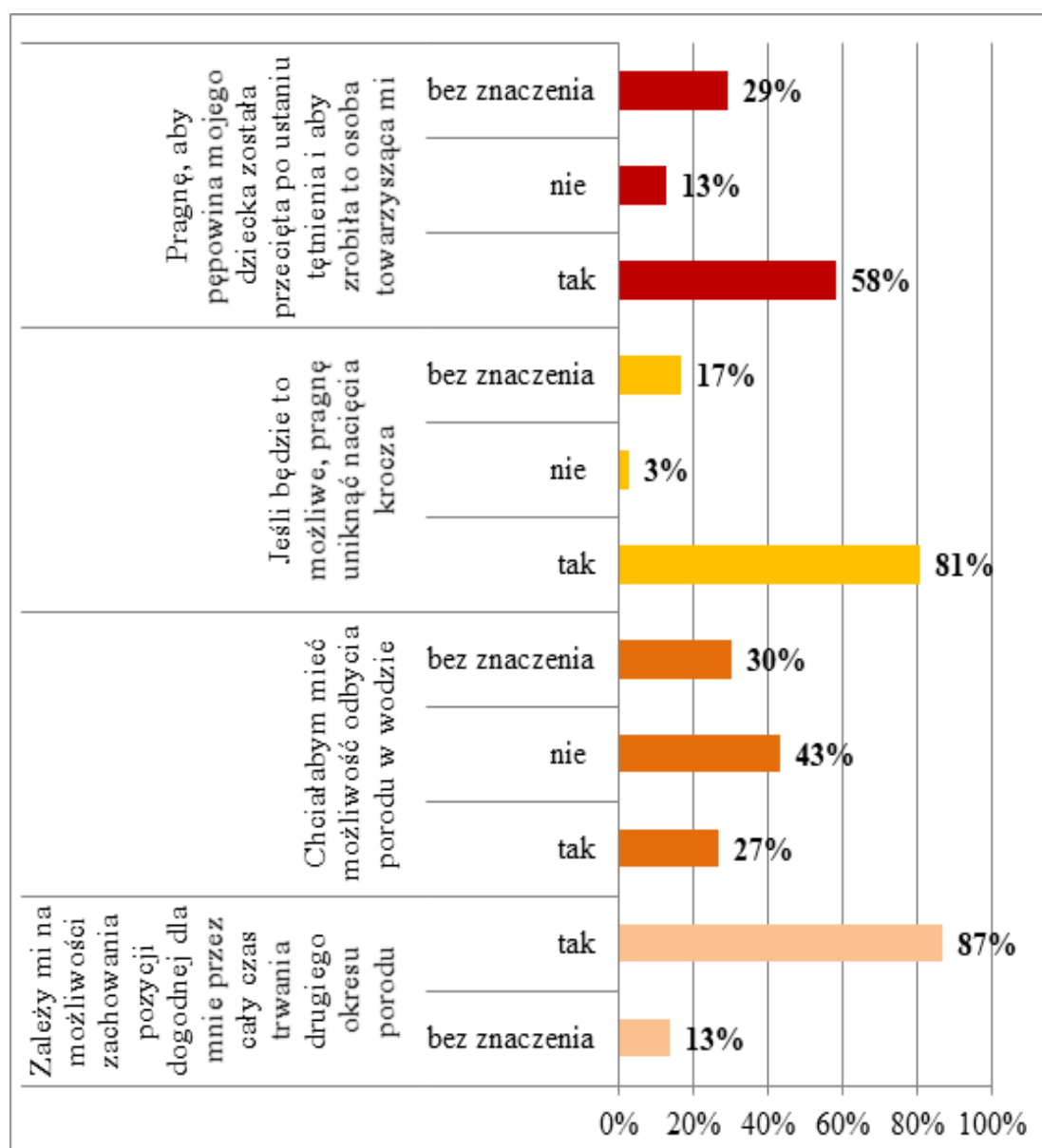
Największy udział w badaniu zaobserwowano wśród kobiet w przedziale wiekowym 30-34 lat z wykształceniem wyższym i zamieszkujących miasto powyżej 100 tys. osób ($n=23$; 19%).

Blisko 100% badanych zadeklarowało, że chciałaby być informowana przez cały okres pobytu o planowanych procedurach, zagrożeniach i stosowanych lekach dotyczących ich i dziecka ($n=118$; 98%). 96% respondentek pragnie również, aby ich poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności, z poszanowaniem godności osobistej ich oraz dziecka ($n=115$). Wykazano także, że blisko 90% badanych kobiet chciałoby przyjmować doustnie płyny (pić) w trakcie trwania I okresu porodu ($n=106$; 88%), zaś niecałe 80% chce zachować możliwość bycia aktywną i pragnie korzystać w trakcie fazy rozwierania szyjki macicy z wanny, piłki, drabinek, materaca i innych pomocy niemedyceńskich ($n=94$; 78%) - (Ryc. 1).



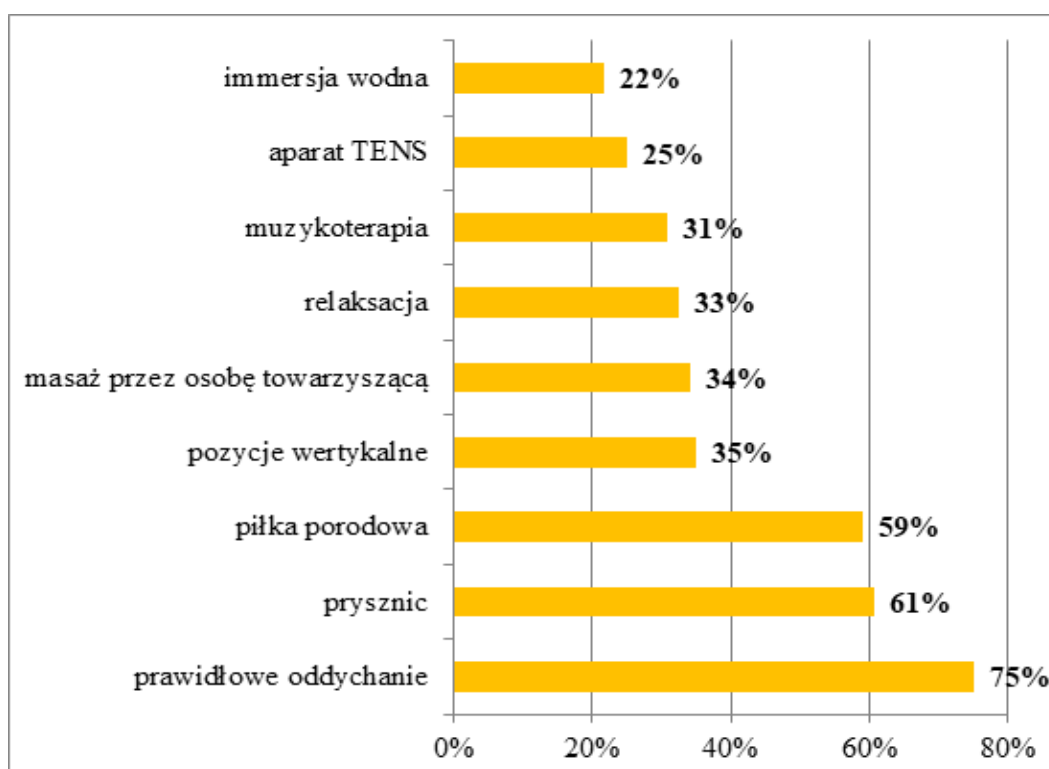
Rycina 1. Preferencje dotyczące planu porodu wśród respondentek (opracowanie własne)

Blisko 3/5 badanych zadeklarowało, że pragnie, aby pępowina ich dziecka została przecięta po ustaniu tętnienia i aby zrobiła to osoba im towarzysząca (n=70; 58%). 4/5 badanych zadeklarowało również, że jeżeli tylko będzie to możliwe, to chciałoby uniknąć nacięcia krocza (n=97; 81%). Wykazano także, że jedynie nieco ponad 1/4 badanych chciałaby mieć możliwość odbycia porodu w wodzie (n=32; 27%), zaś blisko 87% ankietowanych zależy na możliwości zachowania dogodnej pozycji przez cały czas trwania drugiego okresu porodu (n=104; 87%) - (Ryc. 2).



Rycina 2. Preferencje dotyczące planu porodu wśród respondentek (opracowanie własne)

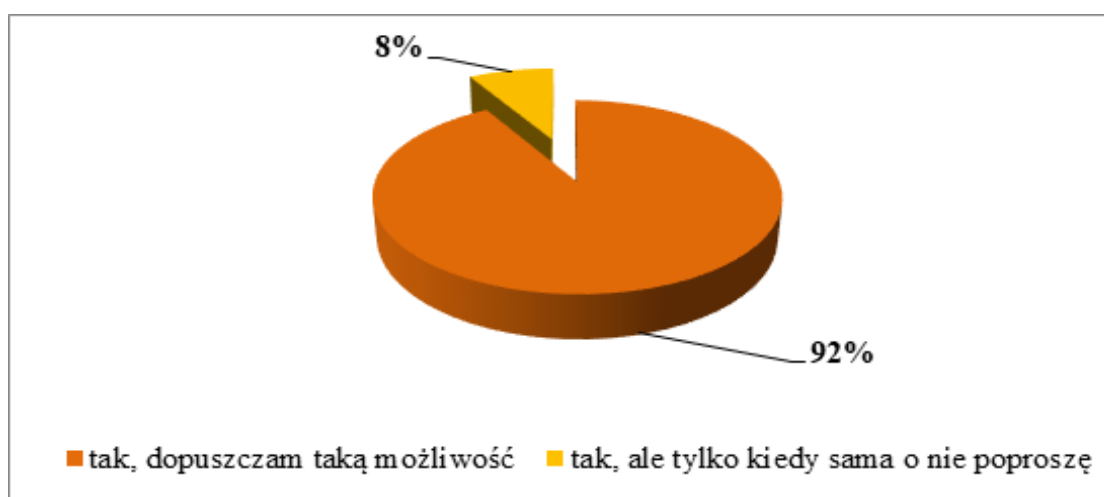
3/4 badanych kobiet zadeklarowało, że spośród innych niż farmakologiczne metod łagodzenia dolegliwości związanych z czynnością skurczową macicy wolałoby wybrać techniki prawidłowego oddychania ($n=90$; 75%). Porównywalnie często wskazywano również na prysznic i piłkę porodową - odpowiednio ($n=73$; 61%) i ($n=71$; 59%). Najrzadziej stosowaną alternatywą dla środków przeciwbólowych byłyby natomiast aparat TENS ($n=30$; 25%) i immersja wodna ($n=26$; 22%) - (Ryc. 3).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondentki mogły wybrać kilka odpowiedzi

Rycina 3. Zainteresowanie respondentek wykorzystaniem innych niż farmakologiczne metod łagodzenia dolegliwości związanych z czynnością skurczową macicy (opracowanie własne)

Wykazano również, że 100% badanych respondentek dopuszcza możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego porodu, przy czym 8% z nich dopuszcza taką możliwość tylko w momencie, gdy sama o nie poprosi (n=10) - (Ryc. 4).



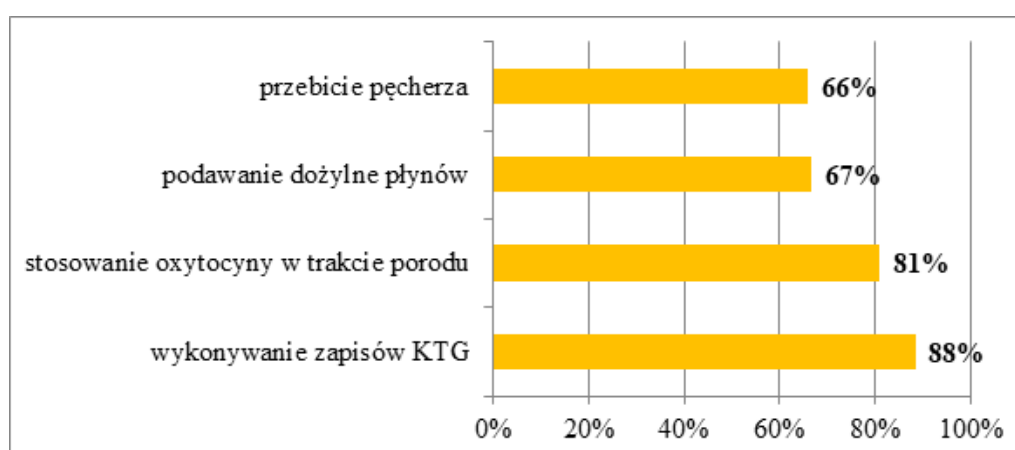
Rycina 4. Status dopuszczenia możliwości skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego porodu wśród respondentek (opracowanie własne)

Blisko 4/5 badanych kobiet zadeklarowało, że zależałoby im na możliwości pełnego uczestnictwa w porodzie osoby towarzyszącej (za jej zgodą), z możliwością czasowego wyłączenia się z porodu - wyjścia z sali (n=94; 78%) - (Ryc. 5).



Rycina 5. Status zainteresowania respondentek możliwością pełnego uczestnictwa osoby towarzyszącej (za jej zgodą), z możliwością czasowego wyłączenia się z porodu - wyjścia z sali (opracowanie własne)

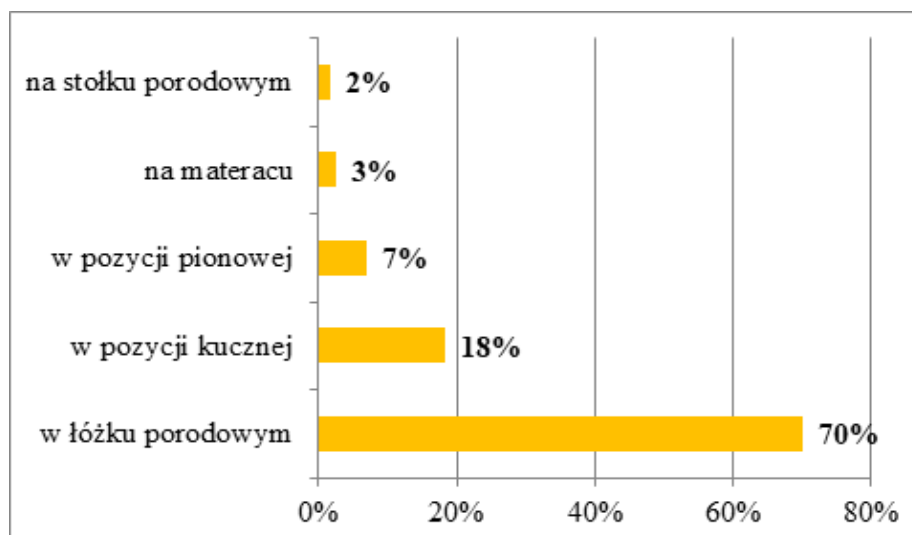
Najczęściej wybieraną procedurą medyczną, na którą zgodziłyby się respondentki, jeśli wymagałaby tego sytuacja oraz zostałyby odpowiednio wcześniej poinformowane, są zapisy KTG (n=106; 88%), najrzadziej zaś przebicie pęcherza (n=79; 66%) - (Ryc. 6).



*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondentki mogły wybrać kilka odpowiedzi

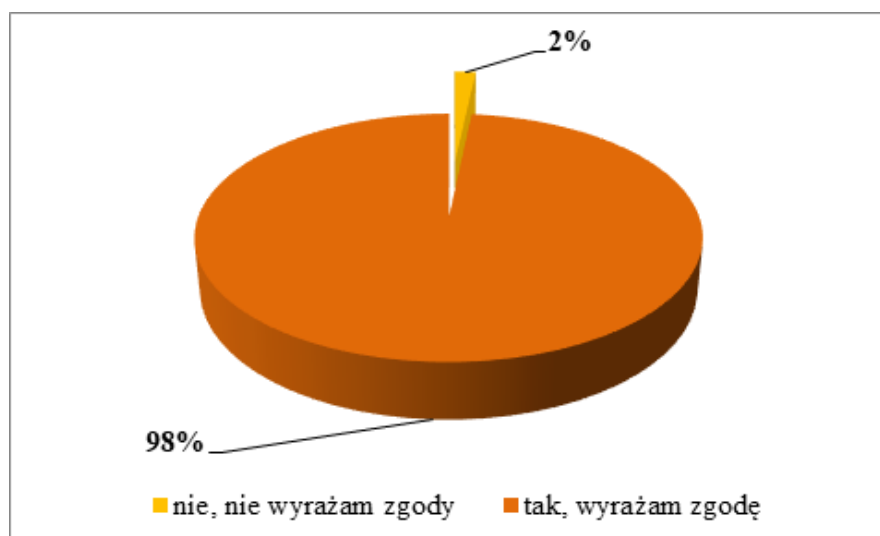
Rycina 6. Zgoda respondentek na procedury medyczne, jeśli będzie wymagała tego sytuacja położnicza, o której wcześniej zostaną poinformowane (opracowanie własne)

70% ankietowanych kobiet zadeklarowało, że chciałoby urodzić dziecko w łóżku porodowym (n=84), niecała 1/5 chciałaby urodzić w pozycji kucznej (n=22; 18,33%), zaś 7,50% w pozycji pionowej (n=9). 3 pacjentki wyraziły natomiast chęć porodu na materacu (2,50%), a 2 na stołku porodowym (1,67%) - (Ryc. 7).



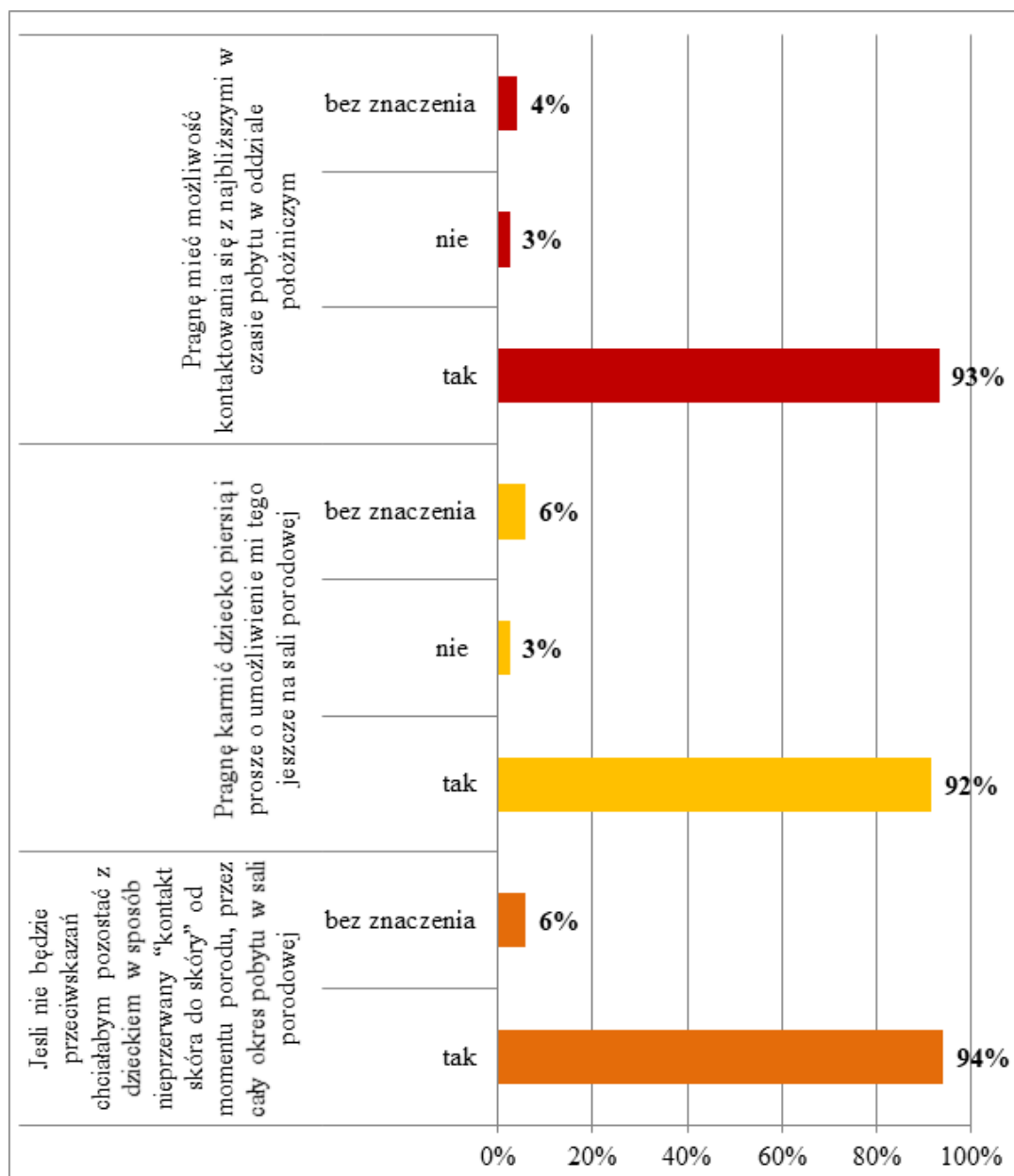
Rycina 7. Sposób, w jaki respondentki chciałyby urodzić dziecko (opracowanie własne)

Blisko 100% badanych wyraziłoby zgodę w sytuacjach absolutnie uzasadnionych na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny (próżnociąg położniczy, kleszcze, cięcie cesarskie) - (n=118; 98%) - (Ryc. 8).



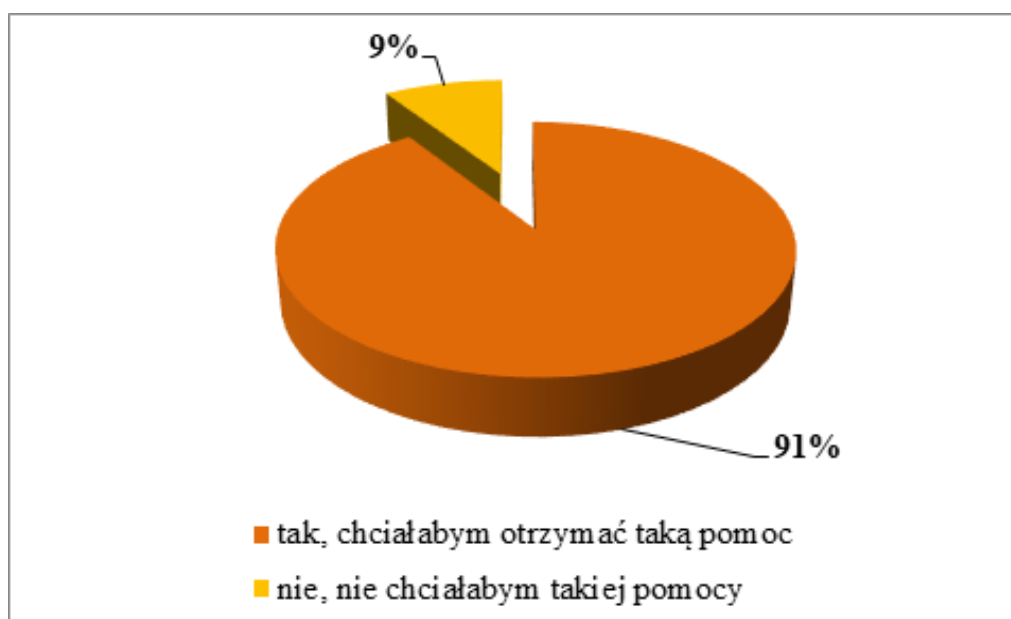
Rycina 8. Status wyrażenia zgody w sytuacjach absolutnie uzasadnionych na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny wśród respondentek (opracowanie własne).

94,17% ankietowanych wyraziło chęć, pod warunkiem braku przeciwwskazań, do pozostania z dzieckiem w sposób nieprzerwany “kontakt skóra do skóry” od momentu porodu, przez cały okres pobytu w sali porodowej (n=113). Ponad 90% respondentek zadeklarowało również chęć karmienia dziecka piersią i chciałyby mieć taką możliwość jeszcze na sali porodowej (n=110; 91,67%). Wykazano również, że 93,33% kobiet pragnie mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie pobytu w oddziale położniczym (n=112) - (Ryc. 9).



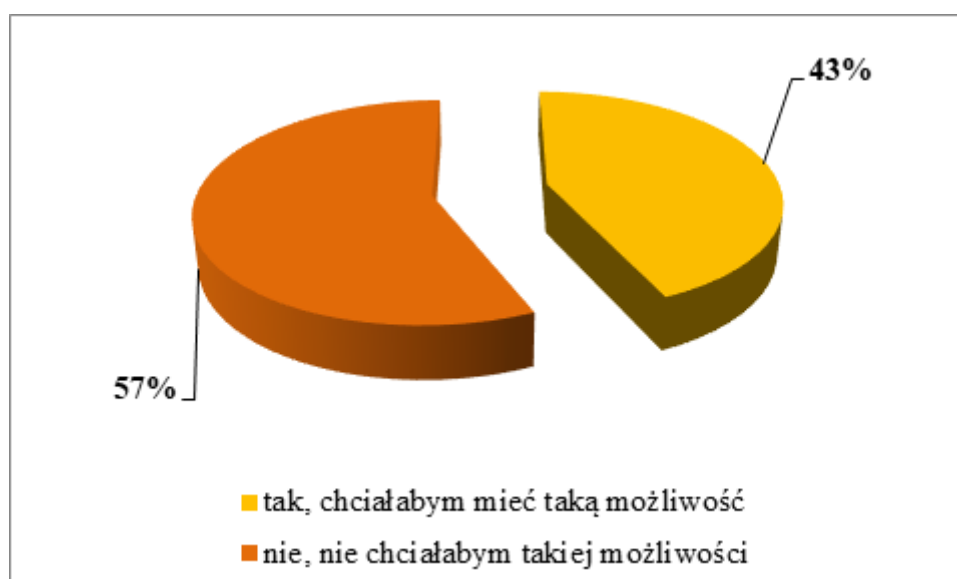
Rycina 9. Preferencje dotyczące opieki poporodowej wśród respondentek (opracowanie własne)

91% ankietowanych kobiet chciałaby, aby udzielono im pomocy w zakresie przystawienia dziecka do piersi i instruktażu dotyczącego technik i pozycji do karmienia piersią (n=109) - (Ryc. 10).



Rycina 10. Preferencje respondentek dotyczące pomocy w zakresie karmienia piersią
(opracowanie własne)

Ponad 2/5 kobiet chciałaby mieć możliwość odbycia rozmowy z psychologiem po porodzie (n=52; 43,33%) - (Ryc. 11).



Rycina 11. Preferencje respondentek dotyczące rozmowy z psychologiem po porodzie
(opracowanie własne)

Dyskusja

Poczucie bezpieczeństwa, intymności, poszanowanie godności osobistej w sali porodowej i na oddziale położniczym to jedno z wielu oczekiwań, na które przeważająca większość ankietowanych zwracała uwagę. Blisko 100% ciężarnych zadeklarowało, że chciałyby, aby na bieżąco informowano je o istniejących zagrożeniach, czy planowanych procedurach. Każda matka pragnie urodzić swoje dziecko otoczona opieką personelu respektującego jej potrzeby i zgodną z aktualnymi standardami w położnictwie. 90 % ankietowanych chciałyby przyjmować płyny doustnie przez cały okres porodu. 80% badanych kobiet wyraża chęć bycia aktywną i korzystania z udogodnień takich jak: piłki, drabinki, prysznic, materac oraz jeśli będzie to możliwe uniknąć nacięcia krocza, a 60 % zadeklarowało, by pępowina dziecka została przecięta po ustaniu tętnienia. Zdecydowana większość, bo blisko 80% zadeklarowała możliwość pełnego uczestnictwa w porodzie osoby towarzyszącej i aby to ona miała możliwość przecięcia pępowiny dziecka. Dotychczasowe badania wskazują, że obecność osoby towarzyszącej podczas narodzin dziecka daje kobiecie poczucie bezpieczeństwa, zaspokaja potrzebę bliskości, pogłębia więzi między partnerami oraz między rodzicami a dzieckiem [10]. Wyniki badań Gawińskiej A., Doroszewskiej A. i wsp. pokazały, że obecność osoby towarzyszącej podczas porodu zwiększa kobiecie perspektywę na przeżycie pozytywnego doświadczenia porodowego oraz satysfakcję z opieki szpitalnej [11]. Według Bojarczuk i wsp. jeśli osobą towarzyszącą jest ojciec dziecka, to jest większe prawdopodobieństwo na optymistyczne przeżycie porodu [12]. Wyniki te mają również potwierdzenie w przeglądzie Cochrane, gdzie udowodniono jednoznacznie korzystny wpływ obecności osoby towarzyszącej na przebieg porodu [13]. Jeśli opieka okołoporodowa ukierunkowana jest na propagowanie zdrowia fizycznego i psychicznego matki i jej nowonarodzonego dziecka, należy uwzględniać w każdej możliwej sytuacji obecność osoby towarzyszącej przy rodzącej. Ponadto, przepisy ministerialnego rozporządzenia ustanawiają, że kobieta powinna być zachęcana do porodu z osobą bliską [14].

Więź emocjonalna i duchowa między matką a dzieckiem tworzy się już podczas ciąży, pogłębia się podczas porodu, by po narodzinach w pełni rozkwitnąć. Położna, poprzez położenie dziecka, po urodzeniu, na brzuchu matki i pozwolenie im na nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” STS (*Skin-to-skin*, skóra do skóry) przez co najmniej dwie godziny przyczynia się do rozwoju relacji bliskości, poczucia bezpieczeństwa i zaufania. W przypadku gotowości rodzącej do karmienia naturalnego inicjuje i kontroluje prawidłowe przystawienie noworodka do piersi [15]. W badaniu własnym 95 % ankietowanych wyraziło potrzebę

pozostania z dzieckiem nieprzerwanie „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie przez cały okres przebywania na sali porodowej w obecności osoby towarzyszącej. Przepisy standardu gwarantują matce i dziecku ten bezpośredni po porodzie nieprzerwany i trwający dwie godziny kontakt cielesny (dotykane, przytulanie, całowanie) [14].

Ból porodowy jest bólem szczególnym o dużej intensywności, narastającym stopniowo i powtarzającym się cyklicznie. Jest zjawiskiem fizjologicznym, ale zbyt silny może utrudniać poród. Każda kobieta odczuwa go indywidualnie. Przy pomocy położnej może skorzystać ze znanych metod i sposobów łagodzenia bólu porodowego. W przeprowadzonych badaniach własnych wśród nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego ankietowane najczęściej wybierały zastosowanie prawidłowego oddychania - 75%, prysznic i piłka porodowa około 60%. Co trzecia respondentka wyrażała chęć skorzystania z relaksacji, muzykoterapii, masażu przez osobę towarzyszącą, czy pozycji wertykalnych. Najrzadziej wybieraną alternatywą dla środków przeciwbólowych, bo tylko przez co czwartą pacjentkę był TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*, przezskórna elektryczna stymulacja nerwów) i immersja wodna. Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach Król M. i wsp.. Najpowszechniejszą metodą wybieraną przez ich respondentki było prawidłowe oddychanie, masaż, na trzecim miejscu zaś znieczulenie zewnątrzoponowe [16]. Kiedy to w badaniu własnym 100 % pacjentek chciało mieć możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego. W badaniu Chudobiny i wsp. Najbardziej znanymi metodami łagodzenia bólu w kolejności są ćwiczenia na piłce porodowej, prawidłowe oddychanie, masaż i immersja wodna [17]. Ponadto w badaniu własnym stwierdzono statystycznie istotną zależność pomiędzy uczestnictwem w zajęciach szkoły rodzenia, a wykorzystaniem w praktyce nefarmakologicznych metod łagodzących ból porodowy ($p=0,00$) w szczególności dotyczy pozycji wertykalnych. Przybliżone wyniki otrzymano w badaniu Majchrzak i wsp. [18] oraz Puszczałowska -Lizis i wsp. [19]. Zależność między dwoma zależnymi od siebie czynnikami wynosiła statystycznie ($p=0,003$) [19].

Dla pierworódek narodziny dziecka są wydarzeniem zupełnie nowym, znanym jedynie z opowieści mamy czy znajomych. Determinuje je niepokój o dziecko, które ma się narodzić i strach przed obowiązkami związanymi z nową rolą rodzinną i społeczną. W zależności od doświadczeń z poprzednich porodów, kolejny poród, pomimo że jest sytuacją już znaną, może również wywoływać nerwowe napięcie i może być czynnikiem, który inicjuje zaburzenia psychiczne w okresie ciąży i porodu.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego badania wysunięto następujące wnioski:

1. ankietowane potrzebują zapewnienia ze strony personelu medycznego, poczucia bezpieczeństwa, informacji, możliwości decyzyjnej oraz intymności na sali porodowej,
2. zgłaszają potrzebę obecności osoby towarzyszącej i pełnego jej uczestnictwa w tym ważnym życiowo dla nich momencie,
3. chcą być aktywne, korzystać z udogodnień uśmierzających ból porodowy oraz mieć możliwość wyboru pozycji porodowej i ochrony tkanek krocza przed nacięciem,
4. wyrażają pragnienie przystawienia dziecka do piersi zaraz po porodzie oraz pozostania z nim w sposób nieprzerwany “skóra do skóry” przez cały okres pobytu na sali porodowej,
5. pomimo doświadczenia porodowego i kolejnej ciąży potrzebują pomocy w zakresie prawidłowego przystawienia dziecka do piersi i instruktażu dotyczącego technik i pozycji do karmienia piersią,
6. zgłaszają potrzebę odbycia rozmowy z psychologiem po porodzie.

Spis piśmiennictwa:

1. Janiuk E.: Matka jako aktywny uczestnik porodu [w:] Optymalizacja porodu- zagadnienia interdyscyplinarne., Lichtenberg -Kokoszka E., Janiuk E., Dzierżanowski J. (red.). Oficyna Wydawnicza “Impuls”, Kraków 2008, 41-49
2. Mendel A.: Doświadczenie porodu a poporodowe obniżenie nastroju u kobiet [w:] Optymalizacja porodu- zagadnienia interdyscyplinarne., Lichtenberg -Kokoszka E., Janiuk E., Dzierżanowski J. (red.). Oficyna Wydawnicza “Impuls”, Kraków 2008, 65-70.
3. Murkoff H., Eisenberg A., Hathaway S.: W oczekiwaniu na dziecko. Dom wydawniczy Rebis 2010, 1, 5-18.
4. Hildingsson I., Johansson M., Karlström A., Fenwick J.: Factors associated with a positive birth experience: an exploration of swedish women's experiences. Int J Childbirth. 2013, 3(3), 153–64.

5. Aragon M., Chhoa E., Dayan R., Klufinger A., Lohn Z., Buhler K.: Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013, 35(11), 979–85.
6. Kicia M., Iwanowicz-Palus G.: Przygotowanie do porodu i plan porodu [w:] Edukacja przedporodowa, Iwanowicz-Palus G, Bień A. (red.). PZWL, Warszawa 2020, 119-133.
7. Kraśnianin E., Semczuk M., Skręt A., Semczuk A.: Satysfakcja z opieki okołoporodowej pacjentek rodzących w Polsce/Rzeszów i w Republice Federalnej Niemiec/Gross-Gerau, *Ginekol Pol.* 2013, 84, 17-23.
8. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, et al.: Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth* 2014, 41(3), 283-289.
9. Ahmadpour P., Mosavi S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi S., Jahanfar S., Mirghafourvand S.: Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study, *Reproductive Health* 2020, 17-138.
10. Mazurkiewicz B., Wietrzyńska A., Dmoch-Gajzlerska E.: Decyzja o porodzie rodzinnym: przyczyny, motywy, uwarunkowania. W: Turowski K, red. *Zdrowie i dobrostan.* Lublin: NeuroCentrum; 2014, 89–108.
11. Gawińska A., Doroszevska A., Sys D., Baranowska B: Wpływ obecności osoby towarzyszącej przy porodzie na doświadczenie porodowe rodzącej oraz poziom medykalizacji porodu. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2019, 2, 47-50
12. Bojarczuk K., Łagowska-Batyra A., Kochman M., i wsp.: The role of a support person during labour. *J Educ Health Sport* 2018, 8(6), 372–390.
13. Bohren M., Hofmeyr G., Sakala C., et al.: Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7, data dostępu: 17.05.2021.
14. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018, poz. 1756). data pobrania 21.04.2021.
15. Konkel M., Czerwińska-Osiptak A., Łukaszuk K., Olszewska J.: Udział położnej w kształtowaniu więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem, *Problemy pielęgniarstwa* 2015, 23, 99-103.
16. Król M., Kaczor P., Grobelny M.: Znajomość metod korzystnie wpływających na przebieg porodu wśród ciężarnych z województwa lubelskiego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20(3), 251–255.

17. Chudobina A., Woźniewski M., Mraz M: Wpływ szkoły rodzenia na praktyczne wykorzystanie i skuteczność nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu podczas porodu. *Fizjoterapia* 2012, 3, 31-29.
18. Majchrzak M., Mika M., Gałązka I. et al.: Sposoby łagodzenia bólu porodowego w doświadczeniu położnic. *Zdrowie i Dobrostan*. 2014, 2, 91–99.
19. Puszczałowska-Lizis E., Mokrzycka K., Jandziś S.: Wpływ edukacji przedporodowej na przebieg ciąży, porodu i wczesne macierzyństwo. *Med.Ogólna Nauki o Zdrowiu* 2016, 22(4), 264–269.

WPLYW ŚMIERCI PACJENTA NA PERSONEL MEDYCZNY

Krystyna Klimaszewska¹, Maria Bialomyzy²

¹ – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² – Absolwentka Studiów II stopnia, kierunek Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

Obcowanie ze śmiercią pacjentów jest jednym z najbardziej stresujących czynników w pracy zawodowej personelu medycznego. Towarzyszenie osobie umierającej w różny sposób wpływa na psychikę personelu medycznego. Dla niektórych jest to traumatyczne przeżycie głęboko zapadające w pamięć, inni starają się ją traktować jako nieunikniony element swojej pracy zawodowej. Większość z nich jednak nie potrafi przejść obok śmierci obojętnie [1].

Cel pracy:

1. Scharakteryzowanie wpływu śmierci pacjenta na personel medyczny.
2. Określenie postaw personelu medycznego wobec śmierci pacjenta.
3. Wyodrębnienie sposobów radzenia sobie ze śmiercią pacjenta.

Material i metodyka badań

Badanie na potrzeby niniejszej pracy zostało przeprowadzone wśród 214 pracowników personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i innych, zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia na terenie Białegostoku. Warunkiem włączenia do badania była styczność w swojej pracy zawodowej ze śmiercią pacjenta. Osoby, które deklarowały brak styczności z tego typu sytuacją, zostały wykluczone z badania. Badania przeprowadzone były od dnia uzyskania zgody przez Komisję Bioetyczną do 09.08.2021 r.

Respondentami badania były głównie kobiety w wieku od 20 do 30 lat, zatrudnione przeważnie na oddziałach zabiegowych i internistycznych.

Materiał badawczy zebrano zgodnie z zasadą poszanowania anonimowości za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety skonstruowanego na potrzeby poniższego badania. Kwestionariusz składa się z 23 pytań jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, odnoszących się do wpływu śmierci pacjenta na personel medyczny. Ankieta zawiera pytania pozwalające scharakteryzować badaną grupę pod względem socjodemograficznym oraz pytania szczegółowe dotyczące problematyki poruszanego tematu.

Analizę wyników badań własnych przeprowadzono z wykorzystaniem analizy częstościowej (% , n). Dla danych typu ilościowego obliczano i interpretowano podstawowe statystyki, takie jak średnia, odchylenie standardowe i mediana.

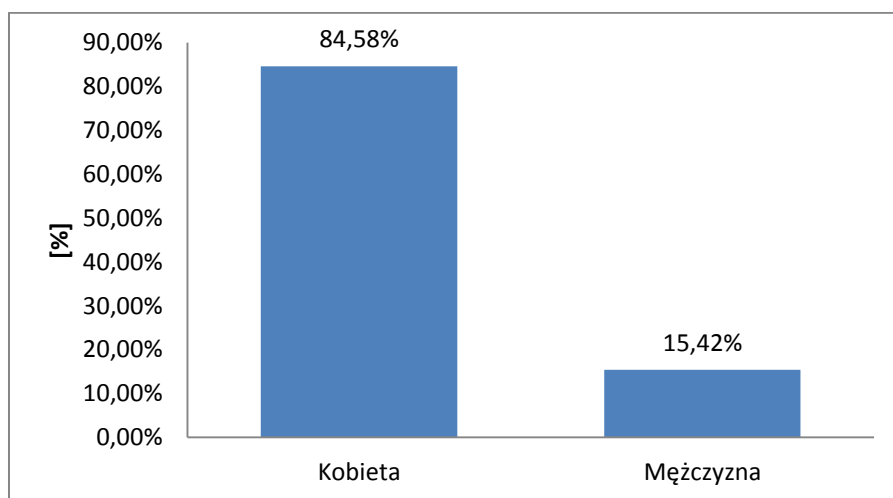
Analizując zależność między dwoma zmiennymi jakościowymi przeprowadzono testy χ^2 , Pearsona lub testy Fishera. w sytuacji małej liczności grup (<5) stosowano poprawkę na ciągłość Yatesa. Za poziom istotności przyjęto $\alpha=0,05$.

Analizę przeprowadzono z wykorzystaniem pakietu PQStat v. 1.8.2. oraz Excel 2016.

Wyniki

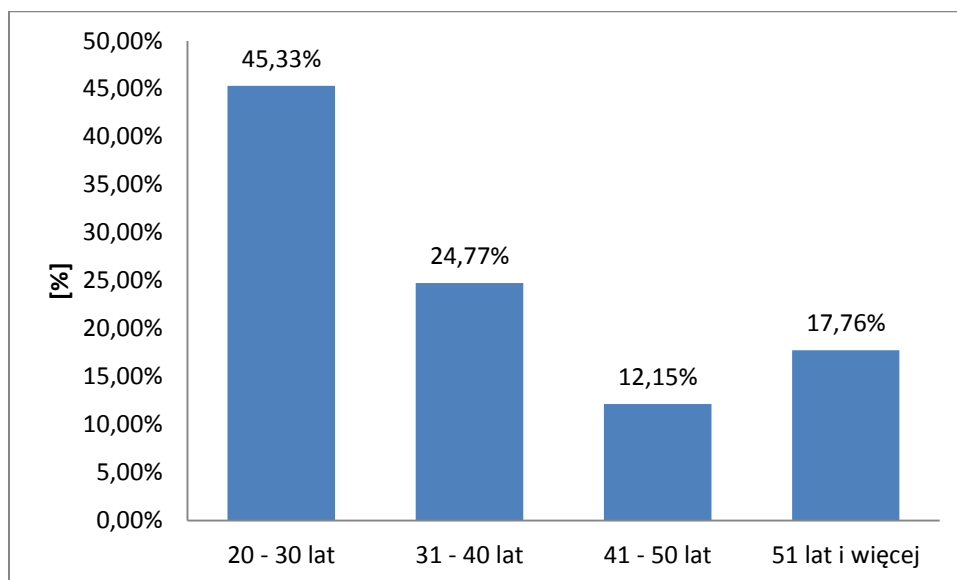
Charakterystyka badanej grupy

W badaniach własnych udział wzięło 214 osób, z czego istotną statystycznie większość ($p<0,05$) stanowiły kobiety (84,58%; 181 osób). Pozostałe 15,42% stanowią mężczyźni (33 osoby) (ryc. 1).



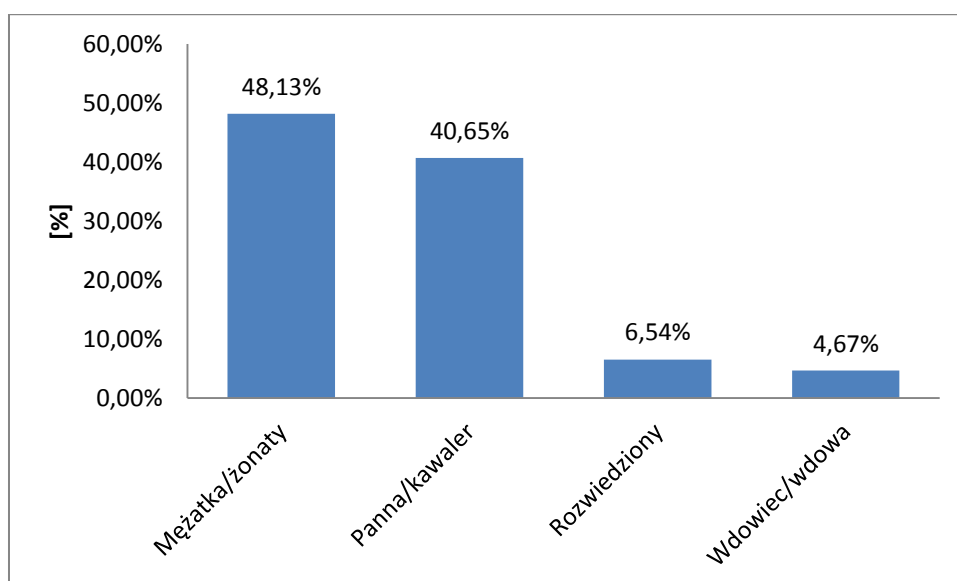
Rycina. 1. Płeć w grupie badanej

Prawie połowę badanych stanowią osoby w wieku 20-30 lat (45,33%; 97 osób). Osoby starsze, w wieku 31-40 lat stanowiły 24,77% badanych (53 osoby), natomiast w wieku 41-50 lat (12,15%; 26 osób). Blisko 1/5 badanych stanowiły osoby najstarsze w wieku 51 lat i więcej (17,76%; 38 osób) (ryc. 2).



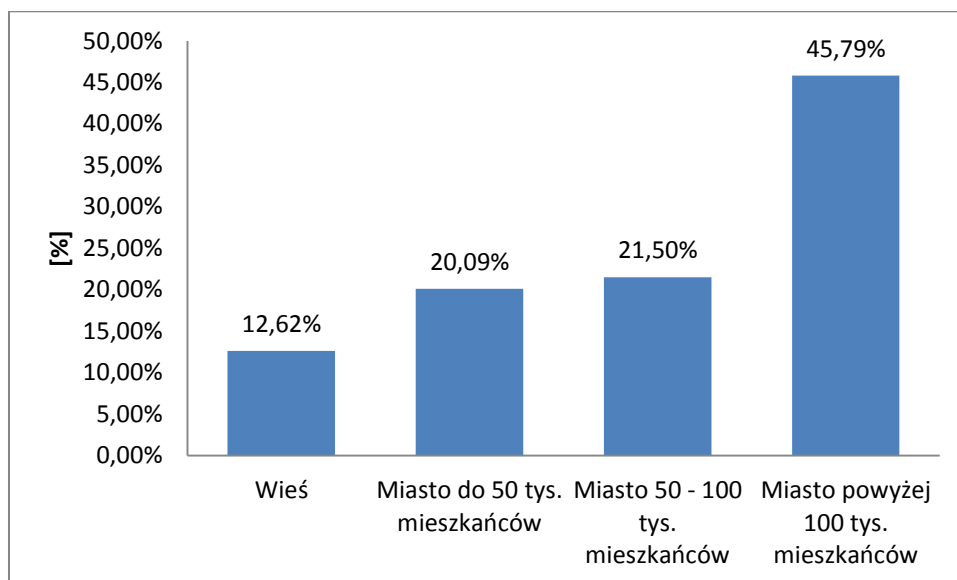
Rycina 2. Wiek w grupie badanej

Zdecydowana większość badanych znajduje się w związku małżeńskim (48,13%; 103 osoby) lub jest panna/kawalerem (40,65%; 87 osób). Pozostałe osoby deklarują, że jest po rozwodzie (6,54%; 14 osób) lub są wdową/wdowcem (4,67%; 10 osób) (ryc. 3).



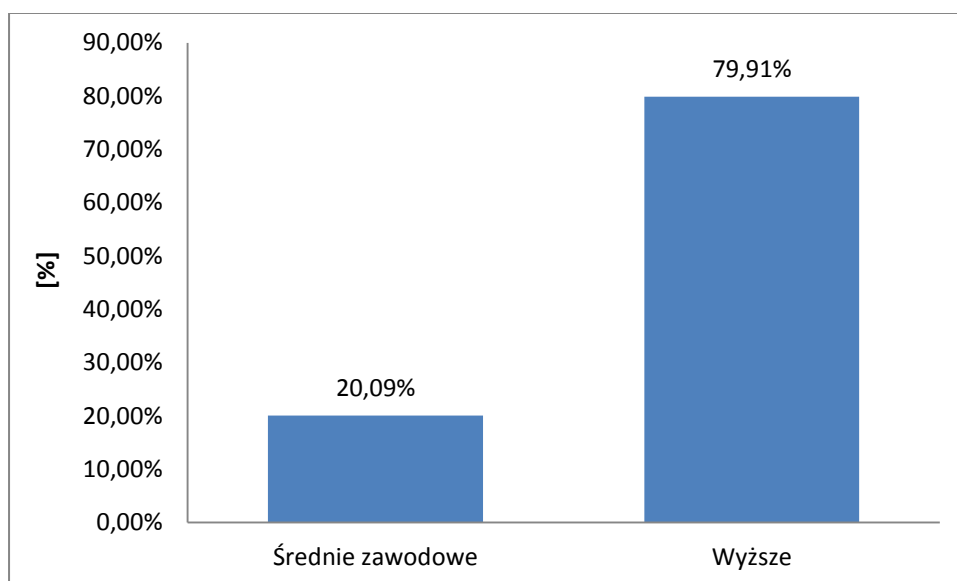
Rycina 3. Stan cywilny w grupie badanej

Blisko połowa badanych zamieszkuje miasta największe, powyżej 100 tys. mieszkańców (45,79%; 98 osób). w miastach mniejszych zamieszkuje 41,59% badanych (89 osób). Pozostali badani zamieszkują tereny wiejskie (12,62%; 27 osób) (ryc. 4).



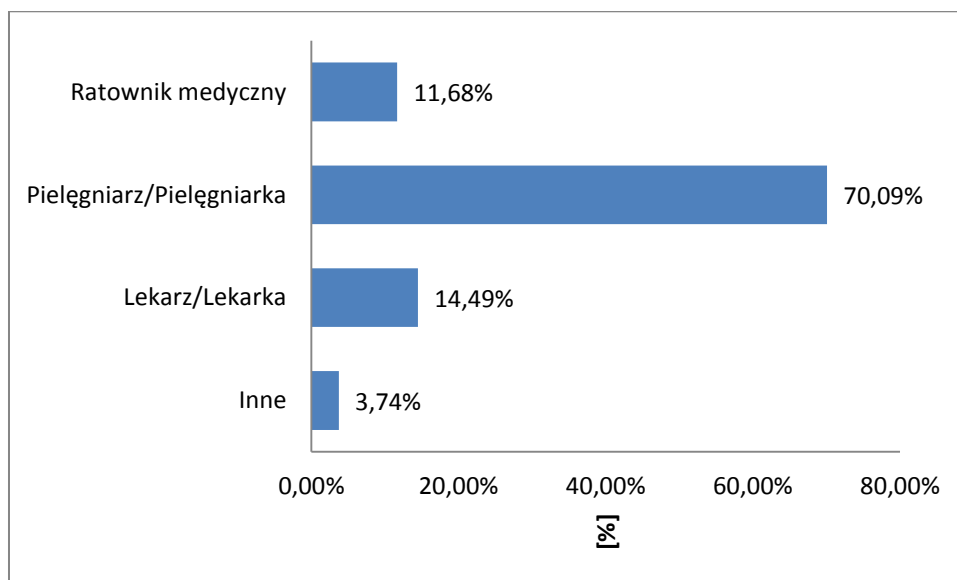
Rycina 4. Miejsce zamieszkania w grupie badanej

Istotna statystycznie ($p < 0,05$) większość badanych deklaruje posiadanie wykształcenia wyższego (79,91%; 171 osób). Pozostałe osoby posiadają wykształcenie średnie zawodowe (20,09%; 43 osoby) (ryc. 5).



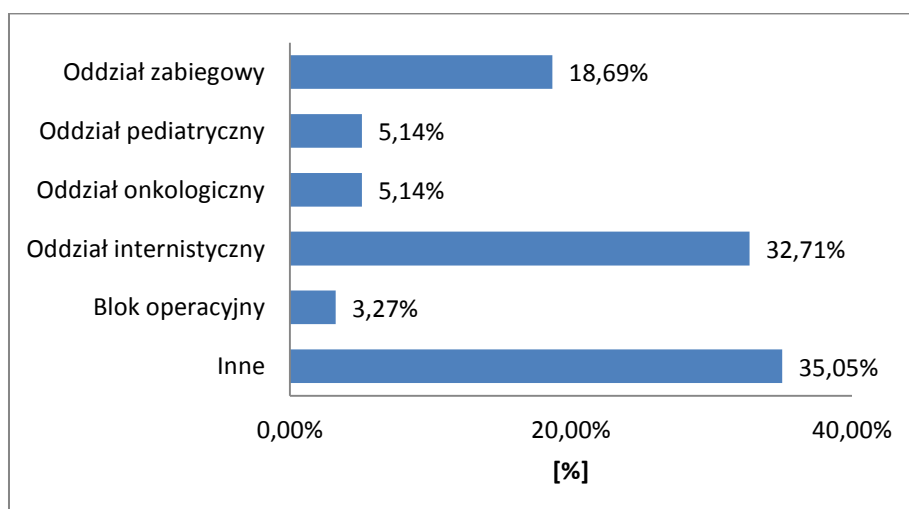
Rycina 5. Wykształcenie w grupie badanej

Najczęściej badane osoby pracują na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarza (70,09%; 150 osób). Wśród badanych byli także ratownicy medyczni (11,67%; 25 osób), lekarze (14,49%; 31 osób). Pozostałe osoby wykonują inne zawody w obrębie służby zdrowia (3,74%; 8 osób) (ryc. 6).



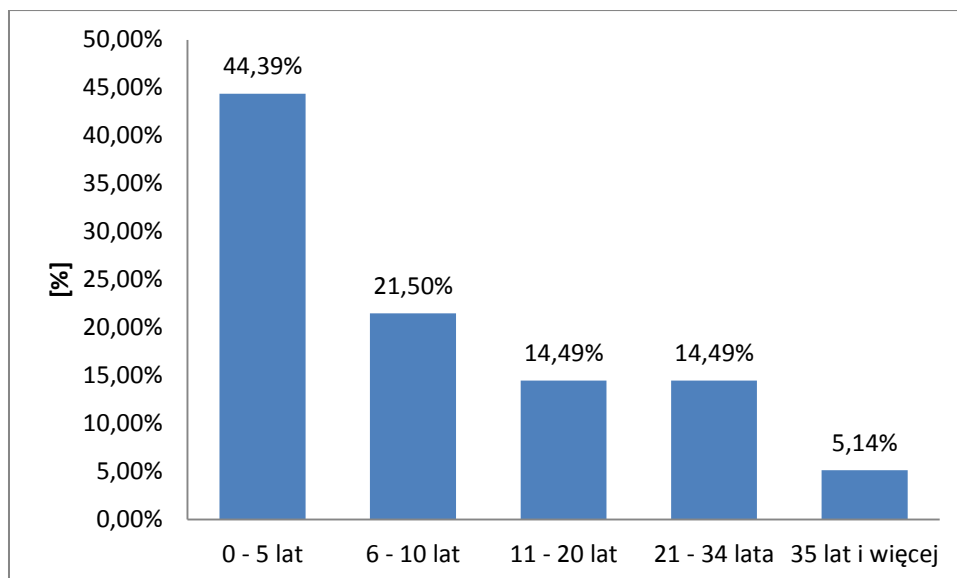
Rycina 6. Stanowisko pracy w grupie badanej

Badani najczęściej pracują na oddziale internistycznym (32,71%; 70 osób) lub oddziale zabiegowym (18,69%; 40 osób). Niecałe 10% badanych pracuje na oddziale pediatrycznym (5,14%; 11 osób), oddziale onkologicznym (5,14%; 11 osób) oraz bloku operacyjnym (3,27%; 7 osób) (ryc. 7).



Rycina 7. Miejsce pracy w grupie badanej

Największy odsetek badanych osób ma staż pracy do 5 lat (44,39%; 95 osób). Dłuższy staż pracy, od 6 do 10 lat wykazało 21,50% badanych (46 osób). Pozostali badani pracują od 11 do 20 lat (14,49%; 31 osób) od 21 do 34 lat (14,49%; 31 osób) lub co najmniej 35 lat (5,14%; 11 osób) (ryc. 8).



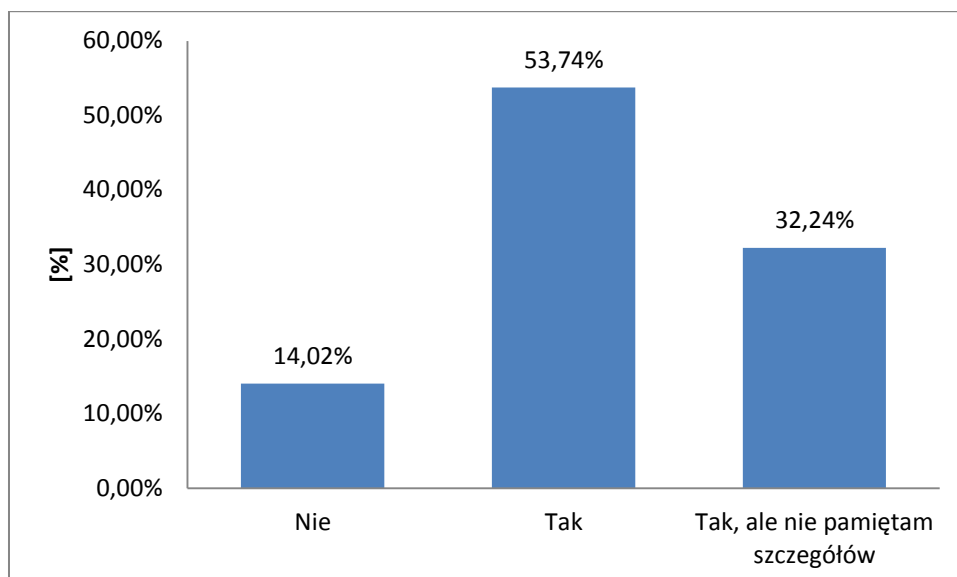
Rycina 8. Staż pracy w grupie badanej

Szczegółowe wyniki badań

Analizie poddano zgromadzone wyniki badań własnych. Wszystkie badane osoby zadeklarowały, że w swojej pracy zawodowej miały styczność ze śmiercią pacjenta.

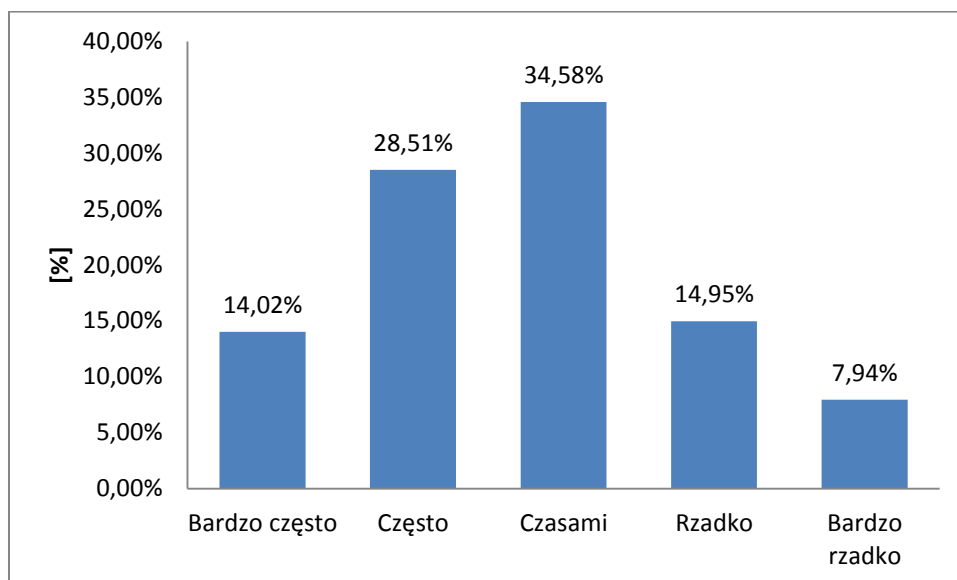
Badanym postawiono pytanie o pamięć pierwszej styczności ze śmiercią pacjenta oraz częstotliwość tego typu sytuacji w pracy zawodowej.

Istotna statystycznie większość badanych ($p < 0,05$) pamięta pierwszą styczność ze śmiercią pacjenta w pracy zawodowej (85,98%; 184 osoby), przy czym 32,24% (69 osób) nie pamięta szczegółów tej sytuacji. Jedynie 14,02% personelu (30 osób) twierdzi, że nie pamięta zdarzenia (ryc. 9).



Rycina 9. Pamięć o pierwszej styczności ze śmiercią pacjenta w pracy zawodowej

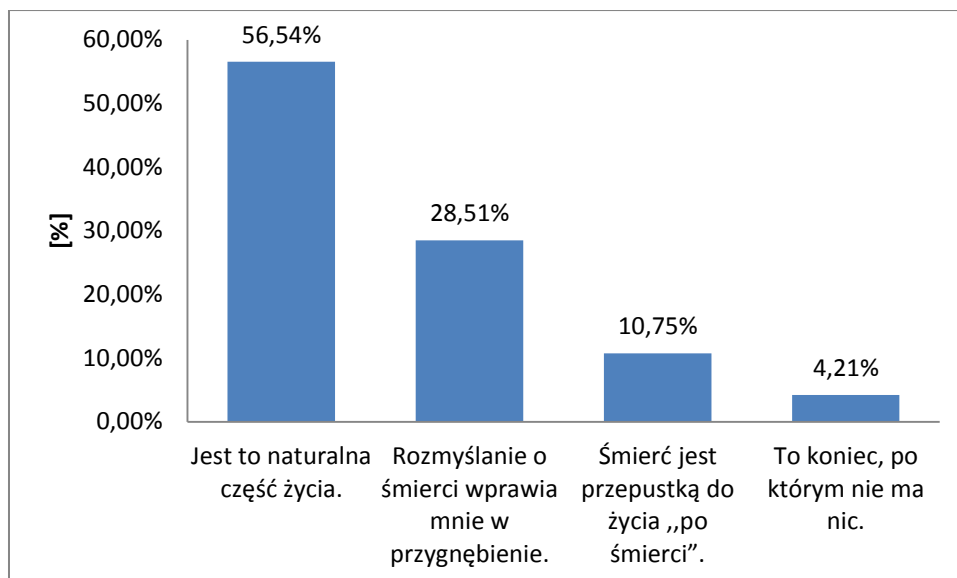
Bardzo częste spotykanie się ze śmiercią w pracy zawodowej wskazuje 14,02% badanych (30 osób, natomiast częstą styczność 28,51% (61 osób). Największy odsetek respondentów wskazuje na okazjonalną styczność (34,58%; 74 osób). Pozostały personel ze śmiercią pacjenta spotyka się rzadko (14,95%; 32 osoby) lub bardzo rzadko (7,94%; 17 osób) (ryc. 10).



Rycina 10. Częstotliwość styczności ze śmiercią pacjenta w pracy zawodowej

Najczęściej badane osoby podkreślają, że śmierć to naturalna część życia (56,54%; 121 osób). Blisko 30% badanych wskazuje, że rozmyślanie o śmierci wprawia ich

w przygnębienie (28,51%; 61 osób). Dla ponad 1/10 badanych śmierć jest przepustką do życia „po śmierci” (10,75%; 23 osoby). Pozostałe 4,21% badanych wskazuje, że jest to koniec, po którym już nic nie ma (ryc. 11).



Rycina 11. Stosunek do śmierci

Zbadano, czy stosunek do śmierci zależy od płci, zajmowanego stanowiska personelu, miejsca pracy oraz stażu pracy.

Wykazano istotne statystycznie różnice między kobietami i mężczyznami pod względem stosunku do śmierci pacjenta ($\chi^2(df=3)=8,78$; $p=0,032$). Zarówno w grupie kobiet (54,70%) oraz mężczyzn (66,67%) dominuje opinia, że śmierć to naturalna część życia. Można jednak zauważyć, że stosunkowo duży odsetek kobiet jest wprowadzanych w przygnębienie ze względu na rozmyślanie o śmierci (32,04%), podczas gdy niecałe 10% mężczyzn wskazuje na opisywane podejście do sytuacji (9,09%) (tab. 1).

Tabela. 1. Stosunek do śmierci a płeć

Dane	Płeć		Razem
	Mężczyzna	Kobieta	
Które stwierdzenie najlepiej opisuje Pana/Pani stosunek do śmierci			
To koniec, po którym nie ma nic.	3 (9,09%)	6 (3,32%)	9

Śmierć jest przepustką do życia „po śmierci”.	5 (15,15%)	18 (9,95%)	23
Rozmyślanie o śmierci wprawia mnie w przygnębienie.	3 (9,09%)	58 (32,04%)	61
Jest to naturalna część życia.	22 (66,67%)	99 (54,70%)	121
Razem	33	181	214

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między osobami na różnych stanowiskach a ich stosunkiem do śmierci ($\chi^2(df=9)=12,79$; $p=0,172$). w każdej grupie dominuje opinia, że śmierć to naturalna część życia. Taką opinię wyraża 60% ratowników, 53,33% pielęgniarek/pielęgniarzy oraz 64,52% lekarzy. w grupie osób o innej profesji 37,5% uważa, że śmierć stanowi nieodłączny element życia. Można jednak zauważyć, że przygnębienie w związku z rozmyślaniem o zaistniałej sytuacji najrzadziej występuje w grupie lekarzy (16,13%), podczas gdy najczęściej z trudnymi emocjami zmagają się pielęgniarki (32%) (tab. 2).

Tabela 2. Stosunek do śmierci a zajmowane stanowisko

Dane	Stanowisko na którym Pan/Pani pracuje				Razem
	Ratownik medyczny	Pielęgniarz/Pielęgniarka	Lekarz/Lekarka	Inne	
To koniec, po którym nie ma nic.	3 (12,00%)	4 (2,67%)	1 (3,23%)	1 (12,50%)	9
Śmierć jest przepustką do życia „po śmierci”.	1 (4,00%)	15 (10,00%)	5 (16,13%)	2(25%)	23
Rozmyślanie o śmierci wprawia mnie w przygnębienie.	6 (24,00%)	48 (32%)	5 (16,13%)	2 (25%)	61
Jest to naturalna część życia.	15 (60%)	83 (53,33%)	20 (64,52%)	3 (37,50%)	121
Razem	25	150	31	8	214

Wykazano istotne różnice w stosunku do śmierci pod względem miejsca pracy ($\chi^2(df=15)=37,78$ $p=0<0,001$). Wykazano, że odczucie przygnębienia najczęściej dotyka osoby zatrudnione na oddziałach pediatrycznych (72,73%), natomiast osoby pracujące na bloku operacyjnym nie wskazały na rozmyślanie i zły nastrój związany z zaistniałą sytuacją. Osoby trudniące się na oddziałach pediatrycznych (27,27%) oraz onkologicznych (27,27%) najrzadziej wskazywały, że śmierć stanowi naturalną część życia (tab. 3).

Tabela 3. Stosunek do śmierci a miejsce pracy

Dane	Miejsce pracy						Razem
	Oddział zabiegowy	Oddział pediatryczny	Oddział onkologiczny	Oddział internistyczny	Inne	Blok operacyjny	
Które stwierdzenie najlepiej opisuje Pana/Pani stosunek do śmierci							
To koniec, po którym nie ma nic.	2 (5,00%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,29%)	4 (5,33%)	0 (0%)	9
Śmierć jest przepustką do życia „po śmierci”.	4 (10%)	0 (0%)	5 (45,46%)	6 (8,57%)	5 (6,67%)	3 (42,86%)	23
Rozmyślanie o śmierci wprawia mnie w przygnębienie.	11 (27,50%)	8 (72,73%)	3 (27,27%)	16 (22,86%)	23 (30,67%)	0 (0%)	61
Jest to naturalna część życia.	23 (57,50%)	3 (27,27%)	3 (27,27%)	45 (64,29%)	43 (57,33%)	4 (57,14%)	121
Razem	40	11	11	70	75	7	214

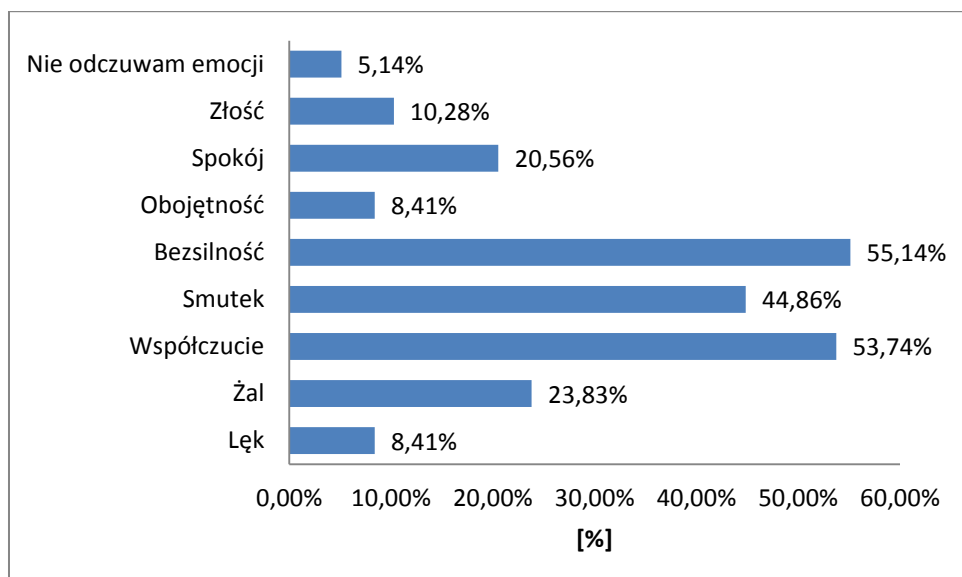
Biorąc pod uwagę wpływ stażu pracy na stosunek do śmierci różnice są na granicy istotności statystycznej ($\chi^2(df=15)=19,21$; $p=0=0,084$). Można zauważyć, że osoby o stażu pracy nieprzekraczającym 5 lat najczęściej wskazywały, że śmierć to naturalna część życia (61,05%), podczas, gdy osoby o najdłuższym stażu pracy, rzadziej zgadzały się z taką opinią (27,27%). Badani o stażu przekraczającym 35 lat częściej wskazywali na przygnębienie (36,36%) oraz fakt, że śmierć jest przepustką do życia „po śmierci” (36,36%) (tab. 4).

Tabela 4. Stosunek do śmierci a staż pracy

Dane	Staż pracy					Razem
Które stwierdzenie najlepiej opisuje Pana/Pani stosunek do śmierci	35 lat i więcej	21 - 34 lata	11 - 20 lat	6 - 10 lat	0 - 5 lat	
To koniec, po którym nie ma nic.	0 (0%)	1 (3,23%)	1 (3,23%)	2 (4,35%)	5 (5,26%)	9
Śmierć jest przepustką do życia „po śmierci”.	4 (36,36%)	5 (16,13%)	5 (16,13%)	3 (6,52%)	6 (6,32%)	23
Rozmyślanie o śmierci wprawia mnie w przygnębienie.	4 (36,36%)	6 (19,36%)	13 (41,94%)	12 (26,09%)	26 (27,37%)	61
Jest to naturalna część życia.	3 (27,27%)	19 (61,29%)	12 (38,71%)	29 (63,04%)	58 (61,05%)	121
Razem	11	31	31	46	95	214

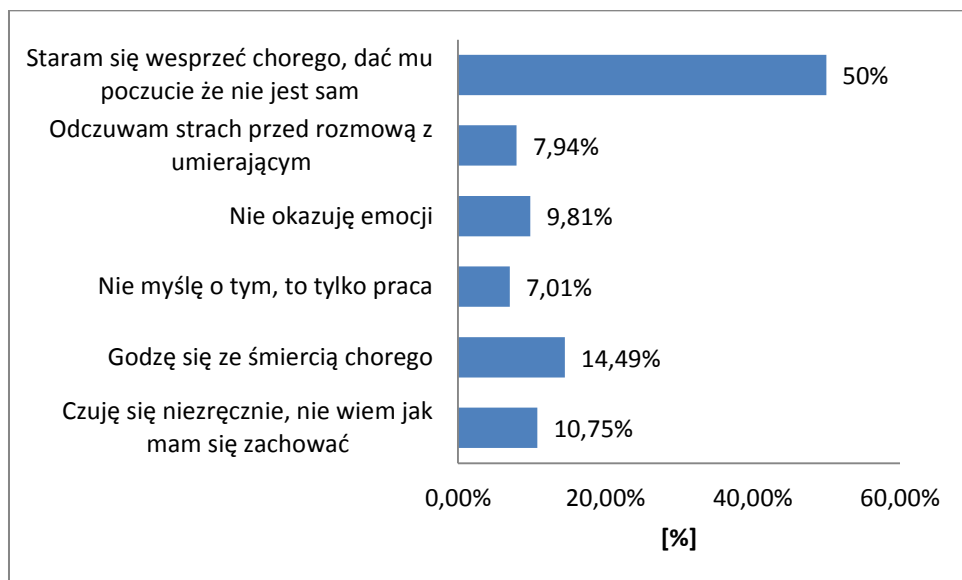
Badani mieli wskazać na emocje towarzyszące w związku ze śmiercią pacjenta oraz reakcje, które im towarzyszą w takiej chwili.

Badania wskazują, że najczęściej personelowi w obliczu śmierci pacjenta towarzyszy bezsilność (55,14%; 118 osób), współczucie (53,74%; 115 osób) oraz smutek (44,86%; 96 osób). Emocji nie odczuwa jedynie 5,14% badanych (11 osób) (ryc. 12).



Rycina 12. Emocje towarzyszące w związku ze śmiercią pacjenta

Badani najczęściej w obliczu śmierci pacjenta starają się wesprzeć chorego i dać mu poczucie że nie jest sam (50,00%; 107 osób). Rzadziej wskazywano na pogodzenie się ze śmiercią (14,49%; 31 osób) oraz fakt poczucia niezręczności i niewiedza o stosownym zachowaniu (10,75%; 23 osoby) (ryc. 13).



Rycina 13. Reakcje w obliczu umierającego pacjenta

Zbadano, czy reakcja w obliczu umierającego pacjenta zależy od płci, stażu pracy oraz zajmowanego stanowiska i miejsca pracy personelu.

Mężczyźni różnią się od kobiet pod względem reakcji w obliczu umierającego pacjenta ($\chi^2(df=5)=21,09$; $p<0,001$). Można zauważyć, że zarówno w grupie kobiet (49,72%) jak i mężczyzn (51,52%) dominuje opinia, że personel stara się wesprzeć chorego, aby miał poczucie, że nie jest sam. Dodatkowo wykazano, że mężczyźni (24,24%) częściej niż kobiety (3,87%) starają się nie myśleć o sytuacji, traktując ją jako pracę (tab. 5).

Tabela 5. Reakcja w obliczu umierającego pacjenta a płeć

Dane	Płeć		Razem
	Mężczyzna	Kobieta	
Jak reaguje Pan/Pani w obliczu umierającego pacjenta?			
Staram się wesprzeć chorego, dać mu poczucie że nie jest sam	17 (51,52%)	90 (49,72%)	107
Odczuwam strach przed rozmową z umierającym	0 (0%)	17 (9,39%)	17
Nie okazuję emocji	2 (6,06%)	19 (10,50%)	21
Nie myślę o tym, to tylko praca	8 (24,24%)	7 (3,87%)	15
Godzę się ze śmiercią chorego	3 (9,09%)	28 (15,47%)	31
Czuję się niezręcznie, nie wiem jak mam się zachować	3 (9,09%)	20 (11,05%)	23
Razem	33	181	214

Niezależnie od stanowiska dominuje opinia, że personel stara się wesprzeć chorego, aby miał poczucie, że nie jest sam (około 50% badanych z każdej grupy). Tym samym nie wykazano różnic pod względem reakcji między osobami na różnych stanowiskach ($\chi^2(df=15)=18,56$; $p=0,235$) (tab. 6).

Tabela 6. Reakcja w obliczu umierającego pacjenta a stanowisko

Dane	Stanowisko na którym Pan/Pani pracuje:				Razem
	Ratownik medyczny	Pielęgniarz/Pielęgniarka	Lekarz/Lekarka	Inne	
Jak reaguje Pan/Pani w obliczu umierającego pacjenta?					

Staram się wesprzeć chorego, dać mu poczucie że nie jest sam	13 (52,00%)	72 (48,00%)	17 (54,84%)	5 (62,50%)	107
Odczuwam strach przed rozmową z umierającym	0 (0%)	13 (8,67%)	3 (9,68%)	1 (12,50%)	17
Nie okazuję emocji	2 (8,00%)	16 (10,67%)	3 (9,68%)	0 (0%)	21
Nie myślę o tym, to tylko praca	4 (16,00%)	6 (4,00%)	5 (16,13%)	0 (0%)	15
Godzę się ze śmiercią chorego	3 (12,00%)	25 (16,67%)	1 (3,23%)	2 (25,00%)	31
Czuję się niezręcznie, nie wiem jak mam się zachować	3 (12,00%)	18 (12,00%)	2 (6,45%)	0 (0%)	23
Razem	25	150	31	8	214

Niezależnie od miejsca pracy dominuje opinia, że personel stara się wesprzeć chorego, aby miał poczucie, że nie jest sam (około 40%-50% badanych z każdej grupy). Tym samym nie wykazano różnic pod względem reakcji między osobami na różnych oddziałach ($\chi^2(df=25)=30,85$; $p=0,194$) (tab. 7).

Tabela 7. Reakcja w obliczu umierającego pacjenta a miejsce pracy

Dane	Miejsce pracy						Razem
Jak reaguje Pan/Pani w obliczu umierającego pacjenta?	Oddział zabiegowy	Oddział pediatryczny	Oddział onkologiczny	Oddział internistyczny	Inne	Blok operacyjny	
Staram się wesprzeć chorego, dać mu poczucie że nie jest sam	19 (47,50%)	6 (54,55%)	5 (45,46%)	35 (50,00%)	39 (52,00%)	3 (42,86%)	107

WPLYW ŚMIERCI PACJENTA NA PERSONEL MEDYCZNY

Odczuwam strach przed rozmową z umierającym	5 (12,50%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (8,57%)	6 8,00%	0 (0%)	17
Nie okazuję emocji	3 (7,50%)	2 (18,18%)	0 (0%)	7 (10,00%)	8 (10,67%)	1 (14,29%)	21
Nie myślę o tym, to tylko praca	4 (10,00%)	0 (0%)	1 (9,09%)	3 (4,29%)	5 (6,67%)	2 (28,57%)	15
Godzę się ze śmiercią chorego	4 (10,00%)	2 (18,18%)	5 (45,46%)	6 (8,57%)	13 (17,33%)	1 (14,29%)	31
Czuję się niezręcznie, nie wiem jak mam się zachować	5 (12,50%)	1 (9,09%)	0 (0%)	13 (18,57%)	4 (5,33%)	0 (0%)	23
Razem	40	11	11	70	75	7	214

Wykazano różnice na granicy istotności między osobami z różnym stażem pracy pod względem reakcji na śmierć pacjenta ($\chi^2(df=20)=30,48$; $p=0,062$). Wśród osób z najdłuższym stażem pracy (35 lat i więcej) dominuje reakcja polegająca na pogodzeniu się ze śmiercią (45,46%). Osoby o krótszym stażu pracy częściej starają się wesprzeć pacjenta (około 50% osób z każdej grupy) (tab. 8).

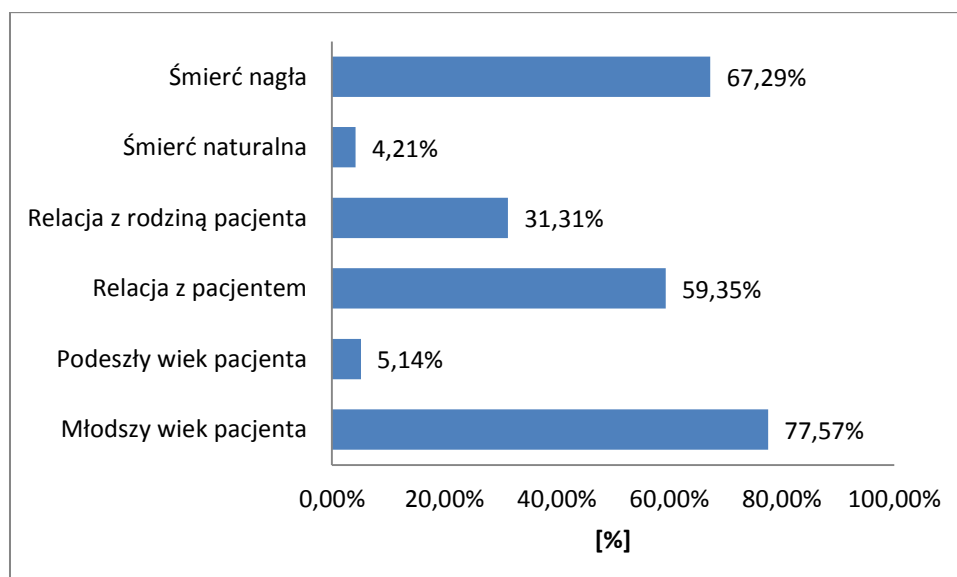
Tabela 8. Reakcja w obliczu umierającego pacjenta a staż pracy

Dane	Staż pracy					Razem
Jak reaguje Pan/Pani w obliczu umierającego pacjenta?	35 lat i więcej	21 - 34 lata	11 - 20 lat	6 - 10 lat	0 - 5 lat	
Staram się wesprzeć chorego, dać mu poczucie że nie jest sam	4 (36,36%)	18 (58,07%)	15 (48,39%)	22 (47,83%)	48 (50,53%)	107
Odczuwam strach przed rozmową z umierającym	1 (9,09%)	0 (0%)	1 (3,23%)	5 (10,87%)	10 (10,53%)	17

Nie okazuję emocji	0 (0%)	3 (9,68%)	6 (19,36%)	3 (6,52%)	9 (9,47%)	21
Nie myślę o tym, to tylko praca	0 (0%)	5 (16,13%)	0 (0%)	5 (10,87%)	5 (5,26%)	15
Godzę się ze śmiercią chorego	5 (45,46%)	3 (9,68%)	7 (22,58%)	4 (8,70%)	12 (12,63%)	31
Czuję się niezręcznie, nie wiem jak mam się zachować	1 (9,09%)	2 (6,45%)	2 (6,45%)	7 (15,22%)	11 (11,58%)	23
Razem	11	31	31	46	95	214

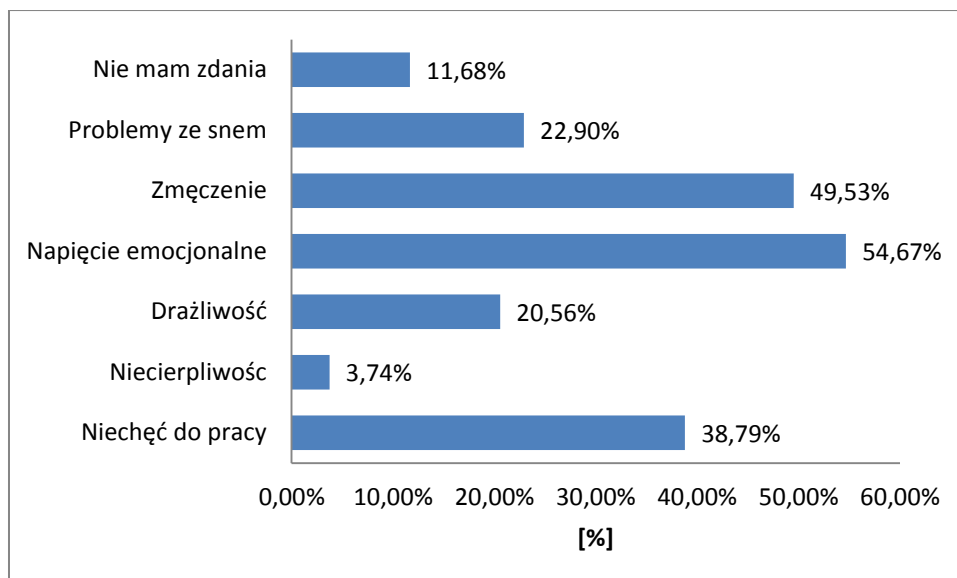
Badani wskazywali na czynniki mające wpływ na emocjonalne odczucia względem śmierci pacjenta.

Wśród czynników najczęściej wymieniano młodszy wiek pacjenta (77,57%; 166 osób), nagłą śmierć (67,29%; 144 osób) oraz relację z pacjentem (59,35%; 127 osób). Najrzadziej wymieniano śmierć naturalną (4,21%; 9 osób) oraz podeszły wiek (5,14%; 11 osób) (ryc. 14).



Rycina 14. Czynniki wpływające na emocjonalne odczucia względem śmierci pacjenta

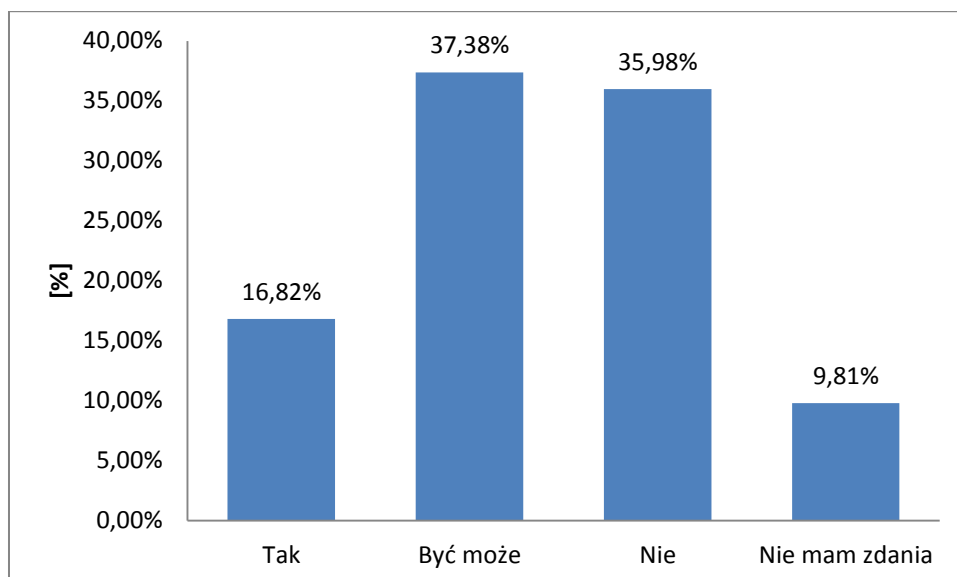
Wśród skutków obcowania ze śmiercią pacjenta najczęściej wymieniano napięcie emocjonalne (54,67%; 117 osób), zmęczenie (49,90%; 106 osób). Nieco rzadziej wskazywano na niechęć do pracy (38,79%; 83 osoby) (ryc. 15).



Rycina 15. Skutki obcowania ze śmiercią pacjenta

Badane osoby miały ocenić szanse na przyzwyczajenie się do śmierci pacjenta.

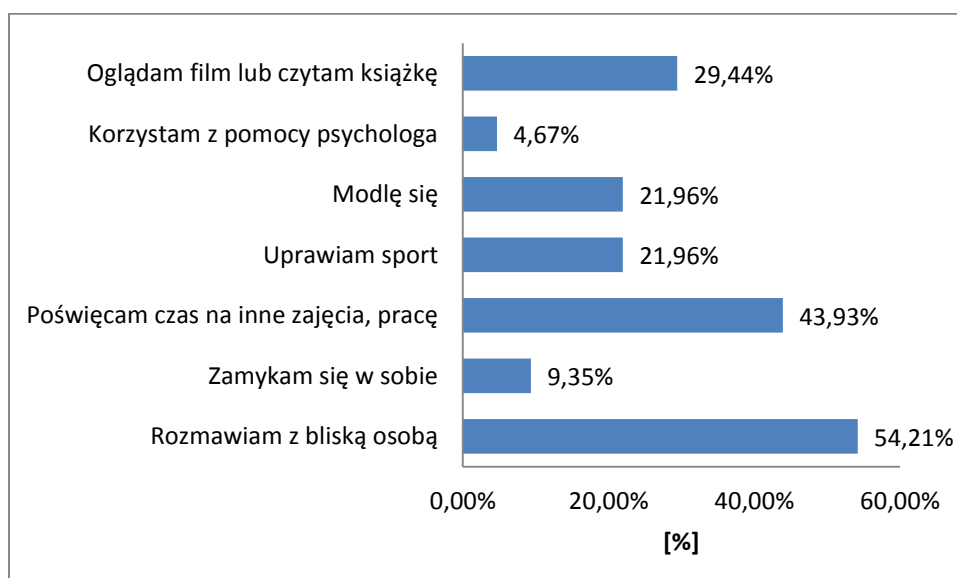
Najczęściej badani wskazywali, że być może byliby w stanie przyzwycząić się do śmierci pacjenta (37,38%; 80 osób). Ponad 35% badanych wskazuje jednak, że przyzwyczajenie nie jest możliwe (35,98%; 77 osób). Całkowicie zgadza się ze stwierdzeniem 16,82% badanych (36 osób). Pozostali medycy nie mają zdania (9,81%; 21 osób) (ryc. 16).



Rycina 16. Ocena możliwości przyzwyczajania się do śmierci pacjenta

Badane osoby miały wskazać na sposoby radzenia sobie z emocjami związanymi ze śmiercią pacjenta.

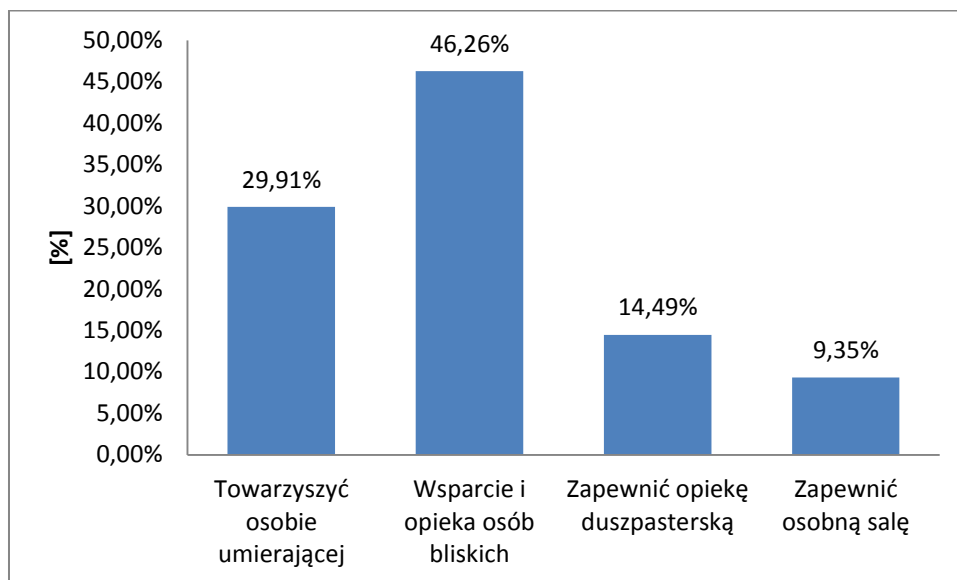
Najczęściej wymieniano rozmowę z bliską osobą (54,21%; 116 osób) oraz poświęcanie czasu na inne zajęcia (43,93%; 94 osoby). Rzadziej wymieniano oglądanie filmów i czytanie (29,44%; 63 osoby), uprawianie sportu (21,96%; 47 osób) oraz modlitwę (21,96%; 47 osób) (ryc. 17).



Rycina 17. Sposoby radzenia sobie z emocjami związanymi ze śmiercią pacjenta

Badani wskazywali na działania, które można podjąć aby przyczynić się do godnej śmierci pacjenta.

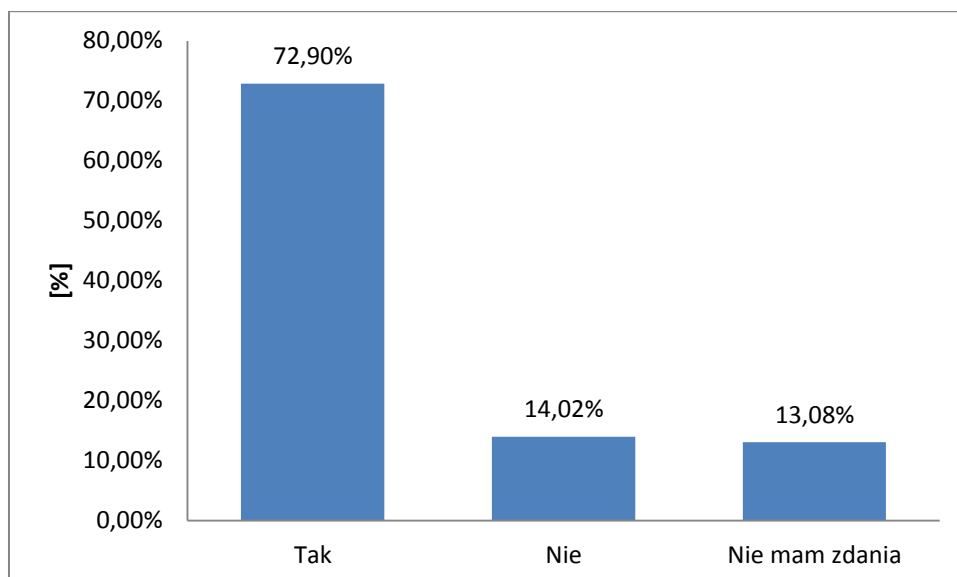
Wśród działań, które mogą przyczynić się do godnej śmierci pacjenta najczęściej wymieniano wsparcie i opiekę osób bliskich (46,26%; 99 osób) oraz towarzyszenie osobie umierającej (29,91%; 64 osób) (ryc. 18).



Rycina 18. Działania, które można podjąć aby przyczynić się do godnej śmierci pacjenta

Personel wskazywał na potrzebę szkoleń personelu na temat postępowania z osobami umierającymi.

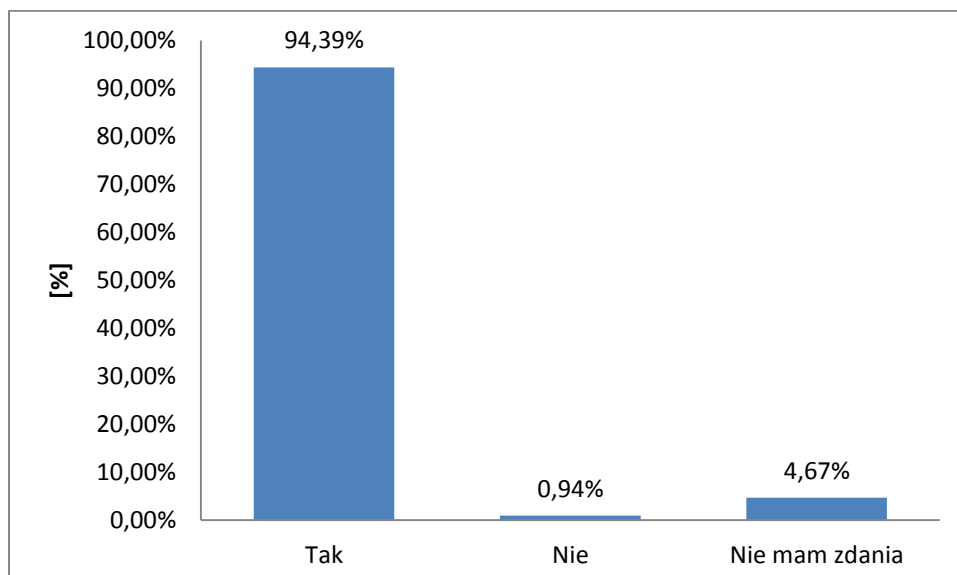
Istotna statystycznie ($p < 0,05$) większość badanych wskazuje na potrzebę szkoleń personelu na temat postępowania z osobami umierającymi (72,90%; 156 osób). Jedynie 14,02% (30 osób) badanych jest odmiennego zdania, natomiast 13,08% (28 osób) nie ma zdania (ryc. 19).



Rycina 19. Potrzeba szkoleń personelu na temat postępowania z osobami umierającymi

Potrzeba szkoleń jest wskazywana niezależnie od stażu pracy ($p > 0,05$), miejsca pracy oraz stanowiska ($p > 0,05$).

Badania wskazują, że istotna statystycznie większość ($p < 0,05$) personelu medycznego potwierdza możliwość wpływu obcowania ze śmiercią pacjenta na kształtowanie postaw i wartości (94,39%; 202 osoby). Jedyne niecały 1% badanych nie zgadza się ze stwierdzeniem (0,94%; 2 osoby) (ryc. 20).

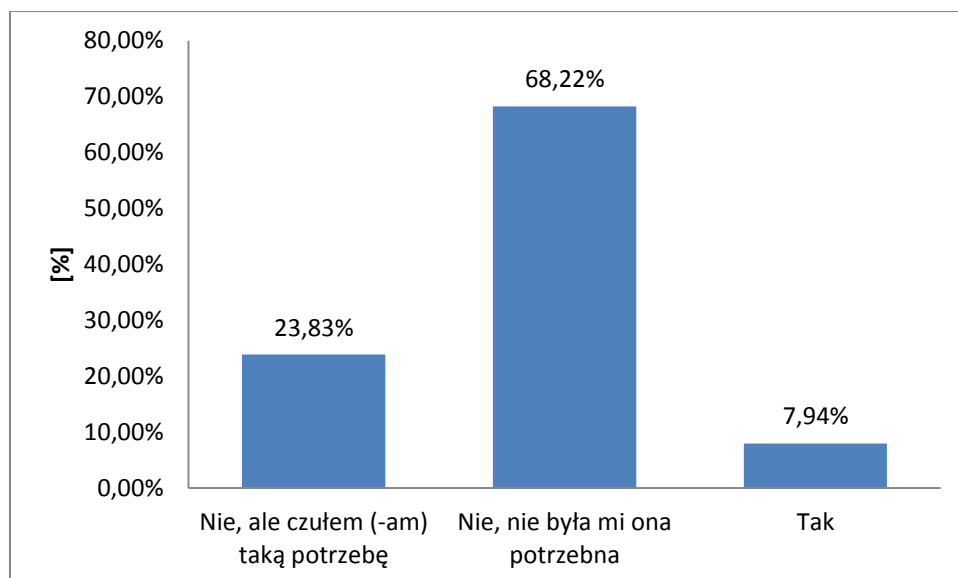


Rycina 20. Możliwość wpływu obcowania ze śmiercią pacjenta na kształtowanie postaw, wartości

Nie wykazano także wpływu stażu pracy, stanowiska pracy i miejsca pracy na ocenę możliwość wpływu obcowania ze śmiercią pacjenta na kształtowanie postaw, wartości ($p>0,05$). Niezależnie od stażu pracy, badani wskazywali, że styczność ze śmiercią pacjenta wpływa na kształtowanie postaw i wartości. Podobnie osoby pracujące na różnych oddziałach podzielały tą opinię, jak też świadczące pracę na różnych stanowiskach.

Badani wskazywali na potrzebę pomocy psychologa oraz dostęp do niej w miejscu pracy.

Blisko 70% badanych nie odczuwa potrzeby pomocy psychologa w związku ze śmiercią pacjenta (68,22%; 146 osób). Ponad 1/5 badanych wskazuje, że nie korzystało z takiej pomocy, jednak czuło taką potrzebę (23,83%; osób). Niecałe 8% badanych podkreśla taką potrzebę (7,94%; 17 osób) (ryc. 21).



Rycina 21. Korzystanie z pomocy psychologa

Zbadano, czy na potrzebę korzystania z pomocy psychologa w związku ze śmiercią pacjenta wpływa płeć, staż pracy oraz zajmowane stanowisko personelu.

Wykazano istotne statystycznie różnice między kobietami i mężczyznami pod względem korzystania z pomocy psychologicznej ($\chi^2(df=2)=6,39$; $p=0,041$). Wykazano, że nieco większy odsetek mężczyzn korzystał z pomocy psychologa (18,18%) w porównaniu z kobietami (6,08%). Blisko 70% kobiet jak i mężczyzn wskazuje, że pomoc taka nie była potrzebna (tab. 9).

Tabela 9. Korzystanie z pomocy psychologa a płeć

Dane	Płeć		Razem
	Mężczyzna	Kobieta	
Czy w związku ze śmiercią pacjenta korzystał(-a) Pan/Pani z pomocy psychologa?			
Tak	6 (18,18%)	11 (6,08%)	17
Nie, nie była mi ona potrzebna	22 (66,67%)	124 (68,51%)	146
Nie, ale czułem (-am) taką potrzebę	5 (15,15%)	46 (25,41%)	51
Razem	33	181	214

Wykazano istotne różnice między osobami na różnych stanowiskach pod względem korzystania z pomocy psychologa ($\chi^2(df=6)=16,83$; $p=0,010$). Największy odsetek osób, które korzystały w sytuacji styczności ze śmiercią pacjenta z pomocy psychologa wykazano wśród lekarzy (22,58%). Pielęgniarki i pielęgniarze istotnie rzadziej chodzą do psychologa w tego typu sytuacjach (4,67%), jednak odczuwają taką potrzebę (27,33%). Największy odsetek osób, które nie czują potrzeby pomocy wykazano wśród ratowników (72%) i pielęgniarek i pielęgniarzy (68%) (tab. 10).

Tabela 10. Korzystanie z pomocy psychologa a stanowisko pracy

Dane	Stanowisko na którym Pan/Pani pracuje:				Razem
	Ratownik medyczny	Pielęgniarz/Pielęgniarka	Lekarz/Lekarka	Inne	
Czy w związku ze śmiercią pacjenta korzystał(-a) Pan/Pani z pomocy psychologa?					
Tak	3 (12,00%)	7 (4,67%)	7 (22,58%)	0 (0%)	17
Nie, nie była mi ona potrzebna	18 (72,00%)	9 (68,00%)	18 (58,07%)	8 (100%)	146
Nie, ale czułem (-am) taką potrzebę	4 (16,00%)	41 (27,33%)	6 (19,36%)	0 (0%)	51
Razem	25	150	31	8	214

Wykazano istotne różnice między osobami na pracujących na różnych oddziałach pod względem korzystania z pomocy psychologa ($\chi^2(df=10)=18,58$; $p=0,045$).

Najczęściej z pomocy psychologa korzystały osoby z oddziałów onkologicznych (27,27%) oraz bloku operacyjnego (28,57%). Dodatkowo osoby zatrudnione na oddziale onkologicznym wskazywały, że czują tego typu potrzebę (45,46%) (tab.11)

Tabela 11. Korzystanie z pomocy psychologa a miejsce pracy

Dane	Miejsce pracy						Razem
	Oddział zabiegowy	Oddział pediatryczny	Oddział onkologiczny	Oddział internistyczny	Inne	Blok operacyjny	
Czy w związku ze śmiercią pacjenta korzystał(-a) Pan/Pani z pomocy psychologa?							
Tak	4 (10,00%)	1 (9,09%)	3 (27,27%)	2 (2,86%)	5 (6,67%)	2 (28,57%)	17
Nie, nie była mi ona potrzebna	27 (67,50%)	7 (63,64%)	3 (27,27%)	51 (72,86%)	53 (70,67%)	5 (71,43%)	146
Nie, ale czułem (-am) taką potrzebę	9 (22,50%)	3 (27,27%)	5 (45,46%)	17 (24,29%)	17 (22,67%)	0 (0%)	51
Razem	40	11	11	70	75	7	214

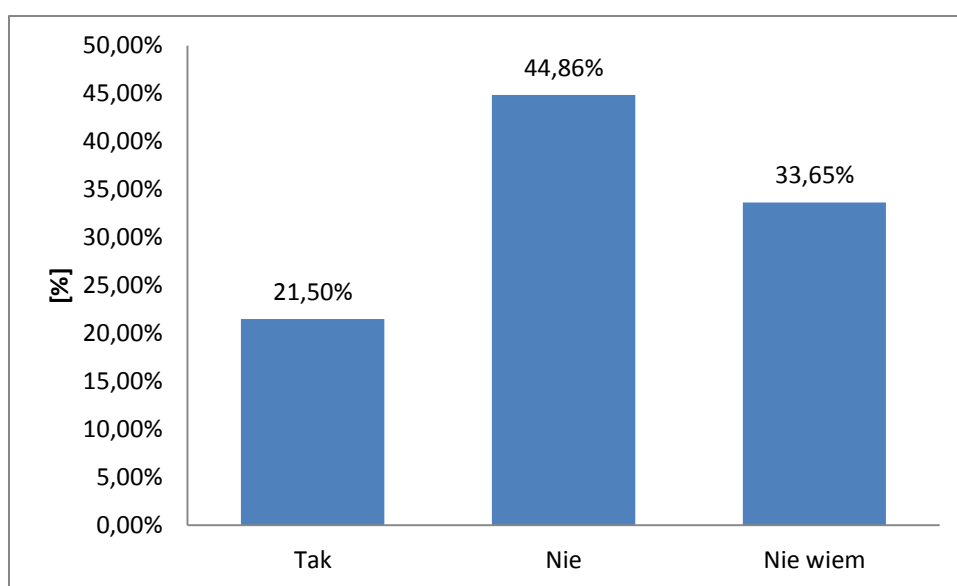
Staż pracy nie wpływa na potrzebę korzystania z pomocy psychologicznej ($\chi^2(df=8)=9,92$; $p=0,271$). Niezależnie od stażu najczęściej badani wskazywali na brak potrzeby. Zauważono jedynie w grupie osób z najdłuższym stażem pojawiającą się potrzebę pomocy psychologicznej (45,46%) (tab. 12).

Tabela 12. Korzystanie z pomocy psychologa a staż pracy

Dane	Staż pracy					Razem
	35 lat i więcej	21 - 34 lata	11 - 20 lat	6 - 10 lat	0 - 5 lat	
Czy w związku ze śmiercią pacjenta korzystał(-a) Pan/Pani z pomocy psychologa?						
Tak	0 (0%)	5 (16,13%)	2 (6,045%)	2 (4,35%)	8 (8,42%)	17

Nie, nie była mi ona potrzebna	6 (54,55%)	19 (61,29%)	20 (64,52%)	37 (80,44%)	64 (67,37%)	146
Nie, ale czułem (-am) taką potrzebę	5 (45,46%)	7 (22,58%)	9 (29,03%)	7 (15,22%)	23 (24,21%)	51
Razem	11	31	31	46	95	214

Ponad 40% badanych wskazuje, że nie ma zapewnionej pomocy psychologa (44,86%; 96 osób). Pomoc zapewniona jest w przypadku 21,50% badanych (46 osób). Pozostali badani nie mają zdania (33,65%; 72 osoby) (ryc. 22).



Rycina 22. Zapewnienie pomocy psychologa w miejscu pracy

Dyskusja

Śmierć od zawsze kojarzona była ze strachem, bólem, stratą oraz wieloma innymi negatywnymi odczuciami. Wielu badaczy na przestrzeni dziejów próbowało zgłębić zjawisko śmierci, jednak do dnia dzisiejszego trudno jest ją jednoznacznie zdefiniować. Wiadomo, że ma ona wpływ na wiele sfer życia ludzkiego i jest jego nieodłącznym elementem. w dzisiejszych czasach ludzie zazwyczaj umierają w placówkach ochrony zdrowia. Obcowanie ze śmiercią pacjentów jest jednym z najbardziej stresujących czynników w pracy zawodowej personelu medycznego. Dobro pacjenta jest zawsze priorytetowym celem. Poprzez odpowiednie identyfikowanie potrzeb pracownicy personelu medycznego mają duży wpływ na jakość życia chorego w jego ostatnich dniach życia. w przeprowadzonych

badaniach własnych działania, które podejmowali respondenci aby przyczynić się do godnej śmierci pacjenta to zapewnienie wsparcia i opieki osób bliskich (46,5%), towarzyszenie osobie umierającej (30%), rzadziej było to zapewnienie opieki duszpasterskiej (14,3%) oraz osobnej sali (9,3%). Podobnie jest w badaniach przeprowadzonych przez *Slezionę i Krzyżanowskiego* [2], w których obecność najbliższej rodziny jest jednym z najważniejszych elementów opieki nad chorym umierającym. Aspekt godnej śmierci w warunkach szpitalnych podjęła w swoich analizach *Niedojad i współautorzy* [3], gdzie według badanych (96%) bardzo ważną rolę odgrywa obecność personelu pielęgniarskiego.

Śmierć pacjenta w różny sposób wpływa na psychikę obecnego przy nim personelu medycznego. Dla niektórych jest to traumatyczne przeżycie głęboko zapadające w pamięć, inni starają się ją traktować jako nieunikniony element swojej pracy zawodowej. Większość z nich jednak nie potrafi przejść obok śmierci obojętnie. z przeprowadzonych badań własnych wynika, że 53,5% respondentów dokładnie pamięta swoje pierwsze doświadczenie śmierci pacjenta w miejscu pracy, a 31,8% zapamiętało to wydarzenie mniej szczegółowo. Podobne wyniki w swoich badaniach osiągnęli *Sleziona i Krzyżanowski* [2], gdzie 53% ankietowanych twierdziło, że pamięta zetknięcie się z pierwszym zgonem pacjenta.

Sposób przeżywania śmierci jest kwestią indywidualną i zależy od charakteru, prezentowanej postawy, wyznawanych wartości. Ponadto na reakcje personelu medycznego mogą mieć wpływ okoliczności towarzyszące śmierci chorego. Śmierć osoby w podeszłym wieku, która wynika z ciężkiej choroby jest często poprzedzona okresem agonii. w tym czasie personel może się niejako oswoić z myślą zbliżającej się śmierci chorego. Silniejsze emocje wywołuje natomiast nagła śmierć młodej osoby. Twierdzenia te potwierdza zarówno analiza wyników własnych oraz badań przeprowadzonych przez *Slezionę i Krzyżanowskiego* [2]. w odpowiedzi na pytanie dotyczące czynników wpływających na emocjonalne odczucia względem śmierci pacjenta 77,4% respondentów wymieniło młody wiek pacjenta, 66,8% śmierć nagłą, 59% uwzględniło relację z pacjentem. w badaniach *Sleziony i Krzyżanowskiego* [2] młody wiek pacjenta stanowił nieco mniejszy odsetek – 51% natomiast przywiązanie emocjonalne do pacjenta zaznaczyło jedynie 7% badanych.

Emocjami, które towarzyszą pracownikom ochrony zdrowia w związku ze śmiercią pacjenta są najczęściej bezsilność (54,5%), współczucie (53,5%) oraz smutek (44,7%). Podobne wnioski dotyczące odczuć wobec śmierci pacjenta przedstawione zostały przez

Paszek i współautorów [4] gdzie 36,5% respondentów odczuwa przygnębienie z powodu śmierci pacjenta oraz w badaniach *Sleziony i Krzyżanowskiego* [2], w których najczęściej wybieranymi odpowiedziami był smutek (70%), współczucie (67%), bezradność (58%) oraz przygnębienie (38%).

Skutki obcowania ze śmiercią pacjenta mają wpływ nie tylko na pracę ale również na życie prywatne personelu medycznego. w badaniach przeprowadzonych przez *Skorupską-Król, Szablę i Bodys-Cupak* [5] dotyczących czynników stresogennych związanych ze środowiskiem pracy pielęgniarek duży wpływ na odczuwanie stresu miało poczucie bezradności wobec cierpienia i śmierci pacjenta oraz konieczność poinformowania rodziny o zgonie. w ankiecie na potrzeby niniejszej pracy nie uwzględniono wpływu śmierci na poziom odczuwanego stresu, jednak zbadano jakie skutki może ona wywoływać. Wśród najczęściej wymienianych skutków obcowania ze śmiercią było napięcie emocjonalne (54,4%), zmęczenie (49,3%), niechęć do pracy (38,7%) nieco rzadziej występowały problemy ze snem (23%) oraz drażliwość (21,2%). Nieco odmienne wyniki osiągnęli w swojej pracy *Gołębiak i współautorzy* [6] zgodnie, z którymi problemy ze snem w związku ze śmiercią pacjenta deklarowało 33% ankietowanych, niechęć do pracy 17,4%, zmęczenie 17,4%, napięcie emocjonalne 14,8%. Analizując wyniki dostępnych badań zauważono, iż doświadczenie śmierci pacjenta jest jednym z najbardziej obciążających psychicznie doświadczeń, z którymi spotykają się pracownicy ochrony zdrowia w swojej pracy zawodowej.

Podobnie jak w przypadku emocji wywoływanych przez umieranie i śmierć, metody radzenia sobie z nimi są również bardzo różnorodne. Według respondentów najbardziej pomocna jest rozmowa z bliską osobą (53,9%), nieco rzadziej poświęcali oni czas na inne zajęcia lub pracę (43,8%), w dalszej kolejności był to film lub książkę (30,4%), sport (22,6%), modlitwa (21,7%). w badaniach *Sleziony i Krzyżanowskiego* [2] ponad połowa ankietowanych radziła sobie z trudnymi emocjami dzięki wierze w Boga (64,2%) natomiast rzadziej było to wsparcie osób bliskich (27,5%).

Zazwyczaj śmierć kojarzona jest z negatywnymi emocjami. Mimo to można z niej czerpać również pewne korzyści. Doświadczenie śmierci oraz przebywanie z osobą umierającą w ostatnich chwilach jej życia ma pozytywny wpływ na kształtowanie postaw oraz systemu wartości personelu medycznego. Deklaruje to aż 94% respondentów w przeprowadzonych badaniach własnych. Według *Sleziony i Krzyżanowskiego* [2] śmierć

uczy nie tylko postaw i wartości, ale potrafi również zmienić sposób postrzegania własnego życia oraz potrzeb innych ludzi.

Wnioski

Analiza zebranych danych pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. Najczęściej badane osoby podkreślają, że śmierć to naturalna część życia, jednak często wzbudza ona przygnębienie.
2. Kobiety częściej od mężczyzn odczuwają przygnębienie w związku ze śmiercią pacjenta.
3. Najczęściej personelowi w obliczu śmierci pacjenta towarzyszy bezsilność, współczucie oraz smutek.
4. Mężczyźni częściej niż kobiety starają się nie myśleć o śmierci pacjenta, traktując ją jako pracę.
5. Niezależnie od miejsca pracy i stanowiska dominuje opinia, że personel stara się wesprzeć chorego, aby miał poczucie, że nie jest sam.
6. Wśród osób z najdłuższym stażem pracy (35 lat i więcej) dominuje reakcja polegająca na pogodzeniu się ze śmiercią, natomiast osoby o krótszym stażu pracy częściej starają się wesprzeć pacjenta.
7. Wśród skutków obcowania ze śmiercią pacjenta najczęściej wymieniano napięcie emocjonalne, zmęczenie oraz niechęć do pracy.
8. Najczęściej wymieniano rozmowę z bliską osobą oraz poświęcanie czasu na inne zajęcia jako formy radzenia sobie ze śmiercią pacjenta.
9. Blisko 70% badanych nie odczuwa potrzeby pomocy psychologa w związku ze śmiercią pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Zawadzki D., Arkuszewski P., Kołacińska A., Ostrowski S.: Znamiona śmierci a odstępianie od medycznych czynności ratunkowych przez zespół „P”. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2017, 11, 300-306.
2. Sleziona M., Krzyżanowski D.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2011, 3, 217-223.

3. Paszek T., Sienkiewicz Z., Wójcik G., Wrońska I., Imiela J.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci [w:] w drodze do brzegu życia t. 5 pod red. Krajewska- Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B., Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2008, 87- 98.
4. Skorupska-Król A., Szabla A., Bodys-Cupak I.: Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. Pielęgniarstwo XXI wieku 2014, 1, 23- 26.
5. Gołębiak I., Szczepaniak R., Łazowa A., Dykowska G.: Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Zawodowej w Płocku, Płock 2019, 34- 44.

KRS: 0000690380

prosalute.com.pl

PRO
SALUTE

**DZIĘKUJEMY
ZA WSPARCIE!**

Stowarzyszenie Pro Salute
wspiera terapię i rehabilitację dzieci chorych
na Dystrofię Mięśniową Duchenne'a (DMD)
Chcesz nam pomóc?

**Przełącz 1% - STOWARZYSZENIE PRO SALUTE
KRS 0000690380**

wpłać na konto

Konto Stowarzyszenia na wszystkie cele statutowe

28 1950 0001 2006 0038 7745 0002

Bank: IDEA BANK S.A

Konto wyłącznie dla dzieci z dystrofią

71 1950 0001 2006 0038 7745 0004

Bank: IDEA BANK S.A

ISBN komplet 978-83-951075-6-6
ISBN IV tom - 978-83-961984-3-3